



Edital Nº 03/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CARDIOLOGIA

ESPECIALIDADE: Cardiologia (R3) Ecocardiografia

Cardiologia (R3) Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

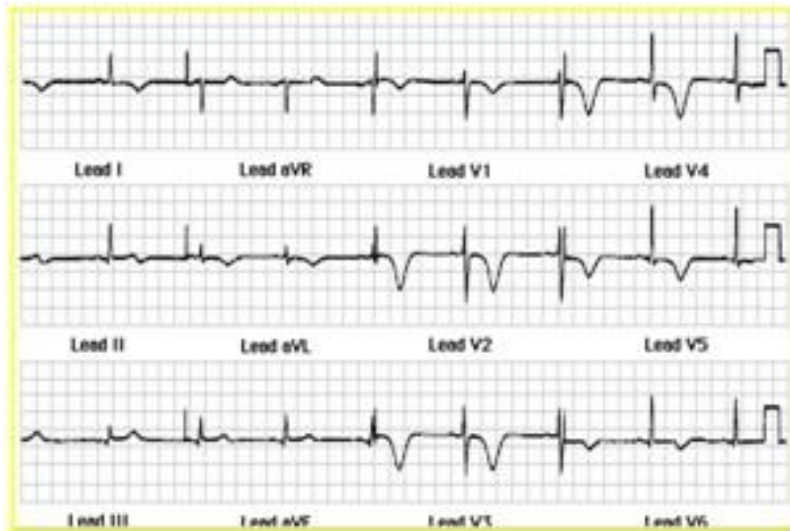
Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

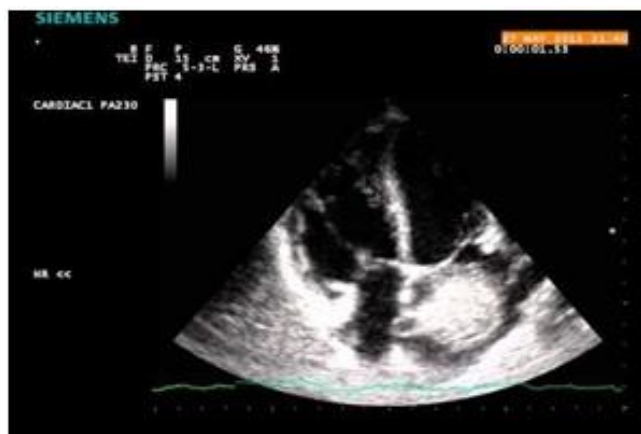
01. Homem, 74 anos, 59 kg, hipertenso e diabético, fazendo uso de losartana 50mg, por dia, e metformina 500mg, duas vezes ao dia, admitido na emergência com dor precordial tipicamente anginosa, inicialmente, aos esforços há cerca de 2 meses, atualmente em repouso. Realizou o eletrocardiograma abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Em relação ao uso de antiagregantes plaquetários, a conduta mais correta nesse caso seria:

- A) AAS 200mg e prasugrel 60mg, na emergência.
 B) AAS 200mg e ticagrelor 180mg, na emergência.
 C) AAS 100mg e clopidogrel 600mg, na emergência.
 D) AAS 200mg e clopidogrel 300mg, após estudo hemodinâmico.
02. Mulher, 50 anos, apresenta-se para atendimento médico com quadro de febre, palpitações e dispneia paroxística. Ao exame físico, chama atenção sopro diastólico em posição mitral, de caráter intermitente. Refere que compareceu há 15 dias, na emergência, com ataque isquêmico transitório. Realizou ecodopplercardiograma (imagem abaixo):

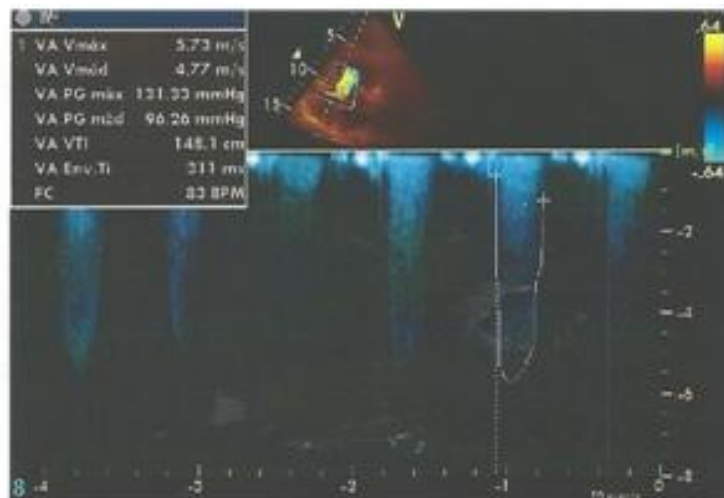


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Qual diagnóstico e conduta, respectivamente?

- A) Mixoma atrial esquerdo e quimioterapia.
 B) Endocardite e cirurgia de troca valvar mitral.
 C) Mixoma atrial esquerdo e ressecção cirúrgica do tumor.
 D) Estenose mitral com trombo em átrio esquerdo e anticoagulação.

03. Mulher de 52 anos, hipertensa e dislipidêmica, assintomática, com história de AVC isquêmico há 2 meses, realizou ecocardiograma que mostrou presença de CIA tipo *ostium primum* de 8mm e cleft mitral acompanhado de discreto refluxo. Câmaras cardíacas de dimensões normais. ECG mostra apenas distúrbio de condução do ramo direito. Realizado coronariografia que mostrou coronárias normais e estudo de fluxo e resistência sistêmico-pulmonar mostrou $Qp/Qs = 1,4$ e RVP de 2.2 wood. A melhor indicação terapêutica é:
- Fechamento cirúrgico da CIA.
 - Oclusão percutânea da CIA.
 - Tratamento clínico com mareava.
 - Tratamento clínico com AAS e clopidogrel.
04. Mulher, 55 anos, hipertensa, DPOC grave, com história de Ca de mama à esquerda submetida a quadrantectomia e radioterapia, procura assistência médica por quadro de dispneia. O médico auscultou um sopro cardíaco e solicitou um ecocardiograma, visto abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Qual o diagnóstico e conduta mais acertados?

- Insuficiência mitral grave e Implante de mitral clip.
 - Estenose aórtica grave e Implante de prótese percutânea.
 - Estenose mitral grave e Valvuloplastia mitral percutânea.
 - Insuficiência mitral grave e otimização do tratamento clínico.
05. Homem de 55 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, tabagista e sedentário, atendido em ambulatório com queixas de dor torácica ocasional, há cerca de três meses, por vezes relacionada aos esforços. Realizou teste ergométrico no protocolo de Bruce modificado, sem atingir frequência cardíaca submáxima, sem reprodução dos sintomas ou alterações eletrocardiográficas isquêmicas. Submetido à cintilografia miocárdica com teste farmacológico, o resultado mostrou duvidoso quanto à presença de isquemia. Paciente retorna à consulta, com persistência do sintoma. A próxima conduta mais acertada é:
- Ecostress com dobutamina.
 - Angiotomografia de coronárias.
 - Ressonância nuclear magnética do coração.
 - Cintilografia miocárdica com teste ergométrico.
06. Homem de 65 anos, hipertenso, ex-tabagista e coronariopata, realizou ultrassonografia abdominal de rotina que mostrou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Submetido à tomografia abdominal, confirmou o aneurisma que mediu 4,6 cm de diâmetro. Nessa circunstância, a conduta é:
- tratamento cirúrgico aberto.
 - implante de endoprótese percutânea.
 - iniciar betabloqueador e realizar tomografia a cada 3 anos.
 - iniciar beta bloqueador, inibidor de ECA e realizar tomografia a cada 6 meses.

07. Atleta de corrida, 28 anos, assintomático, irá participar de uma maratona (42km), prática que já realizou outras vezes com sucesso. Qual afirmativa correta, considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em relação a avaliação e exames recomendados pré-participação?
- A) História clínica, Exame Físico e Eletrocardiograma (ECG).
 - B) História clínica, Exame Físico, ECG e Teste Ergométrico.
 - C) História clínica, Exame Físico, ECG e Ecocardiograma.
 - D) História clínica e Exame Físico.
08. Paciente, sexo masculino, 63 anos, assintomático, sem patologias associadas, realizou eletrocardiograma (ECG) com diagnóstico de fibrilação atrial, com frequência cardíaca média de 85 bpm. Qual a melhor estratégia inicial a ser adotada?
- A) Estratificação de risco de eventos trombo-embólicos, utilizando escore CHA2DS2-VASc.
 - B) Início de anticoagulante oral, preferencialmente, os NOACS (novos anticoagulantes orais).
 - C) Tentativa de reversão com antiarrítmicos ou cardioversão elétrica após anticoagulação.
 - D) Ablação com radiofrequência, caso insucesso com tratamento farmacológico.
09. Paciente, com miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva, apresenta-se com descompensação clínica recorrente, em CF III-IV (NYHA), sem fatores agudos precipitantes. Quais seriam os fatores prognósticos desfavoráveis, a longo prazo?
- A) Hiponatremia, hipocalemia, níveis elevados de digital sérico e anemia.
 - B) Fibrilação atrial, disfunção de ventrículo direito, hipóxia e insuficiência renal.
 - C) Elevação nos níveis de peptídeo natriurético, internações hospitalares e desnutrição.
 - D) Uso de altas doses de diuréticos, não uso de beta-bloqueador e uso de bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA).
10. Paciente masculino, 72 anos, com quadro de pericardite recorrente (2ª crise), sem etiologia definida apesar de extensa investigação. Qual estratégia terapêutica seria mais adequada como primeira alternativa?
- A) Uso contínuo de anti-inflamatório não esteroide, por semanas, a meses.
 - B) Uso de anti-inflamatórios por semanas e colchicina, por 6 meses.
 - C) Uso de imunossupressor ou imunoglobulina, por alguns meses.
 - D) Uso de corticoide, por semanas, a meses.
11. Paciente 56 anos, com insuficiência cardíaca congestiva crônica e disfunção ventricular esquerda severa, de etiologia não isquêmica, iniciou tratamento farmacológico com carvedilol 6,25 mg/dia e enalapril 10 mg/dia, além de furosemida 80mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Apresenta ECG com QRS largo (160 ms), com padrão de bloqueio de ramo esquerdo. Qual estratégia seria mais indicada para o caso?
- A) Ressincronização Cardíaca imediata se fração de ejeção < 35%.
 - B) Ressincronização com Desfibrilador Cardíaco Interno e tratamento clínico otimizado.
 - C) Desfibrilador Cardíaco Interno para prevenção de morte súbita e tratamento clínico otimizado.
 - D) Tratamento clínico otimizado e reavaliação ecocardiográfica com 60-90 dias após doses terapêuticas plenas, conforme tolerância clínica.
12. Paciente, 73 anos, hipertensa, com doença de Parkinson, apresenta quadro de síncope e pré-síncope recorrentes há 7 anos, com periodicidade de 6 em 6 meses, algumas com pródromos, em ortostase ou sentada, sem sudorese ou náuseas associadas. A paciente procura a emergência no seu plantão. Qual seria a conduta mais adequada?
- A) Solicitaria Holter, Looper externo e Tilt Teste, com paciente internada.
 - B) Indicaria dosagem enzimática e ECGs seriados e, conforme alterações, realizaria cateterismo cardíaco de urgência ou angiotomografia de coronárias.
 - C) Realização de ECG de urgência e Internação imediata em UTI, para monitorização cardíaca, considerando elevada probabilidade de causa cardíaca.
 - D) Realização de exame clínico detalhado, pressão arterial deitada e em pé, eletrocardiograma, exames laboratoriais gerais e conforme resultados, encaminharia para investigação ambulatorial.

13. Paciente, 51 anos, com hipertensão arterial essencial, refratária ao uso de 3 anti-hipertensivos em doses plenas. Qual seria usualmente a quarta droga a ser associada para casos de hipertensão resistente?
- A) Metildopa.
 - B) Hidralazina.
 - C) Espironolactona.
 - D) Entresto (LCZ 696).
14. Paciente, 48 anos, portador de doença renal crônica dialítica, queixa-se de febre com calafrios, associada a dispnéia progressiva, ortopneia e edema de membros inferiores. Atualmente, classe funcional NYHA- III. Ausculta cardíaca mostra sopro sistólico em foco tricúspide. Ecocardiograma Transtorácico mostra vegetação de 10mm em válvula tricúspide. Pensando no diagnóstico mais provável, foram solicitadas hemoculturas. Qual a forma correta de coleta das mesmas?
- A) Dois pares separados de hemoculturas, cada uma de uma punção venosa separada, colhidas ao longo de 12 horas.
 - B) Dois pares separados de hemoculturas, cada uma de uma punção venosa separada, colhidas ao longo de 24 horas.
 - C) Três pares separados de hemoculturas, cada uma de uma punção venosa separada, colhidas ao longo de 12 horas.
 - D) Três pares separados de hemoculturas, cada uma de uma punção venosa separada, colhidas ao longo de 24 horas.
15. Paciente, 22 anos, usuário de drogas, deu entrada na emergência inconsciente. Acompanhante refere que o mesmo vinha durante uma parte do transporte muito ansioso e com dor precordial intensa. Não se palpam pulsos carotídeos. A monitorização cardíaca mostra tratar-se de uma fibrilação ventricular. Iniciando-se, então, reanimação cardiopulmonar, segundo as recomendações de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia - ILCOR-AHA. Qual desses momentos é o mais adequado para a administração de adrenalina?
- A) Após a administração de amiodarona.
 - B) Após a primeira desfibrilação de 200J.
 - C) Após a segunda desfibrilação de 200J.
 - D) Imediatamente após constatação do ritmo.
16. Paciente, 37 anos, masculino, interno no hospital com queixa de dispnéia aos pequenos esforços, ortopneia e palpitações. Nega DM, HAS ou patologias prévias. Eletrocardiograma com fibrilação atrial e baixa voltagem difusa. Radiografia de tórax com área cardíaca aumentada e presença de linfonodomegalia hilar. Ecocardiograma com aumento biatrial, derrame pericárdico discreto, função sistólica levemente comprometida, hipocinesia segmentar inferior e disfunção diastólica. Realizada biópsia endocárdica que mostrou a presença de granuloma não caseoso, envolvido por células multinucleares gigantes. Qual a conduta terapêutica?
- A) Esquema para tuberculose.
 - B) Anticoagulação oral, apenas.
 - C) Imunossupressão com corticoide.
 - D) Iniciar betabloqueador, digital e anticoagulação oral.
17. Paciente, 32 anos, transplantado do coração há 6 anos, devido miocardite. Fazendo uso irregular de imunossupressores orais. Vem evoluindo nos últimos meses com piora da dispnéia, ortopneia e edema de membros inferiores. Radiografia de tórax mostra congestão pulmonar. Qual o padrão ouro para diagnóstico da condição desse paciente?
- A) Coronariografia.
 - B) Biópsia endomiocárdica.
 - C) Ressonância Magnética Miocárdica.
 - D) Dosagem de pro-BNP e marcadores de necrose miocárdica.

18. Paciente, 32 anos, acompanhado por Leucemia Mieloide Aguda (LMA), realizou quimioterapia há 1 mês, atualmente internado para realizar o seu 2º ciclo. Queixa-se de dispneia progressiva, tosse seca e edema de membros inferiores. Ao exame, notam-se, crepitações bilaterais em bases, turgência jugular a 45° e hepatomegalia dolorosa. Radiografia de tórax mostra congestão pulmonar importante. Ecocardiografia evidencia hipocinesia difusa, com grave disfunção ventricular esquerda. Ecocardiograma pré-tratamento era normal. Qual dos agentes abaixo, usados na terapia da LMA, foi mais provavelmente o responsável pela cardiotoxicidade?
- A) Doxorrubicina.
 - B) Vincristina.
 - C) Rituximab.
 - D) Citarabina.
19. Paciente, 48 anos, acompanhado por insuficiência cardíaca crônica de etiologia alcoólica. Vinha classe funcional IV, já em uso de carvedilol 50mg/dia, enalapril 20mg/dia, aldactone 25mg/dia, digoxina 0,25mg/dia, furosemida 120mg/dia. Evoluiu na última semana com piora da dispneia. Ao exame, mostrava-se taquidispneico, ansioso, edemaciado e com turgência jugular. Medidas hemodinâmicas invasivas em UTI, mostraram tratar-se de choque cardiogênico. Qual o mecanismo de ação da droga que teria efeito inotrópico mais prolongado?
- A) Agonista Dopaminérgico.
 - B) Agonista Beta-adrenérgico.
 - C) Inibidor da Fosfodiesterase 3.
 - D) Sensibilizador dos Miofilamentos ao Cálcio.
20. Mulher, 39 anos, com histórico de febre reumática na infância com seqüela valvar mitral, em acompanhamento clínico, deu entrada na emergência com congestão pulmonar. Há relato de febre, fadiga e sudorese noturna há cerca de 14 dias após tratamento dentário. Foi auscultado sopro sistólico em foco mitral e solicitado ecocardiograma que mostrou imagem móvel sugestiva de vegetação de 7mm. Iniciado ceftriaxona 2g/24h e gentamicina 3mg/Kg/24hs. Após 7 dias, paciente persistia com febre e piora do quadro de insuficiência cardíaca. Realizado novo ecocardiograma que visualizou imagem móvel sugestiva de vegetação medindo 11mm. A conduta mais acertada é:
- A) Cirurgia de troca valvar de urgência.
 - B) Trocar antibiótico para vancomicina.
 - C) Elevar a dose de ceftriaxona para 4g/24h.
 - D) Tomografia de crânio e abdome em busca de outros focos de infecção.