

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HBASE e HRAS

Aplicação: 2014

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, 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, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

CADERNO DE PROVA OBJETIVA



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos

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

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, 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**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

No que se refere à análise da condução da atividade elétrica cardíaca, julgue o item a seguir.

- 1 O tendão de Todaro, presente no teto do átrio esquerdo, é responsável pela condução da atividade elétrica cardíaca na síndrome de Wolf-Parkinson-White.

Um paciente de quarenta e cinco anos de idade deu entrada no pronto-socorro, com quadro típico de infarto agudo do miocárdio, relatando dor, que começou havia quatro horas, associada à dispneia, ortopneia, taquicardia, agitação e presença de quarta bulha de ventrículo esquerdo (dor torácica típica e elevação significativa dos marcadores de necrose miocárdica). O resultado do eletrocardiograma mostrou padrão de bloqueio completo do ramo esquerdo do feixe de Hiss, presumivelmente novo.

Com base no caso clínico acima apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 2 Uma alternativa de tratamento para esse caso de emprego do trombolítico sistêmico venoso; que resulta no desaparecimento da dor e melhora dos sintomas, seria a adoção da angioplastia de resgate.
- 3 A dispneia, a quarta bulha audível e a taquicardia são sinais de disfunção ventricular esquerda em decorrência do comprometimento da contratilidade ventricular esquerda reduzida.
- 4 O desaparecimento da quarta bulha ventricular esquerda poderá ser interpretado como melhora da condição hemodinâmica em função da reperfusão miocárdica apresentada.
- 5 A presença de bloqueio completo do ramo esquerdo do feixe de Hiss constitui contraindicação absoluta para o uso de fibrinolíticos na vigência do quadro de infarto agudo do miocárdio.
- 6 A angioplastia primária sempre será a melhor opção para o caso em tela, mesmo que a perspectiva do início do procedimento seja de cento e oitenta minutos após a entrada do paciente no hospital.
- 7 A presença de onda “q” nas derivações D1, aVL, V5 e V6 do eletrocardiograma de superfície em associação ao bloqueio completo de ramo esquerdo do feixe de Hiss é compatível com necrose de parede anterior do ventrículo esquerdo com envolvimento do septo interventricular.

No que tange ao bloqueio completo e avançado do ramo direito do feixe de Hiss, julgue os itens subsequentes.

- 8 O desvio do SÂQRS para a esquerda, em torno de -15° no plano frontal, em presença de bloqueio de ramo direito do feixe de Hiss, constitui critério absoluto de indicação de implante de marca-passo subendocárdico definitivo.
- 9 A fase negativa lenta tardia da ativação elétrica cardíaca nas derivações D1, aVL, V5 e V6, do eletrocardiograma de superfície, com duração do QRS maior que cento e vinte milissegundos, configura dificuldade de condução da atividade elétrica cardíaca pelo ramo direito do feixe de Hiss.
- 10 As forças iniciais da ativação elétrica do coração estão alteradas e correspondem ao padrão eletrocardiográfico das ondas rSR' na derivação V1 do eletrocardiograma.

Um paciente de vinte e cinco anos de idade foi atendido no setor de emergência hospitalar, apresentando dor torácica típica (tipo A – definitivamente anginosa), surgida havia oito semanas quando realizava esforço físico numa partida de futebol. O paciente relatou que, no decorrer desse período, apresentou três episódios semelhantes, tendo sido o quadro, em um deles, associado à tonteira inicial acompanhada de perda súbita da consciência, recobrada logo em seguida.

Considerando o caso clínico acima apresentado, julgue os próximos itens.

- 11 Na ausculta cardíaca, a hipertrofia ventricular esquerda é definida pela identificação da presença de quarta bulha, mais audível no *ictus cordis*, localizado no quarto espaço intercostal esquerdo, linha hemiclavicular esquerda e duas polpas digitais.
- 12 Os sintomas apresentados pelo paciente são típicos de estenose mitral leve, associada à hipertensão pulmonar avançada.
- 13 No exame físico, espera-se encontrar, na palpação das artérias carótidas, pulso com ascensão lenta, amplitude reduzida e aumento da duração do tempo sistólico.
- 14 À ausculta cardíaca, apresenta sopro sistólico de alta frequência, rude, de caráter ejetivo, melhor audível no foco aórtico, com irradiação para a fúrcula e vasos do pescoço explica o quadro clínico do paciente em questão.

Acerca da insuficiência valvar aórtica de etiologia reumática, julgue os seguintes itens.

- 15 O critério de avaliação da gravidade da lesão consiste na obtenção das medidas dos diâmetros sistólico e diastólico do ventrículo esquerdo a partir da realização da ecocardiografia, sendo a correção cirúrgica indicada para as medidas dos diâmetros sistólicos e diastólicos maiores ou iguais a 55 e 75 mm, respectivamente.
- 16 O padrão eletrocardiográfico de sobrecarga ventricular esquerda caracteriza-se por associar-se à inversão simétrica das ondas de repolarização ventricular (ondas T negativas — padrão *strain*).
- 17 O sopro de Austin-Flint corresponde a um ruído protomesodiastólico, de baixa amplitude, baixa frequência, mais audível em foco mitral e foco aórtico acessório e corresponde à estenose funcional da via de entrada de ventrículo esquerdo.

Julgue os itens subsequentes, no que diz respeito à avaliação de pacientes com estenose mitral.

- 18 Na presença de fibrilação atrial, a intensidade do reforço pré-sistólico, audível em foco mitral, é diretamente proporcional à gravidade da lesão valvar estenótica mitral.
- 19 O componente pulmonar da segunda bulha, quando audível no foco mitral, define a condição de hipertensão pulmonar.
- 20 O registro da terceira bulha amplamente audível no foco mitral, em presença de estenose mitral grave, estabelece o diagnóstico de insuficiência ventricular esquerda de grau avançado.
- 21 Na presença de uma área valvar mitral estimada pelo ecocardiograma de 1,3 cm² (estenose moderada), escore de Wilkins-Block de 8, ausência de fibrilação atrial e ausência de insuficiência mitral, o tratamento da lesão valvar poderá ser feito com realização da valvoplastia por cateter balão.
- 22 O intervalo de tempo entre o estalido de abertura da valva mitral e o componente aórtico do segundo ruído é inversamente proporcional ao gradiente entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo.

O eletrocardiograma de superfície de um paciente de dezoito anos de idade, portador da síndrome de Down associada à cardiopatia congênita, apresentou padrão de bloqueio completo de ramo direito do feixe de His associado a um desvio do SÂQRS no plano frontal para esquerda e para cima (-65°).

No que se refere a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 23 A presença de hipertensão pulmonar evidenciada pelo aumento da intensidade do componente pulmonar da segunda bulha associada à cianose de aparecimento com o esforço físico afasta, definitivamente, a possibilidade de correção cirúrgica do defeito cardíaco presente.
- 24 A primeira possibilidade diagnóstica de doença cardíaca é o defeito do canal atrioventricular em sua forma completa.
- 25 O baqueteamento das pontas dos dedos das mãos e dos pés, achado frequente em portadores da síndrome de Down, é decorrente da sobrecarga ventricular esquerda em consequência da cardiopatia congênita.

Acerca da angioplastia coronariana percutânea, com implante de *stent* farmacológico em artéria coronária com obstrução maior que 79% de sua luz, julgue os itens a seguir.

- 26 O fenômeno de *no-reflow* é caracterizado pela ausência de lesão significativa de uma artéria coronariana tratada previamente por angioplastia e redução significativa da perfusão do músculo cardíaco envolvido no processo coronariano agudo de infarto do miocárdio.
- 27 A droga presente no *stent* farmacológico é liberada gradativamente e tem ação antiplaquetária, inibindo a hiperplasia intimal intra *stent* e mantendo sua permeabilidade.
- 28 A principal ação da droga liberada pelo *stent* farmacológico, quando empregado no procedimento de angioplastia de resgate, é a inibição do tromboxane A2, presente na fase superaguda do infarto do miocárdio.

Com base na doença cardíaca reumática em sua fase aguda de envolvimento do coração, julgue os itens subsequentes.

- 29 Na doença reumática sem cardite prévia, a profilaxia com uso de corticoides é contraindicada.
- 30 O sopro de Carey-Coombs, que corresponde a um fenômeno acústico na sístole ventricular esquerda, resulta do processo de valvulite mitral presente na fase aguda da cardite reumática.

Em relação ao teste de esforço, julgue os seguintes itens.

- 31 O teste de esforço constitui método validado na investigação de coronariopatia em pacientes adultos portadores de arritmias ventriculares.
- 32 A elevação do ponto J de 0,1 mv persistente por mais de sessenta milissegundos em três derivações consecutivas indica presença de coronariopatia.
- 33 A elevação da pressão arterial diastólica no pico máximo do esforço de 40 mmHg a mais em relação à pressão diastólica inicial é indicativo de disfunção ventricular esquerda secundária à coronariopatia.
- 34 Devido ao alto risco de bradicardia e parada cardíaca durante o exame, o teste de esforço em esteira rolante não deve ser realizado em paciente jovem portador de bloqueio atrioventricular congênito com despolarização ventricular de 80 milissegundos.

No que tange aos valores do LDL colesterol e ao grau de risco para desenvolvimento de doença arterial coronariana, julgue o item a seguir.

- 35 Independentemente do grau de risco para doença coronariana, deve-se ter como meta de tratamento a redução do LDL colesterol para valores abaixo de 70 mg/dL.

Considerando que um paciente apresenta quadro de miocardiopatia dilatada crônica e fração de ejeção ventricular esquerda de 34%, julgue os itens subsequentes.

- 36 Se um paciente apresentar miocardiopatia dilatada crônica na presença de fibrilação atrial, deverá receber anticoagulação plena.
- 37 O emprego de betabloqueadores e de inibidores de enzima de conversão melhora a sobrevida do paciente, além de baixar o número de internações e reduzir consideravelmente os sintomas.

A propósito de insuficiência cardíaca aguda ou crônica, julgue o próximo item.

38 Os pacientes com insuficiência aguda ou crônica devem receber dose plena de betabloqueador independentemente do grau de disfunção ventricular esquerda observada.

Considerando que o histórico de uma criança do sexo masculino, de sete anos de idade, mostra infecção estreptocócica e elevação dos valores da antiestreptolisina O, julgue os itens seguintes.

39 No caso de diagnóstico de febre reumática secundária e sem cardite prévia, a profilaxia de novas infecções deve ser feita com penicilina benzatina, como primeira opção e na ausência de contraindicação, em intervalos de vinte e um dias até que o paciente atinja vinte e um anos ou durante cinco anos após o último surto reumático.

40 Caso o paciente apresente também elevação da velocidade de hemossedimentação e dos valores da proteína C reativa, pode-se estabelecer diagnóstico de febre reumática.

Um paciente procurou o pronto-socorro, com quadro de fibrilação atrial e tempo de duração maior que quarenta e oito horas, frequência cardíaca elevada e sem cardiopatia associada.

Em relação a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

41 No caso de aplicação da cardioversão química, deve-se dar preferência à digoxina e ao sotalolol, independentemente do tempo de duração da fibrilação atrial.

42 Uma vez identificada a necessidade de ser realizada a cardioversão elétrica ou química, há indicação do estudo ecocardiográfico transesofágico para a avaliação da presença ou ausência de trombo intra-atrial.

43 A frequência cardíaca elevada, com alta resposta ventricular, mesmo sintomática, não constitui critério para a indicação de cardioversão elétrica.

Acerca de sobrecarga ventricular esquerda identificada com a adoção do eletrocardiograma de superfície, julgue os itens subsecutivos.

44 O índice de Morris (onda S-V1 + onda R V5-V6) deverá ser maior que trinta e cinco no caso de paciente adulto do sexo masculino.

45 O aumento da duração da fase negativa da onda P na derivação V1 (maior que quarenta milissegundos) constitui sinal indireto de sobrecarga ventricular esquerda.

46 A deflexão intrínsecoide nas derivações esquerdas do eletrocardiograma apresenta duração maior que quarenta milissegundos.

47 A presença do desvio do SÂQRS para a direita e para baixo no plano frontal do registro do eletrocardiograma associa-se ao hemibloqueio anterossuperior esquerdo.

No que diz respeito à miocardiopatia hipertrófica com obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo, julgue os itens subsequentes.

48 O ruído cardíaco de sopro sistólico ejetivo rude, de alta frequência, mesotelessistólico, presente na hipertrofia septal assimétrica com obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo, irradia-se para os vasos do pescoço.

49 Nessa patologia, constitui achado comum a presença de quarta bulha esquerda, à ausculta cardíaca, mais audível em foco aórtico acessório e foco mitral.

50 A obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo está associada a sopro cardíaco mesosistólico, ejetivo, sem estalido de ejeção aórtico.

51 Na presença de gradiente mesotelessistólico médio acima de 50 mmHg, a alcoolização septal constitui uma possibilidade de tratamento para paciente sintomático e portador de hipertrofia septal assimétrica.

Um paciente procurou a emergência hospitalar com o seguinte quadro clínico: diabético, portador de obstrução coronariana caracterizada por lesão de tronco de coronária esquerda de 50% no terço médio, lesão proximal de artéria descendente anterior com 70% de obstrução da luz do vaso antes da emergência das artérias septais e das artérias diagonais e lesão de 30% segmentar no terço proximal de coronária direita.

Com base no caso clínico acima apresentado, julgue os próximos itens.

52 O melhor tratamento para o paciente em tela é o uso contínuo de heparina via subcutânea.

53 O paciente deverá ser submetido ao implante de artéria mamária interna em artéria descendente após a lesão, bem como à colocação de enxerto de artéria radial em artéria circunflexa.

54 No eletrocardiograma de superfície do paciente, é esperada uma alteração isquêmica nas regiões anterior, lateral e lateral alta.

A propósito da ruptura de septo interventricular secundária a infarto agudo do miocárdio, julgue os seguintes itens.

55 A confirmação diagnóstica é comprovada pela identificação, em estudo hemodinâmico, de diferença de saturação entre o átrio direito (baixa saturação) e a artéria pulmonar (alta saturação), identificando-se mistura de sangue arterial/venoso em nível de ventrículos.

56 Haverá suspeita diagnóstica ao se identificar, pela ausculta cardíaca, sopro holossistólico suave, em foco mitral, de alta frequência, audível em mesocárdio com irradiação para axila e dorso.

No que tange à comunicação interventricular congênita não restritiva, julgue os itens que se seguem.

- 57 O fluxo esquerdo direito, que se inicia com a contração isométrica ventricular, mantém-se durante a ejeção ventricular e ultrapassa o componente aórtico da segunda bulha, no período de relaxamento isovolumétrico.
- 58 A relação QP/QS (fluxo esquerdo - direito) deverá ser menor ou igual a 1,4.

Tendo como referência a síndrome de Eisenmenger secundária à comunicação interventricular sem indicação cirúrgica para a correção da doença, julgue os itens subsecutivos.

- 59 A síndrome de Eisenmenger possui ocorrência pouco comum e, quando surge, tem maior incidência nos dois primeiros anos de vida em consequência da persistência do padrão fetal da circulação pulmonar.
- 60 A reatividade vascular pulmonar está ausente quando ocorre a inalação do óxido nítrico.

A avaliação dos pulsos é uma das ações que integram o exame físico do paciente. Acerca desse assunto, julgue os itens seguintes.

- 61 O pulso paradoxal não decorre unicamente de tamponamento pericárdico, mas, também, de embolia pulmonar maciça, choque hemorrágico, doença pulmonar obstrutiva grave e pneumotórax hipertensivo.
- 62 Presume-se quadro de estenose aórtica severa ao se constatar pulso fraco e atrasado (*pulsus parvus et tardus*), o que deve ser avaliado mediante a palpação metuculosa das artérias braquiais, método mais adequado a essa medição.

Com relação ao sistema de pontos de Romhilt, julgue os itens a seguir.

- 63 Alterações de ST-T sob terapia digitálica somam apenas um ponto, mesmo valor dado a desvio do eixo elétrico para esquerda.
- 64 A presença, em um mesmo traçado, de onda R ou S de qualquer derivação dos membros maior que 2 mV bem como de anormalidade atrial esquerda definem a presença de hipertrofia ventricular esquerda.

Com base na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose, julgue os próximos itens.

- 65 Os fibratos reduzem o risco de eventos cardiovasculares em 10% e de eventos coronarianos em 13%, porém não apresentam benefícios em relação à mortalidade cardiovascular, o que o caracteriza por nível de evidência IIa B.
- 66 As estatinas são usadas na prevenção primária e secundária como primeira opção de tratamento, tendo nível de evidência IA, assim como o uso de fibratos em pacientes diabéticos na prevenção de doenças microvasculares, seja como monoterapia ou em associação com estatinas.

Considerando a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica de 2012, julgue os itens subsequentes.

- 67 Investigação de cardiopatia isquêmica em portadores de insuficiência cardíaca e disfunção sistólica, sem angina, com história prévia de infarto agudo do miocárdio, por meio da realização de cineangiocoronariografia, apresenta recomendação IIa C. O uso de métodos de avaliação não invasiva de isquemia (*eco stress* ou ressonância magnética cardíaca) em pacientes com insuficiência cardíaca, sem angina típica, com história de infarto agudo do miocárdio apresenta recomendação IIa B.
- 68 Apresenta nível de evidência IIa B o uso de métodos de avaliação não invasiva da viabilidade miocárdica, tais como *eco stress* ou ressonância magnética cardíaca, em pacientes portadores de insuficiência cardíaca com doença arterial coronariana e indicação de realização de revascularização miocárdica. O mesmo nível de evidência verifica-se no emprego do método de angiotomografia coronária para detecção de doença arterial coronariana obstrutiva em pacientes com fração de ejeção reduzida e intermediária probabilidade de doença arterial coronariana.

Julgue os itens que se seguem, relativos à ressonância magnética cardíaca.

- 69 Na técnica de recuperação da inversão sensível à fase (PSIR), incorporam-se as informações de polaridade da fase, o que provoca a diminuição do contraste do tecido miocárdico. As abordagens de *single shot* ou a orientação com navegador têm sido usadas em estudos clínicos, pois evitam a indução de apnéia.
- 70 O realce tardio é detectado com maior precisão após dez ou quinze minutos da aplicação de injeção intravenosa de GBCA (gadolínio), momento em que o compartimento extracelular do miocárdio aumenta em função de infarto, fibrose ou infiltração.

O uso de glicosídeos cardíacos deve ser considerado no tratamento da insuficiência cardíaca crônica, sobretudo quando se constata agravamento de classe funcional e insuficiência cardíaca terminal. Com relação a esse assunto, julgue os itens subsecutivos.

- 71 A toxicidade digitálica tende a se tornar clinicamente aparente quando os níveis séricos estão acima de 2 ng/mL, estado em que os pacientes com insuficiência cardíaca apresentam queixas digestivas como hiporexia e náuseas.
- 72 Recomenda-se uso oral de potássio a pacientes que apresentem ritmos ectópicos atriais e atrioventriculares, ainda que com níveis séricos de potássio normais. A existência de alto grau de bloqueio atrioventricular limita a adoção de tal conduta.

O potencial de ação de membrana cardíaca resulta de fluxos iônicos estabelecidos por bombas iônicas ativas e mecanismos de trocas. Acerca das cinco fases desse potencial, julgue os itens seguintes.

- 73 Na fase 3, referente à repolarização rápida final, o evento depende de duas correntes: o aumento no movimento intracelular de cargas positivas e a ativação de correntes de potássio repolarizantes.
- 74 Na fase 1, dita repolarização rápida inicial, o platô é mantido pela competição entre o influxo de potássio e cloro e a corrente de efluxo de cálcio ocorrida através dos canais de cálcio do tipo L abertos.

A respeito do uso de amiodarona, julgue os itens subsequentes.

- 75 A amiodarona é absorvida de modo lento, variável e incompleto pelo organismo. Essa droga acumula-se em excesso nos pulmões, no tecido adiposo e em outros tecidos e seu uso pode causar fibrose pulmonar e hipotireoidismo.
- 76 O uso dessa droga, que tem ação vasodilatadora periférica e coronária, provoca a diminuição da frequência cardíaca, da resistência vascular sistêmica, da força contrátil do ventrículo esquerdo e da dP/dt ventricular esquerda, podendo ser útil na terapia da insuficiência cardíaca.

Com relação à síndrome do QT longo congênita ou adquirida, julgue os seguintes itens.

- 77 A canalopatia, uma das causas da síndrome do QT longo congênita, pode ser interpretada erroneamente como epilepsia. A morte súbita atinge 10% dos pacientes pediátricos sem sintomas precedentes que sofrem dessa síndrome.
- 78 O uso de drogas como amiodarona e sotalol pode causar o surgimento da síndrome do QT longo, bem como distúrbios do tipo hipomagnesemia e hipercalemia.

No que se refere à hipertensão renovascular, julgue os próximos itens.

- 79 Início da hipertensão renovascular antes dos trinta e após os cinquenta anos de idade e proteinúria elevada consistem em achados clínicos e complementares relativos à hipertensão.
- 80 Os achados clínicos e complementares referentes à hipertensão são início súbito da hipertensão renovascular, piora da função renal após o uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina, nível sérico baixo de potássio e sódio, sopros abdominais e tabagismo.

Com relação aos fármacos utilizados no tratamento de emergências hipertensivas, julgue os itens a seguir.

- 81 O uso de hidralazina é indicado no tratamento da eclampsia, porém é contraindicado no tratamento de dissecção aórtica, visto que essa droga pode causar taquicardia e agravamento da angina, bem como pode ser usada via IV ou IM.
- 82 O nitroprussiato tem ação rápida e produz efeitos adversos como náuseas, vômitos, espasmos musculares e toxicidade pelo cianeto. Este não é o fármaco de eleição para maioria das emergências hipertensivas.

Em pacientes que tiveram infarto do miocárdio com supra de ST, o uso de terapia trombolítica melhora a sobrevida, contudo a mortalidade é variável de acordo com precocidade do uso, faixa etária do paciente e terapias coadjuvantes adotadas. Em diversos estudos, tenta-se estabelecer diferenças entre os agentes fibrinolíticos, como o ASSENT 2. Considerando essas informações, julgue os itens subsecutivos.

- 83 Em um estudo randomizado, duplo-cego, comparou-se tenecteplase em *bolus* único com reteplase, observando-se uma maior taxa de sangramento intracraniano com tenecteplase, não havendo diferença substancial quanto aos desfechos secundários como morte ou acidente vascular cerebral incapacitante.
- 84 Em um estudo randomizado, duplo-cego, comparou-se tenecteplase em *bolus* único com dose acelerada de t-PA, mostrando-se que a taxa de mortalidade com o uso tenecteplase em trinta dias foi de 6,179% e com o uso de t-PA foi de 6,151%, havendo taxas de sangramento intracraniano equivalentes: 0,94% para t-PA e 0,93% para tenecteplase.

Em relação às heparinas, julgue o item seguinte.

- 85 Deve-se monitorar o nível de anticoagulação de pacientes que usam heparinas de baixo peso molecular, cuja posologia deve ser reduzida quando a *clearance* de creatinina for menor que 30 mL/min.

Acerca do tratamento da endocardite infecciosa, julgue os itens a seguir.

- 86 A endocardite infecciosa por *Enterococcus* envolve terapia bactericida sinérgica, com administração de antimicrobiano que atue na parede celular bacteriana e aminoglicosídeo de efeito letal, como a gentamicina. Esse tratamento não deve ser realizado apenas quando a primeira opção é a vancomicina.
- 87 Em caso de endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* em válvula nativa, é recomendável o emprego de oxacilina ou cefazolina ou vancomicina; em caso de vegetação em material protético, é recomendável o seguinte esquema: vancomicina + rifampicina + gentamicina.

Um paciente de cinquenta anos de idade, ex-tabagista, hipertenso de longa data, sob terapia hipotensora de modo irregular associada à cloroquina 150 mg 1x2, havia dois meses, em face de suspeita de lúpus discoide, foi atendido em pronto-socorro de um hospital público apresentando dispneia, ortopneia e tosse pouco produtiva. Ao ser indagado, o paciente negou apresentar outros sintomas, exceto eventual diarreia. No exame físico, o paciente mostrou-se levemente dispneico, afebril, hidratado, acianótico, em REG, fâcies de sofrimento crônico, com hiperpigmentação facial fina ESC bibasal, ruído cardíaco regular em dois tempos, com hiperfonese de A2. Além disso, apresentou pressão arterial de 170 mmHg × 110 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm. Abdome flácido, com discreta hepatomegalia. Sem edema de MMII. No exame de raio X de tórax, evidenciou-se cardiomegalia global com estase pulmonar discreta e, no eletrocardiograma, ritmo sinusal com FVM de 84 bpm. Constatou-se, ainda, sobrecarga biventricular e alterações difusas de repolarização ventricular. Os exames laboratoriais evidenciaram os seguintes dados: magnésio = 1,6 mEq/L; potássio = 2,2 mEq/L e cálcio = 7,4 mEq/L. Não foram constatadas outras alterações no hemograma, inclusive em relação à função renal. Ecocardiograma de seis meses atrás mostrava redução da FE, hipertrofia ventricular esquerda, disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo e PVSVD em 63 mmHg. Foram aventadas hipóteses de insuficiência cardíaca descompensada perfil D e cor *pulmonale* crônico. Foram adotadas as seguintes medidas convencionais para o tratamento da insuficiência cardíaca: terapia hipotensora com ênfase para diurético de alça; uso de 50 mg de espirolactona e de 100 mg de losartana por dia associado à reposição de potássio e magnésio. O médico indicou, ainda, O₂ contínuo e medidas de suporte. O paciente apresentou leve melhora clínica da dispneia e da tosse, contudo, nos exames laboratoriais, persistiram os indicadores de hipomagnesemia e hipocalemia, mesmo após a redução de terapia diurética.

Com base nesse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 88** Nessa situação, o médico deve suspender o uso da cloroquina, dada a possibilidade de essa droga causar distúrbios nos níveis de potássio e magnésio.
- 89** Nessa situação, a melhor conduta médica em relação ao paciente consiste em manter a terapia hipotensora com BRA e espirolactona — o que auxiliará a correção do potássio sérico e, secundariamente, do nível sérico de magnésio — e suspender o uso do diurético de alça.
- 90** A suposição de que o paciente é portador de lúpus discoide deve ser questionada pelo médico, que poderá aventar hipóteses de lúpus eritematoso sistêmico e de esclerodermia.

Um paciente de sessenta anos de idade foi atendido, na emergência de um hospital de cardiologia, com precordialgia, iniciada havia catorze horas. Encontrava-se hemodinamicamente estável e o ECG revelou infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST nas derivações de V1-V6. Não foi trombolisado, sendo encaminhado para estudo hemodinâmico no terceiro dia pós-infarto. O exame evidenciou artéria descendente anterior ocluída no terço proximal, artérias circunflexa e coronária direita com obstruções moderadas e o ventrículo esquerdo com acinesia anterior.

Considerando o caso clínico descrito acima e os múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 91** Para a realização de cirurgia de revascularização miocárdica, deve-se aguardar novo estudo de viabilidade miocárdica, visto que o tempo para recuperação da contratilidade pode se estender até catorze meses.
- 92** O valor preditivo positivo da ecocardiografia de estresse pela dobutamina, para avaliação de viabilidade miocárdica, é significativamente superior às técnicas de imagens nucleares.
- 93** O tecido miocárdio, pela tomografia por emissão de pósitrons (PET), é considerado viável quando houver *mismatch*, ou seja, captação de F-18 fluordeoxiglicose (FDG) que confirme a presença do metabolismo da glicose e a ausência de perfusão miocárdica.
- 94** Nesse caso clínico, a intervenção coronariana percutânea para recanalização da artéria é obrigatória.
- 95** A melhor conduta, nesse caso, consiste na intervenção cirúrgica de revascularização miocárdica imediata, por meio da anastomose da artéria mamária interna esquerda com a artéria que provocou o evento, mesmo sabendo que a região anterior do ventrículo esquerdo encontra-se acinética.
- 96** Considere-se que uma ecocardiografia de estresse pela dobutamina seja realizada nesse paciente no primeiro mês após esse episódio de infarto do miocárdio, e que o resultado evidencie um tempo de desaceleração diastólica (padrão de fluxo mitral) precoce de 150 ms. Nesse caso, é correto afirmar que estará constatada a presença de viabilidade miocárdica.

Síncope é a perda transitória da consciência, secundária à hipoperfusão cerebral difusa, e caracteriza-se por início súbito, curta duração e recuperação espontânea. A identificação do mecanismo da perda de consciência é fundamental para que outras condições não secundárias à hipoperfusão cerebral sejam excluídas.

Ângelo A.V. de Paola *et al.* *Cardiologia – livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Barueri: Manole, 2012, pg.1196 (com adaptações).

Sabendo que entre as causas de síncope constam as de origem cardíacas, metabólicas, neurológicas e psicogênicas, julgue os itens que se seguem, relativos a esse assunto.

- 97** A síncope de origem metabólica é muito comum e corresponde a até 25% dos casos, ao passo que a síncope de origem psiquiátrica corresponde a apenas 5% de todos os casos.
- 98** Constituem fatores desencadeantes da síncope vasovagal posição ortostática prolongada, venóclise, exercício físico e palpitações.
- 99** A síncope causada por arritmia tem, habitualmente, início rápido, curta duração e não apresenta sintomas precedentes.
- 100** A tontura descrita por alguns pacientes pode estar associada a arritmias cardíacas, mas nunca a distúrbios psiquiátricos.
- 101** A compressão da aorta e da veia cava pelo útero gravídico, especialmente na posição supina, no último trimestre da gravidez, pode acarretar síncope.

A incidência e a prevalência da fibrilação atrial (FA) aumentam com a idade do paciente. Desse modo, é esperada uma pandemia desse tipo de arritmia nas próximas décadas, devido ao envelhecimento populacional. A complicação mais temida da FA é a embolização sistêmica. Considerando esse assunto, julgue os itens seguintes.

- 102 O mapeamento eletroanatômico por estudo eletrofisiológico do sistema de condução é indicado para todos os pacientes portadores de FA permanente.
- 103 A ablação das veias pulmonares na junção veias-átrios por radiofrequência é a técnica indicada para isolar o circuito arritmogênico.
- 104 O mapeamento eletroanatômico com sistema Carto-Merge permite uma análise anatômica tridimensional durante a ablação por radiofrequência, restabelecendo-se o ritmo sinusal.
- 105 Com relação à indicação medicamentosa para tratamento da FA, é correto afirmar que o uso da aspirina na dose de 325 mg diários acarreta os mesmos benefícios que o uso da warfarinate.
- 106 O estudo AFFIRM (*atrial fibrillation follow up investigation of rhythm management*) demonstrou que a anticoagulação oral crônica, após a reversão ao ritmo sinusal, é desnecessária.

O prolapso valvar mitral (PVM) é causa recorrente de insuficiência mitral. Nesse processo, inicialmente descrito por Barlow, a valva mitral apresenta, frequentemente, degeneração mixomatosa e redundância dos folhetos. Na ausculta cardíaca, há a presença de um ou mais cliques mên-telessistólicos com ou sem sopro telessistólico. Ocasionalmente, o sopro pode ser holossistólico, o que o torna indistinguível das outras causas de insuficiência mitral.

Fernando A.P. Morcerf. *Ecocardiografia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980, pg.134 (com adaptações).

A respeito do assunto abordado no texto acima, julgue os itens subsecutivos.

- 107 O aspecto ecocardiográfico da valva mitral com prolapso é variável. Frequentemente, os folhetos mitrais apresentam, durante a sístole, um movimento inicial normal em direção anterior e subitamente, na meso-sístole, eles se deslocam para trás e formam um semiarco com concavidade anterior.
- 108 A posição do paciente no momento do exame físico não interfere na visualização do PVM.
- 109 O PVM ocorre, frequentemente, de forma assintomática em mulheres.

Com relação aos tumores cardíacos, julgue os próximos itens.

- 110 Os mixomas podem simular estenose mitral, insuficiência mitral, estenose pulmonar, endocardite infecciosa e, ainda, infarto agudo do miocárdio. Embora o subtipo mixoma atrial esquerdo seja comumente encontrado, o seu diagnóstico clínico não é preciso e, frequentemente, ele é confundido com insuficiência mitral. Um dos métodos diagnósticos que pode ser utilizado é a ecocardiografia, que apresenta boa sensibilidade e especificidade na detecção desse tumor.
- 111 Durante o estudo ecocardiográfico realizado nos pacientes com mixoma atrial esquerdo, é possível visualizar o tumor de acordo com a fase do ciclo cardíaco. Na diástole ventricular, o mixoma atrial esquerdo localiza-se no átrio esquerdo em razão da característica pedunculada e amplamente móvel que esses tumores apresentam.
- 112 Nas crianças, a forma mais comum de tumor cardíaco é o rabiomiossarcoma.

No Brasil, a insuficiência cardíaca (IC) representa cerca de um terço das internações do SUS por motivos de doenças do aparelho circulatório e é a principal causa de internação de pacientes com mais de sessenta anos de idade. A respeito dessa patologia, julgue os itens a seguir.

- 113 No Brasil, uma das principais causas de insuficiência cardíaca é a cardiomiopatia da doença de Chagas. Embora a apresentação eletrocardiográfica mais frequente na evolução dessa doença seja o bloqueio completo de ramo direito, o bloqueio completo de ramo esquerdo, por sua vez, está associado ao pior prognóstico de insuficiência cardíaca.
- 114 Quanto à determinação do perfil hemodinâmico da IC, é correto afirmar que o perfil C corresponde aos pacientes congestos e com hipoperfusão.
- 115 Entre os possíveis mecanismos fisiopatogênicos que explicam a presença de anemia em pacientes com insuficiência cardíaca, com piora dos sintomas e da sobrevida, constam a resistência à ação de eritropoetina, o déficit na produção da eritropoetina secundária à insuficiência renal, a inibição da síntese de eritropoetina pelos inibidores da ECA, a desnutrição e a hemodiluição.
- 116 O remodelamento ventricular que ocorre na IC se estende para a eletrofisiologia dos cardiomiócitos, provocando o prolongamento do potencial de ação e a dispersão da repolarização ventricular, o que pode acarretar morte súbita cardíaca.

Com relação à doença arterial coronariana (DAC), julgue os itens que se seguem.

- 117 Os betabloqueadores devem ser evitados em pacientes com história de depressão, mas podem ser prescritos com cautela a pacientes com disfunção sexual e insônia.
- 118 A nifedipina de ação curta e rápida deve ser utilizada como terapêutica inicial em pacientes com angina e(ou) durante crises hipertensivas para alívio do quadro isquêmico.
- 119 De acordo com o *guideline* de 2013 da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), mulheres na faixa etária entre cinquenta e sessenta e nove anos de idade que apresentam angina atípica têm de 15 a 65% de probabilidade de serem portadoras de DAC crônica.
- 120 A trimetazidina não interfere na frequência cardíaca ou na pressão arterial, o que facilita a sua utilização como monoterapia ou associada a betabloqueador e(ou) antagonista do cálcio.