

FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	013/2021 (03/03/2021)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	CCS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA
Área de Conhecimento:	DOENÇAS DO SISTEMA GASTROINTESTINAL E COLOPROCTOLÓGICO (GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA)

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 2,50)**PARTE 1 (valor 1,25)**

Com relação à Pancreatite Crônica.

1. Citar pelo menos quatro fatores relacionados à etiologia da Pancreatite Crônica (valor 0,5)
2. Descrever as manifestações clínicas (valor 0,25)
3. Comentar os métodos de imagem utilizados para o diagnóstico (valor 0,5)

PARTE 2 (valor 1,25)

A dor abdominal é o sintoma mais incapacitante e dominante no curso da Pancreatite Crônica. Embora alguns estudos tenham relatado que uma porção substancial dos pacientes (5-50%) não relatam dor, a maioria dos estudos recentes revelam que uma dor constante ou intermitente de intensidade variável está presente na maioria dos pacientes.

Vários guidelines têm sido publicados na literatura com o intuito de orientar a abordagem dos pacientes com Pancreatite Crônica (Guideline Europeu de Gastroenterologia (UEG, 2017); Guidelines do Colégio Americano de Gastroenterologia (2020); Guideline da Associação Internacional de Pancreatologia (2017)).

De acordo com os Guidelines citados, como abordar e conduzir a DOR ABDOMINAL em um paciente atendido em ambulatório de Gastroenterologia portador de PANCREATITE CRÔNICA ALCOÓLICA?

Expectativa de resposta:

Resposta Esperada:**RESPOSTAS PARTE 1**

1. Citar pelo menos quatro fatores relacionados à etiologia da Pancreatite Crônica (valor 0,5)
2. Descrever as manifestações clínicas (valor 0,25)
3. Comentar os métodos de imagem utilizados para o diagnóstico (valor 0,5)

1) Álcool; Tabaco; Genética (ex: Fibrose cística, mutação gene PRSS1, mutação gene SPINK1); Auto-imune; Obstrução do ducto pancreático.

2) Dor; Esteatorréia; Diabetes; Outras manifestações de complicações (compressão gástrica por pseudocisto; obstrução duodenal; icterícia por estenose de colédoco intra-pancreática; sangramento abdominal por pseudoaneurisma; sangramento por varizes na trombose porto-mesentérica, etc...)

3) Os três melhores exames para o diagnóstico são: Tomografia a RM e a Ecoendoscopia (Guideline Europeu de Gastroenterologia (UEG, 2017)).

Tomografia - melhor método para diagnóstico da calcificação (fase não-contrastada). A presença de calcificação pancreática ou ductal é patognomônico.

Ressonância Magnética - permite o estudo da sistema ductal (estreitamentos, dilatações e falhas de enchimento). Uma correlação com a classificação de Cambridge descrita na CPER é descrita. O uso da secretina pode melhorar a acurácia diagnóstica das alterações ductais pancreáticas.

Ecoendoscopia - Considerado o exame mais sensível para o diagnóstico (Guideline Europeu de Gastroenterologia (UEG, 2017)). A classificação de Rosemont é a mais utilizada. Existe uma correlação entre o número de critérios positivos e alterações histológicas relacionadas à PC. De acordo com um recente Consenso Internacional (IAP-APA-JPS-EPCO -2020) para estabelecer o papel da Ecoendoscopia no diagnóstico da PC identificou que o número ideal de critérios necessários para o diagnóstico de PC ainda não foi firmemente estabelecido embora a presença de 5 ou mais e 2 ou menos, sugere ou refuta, respectivamente, o diagnóstico.

RESPOSTAS PARTE 2

(0,4) 1. Cessação do álcool e tabaco. A cessação do uso do álcool tem efeitos benéficos na progressão da doença e na dor consequente a ela. A cessação do uso do tabaco é fortemente recomendada embora a sua relação com a dor ainda esteja para ser elucidada.

(0,4) 2. Investigar causas extra-pancreáticas e complicações da PC. Muito importante para afastar outras causas além de complicações da própria PC que requeiram intervenção radiológica, endoscópica ou mesmo cirúrgica.

(0,4) 3. A terapia analgésica deve seguir os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS). O princípio é a introdução sequencial de drogas com potência analgésica progressiva até que o alívio da dor seja obtido. Exemplo: Nível I - paracetamol; Nível II - tramadol; Nível III - morfina. Os opióides devem ser evitados pelo risco de adição, abuso e tolerância.

(0,3) 4. Antidepressivos, anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) e ansiolíticos são adjuvantes. O tratamento adjuvante com essas drogas pode ser benéfico e deve ser avaliado. A pregabalina foi considerada eficaz como adjuvante em estudo randomizado para o tratamento da PC.

(0,1) 5. Enzimas pancreáticas: Controverso. Enquanto 2 guidelines desaconselham, o guideline da IAP sugere que o uso das enzimas pancreáticas podem ser tentadas para o alívio da dor. Nessa situação, é importante que sejam usadas cápsulas não-revestidas e com alto conteúdo de proteases.

(0,1) 6. Anti-oxidantes: Controverso. Enquanto 1 guideline desaconselha, nos outros dois, apesar de um benefício limitado, seu uso é estimulado. A recomendação é que sejam usados especialmente no curso inicial da doença. Os mais estudados são: selênio, ácido ascórbico, beta-caroteno e metionina.

(0,3) 7. Tratamento endoscópico. O tratamento endoscópico para alívio da dor está indicado nos casos de obstrução por cálculos e estenose primariamente na cabeça do pâncreas. O procedimento inclui uma esfincterotomia pancreática, clareamento do ducto pancreático, dilatação da estenose e colocação de stents. A litotripsia também pode ser indicada principalmente nos cálculos >4mm. Na maioria dos Guidelines a terapia endoscópica é considerada uma ponte para a cirurgia. Sugere-se que até 5 intervenções possam ser tentadas antes da indicação cirúrgica.

(0,3) 8. Tratamento cirúrgico. Dependendo das alterações morfológicas do pâncreas e das características da dor, a ressecção, descompressão do ducto pancreático ou intervenções combinadas podem ser realizadas para reduzir a dor. Os resultados a longo prazo são variáveis mas taxas de sucesso de até 80% têm sido reportadas. O papel emergente da pancreatectomia total como tratamento cirúrgico inicial parece promissor mas necessita de maior investigação. A intervenção cirúrgica deve ter resultados melhores quando realizada dentro do prazo de 3 anos do início dos sintomas.

(0,2) 9. Intervenções neurolíticas. Bloqueio do plexo celíaco e esplancnicectomia toracoscópica podem ser utilizados de forma seletiva em situações em que a endoscopia e a cirurgia falharem.

Questão 2: Valor (0,00 a 2,50)

QUESTÃO 2 (valor 2,5)

Em muitas situações clínicas, ouve-se e lê-se a expressão "hepatopatia crônica" como hipótese diagnóstica. Grande parte desses pacientes são cirróticos. Outros tantos não. Cria-se uma dificuldade no planejamento do paciente, caso não reconheçamos o diagnóstico de Cirrose.

Demonstre que você é capaz de vencer esta dificuldade ao responder os seguintes pontos: Defina o que é cirrose, aponte cinco etiologias de cirroses, disserte sobre a sua classificação (estádios clínicos), relate as formas de apresentação da doença, por fim aponte 03 opções terapêuticas específicas para diferentes doenças causadoras de cirrose e as medidas indicadas para o rastreamento de carcinoma hepatocelular nos pacientes com cirrose, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Hepatologia.

Resposta Esperada:

Expectativa de resposta:

1 – Definição de cirrose	Doença crônica	0,1	TOTAL 0,5
	Destruição de hepatócitos	0,1	
	regeneração	0,1	
	Formação nodular	0,1	
	Desorganização da arquitetura vascular	0,1	
2- Causas etiológicas	Álcool	0,1	TOTAL 0,5
	VHB	0,1	
	VHC	0,1	
	Hemocromatose	0,1	
	Doença gordurosa	0,1	

	Compensada	0,1	
	Com hipertensão portal e sem varizes	0,05	
	Com hipertensão portal e varizes	0,05	
3. Estádios clínicos	Descompensada	0,2	Total 0,5
	Hemorragia varicosa	Critério: Citar pelo menos 02 dos 3 da coluna da esquerda)	
	Ascite		
	Encefalopatia		
	Descompensação tardia	0,2	
	Hemorragia varicosa recorrente	Critério:	
	-Ascite refratária	(citar pelo menos 2 dos 3 da	
	-Síndrome hepatorenal	coluna a esquerda)	
		0,1	
	Achados laboratoriais incidentais	0,1	
	Hemorragia digestiva	0,1	
	Ascite	0,1	
4- Formas de apresentação	Encefalopatia		Total 0,5
	Estigmas de doença hepática crônica no exame físico	0,1	
	Manifestações sistêmicas de CHC	Critério: Citar pelo menos 5 dos listados na coluna à esquerda.	
		0,1	Subtotal 0,3
5 – Opções terapêuticas específica para tratamento de pacientes cirróticos, considerando diferentes etiologias	VHB – Entecavir	0,1	
	VHC – Ledipasvir + sofosbuvir	0,1	
	Hemocromatose hereditária – sangria	0,1	
	Doença de Wilson – D-Penicilamina	0,1	
	Alcoolismo – suspender definitivamente a ingestão de álcool	0,1	
		0,1	
Rastreamento de Carcinoma Hepatocelular .	Nível sérico da alfa fetoproteína e Ultrassonografia a cada 6 meses.	0,1	Subtotal 0,2
		0,1	Total 0,5

Questão 3: Valor (0,00 a 2,50)

PARTE 1 (valor 1,25)

Com relação à Diarréia Crônica, descreva: definição, mecanismos, classificação, manifestações clínicas e abordagem diagnóstica.

PARTE 2 (valor 1,25)

Descreva as características da diarreia na Doença Inflamatória Intestinal, a diarréia da Doença celíaca; e de acordo com os critérios do ROMA IV, as características da diarréia funcional e da forma diarreica da Síndrome do Intestino Irritável.

Resposta Esperada:

Expectativa de resposta – Abordagem paciente com Diarréia crônica

Definição: 0,25

Tempo de diarreia 4 semanas ou mais, associada a alteração na consistência das fezes

Mecanismos: 0,5

Alterações inflamatórias – exemplos e características das fezes

Osmótica – exemplos e características das fezes

Secretória – exemplos e características das fezes

Motora – exemplos e características das fezes

Esteatorréica/disabsortiva – exemplos e características das fezes

Definir diarreia funcional – ROMA IV

Definir SII diarreica – ROMA IV

DII – RCUI, Doença de Crohn

Doença celíaca

Definir grupos específicos: 0,75

a) História clínica – cronológica, características das fezes, descrever sinais de alarme

Manifestações clínicas:0,5	b) exame geral: avaliar mucosas, pesquisar adenomegalias, avaliar grau nutricional, c) exame abdominal: peristaltismo de luta, massas, hepatomegalia, esplenomegalia, cicatrizes cirúrgicas, vascoejo,
Abordagem diagnóstica:0,5	a) Exames básicos: pesquisa de leucócitos nas fezes, sudam III, pesquisa sangue oculto nas fezes, calprotectina fecal, Hemograma completo, VHS, PCR, gap osmótico, eletroforese de proteínas b) exames endoscópicos (egd, colonoscopia, cápsula endoscópica, enteroscopia) quando e quais indicar? Quais aspectos importantes? c) exames radiológicos quando e quais indicar? Quais aspectos importantes?

Questão 4: **Valor (0,00 a 2,50)**

Com relação à Icterícia, descreva: definição, metabolismo da icterícia, classificação da icterícia, exame clínico do paciente icterico e abordagem diagnóstica.

Resposta Esperada:

Expectativa de resposta – Abordagem paciente com Icterícia

Definição: 0,25	Que nível de Bilirrubina se detecta a icterícia, depósito na mucosa e escleróticas, diferente da betacarotenemia
Metabolismo da bilirrubina: 0,25	Produção, transporte, captação, conjugação e excreção Predomínio Bilirrubina Indireta: a) produção excessiva – exemplos b) diminuição captação – exemplo c) diminuição ou ausência captação - exemplos
Classificação da icterícia:0,75	Predomínio Bilirrubina Direta: a) colestase intra-hepática – exemplos b) colestase extra-hepática - exemplos hepatites
Manifestações clínicas:0,75	a) História clínica – cronológica, características das fezes, urina, falar de fenômenos colangíticos, perda de peso, se icterícia progressiva, se intermitente (fundamental descrever a icterícia se progressiva ou flutuante (intermitente)), uso de medicação, dor associado a icterícia, febre, adenomegalias b) exame físico – grau de icterícia, avaliar mucosas – palidez associada, pesquisar adenomegalias, sinais de hepatopatia crônica, sinal de Murphy, tríade de Charcot, pênade de Raynaud, sinal de Courvoisier
Abordagem diagnóstica:0,5	a) Exames laboratoriais básicos: BT, BD, BI, FA, gama-GT, AST, ALT, Hemograma completo, LDH (Hemólise), Coombs (hemólise), INR, eletroforese de proteínas (hepatopatia), marcadores tumorais CEA, Ca 19-9 (na suspeita de tumor) b) exames de imagem: ultrassom, TC, colangioRM, ultrassom endoscópico, colangiografia percutânea (Chiba), papel da CPER. Quais os achados básicos nos métodos de imagem que sugerem colestase extra-hepática

Ocorrências:

NENHUMA OCORRÊNCIA .

NATAL, 19 de Julho de 2021 às 09:05.

Assinado digitalmente em
18/07/2021 18:08

GILMAR AMORIM DE SOUSA
PRESIDENTE

Assinada digitalmente em
18/07/2021 18:15

ENIO CAMPOS AMICO
1º EXAMINADOR

Assinado digitalmente em
18/07/2021 18:47

JOSÉ MILTON DE CASTRO LIMA
2º EXAMINADOR