

Questão 1 Diagnóstico diferencial de dor torácica na emergência Exames de imagem**Aneurisma de Aorta Torácica**

Mulher de 67 anos comparece ao pronto atendimento devido a dor torácica com irradiação para o dorso. Refere quadro semelhante por 3 ocasiões nos últimos 3 meses, sem história de trauma prévio. A dor é de forte intensidade e sem fatores de melhora ou piora. Hipertensa, tabagista 40 maços/ano. Na sua primeira avaliação, solicitou-se uma radiografia de tórax (imagem demonstrada).



Em relação ao quadro clínico e à imagem, pode-se afirmar que

- ☐ A há presença de alargamento de mediastino, podendo sugerir aneurisma de aorta torácica.
- ☐ B a radiografia foi bem realizada, com boa inspiração e boa penetração e sem rotação.
- ☐ C o índice cardioriorácico medido foi de 0,4, sugerindo cardiomegalia importante.
- ☐ D na avaliação do ar presente na traqueia, podemos afirmar que há desvio dessa estrutura.
- ☐ E há forte indício de hemotórax à esquerda.

4000185428

Questão 2 Estratificação do risco cardiovascular global e metas terapêuticas Cardiologia

Segundo o Caderno de Atenção Primária do Ministério da Saúde, existe boa evidência de que a dosagem dos lipídios séricos pode identificar homens e mulheres assintomáticos que são elegíveis para a terapia preventiva. Níveis altos de colesterol total (CT) e de lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-C), assim como baixos níveis de lipoproteína, são importantes fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC). O risco de DAC é maior naqueles em que há combinação de fatores de riscos. O risco de doença arterial coronariana em 10 anos é menor em homens jovens e em mulheres que não tenham outros fatores de risco, mesmo na presença de anormalidade lipídicas. Considerando esse assunto, assinale a alternativa correta, a respeito da recomendação desse rastreamento, de acordo com a referida publicação.

- A Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos de idade ou mais.
- B Não está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos de idade, quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.
- C Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos de idade.
- D Não está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 a 45 anos de idade, quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.
- E Está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos de idade ou mais quando não se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000185230](#)

Questão 3 Tratamento da Insuficiência cardíaca Cardiologia

Paciente MDH, homem, de 42 anos de idade, foi internado por dispneia aos esforços há cinco meses, com sensação de opressão no tórax há uma semana. Nega tosse, expectoração ou chiado. Nega tabagismo. Seu exame físico da entrada revelou o seguinte: PA de 110 mmHg x 76 mmHg; FC de 54 bpm; saturação de O₂ (ar ambiente) de 91%. Ausculta cardíaca: hiperfonese e desdobramento de segunda bulha em foco pulmonar. Turgência jugular bilateral. Pulmões com estertores bibasais. Apresenta ecocardiograma transtorácico com FEVE de 34% e a radiografia inicial mostrada a seguir. O paciente é estabilizado no terceiro dia da internação e já está com a volemia estável.



A partir desse caso hipotético, assinale a alternativa correta, a respeito do planejamento pós-alta desse paciente, de acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda.

- A Recomenda-se que pacientes que foram internados por insuficiência cardíaca (IC) descompensada sejam seguidos somente em casos de necessidade de terapia de suporte ventricular.
- B Recomenda-se visita clínica precoce após hospitalização, com avaliação médica/multidisciplinar, somente depois do terceiro mês após alta hospitalar.
- C É recomendada a vacinação anual contra *influenza* para todos os pacientes com IC.
- D Pacientes com sintomas avançados (classe IV da NYHA) são os únicos indicados a iniciar programas de exercício
- E O retorno ao trabalho deve ser evitado, ainda que seja importante financeiramente, pois o trabalho não é benéfico para o estado emocional e a autoestima de pacientes com doenças crônicas.

Questão 4 Diagnóstico eletrocardiografico da parede do infarto**Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST Cardiologia**

Mulher de 52 anos de idade, hipertensa, diabética e tabagista procurou o pronto-socorro de um hospital terciário com quadro de dor precordial de início súbito há cerca de duas horas, de forte intensidade, associada a diaforese e dispneia. Ao exame físico, apresenta-se sudoreica, com palidez cutânea, PA = 80 mmHg x 60 mmHg, FC = 64 bpm, FR = 28 ipm, saturação de oxigênio = 98% em ar ambiente, turgência jugular a 45°, com bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. À ausculta pulmonar, observa-se murmúrio vesicular presente em cada hemitórax, com estertores crepitantes em terço inferior bilateralmente. Constatam-se extremidades frias, com tempo de enchimento capilar prolongado. Foi realizado o eletrocardiograma a seguir.



Internet: <assinantes.medicinanet.com.br>.

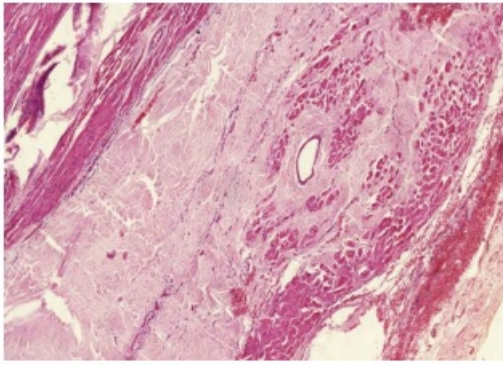
Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o correto diagnóstico e a conduta adequada, nesse caso clínico.

- ☐ A infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato
- ☐ B infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST de parede anterior; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato
- ☐ C infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST de parede inferior; realizar trombólise de urgência, se ausência de contraindicações
- ☐ D infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST de parede inferior; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato
- ☐ E infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; realizar trombólise de urgência, se ausência de contraindicações

4000185219

Questão 5 Infarto Agudo do miocárdio com supra de ST IAMCSST Cardiologia

Homem, 67a, no início da manhã apresentou fortes dores na região central do tórax, que irradiavam para o pescoço, mandíbula e braço esquerdo, e dificuldade para respirar. Foi imediatamente conduzido a uma Unidade de Emergência, chegando com sudorese acentuada e muito ansioso. Exame físico: PA=60x35mmHg; FC=120bpm; cianose de extremidades, pulsos fracos. Eletrocardiograma: sinais de extenso infarto do miocárdio anterolateral. Foram realizadas medidas iniciais de suporte de vida e indicado cateterismo cardíaco, mas antes disto evoluiu à óbito. Submetido à necropsia. A Figura mostra uma secção do coração.



SOBRE A IMAGEM, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A Há uma área de infarto do miocárdio antigo e o novo infarto é muito recente para ser identificado à histologia convencional.
- B Há uma área de necrose coagulativa do miocárdio, compatível com o infarto recente.
- C Existe uma hipertrofia dos cardiomiócitos decorrente de hipertensão arterial crônica.
- D O infarto do miocárdio produziu redução súbita da pressão arterial, com trombose vascular e sinais de recanalização.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000184376

Questão 6 Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST **Cardiologia**

Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados, julgue o item a seguir.

ELETROCARDIOGRAMA NÚMERO 1:



Disponível em: ECG 1 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452247317302571#fig3>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ELETROCARDIOGRAMA NÚMERO 2:



Disponível em: ECG 2: <https://coreem.net/core/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

No contexto clínico apresentado, o paciente não apresenta benefício na revascularização miocárdica imediata.

A Certo.

B Errado.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000184276](#)

Questão 7 **Infarto de ventrículo direito** **Cardiologia**

Homem de 64 anos, diabético, em uso de daglifozina, procura atendimento de urgência por dor precordial intensa há 1 hora; está hemodinamicamente estável, com ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem outros achados significativos. O ECG e o ecocardiograma mostram alterações típicas de infarto agudo do miocárdio de ventrículo direito, com elevação do segmento ST. Nas primeiras 24-48 horas deve ser empregado com cautela, ou mesmo evitado, o uso de

A ácido acetilsalicílico.

B nitratos.

C inibidor de P2Y12.

D heparina de baixo peso molecular.

E betabloqueadores.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000183666](#)

Questão 8 **Estratificação do risco cardiovascular global e metas terapêuticas** **Cardiologia**

Mulher de 57 anos, em tratamento de *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) há 4 anos. Alimentação equilibrada e saudável, não é tabagista, pratica musculação 2 vezes por semana e caminhada 5 vezes por semana desde que soube do diagnóstico. Antecedentes familiares – mãe e irmã com DM2, sem doenças cardiovasculares graves ou câncer. Está assintomática. IMC: 24. PA: 110 × 70. Hb glicada: 6,8. Creatinina: 0,70. Microalbuminúria: 5 mg/g. Colesterol total: 186. HDL: 60. Triglicérides (TGD):135. O risco cardiovascular (RCV) desta paciente de acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias de 2017 é:

A RCV alto devido ao histórico familiar, idade e valor da microalbuminúria.

B RCV intermediário devido ao diagnóstico DM2 recente, valor do HDL e Hb glicada.

C RCV muito alto devido ao diagnóstico de DM2, histórico familiar e valor de TGD.

D RCV intermediário devido ao tempo de evolução do diabetes e valor do LDL.

E RCV alto devido a idade e diagnóstico de DM2.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000183593](#)

Questão 9 **Estratificação do risco cardiovascular global e metas terapêuticas** **Cardiologia**

Em relação à prevenção clínica das doenças cardiovasculares, pode-se afirmar que:

- A A intensidade das intervenções preventivas raramente pode ser determinada pela estimativa do risco cardiovascular para cada paciente pelas inúmeras variáveis de cada indivíduo.
- B Indivíduos com idade maior que 75 anos têm menor risco basal para doença cardiovascular e, portanto, sem benefício absoluto de receber intervenções preventivas.
- C Em pacientes hipertensos, o uso de anti-hipertensivos reduz o risco de eventos cardiovasculares, independentemente da história pregressa de doença cardiovascular.
- D O uso de estatina em prevenção primária é ineficaz na redução de eventos cardiovasculares maiores, mortalidade geral e acidente vascular cerebral não fatal.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000183392](#)

Questão 10 Anticoagulantes Antiplaquetários Cardiologia

Sobre o tratamento antitrombótico preconizado pela diretriz brasileira de síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento de segmento ST, assinale a correta.

- A Nos raros casos de pacientes com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico, para dupla antiagregação, recomenda-se a combinação de clopidogrel com ticagrelor, ou clopidogrel com prasugrel, todos sem dose de ataque.
- B O período de tratamento com enoxaparina em dose plena é por 5 dias. Após esse período, caso o paciente permaneça internado, deve ser reduzida para dose profilática de tromboembolismo venoso.
- C Não há indicação rotineira de se iniciar inibidor do receptor P2Y12 como pré-tratamento em pacientes indicados para estratégia invasiva precoce (< 24h).
- D Caso disponível no serviço, deve-se dar preferência ao fondaparinux como anticoagulante de escolha em pacientes de baixo risco hemorrágico e disfunção renal com clearance de creatinina < 20mL/min.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000182914](#)

Questão 11 Biomarcadores Eletrocardiograma Cardiologia

Paciente masculino, de 54 anos, procurou a Emergência por ter apresentado há 3 horas dor retroesternal, de intensidade moderada, sem irradiação; no momento, estava sem dor. Referiu hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia em tratamento. Encontrava-se estável do ponto de vista hemodinâmico, Killip I. O eletrocardiograma está reproduzido abaixo.



À admissão, a dosagem de troponina I. ultrasensível foi de 12 pg/ml e, 3 horas após, de 154 pg/ml (valor de referência: < 5 pg/ml). Que diagnóstico, dentre os propostos, é o mais provável?

- A Angina instável
- B Infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST na parede lateral
- C Infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST na parede anterior
- D Infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST

Essa questão possui comentário do professor no site [4000182830](#)

Questão 12 Exame físico Cardiologia Sopros diastólicos

Um homem de 75 anos, portador de estenose mitral grave, procura atendimento médico com queixa de dispneia e lipotimia. Sobre o exame físico desse paciente, é correto afirmar que

- A a presença de estalido de abertura precoce é frequente.
- B a hipofonese de B1 é comum.
- C sinais de insuficiência cardíaca esquerda são comuns.
- D o exame físico costuma ser normal.
- E a hipofonese de B2 é característica.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181603](#)

Questão 13 Sopros sistólicos Exame físico Cardiologia

O Prolapso da Valva Mitral (PVM) tem apresentações clínicas muito variáveis em decorrência dos diferentes mecanismos patológicos que envolvem o aparelho valvar mitral. Analise as assertivas relacionadas ao PVM.

- I. O PVM é a anormalidade que mais comumente leva à insuficiência mitral primária.
- II. O PVM é encontrado com frequência em pacientes com distúrbios hereditários do tecido conectivo, como síndrome de Marfan, osteogênese imperfeita e síndrome de Ehlers-Danlos.
- III. O folheto anterior da valva mitral é o mais afetado no PVM, e o anel valvar frequentemente encontra-se dilatado.
- IV. A regurgitação mitral decorrente do prolapso do folheto anterior da valva mitral provoca um sopro irradiado para a base do coração.

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas.

- A I e II apenas.
- B I e IV apenas.
- C II e III apenas.
- D I, II e III apenas.
- E IV apenas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181542](#)

Questão 14 Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida **Cardiologia**

Paciente masculino, 57 anos, diagnosticado com insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva há 3 anos. Portador de pré-diabetes. Evoluindo com dispneia progressiva, atualmente aos mínimos esforços, em atividades simples como escovar os dentes ou pentear os cabelos. Ex-tabagista há 15 anos. Apresenta boa aderência medicamentosa. Em uso de furosemida, losartana, carvedilol, espironolactona em doses otimizadas. Ao exame físico, apresenta-se com PA 130x70mmHg; FC 65bpm; FR 18irpm; SpO₂ 98% em ar ambiente. Turgência jugular leve. Ausculta pulmonar com roncos em bases; edema de membros inferiores +/4+. Restante do exame físico sem achados. Exames complementares: Hb 12,4 g/dL (> 12g/dL); Leucócitos 6mil (sem desvio); Plaquetas 180000 (VR 150000-450000); Ureia 40 mg/dL (VR até 40 mg/dL); Creatinina 1,2mg/dL (VR até 1,3mg/dL) Sódio 133 mEq/L (VR 135-145 mEq/L) Potássio 4 mEq/L (VR 3,5-5 mEq/L). Restante dos exames sem nada chamativo. Eletrocardiograma com sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo, ritmo sinusal e sem sinais de arritmia. Ecocardiograma transtorácico, realizado há 15 dias, evidenciou fração de ejeção de 38%, às custas de hipocinesia difusa, sem sinais de lesão valvar. De acordo com o caso acima, qual a melhor conduta nesse momento?

- A Associação de ivabradina ao esquema de tratamento.
- B Suspensão de losartana e início de sacubitril/valsartana.
- C Suspensão de carvedilol e introdução de dapaglifozina.
- D Implante de CDI (cardiodesfibrilador implantável) de urgência.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181361](#)

Questão 15 **Cardiologia** **Estatinas**

Trabalhador da construção civil, de 58 anos de idade, em tratamento regular para hipertensão há 12 anos, procurou a unidade básica de saúde (UBS), com queixa de fortes dores musculares. O paciente acredita que as dores musculares tenham relação com o uso de uma nova medicação prescrita na UBS há duas semanas, quando, em uma consulta de rotina, foram constatadas alterações em seus exames laboratoriais.

Nesse caso, qual condição clínica, ao ser evidenciada pelos exames laboratoriais, pode justificar a prescrição da medicação?

- A Obesidade.
- B Dislipidemia.
- C Hipotireoidismo.
- D Diabetes *mellitus*.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000178605](#)

Questão 16 Infarto de ventrículo direito **Cardiologia**

Um homem com 48 anos de idade, tabagista, em tratamento irregular de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemia, é admitido na unidade de emergência de hospital de pequeno município do interior, com quadro de dor torácica de forte intensidade, tipicamente anginosa, associada a diaforese, náuseas e vômitos. Segundo informa, o quadro álgico tem cerca de 4 horas de evolução, não tendo procurado antes a unidade de saúde por receio de contaminação devido à pandemia em curso. O exame físico dirigido revela um paciente em moderado desconforto agudo, ansioso, com pressão arterial (PA) de 102 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 102 batimentos por minuto, levemente taquipneico, frequência respiratória de 22 incursões respiratórias por minuto. Na ausculta cardíaca, revelam-se uma 4ª bulha e um sopro sistólico suave na ponta, estando os pulmões limpos. É realizado, então, um eletrocardiograma (ECG) nos primeiros 10 minutos de atendimento, que mostra a presença de um supradesnível do segmento ST superior a 2 mm nas

derivações D2, D3, aVF e VI, além de infradesnível de ST de 3 mm nas derivações V2 a V4, nas quais são observadas ondas R aumentadas e ondas T positivas proeminentes. São administrados nitrato sublingual e ácido acetilsalicílico (AAS), além de ser solicitada a infusão de tenecteplase intravenosa em bolus, uma vez que não há serviço de hemodinâmica na região. Enquanto é providenciada a elaboração do trombolítico, o paciente refere piora dos sintomas, sendo verificado que ele se encontra ainda mais pálido e hipotenso (PA: 80 x 46 mmHg), a despeito de sua ausculta pulmonar manter-se sem ruídos adventícios.

Considerando os dados relatados, a melhor explicação para a piora clínica do paciente logo após a instituição da abordagem inicial é

- A agravamento da hipercalemia pelo AAS.
- B desenvolvimento de rotura de septo interventricular.
- C medicação inadequada na coexistência de infarto de ventrículo direito.
- D instalação de choque cardiogênico por grave disfunção ventricular esquerda.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000176611](#)

Questão 17 Diagnóstico do IAMCSST Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST

Uma mulher com 55 anos de idade procura a unidade de emergência referenciada com queixa de dor precordial em aperto há 12 horas. Antecedentes pessoais: diabética tipo 2, há 12 anos, em uso de metformina 1 500 mg ao dia e glicazida 30 mg ao dia, hipertensão arterial, há 8 anos, em uso de captopril 150 mg ao dia. Exame físico da admissão: PA = 100 x 60 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 irpm, Sat = 92%. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros, murmúrio vesicular presente e simétrico com estertores crepitantes em base, abdome globoso, fígado há 4 cm do rebordo costal direito, baço não percutível. Extremidades: pulsos periféricos diminuído, edema 3+/4+. ECG abaixo:



Diante do quadro apresentado, o diagnóstico e tratamento são

- A infarto agudo do miocárdio e trombólise com atepase.
- B infarto do miocárdio evoluído e cateterismo.
- C síndrome coronariana aguda e balão intra-aórtico.
- D pericardite aguda e colchicina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000153252](#)

Questão 18 Estenose mitral

Uma mulher de 38 anos de idade é admitida na enfermaria de cardiologia de hospital de alta complexidade, em função de quadro de dispneia progressiva, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Segundo a paciente informa, seus sintomas anteriores iniciaram-se há cerca de 1 ano, tendo progredido ao longo do período. Procurou assistência médica em algumas ocasiões, sendo finalmente internada para realização de exames complementares e definição diagnóstica. Em sua história patológica pregressa, há relato de dois episódios de febre reumática na adolescência, num dos quais foi detectado um "sopro no coração". Fez uso de penicilina benzatina de forma mensal, mas irregular, até os 18 anos de idade. Nega outros dados relevantes de anamnese. Ao exame físico, paciente está em bom estado geral, em atitude ortopneica. Não há febre. PA = 120 x 70 mmHg; FC = 87 bpm. Ritmo cardíaco é irregular, em 2 tempos, com 1ª bulha hiperfonética e presença de sopro diastólico (2+/6+) em ponta, melhor audível em semi-decúbito lateral esquerdo; um ruído protodiastólico curto, de alta frequência, é também auscultado no foco mitral, mas não se observa reforço do ruflar diastólico. Há anicardiosfigmia. Não é detectada turgência jugular a 45°. Estertores crepitantes finos são auscultados em bases. Não há congestão hepática, nem edema de MMII. Exames complementares iniciais (incluindo VHS) revelam-se normais, sendo a pesquisa de ASLO e swab de orofaringe negativos para infecção por *Streptococcus pyogenes*. Eletrocardiograma revela ritmo de fibrilação atrial, com QT normal.

Diante dos dados relatados, a melhor explicação para o quadro da paciente é

- A insuficiência aórtica.
- B estenose mitral reumática.
- C cardite reumática aguda.
- D endocardite infecciosa de septo interventricular.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000153231](#)

Questão 19 Tratamento medicamentoso das dislipidemias Tratamento medicamentoso Cardiologia

Dona Clementina de Jesus possui 62 anos e é portadora de hipertensão e diabetes, em acompanhamento regular na clínica da família. Encontra-se assintomática e vem para consulta rotineira. Está feliz e diz que está fazendo caminhadas na maioria dos dias da semana. PA: 138 x 84 mmHg, FC: 84 bpm. Exame físico normal. A receita atual da paciente e seu exame laboratorial estão expostos abaixo.

Clínica da Família Mestre Jamelão

Sra. Clementina de Jesus

Uso oral:

1. Enalapril 10mg – Tomar 1 comprimido de 12/12h.
2. Anlodipino 5mg – Tomar 1 comprimido pela manhã.
3. Metformina 850mg – Tomar 1 comprimido após café e almoço.

| Resultado de Exames | | | | | | | |
|--------------------------|---------|-------|-----|------------|-----|----------------|-----|
| Sra. Clementina de Jesus | | | | | | | |
| Hb | 12,7 | Gl | 98 | Ur | 28 | LDL | 122 |
| Hto | 38,4 | HbA1c | 5,4 | Cr | 0,9 | HDL | 34 |
| Leucócitos | 5200 | Na | 144 | Ac.Úrico | 7,8 | Triglicerídeos | 206 |
| Plaquetas | 198.000 | K | 3,6 | Colesterol | 198 | | |

Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa correta:

- A Paciente deve permanecer com a medicação prescrita e retornar em 3 meses, após reavaliação com nutricionista.
- B A pressão arterial está na meta e devemos manter o uso dos anti-hipertensivos. No entanto, devemos iniciar o uso de fibrato para redução dos triglicerídeos.
- C A pressão arterial está na meta e devemos manter o uso dos anti-hipertensivos. No entanto, devemos iniciar o uso de estatina para controle da dislipidemia.
- D A pressão arterial está fora da meta e os anti-hipertensivos devem ser ajustados. A melhor opção é o início de hidroclorotiazida 25mg/dia. Além disso, recomenda-se o uso de estatina associado ao fibrato para resolução da hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
- E A pressão arterial está fora da meta e os anti-hipertensivos devem ser ajustados. A melhor opção é aumentar a dose de enalapril para 20mg de 12/12h. Além disso, recomenda-se o uso de estatina para resolução da hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000147535](#)

Questão 20 **Estenose mitral** **Cardiologia**

Felipe Luís, 28 anos, apresenta-se ao ambulatório de Cardiologia com queixa de dispneia. À ausculta cardíaca, observa-se um sopro mesodiastólico com reforço pré-sistólico no quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, com hiperfonese de B1 e de B2. A respeito desse quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA:

- A A principal etiologia para essa valvopatia nessa idade é a doença bicúspide.
- B e houver um sopro sistólico que aumenta com a inspiração profunda, significa que a doença é mais grave.
- C O ventrículo esquerdo deve estar aumentado.
- D O reforço pré-sistólico do sopro indica a possibilidade de haver fibrilação atrial
- E Se houver fibrilação atrial, o uso de um novo anticoagulante oral está indicado.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000147492](#)

Questão 21 **Diagnóstico** **Cardiologia**

Dona Terezinha, 68 anos, moradora de Madureira (RJ), é portadora de hipertensão arterial de longa data, porém faz uso irregular de suas medicações (captopril e hidroclorotiazida). Há 2 meses, alega início de cansaço para subir dois lances de escada. No último mês, houve piora do cansaço, dificultando a realização de tarefas mais simples, como tomar banho. Além disso, alega episódios de tosse seca no período noturno. Nega dor torácica ou outros sintomas. Ao exame físico, encontramos paciente em bom estado geral, corada, hidratada, sem turgência jugular patológica, eupneica em ar ambiente. PA 168 x 94 mmHg, FC: 94bpm, FR: 16irpm. A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes em ambas as bases. Exame cardiovascular revela presença de quarta bulha. Restante do exame normal. Sobre esse caso clínico, assinale a alternativa CORRETA:

- A Paciente não possui diagnóstico de insuficiência cardíaca, pois não apresenta critérios maiores de Framingham.
- B Trata-se de um caso duvidoso de insuficiência cardíaca em que o ecocardiograma pode elucidar o diagnóstico.
- C Paciente tem sinais e sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca e nenhum outro exame deve ser solicitado para o diagnóstico.
- D O exame físico é compatível com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- E O peptídeo natriurético atrial possui um bom valor preditivo positivo para a detecção de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.

4000147391

Questão 22 Tratamento cirúrgico da estenose aórtica

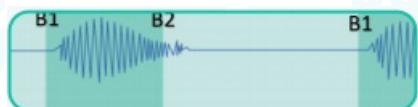
Um homem com 50 anos de idade é internado em hospital terciário para investigação diagnóstica e tratamento de quadro caracterizado por dispneia aos moderados esforços. Há relato, ainda, de precordialgia em aperto, com duração de cerca de 5 minutos, precipitada por esforços e aliviada com o repouso, além da ocorrência de 2 episódios de síncope nos últimos 12 meses. Ao realizar exame físico, constatou-se que o paciente se encontra em regular estado geral, corado, acianótico, eupneico, com a cabeceira do leito elevada a 30 graus. Seu ritmo cardíaco é regular, em 3 tempos, com a presença de 4.^a bulha e a existência de um sopro mesossistólico 3+/6+ mais audível no 2.º espaço intercostal direito, na borda esternal; os pulsos arteriais são do tipo parvus et tardus. A ausculta pulmonar apresenta discretos estertores crepitantes em bases. Não há edema de membros inferiores. A radiografia de tórax (PA e perfil) mostra leve dilatação da raiz da aorta, área cardíaca normal e presença de calcificações mitro-aórticas. É solicitado, então, um ecocardiograma transtorácico que revela área valvar aórtica de 0,9 cm² (normal: 3 a 4 cm²), sendo o gradiente ventrículo esquerdo (VE) - aorta de 55 mmHg e velocidade máxima de fluxo transvalvar de 4,5 metros/segundo (normal = inferior a 2m/seg); fração de ejeção do VE é de 52 %. Frente ao processo de avaliação diagnóstica e ao estabelecimento de plano terapêutico neste momento, qual é a conduta médica indicada para o paciente e sua justificativa?

- A Indicar início de tratamento farmacológico com diurético de alça, inibidor de enzima conversora de angiotensina e nitrato, dada a presença de insuficiência cardíaca provocada pelo aneurisma da aorta torácica ascendente.
- B Solicitar a complementação do ecocardiograma com infusão endovenosa de dobutamina, em razão da necessidade de melhor definir o comprometimento da função diastólica causado pela regurgitação valvar aórtica.
- C Proceder cateterismo cardíaco diagnóstico e possivelmente terapêutico, dada a inegável existência de doença arterial coronariana como causa da angina pectoris estável e disfunção sistólica do VE.
- D Solicitar avaliação do risco cirúrgico visando à realização de troca valvar aórtica, em razão da existência de estenose aórtica grave sintomática, com indicação de substituição da valva afetada.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000146619

Questão 23 Cardiopatia hipertrófica Exame físico Cardiologia

Gabriel, 28 anos, comparece ao pronto-socorro queixando-se de ter apresentado síncope ao jogar partida de futebol. Ao exame físico, apresentava PA: 130/78, FC: 80 bpm, ausculta pulmonar normal e, à ausculta cardíaca, foi ouvido um sopro, conforme a representação abaixo:



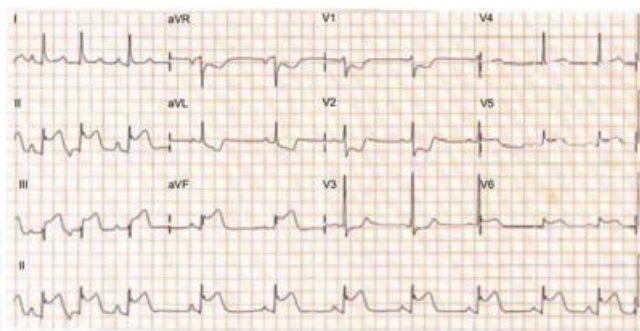
Sobre esse caso clínico, é correto afirmar que:

- A Esse sopro deve diminuir com a manobra de *handgrip*.
- B Com os dados apresentados, podemos afirmar que se trata de um caso de cardiomiopatia hipertrófica.
- C A principal etiologia para o quadro é reumática.
- D A manobra de Valsalva não contribuiria para o diagnóstico diferencial nesse caso.

4000147122

Questão 24 Infarto Agudo do miocárdio com supra de ST IAMCSST

Um homem com 50 anos de idade, ao ser atendido em um Serviço de Emergência, refere desconforto torácico descrito como sensação de aperto, com início há cerca de 90 minutos, sem fatores de alívio. Questionado a respeito da localização da dor, o paciente coloca a mão fechada sobre o lado esquerdo do peito. Informa, ainda, que o desconforto teve início após ter subido escadas, tendo evoluído também com náuseas, palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria. O paciente é portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, estando em uso regular de enalapril - 20 mg/dia, de sinvastatina - 20 mg/dia e de ácido acetilsalicílico - 100 mg/dia. Durante o atendimento, foi realizado eletrocardiograma, cujo resultado está reproduzido a seguir.



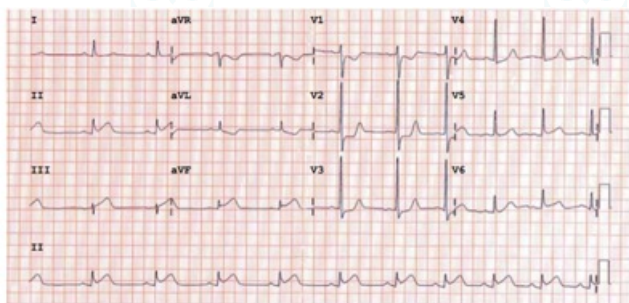
Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável e o que se espera encontrar na curva enzimática do paciente no momento de sua chegada?

- A Angina variante de Prinzmetal; troponina e CPK-MB positivas.
- B Angina instável; marcadores de necrose miocárdica negativos.
- C Infarto agudo do miocárdio inferolateral dorsal; mioglobina positiva.
- D Infarto agudo do miocárdio de parede lateral alta; elevações séricas de mioglobina e CK-MB.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000127911

Questão 25 Tratamento farmacológico do IAMCSST Diagnóstico do IAMCSST Cardiologia

Um homem com 52 anos de idade, hipertenso, em uso de anlodipino, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com dor torácica anterior esquerda, irradiando para epigástrio, em aperto, de intensidade 8/10, com início súbito há cerca de 1 hora, após refeição. Ao exame, encontra-se ansioso e sudoreico; pressão arterial = 100 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 72 bpm; frequência respiratória = 24 irpm, sem outros achados no exame físico. Foi realizado um eletrocardiograma cujo resultado é apresentado a seguir:



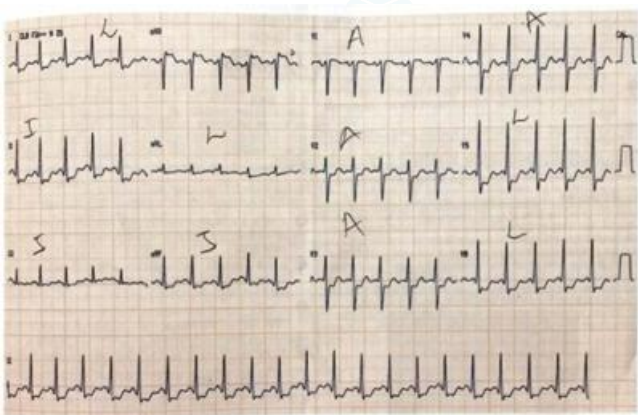
O paciente foi monitorizado, recebeu Ácido Acetilsalicílico (AAS), morfina e oxigênio, sendo contactado hospital de apoio para transferência. Como não havia previsão de vaga para as próximas horas, decidiu-se pela realização de trombólise com alteplase seguida de anticoagulação com enoxaparina. A pressão arterial manteve-se em 100 x 60 mmHg. A conduta a ser adotada nesse caso é a administração de:

- A Losartana por via oral.
- B Clopidogrel por via oral.
- C Metoprolol por via endovenosa.
- D Nitroglicerina por via endovenosa.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126834](https://www.4000126834.com.br)

Questão 26 Anticoagulantes Antiplaquetários

Um homem de 45 anos de idade procura a emergência de um hospital com queixa de desconforto torácico retroesternal associado a náuseas e dispneia. Segundo ele, os sintomas se iniciaram em repouso, após a refeição, há cerca de 30 minutos, sem alívio. O paciente não tem história pregressa de doenças crônicas e não faz uso de qualquer medicação. Ao exame físico, encontra-se ansioso, PA = 140 x 90 mmHg; FC = 130 bpm; ausculta cardíaca com ritmo regular e dois tempos, bulhas normofonéticas, estertores crepitantes em bases na ausculta pulmonar e pulsos periféricos presentes, cheios e simétricos. Foi realizado o ECG, apresentado a seguir: (VER IMAGEM) Posteriormente, realizou-se avaliação de troponina I, que resultou positiva. Desse modo, após o exame, na sala de emergência, administrou-se oxigenoterapia, morfina, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina e metoprolol. Neste momento, quais medicamentos deveriam ser associados à terapêutica já instituída para esse paciente?



- A Ticlopidina, tirofibana e verapamil.
- B Clopidogrel, enoxaparina e enalapril.
- C Alteplase, enoxaparina e valsartana.
- D Heparina, estreptoquinase e esmolol.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126649](#)

Questão 27 Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária

Manifestações clínicas

Um homem de 70 anos de idade é atendido no ambulatório de cardiologia com queixa de dispneia aos grandes esforços há um mês, com progressão para os médios esforços. Trata-se de paciente hipertenso, em tratamento irregular com clortalidona (25 mg/dia), tabagista há 30 anos (20 cigarros/dia). Ao exame físico, estava orientado; hipocorado (++/4+); hidratado. A ausculta cardíaca apresenta-se com ritmo cardíaco regular, hiperfonese em B2, sem sopros; ausculta pulmonar com sibilos esparsos e estertores crepitantes em bases. Pressão arterial = 170 x 90 mmHg; frequência cardíaca = 85 bpm e IMC = 32 kg/m². Eletrocardiogramas anteriores demonstravam sobrecarga atrial esquerda. O ecocardiograma atual evidencia parede posterior do ventrículo esquerdo de 14 mm (VR < 11 mm), septo interventricular de 14 mm (VR < 11 mm), fração de ejeção de 65% (VR > 58%). A radiografia de tórax demonstra área cardíaca normal, com inversão de trama vascular. Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta apropriada a ser estabelecida nesse caso?

- A Insuficiência cardíaca diastólica secundária à doença pulmonar obstrutiva crônica; recomendar repouso associado a bloqueador de canal de cálcio.
- B Insuficiência cardíaca diastólica secundária à hipertensão arterial; recomendar repouso associado a inibidores da enzima conversora de angiotensina.
- C Insuficiência cardíaca sistólica secundária à hipertensão pulmonar; recomendar dieta com redução da ingestão de sal associada a betabloqueadores.
- D Insuficiência cardíaca sistólica secundária à miocardiopatia hipertrófica; recomendar redução da ingestão de sal associada a antagonista da aldosterona.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126628](#)

Questão 28 Exames complementares

Um homem com 35 anos de idade, obeso, sedentário, foi admitido no Serviço de Emergência com quadro agudo de dor retroesternal e epigástrica, em queimação, que o acordou no meio da noite. Relata episódios pregressos semelhantes, porém de menor intensidade e geralmente após refeições copiosas. No momento da consulta, estava extremamente ansioso, frequência cardíaca = 104 bpm, pressão arterial = 150 x 110 mmHg e ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. O paciente foi incluído em protocolo de avaliação de dor torácica e foi indicada internação para observação e exames seriados por 12 horas. Qual dos seguintes achados de exames complementares afasta o diagnóstico de dor torácica não cardíaca?

- A ECG normal após 12 horas.
- B Ecocardiograma normal após 12 horas.
- C EDA - hérnia hiatal com esofagite de refluxo moderada.
- D Ausência de elevação de CK-MB e troponina em 12 horas.

4000126990

Questão 29 **Iltratos** **Intervenção coronariana percutânea precoce após a fibrinólise estratégica fármacoinvasiva**

Uma mulher com 65 anos de idade apresenta o seguinte histórico: antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e angioplastia coronariana prévia, em uso prévio de diltiazem - 90 mg/dia, propranolol - 40 mg duas vezes ao dia, AAS - 100 mg/dia, dinitrato de isossorbida e sinvastatina - 20 mg/dia. A paciente, residente em uma cidade do interior, apresentou, há cerca de 24 horas, quadro de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST de parede inferior associado a infarto do ventrículo direito. Como não havia equipe de hemodinâmica disponível, foi administrada estreptoquinase, com melhora apenas parcial da dor. Após estabilização clínica a paciente foi encaminhada para Serviço de Emergência de hospital terciário. Na admissão a paciente estava eupneica, orientada, ainda com queixas de dor precordial com as mesmas características, mas de menor intensidade e intermitente. A pressão arterial era de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 78 bpm, frequência respiratória = 16 irpm. As ausculta cardíaca e pulmonar estavam normais. Enquanto eram colhidos os exames complementares e repetido o ECG, a paciente subitamente apresentou quadro de choque (pressão arterial = 60 x 20 mmHg), com rebaixamento do nível de consciência, palidez cutâneo-mucosa e insuficiência respiratória. A saturação de O₂ caiu para 75% em ar ambiente e a frequência cardíaca aumentou para 135 bpm. A perfusão periférica encontrava-se muito prejudicada e as extremidades frias e sudoreicas. O ictus cardíaco estava hiperdinâmico e a ausculta cardíaca revelava bulhas audíveis, com 3ª bulha e sopro holossistólico pancardiaco, mais audível em borda esternal esquerda. Havia turgência jugular a 45°. A ausculta pulmonar revelava estertores bolhosos até os ápices. Além da intubação orotraqueal, as medidas terapêuticas recomendadas são:

- A iniciar noradrenalina e dobutamina e encaminhar para angioplastia de emergência.
- B iniciar nitroprussiato de sódio e dopamina e realizar pericardiocentese de emergência.
- C iniciar nitroprussiato de sódio e dobutamina e encaminhar para cirurgia cardíaca de emergência.
- D iniciar noradrenalina e dopamina e encaminhar para instalação, de emergência, de balão intra-aórtico.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126800](#)

Questão 30 **Exame físico**

Uma paciente com 19 anos de idade, primípara, na 24ª semana de gestação, vem à consulta pré-natal com queixa de dispneia progressiva há duas semanas, inicialmente aos grandes esforços e, atualmente, aos médios esforços. Ao exame físico, apresenta altura uterina compatível com a idade gestacional, edema de membros inferiores ++/4+, estertores crepitantes em bases pulmonares. Frequência respiratória = 24 irpm; frequência cardíaca = 106 bpm; ausculta com ritmo cardíaco regular e sopro diastólico (++) mais audível no ápice, acompanhado de hiperfonese de B1. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a hipótese diagnóstica e a etiologia:

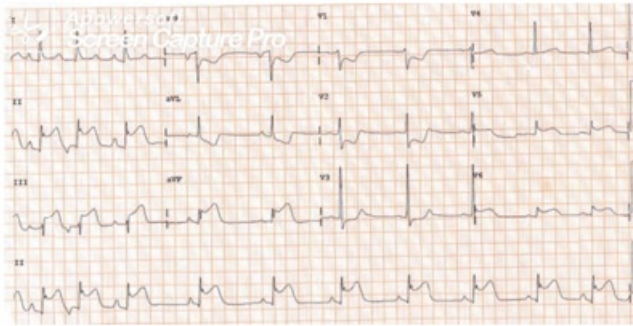
- A Estenose mitral, provavelmente de origem reumática.
- B Insuficiência mitral, provavelmente de origem reumática.
- C Prolapso da válvula mitral, como parte de síndrome de Marfan.
- D Sopro funcional, como parte do estado hipercinético da gravidez.

4000126758

Questão 31 **Diagnóstico eletrocardiografico da parede do infarto** **Terapias de reperfusão miocárdica****Diagnóstico eletrocardiografico do IAMCSST**

Homem com 54 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial e histórico de doença familiar cardiovascular precoce (pai teve infarto do miocárdio aos 50 anos), deu entrada na Emergência de um hospital com história de dor em região epigástrica há cerca de cinco horas, em aperto, de forte intensidade, sem relação com a alimentação e sem fatores de melhora, acompanhada de náuseas e vômitos. Havia recebido 200 mg de AAS no hospital de origem. Ao

exame, encontrava-se pálido, sudoreico e sonolento. Temperatura axilar = 35,8°C; pressão arterial = 80 x 50 mmHg; frequência cardíaca = 118 bpm; frequência respiratória = 16 irpm. Perfusão periférica diminuída. A ausculta cardíaca revelava bulhas normofonéticas, sem sopros. Havia turgência jugular a 45°. A ausculta pulmonar não revelava estertores. O eletrocardiograma da admissão é apresentado abaixo:



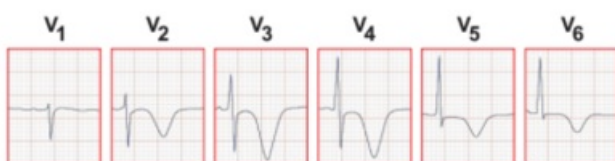
Diante do quadro clínico do paciente, a hipótese diagnóstica, a provável causa do choque e o tratamento inicial recomendado são, respectivamente:

- A Infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
- B Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; resposta inflamatória sistêmica; noradrenalina.
- C Infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; infarto de ventrículo direito; hidratação com solução salina.
- D Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; ruptura de músculo papilar; colocação de balão intra-aórtico.
- E Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterosseptal; ruptura do septo interventricular; cirurgia cardíaca de emergência.

4000127135

Questão 32 **Terapia antiisquêmica** **Cardiologia** **Terapia antitrombótica**

Um homem de 48 anos, hipertenso, obeso, chega à Emergência com queixa de episódios de dor torácica precordial, sem irradiação, iniciada nos últimos dois dias, com piora há 24 horas. A dor dura de 5 a 15 minutos, sendo precipitada por esforços intensos, como subir escadas, e é aliviada pelo repouso. O paciente informa não sentir a dor no momento da anamnese. Usa captopril e hipoglicemiante oral de forma regular. Nega antecedentes de doença coronariana e um eletrocardiograma foi considerado normal pelo seu cardiologista na última consulta, há 6 meses. Ao exame, mostra-se ansioso, mas em bom estado geral, pulso = 85 bpm, regular, cheio, PA = 140 x 80 mmHg, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, extremidades bem perfundidas. As ausculta pulmonar e cardíaca estão dentro da normalidade. O seu eletrocardiograma à admissão mostra os seguintes achados.



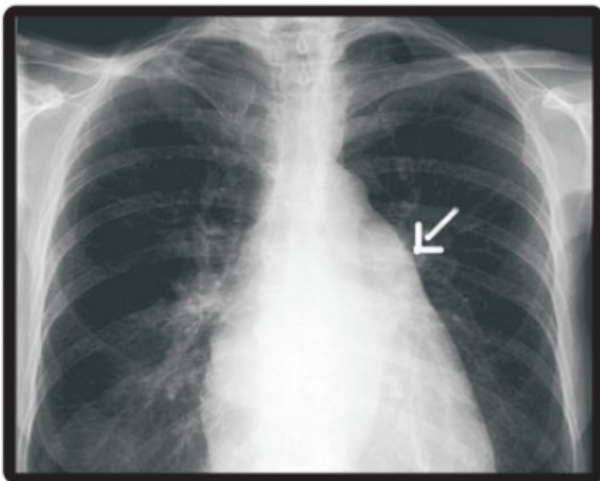
Qual a abordagem mais adequada ao paciente?

- A Realizar tratamentos anti-isquêmico e antitrombótico administrados de modo imediato e simultâneo.
- B Observar em Unidade Coronariana e administrar medicamentos sintomáticos até realização de cateterismo cardíaco.
- C Observar na Emergência por 12 horas e encaminhar ao cardiologista para teste ergométrico se persistir assintomático.
- D Realizar tratamento anti-isquêmico imediato, seguido de terapia antitrombótica em caso de alterações do segmento ST no ECG nas próximas 12 horas.
- E Realizar tratamento antitrombótico imediato, seguido de terapia anti-isquêmica em caso de elevação de troponina sérica e/ou CK-MB nas próximas 12 horas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000129340](#)

Questão 33 Exames complementares

Uma mulher de 24 anos de idade vem apresentando dispneia progressiva aos esforços, tosse seca, expectoração com eventuais raios de sangue. Nega episódio febril. Ao exame físico, apresentou pressão arterial = 110 x 70 mmHg; pulso radial = 110 bpm; estase de jugulares. Na ausculta pulmonar, evidenciaram-se crepitações finas em bases pulmonares; ausculta cardíaca com hipofonese de B1, desdobramento e hiperfonese de B2, sopro diastólico suave em rebordo esternal esquerdo e sopro em ruflar diastólico em foco mitral. Ao exame do abdome, o fígado era palpável a 4 cm do rebordo costal direito e o baço impalpável. Nas extremidades foi detectado edema perimaleolar. A paciente realizou radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior que está ilustrada abaixo.



O achado assinalado pela seta na radiografia de tórax é indicativo de

- A dilatação aórtica.
- B tromboembolismo pulmonar.
- C linfadenomegalia hilar esquerda.
- D hipertrofia de átrio esquerdo.
- E hipertrofia de ventrículo esquerdo.

4.000129311

Questão 34 **Biomarcadores** **Eletrocardiograma**

Mulher, com 58 anos de idade, diabética, é admitida no Pronto-Socorro com dor precordial opressiva, intensa, irradiada para membro superior esquerdo há 40 minutos, associada a sudorese fria e sensação de morte iminente. Durante o exame clínico, encontra-se em bom estado geral, eupneica, Pressão arterial = 100 x 70 mmHg, Frequência cardíaca = 92 bpm, Frequência respiratória = 20 ipm. Pulmões limpos. Ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros. Abdome flácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes. Sem edemas de membros inferiores, panturrilhas livres. Fez uso de dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual, tendo cessado a dor. Eletrocardiograma realizado na admissão está normal. Qual a recomendação para o acompanhamento desta paciente?

- A Acompanhamento ambulatorial, se Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais.
- B Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, mesmo com troponina normal à admissão.
- C Acompanhamento ambulatorial especializado, com cardiologista, se Troponina colhida na admissão estiver normal.
- D Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, se Troponina colhida na admissão estiver elevada.
- E Internação hospitalar, sem monitorização cardíaca contínua, se a Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais.

4.000127150

Questão 35 **Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada**
Tratamento medicamentoso **Cardiologia**

Paciente, com 45 anos de idade, sexo masculino, comerciante, vem a consulta na Unidade Básica de Saúde e informa que vem apresentando dispneia progressiva a médios esforços, “inchaço” nas pernas e diminuição da diurese. Relata que, em consultas anteriores, foi orientado a realizar periodicamente medidas de sua pressão arterial, que se encontrava, na época, no limite da normalidade. Não realizou o procedimento solicitado, retornando, hoje, para consulta. História pessoal: tabagista desde os 14 anos, um maço de cigarro por dia. Dieta rica em gorduras e pobre em frutas e vegetais. Informa que não é etilista e não usa drogas. História familiar: mãe hipertensa e pai falecido de infarto agudo do miocárdio. Ao exame: Pressão arterial 165 x 110 mmHg, Frequência cardíaca: 55 bpm, Frequência respiratória 14 irpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bradicárdico, sem sopros ou extrassístoles, murmúrio vesicular fisiológico, com discretas crepitações bibasais, abdome com ruídos hidroaéreos positivos, com hepatomegalia dolorosa a 2 cm do rebordo costal direito, membros inferiores com edema (++)/++++). Os exames complementares demonstram que há uma sobrecarga de ventrículo esquerdo ao ECG; bloqueio atrioventricular de primeiro grau; clearance de creatinina 45 ml/min (normal 90 -139 ml/min); urina de 24 horas com microalbuminúria de 250 mg/24h. Qual o tratamento farmacológico a ser prescrito, no que se refere à pressão arterial desse paciente?

- A Captopril + losartana.
- B Propranolol + enalapril.
- C Lisinopril + espironolactona.
- D Losartana + hidroclorotiazida.
- E Alisquireno + furosemda.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127084](#)

Questão 36 Inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II

Homem, com 43 anos de idade, é atendido na Unidade Básica de Saúde com queixa de dispneia aos grandes esforços, há seis meses. Não relata dor precordial, síncope ou palpitações. No exame, encontra-se em bom estado geral, eupneico, hidratado, corado. Pressão arterial = 100x70 mmHg, Frequência cardíaca = 112bpm, Frequência respiratória = 18irpm; temperatura axilar = 36,5°C. Murmúrio vesicular presente e simétrico bilateralmente. Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas hipofonéticas, com sopro sistólico de regurgitação mitral discreto. Abdome flácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e regularmente distribuídos. Sem edema de membros inferiores. Radiografia de tórax atual mostra aumento global da área cardíaca, sem congestão pulmonar. Ecocardiograma transtorácico mostra a fração de ejeção do ventrículo esquerdo igual a 35%. Com base nas evidências científicas indique a opção terapêutica para o caso.

- A Hidroclorotiazida e carvedilol.
- B Carvedilol e digoxina.
- C Enalapril e metoprolol.
- D Espironolactona e enalapril.
- E Digoxina e hidroclorotiazida.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127076](#)

Respostas:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|
| 1 | A | 2 | A | 3 | C | 4 | D | 5 | A | 6 | B | 7 | B | 8 | E | 9 | C | 10 | C | 11 | D |
| 12 | A | 13 | A | 14 | B | 15 | B | 16 | C | 17 | B | 18 | B | 19 | E | 20 | B | 21 | C | 22 | D |
| 23 | A | 24 | C | 25 | B | 26 | B | 27 | B | 28 | D | 29 | C | 30 | A | 31 | C | 32 | A | 33 | D |
| 34 | B | 35 | D | 36 | C | | | | | | | | | | | | | | | | |