

RESPOSTAS ESPERADAS – PROVA DISCURSIVA

FACULDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO: MEDICINA / Habilidades Médicas e Atitudes (ÁREA 3)	
PRIMEIRO TEMA SORTEADO: DISLIPIDEMIA	– Item 6
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Definição/ Conceito</b></li><li>• <b>Metabolismo lipídico</b><p>Dos pontos de vista fisiológico e clínico, os lípidos biologicamente mais relevantes são os fosfolípidos, o colesterol, os triglicérides (TG) e os ácidos graxos (AG). Os fosfolípidos formam a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esteroidais, dos ácidos biliares e da vitamina D. Além disso, como constituinte das membranas celulares, o colesterol atua na fluidez destas e na ativação de enzimas aí situadas. Os TGs são formados a partir de três ácidos graxos ligados a uma molécula de glicerol e constituem uma das formas de armazenamento energético mais importantes no organismo, depositados nos tecidos adiposo e muscular.</p><p><b>Lipoproteínas - estrutura e função</b> <b>Metabolismo das lipoproteínas</b> <b>Via intestinal</b> <b>Via hepática</b> <b>Lipoproteína de baixa densidade</b> <b>Lipoproteína de alta densidade</b></p></li><li>• <b>Fisiopatologia</b> O acúmulo de quilomícrons e/ou de VLDL no compartimento plasmático resulta em hipertrigliceridemia e decorre da diminuição da hidrólise dos TGs destas lipoproteínas pela lipase lipoproteica ou do aumento da síntese de VLDL. Variantes genéticas das enzimas ou apolipoproteínas relacionadas com estas lipoproteínas podem causar ambas as alterações metabólicas, aumento de síntese ou redução da hidrólise. O acúmulo de lipoproteínas ricas em colesterol como a LDL no compartimento plasmático resulta em hipercolesterolemia. Este acúmulo pode ocorrer por doenças monogênicas, em particular por defeito no gene do LDL-R ou no gene da apo B100. Centenas de mutações do LDL-R já foram detectadas em portadores de hipercolesterolemia familiar (HF), algumas causando redução de sua expressão na membrana; outras, deformações na sua estrutura e função. Mutação no gene que codifica a apo B100 pode também causar hipercolesterolemia por meio da deficiência no acoplamento da LDL ao receptor celular. Mais comumente, a hipercolesterolemia resulta de mutações em múltiplos genes envolvidos no metabolismo lipídico, as hipercolesterolemias poligênicas. Nestes casos, a interação entre fatores genéticos e ambientais determina o fenótipo do perfil lipídico.</li><li>• <b>Epidemiologia:</b> Cerca de 60% tem dislipidemia, a mais prevalente é a tipo HDL baixo.</li><li>• <b>Classificação:</b> 4 tipos principais bem definidos:<ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>hipercolesterolemia isolada:</b> elevação isolada do LDL-C (&gt; 160 mg/dl);</li><li>b) <b>hipertrigliceridemia isolada:</b> elevação isolada dos TGs (&gt; 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons. Como observado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, nestas situações, o valor do colesterol não-HDL pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica;</li><li>c) <b>hiperlipidemia mista:</b> valores aumentados de LDL-C (&gt; 160 mg/dl) e TG (&gt; 150 mg/dl). Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs &gt; 400 mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT &gt; 200 mg/dl;</li><li>d) <b>HDL-C baixo:</b> redução do HDL-C (homens &lt; 40 mg/dl e mulheres &lt; 50 mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG.</li></ul></li><li>• <b>Estratificação de risco:</b> 3 etapas para a estratificação do risco: (1) a determinação da presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes; (2) a utilização dos escores de predição do risco; e (3) a reclassificação do risco predito pela presença de fatores agravantes do risco.</li><li>• <b>Diagnóstico</b><p><b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL DOS PARÂMETROS LIPÍDICOS E DAS APOLIPOPROTEÍNAS:</b> A coleta de sangue deverá ser realizada após jejum de 12 horas para análise das concentrações de TG, como também para o cálculo do colesterol da LDL (LDL-C) pela fórmula de Friedewald. As determinações do colesterol total (CT), apo B, apo A-I e colesterol da HDL (HDL-C) podem ser analisadas em amostras coletadas sem jejum prévio. O jejum é também importante para avaliar a glicemia. A determinação do perfil lipídico deve ser feita em indivíduos com dieta habitual, estado metabólico e peso estáveis por pelo menos duas semanas antes da realização do exame. Além disso, devem-se evitar ingestão de álcool e atividade física vigorosa nas 72 e 24 horas que antecedem a coleta de sangue, respectivamente.</p><ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Colesterol total</b></li><li>- <b>Colesterol da lipoproteína de baixa densidade</b></li><li>- <b>Colesterol não-HDL</b></li><li>- <b>Triglicérides</b></li><li>- <b>Apolipoproteínas</b></li></ul></li><li>• <b>Tratamento</b><ul style="list-style-type: none"><li>a. <b>Farmacológico</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Estatinas</li><li>• Resinas</li><li>• Ezetimiba</li><li>• Miacina</li><li>• Fibratos</li></ul></li></ul></li></ul>	

- Ácidos graxos/Omega 3
- Novos fármacos

**b. Não-farmacológico**

- Terapia nutricional
- Mudança dos hábitos de vida

- **Dislipidemias em grupos especiais**



**UniRV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE EDITAL Nº. 01/2016  
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DE  
PROFESSOR ADJUNTO NÍVEL 1 DA UNIRV – UNIVERSIDADE DE  
RIO VERDE**

**RESPOSTAS ESPERADAS – PROVA DISCURSIVA**

FACULDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO: MEDICINA / HABILIDADES MEDICAS (ÁREA 3)	
SEGUNDO TEMA SORTEADO: FEBRE	– Item 4
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Definição/ Conceito:</b><ul style="list-style-type: none"><li>a. <b>Porto:</b> Febre é a sensação de aumento de temperatura corporal acompanhado ou não de outros sintomas.</li><li>b. Não existe acordo sobre os limites da temperatura corporal normal e, portanto, sobre qual nível deve ser tomado como referência para se definir a presença de febre em um indivíduo em particular. Isto se deve não só às variações individuais como também a variações fisiológicas da temperatura corporal, que ocorrem com os períodos do dia (ritmo circadiano, vide abaixo), com a temperatura ambiental, com o ciclo menstrual (aumenta até 0,6°C na segunda metade do ciclo), com a digestão dos alimentos, com a gravidez (principalmente no 1º trimestre), com exercícios físicos, estresse emocional e desidratação.</li></ul></li><li>• <b>Patogênese da febre /Mecanismos</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Afecção que causam produção de calor</li><li>• Dificuldade ou bloqueio da perda de calor</li><li>• Produção de substâncias pirogênicas</li><li>• Estimulação do centro regulador da temperatura no hipotálamo</li><li>• Ação de medicamentos (hipertermia)</li><li>• Origem psicogênica</li></ul></li><li>• <b>Síndrome Febril:</b> astenia, inapetência, náuseas e vômitos, palpitações, calafrios, sudorese, palidez cutânea, dor no corpo e cefaleia são seus principais componentes. Em crianças, a convulsão pode ser sua primeira manifestação</li><li>• <b>Importância da anamnese e exame físico</b></li><li>• <b>Raciocínio diagnóstico/Diagnóstico diferencial</b> - Além das características semiológicas da febre (modo de iniciar, duração, evolução, intensidade e término) é fundamental a análise das manifestações clínicas associadas que ajudarão a definir o provável foco.<ul style="list-style-type: none"><li>a. <b>Origem infecciosa</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Bacterianas</li><li>• Virais</li><li>• Fungos</li><li>• Protozoários</li></ul></li><li>b. <b>Origem não infecciosa</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Neoplásica (metastático, linfomas,...)</li><li>• Colagenoses (LES, doença de Still)</li><li>• Tuberculose</li><li>• Micoses profundas</li><li>• Endocardite</li><li>• Outros: medicação, febre factícia,...</li></ul></li></ul></li><li>• <b>Tratamento</b><ul style="list-style-type: none"><li>a. Febre baixa ou moderada sem outras manifestações: banhos e compressas</li><li>b. Pacientes com sinais de gravidade (hipotensão arterial, choque, desidratação, confusão, insuficiência respiratória): medidas de suporte ABC</li><li>c. Antipiréticos: AAS, dipirona, paracetamol</li><li>d. Anticonvulsivantes se convulsão febril</li><li>e. Tratar causa quando indicado</li></ul></li><li>• <b>Febre de origem indeterminada</b><ul style="list-style-type: none"><li>a. <b>Definição:</b> Temperatura de 37,8oC em várias ocasiões por período mínimo de 3 semanas.</li><li>b. <b>Epidemiologia:</b> responsável por 8,4% das internações hospitalares</li><li>c. <b>Exames laboratoriais e de imagem para investigação etiológica</b></li><li>d. <b>Etiologia</b></li></ul></li></ul>	