

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

CARGO 5: ANALISTA JUDICIÁRIO – ÁREA: APOIO ESPECIALIZADO ESPECIALIDADE: MEDICINA – RAMO: CLÍNICA MÉDICA

PROVA DISCURSIVA

APLICAÇÃO: 20/12/2015

PADRÃO DE RESPOSTA

- 1) O diagnóstico é de infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. Paciente com fatores de risco para coronariopatia, com dor torácica típica, alteração enzimática (elevação superior a duas vezes o limite da normalidade) e sem supradesnível do segmento ST ao ECG. Além disso, trata-se de paciente de alto risco. A história clínica de paciente com SIMISSST desempenha importante papel na estratificação de risco. Os marcadores bioquímicos mais sensíveis de lesão miocárdica, como as troponinas, trouxeram subsídios importantes para o diagnóstico e o prognóstico. O grupo com troponina positiva apresenta pior prognóstico em relação àquele com troponina. Os fatores de risco para eventos adversos dessa paciente também incluem idade maior de setenta e cinco anos, dor contínua em repouso e diabetes melito (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST [II Edição, 2007] – Atualização 2013).
- 2) Predomina hoje o conceito de que a rotura da placa aterosclerótica seja o mecanismo essencial que dispara os eventos fisiopatológicos que se exteriorizam clinicamente como IAM sem ou com supradesnível do segmento ST. Com a rotura da placa aterosclerótica, os elementos figurados do sangue, bem como os fatores de coagulação, são expostos ao contato com o material subendotelial. Isso leva a secreção, ativação, adesão e agregação plaquetária, e à geração acelerada de trombina, como mecanismos essenciais de trombose subsequente localizada no local da rotura. Esses dois mecanismos (plaquetário e trombínico) atuam de forma sinérgica, potenciando-se mutuamente para a manutenção e ampliação do processo de trombose (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto [2013]).
- 3) Recomendação classe I (condições para as quais há evidências conclusivas, ou, na sua falta, consenso geral de que o procedimento é seguro e útil/eficaz).
 1. Oxigenoterapia em pacientes com risco intermediário e alto (2 a 4 l/min) por três horas, ou por tempos maiores na presença de dessaturação < 90% (nível de evidência C).
 2. Administrar sulfato de morfina a pacientes de risco intermediário e alto (nível de evidência C).
 3. Uso de nitrato em pacientes com risco intermediário e alto (nível de evidência C).
 4. Administrar betabloqueadores VO a pacientes de risco intermediário e alto (nível de evidência B).
 5. Uso de AAS (162-300 mg em dose de ataque, com dose de manutenção de 81-100 mg/dia) em todos os pacientes, salvo contraindicações, independentemente da estratégia de tratamento, continuando por tempo indeterminado (nível de evidência A).
 6. Clopidogrel (300 mg em dose de ataque, com dose de manutenção de 75 mg/dia) em adição ao AAS, em pacientes portadores de SIMISSST de risco intermediário ou alto por doze meses (nível de evidência A). Ou Ticagrelor (180 mg de ataque seguidos por 90 mg duas vezes ao dia) em pacientes portadores de SIMI sem elevação do ST de risco intermediário ou alto, independentemente da estratégia de tratamento posterior (clínico, cirúrgico ou percutâneo), por doze meses (nível de evidência B).

7. Administrar inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) a pacientes de risco intermediário e alto com disfunção ventricular esquerda, hipertensão ou diabetes melito (nível de evidência A). Ou administrar bloqueadores dos receptores da angiotensina II a pacientes de risco intermediário e alto com contraindicação aos IECAs (nível de evidência C).
8. Uso de HNF da em todos os pacientes (nível de evidência A). Ou Uso de HBPM em todos os pacientes (nível de evidência A). Ou Uso de fondaparinux 2,5 mg SC uma vez ao dia por oito dias ou até a alta hospitalar (nível de evidência B).
9. Realização precoce de estudo hemodinâmico e cineangiocardiográfico de contraste radiológico em pacientes com risco intermediário e alto (nível de evidência A), visando à terapêutica definitiva (opcional).

Obs.: Caso o candidato descreva a necessidade de angioplastia primária ou trombolíticos, não pontuar. Pois não se trata de IAM com supradesnível do ST. Também não se recomenda o uso rotineiro dos inibidores da GP IIb/IIIa em pacientes sob uso de dupla antiagregação plaquetária antes do cateterismo (Recomendação classe III – nível de evidência A). Recomenda-se, apenas, o Abciximabe ou tirofiban em pacientes de alto risco quando se opta por não administrar tienopiridínicos (nível de evidência A).