

Resposta às contestações de Pneumologia

Mantêm-se todas as chaves e apenas na pergunta 65 branca se introduz como chave adicional a alínea 3. No teste azul, pergunta 86, introduz-se como chave adicional a alínea 4.

De seguida são dadas respostas às alegações do teste branco. Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas do teste azul.

1 - Pergunta 61 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 5.

- Foi contestada a veracidade da alínea 5, contudo o júri não subescreve esta posição, dado que o enfisema e/ ou envolvimento das vias aéreas são as principais formas de apresentação da DPOC. É dito no livro de referência, que apenas uma pequena fracção de doentes com défice grave de alfa um antitripsina virão a desenvolver DPOC. Sendo o enfisema uma forma de expressão de DPOC, não esgotando por isso todas as suas formas de apresentação, fica então clara a veracidade desta alínea.

Este raciocínio é consubstanciado pelos seguintes excertos do livro de referência:

- Panacinar **emphysema** is **usually** observed in patients with α_1 AT deficiency,(pag 1638).

- Since **only a fraction of individuals with severe α_1 AT deficiency will develop COPD.**
- “COPD **includes** *emphysema*, an anatomically defined condition characterized by destruction and enlargement of the lung alveoli; *chronic bronchitis*, a clinically defined condition with chronic cough and phlegm; and *small airways disease*, a condition in which small bronchioles are narrowed COPD is present only if chronic airflow obstruction occurs” pag 1635.

- Foi pedida a veracidade para a alínea 1, contudo esta pretensão é recusada, uma vez que o alelo S se associa a níveis discretamente reduzidos, e não aos níveis mais baixos do inibidor alfa₁AT, conforme se consubstancia pela afirmação do livro de referência: “The S allele, associated with **slightly** reduced α_1 AT levels”. (pag 1636).

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 82 do teste azul.

2 - Pergunta 62 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- Foi contestada a veracidade da alínea 1 (A antibioterapia durante as exacerbações agudas, **deve ser....**), contudo o júri não subescreve esta posição pois esta afirmação é suportada pela frase do livro de referência que se transcreve: “Although choice of an antibiotic **should be guided** by Gram's stain

and culture of sputum, **empiric coverage** (e.g., with ampicillin, amoxicillin, trimethoprim-sulfamethoxazole, or cefaclor) **is often given** initially.

Conforme se constata apesar da recomendação supracitada, na prática clínica a terapêutica inicial é empírica. No entanto esta constatação não invalida a veracidade da referida alínea.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 83 do teste azul.

3 - Pergunta 63 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

Foi contestada a veracidade da alínea 4, contudo o júri não subescreve esta posição. Com efeito, relativamente às contestações apresentadas importa referir que, na formulação da alínea se diz que lesões cavitadas em segmentos não dependentes do pulmão **devem** levar à consideração de etiologias não infecciosas. Esta afirmação, pela forma como está formulada não exclui a possibilidade de uma etiologia infecciosa, nomeadamente tuberculosa, alerta porém, para a necessidade de se contemplarem outras etiologias. Este raciocínio é suportado pelas seguintes afirmações do livro de referência.

“Cavitary lesions in nondependent regions like the right middle lobe or anterior segments of the upper lobes **should raise** the possibility of **other aetiologies**, including malignancy”. (pag 1631, do livro recomendado)

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 84 do teste azul.

4- Pergunta 64 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 5.

- Foi contestada a veracidade da alínea 1. Contudo o júri não subscreve a contestação atendendo a que a determinação dos D- dímeros fornece muitos falsos positivos, como se pode constatar na afirmação retirada do livro referência: “The D-dimer assay **is not specific**. Levels increase in patients with myocardial infarction, sepsis....” (pag 1653).

Atendendo a que a especificidade é determinada pela razão entre os verdadeiros negativos sobre a soma destes com os falsos positivos (especificidade = verdadeiros negativos/verdadeiros negativos + falsos positivos), facilmente se infere que a especificidade é baixa.

- Relativamente à alínea 3: “A normal venous ultrasound **does not** exclude PE” pag 1653, pelo que a alínea é falsa.

- Relativamente à alínea 4 a cintigrafia de ventilação-perfusão é um teste de segunda linha: “Lung scanning is now a **second line** diagnostic test” Pag 1654 , pelo que a alínea é falsa.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 85 do teste azul.

5- Pergunta 65 (teste branco) ou 86 (teste azul)

Teste Branco - O júri analisou as contestações à pergunta 65 e mantém como chave a alínea 2, mas acrescenta como igualmente válida a alínea 3.

Teste Azul – Pergunta 86 - Mantém-se válida a alínea 3 e acrescenta-se a 4

- Nas contestações foi alegada veracidade para a alínea 2, contudo o júri não subscreve a contestação, com base na seguinte afirmação do livro referência: “The full effect of warfarin often **requires 5 days, even if the prothrombin time, used for monitoring, becomes elevated more rapidly.** If warfarin is initiated as monotherapy during an acute thrombotic illness, a paradoxical exacerbation of hypercoagulability can increase the likelihood of thrombosis rather than prevent it.” Pag 1655.

“Consequently, concomitant treatment with the parenteral anticoagulant should be continued until the INR has been therapeutic **for at least two consecutive days.** A **minimum 5-day course of parenteral anticoagulation is recommended** to ensure that the levels of prothrombin has been reduced into the therapeutic range with warfarin.” Pag 744.

- Foi contestada a veracidade da alínea 3 e o júri aceita esta alegação com base nalguma desarticulação entre diferentes afirmações de capítulos distintos do livro de referência :

“No monitoring or dose adjustment is needed unless the patient is markedly obese or has renal insufficiency.”Pag 1655 **versus** “ It may also be advisable to monitor the anticoagulant activity of LMWH during pregnancy because dose requirements can change, particularly in the third trimester. Monitoring should also be considered in high-risk settings, such as in patients with mechanical heart valves...”pag 742.

- Foi contestada a veracidade da alínea 5. Contudo o júri não subscreve a contestação, com base na afirmação do livro referência que se passa a enumerar:” Patients appear to respond to thrombolysis for up to **14 days after the PE** has occurred” Pag1656.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 86 do teste azul.

6 - Pergunta 66 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 5.

- Foi contestada a legalidade da pergunta por estar fora do nível de conhecimentos de um médico não especialista, contudo neste âmbito, o júri assenta a sua decisão de não suportar este pedido, dado que houve escolha prévia do livro de referência e respectivos capítulos, estando a matéria desta pergunta incluída nos mesmos.

- Foi contestada a veracidade da alínea 2. Contudo o júri não subscreve a contestação, com base na afirmação do livro referência que se transcreve: "This condition defines a subgroup of the idiopathic interstitial pneumonias that can be distinguished clinically and pathologically from UIP, DIP, AIP, and idiopathic BOOP. Importantly, many cases with this **histopathologic pattern** occur in the **context of an underlying disorder, such as a connective tissue disease**, drug-induced ILD, or chronic hypersensitivity pneumonitis. Pag 1647.

Importa ainda referir, que o termo NSIP se refere a um padrão histopatológico e não a uma doença ou entidade clínica própria, conforme já se poderia inferir da frase supracitada, mas melhor explicitado está na seguinte frase do livro de referência: " **Important histopathologic patterns found in the ILDs include:** usual interstitial pneumonia (UIP), **nonspecific interstitial pneumonia**, respiratory bronchiolitis, organizing pneumonia [bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia (BOOP) pattern], diffuse alveolar damage (acute or organizing), desquamative interstitial pneumonia, and lymphocytic interstitial pneumonia." Pag 1644.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 87 do teste azul.

7 - Pergunta 67 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- Foi contestada a veracidade da alínea 4. O júri não concorda pois de acordo com o livro de referência: " . In hypersensitivity pneumonitis, respiratory symptoms,

fever, chills, and an abnormal chest roentgenogram **are often temporally related to a hobby** (pigeon breeder's disease) or to the workplace (farmer's lung) pag 1644.

- Foi contestada a veracidade da alínea 5. O júri não concorda pois de acordo com o livro de referência:” History of risk factors for HIV infection **should be** elicited from **all** patients with ILD because several processes..”pag1646.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 88 do teste azul.

8 - Pergunta 68 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 1.

- Foi contestada a veracidade da alínea 1. O júri não concorda pois, de acordo com o estado da arte do livro de referência os factores de risco relevantes para infecção por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina, no contexto de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), são os seguintes: “CA-MRSA infection is more likely in Native Americans, homeless youths, men who have sex with men, prison inmates, military recruits, children in daycare , and athletes such as wrestlers” Pag 1621.

Em mais nenhum outro local são discriminados factores de risco para PAC a *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina.

Por outro lado, refere o livro indicado que:”CAP due to MRSA may be caused by infection with the classic hospital-acquired strains or with the more recently identified, genotypically and phenotypically distinct community-acquired strains or with the more

recently identified, genotypically and phenotypically distinct community-acquired strains. Most infections with the former strains have been acquired either directly or indirectly by contact with the health care environment and, although classified as HAP in the past, would now be classified as HCAP.” Pag 1623. Acontece assim que, caso se invoque alguma semelhança/identidade entre as estirpes da PAC a *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina e as da pneumonia associada a cuidados de saúde, de acordo com o quadro 251-1: a antibioterapia nos 3 meses precedentes, não consta como factor de risco para estas pneumonias associadas aos cuidados de saúde causadas por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina.

- Foi pedida a anulação da alínea 3 pelo facto da frase do livro de referência que se passa a citar: “In the ~10-15% of CAP cases that are polymicrobial, the etiology often includes a combination of typical and atypical pathogens” pag 1621, poder também aplicar-se a hospedeiro imunocomprometido. Contudo o júri discorda desta afirmação, uma vez que no início da Pag 1620, se diz que todo este capítulo (251) se refere à pneumonia em doentes não imunocomprometidos, sendo a pneumonia em doentes imunocomprometidos tratada nos cap 126 e 182.

- Foi alegada veracidade para a alínea 4, o que revela défice de conhecimentos, uma vez que de acordo com o livro referência : “ Because of the time and difficulty involved in the isolation of anaerobic bacteria, **diagnosis** of anaerobic infections **must** frequently **be based on presumptive evidence**”. Pag1004.

- Foi alegada veracidade para a alínea 5, carecendo esta alegação, de suporte científico, uma vez que na alínea se afirma que o padrão radiológico **frequentemente** sugere um diagnóstico etiológico, contrariando assim a frase do livro de referência: "Occasionally, radiographic results suggest an etiologic diagnosis." Pag 1622.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 89 do teste azul.

9 - Pergunta 69 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 2

- Foi contestada a veracidade da alínea 2. O júri não concorda pois de acordo com o estado da arte do livro de referência: " The yield from blood cultures even those obtained before antibiotic therapy is disappointingly low. Only ~5-14% of cultures of blood from patients hospitalized with CAP are positive, and most frequently isolated pathogen is.....". Esta frase significa, que no que diz respeito à capacidade de diagnóstico etiológico de PAC, as hemoculturas apenas apresentam capacidade de identificar o agente etiológico em cerca de 5 a 14% dos casos, estando este valor directamente relacionado com a sua sensibilidade diagnóstica.

- Foi também contestada a veracidade da alínea 1. O júri não apoia este parecer, com base na seguinte afirmação do livro referência: "The **main purpose** of sputum Gram's stain is to **ensure** that a sample is **suitable for culture**."

- Foi solicitado que a alínea 5 fosse considerada falsa, o que não é apoiado pelo júri. A alegação baseou-se na seguinte frase do livro de referência: “A fourfold rise in the titre of antibody to a particular agent between acute and convalescent-phase serum samples is generally considered **good evidence** that this agent is the **cause** of the pneumonia”. Acontece que a alínea se reporta à definição da **estratégia terapêutica**. Ora, a frase supracitada do livro de referência diz respeito à estratégia diagnóstica e não terapêutica

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 90 do teste azul.

10- Pergunta 70 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

A contestação da veracidade da alínea 3, (**em regra** , a hipercapnia só surge....) não está de acordo com o estado da arte do livro de referência, uma vez que dele transcrevemos a seguinte afirmação que suporta a veracidade da respectiva alínea: “An elevation of PaCO_2 is **not expected until the FEV₁ is 25% of predicted**” (pag 1638 do livro de referência).

Por outro lado, a alegação de veracidade para a alínea 4 (A **hipertensão pulmonar grave** e mesmo), não está de acordo com o estado da arte do livro de referência, uma vez que dele transcrevemos a seguinte frase que

suporta a falsidade da respectiva alínea: “Pulmonary hypertension **severe** enough to cause cor pulmonale and right ventricular failure due to COPD **occurs only** in those individuals who have marked decreases in FEV₁ (<25% of predicted) **together with chronic hypoxemia (PaO₂< 55 mmHg)**, although earlier in the course **some elevation** of pulmonary artery pressure, particularly with exercise, may occur”. (pag 1638 do livro referência)

De notar pois, que nas fases precoces, em que a hipertensão pulmonar apenas ocorre durante o exercício, não estaremos por definição perante uma situação de **hipertensão pulmonar grave**.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 91 do teste azul.

11- Pergunta 71 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 5.

- Foi contestada a veracidade da alínea 2, contudo esta pretensão é recusada, uma vez que de acordo com o livro referência: “The addition of methylxanthines (such as theophylline) to this regimen can be considered, **although convincing proof of its efficacy is lacking**”. Pag 1641.

.

- Relativamente à alínea 3 considera-se verdadeira, uma vez que de acordo com o livro referência: “**Most practitioners** treat patients with moderate or severe exacerbations with antibiotics, **even in the absence of data** implicating a specific pathogen”, demonstrando que é prática comum o recurso à antibioterapia,

mesmo sem orientação bacteriológica; não sendo necessário, na opinião do júri, a discriminação da gravidade das exacerbações, na formulação da pergunta, uma vez que a sua classificação, em termos de gravidade (ligeiras, moderadas, graves), de acordo com o livro referência, (e também restante literatura) não se encontra explicitada por critérios facilmente objectiváveis. .

- Apesar de ter sido contestado o facto de na alínea 4 não vir discriminado que os glucocorticoides eram orais, podendo portanto a frase ser entendida como referindo-se a corticoterapia inalada, ainda assim, a alínea manter-se-ia como verdadeira, uma vez que os corticosteroides inalados **não têm lugar na terapêutica das exacerbações agudas**. Pelo contrário, a sua indicação faz-se no âmbito da terapêutica da **DPOC estável** (e não nas exacerbações) e como fármacos que previnem as exacerbações (pag 1641-2 do livro recomendado).

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 92 do teste azul.

12- Pergunta 72 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- Foi contestada a veracidade da alínea 1. O júri não concorda pois de acordo com o livro referência “Malignant pleural effusions secondary to metastatic disease are **the second most** common type of exudative pleural effusion” pag1659.

- Foi contestada a veracidade da alínea 5. O júri não concorda pois de acordo com o livro referência :” Most patients complain of dyspnea, which is **frequently out of proportion to the size of the effusion**” pag1659.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 93 do teste azul.

13- Pergunta 73 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

-Foi contestada a veracidade da alínea 4, com base na fig 258-2 da pag 1662. O júri não concorda, pois tal figura deve ser entendida tendo em consideração uma outra figura do livro de referência, designadamente a fig 246-5 da pag 1591, onde se clarifica que a hipoventilação alveolar só surge com um gradiente alveolo-capilar aumentado se estiver associada a outro mecanismo. Efectivamente é o que acontece nas alterações da parede torácica, pulmões e vias aéreas, conforma se constata adicionalmente à fig 246-5 da pag 1591, pela afirmação do livro de referência: “In contrast to patients with disorders of the respiratory control or neuromuscular systems, patients with disorders of the chest wall, lungs, and airways typically **demonstrate abnormalities of respiratory system resistance and compliance** and have a widened (A - a)P_{O2}.” Pag 1663.

- Foi contestada a veracidade da alínea 5. O júri não concorda pois de acordo com o livro referência “**A decrease in the inspired PO₂ and hypoventilation both cause hypoxemia** by lowering PA O₂ and therefore Pa O₂. In each case, gas exchange

at the alveolar-capillary level occurs normally and PAO₂-PaO₂ is not elevated.” Pag 1591.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 94 do teste azul.

14- Pergunta 74 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- A contestação da veracidade da alínea 4, (Largamente utilizado na monitorização...) não é suportada pelo júri, pois não está de acordo com o estado da arte do livro de referência, uma vez que dele transcrevemos a seguinte frase que suporta a veracidade da respectiva alínea: “Because measurement of PaO₂ requires **arterial puncture, it is not ideal** either for office use or for routine or frequent measurement in the inpatient setting. Additionally, because **it provides intermittent rather than continuous data about the patient's oxygenation, it is not ideal for close monitoring of unstable patients. Pulse oximetry, an alternative method for assessing oxygenation, is readily available in many clinical settings.**” Pag 1591

Esta é a razão, porque a oximetria de pulso, correspondendo a uma monitorização contínua, ainda que, com algumas limitações, é considerada um parâmetro de monitorização obrigatória em doentes instáveis de cuidados intensivos.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 95 do teste azul.

15- Pergunta 75 (teste branco) não foi contestada

16 - Pergunta 76 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 1.

- A alínea 1 é incontornavelmente falsa, uma vez que o volume residual sendo um volume não mobilizável, não é passível de ser avaliado por espirometria. “Other volumes—specifically, **RV**, **FRC**, and **TLC**—**cannot be measured** in this way because they include the volume of gas present in the lungs even after a maximal expiration” Pag 1587.

- Relativamente à veracidade contestada da alínea 5 (Os principais determinantes da capacidade pulmonar total são a distensibilidade pulmonar e a força dos músculos respiratórios), importa referir o seguinte:

Na página 1587 do capítulo 246 do livro de referência pode ler-se a seguinte transcrição:” the **major determinants of TLC** are the **stiffness** of the lungs and **inspiratory muscle strength**. If the lungs become stiffer — i.e., less compliant — TLC is decreased.”

Assim sendo, facilmente se constata que é verdade que a **distensibilidade pulmonar (tradução técnica de *compliance*)** é um determinante da capacidade pulmonar total, da mesma forma que é verdade que os músculos

respiratórios, em sentido lato (porque neles se incluem os músculos inspiratórios) são determinantes fundamentais da capacidade pulmonar total

- A contestação da veracidade da alínea 3, não está de acordo com o estado da arte do livro de referência, uma vez que dele transcrevemos a seguinte afirmação que suporta a veracidade da respectiva alínea: “The FEF_{25-75%} is **often** considered a more sensitive measurement of early airflow obstruction, particularly in small airways”. Pag 1587

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 97 do teste azul.

17- Pergunta 77 (teste branco) não foi contestada

18 - Pergunta 78 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- Relativamente às contestações apresentadas é de referir que é verdadeira a afirmação da alínea 5: As formas crónicas podem recuperar sem instituição de terapêutica, **embora, em muitos casos**, seja necessário recorrer à corticoterapia para conseguir a máxima reversibilidade das lesões. (pag 1610,tópico tratamento, do livro recomendado): Patients with *chronic* HP may gradually recover without therapy following environmental control.”. A afirmação apresentada, não exclui casos de recuperação sem terapêutica com

corticosteróides, da mesma forma que torna claro que nalguns casos a recuperação só é possível mediante a introdução de corticosteróides.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 99 do teste azul.

19- Pergunta 79 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 3.

- De notar que esta pergunta questiona qual a doença que apresenta uma expressão pulmonar **muito semelhante** à sarcoidose.

Efectivamente, apesar de qualquer uma das patologias referenciadas nas várias alíneas, poder apresentar aspectos de diagnóstico diferencial com a sarcoidose, na realidade a sarcoidose e a beriliose são praticamente indistinguíveis, como se constata da análise do livro de referência:” it is far more commonly associated with a chronic granulomatous inflammatory disease that is **similar to sarcoidosis**. Unless one inquires specifically about occupational exposures to beryllium in the manufacture of alloys, ceramics, high-technology electronics, and (before the 1950s) the production of fluorescent lights, one may miss entirely the etiologic relationship to an occupational exposure. **What distinguishes chronic beryllium disease from sarcoidosis is evidence of a specific cell-mediated immune response to beryllium**” pag 1615

Esta última frase faz pressupor que a expressão pulmonar da sarcoidose e da beriliose são iguais.

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 100 do teste azul.

20- Pergunta 80 (teste branco)

O júri analisou as contestações e mantém como chave a alínea 2

Atendendo a que as alíneas 1,3,4,5 são claramente falsas, a alínea 2 é a única verdadeira, mesmo não se explicitando que se reporta ao adulto. Ou seja, esta alínea é considerada verdadeira por exclusão das outras, que são claramente falsas de acordo com o livro referência: "typically in adults a Cl^- concentration of >70 meq/L discriminates between patients with CF and patients with other lung diseases" pag 1634.

A não veracidade das alíneas 1,3,4,5. é suportada pelas seguintes frases do livro referência (pag 1634):

1 - "The diagnosis of CF rests on a combination of clinical criteria and abnormal CFTR function as demonstrated by sweat tests, nasal PD measurements, and CFTR mutation analysis.

3- "DNA analysis of the most common mutations can identify CF mutations in $>90\%$ of affected patients".

4- " The nasal PD measurement can document CFTR dysfunction if the Cl^- test is normal or borderline"..."

5 - " The nasal PD measurement can document CFTR dysfunction if the Cl^- test is normal or borderline"

Uma vez que as alegações do teste azul são sobreponíveis, os raciocínios aqui apresentados devem ser extrapolados, para as respectivas alíneas da pergunta 41 do teste azul.