

# Juri de Recurso 2016

## 81 (A3).equivalente a pergunta 1 (A1) e 21 (A2)

Acerca do exame objectivo na patologia cardiovascular, assinale a afirmação

### VERDADEIRA:

1. Nas cardiopatias congénitas em que existe shunt direito-esquerdo, a cianose é tipicamente periférica.
2. A pressão venosa jugular raramente é medida, por não ter interesse na prática clínica.
3. Em doentes com ritmo sinusal, o pulso jugular é tipicamente monofásico.
4. No pulso jugular a onda V corresponde a uma diminuição da pressão auricular.
5. No pulso jugular, ondas A canhão ocorrem quando há dissociação aurículo-ventricular.

### Justificação

1. 1442, D, 3
2. 1443, D, 4
3. 1444, E, 1
4. 1444, E, 2; F-267-1
5. 1444, E, 2

*Sem reclamações*

## 82 (2 e 22)

Acerca da cianose assinale a afirmação **FALSA**:

1. A intoxicação por monóxido de carbono pode apresentar-se sob a forma de um rubor da pele e mucosas, de cor vermelho-cereja.
2. A metemoglobinemia apresenta-se habitualmente sob a forma de cianose periférica.
3. A existência de cianose depende da quantidade absoluta de hemoglobina reduzida.
4. Em indivíduos de raça negra, a cianose pode ser detectável apenas quando a saturação de oxigénio da hemoglobina desce para valores próximos de 75%.
5. A perfusão de alvéolos pulmonares hipoventilados por originar cianose central.

### Justificação:

- 1.248, D, 7
- 2.249, D, 4; T-49-1
- 3.249, E, 2
- 4.248, D, 8
- 5.249, E, 5; T-49-1

*As reclamações realizadas (n=27) relacionam-se com a semântica inadequada da frase "A perfusão dos alvéolos pulmonares hipoventilados por originar cianose central " e ainda, mais raramente, com a contestação da generalização, segundo o candidato não autorizada no livro de texto que a afirmação " Em indivíduos de raça negra, a cianose pode ser detectável apenas quando a saturação de oxigénio da hemoglobina desce para valores próximos de 75%. " diz ter, transformando-a numa afirmação falsa.*

*Esta última argumentação é im procedente tendo em conta o afirmado na bibliografia de referência a este respeito em que afirma; " In some instances, central cyanosis can be*

*detected reliably when the SaO<sub>2</sub> has fallen to 85% . In others , particular in dark skinned persons it may not be detected until it has declined to 75%."*

*Admitindo o lapso na construção da frase, no primeiro tipo de argumentos , faço notar contudo que o sentido da frase não está alterado pelo que todos os candidatos que soubessem que a perfusão de alveolos hipoventilados é causa comum de cianose central identificassem a afirmação com verdadeira. É pois a referida reclamação imprecisa.*

### **83. ( 3 ; 23 )**

Acerca da semiologia cardíaca, assinale a afirmação **FALSA**:

1. Os sopros do coração esquerdo aumentam de intensidade com a expiração.
2. O sopro de regurgitação mitral aumenta de intensidade com os esforços isométricos.
3. O atrito pericárdico associado à pericardite pode diminuir de intensidade com o aumento de volume do derrame pericárdico.
4. **A intensidade da maioria dos sopros cardíacos aumenta com a manobra de Valsalva.**
5. O sopro de Austin-Flint ocorre na regurgitação aórtica crónica severa.

Justificação:

- 1.1450, T 267-1
- 2.1450, T 267-1
- 3.1450, D, 2
- 4.1450, T 267-1
- 5.1449, D,

*Sem reclamações*

### **84. (4;24)**

Acerca da auscultação cardíaca, assinale a afirmação **FALSA**:

1. O desdobramento do 1º som (S1) pode ser fisiológico em jovens, ou na presença de bloqueio do ramo direito.
2. **Num defeito do septo auricular do tipo *ostium secundum* a duração do desdobramento A2-P2 é variável em função do ciclo respiratório.**
3. Em doentes com insuficiência mitral grave o desdobramento fisiológico A2-P2 torna-se mais pronunciado.
4. Na fibrilhação auricular não é possível detectar o 4º som (S4).
5. O 3º som (S3) ocorre na diástole, durante a fase de enchimento ventricular rápido.

Justificação:

1. 1447, E, 5
2. **1447, E, 6; F-267-4B**
3. 1447, E, 6
4. 1448, E, 3
5. 1448, E, 2

*Duas reclamações contestando o potencial significado da conjunção "ou", na frase " O desdobramento do 1º som ( S1) pode ser fisiológico em jovens, ou na presença de bloqueio de ramo direito". Por ser perfeitamente perceptível o que se afirma consideramos as reclamações imprecisas.*

## 85.(5;23)

Acerca da electrocardiografia, assinale a afirmação **FALSA**:

1. O enfarte da aurícula pode originar desvios no segmento PR, e alterações na morfologia da onda P.
2. A onda J (Osborn) está descrita na hipotermia sistémica.
3. A hipocaliemia prolonga o período de repolarização ventricular
4. Na hipocalcemia o intervalo QT fica mais curto.
5. Os antidepressivos tricíclicos podem prolongar a duração do potencial de acção ventricular.

Justificação:

- 1.1456, D, 1
- 2.1457, D, 1; 1458, F-268-16
- 3.1457, D, 1
- 4.1457, D, 1
- 5.1457, D, 1

*Sem reclamações.*

## 86 ( 6 e 26 ).

Acerca dos valores normais de pressão no estudo hemodinâmico assinale a afirmação **FALSA**:

1. A pressão sistólica de pico na artéria pulmonar oscila normalmente entre os 17 e os 32 mmHg.
2. A pressão média da aurícula direita pode ser igual a 0 mmHg.
3. A pressão média da aurícula esquerda é normalmente superior a 20 mmHg.
4. A pressão telediastólica do ventrículo direito oscila normalmente entre 1 e 7 mmHg.
5. O valor médio da pressão de encravamento capilar oscila normalmente entre 4 e 12 mmHg.

Justificação:

1. 1461, T-272-2
2. 1461, T-272-2
3. 1461, T-272-2
4. 1461, T-272-2
5. 1461, T-272-2

*Sem reclamações*

## 87 ( 7 e 27)

Acerca das bradiarritmias, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A artéria que irriga o nódulo sinusal tem origem na artéria coronária direita em menos de 5 % dos casos.
2. O hipotireoidismo pode ser causa de disfunção extrínseca do nódulo sinusal.

3. A cardite associada à doença de Lyme pode provocar bloqueio aurículo-ventricular (BAV) em 10% dos casos.
4. A fibrose progressiva idiopática do tecido de condução é uma das causas mais comuns de BAV.
5. No enfarte agudo do miocárdio pode ocorrer BAV transitório em cerca de 10 % a 25 % dos doentes.

Justificação:

1.1466, D, 5

2.1467, D, 2; T-274-1

3.1471, D, 1; T-275-1

4.1471, D, 2

5.1472, E, 3

*Sem reclamações*

## **88. ( 8 e 28 )**

Acerca de fármacos antiarrítmicos assinale a afirmação **FALSA**:

1. A adenosina é geralmente utilizada no tratamento da taquicardia paroxística supraventricular com mecanismo de reentrada no nóculo aurículo-ventricular.
2. O diltiazem é metabolizado principalmente por via hepática.
3. A semi-vida da propafenona por via oral varia entre duas e oito horas.
4. O sotalol pertence à classe II de fármacos anti-arrítmicos.
5. A prevenção da fibrilhação auricular constitui a indicação mais comum para a utilização da dronedarona.

Justificação:

1.1479, T-276-3

2.1480, T-276-4

3.1480, T-276-4

4.1480, T-276-4

5.1480, T-276-4

*São numerosas ( n= 184 ) as reclamações, a este pergunta, pretendendo os reclamantes que o Sotalol por ter, também, efeitos, beta-bloqueantes ( classe II ) deva ser considerado um anti-arritmico de classe II. Acontece que , embora seja verdadeira esta característica que explica mesmo a possibilidade que possa provocar broncoespamos em individuos predispostos, como anti-arritmico, no que diz respeito às suas propriedades electrofisiologicas o Sotalol é um anti-arritmico de classe III , tem efeitos electrofisiologicos da classe III , por vezes contrárias à classe II ( por exemplo prolongamento do intervalo QTc ) e como tal é classificado pela bibliografia de referência e toda a bibliografia da especialidade. São portanto improcedentes as reclamações.*

## **89. ( 9 e 29 )**

Acerca da insuficiência cardíaca, assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. Os fármacos beta-bloqueantes estão contra-indicados quando a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo é inferior a 40%.
2. A espirolactona está associada a um aumento da mortalidade na insuficiência cardíaca sintomática, com diminuição da fracção de ejeção ventricular, e em classe IV da classificação NYHA.
3. A existência de um 4º som não é um indicador específico de insuficiência cardíaca, embora esteja habitualmente presente em doentes com disfunção diastólica.
4. A hipocaliemia é um dos efeitos secundários mais frequentes do tratamento com antagonistas da aldosterona.
5. Na insuficiência cardíaca aguda descompensada, a terapêutica inotrópica a longo prazo diminui a mortalidade.

Justificação:

- 1.1511, E, 2; E, 3; D, 1; 1512, T-280-2
- 2.1511, D, 2
- 3.1504, D, 2
- 4.1511, D, 2
- 5.1509, D, 2

*Um pouco mais de 20 candidatos reclamaram esta pergunta no que respeita à afirmação falsa " Os fármacos beta-bloqueantes estão contra-indicados quando a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo é inferior a 40% " considerado esta afirmação verdadeira já que apenas alguns beta-bloqueantes têm indicação na insuficiência cardíaca e há outros contraindicados nestas situações. Em qualquer caso alguns beta-bloqueantes têm indicação na insuficiência cardíaca onde conseguem ganhos prognósticos significativos e há evidência de que o benefício obtido poderá ser tanto maior quanto mais deteriorada estiver a fracção de ejeção ( estudos pos-enfarte). Além disso a potencial contra-indicação é independente da fracção de ejeção, pelo que a afirmação em questão é falsa e as reclamações improcedentes.*

**90 (10 e 30) .**

Acerca das cardiopatias congénitas, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A anomalia de Ebstein pertence ao grupo das cardiopatias congénitas simples do adulto.
2. A gravidez está contra-indicada na presença de uma síndrome de Eisenmenger.
3. O encerramento cirúrgico da comunicação interventricular (CIV) de grandes dimensões deve ser efectuado precocemente na evolução da doença, antes da instalação de hipertensão arterial pulmonar grave e irreversível.
4. Na coarctação da aorta o ECG mostra habitualmente sinais de hipertrofia do ventrículo esquerdo.
5. A estenose aórtica supra-valvular constitui a cardiopatia congénita mais frequente na síndrome de Williams-Beuren.

Justificação:

- 1.1520, T-282-1; 1521, T-282-3
- 2.1522, D, 1
- 3.1522, E, 3; D, 1
- 4.1525, E, 5

5.1525, E, 3

*Sem reclamações*

## **91 ( 11 e 31) .**

Acerca das cardiopatias valvulares, assinale a afirmação **FALSA**:

1. Em adultos normais a área do orifício da válvula mitral varia entre 4 e 6 cm<sup>2</sup>.
2. Na estenose valvular aórtica grave a área do orifício valvular é inferior a 1 cm<sup>2</sup>.
3. As causas não reumáticas de estenose da válvula tricúspide constituem uma raridade.
4. **A colocação de um balão de contra-pulsção intra-aórtico constitui a terapêutica de eleição na regurgitação aórtica aguda, permitindo adiar a intervenção cirúrgica até 72 horas depois do diagnóstico.**
5. A estenose da válvula pulmonar pode ocorrer na presença de um tumor carcinóide.

Justificação:

- 1.1539, D, 2
- 2.1531, D, 2
- 3.1547, E, 3
- 4.1536, D, 4**
- 5.1549, E, 2

*Sem reclamações*

## **92.(12 e 32 )**

Na estenose aórtica, assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. O sopro cardíaco na auscultação é tipicamente diastólico.
2. Na estenose aórtica grave não existe desdobramento do 2º som cardíaco (S2) com o ciclo respiratório.
3. No efeito de *Gallavardin*, o sopro de estenose aórtica distingue-se facilmente do sopro de regurgitação mitral.
4. Existe uma correlação directa entre as alterações no ECG e a gravidade hemodinâmica da obstrução.
5. **Considera-se estenose aórtica grave quando a área valvular é inferior a 1 cm<sup>2</sup>.**

Justificação:

1. 1531, E, 7
2. 1531, E, 6
3. 1531, E, 7
4. 1531, D, 1
- 5. 1531, D, 2; D, 3**

*Foram 4 as reclamações a esta pergunta, na contestação de que " Na estenose aórtica grave não existe desdobramento do 2º som cardíaco com a respiração" e na afirmação que o efeito de Gallavardin distingue-se facilmente do sopro de regurgitação mitral seria uma afirmação verdadeira.*

*Na realidade não é fácil o diagnostico diferencial entre o efeito de Gallavardin e o sopro de insuficiência mitral pelo que a afirmação que essa diferenciação é possível*

*não implica que esta não seja difícil. Em relação ao desdobramento de S2 na estenose valvular aórtica grave a sístole ventricular prolonga-se e pode o A2 coincidir ou até seguir o P2 ( desdobramento paradoxal) . Aqui é também difícil a análise do desdobramento do S2 habitualmente realizada no foco pulmonar de auscultação, ainda por cima porque na estenose valvular aórtica grave , sobretudo do idoso o A2 está diminuído e é frequentemente inaudível. Esta limitação do ouvido humano é ultrapassada pelo estudo fonocardiográficos que demonstram que na estenose valvular aórtica grave há desdobramento do S2.*

### **93 (13 e 33).**

Relativamente às cardiomiopatias, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A hereditariedade explica cerca de 30 % dos casos de cardiomiopatia dilatada sem etiologia definida.
2. O protozoário *Trypanosoma cruzi* pode ser causa de miocardite infecciosa.
3. Tal como os picornavírus, os herpesvírus também podem originar processos de miocardite.
4. A sarcoidose pode associar-se a miocardite granulomatosa.
5. Na cardiomiopatia restritiva as aurículas são habitualmente de dimensões normais.

Justificação:

1. 1553, D, 2
2. 1558, T-287-4; 1560, D, 2
3. 1560, E, 2
4. 1561, D, 3
5. 1566, E, 2; 1566, D, 2

*São 3 as reclamações a esta pergunta . Duas delas pretendem que por o derrame pericárdico na pericardite aguda na infecção a VIH ser frequente , a afirmação " O derrame pericárdico é uma ocorrência rara na infecção a vírus da imunodeficiência humana (VIH) " , por não especificar a pericardite aguda não poder ser considerada falsa. Outro candidato contesta a veracidade da afirmação " A fibrilhação auricular crónica está descrita num terço dos doentes com pericardite constrictiva crónica" pelo facto de no livro de texto não ser referido o caracter paroxístico, persistente ou persistente de longa duração/ crónico da fibrilhação auricular e se afirmar apenas que "Atrial fibrillation is present in about one-third of patients ". Este mesmo candidato põe erradamente, em dúvida a dilatação auricular , sobretudo esquerda existente na pericardite constrictiva.*

*São ambas as argumentações improcedentes.*

### **94 ( 14 e 34 .)**

Relativamente às doenças do pericárdio, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A presença de atrito pericárdico na auscultação cardíaca pode ocorrer em cerca de 85 % dos casos de pericardite aguda.
2. O derrame pericárdico é uma ocorrência rara na infecção a vírus da imunodeficiência humana (VIH).
3. A pericardite associada à uremia (pericardite urémica) pode ocorrer em um terço dos doentes com uremia crónica.

4. A fibrilhação auricular crónica está descrita num terço dos doentes com pericardite constrictiva crónica.
5. Na pericardite aguda, a terapêutica com anticoagulantes deve ser evitada.

Justificação:

1. 1571, E, 5
2. 1574, D, 5
3. 1575, E, 8
4. 1576, E, 5
5. 1573, E, 2

*Sem reclamações*

## 95 (15 e 35 )

Acerca da cardiopatia isquémica, assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. A utilização diagnóstica de arteriografia coronária não tem interesse diagnóstico na suspeita de doença de Kawasaki.
2. A idade do doente não constitui factor prognóstico na cardiopatia isquémica.
3. Um nível elevado de proteína C-reativa de alta sensibilidade constitui um factor de risco independente para a ocorrência de cardiopatia isquémica.
4. A utilização de fibratos não tem interesse no tratamento da cardiopatia isquémica.
5. A utilização de verapamil associado a beta-bloqueante, constitui opção terapêutica de primeira linha no tratamento da cardiopatia isquémica.

Justificação:

1. 1586, E, 1
2. 1586, D, 3
3. 1582, E, 2
4. 1588, E, 1
5. 1589, D, 2

*Algumas reclamações contestam a falsidade da afirmação “ A utilização de fibratos não tem interesse no tratamento da cardiopatia isquémica” já que os fibratos são utilizados no tratamento da dislipidémia uma dos principais factores de risco para o desenvolvimento de aterosclerose coronária e não directamente no tratamento da cardiopatia isquémica. Contudo tendo em conta que tratar a cardiopatia isquémica também é tratar os seus factores de risco e mesmo tendo em conta a deficit de demonstração de benefício dos nitratos quando comparados com as Estatinas , a afirmação “ A utilização de fibratos não tem interesse no tratamento da cardiopatia isquémica” pode ser considerada falsa quando na bibliografia de referência se afirma na pagina 1588 acerca do tratamento dos factores de risco da cardiopatia isquémica que “ fibrates or niacin can be used to raise HDL cholesterol and lower triglycerides.” Assim sendo a utilização de fibratos no tratamento da cardiopatia isquémica tem certamente algum interesse. Consideram-se as reclamações improcedentes.*

## 96. (16 e 36)

Relativamente à angina instável (AI) e enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (EAM-NST), assinale a afirmação **FALSA**:



1. Em doentes com AI ou EAM-NST, a angiografia coronária revela doença de três vasos coronários em menos de 5 % dos casos.
2. Um quadro de angina de peito com um padrão “em crescendo” deve ser considerado como AI.
3. A utilização de beta-bloqueantes por via intravenosa está contra-indicada em doentes com isquemia coronária grave e insuficiência cardíaca.
4. A utilização de prasugrel pode estar indicada em certos doentes com AI ou EAM-NST que respondem ao clopidogrel de maneira deficiente.
5. Na angina variante de Prinzmetal a presença de vasospasmo coronário focal é mais frequente na artéria coronária direita.

Justificação:

1. 1594, E, 2
2. 1594, E, 3
3. 1596, E, 2
4. 1596, D, 4
5. 1598, D, 5

*São contestadas a veracidade da afirmação " A utilização de beta-bloqueantes por via intravenosa está contra-indicada em doentes com isquémia coronária grave e insuficiência cardíaca " porque a forma como a afirmação está articulada sugere que essa utilização também está contra-indicada na isquémia coronária grave. A argumentação seria procedente se em vez de "e" entre isquémia coronária grave e insuficiência cardíaca estivesse "ou". Assim considera-se esta argumentação improcedente.*

*É ainda contrariada a veracidade da afirmação " Um quadro de angina de peito com um padrão " em crescendo" deve ser considerado como AI " . Esta veracidade é inquestionável , já que quer o AI quer o EAM-NST têm o mesma clinica e até a mesma abordagem terapêutica diferem apenas no que respeita á presença ou ausência de necrose miocárdica demonstrada pela positividade dos marcadores de necrose. Desse modo o angor em "crescendo" pode ser uma manifestação quer do AI ( mais frequente) quer do EAM-NST . Daí que a afirmação em questão seja verdadeira e a argumentação dos candidatos improcedentes.*

## **97. (17 e 37 )**

Relativamente ao enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMST), assinale a afirmação **FALSA**:

1. A ocorrência de diaforese num doente com dor subesternal durante mais de 30 minutos é fortemente sugestiva de EAM-ST.
2. Os níveis de troponina I podem permanecer elevados até 10 dias após a ocorrência dum EAMST.
3. A presença de hipertensão arterial não controlada, com pressão arterial sistólica superior a 180 mm Hg e/ou pressão arterial diastólica superior a 110 mm Hg, constitui contra-indicação formal para a utilização de terapêutica fibrinolítica na fase aguda do EAM-ST.
4. O controlo rigoroso da glicemia contribui para uma diminuição da taxa de mortalidade do EAM-ST em doentes diabéticos.
5. Na maioria dos doentes com EAM-ST transmural a pressão arterial sistólica aumenta cerca de 15 a 20 mm Hg relativamente à pressão arterial pré-enfarte.

Justificação:

1. 1600, E, 3
2. 1600, D, 3
3. 1605, E, 5
4. 1607, E, 7
5. 1600, E, 4

*As poucas reclamações esta pergunta baseiam-se na interpretação errónea da figura 295-2 onde a curva de libertação da troponina nos enfartes pequenos é confundida com a curva de libertação do CK-MB. Assim sendo a argumentação de que “ os níveis de troponina I podem permanecer elevadas até 10 dias após a ocorrência dum EAMST “ é também falsa, é impropriedade.*

*É ainda contestada a utilização da expressão contra-indicação formal em vez de “absoluta” o que se afigura irrelevante e impropriedade.*

## 98. (18 e 38 )

Acerca da hipertensão arterial (HTA), assinale a afirmação **FALSA**:

1. A angiotensina II é o principal factor regulador da síntese e secreção de aldosterona.
2. O risco de doença renal de etiologia hipertensiva está mais relacionado com a pressão arterial diastólica do que com a pressão arterial sistólica.
3. Indivíduos com “hipertensão de bata branca” apresentam um aumento do risco de virem a desenvolver HTA persistente.
4. A HTA está presente em mais de 80 % dos doentes com insuficiência renal crónica.
5. Em doentes com deficiência de 17 alfa-hidroxilase a síntese de hormonas sexuais e de cortisol encontra-se diminuída.

Justificação:

1. 1614, E, 4
2. 1615, D, 6
3. 1616, D, 3
4. 1617, D, 2
5. 1620, D, 2; 1621, F-298-3

*Sem reclamações*

## 99.(19 e 39 )

Acerca da aortite, assinale qual a condição que **NÃO** a provoca:

1. Síndrome de Cogan.
2. Espondilartropatia associada ao HLA-B27.
3. Síndrome de Marfan.
4. Síndrome de Behçet.
5. Sífilis.

Justificação:

1. 1638, T-301-1
2. 1638, T-301-1
3. 1638, T-301-1; 1638, E, 2 ; D, 4; 2512, D, 7
4. 1638, T-301-1

5. 1638, T-301-1; 1638, D, 2

*Raras, as reclamações que pretendiam ver no Síndrome de Marfan uma causa de aortite já que tal com esta, pode resultar em aneurismas e regurgitação aórtica. Apenas o desconhecimento relativo ao Síndrome de Marfan, doença do tecido conjuntivo sem nenhum componente inflamatória pode suportar tal “opinião”.*

*Improcedente.*

### **100. ( 30 e 40)**

Relativamente à transplantação cardíaca, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A utilização de sirolimus está contra-indicada durante e após a transplantação cardíaca dada a frequente ocorrência de diabetes *mellitus*.
2. O diagnóstico da rejeição pós-transplantação cardíaca é geralmente estabelecido por biopsia endomiocárdica.
3. A ocorrência de doença linfoproliferativa constitui uma das complicações mais frequentes pós-transplantação cardíaca.
4. Doentes submetidos a transplantação cardíaca raramente referem sintomas sugestivos de angina de peito.
5. A ciclosporina pertence ao grupo de imunossuppressores inibidores da calcineurina.

Justificação:

1.1517, E, 4, 1829, T-337-3; 2399, T-417-1

2.1517, D, 2

3.1518, E, 2

4.1517, D, 4

5.1517, E, 4

*Sem reclamações*