

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

No que se refere a ondas do pulso venoso jugular e do pulso capilar pulmonar encunhado observadas na manometria, julgue os itens a seguir.

- 61 A onda “a” gigante é observada em pacientes que apresentem diagnóstico de insuficiência mitral associada à regurgitação tricúspide, além de frequência cardíaca elevada.
- 62 Em pacientes com diagnóstico de insuficiência mitral, não se observa o descenso “y” devido à alteração na contração atrial esquerda.
- 63 Em pacientes que apresentem diagnóstico de estenose valvar mitral e ritmo de fibrilação atrial, observa-se habitualmente um descenso “y” associado a uma onda “a” proeminente, que é secundária à presença de regurgitação tricúspide associada.
- 64 Em pacientes com diagnóstico de dupla lesão mitral, observa-se a presença de ondas “a” e “v” com amplitudes aumentadas.
- 65 Em pacientes com diagnóstico de insuficiência tricúspide, observa-se obrigatoriamente onda “v” com amplitude aumentada na curva de pressão capilar pulmonar encunhada.

Acerca de intervenção coronária percutânea em casos de angina estável ou isquemia silenciosa, julgue os itens que se seguem.

- 66 Recomenda-se intervenção coronariana percutânea em presença de mínima área de isquemia miocárdica e pouco risco miocárdico em indivíduos assintomáticos com tratamento otimizado, devido ao risco de morte súbita.
- 67 A intervenção coronária percutânea está indicada para pacientes que apresentem angina estável refratária ao tratamento clínico otimizado e com anatomia coronariana favorável.
- 68 A presença de arritmia ventricular não complexa contraindica o procedimento.
- 69 Em se tratando de angina estável, pode-se dispensar esse tipo de intervenção mesmo em caso de presença de grande área de isquemia ou de miocárdio em risco.
- 70 A intervenção coronária percutânea apresenta maior redução de mortalidade total em longo prazo, quando comparada ao tratamento cirúrgico de revascularização miocárdica, nos indivíduos com lesão de tronco de coronária esquerda.

Em relação ao emprego dos *stents* farmacológicos em pacientes com alto risco de reestenose, julgue os seguintes itens.

- 71 O emprego do *stent* farmacológico é imprescindível em lesões com trombos e lesões proximais.
- 72 Os pacientes que mais se beneficiarão dos *stents* farmacológicos são aqueles que apresentam lesões tortuosas e hipertensão arterial sistêmica.
- 73 Os pacientes com lesões oclusivas crônicas, tortuosidades e calcificações apresentam maior risco de reestenose.
- 74 Os *stents* farmacológicos são eficazes em pacientes que, à cinecoronariografia, apresentam lesões longas, vasos com calibre reduzido e sinais de reestenose.
- 75 O emprego do *stent* farmacológico é obrigatório para os pacientes com lesões coronarianas de calibre aumentado, em vasos proximais, e que mostrem fluxo classificado como TIMI 3.

Paciente do sexo masculino, quarenta e oito anos de idade, diabético, hipertenso e tabagista, apresentou quadro de infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST. A cinecoronariografia revelou lesão longa proximal de artéria descendente anterior. O paciente foi, então, submetido à angioplastia primária com implantes de *stents* farmacológicos, com sucesso.

A partir desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 76 Nessa condição clínica, o implante de *stent* farmacológico tem se mostrado mais eficaz que o implante de *stent* convencional quanto ao resultado tardio subsequente.
- 77 O implante de *stent* não farmacológico seria uma estratégia mais segura nesse caso, no que se refere à trombose tardia com dupla antiagregação plaquetária por tempo curto (15 dias).
- 78 Nessa situação clínica, devido ao alto potencial de trombogenicidade associado ao uso dos *stents* farmacológicos, sobretudo pela presença de diabetes melito, o emprego da trombólise adjuvante está indicado para diminuir os fenômenos embólicos tardios.
- 79 Nesse caso, o emprego de *stents* farmacológicos está justificado, pois objetiva redução de reestenose.
- 80 No paciente em questão, devido ao alto potencial de trombogenicidade associado ao uso de *stents* farmacológicos, deve ser usado o tirofiban associado à anticoagulação oral permanente, a fim de contribuir para a diminuição de fenômenos embólicos tardios.

Com relação à endocardite infecciosa, julgue os itens a seguir.

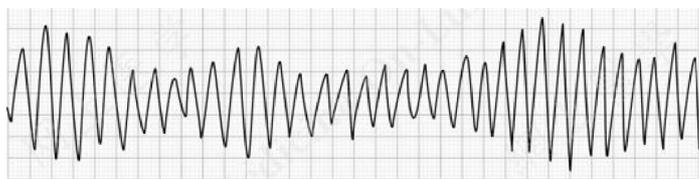
- 81 As bactérias do grupo HACEK são as principais causadoras da endocardite infecciosa associada ao consumo de drogas injetáveis.
- 82 A exclusão de câncer de cólon, mesmo na ausência de suas manifestações clínicas, é fortemente recomendada para pacientes que apresentem endocardite infecciosa por *Escherichia coli*, pois a relação entre esse tipo de infecção e doença maligna dos cólons é bem documentada.
- 83 As lesões hemorrágicas lineares — ou em estilhaço — vermelho-escuras, intensamente dolorosas, localizadas na parte proximal do leito ungueal — que podem coalescer — são as chamadas manchas de Roth e representam manifestações periféricas que, ultimamente, vêm sendo observadas com maior frequência em pacientes com diagnóstico de endocardite infecciosa.

No que concerne ao *cor pulmonale*, julgue os itens que se seguem.

- 84 Nas doenças respiratórias crônicas, do ponto de vista fisiopatológico, a hipertensão pulmonar é do tipo pré-capilar, pois, embora o débito cardíaco e a pressão capilar pulmonar de encunhamento sejam geralmente normais, existe aumento na resistência vascular pulmonar, que, por seu turno, decorre de vários fatores como a hipóxia alveolar, a destruição tecidual pulmonar e a perda do leito vascular pulmonar.
- 85 O cateterismo cardíaco direito continua sendo o exame padrão-ouro para confirmar o diagnóstico de hipertensão pulmonar, pois permite a medida direta das seguintes variáveis: pressão arterial pulmonar, pressão capilar pulmonar de encunhamento, pressões de enchimento do ventrículo direito, resistência vascular pulmonar e do débito cardíaco, sendo esta última variável por termodiluição ou pelo princípio de Fick.

Com respeito à estenose mitral, que decorre de complicação da doença reumática, julgue os itens subsecutivos.

- 86 Pode ser observada em pacientes com diagnóstico de grave estenose mitral reumática a disфония — como parte da síndrome de Ortner.
- 87 Embora rara, a constatação de pulso arterial tipo *bisferiens* é um achado que apresenta elevada sensibilidade e razão de verossimilhança positiva para o diagnóstico de grave estenose mitral.
- 88 O estalido de abertura da válvula mitral (EAM) é um ruído de curta duração, de baixa frequência sonora, provocado pela tensão súbita dos folhetos valvares no início da fase de enchimento ventricular lento do ciclo cardíaco, é mais bem audível no *ictus cordis*, com a campânula do estetoscópio.
- 89 A duração do intervalo de tempo entre o componente aórtico da segunda bulha (A2) e o estalido de abertura da valva mitral (EAM) é diretamente proporcional à pressão no átrio esquerdo, sendo um intervalo A2-EAM indicador confiável da gravidade da estenose mitral.



Internet: <www.medicine-on-line.com> (com adaptações)

Considerando a tira de ritmo eletrocardiográfico precedente (derivação D2, velocidade do papel = 25 mm/s, calibração 1 cm = 1 mV) de um paciente de 35 anos de idade, que foi admitido na sala de emergência, julgue os próximos itens.

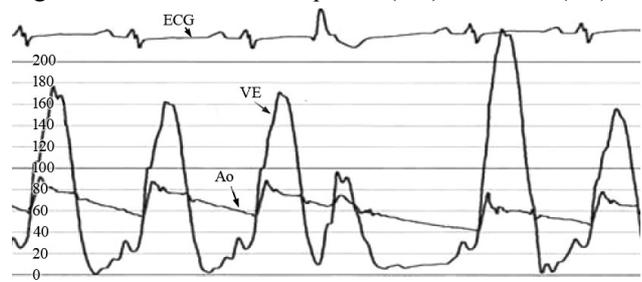
- 90 O principal diagnóstico do ritmo apresentado é fibrilação ventricular de tipo grossa.
- 91 A arritmia mostrada pode estar vinculada à síndrome do QT longo congênita, associada à surdez — chamada de síndrome de Jervell e Lange-Nielsen — e geralmente é deflagrada por estimulação adrenérgica, que pode ser provocada por esforço físico ou por estresse mental ou emocional.

Entre os critérios para realizar diagnóstico de choque cardiogênico, do ponto de vista hemodinâmico inclui-se

- 92 o índice cardíaco menor do que 2,2 L/min/m² de área de superfície corporal.
- 93 a pressão arterial sistólica menor do que 90 mmHg, por 30 minutos, no mínimo.
- 94 a pressão capilar pulmonar de encunhamento maior que 15 mmHg.

Com respeito à avaliação hemodinâmica invasiva e não invasiva, julgue os itens a seguir.

- 95 Com base no princípio de Fick, considerando o pressuposto de que o fluxo sanguíneo pulmonar seja igual ao fluxo sanguíneo sistêmico (na ausência de *shunt* intracardiaco), pode-se estimar o débito cardíaco (L/min) como o consumo de oxigênio (VO₂) — em mL/min — dividido pela diferença de concentração de oxigênio arteriovenoso (AVO₂).
- 96 **Situação hipotética:** Durante o cateterismo cardíaco de um paciente de 30 anos de idade, foi obtido o registro manométrico abaixo, em que, no traçado superior, é mostrado o eletrocardiograma (ECG) e, nos traçados inferiores, são mostradas as pressões simultaneamente registradas no ventrículo esquerdo (VE) e na aorta (Ao).



Mendoza-González et al. Arch cardiol Mexico 2008;78:229-31 (com adaptações)

Assertiva: Nessa situação, no traçado das pressões do VE e da Ao, pode-se constatar a ocorrência do fenômeno de Brockenbrough-Braunwald.

- 97 No que se refere ao uso de meios de contraste iodado durante o cateterismo cardíaco, são exemplos de reações anafilactoides: os sintomas vasovagais, as arritmias cardíacas, os sintomas gastrintestinais e a nefropatia induzida pelo contraste.

Julgue os itens que se seguem, com relação às cardiopatias congênicas — cianogênicas e acianogênicas.

- 98 No estudo, por meio de cateterismo cardíaco direito, para investigação de cardiopatia congênita, caso seja detectada uma diferença na saturação de oxigênio maior ou igual a 7% na amostra de sangue que tenha sido coletada na veia cava superior e na artéria pulmonar, durante a realização do método oximétrico, considera-se a presença de um *shunt* das câmaras/vasos esquerdas(os) para as(os) direitas(os) (*shunt* da esquerda para a direita) e deve-se realizar uma série de oximetrias para identificar a altura desse *shunt*.
- 99 Se, durante a ausculta cardíaca de uma criança de três anos de idade, for detectada a presença de ritmo cardíaco regular e de desdobramento amplo e fixo da segunda bulha cardíaca no foco pulmonar, deverá ser considerado que esse achado estetoacústico aumenta a probabilidade, com razão de verossimilhança positiva e elevada, do diagnóstico de comunicação interatrial (CIA).
- 100 Na síndrome de Lutembacher, do ponto de vista estetoacústico, observa-se habitualmente uma acentuação das manifestações

auscultatórias associadas à estenose mitral e uma redução dos
sinais auscultatórios decorrentes da comunicação interatrial. |
