

Exame de ingresso - R4 Psiquiatria (PIA e PSICOGERIATRIA) 2023

GABARITO

QUESTÃO 1 (não repetir o enunciado)

a) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

– Síndrome Neuroléptica Maligna. (2,0)

– A síndrome neuroléptica maligna é causada por bloqueio dopaminérgico no hipotálamo, o que acarreta distúrbios da regulação da temperatura corporal; e núcleos da base, o que causa rigidez muscular.

Paciente com história de uso de antipsicóticos apresenta rigidez muscular, diaforese, aumento de temperatura axilar, leucocitose, aumento de enzima creatinofosfoquinase, hipercalemia; com confusão mental e investigação de etiologia infecciosa negativa. (1,0)

b) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

– Suspensão do neuroléptico. (1,0)

– Devido a hipertermia, desidratação e mioglobínúria, o paciente deve receber **suporte ventilatório e hidratação endovenosa, com solução mais alcalina (pode ser usado bicarbonato)** com controle de função cardíaca **por monitorização ou eletrocardiograma seriado, monitorização dos eletrólitos e da função renal.** (1,0)

– Uso de **benzodiazepínicos** não é unânime na literatura, mas são boa opção para a agitação do paciente. Lorazepam se aceitar medicação oral é a droga de escolha porque não tem metabolização hepática.

– Pode ser usado **amantadina** 200-400 mg ao dia ou **bromocriptina**, dose inicial de 2,5 mg três vezes ao dia, mas essa conduta também não é unânime. (1,0)

Referências

1. Santos, A, Silva, LFAL, Paulin, LF in Botega, NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral. Interconsulta e Emergência. 4ª Edição, cap. 25, pág 441.
2. Katus, LE, Frucht, SJ. Management of Serotonin Syndrome and Neuroleptic Malignant Syndrome. Current Treatment Options in Neurology. September 2016, 18:39.
3. Oruch R, Pryme IF, Engelsen BA, Lund A. Neuroleptic malignant syndrome: an easily overlooked neurologic emergency. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 Jan 16;13:161-175.
4. Pileggi DJ, Cook AM. Neuroleptic Malignant Syndrome. Ann Pharmacother. 2016 Nov;50(11):973-981

QUESTÃO 2

a) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

Sintomas negativos:

- Distanciamento e aplainamento afetivo ou afeto embotado
- Retração social ou associabilidade (apatia, abulia e redução do drive, restrição dos interesses)
- Agolia ou empobrecimento da linguagem e do pensamento
- Diminuição da vontade (avolição, hipopragmatismo)
- Anedonia

Sintomas positivos:

- Alucinações (principalmente auditivas, sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider)
- Idéias delirantes (delírio, percepção delirante)
- Distorção da realidade
- Eco ou sonorização do pensamento
- Difusão ou publicação do pensamento
- Roubo do pensamento
- Distúrbios da vivência do Eu
- Descarrilamento e Desagregação.
- Pensamento tangencial e/ou neologismo
- Comportamentos desorganizados, bizarros ou inadequados
- Afeto inadequado, ambivalente e/ou incongruente

Sintomas de desorganização:

- Pensamento desorganizado, Afrouxamento das associações, Descarrilamento e Desagregação.
- Pensamento tangencial e/ou neologismo
- Comportamentos desorganizados, bizarros ou inadequados
- Afeto inadequado, ambivalente e/ou incongruente

b) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

Sintomas psicomotores/catatonia

- Lentificação e empobrecimento psicomotor
- Estereotipias de movimento
- Maneirismos
- Posturas bizarras (caretas por exemplo)
- Síndrome catatônica ou catatonia, estupor

- Flexibilidade cerácea ou catalepsia
- Ecolalia
- Ecopraxia

Sintomas/prejuízos cognitivos:

- Alterações cognitivas da atenção, memória episódica, memória de trabalho, velocidade de processamento e funções executivas
- Alterações da cognição social, déficits em teoria da mente
- Dificuldades na percepção e gerenciamento das emoções

Sintomas de Humor

- Sintomas ansiosos
- Sintomas depressivos
- Depressão pós psicótica
- Alterações do humor como efeitos colaterais dos antipsicóticos (disforia dos neurolépticos)

Aceitar: excitação catatônica, furor catatônico, neotimia, concretude de pensamento, negativismo.

Referências

1– Dalgallarrondo, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais 3ª edição, Artmed, 2019.

QUESTÃO 3

a) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

Dificuldades sociais e de comunicação:

- Dificuldade para estabelecer conversa
- Atraso na aquisição da fala, ecolalia, reversão pronominal, alterações de prosódia, linguagem idiossincrática, alterações na pragmática da linguagem.
- Dificuldades de engajamento social
- Dificuldade para iniciar relação social
- Dificuldade em demonstrar emoções
- Prefere ficar sozinho
- Pouco contato visual
- Linguagem corporal pobre
- Pouca expressão facial
- Não entende linguagem corporal ou facial
- Dificuldade para entender ironias ou piadas

b) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

Interesses restritos e repetitivos:

- Dificuldades com mudanças / transições (sameness)
- Rigidez com rotina
- Preocupações não usuais e interesses precoces por aspectos não sociais do mundo (letras, números, sinais, ornamentos, etc)
- Não responde ao ser chamado pelo nome;
- Interesses sensoriais por certos objetos;
- Estereotipias e maneirismos;
- Habilidades com tarefas não verbais
- Ilhas de habilidades (memória, cálculo, desenho, música)
- Estereotipias motoras/ verbais
- Alinhar objetos
- Ecolalia
- Padrões rígidos de pensamento/ pensamento concreto
- Interesse extremo ou restrito a um assunto
- Rituais de saudação
- Hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais
- Cheirar ou tocar objetos
- Apego excessivo/ incomum a um objeto
- Seletividade alimentar

Referências

1– America Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 5th ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Press: 2013.

2– Montenegro MA, Celeri EHRV, Casella EB Transtorno do Espectro Autista – TEA Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento, Thieme Revinter, 2018. Referências

1– Dalgalarrodo, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais 3ª edição, Artmed, 2019.

QUESTÃO 4

a) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

- Transtorno psicótico induzido por substância psicoativa
- Transtorno psicótico agudo e transitório

- Transtorno de ajustamento
- Transtorno psicótico esquizofreniforme

b) (1,0 ponto para cada resposta correta: total de 0-3 pontos)

- Completar dados de anamnese visando esclarecer melhor funcionamento pré mórbido e fatores desencadeantes; realizar exame do estado mental, buscando principalmente a presença de delírios e alucinações. Solicitar screening toxicológico e exames de triagem clínica para exclusão de quadros orgânicos.
 - Orientar a mãe sobre as possibilidades diagnósticas; a necessidade de observação de sintomas e mudanças comportamentais; afastamento da escola por uma semana ou até reavaliação com psiquiatra; permanência com um adulto responsável durante todo o tempo.
 - Introdução de antipsicótico em baixa dose.
 - Encaminhamento para reavaliação psiquiátrica na unidade de saúde de referência (UBS com psiquiatra, CAPSIIJ, ambulatório de psiquiatria) dentro de no máximo 3 dias ou retornar à unidade de emergências e houver piora ou impossibilidade de atendimento nos locais indicados.
- Permanência breve em observação psiquiátrica.

Referências

- 1- Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R Dependência química Prevenção Tratamento e Políticas Públicas. Segunda Edição. ArtMed Porto Alegre, 2018.
- 2- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artmed, 1993.
- 3- Fahimi J, Aurrecochea A, Anderson E, Herring A, Alter H. Substance abuse and mental health visits among adolescents presenting to US emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* 2015 May;31(5):331-8. doi: 10.1097/PEC.0000000000000421. PMID: 25875990; PMCID: PMC4417003.
- 4- Soleimani A, Rosychuk RJ, Newton AS. Predicting time to emergency department re-visits and inpatient hospitalization among adolescents who visited an emergency department for psychotic symptoms: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 2016 Nov 9;16(1):385. doi: 10.1186/s12888-016-1106-0. PMID: 27825324; PMCID: PMC5101729.
- 5- Poyraz Fındık OT, Fadiloğlu E, Ay P, Fiş NP. Emergency mental health care for children and adolescents outside of regular working hours: 7 years outcomes from a tertiary hospital. *Asian J Psychiatr.* 2022 Jun;72:103103. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103103. Epub 2022 Apr 6. PMID: 35429785

QUESTÃO 5

a) (1,0 ponto para cada característica clínica citada, totalizando de 0-3,0 pontos.)

A depressão em idosos é caracterizada por:

- Maior frequência de sintomas somáticos (incluindo hipocondria) (Hegeman et al.);
- Menor frequência de sintomas psíquicos (“depressão sem tristeza”) (Hegeman et al.);
- Maior frequência de apatia (Groeneweg-Koolhoven et al. 2017);
- Maior frequência de declínio cognitivopersistente (Maeshima et al. 2013);
- Risco para (ou pródromo de) demência (Mirza et al. 2016);
- Associação com condições médicas gerais (dor crônica, doenças cardiovasculares, doença cerebrovascular, doenças neurodegenerativas. (Aziz and Steffens 2013);
- Menor prevalência de resposta e de remissão com o tratamento psicofarmacológico (Tedeschini et al. 2011)

b) (1,0 ponto para cada efeito adverso e correspondente fármaco citados, totalizando de 0-3,0 pontos.)

Idosos apresentam maior risco para os seguintes efeitos adversos de medicamentos antidepressivos:

- Confusão mental (ou declínio cognitivo) devido a antidepressivos com ação anticolinérgica (antidepressivos tricíclicos e paroxetina) (Hototian & Duailibi 2009);
- Hiponatremia devido a antidepressivos com potente ação serotoninérgica (inibidores seletivos da recaptação de serotonina evenlafaxina) (de Picker et al. 2014);
- Alargamento do intervalo QTc no eletrocardiograma (maior risco para arritmia cardíaca grave) devido a citalopram, escitalopram e antidepressivos tricíclicos (Castro et al. 2013);
- Hipotensão ortostática e quedas devido a antidepressivos com ação sedativa (antihistaminérgica ou anticolinérgica) e antagonista alfa-adrenérgica (como antidepressivos tricíclicos, mirtazapina e trazodona) (Hototian & Duailibi 2009);
- Hipertensão arterial devido a antidepressivos com ação noradrenérgica (venlafaxina, duloxetina e bupropiona) (Hototian & Duailibi 2009).

REFERÊNCIAS

1. Aziz R, Steffens DC. What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36(4):497–516.
2. Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: A cross sectional study of electronic health records. *BMJ.* 2013;346(7894):1–11.

3. Groeneweg-Koolhoven I, Ploeg M, Comijs HC, WJH Penninx B, van der Mast RC, Schoevers RA, et al. Apathy in early and late-life depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;223(July):76–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.022>
4. Hegeman JM, Kok RM, Van Der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>
5. Hototian SR, Duailibi K. *Psicofarmacologia Geriátrica*. São Paulo: Artes Médicas; 2009.
6. Leles da Costa Dias F, Teixeira AL, Cerqueira Guimarães H, Borges Santos AP, Rios Fonseca Ritter S, Barbosa Machado JC, et al. Prevalence of late-life depression and its correlates in a community-dwelling low-educated population aged 75+ years: The Pietà study. *J Affect Disord*. 2019 Jan 1;242:173–9.
7. Maeshima H, Babaa H, Nakano Y, Satomura E, Namekawa Y, Takebayashi N, et al. Time course for memory dysfunction in early-life and late-life major depression: A longitudinal study from the Juntendo university mood disorder project. *J Affect Disord*. 2013;151(1):66–70.
8. Mirza SS, Wolters FJ, Swanson SA, Koudstaal PJ, Hofman A, Tiemeier H, et al. 10-Year Trajectories of Depressive Symptoms and Risk of Dementia: a Population-Based Study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(7):628–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00097-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00097-3)
9. de Picker L, van Den Eede F, Dumont G, Moorkens G, Sabbe BGC. Antidepressants and the Risk of Hyponatremia: A Class-by-Class Review of Literature. *Psychosomatics*. 2014;55(6):536–47.
10. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: A meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(12):1660–8.