

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM – CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO



**ÁREA/ESPECIALIDADE: MEDICINA /
CARDIOLOGIA / UNIDADE CORONARIANA
E AMBULATÓRIO**

110

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- ✗ Além deste CADERNO, você deverá ter recebido o CARTÃO destinado às respostas das 40 (quarenta) questões de múltipla escolha formuladas na prova. Caso não o tenha recebido, peça-o ao fiscal.
- ✗ Verifique se esta prova corresponde à área/especialidade para a qual você se inscreveu.
- ✗ Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, **assine-o** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento.
- ✗ Se este caderno ou o cartão de respostas não contiver o descrito nos itens anteriores, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✗ Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- ✗ Não é permitido copiar as respostas assinaladas no cartão.
- ✗ O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de **quatro horas**.
- ✗ Para preencher o cartão de respostas use, exclusivamente, caneta esferográfica de ponta média com tinta azul. Assinale **apenas uma** dentre as cinco opções de resposta apresentadas para cada questão.
- ✗ Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- ✗ Quando terminar, entregue ao fiscal este CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que será invalidado se você não o assinar.

APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, NOVENTA MINUTOS.





01 Constitui-se contraindicação absoluta ao emprego de Fibrinolíticos no Infarto agudo do miocárdio

- (A) sangramento menstrual.
- (B) passado de úlcera péptica.
- (C) passado de Acidente vascular encefálico hemorrágico.
- (D) idade > 65 anos.
- (E) dor isquêmica com seis horas de duração.

02 No tratamento das arritmias ventriculares, pode-se afirmar que

- (A) drogas antiarrítmicas do grupo IA e IC são contraindicadas em pacientes com disfunção sistólica do VE e/ou coronariopatas por aumentarem pró-arritmias.
- (B) na taquicardia ventricular monomórfica instável, a primeira opção é infusão de amiodarona EV.
- (C) a Lidocaína endovenosa deve ser feita de rotina no pós-Infarto agudo do miocárdio para profilaxia de arritmias ventriculares.
- (D) o estado hemodinâmico do paciente não interfere na conduta terapêutica.
- (E) só se deve tratar após realização de estudo eletrofisiológico.

03 No Infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnível do segmento ST, está indicado o uso de

- (A) Fibrinolítico + heparina plena + AAS.
- (B) Heparina Plena + Aspirina + Clopidogrel.
- (C) Heparina + Warfarina + Clopidogrel.
- (D) Fibrinolítico + Sinvastatina + AAS.
- (E) Aspirina + Warfarina + Clopidogrel.

04 A melhor conduta a ser tomada em relação a um paciente estável com fibrilação atrial de alta resposta ventricular de tempo indeterminado é

- (A) cardioversão elétrica imediata e anticoagulação por quatro semanas.
- (B) cardioversão elétrica imediata.
- (C) cardioversão química imediata.
- (D) estudo eletrofisiológico seguido de ablação.
- (E) controle da frequência cardíaca e anticoagulação por 3-4 semanas seguida de cardioversão.

05 Na estratificação do risco pós Infarto agudo do miocárdio, antes da alta hospitalar em um paciente que apresenta disfunção ventricular (Fração de Ejeção do VE < 40%), deve-se realizar, como primeira opção

- (A) cintilografia miocárdica de esforço e repouso.
- (B) teste ergométrico submáximo.
- (C) holter de 24h.
- (D) angiografia coronariana (CAT).
- (E) ressonância Magnética do coração.

06 Um paciente masculino de 42 anos é atendido na Emergência com história de dor retroesternal de forte intensidade, com início há cerca de três horas. Ele é fumante de 40 cigarros/dia, seu colesterol estava elevado em exame realizado há dois meses e possui vida sedentária. Exame clínico revela: PA= 160/90 mmHg PR=90 bpm regular RCR3T (B4 VE) e SS ++/+6 no Foco Mitral. Pulmões, abdome e membros inferiores normais. ECG= supradesnivelamento do segmento ST de 3 mm em V1, V2, V3, V4, e V5.

Qual deve ser a conduta nesse caso?

- (A) Heparina plena EV + AAS.
- (B) Captoril sub-lingual + Estreptoquinase + AAS.
- (C) Administrar Nifedipina sublingual + AAS.
- (D) Monitorização cardíaca + AAS + clopidogrel.
- (E) Apenas captopril VO + AAS + heparina plena.



07 Um paciente de 52 anos com IAM anterior extenso apresenta, no terceiro dia de internação na Unidade Coronariana, quadro súbito de hipotensão (80X60mmHg) associado à congestão pulmonar. Seu ECG revelava a presença de fibrilação atrial aguda com frequência ventricular de 150/min, com QS + Supra de ST de V1 a V5.

A melhor conduta para esse paciente inicialmente é

- (A) cedilanide + Furosemida EV + ventilação por CPAP.
- (B) nitroglicerina EV + amiodarona 300 mg EV seguida de infusão contínua.
- (C) dobutamina EV (endovenoso) + nitroglicerina EV.
- (D) cardioversão elétrica de imediato com 200 J (monofásico).
- (E) heparina 10.000 U em bolus + amiodarona 300mg EV em bolus seguida de infusão contínua.

08 Uma paciente de 71 anos, diabética, é admitida no Serviço de Emergência com história de síncope de repetição, sendo a última há 2h, com queda e trauma de face. O exame clínico revelou FC= 28 bpm, com ECG demonstrando BAV III Grau com QRS largo e fibrilação atrial. Fazia uso regular de Losartan, AAS e Mononitrato.

A melhor conduta neste caso é

- (A) implante de marcapasso provisório seguido de implante de marcapasso definitivo VVI.
- (B) implante de marcapasso provisório seguido de implante de marcapasso definitivo DDD.
- (C) implante de marcapasso provisório seguido de implante de marcapasso definitivo VDD.
- (D) implante de marcapasso provisório seguido de implante de marcapasso definitivo multissítio.
- (E) implante de marcapasso provisório, aguardando 10 dias após suspensão do Losartan para decidir implante de marcapasso definitivo.

09 Homem de 68 anos, diabético, vem à emergência com queixas de palpitações há três dias. ECG evidenciou fibrilação atrial.

Nesse caso, qual a conduta mais adequada?

- (A) Administração de amiodarona por via intravenosa e cardioversão elétrica.
- (B) Administração de antiagregante plaquetário e de Verapamil por via intravenosa e internação em UTI.
- (C) Realização de anticoagulação plena e administração de Verapamil por via oral.
- (D) Realização de anticoagulação plena e cardioversão elétrica imediata.
- (E) Realização de anticoagulação plena, ecocardiografia transesofágica e cardioversão elétrica ou química, de acordo com o resultado do ecocardiograma.

10 Nas síndromes coronarianas agudas, o uso de anticoagulante oral (warfarina) está indicado nos seguintes casos:

- (A) fibrilação atrial, diabetes, disfunção do ventrículo esquerdo (VE).
- (B) fibrilação atrial, trombo no VE, portador de protese valvar metálica.
- (C) trombo no VE, angina pós-IAM, isquemia de músculo papilar levando a insuficiência mitral aguda.
- (D) disfunção sistólica do VE, fibrilação atrial e hipertensão arterial.
- (E) AVE prévio, trombo no VE e insuficiência renal crônica.



11 Os bloqueadores dos canais de cálcio Verapamil e Diltiazem podem ser utilizados no tratamento das Síndromes Coronarianas Agudas, nas seguintes circunstâncias:

- (A) em substituição ao betabloqueador em pacientes com contraindicação ao uso desse, que tenham frequência cardíaca elevada e boa função sistólica do VE.
- (B) junto com o betabloqueador para melhor controle da frequência cardíaca em pacientes taquicárdicos.
- (C) em substituição ao betabloqueador em pacientes diabéticos.
- (D) para melhor controle da hipertensão arterial em associação com IECA (inibidores da enzima conversora da angiotensina) e betabloqueador.
- (E) em substituição ao betabloqueador em pacientes com BAV de 1º ou 2º grau.

12 O uso de nitroglicerina endovenosa está contraindicada em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda que apresentem as seguintes situações:

- (A) infarto do VD, congestão pulmonar e angina persistente.
- (B) hipotensão, infarto do VD e angina persistente.
- (C) hipotensão (PA sistólica < 90 mm Hg), infarto do ventrículo direito (VD), uso de sildenafil nas últimas 24 h.
- (D) infarto do VD, hipertensão arterial e FC <50 e >100bpm.
- (E) infarto do VD, congestão pulmonar e uso de sildenafil nas últimas 24 h.

13 São complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio (IAM)

- (A) dissecção aórtica aguda, ruptura do septo interventricular, ruptura da parede livre do VE, aneurisma do VE.
- (B) Insuficiência mitral por ruptura do músculo papilar, ruptura do septo interventricular, ruptura da parede

livre do VE e comunicação interatrial.

- (C) ruptura do septo interventricular, ruptura da parede livre do VE, aneurisma do VE e fibrilação atrial.
- (D) insuficiência mitral por ruptura do músculo papilar, ruptura do septo interventricular, ruptura da parede livre do VE.
- (E) insuficiência mitral por ruptura do músculo papilar, ruptura do septo interventricular, ruptura da parede livre do VE e tromboembolismo pulmonar.

14 Na emergência hipertensiva, devem-se tomar os seguintes cuidados com a escolha dos anti-hipertensivos:

- (A) evitar uso de medicação venosa.
- (B) na síndrome coronariana aguda, preferir betabloqueador e anlodipina.
- (C) na encefalopatia hipertensiva, evitar uso de nitroprussiato.
- (D) na eclampsia, preferir betabloqueador e IECA.
- (E) na dissecção aórtica, preferir betabloqueador e nitroprussiato e evitar hidralazina.

15 No tratamento do Edema Agudo de Pulmão (EAP), associado a determinadas cardiopatias, está incorreto afirmar que

- (A) no EAP associado à crise hipertensiva, insuficiência mitral ou insuficiência aórtica aguda e no CIV (comunicação interventricular) pós-IAM, a droga de primeira escolha é o nitroprussiato de sódio.
- (B) no EAP hipertensivo a metildopa é a primeira opção.
- (C) na insuficiência cardíaca isquêmica e no IAM, a droga de escolha é a nitroglicerina IV.
- (D) na fibrilação atrial, no flutter atrial e na taquicardia ventricular associadas a Edema Agudo de Pulmão, a cardioversão elétrica é a conduta de escolha.
- (E) no paciente com insuficiência renal aguda não responsivo ao diurético, deve-se fazer hemodiálise de urgência.



16 No tratamento da ICC descompensada, deve-se

- (A) associar betabloqueador, se PA sistólica < 85 mmHg.
- (B) preferir o digital e evitar dobutamina, se PA sistólica 85-100 mmHg.
- (C) associar nitroglicerina, se PA sistólica > 100 mmHg.
- (D) associar noradrenalina, se PA sistólica > 120 mmHg.
- (E) associar nitroprussiato e dobutamina, se PA sistólica < 85 mmHg.

17 Paciente de 25 anos chega à emergência com palpitação há < 24 h e FC de 250 bpm. ECG prévio mostrava ritmo sinusal, PR curto, empastamento no início do QRS (Onda Delta) com duração do QRS dentro do limite normal. ECG atual evidenciou QRS alargado, RR irregular, ondas P não visíveis.

No tratamento desse paciente, está incorreto

- (A) usar propafenona, sotalol ou amiodarona.
- (B) usar amiodarona EV dose de ataque e manutenção.
- (C) cardioversão elétrica se paciente hipotenso.
- (D) controlar FC com drogas como Verapamil ou betabloqueador e fazer anticoagulação com heparina EV (endovenosa).
- (E) usar amiodarona EV para reversão seguida de encaminhamento para ablação.

18 Deve-se, no algoritmo do tratamento da parada cardíaca sem pulso,

- (A) se persistir com fibrilação ventricular/taquicardia ventricular (FV/TV) após primeiro choque de 360 J (monofásico), dar segundo choque de 360 J e, se não reverter, fazer adrenalina 1 mg EV, mantendo massagem e ventilação entre os choques.
- (B) se, após o terceiro choque com 360 J, persistir com FV/TV, considerar marcapasso transcutâneo.

- (C) apenas realizar massagem cardíaca externa.
- (D) fazer lidocaína EV antes de cardioverter pela primeira vez a FV/TV com choque 360 J.
- (E) na atividade elétrica sem pulso, fazer amiodarona EV após primeiro choque.

19 São indicações de marcapasso endocárdico provisório, EXCETO

- (A) bloqueio atrioventricular (BAV) total sintomático.
- (B) bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz I em pacientes com IAM inferior.
- (C) bloqueio atrioventricular 3º grau no IAM inferior sintomático.
- (D) bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz II sintomático.
- (E) fibrilação atrial com baixa resposta ventricular e síncope.

20 Em relação a Tromboembolia Pulmonar (TEP), é incorreto afirmar que

- (A) o tratamento fibrinolítico está indicado no caso de instabilidade hemodinâmica, falência do ventrículo direito e choque.
- (B) oxigênio e anticoagulação com heparina plena IV seguida de α-marínico são indicados no tratamento do TEP.
- (C) no raio X, podemos observar oligemia, sinal de Hampton ou aumento do tronco da artéria pulmonar.
- (D) D-dímero elevado, gasometria com hipoxemia e hipocapnia e ECG com BRD e padrão S1Q3T3 são indicativos de TEP.
- (E) o exame considerado padrão ouro para o diagnóstico de TEP é a cintilografia de Ventilação/ Perfusão.



21 Em relação à cardioversão elétrica, assinale a assertiva correta.

- (A) O ritmo idioventricular acelerado deve ser interrompido por choque não sincronizado.
- (B) O uso de digoxina contraindica cardioversão elétrica.
- (C) O *Flutter* atrial deve ser interrompido por choque sincronizado.
- (D) A fibrilação ventricular deve ser interrompida por choque sincronizado.
- (E) A cardioversão interna deve usar as mesmas cargas da cardioversão externa.

22 Paciente de 48 anos, negro, chegou à emergência com intensa e progressiva falta de ar, iniciada uma hora antes. Estava bem lúcido e informou ter pressão alta há vários anos, para o que fazia tratamento irregulares. Suspendera os medicamentos da última prescrição há 36 horas porque um deles (não lembrava o nome) lhe causava muito sono, boca seca e problemas no desempenho sexual. Revelou ter familiares com hipertensão arterial. Ao exame físico, os ríveis pessóricos eram de 234/150 mmHg, havia taquicardia (110 bpm) e taquipneia (34 mpm), o ictus encontrava-se desviado e propulsivo e auscultavam-se ritmo de galope e estertores em ambos os campos pulmonares.

Avaliando a intensidade e a repercussão imediata do quadro, a melhor conduta terapêutica é administrar

- (A) Propranolol oral.
- (B) Captopril sublingual.
- (C) Nitroglicerina em infusão intravenosa.
- (D) Nifedipina sublingual.
- (E) Nitroprussiato de sódio em infusão intravenosa.

23 Mulher negra, de 72 anos, chega à emergência com história compatível com síndrome coronariana aguda, pressão sistólica de 85 mmHg e frequência cardíaca de 55 bpm. O eletrocardiograma inicial evidencia isquemia subepicárdica.

Com relação à abordagem terapêutica, considere as propostas abaixo.

- I Ácido acetilsalicílico, heparina de baixo peso molecular e oxigênio
- II Nitroglicerina sublingual e metoprolol
- III Estreptoquinase

O que está contraindicado para essa paciente?

- (A) Apenas a proposta I.
- (B) As propostas I, II, e III.
- (C) Apenas a proposta II.
- (D) Apenas as propostas II e III.
- (E) Apenas a proposta III.

24 Paciente de 72 anos foi hospitalizado com diagnóstico de insuficiência cardíaca e fibrilação atrial com alta resposta ventricular (124 bpm), decorrente de miocardiopatia dilatada. Havia abandonado o uso de dinitrato de isossobida e hidralazina, prescritos anteriormente. Pelo prontuário, constatou-se que a fibrilação atrial era crônica.

Para manejo da arritmia cardíaca, está indicada a prescrição de

- (A) Procainamida.
- (B) Diltiazem.
- (C) Propranolol.
- (D) Verapamil.
- (E) Digoxina.

25 Os resultados do manejo clínico do choque cardiogênico, especialmente quando da impossibilidade de corrigir a doença de base, são frustrantes. Apesar disso, algumas medidas são propostas.

Considere, para tanto, as apresentadas abaixo.

- I Infusão de dopamina, pela diminuição significativa na taxa de mortalidade hospitalar.
- II Infusão de dobutamina, pelo efeito sobre o débito cardíaco
- III Infusão de noradrenalina, pelo aumento de pressão arterial em pacientes com choque acompanhado de diminuição da resistência vascular periférica



Quais delas têm indicação no choque por produzirem os efeitos esperados nos desfechos clínicos relevantes?

- (A) Apenas as contidas em I.
- (B) As contidas em I, II e III.
- (C) Apenas as contidas em II.
- (D) Apenas as contidas em II e III.
- (E) Apenas as contidas em III.

26 Quanto ao uso de ácido acetilsalicílico no infarto agudo do miocárdio, assinale a assertiva correta.

- (A) Deve ser dado a todos os pacientes com síndrome coronariana aguda com ou sem supra do ST.
- (B) Recomenda-se exclusivamente para pacientes que apresentam supradesnivelamento do segmento ST.
- (C) Deve ser instituído exclusivamente em pacientes que não recebem agente trombolítico
- (D) É eficaz para prevenção secundária de novo evento coronariano, mas não o é para prevenção primária.
- (E) Não está indicada a associação de ácido acetilsalicílico com estreptoquinase, porque não há sinergismo entre eles no que se refere à redução da mortalidade.

27 Mulher de 93 anos, obesa, fraturou o colo do fêmur direito após queda domiciliar. Foi submetida à osteossíntese do fêmur e recebeu heparina subcutânea nos oito dias em que esteve hospitalizada. Por ocasião de alta, recomendaram-lhe não colocar o pé direito no chão por 30 dias. Todos os medicamentos foram suspensos, à exceção de paracetamol, a ser usado por demanda. Cerca de 17 dias após, passou a queixar-se de dispnéia e dor relacionada à respiração. Ao exame clínico, apresentava pressão arterial normal, taquipneia e taquicardia. Diante dessa situação, a paciente foi novamente hospitalizada. Os achados radiológicos de tórax, eletrocardiográficos e ecocardiográficos foram compatíveis com o diagnóstico de embolia pulmonar, sem disfunção ventricular direita.

Nesse caso, a opção terapêutica imediata mais adequada é

- (A) infundir dobutamina imediatamente.
- (B) infundir heparina não fracionada.
- (C) anticoagular com varfarina (INR entre 2 e 3).
- (D) administrar heparina, seguida de terapia trombolítica.
- (E) prescrever enoxaparina por via subcutânea na dose de 1 mg/kg/dia.

28 Em relação ao tratamento da fibrilação atrial aguda com elevada resposta ventricular durante infarto agudo do miocárdio, é correto afirmar que

- (A) administração intravenosa de 10 mg de Verapamil é a primeira opção em pacientes com disfunção ventricular.
- (B) cardioversão elétrica não-sincronizada é a primeira opção.
- (C) administração intravenosa de Lidocaína é uma opção para reversão ao ritmo sinusal.
- (D) administração intravenosa de esmolol é uma opção para controle da resposta ventricular.
- (E) marcapasso transvenoso transitório deve ser colocado para evitar bradicardia pós-reversão.

29 Homem de 64 anos é conduzido de madrugada à emergência com intensa falta de ar, sensação de morte e palpitações. Informou ter tido dois infartos agudos do miocárdio no passado, sentindo, desde o último, dispnéia aos esforços. Nas últimas semanas, a dispnéia se acentuara, ocorrendo aos pequenos esforços e mesmo em repouso, à noite, obrigando-o a dormir com dois travesseiros. Não faz uso de qualquer medicação. Ao exame físico, apresenta cianose de lábios e nas extremidades, taquipneia, tiragem intercostal, estertores nos dois terços inferiores dos pulmões e ritmo de galope.

Para o tratamento desse paciente, vários medicamentos intravenosos são cabíveis, podendo ser usados sequencialmente. Assinale aquele que deve ser



dado em primeiro lugar para estabilidade do quadro.

- (A) Dobutamina
- (B) Nitroglicerina
- (C) Furosemida
- (D) Milrinona
- (E) Dopamina

30 Paciente de 69 anos, hipertenso há mais de 20 anos e sem tratamento regular, chega à emergência com pressão arterial de 184/130 mmHg. Que manifestação, dentre as abaixo, não é sugestiva de encefalopatia hipertensiva nesse paciente?

- (A) Déficit neurológico focal.
- (B) Cefaleia.
- (C) Sonolência.
- (D) Convulsões.
- (E) Hiperventilação.

31 Em pacientes com quadro clínico de dissecção aórtica aguda, o manejo médico imediato inclui não só controle da dor, mas, sobretudo, redução da pressão arterial. O objetivo terapêutico é atingir níveis sistólicos entre 100 e 120 mmHg.

A respeito dos fármacos mais usados no controle pressórico, assinale a assertiva incorreta

- (A) Somente Propranolol em administração intravenosa em bolus mostrou eficácia nesse contexto.
- (B) Labetalol constitui opção útil por provocar bloqueio simultâneo de receptores alfa e beta.
- (C) Nitroprussiato de sódio deve ser usado após resposta eficaz a betabloqueador; caso contrário, poderá provocar aumento da dissecção.
- (D) Esmolol tem utilidade quando há hipertensão lábil e planejamento cirúrgico a curto prazo, pois pode ser suspenso abruptamente.
- (E) Verapamil intravenoso pode ser administrado quando há contraindicação aos betabloqueadores.

32 Dor ou desconforto torácico retroesternal, de curta duração, que se irradia para o dorso, com alívio após uso sublingual de nitrato, pode ser consequência de *angina pectoris*, bem como de

- (A) hipertensão pulmonar.
- (B) infarto agudo do miocárdio.
- (C) espasmo esofágico.
- (D) pericardite aguda.
- (E) dissecção aórtica.

33 Qual das disfunções valvares abaixo tem maior associação com cardiopatia isquêmica?

- (A) Estenose mitral.
- (B) Insuficiência mitral.
- (C) Dupla lesão aórtica.
- (D) Estenose tricúspide.
- (E) Insuficiência aórtica.

34 Homem de 68 anos vem à consulta encaminhado por seu urologista, pois apresenta aneurisma de aorta abdominal de 3,5 cm de diâmetro, revelado em estudo ultrassonográfico. Não tem queixas cardiovasculares, nem faz uso de qualquer medicamento. Seu exame físico é normal, e a pressão arterial é de 134/82 mmHg em ambos os braços. Foi realizada tomografia computadorizada abdominal, que confirmou o diâmetro do aneurisma.

Em relação a esse paciente, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Realizar seguimento clínico, com controle ultrassonográfico a cada seis meses.
- (B) Pelo tamanho do aneurisma, indicar cirurgia imediata.
- (C) Aguardar seis meses, quando então, mesmo não havendo expansão do aneurisma, será indicada cirurgia.
- (D) Descartar correção cirúrgica devido à idade do paciente.
- (E) Prescrever um inibidor da enzima conversora da angiotensina, porque esse medicamento reduz a taxa de expansão do aneurisma.



35 Mulher de 80 anos, com cardiopatia isquêmica e doença carotídea, realizou consulta semestral de rotina. Estava assintomática e, ao exame físico, apresentava massa pulsátil periumbilical, discretamente sensível à palpação.

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Aorta ectásica e tortuosa.
- (B) Tumor de pâncreas.
- (C) Aneurisma da artéria esplênica.
- (D) Fístula arteriovenosa.
- (E) Aneurisma da aorta abdominal.

36 Considere as seguintes condutas iniciais em relação à parada cardiorrespiratória de etiologia ainda não estabelecida:

- I inspeção da via aérea e manutenção da mesma pérvia;
- II aplicação de soco precordial;
- III massagem cardíaca sobre o quarto espaço intercostal e paraesternal esquerdo, em frequência de 80 a 100 compressões por minuto.

Quais delas devem ser executadas no atendimento imediato de um paciente em apneia com pulso?

- (A) Apenas as contidas em I.
- (B) Apenas as contidas em II.
- (C) Apenas as contidas em III.
- (D) Apenas as contidas em II e III.
- (E) As contidas em I, II e III.

37 Atualmente se considera que rápida transferência para centros especializados e realização de angioplastia primária possa conferir melhor prognóstico a pacientes acometidos por infarto do miocárdio.

Na impossibilidade de oferecer esse tratamento, analise as seguintes abordagens:

- I Educação comunitária para pronto reconhecimento de síndromes coronarianas e busca imediata de atendimento.
- II Uso de trombolítico e ácido acetilsalicílico ainda no atendimento pré-hospitalar por equipe de saúde treinada em reconhecer infarto do miocárdio.

III Administração intravenosa de lidocaína ainda no atendimento domiciliar.

O que diminuiria a mortalidade por infarto do miocárdio na fase aguda?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas II.
- (D) Apenas III.
- (E) I, II e III.

38 Assinale a assertiva correta acerca da distinção entre insuficiência cardíaca de origem sistólica e diastólica.

- (A) Os volumes cardíacos habitualmente são normais ou levemente reduzidos na insuficiência cardíaca de origem diastólica.
- (B) Insuficiência cardíaca de origem sistólica ocorre prevalentemente em mulheres idosas com hipertensão.
- (C) História clínica de hipertensão, quarta bulha e sinais de hipetrofia ventricular no eletrocardiograma são achados que sugerem insuficiência cardíaca de origem sistólica.
- (D) Elevação da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo é achado que auxilia na diferenciação entre elas.
- (E) A distinção entre insuficiência cardíaca sistólica e diastólica não pode ser feita do ponto de vista clínico, porque elas sempre ocorrem simultaneamente.

39 Arritmias cardíacas podem ser causadas por distúrbios em geração e/ou condução dos estímulos.

Qual das taquiarritmias abaixo não se deve a mecanismo de reentrada?

- (A) Flutter atrial.
- (B) Torsade de pointes.
- (C) Taquicardia atrioventricular ortodrômica usando feixe anômalo.
- (D) Taquicardia atrioventricular anti-drômica usando feixe anômalo.
- (E) Taquicardia ventricular ramo a ramo.

40 Em indivíduos com suspeita clínica de isquemia recente, a combinação de marcadores séricos mais bem indicada para diagnosticar infarto agudo do miocárdio é

- (A)** Mioglobina e CK-MM isoformas.
- (B)** CK total e CK isoformas.
- (C)** Mioglobina e troponinas.
- (D)** CK-MB e desidrogenase láctica.
- (E)** Troponinas e CK-MB.