



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DA SERRA

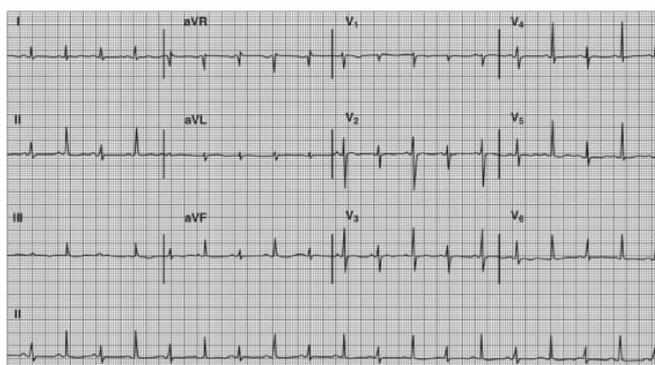
CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 01/2015

Cód. 20 – Médico Cardiologista

1. Você recebe em seu consultório um adolescente portador de Síndrome de Down com diagnóstico prévio de uma cardiopatia congênita e que perdeu seguimento clínico. Traz ecocardiograma que revela comunicação interatrial (CIA) do tipo ostium primum, comunicação interventricular (CIV) de via de entrada e valvas atrioventriculares em um mesmo plano. Seguramente, pode-se afirmar que se trata:
 - A) de cardiopatia congênita cianogênica cuja base fisiopatológica se explica por desvio anterior e cefálico do septo interventricular.
 - B) de cardiopatia congênita acianogênica cuja base fisiopatológica se explica por malformação do coxim endocárdico.
 - C) de cardiopatia congênita acianogênica cuja base fisiopatológica se explica por desvio anterior e cefálico do septo interventricular.
 - D) de cardiopatia congênita cianogênica cuja base fisiopatológica se explica por malformação do coxim endocárdico.
2. JCM, 29 anos, sexo masculino, vem ao consultório referindo dois episódios de síncope durante a prática de exercício físico na academia no último ano, o último há 1 semana. Não tem outras queixas e não faz uso de nenhuma medicação. Você opta por solicitar ecocardiograma de repouso cujo laudo evidencia cardiomiopatia hipertrófica com espessura septal de 32mm e sem obstrução à via de saída do ventrículo esquerdo (VE). Diante deste quadro, a melhor alternativa para o tratamento é:
 - A) prosseguir investigação da síncope com tilt teste (teste da mesa inclinada) e teste ergométrico, pois não há obstrução à via de saída do VE no ecocardiograma que justifique os sintomas.
 - B) indicar ablação septal alcoólica visto que a espessura septal é maior que 30mm.
 - C) indicar implante de CDI.
 - D) manter o paciente em seguimento com ecocardiograma anual e tranquilizá-lo, pois não há obstrução a via de saída do VE, sendo a síncope de provável origem vasovagal.
3. Em todas as situações a seguir a angioplastia coronariana está indicada como a melhor opção terapêutica, exceto:
 - A) paciente vítima de infarto subendocárdico que recorreu dor torácica na vigência de tratamento antiagregante e anticoagulante adequado e apresenta lesão de 70% na porção distal da artéria descendente anterior ao cateterismo.
 - B) paciente com angina estável CCSIII (dor aos mínimos esforços), a despeito de tratamento clínico otimizado, que tem lesões proximais de 90% em coronária direita e circunflexa ao cateterismo e no ecocardiograma com função sistólica do VE preservada.
 - C) paciente sintomático, em tratamento clínico otimizado, cuja cintilografia miocárdica de stress evidencia hipoperfusão transitória na parede lateral do VE, com área de miocárdio em risco de 15%.
 - D) paciente com angina estável CCSII (dor aos esforços moderados), sem tratamento clínico otimizado, apresentando teste ergométrico com infradesnivelamento de ST iniciado no 10º minuto do protocolo de Bruce e ao cateterismo com lesão de 85% na porção média da coronária direita, que é dominante.
4. É indicação classe I de angioplastia coronariana com stent farmacológico, exceto:
 - A) pacientes diabéticos.
 - B) vasos com diâmetro menor que 2,5mm.
 - C) angioplastia de enxertos de veia safena.
 - D) oclusão crônica.

5. Paciente de 50 anos, negro, com diagnóstico de insuficiência cardíaca por miocardiopatia hipertensiva, atualmente em classe funcional III. Tem fibrilação atrial, é tabagista e dislipidêmico e seu ecocardiograma evidencia disfunção sistólica moderada do VE, com fração de ejeção de 42%. Ao exame físico com ritmo cardíaco irregular, PA 124 x 76, FC de 92bpm e crepitações finas nas bases de ambos os campos pulmonares. As seguintes opções são úteis para melhora sintomática ou de sobrevida, exceto:
- A) ivabradina, que deve ser iniciada após otimização da dose de betabloqueador.
 - B) bisoprolol, que deve ser iniciado após melhora da congestão pulmonar.
 - C) hidralazina e nitrato, após otimização da dose de inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) e betabloqueador.
 - D) furosemida e digoxina.
6. Paciente de 75 anos, sexo masculino, assintomático, encaminhado por achado de sopro cardíaco em consulta no posto de saúde. Traz ecocardiograma solicitado pelo clínico geral que mostra hipertrofia ventricular esquerda importante e estenose aórtica importante, com gradiente sistólico médio VE-Aorta de 68mmHg. No caso:
- A) deve ser considerada cirurgia de troca valvar apenas se o paciente começar a apresentar algum sintoma, como síncope, dispneia ou dor torácica.
 - B) deve ser considerada cirurgia de troca valvar, pois o gradiente transvalvar médio é maior que 60mmhg, o que configura indicador de pior prognóstico, mesmo com o paciente assintomático.
 - C) deve ser instituído tratamento com betabloqueador e IECA na dose máxima tolerada se houver disfunção sistólica do VE, o que melhora a sobrevida neste cenário.
 - D) só se deve indicar a cirurgia após avaliação do gradiente de pico por cateterismo cardíaco, pois o ecocardiograma não é suficiente para definir a conduta cirúrgica.
7. Das medidas não farmacológicas para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica a que tem maior impacto da redução dos níveis pressóricos é:
- A) restrição de sódio na dieta.
 - B) atividade física regular.
 - C) dieta DASH.
 - D) redução de peso.
8. Paciente de 45 anos com queixa de dispneia aos esforços moderados em evolução há seis meses. Ao exame físico apresenta estalido após A1 e sopro mesoteliastólico, com reforço pré sistólico, mais audível na linha hemiclavicular esquerda e com o paciente em decúbito lateral esquerdo. O quadro clínico descrito deve-se à:
- A) estenose mitral, cuja principal etiologia em nosso meio é reumática.
 - B) estenose mitral, cuja principal etiologia em nosso meio é congênita.
 - C) insuficiência aórtica, cuja principal etiologia em nosso meio é reumática.
 - D) insuficiência aórtica, cuja principal etiologia é por dilatação do anel valvar.
9. Paciente de 68 anos, sexo feminino, hipertensa, com episódios de palpitações ocasionais, arrítmicas, de início e término súbitos. Também refere dispneia aos esforços moderados a intensos. Seu ECG de repouso no momento da consulta apresenta ritmo sinusal e sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Você opta por investigá-la com holter e ecocardiograma e encontra períodos de FA paroxística sintomáticos no holter, hipertrofia ventricular importante com espessura de parede de 15mm, FEVE de 60%, disfunção diastólica moderada do VE e átrio esquerdo de 35ml/m². Das seguintes, a melhor opção terapêutica é:
- A) amiodarona e dabigatrana.
 - B) amiodarona e AAS.
 - C) propafenona e dabigatrana.
 - D) propafenona e warfarina.
10. A cardiopatia chagásica crônica é doença muito prevalente no Brasil e de alta morbimortalidade. O escore de Rassi define alguns critérios que auxiliam na avaliação prognóstica destes pacientes. São preditores que compõem este escore:
- A) disfunção ventricular ao ecocardiograma, cardiomegalia a radiografia de tórax, fibrilação atrial, classe funcional III ou IV.
 - B) disfunção ventricular ao ecocardiograma, taquicardia ventricular não sustentada no Holter, fibrilação atrial, sexo feminino.
 - C) disfunção ventricular ao ecocardiograma, cardiomegalia a radiografia de tórax, baixa voltagem do QRS no ECG, sexo masculino.
 - D) disfunção ventricular ao ecocardiograma, fibrilação atrial, aneurisma apical e sexo masculino.
11. Quanto ao uso de diuréticos na insuficiência cardíaca congestiva é correto afirmar que:
- A) o uso de furosemida em bomba de infusão contínua tem se mostrado superior ao seu uso em bolus em diversos estudos clínicos.
 - B) os antagonistas da aldosterona têm benefício comprovado em pacientes que se apresentam sintomáticos.
 - C) a indapamida tem efeito diurético semelhante ao da furosemida.
 - D) a dose máxima de furosemida é de 240mg ao dia.

12. Paciente de 17 anos, com diagnóstico de febre reumática no último ano, apresenta insuficiência aórtica leve como consequência de valvopatia reumática. A melhor maneira de conduzir este caso segundo as atuais recomendações é a profilaxia secundária com penicilina benzatina 1200.000U, intramuscular, a cada 3 semanas:
- até os 40 anos.
 - por toda a vida.
 - por mais 5 anos.
 - até os 25 anos.
13. A realização de ressonância nuclear magnética cardíaca é contra-indicada:
- em pacientes com stents coronarianos em fase aguda.
 - em pacientes com stents coronarianos em qualquer momento.
 - na presença de implantes cocleares.
 - em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca com sutura do esterno.
14. Quanto à angina vasoespástica é correto afirmar:
- O uso de AAS deve ser evitado, estando inclusive associado a piora dos sintomas.
 - O vaso mais frequentemente acometido é a artéria descendente anterior.
 - Os sintomas comumente ocorrem após o despertar, no período da manhã.
 - Betabloqueador e nitrato devem ser administrados para melhora sintomática.
15. Em relação ao sistema de peptídeos natriuréticos pode-se afirmar:
- Níveis elevados de BNP ou NT pró BNP na admissão hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca são bons preditores de mortalidade hospitalar, mas sua dosagem na alta hospitalar não traz informações prognósticas de longo prazo.
 - O BNP é produzido nos ventrículos, sendo transcrito em resposta a aumentos crônicos nas pressões atriais e ventriculares.
 - BNP ou NT pró BNP devem ser solicitados rotineiramente ao menos a cada dois dias em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada para guiar o tratamento.
 - Tromboembolismo pulmonar, hipertensão arterial pulmonar ou DPOC não elevam os níveis de BNP.
16. São consideradas contra-indicações para valvoplastia mitral por cateter balão, exceto:
- trombo em átrio esquerdo.
 - escore de Wilkins de 12.
 - insuficiência mitral moderada.
 - gravidez.
17. Paciente de 50 anos, hipertenso e portador de doença renal crônica (Clearance de creatinina de 16ml/min), admitido no pronto socorro com falta de ar e dor torácica em pontadas de forte intensidade em evolução há uma semana, porém pior nas últimas horas, apresenta-se ao exame físico taquicárdico, hipotenso (PA:88x60mmHg), com crepitações finas até metade de ambos os campos pulmonares e hipofonese de bulhas cardíacas, com o seguinte traçado eletrocardiográfico:

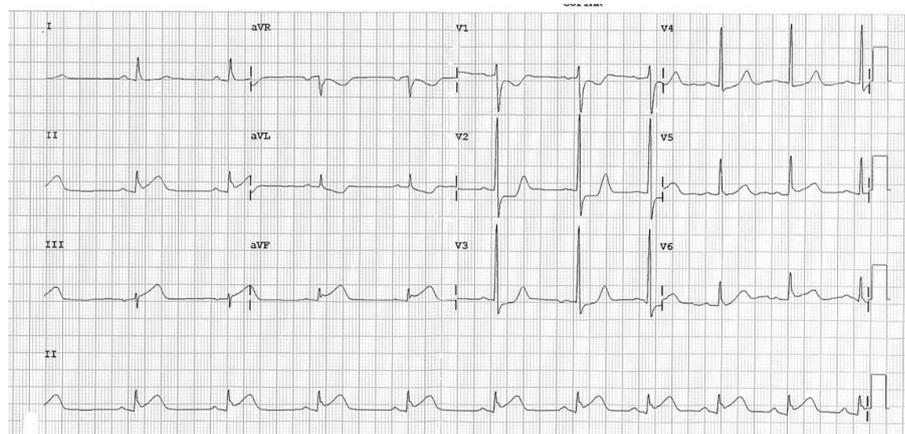


O quadro clínico é sugestivo de:

- taquicardia atrial multifocal.
- infarto sem supradesnivelamento do segmento ST.
- tamponamento cardíaco.
- insuficiência cardíaca descompensada cursando com bigeminismo ao eletrocardiograma.

18. O diagnóstico do caso acima deve ser confirmado através de:
- A) dosagem de CPK, CK-MB e troponina.
 - B) cateterismo cardíaco.
 - C) ecocardiograma.
 - D) dosagem de BNP.
19. Homem de 52 anos, com diagnóstico de prolapso valvar mitral acometendo a cúspide posterior que resulta em insuficiência mitral importante, tem histórico de dispnéia aos esforços habituais que foi resolvida após iniciado tratamento com captopril e furosemida. No ecocardiograma o diâmetro sistólico final do VE é de 37mm. Frequentemente queixa-se de palpitações taquicárdicas, geralmente associadas a períodos de stress emocional. A melhor conduta neste caso é:
- A) indicar plastia da valva mitral.
 - B) indicar troca valvar mitral por prótese metálica.
 - C) não há indicação cirúrgica neste momento.
 - D) complementar investigação com holter.
20. Mulher de 78 anos, dislipidêmica e hipertensa, em uso de captopril, clortalidona e rosuvastatina, referindo períodos de queda de pressão, sobretudo após as refeições, com sudorese fria, tontura e intenso mal estar. Ao exame físico apresenta hipotensão ortostática que reproduz os sintomas e hipertensão supina. Estes sinais e sintomas são provocados por:
- A) hiperatividade adrenérgica.
 - B) hipoatividade adrenérgica.
 - C) hipovolemia.
 - D) disfunção de barorreceptores.
21. Jovem de 32 anos, bancário, com antecedente de extrassístoles supraventriculares em tratamento com sotalol na dose de 160mg ao dia e atualmente em tratamento de sinusite com azitromicina no terceiro dia de antibiótico. Foi trazido a emergência após episódio de síncope no trabalho. Na monitorização cardíaca foi observado diversos episódios de taquicardia ventricular polimórfica, com FC de 240bpm. Refere que antes deste episódio vinha assintomático e sem as queixas de palpitações que o incomodavam antes do início do antiarrítmico. A hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento mais adequado são:
- A) taquicardia ventricular catecolaminérgica – Amiodarona endovenosa.
 - B) torsades de pointes associado a intervalo QT longo – Amiodarona endovenosa.
 - C) torsades de pointes associado a intervalo QT longo – Sulfato de magnésio endovenoso.
 - D) taquicardia ventricular catecolaminérgica – Procainamida endovenosa.
22. Homem de 54 anos, hipertenso e diabético, 90Kg, admitido no pronto socorro com história de dor torácica em opressão, iniciada ao repouso, com duração de aproximadamente 30 minutos e que melhorou após receber dinitrato de isossorbida sublingual já na unidade de emergência. O exame físico inicial mostra PA de 160x90, FC de 85bpm e não há alterações a ausculta cardiopulmonar. O ECG evidencia infradesnivelamento do segmento ST de V2 a V6 de cerca de 2mm, que melhora após a administração do nitrato. Os exames de laboratório iniciais mostram: Uréia de 65mg/dL, Creatinina de 2,4mg/dL (Clearance estimado em 25ml/min), troponina, CPK e CK-MB normais. A conduta mais adequada para este caso é prescrever:
- A) AAS, tirofibana, enoxaparina 90mg Kg de 12 em 12h, atorvastatina, enalapril, carvedilol e programar cateterismo cardíaco em até 48h da admissão.
 - B) AAS, clopidogrel, enoxaparina 90mg Kg 1x ao dia, atorvastatina, captopril, metoprolol e programar cateterismo cardíaco em até 24h da admissão.
 - C) AAS, clopidogrel, nitroglicerina IV e encaminhar imediatamente para o cateterismo.
 - D) AAS, ticagrelor, enoxaparina 90mg Kg de 12 em 12h, atorvastatina, captopril, metoprolol e programar cateterismo cardíaco em até 24h da admissão.
23. Paciente de 8 anos, vem a consulta encaminhado do pediatra pela ausculta de sopro sistólico suave em bordo esternal esquerdo. É assintomático e ao exame físico você também observa desdobramento fixo de B2. O eletrocardiograma de repouso é normal. Em relação a este caso é correto afirmar:
- A) Trata-se de comunicação interatrial, possivelmente do tipo ostium secundum associado a estenose pulmonar, que justificaria o sopro apresentado. Se a pressão na artéria pulmonar for maior que 1/3 da pressão arterial média e o Qp/Qs maior que 1,5 deve-se considerar o fechamento cirúrgico.
 - B) Trata-se de comunicação interatrial, possivelmente do tipo ostium secundum, sendo o sopro ocasionado por hiperfluxo pulmonar. Se a pressão na artéria pulmonar for maior que 2/3 da pressão arterial média e o Qp/Qs maior que 1,5 deve-se considerar o fechamento cirúrgico.
 - C) Trata-se de comunicação interatrial, possivelmente do tipo ostium primum, sendo o sopro ocasionado pelo turbilhonamento de fluxo na região da CIA. Se a pressão na artéria pulmonar for maior que 2/3 da pressão arterial média e o Qp/Qs maior que 1,5 deve-se considerar o fechamento cirúrgico.
 - D) Trata-se de comunicação interatrial, possivelmente do tipo ostium secundum, sendo o sopro ocasionado pelo turbilhonamento de fluxo na região da CIA. Como o paciente é assintomático não há indicação de fechamento cirúrgico.

24. Em relação ao miocárdio não compactado pode-se afirmar que:
- seu diagnóstico é feito pelo ecocardiograma ou pela ressonância nuclear magnética, com a razão de miocárdio não compactado e compactado maior que 2 por qualquer um dos métodos.
 - não há necessidade de se evitar atividades físicas competitivas.
 - na maioria das vezes ambos os ventrículos são acometidos.
 - está indicada a anticoagulação com warfarina, mesmo na ausência de trombos ou de fibrilação atrial.
25. Homem de 48 anos, admitido na sala de emergência com dor torácica de início súbito há menos de 1h, contínua e de forte intensidade. Na admissão sua PA é de 150x100mmHg, tem FC de 90bpm. Apresenta-se em classe Killip I. O ECG é o seguinte:



Em relação a este caso é correto afirmar:

- Após confirmação de infarto com as enzimas cardíacas deve-se realizar terapia de reperfusão, seja com trombolítico ou por angioplastia primária.
 - Se houver disponibilidade, a angioplastia primária mostra maior benefício em redução de mortalidade se comparada a trombólise química neste cenário, devendo ser indicada com tempo porta-balão menor que 90 minutos.
 - Não havendo contraindicações, terapia fibrinolítica deve ser administrada imediatamente, esperando-se redução em mortalidade e de complicações cardiovasculares relacionadas ao infarto.
 - Idealmente o paciente deve receber alteplase ou tenecteplase e ser encaminhado imediatamente a seguir para a angioplastia, havendo melhora nos resultados com esta medida.
26. Segundo as atuais recomendações e evidências, no seguimento de pacientes em tratamento quimioterápico com antracíclinas, é correto afirmar:
- A cardiotoxicidade deste grupo de quimioterápicos ocorre por dano ao cardiomiócito de forma permanente, caracterizado por apoptose celular e que resulta em fibrose e piora da função ventricular.
 - A função sistólica prévia do paciente não interfere com a decisão de administrar ou não esta classe de medicações.
 - Apenas é observada cardiotoxicidade com doses cumulativas acima de 200mg/m².
 - Não há clara correlação entre dose cumulativa e cardiotoxicidade nesta situação.
27. Os bloqueadores dos receptores da angiotensina:
- ocasionam menos hipercalemia que os IECA.
 - podem ocasionar angioedema.
 - devem ser associados aos IECA sempre que possível na insuficiência cardíaca.
 - são menos eficazes que os IECA na redução da remodelação cardíaca.
28. Paciente em pós-operatório tardio de implante de prótese mitral metálica vem ao seu consultório para seguimento clínico. Traz ecocardiograma realizado no segundo mês após a cirurgia com prótese normofuncionante e sem sinais de disfunção. Está em anticoagulação oral com warfarina, mas sente-se incomodado com a necessidade de coletar sangue regularmente para análise do RNI. Das alternativas a seguir o mais adequado é:
- transicionar a anticoagulação oral para rivaroxabana e repetir o ecocardiograma apenas se houver alguma alteração no quadro clínico.
 - manter a anticoagulação oral com warfarina, com meta de RNI entre 2,0 e 3,0 e realizar ecocardiograma anualmente.
 - transicionar a anticoagulação oral para rivaroxabana e realizar ecocardiograma anualmente.
 - manter anticoagulação oral com warfarina, com meta de RNI entre 2,5 e 3,5 e repetir o ecocardiograma se houver alguma alteração no quadro clínico.

29. Na avaliação pré-operatória de cirurgias não cardíacas deve ser avaliado o risco de endocardite infecciosa e concedidas informações úteis ao cirurgião e ao paciente sobre o manejo adequado com vistas à prevenção desta grave complicação. Segundo as atuais recomendações é incorreto afirmar:
- A) Amoxicilina 2g, por via oral, 30 a 60 minutos antes de procedimento dentário é o esquema padrão para grupo de alto risco.
 - B) Pacientes portadores de CIA isolada não são considerados de alto risco e, portanto, não necessitam de profilaxia.
 - C) Paciente portador de prótese biológica mitral que será submetido à herniorrafia inguinal deve receber profilaxia com amoxicilina no esquema padrão.
 - D) Pacientes com antecedente de endocardite infecciosa prévia devem receber a profilaxia com amoxicilina previamente a procedimentos dentários que envolvam manipulação gengival.
30. Na suspeita clínica de insuficiência coronariana devemos evitar solicitar o teste ergométrico (por limitações inerentes ao método) em ambas as seguintes situações:
- A) hipertrofia ventricular esquerda no ECG com infradesnívelamento do ST > 1mm ou Wolff Parkinson White.
 - B) uso de digitálicos ou bloqueio completo de ramo direito.
 - C) suspeita de angina vasoespástica ou bloqueio completo de ramo esquerdo.
 - D) ritmo de marcapasso ou angina instável de baixo risco após estabilização clínica.
31. Um sopro cardíaco é observado durante o exame físico pré-escolar em uma menina de 4 anos de idade. A ecocardiografia revela um defeito entre o átrio direito e o esquerdo envolvendo o limbo do forame oval. Qual é o diagnóstico provável?
- A) Defeito septal atrial, ostium primum.
 - B) Defeito septal atrial, ostium secundum.
 - C) Defeito septal ventricular.
 - D) Tetralogia de Fallot.
32. Um homem de 35 anos se apresenta com dor torácica aguda e náusea. O ECG e os exames laboratoriais confirmam o diagnóstico de infarto do miocárdio. O paciente morre 2 dias depois. Esse paciente mais provavelmente sofria de qual das seguintes doenças hereditárias?
- A) Doença de Kawasaki.
 - B) Hipertensão sistêmica.
 - C) Hipercolesterolemia familiar.
 - D) Síndrome de Ehlers-Danlos.
33. Um homem de 50 anos de idade vai à emergência apresentando dor torácica há 1 hora. Os exames laboratoriais revelam leucocitose e níveis séricos aumentados de enzimas cardíacas. O ECG confirma um infarto transmural maciço do ventrículo esquerdo. O paciente morre 2 dias depois. O exame do músculo cardíaco lesado provavelmente mostraria qual das seguintes alterações patológicas à microscopia óptica:
- A) Infiltração extensa do miocárdio com células mononucleares.
 - B) Nenhuma alteração óbvia visível à microscopia óptica.
 - C) Proliferação de fibroblastos e células endoteliais capilares.
 - D) Necrose de miócitos cardíacos e infiltrados de neutrófilos.
34. Um homem de 44 anos de idade vai à emergência com dor torácica aguda. O ECG é normal. A análise de qual par de marcadores séricos seria mais útil na exclusão de um diagnóstico de infarto agudo do miocárdio:
- A) CK-MB e troponina cardíaca-I.
 - B) CK-BB e mioglobina.
 - C) CK-MM e lactato desidrogenase-I.
 - D) Mioglobina e CK-MM.
35. Um homem de 44 anos de idade dá entrada na emergência 3 semanas após sofrer um infarto agudo do miocárdio, com queixa de dor lancinante no lado esquerdo do tórax. Ao exame físico, o paciente mostra-se apreensivo e com transpiração profusa. A pressão arterial é de 80/40 mmHg, e o pulso é de 100/minuto. O paciente morre em minutos. Qual é a provável causa do óbito?
- A) Edema pulmonar.
 - B) Tamponamento cardíaco.
 - C) Aneurisma aórtico dissecante.
 - D) Tromboembolia pulmonar.

36. Um homem de 50 anos de idade, com hiperlipidemia familiar, é submetido a ressecção de um aneurisma abdominal. Sinais de insuficiência cardíaca congestiva se desenvolvem logo após a cirurgia. Apesar do tratamento, o paciente torna-se hipotenso e morre 2 dias depois. A necropsia revela estenose acentuada das artérias coronárias, sem trombose. São encontrados múltiplos focos de necrose circunferencialmente ao redor das paredes internas dos dois ventrículos. Qual das seguintes opções é a causa mais provável da insuficiência cardíaca congestiva nesse paciente?
- A) Estenose aórtica calcificada.
 - B) Infarto miocárdico transmural.
 - C) Infarto subendocárdico.
 - D) Miocardiopatia dilatada.
37. Pacientes com PaCO₂ de 80 mmHg e bicarbonato normal se apresentam com um pH de 7,1, podem estar desenvolvendo:
- A) alcalose respiratória.
 - B) acidose respiratória crônica.
 - C) compensação de alcalose metabólica.
 - D) acidose respiratória aguda.
38. Em um paciente com pH 7,2 Na⁺ de 140 PaCO₂ 40 BS 10 e Cl⁻ de 98, podemos afirmar que ele muito provavelmente se encontra em estado:
- A) acidose de intervalo.
 - B) acidose respiratória.
 - C) acidose hiperclorêmica .
 - D) nada se pode afirmar .
39. Uma mulher obesa (IMC = 32 kg/m²), de 68 anos de idade, apresenta dor torácica subesternal, história de angina de peito recorrente e claudicação intermitente. No dia seguinte, ela desenvolve febre de 38°C Os resultados dos exames laboratoriais incluem leucocitose (13.000/μL), CK-MB a 6,6 ng/mL, e troponina- I a 2,5 ng/mL. O ECG confirma um infarto do miocárdio da parede ventricular esquerda. Qual dos seguintes mecanismos é o provável responsável pelo infarto do miocárdio nessa paciente?
- A) Diminuição do fluxo sanguíneo colateral.
 - B) Trombose da artéria coronária.
 - C) Embolia paradoxal.
 - D) Trombose venosa profunda.
40. Uma mulher de 69 anos de idade apresenta dor torácica subesternal esmagadora e náusea. Ela é tratada com ativador de plasminogênio, oxigênio e sulfato de morfina. Os exames laboratoriais mostram leucometria de 13.000/μL, CK-MB de 6,6 ng/mL e troponina-I de 2,5 ng/mL. O ECG revela elevação do segmento ST. O cateterismo cardíaco demonstra aterosclerose difusa das principais artérias coronárias. Posteriormente, a paciente torna-se agudamente hipotensa e sofre parada cardíaca. Em que momento após o infarto agudo do miocárdio esse distúrbio patológico deve ter ocorrido:
- A) 1 a 4 dias.
 - B) 0 a 6 horas.
 - C) 6 a 12 horas.
 - D) 12 a 24 horas.
41. Um homem de 78 anos de idade apresenta fadiga crescente. O hemograma completo traz pancitopenia, com anemia moderada (hemoglobina = 10,5 g/dL) e hemácias normocíticas hipocrômicas. São observadas neutropenia leve e trombocitopenia. O exame da medula óssea revela hiperplasia eritróide com aumento do ferro. Qual das seguintes opções é o diagnóstico adequado?
- A) Síndrome mielodisplásica.
 - B) Leucemia de células pilosas.
 - C) Leucemia promielocítica.
 - D) Mieloma múltiplo.
42. Um homem de 68 anos de idade, com cardiopatia isquêmica, queixa-se de falta de ar crescente. Ao exame físico, o paciente apresenta pernas inchadas, fígado aumentado e líquido nos espaços pleurais. Qual dos seguintes distúrbios hemodinâmicos explica a patogenia da hepatomegalia nesse paciente:
- A) Tromboembolia arterial.
 - B) Congestão passiva crônica.
 - C) Trombose de veia hepática.
 - D) Trombose venosa profunda.

43. Um homem de 53 anos de idade é hospitalizado após ter lesado o pescoço em um acidente automobilístico. Ele é colocado sob tração cervical. Uma semana depois, o paciente desenvolve tumefação dolorosa e eritema da panturrilha esquerda. O exame de imagem Doppler revela trombose venosa profunda. Qual das seguintes opções é a causa mais provável para o desenvolvimento de trombose nesse paciente?
- A) Hipercoagulabilidade.
 - B) Idade.
 - C) Estase.
 - D) Lesão endotelial.
44. Um homem de 67 anos de idade apresenta dor súbita na perna esquerda, ausência de pulsos e membro frio. Seu histórico clínico pregresso é significativo para coronariopatia e um pequeno aneurisma aórtico. Qual das seguintes opções é provavelmente a responsável pelo desenvolvimento do membro frio nesse paciente?
- A) Aneurisma aórtico roto.
 - B) Choque cardiogênico.
 - C) Infarto agudo do miocárdio.
 - D) Tromboembolia arterial.
45. Um homem de 72 anos de idade está morto ao dar entrada no hospital após ter um colapso em casa. À necropsia, são observados infartos corticais renais. Qual das seguintes opções é a fonte mais provável do ateroembolo que ocluiu essa artéria?
- A) Artéria carótida comum.
 - B) Aorta abdominal.
 - C) Artéria mesentérica.
 - D) Veia cava inferior.
46. Uma mulher de 50 anos de idade apresenta fadiga e falta de ar. O exame físico mostra evidências de edema pulmonar, aumento do átrio esquerdo e calcificação da valva mitral. A TC revela grande massa obstruindo o átrio esquerdo. Antes que a cirurgia cardíaca a céu aberto pudesse ser realizada para remover o tumor, a paciente sofre um AVC e morre. Qual dos seguintes distúrbios hemodinâmicos explica mais adequadamente a patogenia do AVC nessa paciente?
- A) Aterosclerose.
 - B) Choque cardiogênico.
 - C) Embolia arterial.
 - D) Choque séptico.
47. Um homem de 68 anos de idade desenvolve dor torácica subesternal intensa e repentina. Os exames laboratoriais e o ECG confirmam um infarto agudo do miocárdio. Apesar de terapia vigorosa, o paciente não consegue manter a pressão arterial e morre 4 horas depois. Qual das seguintes opções foi a provável causa da morte?
- A) Choque hipovolêmico.
 - B) Choque neurogênico.
 - C) Choque séptico.
 - D) Choque cardiogênico.
48. Uma mulher de 48 anos de idade, com hipercolesterolemia familiar, queixa-se de dor torácica subesternal esmagadora intensa. A dor é aliviada por meio da administração de nitroglicerina sublingual ou mediante repouso no leito. Subsequentemente, a paciente sofre parada cardiorrespiratória e morre. O material que ocluiu a luz desse vaso sanguíneo compõe-se em grande parte de qual dos seguintes componentes celulares?
- A) Plaquetas e hemácias.
 - B) Células endoteliais ativadas.
 - C) Células gigantes multinucleadas.
 - D) Macrófagos repletos de lipídios (espumosos).
49. Um homem de 62 anos de idade apresenta hiperlipidemia descoberta durante exame de rastreamento após um exame físico de rotina. Os exames laboratoriais revelam colesterol sérico a 285 mg/dL, LDL a 215 mg/dL, HDL a 50 mg/dL, e triglicérides a 300 mg/dL. Esse paciente corre risco de desenvolver um aneurisma em qual das seguintes localizações anatômicas?
- A) Aorta ascendente.
 - B) Artéria coronária.
 - C) Artéria renal.
 - D) Aorta abdominal.
50. Uma mulher de 40 anos de idade sofre queimaduras graves de terceiro grau em um acidente. Durante sua estada no hospital, a paciente desenvolve anemia, trombocitopenia e púrpura disseminada. O sangue extravasa dos locais de venipunção. Os exames laboratoriais mostram elevação de produtos de degradação da fibrina. Qual seria o diagnóstico mais provável?
- A) Anemia hemolítica microangiopática.
 - B) Acantocitose.
 - C) Hemoglobinúria noturna paroxística.
 - D) Púrpura de Henoch-Schönlein.