

CARDIOLOGIA

Argumentações referentes às reclamações à Prova
Nacional de Seriação

61. Relativamente à fisiopatologia e ao diagnóstico do edema, assinale a resposta **FALSA**:

1. A lesão do endotélio capilar é uma causa possível de edema.
2. Em muitas formas de edema a volemia arterial efectiva está reduzida.
3. Os níveis elevados de endotelina em situações de insuficiência cardíaca podem contribuir para vasoconstrição renal, retenção de sódio e edema.
4. O edema resultante da hipoproteïnemia tende a ser mais acentuado no período matinal.
5. A ausência de proteinúria não exclui a síndrome nefrótica como causa de edema.

Justificação

1. 232 E 5º
2. 232 E 6º
3. 233 E 1º
4. 235 D 2º
5. 235 D 5º

As afirmações 1,2,3 e 4 são verdadeiras e a 5 é falsa não obstante possam existir raros falsos negativos dos testes para a proteinúria.

Número de reclamações: 27

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

62. Relativamente ao prolapso da válvula mitral (PVM), assinale a resposta **VERDADEIRA**:

1. O PVM ocorre em mais de metade dos doentes com comunicação auricular de tipo *ostium secundum*.
2. A morte súbita é uma complicação muito rara em doentes com PVM, ocorrendo mais frequentemente em doentes com insuficiência mitral grave e depressão da função sistólica ventricular esquerda.
3. Muitos doentes referem dor torácica, que surge tipicamente durante o esforço.
4. O electrocardiograma é quase sempre anormal.
5. Em doentes com PVM que sofram acidente isquémico transitório, não está preconizada terapêutica com antiagregantes plaquetários, devendo ser instituída de imediato anticoagulação oral.

Justificação

1. 1472 E 9º
2. 1472 D 2º
3. 1472 D 2º
4. 1472 D 4º
5. 1472 D 5º

A afirmações 1,3,4 e 5 são falsas e a 2 é inequivocamente verdadeira.

Nº de reclamações: 1

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

63. Assinale a afirmação **VERDADEIRA** em relação às doenças da aorta:

1. A necrose quística da média é uma causa rara de aneurisma da aorta ascendente.
2. O risco de rotura da aorta não está relacionado com as dimensões do aneurisma.
3. Em doentes com aneurisma da aorta torácica associada a síndrome de Marfan ou a bicuspidia valvular aórtica deve ser considerada cirurgia do aneurisma se o diâmetro deste for superior a 5 cm.
4. O hematoma intramural agudo da aorta ocorre com maior frequência na aorta torácica ascendente.
5. A cirurgia urgente ou emergente é o tratamento de primeira linha para todas as dissecções agudas de tipo B.

Justificação

1. 1564 E 2º
2. 1564 E 2º
3. 1564 D 1º
4. 1565 D 2º
5. 1566 D 4º

As afirmações 1,2,4 e 5 são falsas e a 3 inequivocamente verdadeira
Número de reclamações: 2

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

64. Em relação aos doentes com angina instável ou enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, assinale a afirmação **FALSA**:

1. **Não há uma relação directa entre o grau de elevação da troponina e a mortalidade.**
2. Os níveis de proteína C reactiva e os níveis de péptido natriurético tipo B relacionam-se independentemente com o aumento da mortalidade.
3. Nestes doentes deve ser efectuada medicação β -bloqueante endovenosa seguida de medicação β -bloqueante oral.
4. Nos doentes de alto risco a terapêutica invasiva precoce é superior à terapêutica conservadora.
5. Em vários estudos a enoxaparina foi superior à heparina não fraccionada na redução de eventos cardíacos isquémicos recorrentes, em especial nos doentes tratados de forma conservadora.

Justificação

1. 1528 E 3º
2. 1529 E 2º/1529 D 1º
3. 1530 E 2º
4. 1531 E 2º
5. 1530 D 2º

Havendo uma relação directa na angina instável ou enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST entre elevação da troponina e mortalidade, a afirmação 1 é falsa. As afirmações 2,3,4 e 5 são verdadeiras pelo que a chave provisória está correcta, não sendo valorizáveis as reclamações efectuadas que confundem enfarte do miocárdio com supra com enfarte sem supra e tamanho do enfarte com mortalidade.

Nº de reclamações: 105

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

65. Em relação à angioplastia coronária por via percutânea (ACP), assinale a opção

VERDADEIRA:

1. Em doentes com síndromes coronárias agudas a ACP não está associada a redução da mortalidade e do enfarte, embora melhore a sintomatologia.
2. Em doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST a angioplastia primária apresenta taxas de mortalidade e de reenfarte não fatal semelhantes às da terapêutica trombolítica.
3. As artérias coronárias com oclusões crônicas totais não são acessíveis ao tratamento por angioplastia.
4. A mortalidade da ACP electiva é inferior a 0,3 %.
5. Após ACP com implantação de *stent* revestido com fármaco deve ser efectuada terapêutica com clopidogrel e aspirina durante 1 mês, seguida de apenas aspirina durante pelo menos 1 ano.

Justificação

1. 1544 D 3º/1545 E 1º
2. 1545 E 1º
3. 1545 E 2º
4. 1548 E 2º
5. 1546 D 1º

Nº de reclamações 229

O Harrison em termos de percentagens da mortalidade da ACP electiva entra em contradição apontando num local valores entre 0,4 e 1 % e noutro local do mesmo capítulo valor inferior a 0,3 %, não obstante isso pelo facto da afirmação estar claramente expressa no livro de texto nos seguintes termos “Serious complications of modern PCI are uncommon, with a mortality < 0.3 % for elective procedures (Fig.240-7). As intervention has moved into more complex situations (multivessel disease, bifurcation lesions, vein graft, or unprotected left main lesions) in patients with acute coronary syndromes or poor baseline ventricular function, the average mortality of PCI has remained 1-1.5%” e as restantes afirmações serem claramente falsas, consideramos a chave provisória correcta.

66. Em relação às manifestações cardíacas das doenças sistémicas, assinale a afirmação

VERDADEIRA:

1. O envolvimento cardíaco em doentes com lúpus eritematoso sistémico é raro.
2. As manifestações cardiovasculares da deficiência de tiamina (beribéri) incluem insuficiência cardíaca de alto débito, taquicardia e pressões de enchimento dos ventrículos esquerdo e direito frequentemente elevadas.
3. Embora cerca de um terço dos doentes com acromegália apresente doença cardíaca associada, o risco de morte cardiovascular não está significativamente aumentado.
4. Cerca de um terço dos doentes com hipotireoidismo apresenta derrame pericárdico, sendo frequente a progressão para tamponamento cardíaco.
5. O envolvimento cardíaco no tumor carcinóide maligno manifesta-se habitualmente por regurgitação mitral, regurgitação aórtica ou ambas.

Justificação

1. 1501 E 2º
2. 1499 D 2º
3. 1500 D 4º
4. 1500 E 4º
5. 1500 E 7º

Consideramos que a afirmação 5 seria seguramente falsa, se fosse completado tumor carcinóide maligno do intestino com metástases hepáticas que se associa a lesões do coração direito, tricúspide e pulmonar. O tumor carcinóide maligno do pulmão, pode associar-se a lesões da mitral e válvula aórtica. Como não é identificada a localização do tumor carcinóide, a afirmação 5 continua falsa, mas não inequivocamente falsa.

Nº reclamações: 3.

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

67. Em relação às doenças do pericárdio, assinale a afirmação FALSA:

1. Na pericardite aguda o derrame pericárdico pode evoluir para tamponamento cardíaco.
2. O pulso paradoxal pode estar presente em cerca de um terço dos doentes com pericardite constrictiva.
3. O sinal de Kussmaul é frequente na pericardite constrictiva crónica mas pode também ocorrer na estenose tricúspide, no enfarte do ventrículo direito e na cardiopatia restritiva.
4. O tumor maligno primário do pericárdio mais frequente é o mesotelioma.

5. Na presença de tamponamento cardíaco o estudo ecocardiográfico com Doppler revela um aumento marcado das velocidades dos fluxos valvulares tricúspide e pulmonar durante a expiração.

Justificação

1. 1489 E 5º/1489 D 1º
2. 1491 D 3º
3. 1493 D 5º
4. 1495 D 3º
5. 1491 D 5º

As 4 primeiras afirmações são correctas e a número 5 é falsa, porque a velocidade dos fluxos tricúspide e pulmonar aumentam no tamponamento, na inspiração e não na expiração.

Nºreclamações: 27

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

68. Em relação à terapêutica da fibrilhação auricular (FA), assinale a resposta VERDADEIRA:

1. Num doente não anticoagulado, com sintomas há mais de 48 horas, se o risco tromboembólico de cardioversão eléctrica não puder ser avaliado por ecocardiograma transesofágico, deve ser tentada cardioversão farmacológica.
2. Um único episódio de FA exige a instituição de terapêutica antiarrítmica, após cardioversão a ritmo sinusal.
3. A terapêutica com sotalol ou dofetilide pode provocar redução do intervalo QT e originar taquicardia ventricular polimórfica.
4. A estratégia de ablação do nódulo AV e implantação de *pacemaker* pode justificar a implantação de *pacemaker* biventricular.
5. Embora os seus resultados dependam da cronicidade da FA, a ablação por cateter oferece uma alternativa terapêutica com uma taxa de sucesso superior a 80 %.

Justificação

1. 1429 E 1º/1428 D 6º
2. 1429 D 1º
3. 1429 D 1º
4. 1430 E 4º
5. 1430 D 2º

As afirmações 1,2,3 e 5 são inequivocamente falsas, e mesmo a afirmação 5 eleita como o alvo da maioria das reclamações, não é verdadeira porque a taxa de sucesso apontado no livro de apoio para a ablação da fibrilhação auricular nunca é superior a 80 %, mas sim entre 50 e 80 %. Acresce que o benefício adicional de aumento da eficácia da terapêutica anti-arrítmica é um sucesso partilhado e não pode ser somado á taxa de sucesso da ablação isoladamente.

Em relação à afirmação 4 considerada verdadeira, justifica alguma explicação, já que não está articulada do modo mais transparente. O que no Harrison se debate é a estratégia de ablação do nódulo AV para controle da frequência ventricular em fibrilhações auriculares que não controlam por outros meios e que portanto permanecem sintomáticas e podem levar a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo taquidependente. Considera-se neste contexto que ao fazer a ablação do nódulo AV vai ser necessária a implantação dum *pace-maker* definitivo e classicamente estes são implantados com um electrocateter ventricular no apex do ventrículo direito. O Harrison reconhece que este tipo de estratégia pode levar a desincronia e remodeling ventricular, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo e insuficiência cardíaca. Para evitar estas desvantagens que são comuns a todas as situações em que se implanta um eléctrodo no apex do ventrículo direito escreve-se que pode ser necessário em doentes seleccionados

implantar um pace-maker biventricular para minimizar a assincronia e os riscos descritos. Não fala o Harrison que os inconvenientes descritos para o pacing do apex do ventrículo direito podem também ser evitados por outras estratégias como a implantação de eléctrodos de fixação activa na câmara de saída do ventrículo direito, estratégia cada vez mais frequentemente utilizada e porventura com uma melhor relação custo-benefício. Posto isto no entanto a afirmação . A estratégia de ablação do nódulo AV e implantação de pacemaker pode justificar a implantação de pacemaker biventricular não é falsa e portanto só esta alínea pode ser considerada verdadeira.

Está correcta a chave provisória apresentada.

Nº de reclamações : 449

69. Em relação ao exame físico do sistema cardiovascular, assinale a afirmação **FALSA**:

1. O pulso *bisferiens*, que apresenta 2 picos sistólicos, é característico da regurgitação mitral e da miocardiopatia hipertrófica.

2. A depressão x no pulso venoso jugular deve-se ao relaxamento auricular e ao deslocamento inferior da válvula tricúspide durante a sístole ventricular.

3. O sopro de regurgitação tricúspide associado à hipertensão pulmonar é holossistólico e frequentemente aumenta durante a inspiração.

4. O 4.º som cardíaco (S4) ocorre quando a diminuição da complacência (*compliance*) ventricular aumenta a resistência ao enchimento ventricular.

5. O sopro sistólico da miocardiopatia hipertrófica torna-se mais intenso durante a manobra de Valsalva.

Justificação

1. 1383 D 3º/1384 E 1º

2. 1384 E 6º

3. 1386 D 3º

4. 1386 E 3º

5. 1387 T 220-1

A chave provisória está correcta, sendo a afirmação 1 falsa porque o pulso bisferiens não se associa à regurgitação mitral, mas sim à regurgitação aórtica.

Sem reclamações

70. Em relação à regurgitação aórtica, assinale a afirmação **VERDADEIRA**:

1. A etiologia reumática é muito frequente, mesmo que não haja envolvimento concomitante da válvula mitral.

2. A isquemia do miocárdio só ocorre em doentes com regurgitação aórtica se houver doença coronária concomitante.

3. O electrocardiograma é habitualmente normal, mesmo em doentes com regurgitação aórtica crónica grave.

4. Os doentes com regurgitação aórtica grave devem ser submetidos a cirurgia valvular se a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo for inferior a 50 %, mesmo que estejam assintomáticos.

5. O exercício isométrico pode ser benéfico em doentes com regurgitação aórtica grave.

Justificação

1. 1475 D 3º

2. 1476 E 4º

3. 1477 E 2º

4. 1478 E 4º

5. 1478 E 2º

A resposta 4 é inequivocamente verdadeira e as afirmações 1,2,3,5 são falsas já que a etiologia reumática não é muito frequente e muito menos se não há envolvimento da mitral, a isquémia do miocárdio pode ocorrer na ausência de doença coronária concomitante e o electrocardiograma é em geral anormal no doente com regurgitação aórtica crónica grave.

A chave provisória está correcta

Número de reclamações: 12

71. Em relação à hipertensão pulmonar, assinale a resposta **FALSA**:

1. O exame físico revela habitualmente aumento da pressão venosa jugular, diminuição do pulso carotídeo e um impulso palpável do ventrículo direito.

2. A classe funcional é um importante preditor da sobrevida.

3. Em ensaios clínicos aleatorizados, o sildenafil demonstrou melhoria da sintomatologia e da tolerância ao exercício.

4. A terapêutica com bosentan associa-se frequentemente a alterações dos testes de função hepática.

5. A hemangiomatose capilar pulmonar é uma forma rara de hipertensão pulmonar, de prognóstico favorável, pela sua boa resposta à terapêutica médica.

Justificação

1. 1576 E 5º

2. 1577 D 1º

3. 1578 D 2º

4. 1578 D 1º

5. 1579 D 5º

A afirmação 5 é inequivocamente falsa, já que a hemangiomatose capilar pulmonar é uma forma rara de hipertensão pulmonar, com péssimo prognóstico e sem terapêutica eficaz conhecida. As afirmações 2 a 4 são inequivocamente verdadeiras. Em relação à afirmação 1 uma reclamação afirma, com alguma razão que o termo typically foi traduzido mal para habitualmente e algo que é típico pode não ser frequente /habitual.

*Não obstante, consideramos a pergunta clara, por isso, a **chave provisória deve ser considerada correcta***

Número de reclamações :2

72. Em relação às taquiarritmias ventriculares, assinale a resposta **FALSA**:

1. Os doentes com síndrome de Brugada respondem favoravelmente à medicação com fármacos β -bloqueantes.

2. A maioria das taquicardias ventriculares não responde à estimulação vagal por massagem do seio carotídeo nem à administração de adenosina.

3. O ritmo idioventricular acelerado pode ocorrer na ausência de cardiopatia estrutural.

4. A intoxicação digitálica pode condicionar taquicardia ventricular bidireccional.

5. A terapêutica de ablação de taquicardia ventricular por cateter, em doentes sem cardiopatia estrutural apresenta taxas de cura superiores a 90 %.

Justificação

1. 1442 D 3º

2. 1436 D 3º

3. 1435 D 3º

4. 1441 E 2º

5. 1437 E 2º

A resposta 1 é inequivocamente falsa, já que o Síndrome de Brugada não responde aos fármacos beta-bloqueantes. As restantes afirmações 2,3,4 e 5 são inequivocamente verdadeiras.

*A **chave provisória está correcta**.*

Número de reclamações: 2

73. A propósito de dispneia, seleccione qual a afirmação **FALSA**:

1. A platipneia relaciona-se com o mixoma auricular.
2. Na radiografia do tórax a proeminência superior dos eixos vasculares sugere hipertensão arterial pulmonar.
3. Os derrames pleurais unilaterais são sugestivos de carcinoma ou embolismo pulmonar.
4. A pancreatite é uma causa de edema pulmonar agudo não cardiogénico.
5. A hipoxemia provocada por *mismatch* ventilação/perfusão responde habitualmente à administração de oxigénio suplementar, preconizada para saturações de oxigénio inferiores ou iguais a 90 % em repouso.

Justificação

1. 223 E 6°
2. 223 D 3°
3. 223 D 3°
4. 224 T-33.2
5. 223 D 6°/225 E 2°

A afirmação 2 é inequivocamente falsa, já que a proeminência dos eixos vasculares na radiografia do tórax sugere hipertensão venocapilar pulmonar e não hipertensão arterial pulmonar. A platipneia (dispneia na posição supina que alivia com o decúbito) pode ocorrer secundariamente a mixoma da aurícula. A pancreatite é a causa possível de edema pulmonar não cardiogénico, por lesão pulmonar hematogenia. A administração adicional ocasional de O₂ está indicada quando as saturações de O₂ baixam para os 90 % ou menos, não podendo esta indicação ser confundida com as indicações para Oxigénioterapia de longa duração. A afirmação 3 não nos parece totalmente inequívoca, já que como se afirma no Harrison os derrame pleurais unilaterais devem levar á suspeita de carcinoma e embolia pulmonar, mas podem ocorrer também na insuficiência cardíaca e têm também outras causas. A especificidade da unilateralidade é portanto baixa, no entanto tendo em conta a afirmação efectuada no Harrison e o facto de afirmação não ser falsa, **aceitamos como correcta a chave provisória apresentada.**

Número de reclamações: 122

74. A propósito de hipoxia, todas as afirmações estão certas excepto uma. Assinale a afirmação **INCORRECTA**:

1. O efeito Pasteur mantém alguma da produção da adenosina trifosfato.
2. A hipoxemia aumenta a pós-carga do ventrículo direito.
3. A intoxicação por monóxido de carbono desloca a curva de dissociação da hemoglobina para a direita.
4. O fenómeno de Raynaud pode associar-se a uma hipoxia circulatória localizada.
5. A cianose é habitualmente aparente quando há pelo menos 4 g/dL de hemoglobina reduzida circulante no leito capilar.

Justificação

1. 229 E 2°
2. 229 E 3°
3. 229 D 5°
4. 229 D 7°
5. 230 E 9°

As afirmações 2, 4 e 5 são inequivocamente verdadeiras e a afirmação 1, embora o tema seja bioquímica e glicolise é também verdadeira, embora a quantidade de adenosina trifosfato produzida seja mínima. A afirmação 3 é falsa, porque a curva de dissociação da hemoglobina /oxigénio desvia-se para a esquerda, não para a direita. Tendo em conta alguma falta de rigor quando em vez de dissociação de hemoglobina/oxigénio se diz apenas “dissociação da hemoglobina” e sobretudo por se considerar o limite para o aparecimento de cianose ≥ 4 g /dl de hemoglobina reduzida e não > 4 g/ dl como vem no Harrison **propõe-se que seja considerada incorrecta também a afirmação 5.**

Número de reclamações: 5

75. A propósito do exame objectivo cardiovascular, qual a afirmação **VERDADEIRA**:

1. A pericardite constritiva deve ser considerada quando a ascite é proporcional ao edema periférico.
2. O índice tornozelo-braço é igual à razão entre a pressão arterial sistólica no tornozelo e a maior das pressões arteriais sistólicas dos dois braços.
3. O pulso *bisferiens* sugere uma obstrução fixa do tracto de saída do ventrículo esquerdo.
4. A manobra de Valsalva diminui o sopro sistólico na miocardiopatia hipertrófica.
5. O atrito pericárdico ausculta-se melhor em decúbito e com a inspiração.

Justificação

1. 1382 D 4º
2. 1382 D 6º
3. 1383 D 3º
4. 1387 T-220.1º
5. 1388 D 2º

A resposta 2 é inequivocamente verdadeira segundo a definição apresentada no Harrison.

As restantes afirmações são falsas, sendo de destacar alguma imprecisão na afirmação 4 ao afirmar-se “ A manobra de Valsava diminui o sopro sistólico (intensidade ? ou duração ?) da miocardiopatia hipertrófica (obstrutiva ou não obstrutiva ?) “, que não nos parece impeditiva de a considerar falsa.

Número de reclamações: 2

O Júri de recurso mantém, assim, a chave provisória

76. A propósito da electrocardiografia assinala a afirmação **INCORRECTA**:

1. O *cor pulmonale* crónico não produz, habitualmente, os critérios clássicos de hipertrofia ventricular direita.
2. A sensibilidade do ECG para detectar hipertrofia ventricular esquerda está diminuída em fumadores e obesos.
3. Em indivíduos sem cardiopatia estrutural, o bloqueio incompleto de ramo direito é mais raro que o esquerdo.
4. Na síndrome de Wolff-Parkinson-White a tríade diagnóstica consiste num intervalo PR relativamente curto, um complexo QRS alargado e uma onda delta.
5. A hipercalcemia encurta o intervalo QT.

Justificação

1. 1391 D 3º
2. 1392 E 1º
3. 1392 D 2º
4. 1393 E 2º
5. 1395 D 1º

A afirmação 3 é inequivocamente incorrecta, já que o bloqueio incompleto ou completo de ramo direito é mais frequente em indivíduos sem cardiopatia estrutural do que o bloqueio incompleto ou completo de ramo esquerdo que se associa maioritariamente a cardiopatia estrutural. As afirmações 1, 2, e 5 são verdadeiras. Existem muitas reclamações relacionadas com a veracidade da afirmação 1, que não são valorizadas já que se ignora quais os critérios clássicos de hipertrofia ventricular direita que ocorrem por exemplo frequentemente na estenose valvular pulmonar grave, mas não no *Cor pulmonale* crónico. Os critérios clássicos de hipertrofia ventricular direita raramente se associam a *Cor Pulmonale* Crónico, porque para estarem presentes necessitam que exista uma geometria concêntrica do ventrículo direito e esta só é possível se a causa da hipertrofia já existe ao nascer. No *Cor Pulmonale* Crónico que se estabelece na idade adulta, mesmo quando não é secundário a DPCO, associa-se a hipertrofia/dilatação ventricular direita e esta não se traduz electrocardiograficamente pelos critérios clássicos de hipertrofia ventricular direita. A afirmação 4 ficaria melhor redigida se fosse retirado o intervalo “ relativamente ” curto, que resulta da tradução da frase também

pouco feliz do Harrison. O Síndrome de Wolf-Parkinson-White caracteriza-se pela presença de um intervalo PQ curto (< ou igual a 110 ms) e á presença de um empastamento inicial do QRS, que encurta o PQ e prolonga o QRS e se denomina onda delta. A chave provisória é considerada certa.

Número de reclamações: 187

77. A propósito da bradicardia, assinale a opção **FALSA**:

1. A forma autossômica dominante da doença do nódulo sinusal que se conjuga com taquicardia supraventricular tem sido ligada a mutações no gene *HCN4* do cromossoma 17.
2. Bloqueio transitório da condução aurículo-ventricular relaciona-se com o tonus vagal e observa-se em 10 % dos adultos jovens.
3. As causas mais comuns de bradicardia patológica são a doença do nódulo sinusal e o bloqueio da condução aurículo-ventricular.
4. Metade a um terço dos indivíduos com doença do nódulo sinusal evolui para taquicardia supraventricular, habitualmente fibrilhação ou flutter auricular.
5. Os doentes com a variante bradi-taqui da doença do nódulo sinusal têm um risco de tromboembolismo similar ao dos doentes em fibrilhação auricular.

Justificação

1. 1417 D 2º
2. 1416 D 1º
3. 1416 E 4º
4. 1417 D 5º
5. 1418 E 2º

A afirmação 1 é inequivocamente falsa, porque o cromossoma relacionado com esta forma rara de doença do nódulo sinusal não é o 17 é o 15 (?!). As restantes afirmações são verdadeiras. As reclamações a esta pergunta predominam na dificuldade em aceitar a afirmação 5 como verdadeira. Esta alegação não tem razão de ser, porque a semelhança de risco de tromboembolismo sistémico entre a Síndrome bradi-taqui e fibrilhação auricular resulta do facto de a maioria dos síndromas bradi-taqui incluírem a alternância de um ritmo em geral sinusal lento com períodos de ritmo rápido em geral fibrilhação auricular paroxística que tal como a fibrilhação auricular noutras circunstâncias têm risco tromboembólico aumentado. A chave provisória é correcta.

Número de reclamações: 339

78. A propósito da insuficiência cardíaca assinale a opção **VERDADEIRA**:

1. Cerca de 30 % dos doentes apresentam uma fracção de ejeção do ventrículo esquerdo superior a 40 %.
2. Nos países desenvolvidos a diabetes *mellitus* tornou-se a principal causa de insuficiência cardíaca.
3. A forma idiopática ocorre em menos de 5 % dos casos.
4. A mortalidade no primeiro ano após o diagnóstico é de 30 % - 40 %, chegando aos 60 % - 70 % aos cinco anos.
5. Um electrocardiograma normal não exclui disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.

Justificação

1. 1443 E 3º/1443 D 1º
2. 1443 D 2º
3. 1443 D 3º
4. 1444 E 2º
5. 1447 D 1º

A afirmação 4 considerada verdadeira, não é, em rigor, totalmente verdadeira porque a afirmação é realizada no Harrison em relação à Insuficiência Cardíaca sintomática . Passo a traduzir o Harrison na pagina 1444 E 2º : “ Não obstante os muitos avanços recentes na

avaliação e tratamento da Insuficiência cardíaca (IC), o desenvolvimento de IC sintomática ainda se associa a um mau prognóstico. Estudos comunitários indicam que 30-40 % dos doentes morrem em 1 ano após o diagnóstico (de IC sintomática) e 60-70% morrem em 5 anos....” Ao não ser referido o carácter sintomático do diagnóstico de IC estamos a sugerir que, por exemplo, um doente assintomático com disfunção diastólica ou mesmo sistólica diagnosticada por ecocardiograma, tem este tipo de prognóstico o que não me parece correcto. As afirmações 1,2,3,4 são falsas, já que cerca de 50 % (e não 30 %) dos doentes com IC têm fracção de ejeção > 40-50%, nos países desenvolvidos as principais causas de de IC são a Doença Coronária e a HTA (e não a Diabetes que é um factor etiológico menos frequente) e a forma idiopática ocorre em 20-30% dos casos de IC com disfunção sistólica (e não em menos de 5 % dos casos).A quase totalidade das reclamações centra-se na afirmação 5 considerada verdadeira pelos reclamantes. A tradução d o Harrison de “ A normal ECG virtually excludes LV systolic dysfunction “ obtemos o seguinte: “ Um ECG normal praticamente exclui disfunção sistólica do ventrículo esquerdo “. Esta é uma máxima clássica conhecida pelo que a afirmação 5 é falsa.

Número de reclamações: 405

*Pelo facto das reclamações não terem incidido na afirmação 4, considerada verdadeira mas apenas na afirmação 5, **considera-se a chave provisória apresentada como correcta.***

79. A propósito das cardiopatias congénitas do adulto, assinale a opção **FALSA**:

1. Ocorrem em 4 % dos descendentes das mulheres com cardiopatia congénita.
2. Existem aberrações cromossómicas reconhecidas e mutações genéticas em menos de 10 % das malformações cardíacas.
3. A coartação da aorta e o aneurisma do seio de Valsalva são considerados de elevada complexidade.
4. A flebotomia terapêutica é raramente necessária na eritrocitose compensada.
5. O defeito do septo interventricular e a obstrução do tracto de saída do ventrículo direito integram a definição da tetralogia de Fallot.

Justificação

1. 1458 E 1º
2. 1458 E 2º
3. 1459 T-229.2
4. 1458 D 1º
5. 1463 D 1º

A afirmação 3 é inequivocamente falsa porque a Coartação da aorta e o aneurisma do seio de Valsalva são consideradas de complexidade intermédia. As restantes afirmações são verdadeiras pelo que a **chave provisória é considerada correcta**.

Nº de reclamações: 2

80. A propósito da miocardiopatia, assinale a opção **VERDADEIRA**:

1. A displasia arritmogénica do ventrículo direito transmite-se principalmente sob a forma de hereditariedade autossómica recessiva.
2. A síndrome de Tako-Tsubo evolui frequentemente para disfunção cardíaca, a longo prazo.
3. A terapêutica da não compactação do ventrículo esquerdo é a utilizada na insuficiência cardíaca crónica, exceptuando a anticoagulação dado o risco de hemorragia intramiocárdica.
4. Um ecocardiograma normal na infância exclui desde logo a presença de miocardiopatia hipertrófica.
5. Na miocardiopatia hipertrófica os sintomas não se relacionam com a gravidade do gradiente de pressão na câmara de saída.

Justificação

1. 1483 D 1º
2. 1484 E 1º
3. 1484 E 3º
4. 1484 D 1º
5. 1484 D 3º

As Displasia arritmogénica do ventrículo direito transmite-se principalmente sob a forma de hereditariedade autossómica dominante (e não recessiva), a Síndrome de Tako-Tsubo é por definição uma patologia reversível e não associada a doença coronária, a terapêutica da rara patológica de não compactação do ventrículo esquerda inclui a anticoagulação oral dado o elevado risco de trombose intra-cardíaca e embolismo sistémico. Um ecocardiograma normal na infância não exclui miocardiopatia hipertrofica porque a doença expressa-se fenotipicamente em geral pelos 20 anos, outras vezes mais tarde. As afirmações de 1 a 4 são portanto claramente falsas.

A afirmação 5 considerada verdadeira, poderá não o ser. O que é afirmado no Harrison é o seguinte:

“Symptoms are not closely related to the presence or severity of an outflow pressure gradient”.

Esta afirmação não permite afirmar que não se relacionam, mas apenas que essa relação não é estreita. Efectivamente os sintomas na Miocardiopatia Hipertrofica dependem quer da obstrução da câmara de saída do ventrículo esquerdo (sincope, angor pectoris, dispneia esforço) quer ainda da disfunção diastólica (dispneia de esforço), pelo que encontrar uma relação estreita apenas com o gradiente da câmara de saída é difícil. Contudo é também verdadeiro que as formas obstrutivas são mais frequentemente sintomáticas que as formas não obstrutivas e comprovando que a afirmação considerada correcta na pergunta não o pode ser, as terapêuticas cirúrgica, por infiltração de álcool do septo e mesmo por pacemaker que actuam apenas no gradiente intraventricular e não na disfunção diastólica, associam-se a uma melhoria sintomática clara na maioria dos doentes a ela submetidos.

Nº de reclamações: 122

Assim sendo propõe-se a anulação desta pergunta.