

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Fundação Universidade de Brasília

RESIDÊNCIA MÉDICA UNIFICADA 2013

CADERNO DE PROVA OBJETIVA E DISCURSIVA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com os que estão registrados em sua folha de respostas da prova objetiva, no seu caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas e em cada página numerada deste caderno. Confira também o nome do programa de residência para o qual você concorre. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas da prova objetiva, correspondentes à prova objetiva, e dez questões correspondentes à prova discursiva de respostas curtas, acompanhadas de espaços para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto ao nome do programa de residência para o qual você concorre, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas da prova objetiva, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do processo seletivo.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Não serão distribuídas folhas suplementares para rascunho nem para texto definitivo da prova discursiva de respostas curtas.
- 5 Na duração das provas, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas —, ao preenchimento da folha de respostas da prova objetiva e à transcrição dos textos para o caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas.
- 6 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas da prova objetiva e o seu caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas e deixe o local de provas.
- 7 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada.
- 8 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas da prova objetiva ou no caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas poderá implicar a anulação das suas provas.

PROCESSO SELETIVO



Universidade de Brasília



OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

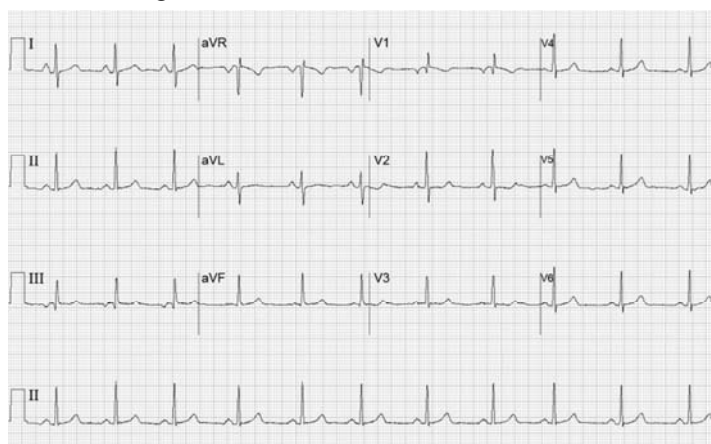
INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

PROVA OBJETIVA

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas** da prova objetiva, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas** da prova objetiva, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

Uma jovem de vinte e seis anos de idade foi atendida no ambulatório de cardiologia, relatando que, havia cinco meses, apresentava dispneia aos esforços e, mais recentemente, acordava com intensa falta de ar, necessitando ficar sentada na cama para conseguir conciliar o sono. Informou que, nas quatro últimas semanas, passou a apresentar desconforto na região do hipocôndrio direito, sensação de empachamento pós-prandial e início de rouquidão, além de edema de membros inferiores, mais acentuado no final da tarde. Ao exame clínico, foi observado que a paciente apresentava dispneia, tolerando pouco o decúbito dorsal, estava afebril, acianótica, consciente, pressão arterial de 100 mmHg x 68 mmHg (no membro superior direito, na posição sentada), com frequência cardíaca de 68 bpm. Seu exame cardiovascular mostrou precórdio calmo, *ictus cordis* visível e palpável no 5.º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular esquerda, normoimpulsivo, discreta impulsão sistólica na região paraesternal esquerda baixa e na região epigástrica. À ausculta, percebeu-se ritmo cardíaco regular em dois tempos, hiperfonese da segunda bulha em foco pulmonar, primeira bulha hiperfonética em focos de ponta, presença de estalido de abertura da mitral, sopro diastólico (grau III de Levine) protomesodiastólico, em ruflar, com reforço pré-sistólico, mais bem audíveis em foco mitral, presença de sopro sistólico, holossistólico, suave, mais bem audível em foco tricúspide, intensificado pela manobra de Müller, sem irradiação, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, presença de turgência jugular à direita (com cabeceira do leito a 30º), com onda V gigante e presença de refluxo pedojugular. O exame respiratório não mostrou anormalidades. O exame do abdome evidenciou dor à palpação do hipocôndrio direito, com fígado palpável, 3 cm abaixo da borda costal direita, liso, borda romba, doloroso, com pulso hepático. Verificou-se a presença de edema, com sinal de Godet, nos membros inferiores. Foi realizada radiografia do coração e vasos da base (RCVB), cujo laudo o médico radiologista relatou índice cardiorádico igual a 0,55; sinais de sobrecarga atrial esquerda e ventricular direita; inversão do padrão de distribuição da trama vascular (cefalização) pulmonar, presença de linhas B de Kerley. O eletrocardiograma (ECG) de doze derivações, com derivação D2 longa (velocidade do papel igual a 25 mm/s e calibração de 1 cm = 1 mV) é mostrado a seguir.



Internet: <ecg.bidmc.harvard.edu.> (com adaptações).

Com base nas informações clínicas e no ECG ao lado apresentados, julgue os itens que se seguem.

- 1 O principal diagnóstico é dupla lesão (equilibrada) da válvula mitral.
- 2 Uma das causas da rouquidão apresentada pela paciente é a compressão do nervo laringeo recorrente, devido ao aumento cardíaco, chamada de síndrome de Ortner.
- 3 Como o estalido de abertura da válvula mitral e sopro diastólico (ruflar) apresentam características peculiares estetoacústicas, esses sons são mais bem audíveis com o diafragma e com a campânula do estetoscópio, respectivamente.
- 4 Nessa paciente, a ausculta do reforço pré-sistólico é achado estetoacústico indicativo da presença de regurgitação pela válvula mitral, na fase de contração isovolumétrica ventricular do ciclo cardíaco.
- 5 A intensificação do sopro sistólico, auscultado no foco mitral por meio da realização da manobra de Müller, decorre do incremento na pós-carga de trabalho do coração e é indicativa da insuficiência da válvula mitral.
- 6 A onda V gigante no pulso venoso jugular e o pulso hepático são fenômenos indicativos de grave regurgitação ao nível da válvula tricúspide.
- 7 No ECG, o ritmo é sinusal e o eixo elétrico médio do complexo QRS está anormalmente desviado para a direita.
- 8 No traçado do ECG em tela, o aumento da área da fase negativa da onda P na derivação V1 constitui o chamado sinal de Peñaloza e Tranchesi, e representa uma evidência eletrocardiográfica indireta de sobrecarga ventricular direita.
- 9 A presença de sinal de duplo contorno na borda cardíaca direita, de quarto arco na borda cardíaca esquerda e de deslocamento do brônquio fonte esquerdo para cima na projeção postero-anterior (PA) da radiografia de tórax (RCVB) são exemplos de sinais radiológicos sugestivos de sobrecarga atrial esquerda.
- 10 Na projeção PA do radiograma de tórax, as linhas B de Kerley são imagens lineares retíneas, densas, curtas, horizontais, frequentemente visibilizadas nas regiões inferiores dos campos pulmonares, que decorrem de espessamento dos septos interlobulares dos pulmões e expressam edema pulmonar intersticial associado ao incremento da pressão capilar pulmonar.

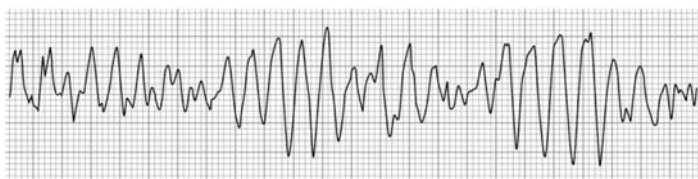
Com relação a anomalia de Ebstein, julgue os itens subsecutivos.

- 11 Nessa cardiopatia, considerando as fases iniciais da vida, as manifestações clínicas mais frequentes são a insuficiência cardíaca e as arritmias cardíacas.
- 12 Alguns pacientes com essa doença cardíaca apresentam eletrocardiograma com padrão de Wolff-Parkinson-White, frequentemente do tipo B, com ondas delta negativas nas derivações precordiais direitas.

Julgue os itens que se seguem, relativos às miocardites.

- 13 Em pacientes com diagnóstico de miocardite aguda, a arritmia cardíaca mais frequente é o *flutter* atrial, com condução atrioventricular variável.
- 14 A ressonância magnética nuclear cardiovascular vem sendo utilizada como ferramenta diagnóstica não invasiva útil na avaliação de pacientes com suspeita clínica de miocardite, pois permite visibilizar a localização, o grau de atividade e a extensão do processo inflamatório e fibrótico do miocárdio.

A figura a seguir representa uma tira de ritmo eletrocardiográfico registrada na derivação D2, velocidade do papel igual a 25 mm/s e calibração de 1 cm = 1 mV.



Edhouse J. & Morris. F. *BMJ*; 2002; 324:776-779 (com adaptações).

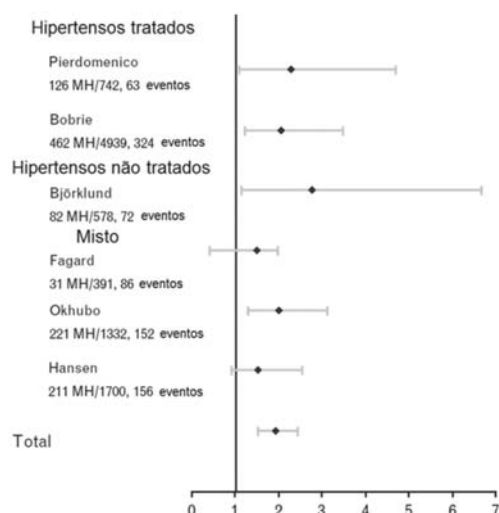
Com base na figura acima, julgue os itens seguintes.

- 15 A arritmia apresentada no traçado está associada a ocorrência da síndrome do QT longo, congênita ou adquirida.
- 16 O uso de quinidina, disopirâmida, sotalol, haloperidol, eritromicina, diltiazem e verapamil pode induzir a ocorrência da arritmia evidenciada na tira de ritmo eletrocardiográfico.

Com relação à hipertensão arterial mascarada, julgue o item a seguir.

- 17 A hipertensão arterial mascarada é diagnosticada quando se verificam valores anormais na medida da pressão arterial no consultório (iguais ou acima de 140 mmHg x 90 mmHg) e valores normais de pressão arterial por meio da monitorização ambulatorial da pressão arterial durante o período de vigília (iguais ou abaixo de 135 mmHg x 85 mmHg) ou pela monitorização residencial da pressão arterial — com valores iguais ou abaixo de 135 mmHg x 85 mmHg.

No gráfico de meta-análise apresentado a seguir, estão expressos seis estudos de coorte (com nome do primeiro autor) que indicam dados quantitativos de prognóstico cardiovascular associado à hipertensão arterial mascarada, em comparação com indivíduos normotensos e(ou) indivíduos com hipertensão arterial tratados e(ou) indivíduos com hipertensão arterial não tratados. Os losangos representam a razão de riscos média e as linhas representam o intervalo de confiança de 95% para essa média, para cada estudo de coorte. Nesse sentido, considere que a sigla MH, presente no gráfico, refere-se à hipertensão mascarada.



G. Bobrie et al. *Masked hypertension: a systematic review*. *J Hypertens*; 2008; 26:1715-1725 (com adaptações).

Com base nas informações acima, julgue o próximo item.

- 18 A análise do gráfico de meta-análise permite concluir que os indivíduos com hipertensão arterial mascarada não apresentam maior risco de apresentar eventos cardiovasculares, quando comparados com indivíduos normotensos e(ou) indivíduos com hipertensão arterial tratados e(ou) indivíduos com hipertensão arterial não tratados.

Com relação à progressão e ao sistema de estadiamento da insuficiência cardíaca (IC), julgue os itens a seguir.

- 19 Um paciente com histórico prévio de hipertensão arterial sistêmica que não apresenta lesão estrutural cardíaca é classificado no estágio A da IC.
- 20 Um paciente com cardiomiopatia chagásica crônica com fração de ejeção de 15%, que apresenta queixa de dispneia ao repouso e resistência ao tratamento farmacológico de IC, é classificado no estágio D da IC.
- 21 Um paciente com insuficiência mitral acentuada e fração de ejeção de 40%, com queixas de dispneia aos esforços habituais é classificado no estágio B da IC.
- 22 Um paciente assintomático, com infarto prévio do miocárdio e fração de ejeção do VE de 35% é classificado no estágio C da IC.
- 23 Um paciente com história de cardiomiopatia dilatada idiopática e queixa de ortopneia é classificado no estágio C da IC.

Com relação à indicação de inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) para tratamento da insuficiência cardíaca (IC), julgue os itens que se seguem.

- 24 O IECA deve ser administrado a pacientes com IC, independentemente da existência de sintomas, inicialmente, em doses baixas.
- 25 O BRA deve ser utilizado no tratamento de pacientes com IC sistólica, em detrimento do uso do IECA, visto que o BRA não causa tosse nem angioedema.
- 26 Concentração de potássio sérico superior a 5,5 mEq/L, estenose de artéria renal bilateral, hipertensão arterial sintomática e estenose aórtica grave são contraindicações para o uso dos IECA.
- 27 Os efeitos adversos mais frequentes do BRA são hipotensão arterial, piora da função renal e hiperpotassemia.
- 28 Não há maior efetividade no tratamento da IC com o uso de doses altas de IECA, se comparadas ao uso de doses baixas.

Acerca do uso de beta-bloqueadores (BB) no tratamento da IC, julgue os próximos itens.

- 29 Os BBs devem ser administrados a todos os pacientes com IC de classe funcional I a IV da NYHA, inicialmente em doses baixas, que devem ser aumentadas, progressivamente, até atingirem a dose alvo de cada BB ou o máximo tolerado pelo paciente.
- 30 Se os BBs indicados para o tratamento da IC — carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol e nebivolol — não estiverem disponíveis, deve-se prescrever tartarato de metoprolol, propranolol e atenolol, obtendo-se, assim, os mesmos benefícios.
- 31 Os pacientes com miocardiopatia dilatada de etiologia isquêmica podem se beneficiar do tratamento à base de BBs, ao contrário dos pacientes que apresentam miocardiopatia dilatada de origem não isquêmica.
- 32 A redução no índice de morte por progressão da IC é um benefício terapêutico associado ao uso de BBs, contudo, sob as mesmas condições, não se observa redução no índice de morte súbita relativa à IC.
- 33 Durante a fase de introdução dos BBs, pode haver piora clínica do paciente, situação que exige a manutenção da dose atual do BB ou retorno à dose anterior.

A respeito do uso de anticoagulantes e antiagregantes na insuficiência cardíaca (IC), julgue os itens que se seguem.

- 34 Heparina não fracionada ou de baixo peso é recomendada a todos os pacientes com IC que estejam hospitalizados e impossibilitados de deambular.
- 35 Para os pacientes com IC, portadores de fibrilação atrial e com escore de CHADS2 ≥ 2 , recomenda-se o uso de anticoagulantes orais.
- 36 A aspirina não deve ser utilizada em pacientes com IC avançada, visto que esse medicamento pode interagir negativamente com os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, reduzindo seu efeito.
- 37 A anticoagulação oral contínua pela associação de heparina e clopidogrel é indicada para pacientes com IC grave, com o objetivo de evitar fenômenos tromboembólicos e reduzir a mortalidade.

Considere que uma paciente de 62 de idade, com fibrilação atrial e prótese valvar aórtica mecânica, em uso de anticoagulação oral com varfarina, deva ser submetida a um procedimento cirúrgico com elevado risco de hemorragia. Com relação ao manejo da anticoagulação dessa paciente no período pré-operatório, julgue os próximos itens.

- 38 Deve-se manter a anticoagulação oral inalterada até o dia do procedimento.
- 39 Deve-se substituir a varfarina por heparina de baixo peso molecular e, antes do referido procedimento, suspender o uso de anticoagulante.
- 40 Deve-se introduzir tratamento com clopidogrel 75 mg/dia, sete dias após o procedimento.

No que se refere à cardioversão da fibrilação atrial, julgue os itens seguintes.

- 41 O risco de tromboembolismo é maior na cardioversão elétrica que na cardioversão farmacológica.
- 42 Para a cardioversão elétrica, a carga inicial de choque de 200 J monofásico ou de 100 J bifásico é, geralmente, efetiva.
- 43 A cardioversão elétrica é contraindicada para pacientes com marcapasso ou cardiodesfibriladores implantáveis.
- 44 Sotalol é indicado tanto para a cardioversão quanto para a manutenção do ritmo sinusal.
- 45 A cardioversão elétrica é contraindicada para pacientes com hipopotassemia.

O uso de anticoagulante oral é mandatório para pacientes em processo de fibrilação atrial paroxística

- 46 com pré-excitação ventricular.
 - 47 com insuficiência cardíaca e diabetes melito tipo II.
 - 48 com acidente isquêmico transitório prévio.
 - 49 acima de 75 anos de idade e sem outros fatores de risco.
 - 50 com doença do nó sinusal.
-

PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS

- Nesta prova, faça o que se pede, usando, caso queira, os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para as respectivas folhas do **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS**, nos locais apropriados, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Em cada questão, qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Será também desconsiderado o texto que não for escrito no devido local da folha de texto definitivo correspondente.
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliada** a prova que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.
- Na avaliação de cada questão, ao domínio do conteúdo serão atribuídos até **5,00 pontos**, dos quais, até **4,50 pontos** serão atribuídos ao domínio do tema e até **0,50 ponto** será atribuído à capacidade de expressão na modalidade escrita e ao uso das normas do registro formal culto da língua portuguesa.

Questão	1
----------------	----------

A verificação da forma e do tipo do pulso arterial é de grande relevância para avaliação do funcionamento do coração e da estrutura das artérias. Com relação ao pulso paradoxal (*pulsus paradoxus*), um tipo característico de pulso arterial, faça o que se pede a seguir.

- Defina, do ponto de vista semiológico, esse tipo de pulso arterial. [valor: 1,50 ponto]
- Descreva como se afere o pulso paradoxal, utilizando-se a técnica esfigmomanométrica. [valor: 1,50 ponto]
- Cite três condições clínicas que causam esse tipo de pulso arterial. [valor: 1,50 ponto]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão	2
----------------	----------

Em alguns atendimentos, durante a aferição indireta da pressão arterial, o médico pode verificar a ocorrência do hiato auscultatório. Em relação a esse fenômeno, atenda ao que se pede a seguir.

- Defina hiato auscultatório, do ponto de vista semiológico. [valor: 1,00 ponto]
- Cite pelo menos dois erros que podem ocorrer devido a essa condição, caso o profissional não realize os procedimentos necessários para evitá-los. [valor: 1,00 ponto]
- Descreva os procedimentos que devem ser realizados para evitar que esse fenômeno produza erros durante a medida indireta da pressão. [valor: 1,50 ponto]
- Enumere três condições clínicas que estão associadas à ocorrência desse fenômeno. [valor: 1,00 ponto]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Texto para as questões 3 e 4

Durante consulta ambulatorial, uma mulher de quarenta e três anos de idade relatou que há algumas semanas apresenta edema nas pernas, aumento progressivo do volume abdominal e sensação de empachamento pós-prandial. Relatou ter apresentado perda ponderal de 6 kg nos últimos dois meses. Ao exame físico constatou-se paciente emagrecida, com pressão arterial de 100 mmHg x 60 mmHg e frequência cardíaca de 98 bpm. Ritmo cardíaco duplo e regular, bulhas hipofonéticas e taquicárdicas, sem ruídos adventícios, turgência jugular a 45° que se acentua com a inspiração profunda. Ao momento da análise, não foi constatada anormalidade pulmonar, mas o abdome apresentava sinais discretos de ascite e hepatomegalia dolorosa. Observou-se a presença de edema de membros inferiores, com sinal de cacifo presente, frio, indolor, até o terço médio de ambas as pernas. O eletrocardiograma (ECG) mostrou taquicardia sinusal, sinais de baixa voltagem no plano frontal e horizontal, alterações difusas e secundárias da repolarização ventricular. Abaixo são mostrados quatro cortes tomográficos oriundos de exame de tomografia computadorizada do tórax da paciente.



J. J. Cavendish e P.E. Linz. *Circulation*. 2005; p. 112, 137 e 139. (com adaptações).

Questão 3

Considerando os dados clínico-laboratoriais apresentados acima, atenda às seguintes determinações.

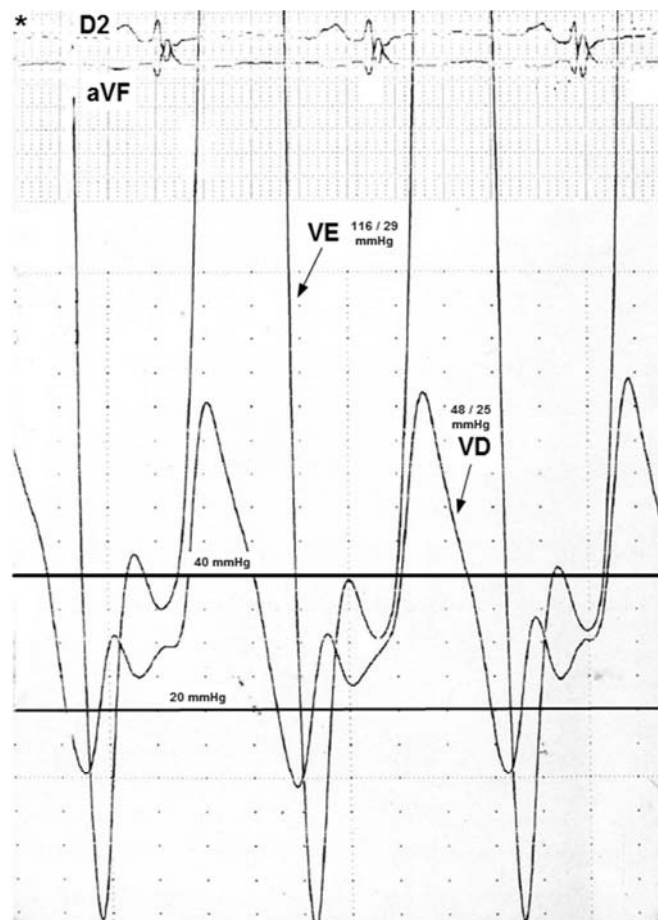
- Cite o diagnóstico principal da paciente. [valor: 2,50 pontos]
- Apresente três causas associadas a essa situação clínica, indicando qual é a mais frequente no Brasil. [valor: 2,00 pontos]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 4

Considere que o cardiologista da paciente do caso clínico apresentado no texto tenha considerado necessário, para complementar a investigação, realizar um cateterismo cardíaco direito e esquerdo. A figura abaixo representa os traçados simultâneos das manometrias realizadas nos ventrículos direito e esquerdo, indicadas por VE e VD. Na parte superior da figura são também apresentados dois traçados eletrocardiográficos (derivações D2 e aVF) e, ao lado das letras VE e VD, estão os resultados da pressão sistólica / pressão diastólica inicial dos ventrículos esquerdo (VE = 116 mmHg / 29 mmHg) e direito (VD = 48 mmHg / 25 mmHg), respectivamente.



J. J. Cavendish e P.E. Linz; *Circulation*. 2005; p. 112, 137 e 139. (com adaptações).

Com base no traçado manométrico apresentado acima, faça o que se pede a seguir.

- Apresente pelos menos dois achados manométricos característicos, associados ao principal diagnóstico dessa condição. [valor: 2,00 pontos]
- Explique, do ponto de vista fisiopatológico, o sinal manométrico clássico presente no traçado acima. [valor: 2,50 pontos]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 5

A cocaína é uma das drogas ilícitas mais consumidas, e uma das causas mais frequentes de mortes relacionadas ao uso de drogas. O uso dessa substância entorpecente está associado com complicações agudas e crônicas que podem comprometer o bom funcionamento do organismo, como, por exemplo, o sistema cardiovascular. Considerando a importância desse tema, atenda o que se pede a seguir.

- Descreva o mecanismo básico de ação farmacológica dessa droga. [valor: 1,50 pontos]
- Cite pelo menos quatro efeitos cardiovasculares associados ao uso de cocaína. [valor: 1,50 pontos]
- Cite pelo menos quatro condições clínicas cardiovasculares associadas ao uso de cocaína. [valor: 1,50 pontos]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 6

Um homem de sessenta anos de idade, portador de miocardiopatia dilatada idiopática, procurou o consultório médico com queixa de dispneia aos esforços rotineiros e edema de membros inferiores. Seus medicamentos incluíam captopril 6,25 mg duas vezes ao dia e furosemida uma vez ao dia. No exame físico, a pressão arterial era de 130 mmHg x 70 mmHg e a frequência cardíaca era de 95 bpm, regular. Havia turgência jugular a 45 graus. À ausculta, os pulmões não apresentavam anormalidades. O exame cardíaco revelava um íctus deslocado lateralmente, a presença de um sopro holossistólico no ápice grau (2+/6) e um ritmo de galope em 3 tempos (B3). A borda do fígado estava palpável a 2 cm do rebordo costal direito e havia um edema cacifo positivo (1+/4) bilateralmente nos membros inferiores.

Os exames de laboratório trazidos pelo paciente mostravam sódio sérico de 136 mmol/L, potássio sérico de 4.2 mmol/L e creatinina de 1,2 mg/dL. O eletrocardiograma revelava ritmo sinusal com bloqueio de ramo esquerdo (QRS com duração de 160 ms). O ecocardiograma transtorácico demonstrava uma dilatação ventricular esquerda moderada (diâmetro diastólico final de 63 mm), fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25% e uma insuficiência mitral moderada com uma válvula mitral estruturalmente normal.

Considerando o caso clínico apresentado acima, responda aos seguintes questionamentos.

- Quais deveriam ser os próximos passos no tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca do paciente? [valor: 3,00 pontos]
- Que outra terapia não farmacológica poderia ser considerada futuramente, caso o paciente não apresentasse melhora dos sintomas com a otimização do tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca? [valor: 1,50 ponto]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 7

Um homem de sessenta e oito anos de idade, branco, procurou o consultório médico com queixa de cansaço havia uma semana. Negava dor torácica, dispneia ou tonturas. A história médica progressiva incluía hipertensão, hiperlipidemia e diabetes melito tipo 2, não-insulino-necessitado. Fazia uso regular das seguintes medicações: lisinopril 5 mg uma vez ao dia, metformina, atorvastatina 20 mg uma vez ao dia.

Ao exame físico não havia sinais de insuficiência cardíaca. A pressão arterial era de 125 mmHg x 80 mmHg e o pulso irregular. Na ausculta cardíaca, o ritmo era irregular com frequência de 95 bpm. A ausculta pulmonar não revelava anormalidades. O exame neurológico era normal. Seu eletrocardiograma demonstrava uma fibrilação atrial, sem outras alterações sugestivas de um processo agudo.

Com base no caso clínico apresentado acima, responda aos seguintes questionamentos.

- Que considerações diagnósticas deveriam ser feitas antes de se iniciar o tratamento deste paciente? [valor: 1,50 ponto]
- Que condutas terapêuticas deveriam ser inicialmente consideradas para esse paciente? [valor: 3,00 pontos]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 8

Um homem de trinta e cinco anos de idade, portador de cardiomiopatia hipertrófica, procurou o consultório médico para avaliação de episódio de síncope durante prática de atividade física de moderada a intensa (jogo de basquete). Referia que um irmão mais velho havia falecido subitamente aos trinta e nove anos de idade. O paciente negou palpitações, dispneia ou cansaço aos esforços.

Ao exame físico verificou-se pressão arterial de 110 mmHg x 70 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm, regular. Na ausculta cardíaca não se evidenciou nenhum sopro cardíaco. Trazia exames complementares solicitados por outro médico. No eletrocardiograma notava-se um padrão de sobrecarga ventricular esquerda e no ecocardiograma bidimensional havia descrição de espessura do septo ventricular de 32 mm e ausência de gradiente de pressão na via de saída do ventrículo esquerdo ao repouso. Na monitorização eletrocardiográfica de 24 horas (Holter) não se registrou nenhum episódio de TVNS.

Considerando o caso clínico descrito acima, responda aos seguintes questionamentos.

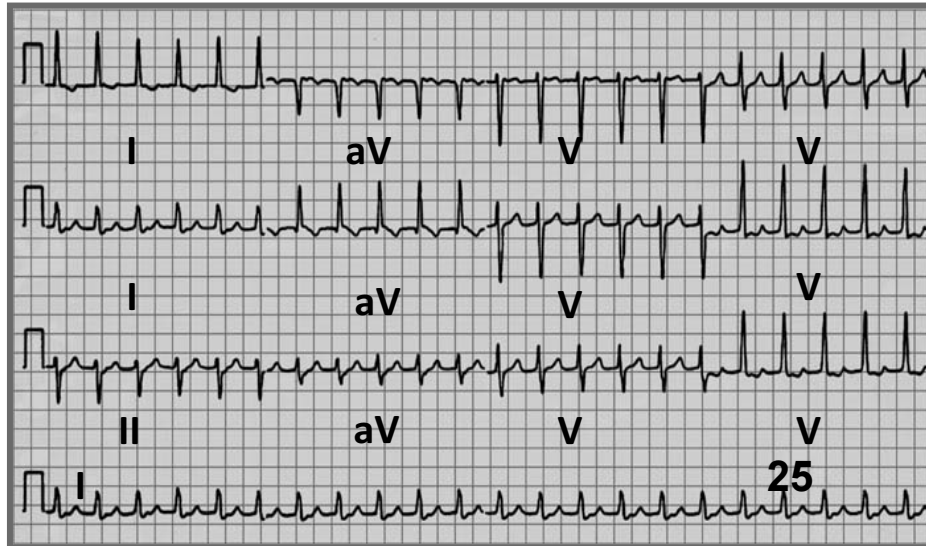
- Qual seria a conduta recomendada para a prevenção de morte súbita cardíaca desse paciente? [valor: 1,50 ponto]
- Que informações descritas no caso justificam a conduta recomendada? [valor: 3,00 pontos]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão	9
---------	---

Uma mulher de vinte e quatro anos de idade deu entrada no pronto-socorro com queixa de "coração disparado", que começou de forma abrupta, enquanto ela estava jantando. Relatou ter tido alguns episódios anteriores de palpitações que se resolveram espontaneamente. Na sala de emergência, a pressão arterial era de 94 mmHg x 60 mmHg. Um eletrocardiograma revelou uma taquicardia de QRS estreito, regular, com frequência cardíaca de 140 bpm, sem evidenciar claramente ondas P no traçado. O eletrocardiograma de entrada é mostrado abaixo.



Considerando o caso clínico e o eletrocardiograma apresentados acima, responda os questionamentos a seguir.

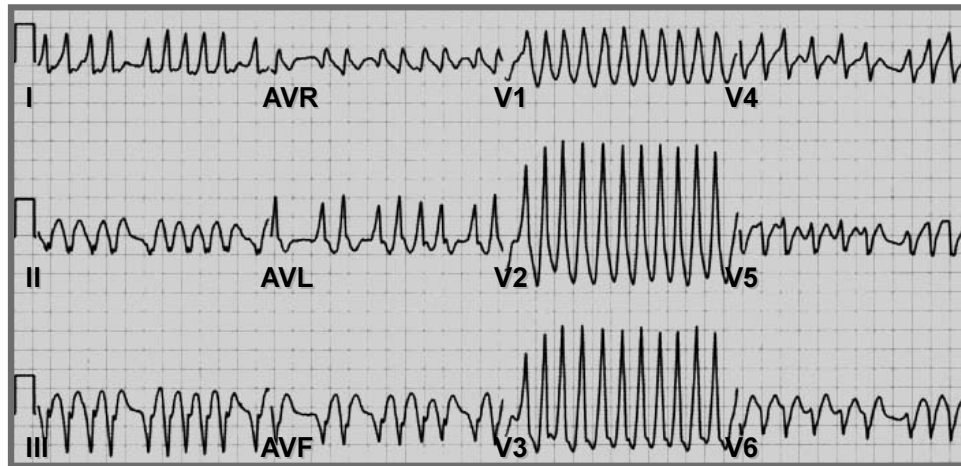
- Quais são os possíveis diagnósticos diferenciais para a taquicardia mostrada? [valor: 1,50 ponto]
- Que diagnósticos poderiam ser descartados pelo padrão eletrocardiográfico da taquicardia mostrada? [valor: 2,00 pontos]
- Que condutas terapêuticas deveriam ser consideradas para essa paciente? [valor: 1,00 ponto]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	

Questão 10

Um homem de vinte e um anos de idade deu entrada no pronto-socorro com queixa de palpitações, que começaram de forma abrupta durante um jogo de futebol. Na sala de emergência, a pressão arterial era de 95 mmHg x 60 mmHg e o paciente estava estável hemodinamicamente. O eletrocardiograma realizado na entrada é mostrado abaixo.



Com base no caso clínico apresentado e no eletrocardiograma acima, responda aos questionamentos a seguir.

- Quais são os diagnósticos diferenciais para a arritmia mostrada? [valor: 1,50 ponto]
- Que condutas deveriam ser consideradas no tratamento desse paciente? [valor: 2,00 pontos]
- Que medicações são contraindicadas no tratamento desse paciente? [valor: 1,00 ponto]

Rascunho

1	
2	
3	
4	
5	