

22. Relativamente à avaliação de um sopro cardíaco assinala a afirmação **FALSA**:

1. A existência de sopro sistólico de grau I, com alterações no ECG e na radiografia de tórax pode dispensar a realização de ecocardiografia.

2. Num doente com sopro sistólico de grau II e sintomas de doença cardíaca, a realização de ecocardiografia é mandatória.

3. A existência de um sopro diastólico obriga à realização de um ecocardiograma.

4. Na existência de um sopro holo-sistólico de grau III, a realização de ecocardiografia deve preceder a referenciação a consulta especializada de cardiologia.

5. Num doente com sopro meso-sistólico de grau II, sem sintomas ou sinais de doença cardíaca e sem alterações no ECG ou na radiografia de tórax, a realização de ecocardiografia pode ser dispensável.

Justificação:

1. 1441, F 264-1

2. 1441, F 264-1

3. 1441, F 264-1

4. 1441, F 264-1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	22	42	2
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Duas reações pondo em causa a veracidade das afirmações que consideram também falsas, nomeadamente a afirmação “ 2. Num doente com sopro sistólico de grau II e sintomas de doença cardíaca, a realização de ecocardiografia é mandatória. “ por considerarem que de acordo com a bibliografia é excessivo o termo mandatório ou que “3. A existência de um sopro diastólico obriga à realização de um ecocardiograma.” é também falsa porque no livro de referência se afirma que “a maioria dos doentes com um sopro diastólico, e não todos, devem fazer um ecocardiograma”		
ANÁLISE	Consideram-se as reclamações improcedentes já que as expressões utilizadas estão de acordo com o referido no livro de referência no capítulo 264 e as argumentações utilizadas são interpretações restritivas do enunciado.		
DELIBERAÇÃO	Reclamações indeferidas por improcedentes-		

23. Acerca do electrocardiograma, assinala a afirmação **FALSA**:

1. No bloqueio completo de ramo a duração do QRS é igual ou superior a 120 milisegundos.

2. A presença de hipercalcemia pode prolongar a duração do intervalo QT.

3. Na isquemia aguda sub-endocárdica o traçado electrocardiográfico apresenta habitualmente depressão do segmento ST.

4. A síndrome de Brugada apresenta supradesnivelamento do segmento ST fazendo por isso diagnóstico diferencial com o enfarte agudo do miocárdio.

5. Os digitálicos podem encurtar a duração do intervalo QT.

Justificação:

1.1454, D, 5

2.1457, D, 1

3.1455, D, 5;1457, F 268-14

4.1457, T 268-

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	23	43	3
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Sem reclamações		
ANÁLISE			
DELIBERAÇÃO			

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

1. No bloqueio de ramo direito o desdobramento do 2º som é audível durante todo o ciclo respiratório, mas acentua-se com a inspiração.

2. O desdobramento fisiológico do 2º som acentua-se com a inspiração.

3. Na hipertensão pulmonar o 2º som pulmonar (P2) precede o aórtico (A2) no tempo.

4. No defeito do septo auricular, o desdobramento do 2º som é fixo, não variando com a respiração.

5. No bloqueio de ramo esquerdo existe um desdobramento respiratório paradoxal do 2º som.

Justificação:

1. 1447, F 267-4

2. 1447, F 267-4

3. 1447, F 267-4

4. 1447, F 267-4

5. 1447, F 267-4

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	24	44	4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Duas reclamações em que se pretende que a afirmação “No bloqueio de ramo direito o desdobramento do 2º som é audível durante todo o ciclo respiratório, mas acentua-se com a inspiração “ é falsa pretendendo que essa afirmação não se encontra no livro de texto , mas apenas o facto de no bloqueio completo de ramo direito existir um alargamento do desdobramento fisiológico dos dois componentes do segundo som cardíaco.		
ANÁLISE	O desdobramento fisiológico do segundo som é audível na área pulmonar da auscultação apenas na inspiração , já que na expiração o ouvido humano não consegue distinguir os dois componentes do segundo som que se aproximam muito. Por essa razão quando há bloqueio completo de ramo direito há um alargamento do		

	desdobramento do segundo som pelo que o componente aórtico e pulmonar permanecem a maior distância entre eles , mesmo na expiração, pelo que a afirmação contestada como falsa , é verdadeira e o livro de referência não contraria , antes apoia esta realidade.
DELIBERAÇÃO	Reclamações indeferidas

25. Acerca da semiologia cardíaca da cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica (COH) assinale a afirmação **FALSA**:

1. Pode apresentar um pulso arterial periférico bífido (pulso “bisferiens”).
2. O sopro típico da COH ocorre habitualmente durante a diástole.
3. Pode ocorrer um sopro meso-sistólico que aumenta de intensidade na fase de esforço da manobra de Valsalva.
4. O sopro da COH atenua-se tipicamente com a elevação passiva dos membros inferiores.
5. O sopro da COH é habitualmente mais audível ao longo do bordo paraesternal esquerdo inferior e apéx.

Justificação:

1. 1445, D, 2;
2. 1448, D, 1
3. 1448, D, 2
4. 1448, D, 2
5. 1448, D, 2

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	25	45	5
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Argumenta-se que a tradução de between na afirmação do livro de texto “The murmur of AS is typically loudest into the second right interspace with radiation into the carotids,, whereas the murmur of HOCM is best heard between the right left sternal border and the apex” é “ entre” e não “ao longo de” como é utilizada na pergunta e pelo facto de as palavras utilizadas não serem sinónimos , a afirmação não deva ser considerada verdadeira e portanto deva ser considerada resposta válida.		
ANÁLISE	Considera-se que a ligeira diferença semântica não altera significativamente o sentido e a veracidade da afirmação da pergunta.		
DELIBERAÇÃO	Reclamação indeferida		

26. Relativamente à cateterização cardíaca com angiografia coronária assinale a afirmação **FALSA**:

1. A utilização antecipada de N-acetilcisteína está fortemente recomendada na prevenção da nefropatia associada a administração de contraste IV.
2. Todos os doentes com suspeita de doença coronária devem ser medicados com 325 mg de ácido acetil-salicílico previamente à intervenção.
3. Não está recomendada antibioterapia profiláctica antes do procedimento.

4. A utilização de prasugrel não está recomendada em doentes com antecedentes de acidente vascular cerebral.
5. Em doentes em que se considera provável a realização de procedimento com angioplastia coronária está recomendada a utilização de ticagrelor.

Justificação:

1. 1461, E, 2
2. 1461, E, 3
3. 1461, E, 3
4. 1461, E, 3
5. 1461, E, 3

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	26	46	6
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Argumentam três candidatos que a afirmação “Em doentes em que se considera provável a realização de procedimento com angioplastia coronária está recomendada a utilização de ticagrelor.” está incompleta porque no livro de referência se menciona de seguida igualmente o clopidogrel ou o pasugrel considerando-se inclusive que o ticagrelor é considerada a última opção depois da aspirina, do clopidogrel do pasugrel por ter maior risco hemorrágico.		
ANÁLISE	As argumentações utilizadas não provam que a afirmação em questão não seja verdadeira, por essa razão são improcedentes..		
DELIBERAÇÃO	Indeferidas		

27. Acerca da angiografia coronária, assinale a afirmação **FALSA**:

1. A anatomia coronária é muito variável entre diferentes indivíduos.
2. A artéria descendente anterior e a artéria circumflexa têm habitualmente a sua origem na artéria coronária esquerda.
3. As artérias obtusas marginais são ramos da artéria circumflexa.
4. A circulação coronária denominada direita-dominante ocorre apenas em 5% dos indivíduos.
5. Uma estenose coronária superior a 50 % é considerada significativa.

Justificação:

1. 1464,D, 32. 1464, D,33. 1464, F 272-44. 1464, D, 35. 1465, E, 1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	27	47	7
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Quatro reclamações que pretendem que a afirmação “Uma estenose coronária superior a 50 % é considerada significativa “ também seja considerada falsa e portanto resposta válida , tendo como base a aparente contradição de não obstante tal afirmação ser realizada no livro de referência ser referida como de” intermédia um grau de estenose entre 40-70%”.		

ANÁLISE	As reclamações realizadas confundem “ser significativa” com o grau de gravidade da estenose dita de “grave” Os limites convencionados mais recentemente são os considerados e uma lesão > 50 % é significativa, uma lesão de 60% é uma lesão significativa de grau intermédio e uma lesão > 70% é uma lesão significativa grave.
DELIBERAÇÃO	Reclamações indeferidas

28. Acerca das bradiarritmias, assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. O potencial de repouso do miócito que compõe o nódulo AV é de cerca de +20 mV.

2. A sífilis pode ser causa de bloqueio aurículo-ventricular (BAV).

3. O feixe de His é muito sensível ao tonus autonómico.

4. A sarcoidose não é causa de BAV.

5. O BAV de 2º grau, Mobitz tipo II, encontra-se associado ao fenómeno de Wenckebach.

Justificação:

1. 1471, E, 3 2. 1471, T 275-1; 1471, D, 1 3. 1471, E, 2 4. 1471, D, 1; 1471, T 275-1
5. 1472, D, 2

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	28	48	8
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Sem reclamações		
ANÁLISE			
DELIBERAÇÃO			

29. Qual das seguintes condições **NÃO** constitui causa de doença do nódulo sinusal?

1. Disfunção do sistema nervoso autónomo.

2. Hipotireoidismo.

3. Doença de Lyme.

4. Síndrome de Kearns-Sayre.

5. Feocromocitoma.

Justificação:

1. 1467, T 274-1; 1467, D2, 2. 1467, T 274-1; 1467, D, 23. 1467, T 274-1 4. 1467, T 274-1; 1467, D, 4 5. 1467, T 274-1;

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	29	49	9
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Pede anulação da pergunta porque o Feocromocitoma é causa de hipertensão arterial e a hipertensão arterial é uma causa de doença do nódulo sinusal.		
ANÁLISE	Acontece que o Feocromocitoma causa hipertensão arterial secundária em geral grave que não se associa a doença do nódulo sinusal		

	complicação potencial tardia da HTA crônica e antes a manifestações hiper-adrenérgicas opostas às verificadas na doença do nódulo sinusal, resultantes do excesso de catecolaminas circulantes
.DELIBERAÇÃO	Indeferido

30. No bloqueio aurículo-ventricular (BAV) adquirido, qual das seguintes condições **NÃO** constitui recomendação do tipo classe I, para a colocação de *pacemaker* permanente (longa duração)?

1. BAV de segundo grau, com bradicardia sintomática.

2. BAV de terceiro grau, com bradicardia sintomática.

3. BAV do terceiro grau, assintomático.

4. BAV de terceiro grau com períodos de assistolia com duração superior a 3 segundos.

5. BAV de segundo grau, Mobitz II, com complexos QRS alargados.

Justificação: 1. 1475, T 275-2 2. 1475, T 275-2 3. 1475, T 275-2 4. 1475, T 275-2
5. 1475, T 275-2

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	30	50	10
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Contestam 9 candidatos que a indicação de classe I para colocação de <i>pace-maker</i> definitivo em indivíduos assintomáticos com BAV do terceiro grau e pausa superior a 3,0 seg ou escape ventricular com frequência cardíaca < 40 cpm, se verifica apenas para o indivíduo vigil como está aliás referido no livro de referência :” Periods of asystole > 3,0 seg or na escape rate < 40 beats/min while awake or an escape rhythm originating below the AV node.” o que não deixa de ser verdadeiro.		
ANÁLISE	Não obstante esta indicação para colocação de <i>pace-maker</i> definitivo tenha pouca evidência (nível de evidência C) sendo o limite de 3,0 seg algo arbitrária é uma das indicações para colocação de <i>pacemaker</i> definitivo considerada no livro de referência e a afirmação enunciada na pergunta embora não esteja enunciada de modo completo não pode ser considerada falsa. São portanto improcedentes as reclamações.		
DELIBERAÇÃO	Indeferido		

31. Acerca da fibrilhação auricular, assinale a afirmação **FALSA**:

1. Caracteriza-se por uma resposta ventricular irregular, determinada pelo grau de condução ao nível do nódulo aurículo-ventricular.

2. A resposta ventricular é sensível ao tonus vagal.

3. A administração intravenosa de *ibutilide* não tem utilidade terapêutica.

4. A *dronedarona* está associada a um aumento da mortalidade nos casos com insuficiência cardíaca.

5. O *sotalol* pode induzir prolongamento do QT com aparecimento de “*torsades des pointes*”.

Justificação:

1. 1485, D, 3 ; 2. 1486, E,1; 3. 1487, E, 4 . 4. 1489, E, 1, 5. 1489, E, 1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	31	51	11
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Um candidato contesta que o termo grau , utilizado na afirmação da pergunta "...determinada pelo grau de condução ao nível do nódulo aurículo-ventricular não está no livro de referência pelo que a afirmação deve também ser considerada falsa.		
ANÁLISE	Improcedente		
DELIBERAÇÃO	Indeferida		

32. Na insuficiência cardíaca (IC), assinale a afirmação **FALSA**:

1. A mortalidade é cerca de 30% a 40% no primeiro ano após o diagnóstico e cerca de 60% a 70% após 5 anos.
2. Em 20% a 30% dos casos de IC com diminuição da função sistólica, a etiologia exacta não é conhecida.
3. Na IC com redução da função sistólica a utilização de fármacos antiarrítmicos como a amiodarona ou a dofetilide é segura e eficaz.
4. O tratamento com verapamil não está recomendado, dado o seu efeito inotrópico negativo.
5. Na IC direita o péptido natriurético B (BNP) não se apresenta elevado, permitindo a diferenciação com a IC esquerda.

Justificação:

1. 1501, D, 2; 2. 1501, E, 3; 3. 1514, E, 4; 4. 1513, E, 2; 5. 1505, E, 6

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	32	52	12
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Três reclamações. Duas em relação á afirmação " Na IC com redução da função sistólica a utilização de fármacos antiarrítmicos como a amiodarona ou a dofetilide é segura e eficaz. " que pretendem falsa por tais fármacos anti-arrítmicos não alterarem a história natural da insuficiência cardíaca ao contrário de outros anti-arrítmicos que agravam o prognostico e uma contestando a afirmação falsa ". Na IC direita o péptido natriurético B (BNP) não se apresenta elevado, permitindo a diferenciação com a IC esquerda. " Pretendendo, erradamente, que se pode deduzir com base no livro de referência pode ser utilizado para esta diferenciação.		
ANÁLISE	A IC com redução da função sistólica associa-se a um aumento da prevalência de arritmias algumas com indicação terapêutica pelo que se põe com frequência a utilização de anti-arrítmicos. Alguns anti-arrítmicos, neste contexto, são eficazes mas agravam o prognostico com aumento paradoxal da morte súbita. Isso não acontece com a amiodarona e o dofetilide que não alteram a história natural da IC mas são seguros nesta patologia e eficazes no tratamento das arritmias neste contexto. Em relação ao segundo tipo de argumentação é afirmado no livro de referência que o BNP está igualmente elevado na insuficiência cardíaca direita e esquerda pelo que não serve para a diferenciação entre ambas.		
DELIBERAÇÃO	Indeferida		

33. Em relação à sintomatologia da insuficiência cardíaca (IC), assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. A ortopneia é um sintoma habitual na fase inicial da doença.
2. A medição do pulso jugular permite estimar a pressão na aurícula direita.
3. A respiração do tipo de *Cheyne-Stokes* está presente em menos de 10% dos doentes com insuficiência cardíaca, ocorrendo predominantemente na IC de alto-débito.
4. O quarto som cardíaco (S4) é específico da presença de IC com diminuição da função sistólica.
5. Na avaliação do pulso jugular uma onda *v* proeminente indica insuficiência mitral grave.

Justificação:

1.1503, D, 4 ; 2.1504, E, 6 ; 3.1504, E, 2; 4.1504, D, 2; 5.1504, E, 6

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	33	53	13
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Duas reclamações referindo que “Na avaliação do pulso jugular uma onda <i>v</i> proeminente indica insuficiência mitral grave.” é verdadeira, tendo em conta a afirmação “ In acute severe mitral regurgitation , the regurgitant volume is delivered into a normal-sized left atrium having normal or reduced complacance. As a result, LA pressures rise.... The <i>v</i> wave in the LA pressure pulse is usualy prominent ...”		
ANÁLISE	Esta argumentação resulta do facto de não se ter notado de que na insuficiência mitral a onda <i>v</i> proeminente aparece no pulso auricular esquerdo não no pulso jugular como é referido na pergunta.		
DELIBERAÇÃO	Indeferidas		

34. Relativamente às cardiopatias congénitas, assinale a afirmação **FALSA**:

1. O defeito do septo inter-auricular é mais frequente no género masculino.
2. A variante “*ostium secundum*” do defeito do septo inter-auricular apresenta habitualmente desvio do eixo eléctrico para a direita.
3. A gravidez está contra-indicada na presença de comunicação inter-ventricular e síndrome de *Eisenmenger*.
4. A válvula aórtica bicúspide é mais frequente no género masculino.
5. A doença de *Ebstein* está associada à presença de regurgitação tricúspide.

Justificação:

1. 1520, D, 3, 2. 1521, D, 2, 3. 1522, D, 1, 4. 1524, E, 2, 5. 1527, D, 5

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	34	54	14
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Três reclamações defendem que a afirmação “. A gravidez está contra-indicada na presença de comunicação inter-ventricular e síndrome de <i>Eisenmenger</i> . “ é falsa provavelmente por desconheçrem o significado de síndrome de <i>Eisenmenger</i> .		
ANÁLISE	Em qualquer tipo de cardiopatia congénita com shunt cardíaco e reacção de <i>Eisenmenger</i> a gravidez é contra-indicada.		
DELIBERAÇÃO	Indeferidas		

35. Relativamente às cardiopatias congénitas, assinale a afirmação **FALSA**:

1. O defeito do septo inter-auricular do tipo “*Ostium primum*” é frequente na síndrome de *Down*.

2. O enfarte do miocárdio pode ocorrer nos casos com origem anômala da artéria coronária esquerda na artéria pulmonar.

3. A estenose supra-valvular da válvula aórtica pode estar associada à síndrome *Williams-Beuren*.

4. No defeito do septo inter-auricular o risco de endocardite é muito elevado obrigando a profilaxia antibiótica regular.

5. A existência de um padrão de «*coração-em-tamanco*» (“*coeur en sabot*”) na radiografia de tórax é típica da tetralogia de Fallot.

Justificação:

1. 1520, D, 3, 2. 1523, D, 5; 1524, E, 1, 3. 1525, E, 3, 4. 1521, D, 5, 5. 1527, E, 1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	35	55	15
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Sem reclamações		
ANÁLISE			
DELIBERAÇÃO			

36. Relativamente à terapêutica intravenosa da insuficiência cardíaca aguda descompensada (ICAD) qual dos seguintes fármacos **NÃO** se encontra indicado?

1. Levosimendan.

2. Nitroglicerina.

3. Serelaxina.

4. Diltiazem.

5. Milrinona.

Justificação:

1. 1510, E, 1; 1510, T 280-1, 2. 1510, T 280-1, 3. 1509, D, 1; 1510, T 280-1; 4. 1513, E, 2; 1510, T 280-1, 5. 1509, D, 2; 1510, T 280-1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	36	56	16
TEOR DA RECLAMAÇÃO	80 reclamações, em que aceitando-se que o Diltiazem não está indicado na terapêutica da insuficiência cardíaca aguda descompensada, outros fármacos também não estarão: A Serelaxina estudada no ensaio RELAX –AHF porque são necessários mais estudos confirmatórios dos resultados deste estudo e a sua comercialização é limitada, o levosimendan estudado no estudo REVIVE II e SURVIVE porque agravou a mortalidade a curto prazo e as arritmias ventriculares e não melhorou a mortalidade aos 180 dias, aliás como outros inotrópicos positivos como a milrinona fármaco também contestado pela a mesma razão.		
ANÁLISE	Considerando a insuficiência cardíaca aguda descompensada uma situação clínica de grande gravidade em que a intervenção terapêutica por via endovenosa é “life saving” quer a nitroglicerina, mas também o levosimendan, a serelaxina e a milrinona, não obstante as suas limitações, insuficiências e efeitos adversos estão indicadas porque podem ter um efeito hemodinâmico positivo, melhorando o edema pulmonar agudo ou a hipotensão. O mesmo não acontece com o diltiazem endovenoso nesta situação em que está totalmente contra-indicado dado o seu efeito inotrópico negativo, agravando a hemodinâmica e aumentando a mortalidade. As reclamações		

	efectuadas são portanto improcedentes.
DELIBERAÇÃO	Reclamações indeferidas.

37. Na regurgitação aórtica assinale a afirmação **FALSA**:

1. O pulso *Corrigan* é característico da regurgitação aórtica crónica grave.
2. Na regurgitação aórtica grave, o componente aórtico do 2º (A2) encontra-se habitualmente muito atenuado ou ausente.
3. Os beta-bloqueantes devem ser evitados no tratamento da regurgitação aórtica aguda.
4. O sopro de *Austin-Flint* ocorre tipicamente durante a sístole.
5. O losartan pode ter utilidade no tratamento de jovens com dilatação aórtica no contexto de síndrome de Marfan.

Justificação:

1. 1535, D, 8; 1536, E, 1; 2. 1536, E, 4; 3. 1536, D, 4; 4. 1536, E, 5; 5. 1537, E, 1

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	37	57	17
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Não contestando a falsidade da afirmação “. O sopro de <i>Austin-Flint</i> ocorre tipicamente durante a sístole” nove candidatos consideram que a afirmação “. O losartan pode ter utilidade no tratamento de jovens com dilatação aórtica no contexto de síndrome de Marfan” também seja falsa, baseados no facto da utilidade dos inibidores do receptores da angiotensina II neste contexto estar ainda em fase de estudo ou de não estar explicitado no livro de referência a utilidade em qualquer grupo etário, nomeadamente no jovem.		
ANÁLISE	Escreve-se assim no livro de referência: “ Recent studies indicate tha angiotensin receptor antagonists and angiotensin-coverting enzme inhibitors reduce de rate of aortic dilatation in patiens with Marfan”’s sndrome b blocking TGF-Beta signaling ; clinical outcome trials of this treatment approach are in progress” o que nos indica a utilidade do Losartan , um inibidor dos receptores da angiotensina II quando administrado no Síndrome de Marfan do jovem, antes de se ter dado a dilatação aórtica significativa.		
DELIBERAÇÃO	Indeferidas.		

38. Qual das seguintes doenças **NÃO** é causa de miocardiopatia restritiva?

1. Hemocromatose.
2. Sarcoidose.
3. Doença de *Fabry*.
4. Amiloidose.
5. Infecção por *Trypanosoma cruzi*.

Justificação: 1. 1564, E, 2; 1565, T 287-5; 2. 1561, D, 5; 1565, T287-5; 3. 1565, E, 6; 1565, D, 1; 1565, T 287-5; 4. 1566, D, 1; 1565, T 287-5 ; 5. 1557, E, 2; 1560, D, 4; 1565, T 287-5

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	38	58	18
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Não obstante um candidato considerar que a Infecção por <i>Tripanosoma cruzi</i> que relaciona, sem demonstrar, com a endocardite de Löffler e portanto com a fibrose endomiocárdica podendo ser uma causa de miocardiopatia restritiva, os restantes 6 candidatos aceitam a		

	<p>resposta “ infecção por Trpanosoma cruzi como válida .Um candidato considera que a resposta “hemocromatose” também deva ser considerada válida em argumentação pouco clara de que a hemocromatose pode provocar miocardiopatia dilatada . Os restantes 5 candidatos defendem que a resposta doença de Fabry também deva ser considerada válida porque esta doença manifesta-se predominantemente como miocardiopatia hipertrófica e não restritiva.</p>
ANÁLISE	<p>Não está demonstrada a relação entre infecção por trypanosoma cruzi e miocardiopatia restritiva , como está afirmado no livro de referência e a hemocromatose e doença de Fabry como está também assinalado podem ser causa de miocardiopatia restritiva.</p>
DELIBERAÇÃO	<p>Indeferidas</p>