

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Com referência a cardiopatias isquêmicas, julgue os itens a seguir.

- 51 No diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, a dosagem de mioglobina tem alto valor preditivo positivo.
- 52 AAS deve ser a primeira medicação administrada a todos os pacientes com dor torácica sugestiva de isquemia miocárdica aguda, o mais precocemente possível, logo após a realização e análise do eletrocardiograma.
- 53 São contraindicações relativas ao uso de fibrinolíticos no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST: úlcera péptica ativa, gravidez, punção vascular não compressível, cirurgia de grande porte nas últimas três semanas.
- 54 Na estratificação de risco nos quadros de angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST, são considerados fatores para risco intermediário: uso prévio de AAS, idade maior que sessenta anos e marcadores de necrose miocárdica normais.
- 55 A localização de um infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST em região anterior leva a maior risco de recorrência de eventos cardíacos quando comparado aquele de localização inferior.
- 56 Na vigência de bloqueio de ramo esquerdo, a presença, no eletrocardiograma, de supradesnivelamento de ST superior a 1 mm em V5 e V6 em concordância com QRS/T é um forte indício de infarto agudo do miocárdio.

Julgue os itens subsequentes, relativos ao aneurisma de aorta.

- 57 É indicação cirúrgica, em pacientes assintomáticos, o aneurisma de aorta ascendente acima de 3 cm em pacientes com a síndrome de Marfan e valva aórtica bicúspide.
- 58 Aneurismas de aorta que sofram expansão com velocidade de crescimento maior ou igual a 1 cm por ano têm indicação cirúrgica.
- 59 O aneurisma de aorta pode ser definido como uma dilatação irreversível cujo diâmetro transversal da aorta exceda três vezes o diâmetro normal.
- 60 O diâmetro transversal dos aneurismas de aorta é aceito como o principal preditor de risco de ruptura dos mesmos.
- 61 A presença de *Clamydia pneumoniae* tem sido extensamente investigada como um possível fator causal no desenvolvimento de aneurismas de aorta abdominal.

Com relação à dissecação aguda de aorta, julgue os itens que se seguem.

- 62 As disseções agudas proximais da aorta poderão ser tratadas clinicamente em virtude de sua história natural, geralmente mais benigna.
- 63 Na dissecação de aorta do tipo IIa de DeBakey, o comprometimento da aorta se estende a partir da artéria subclávia esquerda, indo em direção ao diafragma.
- 64 A dissecação de aorta do tipo A de DeBakey acomete a aorta ascendente, com a delaminação estendendo-se pelo arco aórtico e pela aorta descendente.
- 65 As disseções distais da aorta justificam tratamento cirúrgico quando ocorrem complicações (como ruptura ou isquemia).
- 66 A dissecação de aorta do tipo A de Stanford ocorre quando o comprometimento não envolve a aorta ascendente.

Julgue os próximos itens, referentes à insuficiência cardíaca.

- 67 O uso da digoxina na insuficiência cardíaca, apesar de não reduzir a mortalidade, previne a progressão da doença para formas sintomáticas, estando atualmente indicada para pacientes diagnosticados e ainda assintomáticos.
- 68 O uso de levosimendan na insuficiência cardíaca descompensada com necessidade de suporte inotrópico mostra benefícios imediatos superiores ao uso de dobutamina, além de menos efeitos colaterais.
- 69 São critérios atuais para indicação de terapia de ressincronização no tratamento da insuficiência cardíaca: fração de ejeção inferior a 35%, diâmetro diastólico final superior a 55 mm e duração do QRS superior a 150 ms.
- 70 O nesiritide é uma nova forma de tratamento da insuficiência cardíaca aguda descompensada, apresentando efeito diurético, redução da liberação neurohormonal e ação vasodilatadora arterial. Sua limitação é não ter ação vasodilatadora venosa.
- 71 A esplerona é um possível substituto ao uso de aldosterona quando ocorre ginecomastia medicamentosa durante o tratamento da insuficiência cardíaca.
- 72 A associação de BRA (bloqueadores dos receptores de angiotensina) com IECA (inibidores da enzima de conversão da angiotensina) tem-se mostrado benéfica no tratamento da insuficiência cardíaca quando usada em conjunto com betabloqueadores.

Acerca de valvopatias, julgue os itens subsequentes.

- 73 A causa mais comum de insuficiência aórtica no Brasil é a doença reumática.
- 74 Os portadores de estenose mitral apresentam risco moderado para desenvolverem endocardite infecciosa; por isso, devem ser orientados sobre a necessidade de profilaxia antibiótica quando submetidos a procedimentos cirúrgicos com risco de bacteremia.
- 75 A insuficiência pulmonar é doença comum em adultos. Sua etiologia mais comum ainda são as doenças do tecido conjuntivo, como a síndrome de Marfan.
- 76 No exame físico, os pacientes com estenose tricúspide podem apresentar pulso venoso com onda *a* proeminente e onda *y* com descenso lento.
- 77 A presença de duplo contorno à direita, quarto arco à esquerda e elevação do brônquio fonte esquerdo são sinais radiológicos de insuficiência mitral.

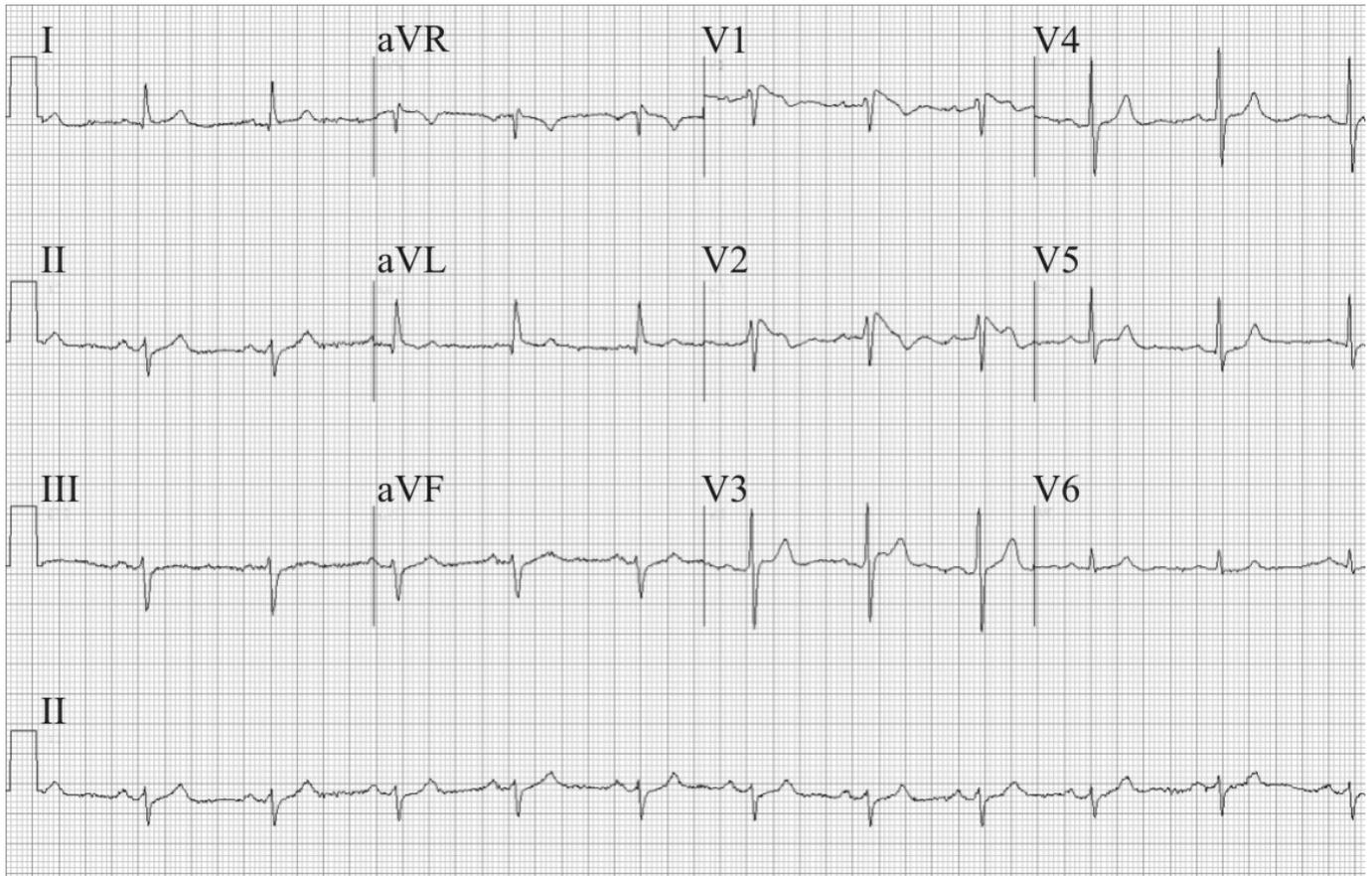
Julgue os itens a seguir, a respeito de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

- 78 A presença de HAS associada a calcinose renal recidivante, osteopenia, poliúria e gastrite sugere como etiologia secundária o hipoparatiroidismo.
- 79 Galactorreia e anemia hemolítica são efeitos colaterais e complicações, embora pouco comuns, que podem ocorrer com o uso do anti-hipertensivo metildopa.
- 80 A interação medicamentosa entre verapamil e digoxina pode reduzir os níveis séricos do digital e seu efeito terapêutico.
- 81 A presença de exsudatos algodonosos na fundoscopia sugere retinopatia hipertensiva já em fase de evolução moderada.

Em relação a miocardiopatias, julgue os próximos itens.

- 82 São fatores de risco comumente relacionados à cardiomiopatia periparto: multiparidade, gemelaridade e raça negra.
- 83 A síndrome de Löffler desencadeia com maior frequência miocardiopatia restritiva com disfunção ventricular diastólica.
- 84 Na cardiomiopatia hipertrófica, a manobra de Müller aumenta o gradiente na via de saída do ventrículo esquerdo e o sopro, e a adoção da posição de cócoras diminui o gradiente e o sopro.
- 85 A presença de potencial tardio no eletrocardiograma de alta resolução é um critério maior no diagnóstico de displasia arritmogênica do ventrículo direito.

Um homem de 25 anos de idade foi encaminhado para atendimento cardiológico por ter apresentado palpitações taquicárdicas frequentes (mais intensas à noite) e um episódio de síncope sem relação com esforço. O exame físico não mostrou alterações. Foi realizado um eletrocardiograma (ECG) convencional (velocidade do papel = 25 mm/s e calibração de 1 cm = 1mV), mostrado abaixo.



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

Considerando as informações clínicas e o ECG acima apresentados, julgue os itens que se subseguem.

- 86 A presença de bloqueio completo pelo ramo direito permite classificar a alteração eletrocardiográfica típica como padrão do tipo 3 de Brugada.
- 87 Como as alterações observadas no ECG podem decorrer de anormalidades no ventrículo direito, de mutações em canais iônicos de sódio associadas ao gene SCN5A, de alterações no tono autonômico ou do uso de cocaína e drogas psicotrópicas, deve-se investigar a existência dessas condições, nesse caso.
- 88 O paciente em questão tem alto risco de desencadear a arritmia ventricular grave denominada taquicardia ventricular helicoidal (*torsade de pointes*), que ocorre frequentemente durante o sono.
- 89 As manifestações clínicas em associação com a alteração eletrocardiográfica observada estão associadas, na maioria das vezes, à presença de miocardiopatia arritmogênica do ventrículo direito.
- 90 As informações apresentadas permitem afirmar que o paciente em tela apresenta baixo risco de morte súbita cardíaca.
- 91 Por não haver aumento na sobrevida, não está, conforme as atuais evidências científicas, recomendada a terapia mediante implante de desfibrilador cardioversor implantável, na situação clínica considerada.
- 92 No caso clínico descrito, a principal hipótese diagnóstica é a síndrome de Brugada.

Considerando que a constatação diagnóstica de choque cardiogênico está historicamente associada a um elevado índice de mortalidade, julgue os itens subsequentes, acerca dessa condição clínica.

- 93 As miocardiopatias primárias e secundárias, especialmente as formas dilatadas, representam a principal etiologia de choque cardiogênico.
- 94 Está contraindicada a implantação de balão de contrapulsção aórtico no grupo de pacientes com diagnóstico de choque cardiogênico por infarto do miocárdio complicado por ruptura de septo interventricular e(ou) por regurgitação mitral aguda, pois esse grupo apresenta as piores respostas hemodinâmicas a essa modalidade de tratamento.
- 95 A presença de hipotensão persistente (pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg), associada a grave redução do índice cardíaco (menor que 1,8 L por minuto, corrigido pela área da superfície corporal, em m², na ausência de suporte hemodinâmico), e a pressão de encunhamento capilar pulmonar maior que 15 mmHg são critérios hemodinâmicos que definem o choque cardiogênico.

Julgue os seguintes itens, relativos ao *cor pulmonale*.

- 96 Do ponto de vista fisiopatológico, a hipertensão pulmonar aguda desencadeadora do *cor pulmonale* agudo causa importante e exclusiva repercussão sobre a função do ventrículo direito, poupando a função do ventrículo esquerdo.
- 97 O *cor pulmonale* crônico é definido como hipertrofia do ventrículo direito que resulta de doenças que comprometam a função e(ou) a estrutura pulmonar, exceto quando essas anormalidades decorram de moléstias que afetem primariamente o lado esquerdo do coração ou de cardiopatias congênitas, e tem como principal causa a doença pulmonar obstrutiva crônica.

No que se refere às pericardiopatias, julgue os itens subsequentes.

- 98 Do ponto de vista hemodinâmico, na pericardite constrictiva, a pressão ventricular diastólica final muito elevada é transmitida para as cavidades atriais, levando a uma dificuldade de retorno na fase sistólica, o que promove uma diminuição ou abolição do descenso X na curva de pressão atrial.
- 99 Na pericardite associada a tamponamento cardíaco, deve-se pesquisar um aumento na pressão venosa central durante a inspiração — que configura o pulso paradoxal e associa-se à equalização das pressões intrapericárdica, diastólica atrial e ventricular direitas.

A cardiopatia reumática crônica é uma complicação tardia da febre reumática, que se configura como uma complicação também tardia da infecção das vias aéreas superiores por estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield. Acerca desse tema, julgue os itens que se seguem.

- 100 Em pacientes com diagnóstico estabelecido de cardiopatia reumática crônica, o uso profilático e regular de penicilina benzatina associa-se tanto a uma redução no risco de piora das valvopatias preexistentes, quanto a uma diminuição no aparecimento de novas lesões valvares cardíacas.
- 101 A coreia de Sydenham, um critério maior nos critérios de Jones para o diagnóstico de fase aguda de febre reumática, é uma alteração neurológica evolutivamente tardia, caracterizada por movimentos hiperclônicos, clônicos, bizarros, desordenados, involuntários e sem finalidade, às vezes ocorrendo em apenas um lado do corpo, e que se reduzem com o sono.

Texto para os itens de 102 a 120

Uma mulher de 45 anos de idade procurou atendimento médico ambulatorial, com relato de que, há cerca de um mês, passou a apresentar fadiga e dispneia aos médios esforços, e informou ter apresentado um episódio de síncope após esforço físico. Negou quaisquer doenças prévias, tabagismo, etilismo, febre ou calafrios. Exame físico: paciente consciente, orientada, eupneica, afebril, acianótica e normolínea; frequência cardíaca de 75 bpm e pressão arterial de 100 mmHg × 65 mmHg. Exame cardiovascular: precórdio calmo, *ictus cordis* visível e palpável no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular esquerda, com impulsividade aumentada e com impulsão pré-sistólica visível e palpável; presença de frêmito sistólico (+3/+4) palpável no segundo espaço intercostal direito, com irradiação para a fúrcula esternal e as carótidas; à ausculta: ritmo cardíaco tríplice (à custa de quarta bulha), com desdobramento paradoxal da segunda bulha em área pulmonar, presença de sopro sistólico, rude, ejetivo, do grau 4 de Levine, mais bem audível na área aórtica, com irradiação para base do pescoço. Pulso arterial carotídeo com baixa amplitude, com elevação lenta, pico retardado e prolongado. Exame do aparelho respiratório, do abdome e extremidades sem anormalidades. Foram solicitados e realizados eletrocardiograma e radiografia de tórax. O ecocardiograma transtorácico mostrou basicamente valva aórtica com duas cúspides e linha comissural única durante a diástole ventricular e área valvar aórtica de 0,5 cm².

Com base na situação clínica descrita no texto, julgue os próximos itens.

- 102 As manifestações clínicas e laboratoriais indicam que o tratamento da paciente em apreço deve ser clínico-medicamentoso, visando melhora dos sintomas e prolongamento da sobrevida, não havendo qualquer indicação para correção cirúrgica.
- 103 As principais hipóteses diagnósticas são dupla lesão aórtica associada a valva aórtica bicúspide.
- 104 O relato de dispneia e síncope de esforço tem elevada correlação com gradiente transvalvar aórtico acima de 70 mmHg.
- 105 Os achados descritos no exame físico da paciente permitem inferir que há, no mínimo, moderada dilatação do ventrículo esquerdo na radiografia de tórax.
- 106 O desdobramento paradoxal descrito no exame cardiovascular da paciente indica que os dois componentes da segunda bulha cardíaca podem ser auscultados durante as fases de inspiração e expiração, porém de forma mais acentuada na fase expiratória.
- 107 No caso considerado, as características semiológicas descritas no exame do pulso arterial carotídeo permitem classificá-lo como pulso *alternans*.
- 108 O frêmito sistólico observado na paciente corresponde à sensação tátil decorrente de vibrações produzidas no aparelho cardiovascular e tem íntima associação com o sopro sistólico descrito.
- 109 Caso seja confirmada a principal hipótese diagnóstica, deve-se levar em conta que a coarctação da aorta é uma anomalia cardiovascular frequentemente associada a essa cardiopatia de base.
- 110 Na paciente em questão, considerando-se os achados clínicos, é correto inferir que haja sinais de sobrecarga do ventrículo esquerdo no eletrocardiograma.

Considere que o quadro clínico anteriormente descrito tenha evoluído da seguinte forma.

A paciente apresentou dor de dente e, sem informar ao médico assistente ou ao dentista, foi submetida a tratamento endodôntico (tratamento de canal) emergencial há duas semanas. Há três dias, ela procurou atendimento médico em unidade de pronto-socorro, com relato de febre alta (39 °C), calafrios, sudorese e importante piora da dispneia, que passou a ocorrer aos mínimos esforços e mesmo durante o repouso, ortopneia e episódios de dispneia paroxística noturna. Em seu exame físico, constatou-se: paciente em mau estado geral, febril (temperatura axilar de 39,1 °C), dispneica (aceitando mal a posição de decúbito dorsal), consciente, orientada, acianótica. Frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 110 mmHg × 35 mmHg. No exame cardiovascular, acrescentaram-se aos achados preexistentes: ritmo cardíaco taquicárdico e quádruplo, e, além do sopro sistólico já descrito (que manteve as mesmas características semiológicas), passou-se a auscultar sopro diastólico, em decrescendo, aspirativo, mais bem audível ao longo da borda esternal esquerda. O exame do aparelho respiratório mostrou estertores inspiratórios audíveis no terço inferior de ambos hemitóraces, com sibilos esparsos. O abdome estava livre e sem visceromegalias. Nos exames mucocutâneo e de fundo de olho, constataram-se: lesões de Janeway, nódulos de Osler e manchas de Roth. Em razão desse quadro, a paciente foi internada sob a principal hipótese diagnóstica de endocardite infecciosa, tendo sido feitos os exames necessários para a confirmação dessa hipótese.

Com base nessa situação clínica evolutiva, julgue os itens de **111 a 120**.

- 111** Nessa situação clínica, são elementos essenciais na investigação complementar: a coleta de sangue para hemoculturas (de preferência três amostras colhidas com intervalo de pelo menos uma hora entre cada uma das coletas) e a realização de ecocardiograma (de preferência pela técnica transesofágica).
- 112** As lesões de Janeway são lesões hemorrágicas e exsudativas observadas na retina, durante o exame fundoscópico.

- 113** Os achados auscultatórios são sugestivos de regurgitação aórtica aguda, a qual, em adição às alterações valvares prévias, contribui para o quadro de insuficiência ventricular esquerda.
- 114** A evidência direta de endocardite infecciosa em exame bacteriológico (mediante cultura ou exame pelo método de Gram) de êmbolo periférico é considerado critério diagnóstico definitivo dessa moléstia em tela, pelos critérios de von Reyn.
- 115** Em relação à principal hipótese diagnóstica em tela, a paciente apresenta apenas três critérios menores, segundo a classificação de Duke, que são: febre, fenômenos vasculares e fenômenos imunológicos.
- 116** Caso a principal hipótese diagnóstica seja considerada definitiva (pela classificação de Duke), e considerando que há uma complicação associada, deve-se iniciar, de imediato, esquema terapêutico empírico, mediante associação entre vancomicina e um aminoglicosídeo, por exemplo.
- 117** Os nódulos de Osler são nódulos violáceos, endurecidos, dolorosos, encontrados na polpa dos dedos das mãos e dos pés, e podem ser causados por vasculite ou embolização séptica.
- 118** As chamadas manchas de Roth são lesões maculares, eritematosas, não dolorosas, observadas nas palmas das mãos e plantas dos pés, e têm como principal suspeita fisiopatogenética a ocorrência de embolização séptica.
- 119** A ocorrência de eritema marginado — erupção rósea, com centro claro e bordas nítidas e elevadas, de forma circular, oval ou irregular, que predominam no tronco e partes proximais dos membros — deve ser insistentemente pesquisada nessa paciente, pois, embora seja rara nessa situação clínica, quando observada praticamente sela a principal hipótese diagnóstica indicada.
- 120** Para a prevenção da ocorrência dos eventos descritos nessa situação clínica, deveria ter sido utilizada amoxicilina, 2 g, por via oral, 30 min a 60 min antes do tratamento dentário mencionado, por exemplo.