

FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

Edital nº:	35/2017 - PROGESP
Carreira:	(X) MAGISTÉRIO SUPERIOR () MAGISTÉRIO EBT
Unidade Acadêmica:	DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA
Área de Conhecimento:	DOENÇAS DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS

- Clareza e propriedade no uso da linguagem;
- Coerência e coesão textual;
- Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova;
- Domínio e precisão no uso de conceitos;
- Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa.

QUESTÃO 1: Valor (0,00 a 2,00 pts)

O candidato deverá discorrer sobre a gênese da Aterosclerose Coronariana e o conceito de Placa Vulnerável, Erosão Endotelial e a forma de apresentação das Síndromes Coronarianas Agudas (SCA).

As SCA decorrem principalmente de ruptura da placa vulnerável ou de erosão superficial do endotélio. a crescente exposição ao tratamento com estatinas tem diminuído o conteúdo lipídico e inflamatório das placas, resultando em progressiva redução de infartos com oclusão completa do vaso e mesmo recorrência de eventos coronarianos. Por outro lado, com a maior longevidade e crescente prevalência de obesidade e diabetes, a erosão endotelial tem se tornado mais presente, notadamente nas apresentações com oclusões transitórias ou parciais das coronárias, sugeridas pela maior incidência de infartos sem supradesnível de segmento ST e angina instável. O avanço da compreensão do papel do colesterol e da inflamação tem proporcionado uma nova visão terapêutica das SCA, que incluem melhora da microcirculação, diminuição de massa infartada e melhor remodelamento ventricular.

QUESTÃO 2: Valor (0,00 a 2,00 pts)

QUADRO CLÍNICO:

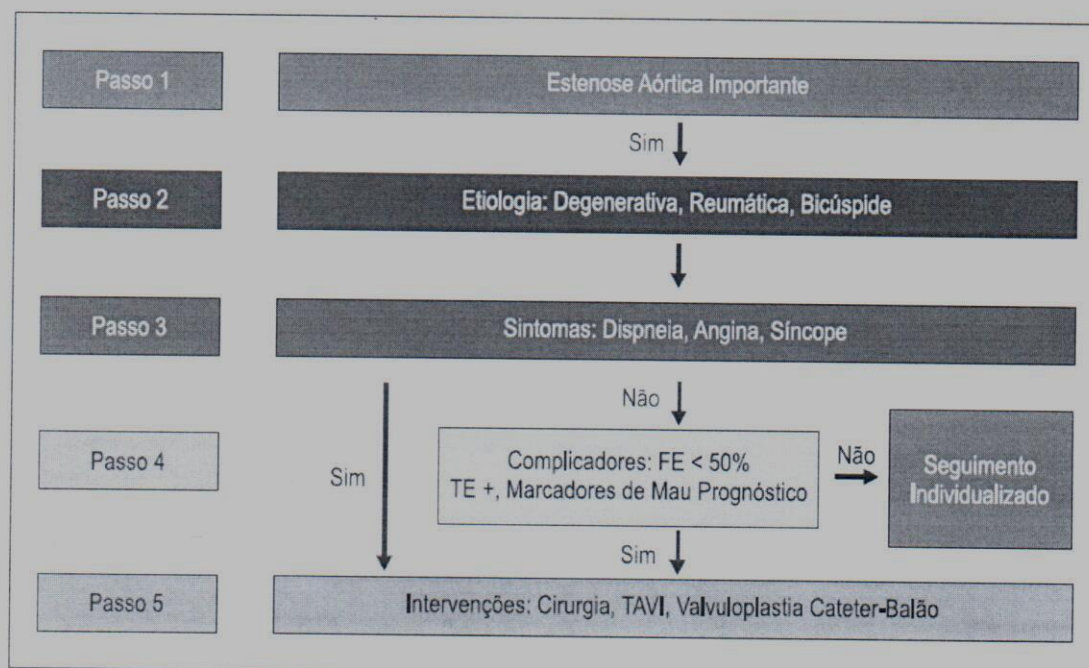
Sintomas	
Dispneia	Disfunção diastólica: hipertrofia ventricular esquerda → redução de complacência → deslocamento da curva pressão/volume ventricular para cima e para a esquerda → elevação das pressões de enchimento → hipertensão venocapilar pulmonar Disfunção sistólica: ocorre na hipertrofia inadequada (<i>afterload mismatch</i>) e baixo fluxo/baixo gradiente
Angina	Desbalanço da oferta/consumo de oxigênio no miocárdio hipertrofico Redução do gradiente de perfusão miocárdico (pd2 elevada)
Síncope	Resulta da incapacidade de incrementos de débito cardíaco em situações de redução expressiva da resistência periférica total Pode decorrer do uso de vasodilatadores (agentes deflagradores comuns) 50% dos casos estão associados a reflexo cardioinibitório

DIAGNÓSTICO:

	Característica de estenose aórtica importante
Exame físico	• Pulso <i>Parvus et Tardus</i> • Sopro sistólico ejetivo com pico telessistólico • Hipofonese de B2 • Hipofonese de B1 • Fenômeno de <i>Gallavardin</i> • Desdobramento paradoxal de B2
Eletrocardiograma	• Sobrecarga de ventrículo esquerdo • Alteração de repolarização ventricular (padrão <i>Strain</i>)
Radiografia de tórax	• Índice cardiotorácico pode ser normal • Sinais de congestão pulmonar
Ecocardiograma	• AVAo $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ • AVAo indexada $\leq 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ • Gradiente ventrículo esquerdo/Ao $\geq 40 \text{ mmHg}$ • Velocidade máxima do jato aórtico $\geq 4,0 \text{ m/s}$ • Razão das velocidades de fluxo entre a via de saída do ventrículo esquerdo e valva aórtica $< 0,25$ • Impedância valvuloarterial $> 5,0 \text{ mmHg/mL/m}^2$, sobretudo em pacientes com elevada pressão arterial
Ecocardiograma sob estresse com dobutamina	• Indicação: AVAo $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ com fração de ejeção $< 50\%$ e gradiente médio ventrículo esquerdo/Ao $\leq 40 \text{ mmHg}$ — EAO de baixo fluxo/baixo gradiente com fração de ejeção reduzida • Presença de reserva contrátil (aumento $\geq 20\%$ do volume sistólico ejetado e/ou aumento $> 10 \text{ mmHg}$ no gradiente médio ventrículo esquerdo/Ao) + redução ou manutenção da AVAo (EAO importante se variação $\leq 0,2 \text{ cm}^2$)
Teste esforço/ergoespiométrico	• Indicado apenas nos assintomáticos com FE normal
Tomografia computadorizada de tórax multidetectora	• Escore de cálcio valvar aórtico acima de 1.650 UA reforça possibilidade de valvopatia importante • Mulheres podem apresentar menor intensidade de calcificação valvar (média: 1.200 UA)
Estudo hemodinâmico	• Gradiente ventrículo esquerdo/Ao (pico) $\geq 50 \text{ mmHg}$ • EAO de baixo fluxo/baixo gradiente com fração de ejeção preservada ("paradoxal") - Área valvar aórtica indexada $\leq 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ - Fração de ejeção $> 50\%$ - Gradiente médio ventrículo esquerdo/Ao $< 40 \text{ mmHg}$ - Volume sistólico indexado $< 35 \text{ mL/m}^2$ - Impedância valvuloarterial $> 5,0 \text{ mmHg/mL/m}^2$ - Escore de cálcio valvar aórtico $> 1.650 \text{ UA}$

AVAo: área valvar aórtica; Ao: aórtica; EAO: estenose aórtica; FE: fração de ejeção

TRATAMENTO



Tipo	Considerações
Cirurgia de troca valvar aórtica	• Primeira escolha para pacientes de baixo risco e risco intermediário (STS) < 8%) • É necessária decisão do <i>Heart Team</i> institucional
Implante de bioprótese aórtica transcater (TAVI)	• Via transfemoral é a preferencial • Ampliada indicação para pacientes de risco intermediário (STS 4 a 8%) • Alto risco cirúrgico (STS > 8% ou EuroSCORE logístico > 20%) • Primeira escolha em risco cirúrgico proibitivo ou contraindicações à cirurgia convencional
Valvoplastia aórtica por cateter-balão	• "Ponte terapêutica" para procedimentos definitivos (cirurgia/implante de bioprótese aórtica transcater) • Palição nos casos com contraindicações definitivas à cirurgia convencional e implante de bioprótese aórtica transcater.

TRATAMENTO CIRÚRGICO CONVENCIONAL

• Sintomas (classe funcional ≥ 2 , síncope e angina) com risco cirúrgico baixo ou intermediário	IA	IA
• Assintomático em programação de outra cirurgia cardíaca (revascularização miocárdica, cirurgia de aorta torácica ou outra cirurgia valvar concomitante)*	IC	IB
• Assintomático, com complicadores:	IB	IB
Fração de ejeção < 50%	Ila	Ila B
Ausência de reserva inotrópica no teste ergométrico e/ou baixa capacidade funcional	B	
• Assintomático com valvopatia crítica:	Ila C	Ila B
Área valvar aórtica < 0,7 cm ²		
Velocidade máxima do jato > 5,0 m/s		
Gradiente médio ventrículo esquerdo/Ao > 60 mmHg		

SITUAÇÕES ESPECIAIS

• Estenose aórtica importante de baixo fluxo/baixo gradiente com fração de ejeção reduzida		
Com reserva contrátil	Ila B	Ila B
Sem reserva contrátil	Ila C	-
• Estenose aórtica importante paradoxal sintomático	Ila C	Ila C

INDICAÇÕES DE TAVI

• Sintomático com expectativa de vida > 1 ano:		
Com contraindicações/risco proibitivo à cirurgia convencional	IA	IA
Alto risco cirúrgico	IA	IA
Risco cirúrgico intermediário	Ila A	Ila B

OBS: Alto risco cirúrgico: STS > 8%
Risco intermediário: STS: 4 -8%
Baixo risco: STS < 4%

VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA

• Sintomático com instabilidade hemodinâmica importante, impossibilidade momentânea de intervenção definitiva (TAVI ou cirurgia convencional) — “ponte terapêutica”

IIa C

IIb C

• Tratamento paliativo em pacientes sintomáticos e com contraindicações à cirurgia convencional e/ou TAVI.

IIb C

QUESTÃO 3: Valor (0,00 a 2,00 pts)

Uma vez que o tratamento é completamente diferente, a distinção entre pericardite constrictiva e CMP restritiva é extremamente importante. A apresentação e o curso clínico são semelhantes em muito aspectos

CONSTRICÇÃO

- “knock” pericárdico
- pulso paradoxal presente em 1/3 dos casos
- pressão venosa com descenso y proeminente presente
- sinal da raiz quadrada presente
- pressões de enchimento dos lados esquerdos e direitos iguais
- Rx: calcificação pericárdica
- ECG inespecífico
- PSAP > 60 : não
- Espessura das paredes ventriculares: normal
- Tamanho dos átrios: possível aumento do AE
- Abaulamento septal: presente
- Velocidade E’ do Doppler tecidual: aumentada
- Acentuada variação respiratória na velocidade do fluxo mitral (> 25%)
- Espessura pericárdica aumentada

RESTRICÇÃO:

- B3
- pulso paradoxal ausente
- pressão venosa com descenso y proeminente : variável
- sinal da raiz quadrada variável
- pressões de enchimento dos lados esquerdos e direitos diferentes (esquerda > que a direita)
- ECG: QRS de baixa voltagem (amiloidose)
- PSAP > 60: comum
- Espessura das paredes ventriculares: geralmente aumentada (infiltração)
- Tamanho dos átrios: aumento biatrial
- Abaulamento septal: ausente
- Velocidade E’ do doppler tecidual: reduzida
- variação respiratória na velocidade do fluxo mitral (< 10%)
- Espessura pericárdica : normal

QUESTÃO 4: Valor (0,00 a 2,00 pts)

AF pattern	Definition
First diagnosed AF	AF that has not been diagnosed before, irrespective of the duration of the arrhythmia or the presence and severity of AF-related symptoms.
Paroxysmal AF	Self-terminating, in most cases within 48 hours. Some AF paroxysms may continue for up to 7 days. ^a AF episodes that are cardioverted within 7 days should be considered paroxysmal. ^a
Persistent AF	AF that lasts longer than 7 days, including episodes that are terminated by cardioversion, either with drugs or by direct current cardioversion, after 7 days or more.
Long-standing persistent AF	Continuous AF lasting for ≥1 year when it is decided to adopt a rhythm control strategy.
Permanent AF	AF that is accepted by the patient (and physician). Hence, rhythm control interventions are, by definition, not pursued in patients with permanent AF. Should a rhythm control strategy be adopted, the arrhythmia would be re-classified as ‘long-standing persistent AF’.

QUESTÃO 5: Valor (0,00 a 2,00 pts)

1. PROVA DE MÚLTIPLAS ESCOLHAS

COMPETÊNCIA : Conhecimento cognitivo

PONTOS FORTES: Podem avaliar múltiplas áreas num curto tempo, alta confiabilidade, pode ser realizada pelo computador.

LIMITAÇÕES: Podem dar pistas da resposta, não deixa o aluno em ambiente real.

2. MINI CLINICAL EXAMINATION (MINICEX)

COMPETÊNCIAS: Habilidades clínicas e de comunicação

PONTOS FORTES: Receber Feedback ao Final da avaliação

LIMITAÇÕES: Relativamente demorado, o aluno pode apresentar comportamentos artificiais devido a avaliação

3. OBJECTIVE STRUCTURE CLINICAL EXAMINATION (OSCE)

COMPETÊNCIAS: Habilidades clínicas, de comunicação e relação interprofissional.

PONTOS FORTES: Pode ser adaptado aos objetivos de ensino, realístico, confiabilidade.

LIMITAÇÕES: Requer múltiplos participantes(professores, atores simulados ; o tempo pode parecer artificial, o ckeck list pode penalizar os alunos que usam "atalhos" durante a avaliação

4. AVALIAÇÃO POR PARES

COMPETÊNCIAS – Profissionalismo

PONTOS FORTES: Correlaciona-se com o futuro desempenho clínico, Fonte confiável.

LIMITAÇÕES: anonimato, confidencialidade por parte do avaliador e corporativismo .

Assinatura dos Membros da Comissão

1º membro (Presidente)

2º membro:

3º membro:

