



Ministério da Saúde

CADERNO DE PROVAS - PARTE II CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO 21

MÉDICO
ÁREA: CARDIOLOGIA

CONCURSO PÚBLICO

Nível Superior

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de seu cargo transcritos acima com o que está registrado em sua **folha de respostas**. Confira também o seu nome, o nome e número de seu cargo no rodapé de cada página numerada desta parte II de seu caderno de provas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de seu cargo, 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 folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

A alegria evita mil males e prolonga a vida.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



Universidade de Brasília



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um paciente de 66 anos de idade procurou atendimento para avaliação de risco cirúrgico, pois será submetido a prostatectomia transuretral. Esse paciente foi submetido a angioplastia com colocação de *stent* convencional há dois anos, devido a angina estável. Desde então, está assintomático no aspecto cardiovascular. Hipertenso controlado dentro da meta preconizada. Faz uso diário de valsartana 320 mg e AAS 100 mg. Exame físico sem anormalidades. Realizou cintilografia miocárdica com estresse físico há um ano, cujo resultado foi normal e revelou boa capacidade funcional (12 METs). O paciente apresentou os seguintes resultados de exames atuais: exames pré-operatórios laboratoriais e ECG normais, LDL-colesterol = 68 mg/dL; HDL-colesterol = 50 mg/dL e triglicéridios = 88 mg/dL.

Considerando o caso clínico acima descrito, julgue os itens a seguir.

- 51 Esse paciente apresenta baixo risco cirúrgico, não havendo necessidade de mais exames complementares para a estratificação do risco perioperatório.
- 52 É indicado o uso de estatina nesse paciente com a finalidade de reduzir eventos cardiovasculares maiores no perioperatório.
- 53 O AAS não deverá ser suspenso antes da intervenção cirúrgica.

Com relação a hipertensão arterial secundária, julgue os seguintes itens.

- 54 Em geral, a estenose de artéria renal por displasia fibromuscular é a principal causa de hipertensão renovascular.
- 55 Paciente que apresentar rastreamento positivo para hiperaldosteronismo primário poderá ter esse diagnóstico confirmado pela determinação de aldosterona após administração por via oral, durante quatro dias, de acetato de fludrocortisona (0,1 mg a cada 6 horas), além de dieta rica em sal, e pacientes com concentrações de aldosterona 6 mg/dL, após o final do teste, poderão ter o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário também confirmado.

Um paciente de 55 anos de idade, assintomático, hipertenso há um ano, sem terapêutica medicamentosa, nega tabagismo e etilismo. No exame clínico, foram confirmados os seguintes dados: peso = 88 kg; altura = 1,70 m e circunferência abdominal = 104 cm. pressão arterial (PA) = 165 mmHg × 102 mmHg (média de três medidas), sem outras anormalidades. Os exames complementares apresentaram os seguintes resultados: glicemia = 140 mg/dL (jejum) e 182 mg/dL (pós-prandial); sódio = 140 mEq/L; potássio = 4,2 mEq/L; creatinina = 1,2 mg/dL; colesterol total = 261 mg/dL; HDL-colesterol = 38 mg/dL; LDL-colesterol = 188 mg/dL; VLDL-colesterol = 35 mg/dL; triglicérides = 175 mg/dL; PCR (as): 5,12 mg/L e microalbuminúria: 61 mg/g (albumina/ creatinina em amostra isolada de urina); ECG normal.

A partir do caso descrito acima, julgue os itens subsequentes.

- 56 A meta da PA a ser obtida com o tratamento desse paciente deve ser, no mínimo, inferior a 130 mmHg × 85 mmHg, se o paciente tolerar, recomenda-se atingir os níveis inferiores a 120 mmHg × 80 mmHg.
- 57 A monoterapia não é suficiente para atingir as reduções de pressão previstas na maioria dos casos semelhantes ao quadro em apreço. Portanto, é tendência atual a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa.
- 58 Em casos semelhantes, a estimativa do risco de eventos coronarianos pelo escore de risco de Framingham (ERF) é menos precisa. Especificamente em pacientes com esse perfil, a solicitação do exame da proteína C reativa de alta sensibilidade estaria indicada para melhor estratificação do risco e, quando > 3 mg/L (na ausência de etiologia não aterosclerótica), classificaria o paciente em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo ERF.
- 59 A redução média do LDL-colesterol esperada com o uso de sinvastatina 20 mg ao dia, baseada em grandes ensaios clínicos, permitiria atingir a meta preconizada pela IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias para o paciente em questão.

Uma paciente de 24 anos de idade relata ser portadora de febre reumática (FR) desde a infância. Refere dispneia progressiva há um ano, atualmente com dispneia aos mínimos esforços. No exame físico, apresenta PA = 160 mmHg × 60 mmHg, ritmo cardíaco em três tempos (terceira bulha), além de ictus visível e palpável no 6.º espaço intercostal à esquerda, linha axilar anterior. Essa paciente apresenta sopro diastólico 3+/4, no 2.º espaço intercostal, linha hemiclavicular à direita. O ECG revela sobrecarga ventricular esquerda.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 60** Sabe-se que há uma associação da FR com os antígenos de classe II e que cada população tem seu próprio marcador (HLA-DR) para suscetibilidade à FR, mas o alelo encontrado com mais frequência, independentemente da origem étnica, é o HLA-DR7.
- 61** Na fase aguda da FR, o eritema marginado é raro, transitório, migratório e geralmente está associado à cardite.
- 62** No caso da paciente em apreço, a conduta inicial mais adequada seria a prescrição de enalapril e reavaliação em 6 a 12 meses. Caso haja persistência dos sintomas, deve-se avaliar a possibilidade de troca valvar.

Um paciente de 36 anos de idade, obeso (IMC = 34), sem outros fatores de risco nem mesmo doença cardiovascular preexistente, apresenta-se com história de 2 horas de palpitações taquicárdicas. Esse paciente relata ingestão alcoólica e alimentar abusiva na noite anterior. O exame mostra que ele está hemodinamicamente estável: PA = 120 mmHg × 80 mmHg, frequência cardíaca (FC) = 170 bpm, pulso 158 por minuto. A ausculta revela ritmo cardíaco irregular, em 2 tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros. Não há outros achados no exame físico. O paciente apresenta o eletrocardiograma mostrado abaixo.



Com relação a essas informações, julgue os próximos itens.

- 63** Fibrilação atrial (FA) paroxística seria a classificação atual dessa arritmia.
- 64** A obesidade desse paciente é considerada um importante fator de risco associado ao desenvolvimento de FA.
- 65** O fármaco de primeira escolha para reversão da arritmia mostrada é a propafenona.
- 66** Após a reversão estaria indicado o uso de beta-bloqueador para prevenção de novos episódios.

Quanto ao teste ergométrico (TE), julgue os seguintes itens segundo as II Diretrizes sobre TE da SBC.

- 67** São critérios de interrupção do esforço: elevação da PA diastólica ≥ 110 mmHg; elevação da PA sistólica ≥ 200 mmHg; infradesnível do segmento ST de 2 mm, adicional aos valores de repouso ou supradesnível do segmento ST de 1 mm.
- 68** O retardo na redução da FC no primeiro minuto da recuperação (redução ≤ 12 bpm quando comparada à FC do pico máximo de exercício) tem sido associado a uma maior mortalidade total.

Um paciente de 50 anos de idade sofreu infarto do miocárdio anterior extenso há um ano, sem terapia de reperfusão na ocasião. O cateterismo não evidenciou lesões passíveis de revascularização miocárdica. Naquela data, o paciente iniciou terapêutica com atorvastatina, AAS, carvedilol e enalapril. Há seis meses, apresenta dispneia aos esforços maiores que os habituais e, há três meses, evoluiu para dispneia aos médios e pequenos esforços, quando iniciou terapêutica com digoxina, furosemda e espironolactona. Há um mês, apresentou um episódio de síncope por taquicardia ventricular sustentada. Atualmente apresenta dispneia aos mínimos esforços, a despeito da medicação em uso regular e com dose máxima preconizada. O paciente nega dor precordial. No exame físico, apresentou: extremidades quentes, normocorado, FC = 68 bpm, PA = 90 mmHg × 70 mmHg, turgência jugular a 30°, estertores crepitantes bibasais, ictus cordis propulsivo no 6.º EICE linha axilar anterior, ritmo cardíaco em galope – B3, sopro holossistólico em foco mitral com irradiação para axila esquerda 2+/6+, sem edema de membros inferiores. Ecocardiograma: FE = 28%, ECG: ritmo sinusal e com duração de QRS de 152 ms.

Com relação a esse paciente, julgue os itens que se seguem.

- 69** Trata-se de um paciente com insuficiência cardíaca no estágio C. Evidências científicas favorecem a indicação de cardioversor desfibrilador implantável nesse caso.
- 70** A terapia de ressincronização cardíaca em situações análogas à desse paciente poderia promover redução de mortalidade e da taxa de hospitalizações, bem como melhora da qualidade de vida, sendo ainda uma modalidade custo-efetiva.

Um homem de 35 anos de idade procurou atendimento médico de emergência com relato de que, há cerca de 15 horas, passou a sentir dor abdominal, inicialmente na região periumbilical, que posteriormente migrou para o quadrante inferior direito, que piorava com a tosse e com a deambulação, associada a náuseas e um episódio de vômito. Esse homem informou também que teve um episódio de febre de 38 °C. O exame clínico mostrou sinais vitais dentro da normalidade. Exame respiratório, cardiovascular e das extremidades normais. O exame abdominal evidenciou presença dos sinais de Blumberg, de Rovsing e do obturador. O hemograma evidenciou leucocitose de 12.000 células/mcL (com discreto desvio à esquerda) e a tomografia computadorizada (TC) do abdome total com contraste oral e intravenoso mostrou sinais clássicos de apendicite aguda.

Acerca do quadro clínico acima e de emergências médicas, julgue os itens a seguir.

- 71** Nessa doença, do ponto de vista etiopatogênico, é frequente a ocorrência de obstrução do apêndice vermiforme em decorrência de fecálitos, inflamação, hiperplasia de gânglios linfáticos, processos infecciosos e neoplasias, por exemplo.
- 72** O sinal do obturador ocorre quando esse paciente apresenta dor no quadrante inferior direito enquanto o examinador promove a extensão lenta e passiva da coxa direita desse paciente.
- 73** No quadro descrito, a presença de desvio à esquerda observada no hemograma indica que há importante aumento da forma madura de neutrófilos segmentados.
- 74** Nessa doença, o apêndice alargado com diâmetro superior a 6 mm e o espessamento do apêndice superior a 2 mm são exemplos de alterações observadas na TC de abdome.
- 75** Os escores de Alvarado — também conhecidos como MANTRELS — e de Ohmann têm sido utilizados na avaliação inicial de pacientes com suspeita de apendicite aguda e permitem classificá-los quanto ao risco de apresentar esse diagnóstico em baixo, médio e alto risco, e também podem ser aplicados ao paciente objeto do quadro clínico em apreço, mas, isoladamente, não têm acurácia suficiente para diagnosticar ou excluir esse diagnóstico.

O pH sanguíneo tem valores normais compreendidos em uma faixa estreita, entre 7,35 e 7,45; para manutenção do pH plasmático e o equilíbrio acidobásico, o organismo utiliza os chamados sistemas tampão. Com relação às alterações do equilíbrio acidobásico, julgue os itens seguintes.

- 76** Hipoperfusão tecidual por choque cardiogênico, hipoxemia grave (pressão parcial de oxigênio arterial < 30 mmHg), parada cardiorrespiratória e isquemia mesentérica são exemplos de causas de acidose láctica do tipo A.
- 77** A cetoacidose é uma forma de acidose metabólica relacionada com o acúmulo de corpos cetônicos (acetona, ácido acetoacético e ácido beta-hidroxiacético), geralmente associada a hiato aniônico elevado, e que pode ocorrer em pacientes com diabetes melito e com intoxicação alcoólica.
- 78** A chamada síndrome leite-álcali em um paciente que ingere grandes quantidades de cálcio e de substâncias alcalinas absorvíveis é caracterizada pela presença de acidose metabólica com hiato aniônico normal, hipercalcemia e insuficiência renal.

Um jovem negro de 18 anos de idade procurou o ambulatório de um hospital geral apresentando poliartralgia periférica e lesões cutaneomucosas disseminadas, com aspecto psoriasiforme. Ele relatou ter tido episódio prévio de infecção intestinal há três semanas. No momento da consulta médica, foram observados edema, dor à mobilização e rigidez das articulações dos cotovelos, joelhos e tornozelos, com limitação dos movimentos. No exame dermatológico, foram observadas placas eritemato-escamocrostosas, localizadas no tronco e nos membros superiores e inferiores, e lesões eritemato-escamosas de aspecto circinado na glândula. O hemograma mostrou anemia com leucocitose discreta, velocidade de hemossedimentação acelerada (62 mm/h) e proteína C reativa qualitativa aumentada (+++). A pesquisa do fator reumatoide foi negativa pela reação do látex e a do antígeno do complexo de histocompatibilidade (HLA-B27) foi positiva. As reações sorológicas para sífilis (VDRL e FTA-ABS) e para anticorpos anti-HIV (ELISA) foram negativas. Sumário de urina sem anormalidades. A coprocultura mostrou-se positiva para *Salmonella enteritidis*. O exame radiográfico da articulação do joelho mostrou somente sinais de derrame articular. A análise do fluido articular evidenciou neutrofilia e hiperproteïnemia, culturas negativas. A avaliação oftalmológica não mostrou alterações. A análise dos dados clínicos laboratoriais possibilitou o diagnóstico de artrite reativa, também chamada de síndrome de Reiter.

Com relação a esse caso clínico e à referida síndrome, julgue os itens de **79** a **83**.

- 79** Nesse caso, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e doença de Behçet são exemplos de doenças que devem constar do diagnóstico diferencial.

80 Esse tipo de doença pode estar associado a infecções causadas por *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia*, *Shigella* e *Campylobacter*, além da *Salmonella*.

81 Pela elevada sensibilidade e especificidade, a detecção do antígeno do complexo de histocompatibilidade (HLA-B27) permite, de forma isolada, nesse caso, fechar o diagnóstico de artrite reativa.

82 Distúrbios na condução atrioventricular do estímulo cardíaco e insuficiência aórtica são manifestações extra-articulares comuns nessa doença.

83 As evidências científicas atuais recomendam que o paciente em questão (na fase aguda da inflamação), bem como todos os pacientes com esse diagnóstico, sejam inicialmente tratados com antibioticoterapia associada ao uso de agentes anti-TNF (fator de necrose tumoral), como o infliximab.

Em cada um dos próximos itens, julgue a proposta de associação entre a doença infecciosa, o agente etiológico e o tratamento medicamentoso específico de primeira escolha para adultos.

84 brucelose / *Brucella melitensis* / metronidazol

85 botulismo / *Clostridium botulinum* / amicacina isoladamente

86 doença de Chagas (fase aguda) / *Trypanosoma cruzi* / glucantime

87 síndrome cardiopulmonar por hantavírose / vírus RNA, da família *Bunyaviridae*, gênero *Hantavirus* / zidovudina associada ao efavirenz

88 *influenza A* (gripe suína) / vírus *influenza* do tipo A, subtipo H1N1 / oseltamivir

Uma mulher de 68 anos de idade, com hábito tabágico de 35 maços-ano, relatou tosse matinal desde os 55 anos de idade. Decorridos 8 anos, passou a apresentar dispneia, ao apressar o passo, subir escadas e ladeiras, e chiadeira no peito. Esses sintomas apresentam períodos de três meses de piora ao longo do ano. Essa mulher buscou atendimento médico quando percebeu que não saía mais de casa e passou a necessitar de ajuda para tomar banho. No exame clínico, foram verificados sinais vitais normais, diminuição difusa do murmúrio vesicular, expiração prolongada e raros sibilos difusos durante expiração forçada no exame do aparelho respiratório. Exame cardiovascular do abdome e das extremidades não apresentou anormalidades. A radiografia de tórax mostrou retificação da cúpula diafragmática e aumento do espaço aéreo retroesternal na projeção lateral. Na espirometria, identificou-se capacidade vital forçada (CVF) a 60% do previsto, volume expiratório máximo no primeiro segundo (VEF1) a 30% do previsto e índice de Tiffeneau com valor de 50%, sem resposta ao uso do broncodilatador.

Considerando as informações apresentadas nesse quadro clínico, julgue os itens subsequentes.

89 A principal hipótese diagnóstica nessa situação é de doença pulmonar obstrutiva crônica.

90 Além do tabagismo, a doença apresentada por essa paciente tem outros fatores de risco que devem ser pesquisados, como, por exemplo: poeira ocupacional, irritantes químicos, deficiência de alfa-1 antitripsina, fumaça proveniente da queima de lenha, atopia e deficiência de glutatona transferase.

91 A radiografia de tórax tem alta sensibilidade para confirmar o principal diagnóstico nesse quadro.

92 Os dados apresentados na situação clínica são insuficientes para possibilitar a classificação do estágio dessa doença.

93 Nessa fase evolutiva da doença apresentada pela paciente, a reabilitação pulmonar não tem mais utilidade.

94 Como medida geral de prevenção, a paciente em questão deve ser anualmente vacinada com a vacina anti-*Haemophilus influenzae*, considerando o seu principal diagnóstico.

A insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e geralmente irreversível da função renal. A respeito das complicações associadas a essa nefropatia, julgue os itens seguintes.

- 95** Pacientes com IRC apresentam anemia que, na maioria dos casos, é do tipo normocrômica e normocítica e que, do ponto etiofisiopatogênico, é multicausal e decorre de fatores como: diminuição da produção de eritropoetina, redução da sobrevivência dos eritrócitos, hemólise discreta e deficiência de ferro.
- 96** Pacientes com IRC apresentam alterações do metabolismo do cálcio, fósforo e ossos, que configuram a chamada doença óssea mineral da IRC, que inclui a osteíte fibrosa, a osteomalacia e a doença óssea adinâmica.
- 97** Os distúrbios da coagulação (coagulopatia) observados em pacientes com IRC decorrem fundamentalmente da redução do fator de von Willebrand produzido pelas células justaglomerulares.

Com relação às doenças endócrinas, julgue os itens que se seguem.

- 98** Considere o seguinte quadro clínico.
Uma paciente de 58 anos de idade foi levada ao pronto-socorro por apresentar alteração do nível de consciência e letargia. O acompanhante relatou que, há 2 dias, a paciente recebeu diagnóstico de infecção urinária, mas não iniciou o tratamento. Ela tem diagnóstico de hipotireoidismo e suspendeu a medicação para essa doença há 5 dias. Foram também constatadas hipotermia, hipotensão arterial, bradicardia, hiponatremia sérica e hipoventilação e ausência de sinais de localização neurológica.
Nesse quadro, o coma mixedematoso deve ser considerado como principal hipótese diagnóstica, e o reinício do uso do hormônio tireoideano somente deve ser feito após a dosagem de T3 sérico, pois, além de essa emergência médica ter baixa taxa de mortalidade, o uso de hormônio tireoideano pode agravar o quadro neurológico, podendo com frequência associar-se ao quadro um estado de mal epilético.
- 99** Em um paciente com diagnóstico de doença de Graves, tabagista, que apresenta baqueteamento digital, edema dos dedos das mãos e dos pés, reação periosteal nas extremidades ósseas, com dermopatia e oftalmopatia tireoideana, deve-se suspeitar de acropatia tireoideana.
- 100** Na tireoidite autoimune crônica (ou de Hashimoto), geralmente a glândula tireoide encontra-se difusamente aumentada de volume, firme e finamente nodular, e a dor tireoideana geralmente não está presente e, no seu curso evolutivo, pode manifestar hipertireoidismo transitório e hipotireoidismo.

Uma paciente, 2 horas depois de apresentar mal-estar retroesternal, foi atendida na emergência de um hospital, onde realizou exame físico, que teve resultado absolutamente normal. O ECG mostrou supradesnivelamento do ponto J de 2 mm de V1-V4 sem alterações da onda T. Os exames apresentaram CK massa de 15 UI e troponina I < 0,01 UI. A paciente foi, então, medicada com AAS 500 mg, mastigados e deglutidos, analgesia e monitoramento dos parâmetros cardiovasculares. Duas horas depois, um novo ECG indicou amputação das ondas R e corrente de lesão de V1-V6. A troponina I subiu para 3 UI. A paciente tinha uma história de tratamento de aneurisma cerebral com implante de molas.

Considerando esse quadro clínico, julgue os itens seguintes, relativos a cardiopatias.

- 101** O início do IAM apresenta uma incidência predominante no período da tarde, quando os níveis de estresse e, portanto, de adrenalina são elevados.
- 102** A doença cardiovascular é a maior causa de morte entre as mulheres, ultrapassando o câncer de mama, AVC e câncer de pulmão juntos. Ao longo da vida, até os 40 anos de idade, as mulheres têm cerca de 32% de chance de ter um evento cardiovascular.
- 103** A terapia trombolítica pode ser realizada na paciente em questão, uma vez que não houve história de hemorragia cerebral e o tratamento foi endovascular com implante de molas.
- 104** A reabilitação cardiovascular na recuperação de pacientes após infarto, como na situação em apreço, é uma forma de tratamento não medicamentoso que pode reduzir a mortalidade total em mais de 40%.
- 105** Com relação à doença coronariana, segundo as diretrizes do ACC/AHA, a indicação de cineangiocoronariografia para o estabelecimento de um diagnóstico de doença aterosclerótica coronariana é de classe I, nível de evidência B, apenas para os pacientes sobreviventes de morte súbita abortada. As demais indicações são de nível de evidência C.

Com relação à prevenção secundária em pacientes portadores de doença aterosclerótica coronariana, julgue os itens a seguir.

- 106** O uso de ácido acetilsalicílico na dose de 75 mg a 325 mg/dia confere uma redução relativa de risco de infarto e morte de até 34%.
- 107** O estudo COURAGE comparou a evolução dos pacientes tratados clinicamente (terapia otimizada) com a daqueles tratados com intervenção (mais terapia otimizada), e os resultados mostraram um benefício da intervenção durante o primeiro ano.
- 108** O HPS (*heart protection study*) mostrou que o uso de vitaminas C, D e betacaroteno em indivíduos portadores de doença aterosclerótica ou diabetes reduziu de forma discreta, mas significativa, a mortalidade total.
- 109** De acordo com diretrizes da ACC/AHA, na abordagem dos fatores de risco, o tratamento da HAS, conforme o VI Joint National Conference, é considerado de classe I, nível de evidência A. Já a redução de peso em obesos hipertensos é de nível de evidência C.

Considerando que paciente com 25 anos de idade, do sexo masculino, natural de Goiás, tenha recebido o diagnóstico de cardiomiopatia dilatada, já que não se conseguiu determinar um agente causal, julgue os itens subsequentes.

110 A exemplo da situação descrita, em 30% dos casos não se consegue definir a etiologia.

111 A história natural dessa doença está definida com uma mortalidade anual de 20%, conforme resultados do estudo COPERNICUS.

As comunicações interatrial e interventricular estão entre as cardiopatias congênitas com *shunt* esquerda/direita mais frequentes. Com relação a essas cardiopatias, julgue os itens que se seguem.

112 A intervenção cirúrgica nas duas cardiopatias não deve ser realizada nos indivíduos que a relação entre fluxo pulmonar e fluxo sistêmico seja inferior a 1,5 e que tenham resistência pulmonar superior a 7 unidades Wood.

113 Na síndrome de Eisenmenger, entre as formas de tratamento propostas, a atrioseptoplastia normalmente melhora os sintomas relacionados à sobrecarga direita; já o Bosentan não apresenta melhora clínica, quando o paciente é submetido ao teste de caminhada de 6 minutos.

114 Na anomalia de Ebstein, a comunicação interatrial está presente em aproximadamente 50% dos casos, as vias acessórias em 25%, sendo que, menos frequentemente, ocorre a obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo direito e doença valvar mitral.

Uma paciente com 41 anos de idade, atleta, em uso de anticoncepcional oral, procurou a emergência de um hospital com quadro de dor torácica. No exame físico, a PA estava em 130 mmHg × 80 mmHg, a FC, igual a 92 bpm e a FR era de 20 irm. A ausculta respiratória e o exame do abdome foram normais. O ECG indicou alterações inespecíficas e difusas da repolarização ventricular, e o raio X de tórax apresentou resultado normal. O ecocardiograma mostrou discreto derrame pericárdico.

Considerando esse caso clínico e seus possíveis diagnósticos, julgue os próximos itens.

115 Entre os diversos diagnósticos diferenciais, estão a pericardite e a embolia pulmonar, já que na embolia também é possível encontrar um derrame pericárdico.

116 Nas mulheres com deficiência do fator V de Leiden e que estão em uso de contraceptivos orais, o risco de embolia pulmonar é dez vezes maior que na população em geral.

117 Caso fosse confirmado o diagnóstico de embolia pulmonar com outros métodos de imagem, seria recomendável indicar o uso da alteplase 100 mg em infusão contínua, por duas horas.

118 O registro alemão de embolia pulmonar mostra que a terapia trombolítica reduz em 79% a mortalidade entre os homens, em 30 dias, o que não se observou entre as mulheres.

No que se refere a doenças cardiovasculares, julgue os itens a seguir.

119 No tratamento da dissecação aguda da aorta, a droga de escolha é o nitroprussiato de sódio. Para reduzir a dP/dT, os betabloqueadores parenterais de ação prolongada são os mais indicados, porque reduzem as oscilações da pressão arterial.

120 Na abordagem de pacientes com parada cardiorrespiratória, a utilização do soco no tórax, embora praticada com frequência, não é de comprovada eficiência.

