



RESIDÊNCIA MÉDICA PUC-SP 2022

RESPOSTA AOS RECURSOS

PROVA: ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Questão: 8 - Decisão do Recurso: Indeferido

Parecer da Banca Examinadora:

Peptídeos Natriuréticos (BNP e NT-proBNP): os peptídeos natriuréticos – peptídeo natriurético tipo B (BNP) e fração amino terminal do proBNP (NT-proBNP) – são considerados biomarcadores padrões na IC descompensada e a única alternativa possível na questão. A diretriz de cardiologia traz que: "2.1.2. Peptídeos natriuréticos. Dentre os diversos biomarcadores estudados em IC, destacam-se os peptídeos natriuréticos BNP e NT-proBNP, cujo papel no diagnóstico de IC está bem estabelecido, tanto no cenário da sala de emergência quanto em pacientes com IC crônica ambulatoriais". "A dosagem de peptídeos natriuréticos BNP ou NT-proBNP pode ser útil em casos de dúvidas diagnósticas em pacientes com queixa de dispneia, podendo servir como exame de triagem na atenção primária.^{22,23} Valores de BNP < 35 pg/mL ou NT-proBNP < 125 pg/mL praticamente excluem o diagnóstico de IC. Valores acima destes cortes necessitam de avaliação clínica e complementar com ecocardiografia para confirmar o diagnóstico, caso haja dúvidas pela avaliação clínica isolada. Além do valor no diagnóstico da IC, os peptídeos natriuréticos apresentam importante valor prognóstico, agregando informação ao exame clínico e a exames de rotina.^{33,34} Após o ajuste medicamentoso, espera-se redução dos valores dos peptídeos natriuréticos em resposta ao tratamento. A ausência desta redução ou o aumento dos valores indicam mau prognóstico." Embora se alterem com a função, são os marcadores disponíveis com melhor valor diagnóstico e prognóstico até o momento.

<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>.

<https://www.acc.org/%2Flatest-in-cardiology%2Farticles%2F2015%2F02%2F09%2F13%2F00%2Fcardiac-biomarkers-and-heart-failure>. Outra diretriz que corrobora a resposta: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021 disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-sobre-angina-instavel-e-infarto-agudo-do-miocardio-sem-supradesnivel-do-segmento-st-2021/>. Acessos em 22/janeiro/2022.

**Questão Dissertativa B - Decisão do Recurso: Indeferido**

Parecer da Banca Examinadora:

Não se trata de lesão cavitária e sim de congestão pulmonar e, por somação de imagem, dá a impressão errônea de cavitação. Trata-se de um caso clínico real e o paciente não tinha nenhuma cavitação, com a compensação da ICC, o aumento de trama vasobrônquica (sinais de congestão) reduziram consideravelmente. Havia ainda cardiomegalia evidente, com aumento do índice cardiotorácico. Optamos por manter o gabarito.

Questão Dissertativa C - Decisão do Recurso: Deferido – Ampliação do Gabarito

Parecer da Banca Examinadora:

Segundo a "Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021 da Sociedade Brasileira de Cardiologia", trata-se de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, perfil B (ICFEr). Nesta publicação está escrito (ipsis literis): “É importante ressaltar que os benefícios observados com as novas medicações ocorreram em adição à terapia padrão otimizada, o que reforça a necessidade de manutenção da terapia tripla, que inclui betabloqueadores, bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e antagonistas mineralocorticoides. Uma vez instituída a terapia tripla e adicionadas as novas terapias que demonstraram benefício em redução de mortalidade cardiovascular, morte geral e hospitalização por IC, podemos também associar medicações que tiveram impacto em morbidade. A escolha destas terapias adicionais deve levar em consideração o perfil de cada paciente”. O uso de bloqueadores do SRAA tem grau de recomendação IA, assim como betabloqueadores e espirolactona. Todos os demais podem ser utilizados (sacubitril/valsartana, ivabradina e dapaglifozina), mas não sem antes utilizar a terapia padrão otimizada. Nisso o documento é cristalino. Inibidores de SGLT2 (dapagliflozina ou empagliflozina) devem ser utilizados em pacientes com ICFEr sintomáticos, diabéticos ou não, já com dose máxima otimizada tolerada de betabloqueador, antagonista da aldosterona, iECA/BRA ou INRA para reduzir desfechos cardiovasculares e progressão da disfunção renal. Como sacubitril/valsartana tem uma recomendação para paciente hospitalizado, baseada num único estudo, foi considerado como resposta certa, com ampliação do gabarito, embora a resposta mais correta fosse IECA/BRA (IA).