

01. Cite os diagnósticos diferenciais da dermatite trofoalérgica e fale sobre o tratamento da mesma.

(Diagnóstico diferencial – 1,0 / tratamento 1,0)

Pelo fato da dermatite trofoalérgica poder mimetizar muitas outras dermatopatias deve-se incluir, na diferenciação diagnóstica, a dermatite atópica e a alérgica à picada de pulgas, as farmacodermias, a escabiose, a pitirosporese, a seborreia e a foliculite bacteriana pruriginosa.

O tratamento da dermatite trofoalérgica consiste em se evitar os alimentos indiscriminados e/ou usar drogas antipruriginosas sistêmicas. Com base nas informações obtidas após a exposição provocativa pode-se selecionar uma dieta comercial, nutricionalmente balanceada, e que não contenha a substância alergênica. Quando o uso das dietas especiais não for possível, corticosteroides e/ou anti-histamínicos, de uso sistêmicos, devem ser utilizados para minimizar os sintomas clínicos. Alguns cães podem exibir novas sensibilizações de origem alimentar em períodos de um a três anos. Assim é melhor evitar a variação de itens habitualmente oferecidos na dieta, para que se tenha alternativas caso outra introdução de dieta de eliminação seja necessária.

Referência:

LARSSON, C.E.; LUCAS, R. Dermatite trofoalérgica. In: _____. **Tratado de Medicina Externa – dermatologia veterinária**. 1ed. São Paulo : Interbook. Cap.33, p.503-512, 2016.

02. Discorra sobre a classificação do linfoma em cães e gatos com relação ao comportamento natural (localização anatômica), bem como a classificação clínica da Organização Mundial da Saúde (estadiamento clínico) para o linfoma em cães e em gatos.

[Classificação (1,0 ponto) – estadiamento no cão (0,5 pontos) e no gato (0,5 pontos)]

O linfoma pode apresentar diferentes localizações anatômicas, sendo classificado em multicêntrico (linfadenomegalia regional ou generalizada), mediastinal ou tímico, alimentar (qualquer segmento intestinal, sendo comum os linfonodos mesentéricos), cutâneo e extranodal. Em gatos, essa classificação inclui ainda o linfoma nasal, renal e em sistema nervoso.

Classificação clínica da OMS para o linfoma em cães:

- Estádio I – envolvimento limitado a um linfonodo ou tecido linfoide (exceto a medula óssea)
- Estádio II: envolvimento de linfonodos regionais
- Estádio III: aumento generalizado dos linfonodos
- Estádio IV: envolvimento do fígado e/ou baço, com ou sem estádios I, II ou III
- Estádio V: envolvimento do sangue, medula óssea, com ou sem estádios I, II, III ou IV

- Subclassificações de todos os estádios: a = sem sinais sistêmicos/b = com sinais sistêmicos

Classificação clínica da OMS para o linfoma em gatos:

- Estádio I
 - Nódulo solitário (extranodal) ou em único linfonodo (ou órgão linfoide)
 - Inclui tumores intratorácicos
 - Presença de um tumor extranodal com envolvimento do linfonodo regional
- Estádio II:
 - Envolvimento de dois ou mais linfonodos do mesmo lado do diafragma
 - Presença de dois tumores extranodais localizados do mesmo lado do diafragma, com ou sem envolvimento dos linfonodos regionais

- Presença de um nódulo primário localizado no trato gastrointestinal excisável, comumente na região ileocecal, com ou sem envolvimento apenas do linfonodo mesentérico relacionado
- Estádio III:
 - Presença de dois ou mais tumores extranodais em lados opostos do diafragma
 - Aumento de dois ou mais linfonodos acima e abaixo do diafragma
 - Nódulo intra-abdominal primário não excisável
 - Nódulos paraespinal ou epidural, independente das outras áreas tumorais
- Estádio IV:
 - Estádios I, II ou III, com envolvimento do fígado e/ou baço
- Estádio V:
 - Estádios I, II III ou IV, com envolvimento inicial do sistema nervoso central e/ou medula óssea
- Subclassificações de todos os estádios: a = sem sinais sistêmicos/b = com sinais sistêmicos

REFERÊNCIA:

DALECK, C. R.; DE NARDI, A. B.; RODASKI, S. **Oncologia em cães e gatos**. São Paulo: Roca. 1ed. 636p. 2009

03. **Disserte sobre o tratamento da doença do trato urinário inferior dos felinos (DTUIF) na forma obstrutiva.**

Fluidoterapia – 0,5

Correção da Hipocalcemia – 0,25

Correção da Hiperpotassemia – 0,25

Restabelecimento do fluxo urinário – 1,0

A obstrução uretral é uma das emergências mais comuns do sistema urinário. Se não for tratada rapidamente, pode causar alterações hidreletrolíticas e acidobásicas graves, que podem culminar na morte do animal. Se persistir por 24 horas, resulta em uremia pós-renal, com conseqüente aumento da retropressão, prejuízo da filtração glomerular, do fluxo sanguíneo renal e da função tubular. A terapia baseia-se na correção da azotemia e das alterações hidroeletrolíticas e acidobásicas e no restabelecimento do fluxo urinário.

A fluidoterapia IV é indicada especialmente nos gatos com azotemia e hiperpotassemia; portanto, é importante a mensuração sérica de ureia, creatinina e potássio, quando possível. A administração subcutânea de solução eletrolítica balanceada pode ser realizada nos felinos com obstrução recente, que estejam clinicamente bem e com uremia discreta ou ausente.

Os animais com obstrução uretral, principalmente os que ficaram obstruídos tempo suficiente para que ocorressem alterações eletrolíticas e acidobásicas, apresentam com frequência diurese pós-obstrucional uma vez que a azotemia tenha sido corrigida. Isso é muito importante na determinação do volume na fluidoterapia, pois esta é, geralmente, bem maior que o fluxo requerido para um animal sem tais alterações. A terapia de manutenção (aproximadamente 60 a 70ml/kg/dia) e o tratamento de reposição (litros a serem administrados = porcentagem de desidratação x peso corporal em kg) devem ser administrados em 24 horas por via intravenosa (IV), para evitar prejuízo na função renal. A mensuração do débito urinário a cada 4 a 6 horas é importante, pois oferece suporte para a correta reposição hídrica. A solução de Ringer com lactato é uma opção segura para os gatos com obstrução uretral. Conforme a necessidade e o grau de uremia inicial, os valores séricos de ureia, creatinina e potássio devem ser monitorados para avaliação da resposta ao tratamento e da necessidade de terapias adicionais. Se a diurese pós-obstrutiva for intensa, poderá ocorrer hipopotassemia e isso deverá ser corrigido. Se persistir uma intensa hematúria, o hematócrito do animal também deverá ser monitorado.

Correção da hipocalcemia – a administração intravenosa de 5 a 15mg/kg de gliconato de cálcio a 10%, em 5 a 15 min (0,5 a 1ml/kg) corrige a deficiência de cálcio iônico. No entanto, na maior parte dos casos, não haverá necessidade de

suplementação porque, com o restabelecimento da função renal, haverá normalização espontânea dos níveis séricos de cálcio.

Correção da hiperpotassemia – pode ser realizada de diferentes modos. Em primeiro lugar, recomenda-se a fluidoterapia intensa (60ml/kg/h); caso não ocorra o efeito adequado, parte-se para tratamento mais agressivo. A administração por via IV de insulina regular promove a translocação de glicose do espaço extra para o intracelular, transportando o potássio concomitantemente. Sendo assim, é importante administrar glicose 50% logo após a insulina, para que não ocorra hipoglicemia, pois a ação da insulina IV pode durar 2 a 4 horas. A glicose pode ser fornecida em *bolus* (2 a 4ml/U de insulina diluída em 1:1 em solução de NaCl 0,9%), imediatamente após a administração de insulina (0,1 a 0,5U/kg IV e/ou ser suplementada com glicose a 2,5% no fluido (50ml de glicose a 50%/l de fluido). A administração de bicarbonato de sódio (total de bicarbonato de sódio [mEq] necessário para corrigir o pH para $7,4 = 0,3 \times \text{déficit de base} \times \text{peso corporal [kg]}$) diminui a hiperpotassemia por trocar o potássio extracelular por íons de hidrogênio intracelular. A terapia com bicarbonato de sódio auxilia o tratamento da acidose metabólica, mas é contraindicada em pacientes com $\text{pH} \geq 6,9$, pois exacerba a hipopotassemia, leva à diminuição da metabolização do lactato e pode ocasionar alcalose iatrogênica. Os efeitos dessa terapia são observados em 30 a 60 minutos e persistem por horas. Por fim, a administração por via intravenosa de gliconato de cálcio a 10% (0,5 a 1ml/kg em 5 a 15 min) trata os efeitos cardiovasculares da hiperpotassemia, mas não diminui os níveis séricos de potássio. O benefício da administração do gliconato de cálcio é imediato e, durante a administração, deve-se monitorar a frequência cardíaca com o ECG. Se ocorrer bradicardia ou diminuição do intervalo QT, deve-se descontinuar temporariamente a infusão. Essa opção de tratamento deve ser feita se houver arritmia que comprometa a vida.

Restabelecimento do fluxo urinário – uma vez que o paciente hemodinamicamente estável, deve-se instituir a terapia específica para alívio da obstrução uretral. Em ordem de prioridade, os procedimentos recomendados para o restabelecimento da patência uretral em um macho obstruído são: massagem da uretra distal; suave compressão vesical com o objetivo de esvaziar a bexiga; colocação de um cateter urinário e retrolavagem uretral; combinações dos três primeiros procedimentos; exames de imagem para determinar se a obstrução é intramural, mural ou extramural; se for absolutamente necessário, intervenções cirúrgicas.

Em alguns felinos, a obstrução uretral pode ser corrigida por meio da simples massagem peniana, com o objetivo de eliminar *plugs* ou pequenos cálculos. Caso isso não seja suficiente, pode-se suavemente, comprimir a bexiga urinária na tentativa de atingir o mesmo objetivo. Se o fluxo urinário não for reestabelecido, o próximo passo será a uretra (coágulo, *plug*, urólito, etc) ou, ainda, desloca-lo para o interior da bexiga.

A colocação dessa sonda é desconfortável e dolorida para o animal; portanto, requer sedação. No entanto, a escolha dos agentes anestésicos/sedativos dependerá do estado clínico e dos exames laboratoriais do animal. A cateterização uretral só poderá ser realizada em animais cujo quadro clínico permita a sedação.

A assepsia é fundamental para a sondagem uretral e a hidropulsão vesical, a fim de prevenir infecções iatrogênicas do trato urinário. Uma variedade de cânulas e cateteres está disponível para o procedimento, mas a Tom-cat®, feita de polipropileno, é preferível por ser rígida, não ser metálica e ter a extremidade aberta e lisa, evitando a lesão da mucosa uretral.

Se a hidropulsão não for possível, pode-se realizar a cistocentese para diminuir a pressão intravesical e permitir a retroexpulsão do tampão para a bexiga. Estabelecida a patência, a bexiga urinária deve ser lavada repetidas vezes com solução salina a 0,9% estéril aquecida.

No tônus uretral, há o envolvimento tanto de fibras musculares lisas quanto esqueléticas. Portanto, nos casos de espasmo dessa musculatura, o uso de antiespasmódicos pode ser benéfico, como o dantroleno e prazosina.

Algumas vezes, é necessária a colocação de sondas “de espera” em felinos que sofreram obstrução. Preferir sondas de borracha ou plástico. Esse procedimento é necessário se: o fluxo urinário for insatisfatório após a desobstrução uretral; houver hematúria ou cristalúria intensas, com risco de reobstrução; suspeita de ruptura de uretra, com risco de extravasamento de urina para a cavidade abdominal; se houver quantidade excessiva de debris que não possam ser removidos pelas lavagens vesicais.

A atonia do detrusor é comum em felinos obstruídos por mais de 24 horas. Comprimir a bexiga manualmente 4-6 vezes/dia. Se esse procedimento não puder ser realizado, utilizar sonda de espera e manter por 24-48 horas ou, em casos de ruptura

uretral, de 7 a 10 dias e instituir antibioticoterapia após a retirada da sonda, para que não haja seleção de microrganismos resistentes. A cultura e o antibiograma da urina devem ser realizados 5 a 7 dias após a retirada da sonda de espera.

Insucesso da sondagem uretral:

Nos gatos em que a sondagem não for possível, o manejo terapêutico é de grande valia para a melhora e estabilização do quadro clínico do animal, de modo a permitir cateterização futura. O paciente deve ser hospitalizado para a realização de cistocentese, monitoramento dos níveis eletrolíticos, eletrocardiograma contínuo e mensuração de pressão arterial sistêmica. Associar analgésicos como butorfanol e dipirona, antibióticos e antiespasmódicos de musculatura lisa ou de musculatura esquelética.

Após 3 dias de manejo intensivo, deve-se tentar uma nova sondagem e, caso não seja possível novamente, encaminhar o paciente para uretostomia perineal.

Referência:

JERICÓ, M. M.; ANDRADE NETO, J. P.; KOGIKA, M. M. **Tratado de Medicina Interna de Cães e Gatos**. São Paulo: Roca. 1ed. 2464p. 2015.

04. Cite as preparações de insulina disponíveis no Brasil usadas em cães diabéticos e a duração do efeito de cada uma delas quando utilizadas por via subcutânea. (0,2 para cada item do quadro abaixo)

Tipo de insulina	Duração do efeito (horas)
Regular cristalina	4 a 10
NPH	8 a 14
Lenta	8 a 20
Glargina	10 a 24
Detemir	>24

Referência:

JERICÓ, M. M.; ANDRADE NETO, J. P.; KOGIKA, M. M. **Tratado de Medicina Interna de Cães e Gatos**. São Paulo: Roca. 1ed. 2464p. 2015.

05. Fale sobre o exame físico geral do sistema circulatório em cães.

Exame físico (cabeça, pescoço e tórax) – 1,0

Ausculata cardíaca – 1,0

Em relação ao estado geral do cardiopata, pode-se dizer que tudo está relacionado com a gravidade do quadro. Os cardiopatas são animais que demonstram diminuição da atividade física, intolerância ao exercício e certo grau de letargia e sonolência. Alguns desses sinais podem ser observados assim que o animal entra na sala de exame ou pedindo ao proprietário que o faça caminhar. É importante observar o paciente de modo geral, ver sua postura, se existe edema periférico ou ascite, observar o padrão respiratório; ritmo e profundidade dos movimentos respiratórios e determinar se existe taquipneia, dispneia ou tosse.

O exame físico cardiológico integra o exame físico convencional e possui os mesmos procedimentos. Sempre é importante ressaltar que o exame físico é um método e, portanto, deve seguir uma sequência de manobras. Assim, devemos iniciar nosso exame a partir da avaliação da cabeça, depois pescoço, tórax e abdome. No exame da cabeça, o clínico deve inicialmente inspecionar se existe simetria, depois nas narinas verificar se estão úmidas e brilhantes sem a presença de qualquer secreção. Em seguida, deve-se determinar a cor e a perfusão das membranas mucosas, pois permitirá uma ideia geral da circulação periférica. Num animal normal, geralmente as mucosas gengivais apresentam cor rosa-intenso e, depois de se fazer uma leve pressão com o dedo, a cor volta rapidamente (2 segundos), sendo esse exame chamado de tempo de preenchimento capilar. No caso em que há vasoconstrição periférica considerável, as mucosas estarão pálidas e o tempo de preenchimento capilar excederá dois ou três segundos. É importante, nesses casos, realizar o diagnóstico diferencial de anemia. Quando as gengivas aparecem de cor azulada ou acinzentada (cianose), pode-se inferir que há 5g/dL ou mais de oxiemoglobina não conjugada. A cianose pode ser central (pressão parcial de oxigênio baixa), como ocorre nos casos de

shunt da direita para a esquerda (tetralogia de Fallot) ou periférica (pressão parcial de oxigênio arterial normal, pressão de oxigênio tecidual baixa). Por fim, ainda no exame da cabeça, é importante que o clínico faça palpação dos linfonodos submandibulares no sentido de observar presença de aumentos no volume dessas estruturas que, eventualmente, poderão indicar inflamação regional ou um processo linfático a ser esclarecido.

Na região do pescoço, o clínico deve inspecionar a presença de aumentos de volume, como também tentar visualizar e caracterizar a presença de pulso jugular. Nesse procedimento, a visualização do pulso jugular depende do porte do animal. Muitas vezes, animais emagrecidos e de grande porte podem apresentar pulso jugular bem evidente, ao passo que um cão de pequeno porte e com muito pelo irá dificultar a visualização. Nessa etapa, ainda, o clínico deve pesquisar a presença de reflexo de tosse pela palpação da traqueia, para evocar e avaliar o tipo de tosse apresentado pelo animal.

Na região do tórax, o clínico deverá, inicialmente, observar o tipo de respiração apresentado pelo animal que, em condições normais, deve ser do tipo toracoabdominal. Animais que apresentam processos torácicos relevantes geralmente apresentam, de forma compensatória, um tipo de respiração mais abdominal. O clínico deve observar também se há aumento de volume torácico ou ainda, diante de um certo grau de emaciação, tentar visualizar a presença de choque precordial. A partir da palpação do tórax, pode-se avaliar a presença de aumentos de volume, enfisema e fraturas de costelas, como também sentir o ponto de máxima intensidade dado pelo batimento cardíaco, que irá nortear a etapa da ausculta cardíaca. Por último, antes da ausculta, o clínico poderá executar a percussão do tórax, no sentido de tentar definir as áreas cardíaca e pulmonar. Para esse procedimento o clínico poderá se utilizar da percussão tipo dígito-digital, no sentido de criar, pelo menos, três linhas imaginárias de cima para baixo e de ambos os lados da caixa torácica, entretanto, para cães e gatos, a manobra é contraditória em razão do tamanho do animal.

Ausculta Cardíaca

A ausculta correta permitirá identificar um paciente com cardiopatia, determinar a frequência cardíaca, a presença de sopros, intensidade e o foco de origem. Vários pontos-chave devem ser observados durante a realização da ausculta correta. Dentre eles se destacam a utilização de um bom estetoscópio (tubos não muito longos com olivas de fácil acomodação aos ouvidos), ambiente tranquilo e sem ruídos externos que perturbem a concentração durante a ausculta, a colaboração adequado do proprietário (permanecendo calado durante a ausculta, posicionando corretamente o paciente e fechando a boca e/ou narina do animal, quando necessário ou solicitado).

O estetoscópio consta de duas peças: o diafragma, que permite identificar ruídos de alta frequência e o cone, utilizado para determinar ruídos de baixa intensidade. Atualmente, existem estetoscópios que combinam o cone e o diafragma em peça única e, dependendo da intensidade da pressão exercida pelo clínico sobre o tórax do animal, ausculta-se como diafragma ou como cone.

Durante o exame auscultatório, o primeiro passo será a determinação dos focos valvares, que se localizam no lado esquerdo do tórax e possuem como regra prática para sua localização a sigla PAM-345 (pulmonar, aórtico e mitral, 3°, 4° e 5° espaços intercostais), ao passo que, no lado direito, 4° espaço intercostal para o foco valvar tricúspide. Outra forma interessante de se iniciar a localização dos focos valvares é pela localização do choque precordial cardíaco do lado esquerdo do tórax. Essa segunda possibilidade permite por meio do choque precordial, determinar pela palpação o ponto de máxima intensidade cardíaca, que irá revelar o ponto de ausculta do foco valvar mitral, posteriormente localizados o foco aórtico, numa posição mais dorsal e cranial ao foco mitral, e foco pulmonar, numa posição mais ventral e cranial ao foco aórtico, e, por fim o foco valvar tricúspide, localizado no lado direito na mesma posição do foco valvar mitral.

Ao se iniciar a ausculta, é fundamental a determinação das bulhas cardíacas, que normalmente são facilmente auscultáveis e conhecidas como 1ª e 2ª bulhas. Praticamente, a origem da primeira bulha cardíaca relaciona-se diretamente com o fechamento das valvas atrioventriculares mitral e tricúspide, com o turbilhonamento do sangue dentro das câmaras ventriculares e pela contração dos ventrículos. Por sua vez, a segunda bulha origina-se do fechamento das valvas semilunares aórtica e pulmonar. Como uma regra prática para identificação das bulhas cardíacas, o clínico deverá auscultar detalhadamente os silêncios entre as duas bulhas já que, entre a 1ª e a 2ª bulha, o silêncio é pequeno, correspondendo à fase sistólica ventricular do batimento cardíaco, ao passo que entre a 2ª e a 1ª bulha o silêncio é maior, correspondendo à fase diastólica. Essa regra permite facilmente entender a relação do fechamento das valvas atrioventriculares com a 1ª bulha e o fechamento das semilunares com a 2ª bulha, somente observando os espaços entre ambas.

Os ruídos ou as bulhas cardíacas auscultáveis são conhecidos como 1ª e 2ª bulhas, ou também abreviadamente como S1 e S2, respectivamente. Porém, também existem ruídos de baixa frequência, que são a 3ª bulha ou S3 (relacionada com a

vibração do enchimento ventricular rápido) e a 4ª bulha ou S4, relacionada com a vibração da sístole atrial em casos de elevada frequência cardíaca, como nos casos de fibrilação atrial. Essas bulhas são de difícil ausculta em pequenos animais; entretanto, sua presença poderá indicar um preenchimento ventricular anormal, comum nos casos de miocardiopatia dilatada congestiva idiopática. O som auscultado poderá lembrar um ritmo de galope.

A determinação correta das bulhas cardíacas, como também as fases do ciclo cardíaco, permitirá a determinação da presença dos sopros cardíacos e a fase do ciclo cardíaco em que se localizam. O sopro cardíaco, por sua vez, pode ser definido como um som causado por uma turbulência durante o ciclo cardíaco. Uma vez auscultado o sopro, devemos determinar o foco valvar de origem, a fase do ciclo cardíaco que este ruído ocupa, sua configuração e intensidade.

A intensidade do sopro é medida numa escala de I a VI, sendo:

- grau I: sopro muito suave, que é detectado somente após um longo período de ausculta em ambiente muito tranquilo
- grau II: sopro suave, auscultado imediatamente em um foco valvar
- grau III: sopro de intensidade leve a moderada
- grau IV: sopro de intensidade moderada a grave, sem a presença de frêmito (sensação táctil dada pelo sopro)
- grau V: sopro claro à ausculta, com um frêmito palpável e que não se detecta quando afastamos o estetoscópio do tórax
- Grau VI: sopro grave, com frêmito detectável e auscultado mesmo quando o estetoscópio é afastado do tórax.

Com relação à fase do ciclo cardíaco que o sopro ocupa, podemos dizer que o sopro pode ser sistólico (como no caso da regurgitação mitral ou tricúspide – congênita ou adquirida – (estenoses das valvas pulmonar ou aórtica), diastólico (regurgitação das valvas aórtica ou pulmonar) ou poderá ocupar o período da sístole e da diástole, como no caso da persistência do ducto arterioso. O mesmo acontece em relação ao foco de origem de onde o sopro se irradia, ou seja, seu ponto de máxima intensidade. Assim o foco poderá ser aórtico, pulmonar, mitral ou tricúspide, estando relacionado à cardiopatia de base.

A configuração do sopro varia em relação à cardiopatia, tendo como exemplo um sopro holossistólico, no caso da degeneração valvar mixomatosa, ou um sopro em diamante (crescente-decrescente), nos casos de estenoses valvares (aórtica ou pulmonar), ou um sopro contínuo ou em maquinaria, nos casos de persistência do ducto arterioso.

Um ponto a ser ressaltado é o dos chamados sopros inocentes, que não estão associados a qualquer cardiopatia, apresentando-se em cães sem cardiopatia e decorrentes de aumento na força de ejeção ventricular. Normalmente, são sopros sistólicos e de baixa intensidade, sendo mais bem auscultados no hemitórax esquerdo. Outro tipo de sopro também encontrado com facilidade é o fisiológico, presente em corações normais e decorrente de processos febris, anemia, nos casos de tônus adrenérgico aumentado, bradicardia extrema, entre outros. Possuem características similares aos funcionais, porém com uma intensidade um pouco maior. Não obstante, o clínico poderá, algumas vezes, deparar-se com algumas cardiopatias sem a presença de algum tipo de sopro. Para tanto, deverá atentar-se durante a ausculta para outros tipos de sons como arritmias, som de fricção e abafamento de bulhas. A ausência de sopros poderá acontecer em cardiopatias como miocardiopatia dilatada congestiva, dirofilariose, efusão pericárdica, hipertensão arterial e tetralogia de Fallot com hipoplasia de artéria pulmonar e policitemia.

É de suma importância realizar, sempre que possível, de forma simultânea, a ausculta cardíaca e a determinação do pulso femoral. Normalmente cada batimento cardíaco auscultado deve ser acompanhado de um pulso palpável. Um déficit de pulso poderá indicar a presença de arritmia cardíaca e um pulso de amplitude irregular muitas vezes também está associado às arritmias. Normalmente, o pulso aumenta rapidamente e diminui gradualmente. Pulsos mais proeminentes são denominados hipercinéticos (por exemplo: aumento do volume ventricular esquerdo ejetado, como no caso da persistência do ducto arterioso); por outro lado, os pulsos fracos são denominados hipocinéticos (podendo estar associados a uma redução do débito cardíaco, como nos casos de insuficiência cardíaca congestiva, hipovolemia, arritmias, entre outros).

Cada batimento produzirá um pulso palpável devendo ser normalmente na relação de 1:1, de forma que a determinação da frequência cardíaca em cães poderá apresentar valores entre 60 e 180 bpm (dependendo da raça, idade, conformação física e do estado geral do paciente (e em felinos entre 140 e 240bpm, lembrando que, nessa espécie, muitas vezes encontraremos valores elevados devido ao estresse que esses animais normalmente apresentam).

Durante o procedimento de ausculta, o clínico poderá optar em auscultar primeiramente o coração e depois os pulmões ou vice-versa, devendo avaliar detalhadamente os sons respiratórios. Outro procedimento ou passo importante a ser seguido após a ausculta torácica é a palpação abdominal, que objetiva avaliar a presença de efusão ou alterações dos órgãos abdominais, como no caso de hepatoesplenomegalia decorrente de insuficiência cardíaca congestiva direita.

REFERÊNCIA:

CAMACHO, A. A.; MUCHA, C. J. Semiologia do sistema circulatório de cães e gatos. In: FEITOSA, M. L. **Semiologia veterinária: a arte do diagnóstico**. 1ed. São Paulo : Roca. Cap.6, p.286-292.

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR**

EDITAL Nº 04/2016 - PROGRAD

PROVA ESCRITA

Área de concurso: _____

Número de Identificação do (a) Candidato (a): _____

- 01. Cite os diagnósticos diferenciais da dermatite trofoalérgica e fale sobre o tratamento da mesma.**

- 02. Discorra sobre a classificação do linfoma em cães e gatos com relação ao comportamento natural (localização anatômica), bem como a classificação clínica da Organização Mundial da Saúde (estadiamento clínico) para o linfoma em cães e em gatos.**

- 03. Disserte sobre o tratamento da doença do trato urinário inferior dos felinos (DTUIF) na forma obstrutiva.**

- 04. Cite as preparações de insulina disponíveis no Brasil usadas em cães diabéticos e a duração do efeito de cada uma delas quando utilizadas por via subcutânea.**

- 05. Fale sobre o exame físico geral do sistema circulatório em cães.**