



Edital Nº 03/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

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 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 - 2018

01. Em consulta médica, paciente do sexo feminino, 66 anos, apresentando nos últimos meses episódio de dispneia aos esforços e palpitações. Ao exame físico, evidenciava sopro mesodiastólico, com reforço pré-sistólico, sendo a B1 proeminente. No ECG, realizado em consulta, evidenciava ritmo sinusal, FC 85 bpm, aumento atrial esquerdo e hipertrofia ventricular esquerda. Diante dos achados, médico assistente solicitou exames complementares, sendo a foto e descrição abaixo um dos resultados: Descrição: Ecocardiograma Bidimensional no eixo paraesternal longitudinal evidenciando extensa massa lobulada prolapsando durante a diálise pelo anel mitral.

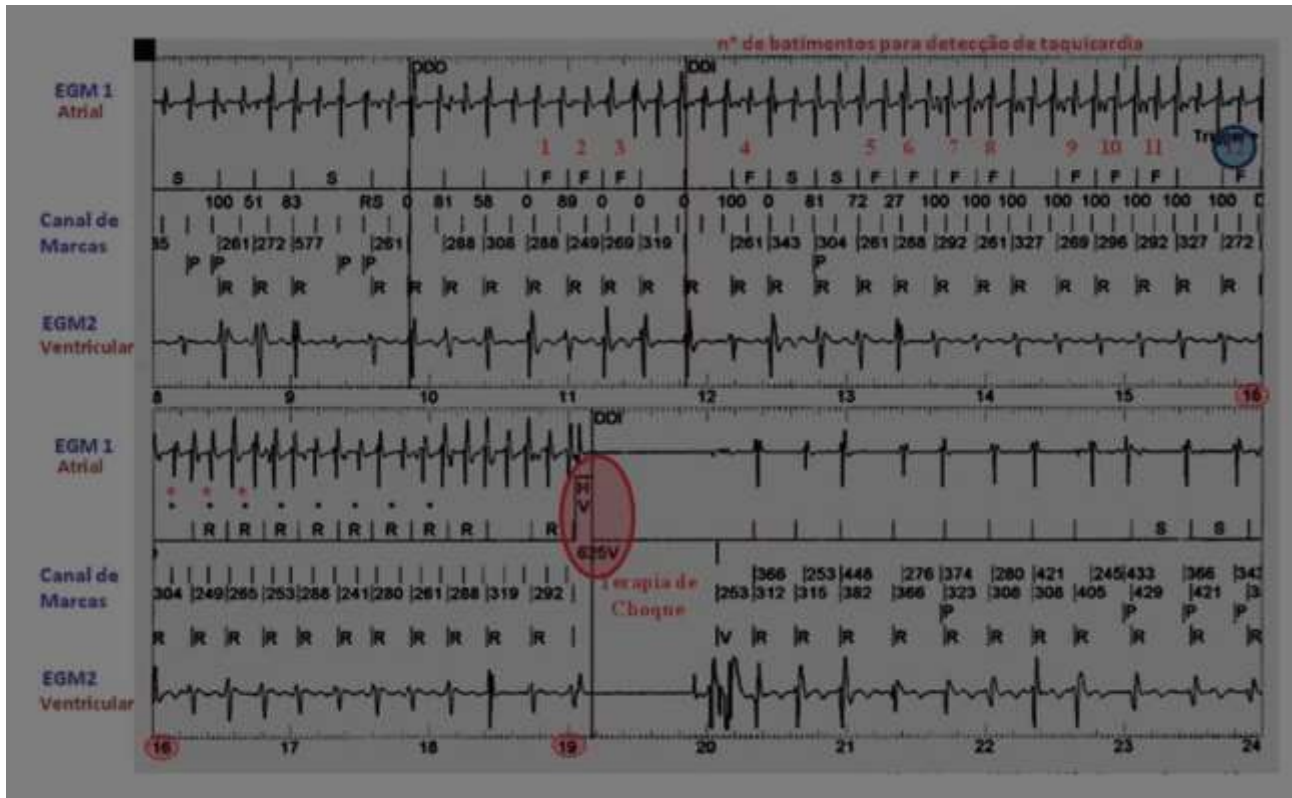


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- Qual a hipótese diagnóstica mais provável e conduta?
- A) Trombo intracavitário e início de anticoagulação plena.
 - B) Endocardite Infecciosa e solicitação de hemoculturas associada a antibioticoterapia.
 - C) Mixoma atrial e ressecção cirúrgica da massa, sem necessidade de acompanhamento clínico a posteriori.
 - D) Mixoma atrial e ressecção cirúrgica da massa, com a necessidade de acompanhamento clínico e de imagem pelo risco de recidiva.
02. A estratificação de risco na síndrome coronária aguda (SCA) sem supra ST é fundamental para a definição da conduta clínica e terapêutica. Nesse sentido, conforme as últimas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia é correto afirmar:
- A) o ecocardiograma de estresse é uma alternativa a ergometria, sendo indicado apenas em pacientes de baixo risco, compensados há 24-48h.
 - B) o teste ergométrico pode ser empregado para estratificação, mesmo quando o ECG basal apresenta depressão de segmento ST > 1mm.
 - C) o ecocardiograma em repouso pode ser indicado em pacientes em vigência de dor torácica para avaliar se a origem da dor é isquêmica.
 - D) a cintilografia de perfusão miocárdica deve sempre avaliar imagens em repouso e sob estresse para estratificar o risco de eventos na SCA.
03. Sobre o tratamento de cardiopatias congênitas em pacientes adultos, é correto afirmar:
- A) a cirurgia na anomalia de Ebstein está indicada nas insuficiências tricúspides severas, recomendando-se sempre a troca valvar.
 - B) a oclusão da comunicação interatrial em pacientes com mais de 40 anos previne a ocorrência de arritmias no seguimento clínico.
 - C) a angioplastia com balão ou, preferencialmente, com implante de stent, é o tratamento de escolha para a recoarctação da aorta isolada em adultos.
 - D) o fechamento cirúrgico da persistência do canal arterial é o tratamento de escolha quando há calcificação intensa desta estrutura.

04. A tomografia de coronárias é um método diagnóstico recentemente introduzido na prática clínica cardiológica, que representou um avanço no diagnóstico das coronariopatias por permitir avaliação não invasiva da anatomia coronária. Sobre as indicações de tomografia coronária, pode-se afirmar que:
- A) a tomografia contrastada das coronárias está indicada em pacientes sintomáticos com probabilidade intermediária de coronariopatia.
 - B) a avaliação da progressão de lesões ateroscleróticas coronárias em pacientes assintomáticos constitui uma das indicações do método.
 - C) o escore de cálcio está indicado para pacientes sintomáticos e permite afastar aterosclerose significativa na ausência de calcificação coronária.
 - D) a estratificação de pacientes com síndrome coronária aguda de alto risco pode ser realizada com tomografia contrastada das coronárias.
05. A insuficiência cardíaca é o estágio final de muitas cardiopatias, sendo uma síndrome clínica associada a grande morbidade e mortalidade. Sobre o prognóstico desta condição clínica é correto afirmar:
- A) em não chagásicos, QRS largo no eletrocardiograma associado a baixa pressão de pulso, associa-se a pior prognóstico.
 - B) em pacientes que usam betabloqueador, o consumo máximo de oxigênio durante o exercício (VO₂ max) não tem impacto prognóstico.
 - C) o peptídeo natriurético cerebral (BNP) e o peptídeo natriurético atrial (ANP) não têm valor prognóstico em portadores de doença de Chagas.
 - D) os pacientes chagásicos em fila de espera para transplante cardíaco têm melhor prognóstico que os portadores de miocardiopatias com outras etiologias.
06. A avaliação cardiológica antes da prática de atividades desportivas para a prevenção de eventos cardiovasculares tem se tornado cada vez mais comum na prática do cardiologista clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é correto afirmar:
- A) o emprego rotineiro do ecocardiograma em atletas jovens assintomáticos mostrou-se estratégia de baixo custo e eficaz em reduzir mortalidade.
 - B) embora controverso, o eletrocardiograma de 12 derivações é recomendado mesmo em jovens, quando indicada a avaliação para prática desportiva.
 - C) as crianças e adolescentes necessitam de avaliação formal antes da participação em práticas esportivas escolares de moderada intensidade.
 - D) o teste ergométrico é indicado em indivíduos assintomáticos com fatores de risco cardiovasculares que desejam realizar atividades físicas leves ou moderadas.
07. O tratamento da hipertensão arterial resistente baseia-se na associação de um diurético, um bloqueador do sistema renina-angiotensina e um bloqueador de cálcio em doses plenas toleradas e intervalos adequados. Sobre o uso de diuréticos na hipertensão resistente, pode-se afirmar que:
- A) a espironolactona é o medicamento de escolha como quarto fármaco em pacientes com hipertensão arterial resistente verdadeira.
 - B) a clortalidona apresenta equivalência de resultados clínicos quando comparada a hidroclorotiazida para o controle da pressão arterial.
 - C) a associação de múltiplos diuréticos (tiazídicos, de alça e espironolactona) está contraindicada pelos riscos de distúrbios hidroeletrólíticos.
 - D) para nefropatas em estágios avançados, trocar os tiazídicos por diuréticos de alça em dose única diária, melhora a eficácia e adesão terapêutica.
08. Criança de 8 anos estava caminhando na praia, quando subitamente perdeu a consciência. Rapidamente socorristas, treinados em Suporte Básico de Vida (SBV), chegaram à cena. Após ver a segurança do local, enquanto transeunte chamava ajuda, eles notaram que a mesma estava sem pulso e iniciaram a Reanimação Cardiorrespiratória. As compressões torácicas realizadas devem:
- A) ser rápidas numa frequência mínima de 120/minuto.
 - B) comprimir numa profundidade máxima de 1/4 do diâmetro do tórax.
 - C) se dois socorristas, realizá-la com 15 compressões para cada 2 insuflações.
 - D) ser realizadas com 2 dedos no centro do tórax na linha intermamilar.

09. Mulher, 67 anos, portadora de cardiopatia dilatada idiopática, comparece à emergência após ter levado choque do seu cardiodesfibrilador implantável (CDI-Biventricular). A mesma vinha em uso de carvedilol 50mg/dia, digoxina 0,25mg/dia, aldactone 25mg/dia, amiodarona 400mg/dia, valsartana 320mg/dia. Vem atualmente classe funcional NYHA II. Traçado visto no programador de CDI mostra (Créditos imagem: Atlas de Marcapasso - Editora Atheneu): Sua médica confirma que esse é o terceiro episódio de choque pelo mesmo motivo no último ano, apesar do uso regular de medicação e de reprogramações do aparelho.

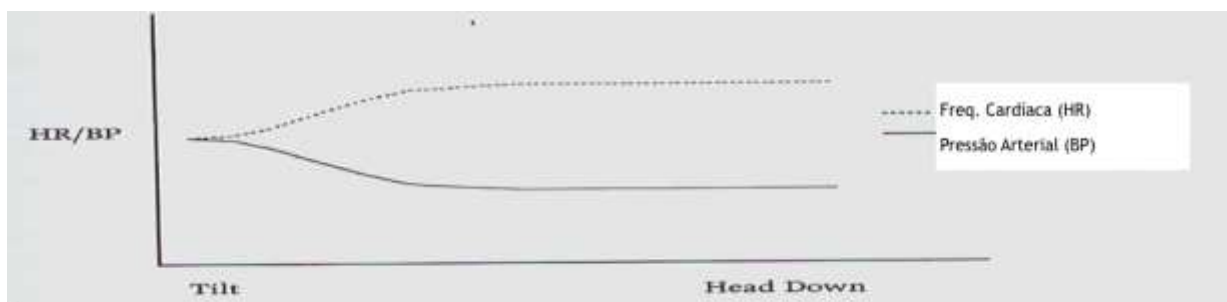


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Qual o diagnóstico e a conduta a ser realizada?

- A) Choque inapropriado por arritmia atrial. Otimizar terapia antiarrítmica.
 - B) Choque inapropriado por arritmia atrial. Programar ablação do nó AV.
 - C) Choque apropriado por arritmia ventricular. Otimizar terapia antiarrítmica.
 - D) Choque apropriado por arritmia ventricular. Programar ablação endocárdica.
10. Mulher, 70 anos, hipertensa, é trazida ao pronto-socorro com quadro de intensa dispneia, palidez e sudorese. Ao exame físico, apresenta-se com rebaixamento do nível de consciência. Verifica-se pressão arterial de 190x100mmHg, frequência cardíaca de 110bpm, frequência respiratória de 8 ipm, saturação arterial de oxigênio de 79% em ar ambiente. À ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas sem sopros. Inspiração difícil, com tiragem intercostal e assincronia tóraco-abdominal. Ausculta pulmonar: estertores crepitantes bilaterais até ápices, em ambos os pulmões. No tocante à assistência ventilatória, qual a melhor conduta a ser tomada neste momento?
- A) Intubação orotraqueal.
 - B) Máscara de venturi com FiO₂ a 50%.
 - C) Ventilação com pressão positiva contínua (CPAP).
 - D) Ventilação com pressão positiva em dois níveis (BiPAP).

11. Homem, 48 anos, com queixa de dispneia progressiva inicialmente aos grandes esforços agora aos mínimos, realizou ecocardiograma que mostrou fração de ejeção de 62%, gradiente VE-Ao de 90mmHg, válvulas normais, hipertrofia septal assimétrica (29mm), ventrículos com cavidades de tamanhos normais, átrio esquerdo aumentado de tamanho. Nega outros sintomas cardiovasculares, história de morte súbita na família e nega quaisquer outras comorbidades. Qual a próxima conduta a ser realizada?
- A) Ablação Alcoólica Septal.
 B) Iniciar Atenolol e Furosemida.
 C) Realizar Miectomia Septal Cirúrgica.
 D) Implantar Cardiodesfibrilador Implantável.
12. Em sessão clínica de um Hospital Terciário em Cardiologia foi apresentado o seguinte caso: “Paciente KAM, masculino, com 3 anos e 2 meses, há 15 dias iniciou quadro de febre diária, cerca de 2 a 3 picos diários (38 – 39 °C), sem horário preferencial associado a artrite (dor, rubor e edema) em joelho, cotovelo e tornozelo direito, de caráter migratório (quadro recorrente). A febre sempre acompanha o quadro de artrite e a criança fica chorosa e irritada à manipulação. O quadro articular e a febre melhoravam com uso de anti-inflamatórios. Mãe nega episódios semelhantes prévios. Nega trauma. Appetite e eliminações preservadas, sem alterações. Nega sintomas respiratórios. Antecedentes: episódio de Amigdalite há aproximadamente um mês tratada por 10 dias com Amoxicilina. Achados positivos no exame físico: Linfonodos palpáveis em cadeia cervical anterior e submandibular (móveis, indolores), exame cardiovascular com RCR em 2T, BNF e presença de sopro sistólico (3+/6+) melhor audível em borda esternal esquerda. Extremidades: presença de artrite em tornozelo direito, discreto edema e eritema. Dor leve à movimentação.”
- O caso acima recebeu o diagnóstico de Surto Inicial de Febre Reumática. Sobre os regimes de escolha para prevenção secundária da Febre Reumática, qual seria o regime de opção adequado?
- A) Eritromicina 250mg, via oral, duas vezes ao dia, diariamente.
 B) Eritromicina 250mg, via oral, uma vez ao dia, semanalmente.
 C) Sulfadiazina 500mg, via oral, independente do peso, diariamente.
 D) Penicilina Benzatina, sendo a dose para tanto adulto (acima de 30Kg) e/ou crianças (abaixo de 30 Kgs) – 600.000UI a cada 3-4 semanas.
13. Mulher de 37 anos, procurou o ambulatório de cardiologia após apresentar 4 episódios de pré-síncope, precedidos por palpitações taquicárdicas, associados a náuseas e sem déficits neurológicos residuais. Eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico e monitorização cardíaca de 24 horas foram considerados normais. Realizou TILT-TESTE que mostrou resultado a seguir:



Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Síncope Vasovagal Mista.
 B) Hipersensibilidade do seio carotídeo.
 C) Taquicardia por Reentrada Nodal instável.
 D) Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática.

14. Mulher de 45 anos, recentemente diagnosticada com Câncer de Mama, fez mastectomia e seu oncologista prescreveu esquema quimioterápico. Evoluiu com dispneia progressiva, tosse seca e edema de membros inferiores. Ao exame, notam-se crepitações bilaterais em bases, turgência jugular a 45° e hepatomegalia dolorosa. Ecocardiografia evidencia hipocinesia difusa, com grave disfunção ventricular esquerda. Ecocardiograma pré-tratamento era normal. Qual dos agentes, abaixo, usados na terapia do câncer de mama foi mais provavelmente o responsável pela cardiotoxicidade?
- A) Metotrexato.
 - B) Trastuzumab.
 - C) Tamoxifeno.
 - D) Cisplatina.
15. Homem, 35 anos, procurou ambulatório de marcapasso após 1 mês de implante de marcapasso biventricular. Possuía os seguintes diagnósticos no relatório de internação: cardiopatia hipertensiva, fração de ejeção de VE de 32% e bloqueio do ramo esquerdo (QRS = 160ms), vinha classe funcional NYHA III apesar do uso de terapia medicamentosa otimizada. O que poderia auxiliar o sucesso da terapia de ressincronização cardíaca (TRC)?
- A) Suspender a terapia medicamentosa assim que possível.
 - B) Otimizar os intervalos AV e VV com uso de ecocardiografia.
 - C) Buscar estimulação ventricular em pelo menos 50% do tempo.
 - D) Preferir o implante do eletrodo do Ventrículo esquerdo por via epicárdica
16. Paciente do sexo masculino, 56 anos, tabagista, em consulta de rotina com cardiologista realizou um "checkup", sendo solicitado vários exames de rastreio. Retorna para consulta com Tomografia Computadorizada (TC) Abdominal (realizada após um US abdominal alterado) evidenciando a imagem abaixo: Descrição da TC: Reconstrução em 3D de Angiotomografia de Aorta Abdominal identificando um Aneurisma de Aorta Abdominal infrarrenal com 7 cm de diâmetro.



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

Qual a conduta terapêutica adequada para o caso?

- A) Acompanhamento Clínico e por Imagem a cada 6 meses.
- B) Correção Cirúrgica Aberta preferencial por se tratar de um Aneurisma de Aorta Abdominal.
- C) Suspensão do Tabagismo, uso de estatinas e acompanhamento clínico por imagem a cada 3 meses devido a sua localização mais "benigna".
- D) Correção Cirúrgica através de Endoprótese, por se tratar de um Aneurisma de Aorta Abdominal e anatomia favorável para procedimento após avaliação.

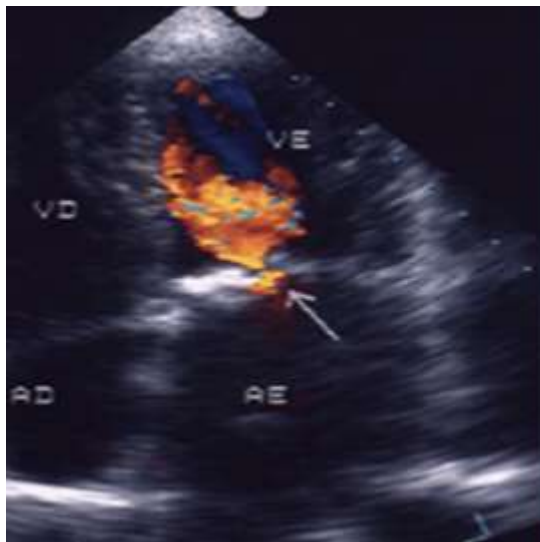
17. J.D.F. 61 anos, masc., casado, aposentado, natural de Sobral, apresentando a meses dispneia aos esforços e edema de membros inferiores. Ao exame físico EGR, afebril, PA: 160x80 mmHg, FC: 122/min. Ritmo regular, bulhas cardíacas normofonéticas; sem sopros. Pulmões com macicez em base D, estertores crepitantes base E. Ascite+++ , parede abdominal tensa, revelando edema subcutâneo. Edema+++ pernas. Edema de parede torácica e membros superiores, estase jugular bilateral não pulsátil. Histórico prévio de tuberculose há 15 anos. ECG: mostrou complexos de baixa voltagem, alterações difusas da repolarização ventricular, ritmo sinusal. Não havia sobrecarga de câmaras e sem alternância. Após compensar quadro clínico realizou a radiografia de tórax abaixo.



Sobre o caso clínico, assinale a alternativa que consta o diagnóstico mais provável e característica ecocardiográfica típica.

- A) Miocardite Aguda – disfunção grave do ventrículo esquerdo com fração de ejeção menor que 30%.
 - B) Derrame pericárdico volumoso – aferição da efusão pericárdica acima de 20mm (importante) ao ECO 2D.
 - C) Cardiomiopatia Restritiva – variação respiratória maior que 25% na velocidade do fluxo mitral e redução da velocidade da onda E' ao Doppler tecidual.
 - D) Pericardite Constrictiva – presença de velocidade normal ou aumentada da onda E' ao Doppler tecidual e variação respiratória maior que 25% na velocidade do fluxo mitral.
18. Paciente 52 anos, sexo masculino, 2º mês de pós-operatório de cirurgia de substituição de valva aórtica, deu entrada na emergência com quadro de febre diária e dispneia aos esforços. Ao exame físico, apresentava crepitações em base direita pulmonar. Na ausculta cardíaca, nota-se sopro diastólico em foco aórtico. Realizado Ecocardiograma transtorácico que evidenciou disfunção de bioprótese aórtica com *leak* perivalvar e imagens algodonosas em folhetos valvares. Sendo a suspeita inicial Endocardite Infecciosa em Prótese Valvar, qual o esquema de antibioticoterapia empírico mais adequado para início do tratamento?
- A) Vancomicina 30mg/Kg/dia em 2 doses + Gentamicina 3mg/kg/dia em 1 dose .
 - B) Daptomicina 10mg/kg/dia em 1 dose + Gentamicina 3mg/kg/dia em 1 dose diária.
 - C) Ampicilina 12g/dia dividida em 4-6 doses + Oxacilina 12g/dia dividida em 4-6 doses + Gentamicina 3mg/kg/dia em 1 dose diária.
 - D) Vancomicina 30mg/Kg/dia em 2 doses + Gentamicina 3mg/kg/dia em 1 dose + Rifampicina 900 a 1200mg /dia dividida em 2 a 3 doses.

19. Paciente sexo feminino, 32 anos, em primeira consulta no ambulatório de valvulopatia, queixa-se de dispneia aos grandes e moderados esforços e palpitações esporádicas. Já trouxe consigo um ecocardiograma cujo laudo segue: Ecocardiograma Transtorácico: AE 55 mm FE 65% Estenose severa da valva mitral com área valvar de 0,9 cm², Escore de Willkins de 7, gradiente átrio esquerdo-ventrículo esquerdo (AE-VE) 33mm/Hg, pressão sistólica da artéria pulmonar 76mm/Hg e insuficiência mitral leve. Ausência de trombos.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

- Qual a conduta terapêutica indicada ao caso, segundo a última Diretriz Brasileira de Valvulopatia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia?
- A) Candidata a Cirurgia Aberta de Substituição da Valva Mitral por uma Bioprótese Mitral.
 - B) Candidata a Cirurgia Aberta de Substituição da Valva Mitral por uma Prótese Metálica Mitral.
 - C) A paciente é candidata a valvuloplastia por cateter-balão pela anatomia favorável e ausência de critérios de exclusão.
 - D) Acompanhamento Clínico a cada 6 meses com realização de Holter para rastreamento de Fibrilação Atrial, além do tratamento farmacológico com diuréticos e beta-bloqueadores.
20. Paciente, 55 anos, acompanhado pelo Serviço de Transplante Cardíaco por Miocardiopatia Dilatada Idiopática, com terapêutica otimizada, persiste em Classe Funcional III a despeito de todos os recursos terapêuticos utilizados. Em consulta, foi considerada a possibilidade de Transplante Cardíaco. Após realizado o Transplante, sendo bem sucedido, quais as principais causas de óbito a longo prazo desse paciente?
- A) Diabetes e Malignidade.
 - B) Hepatotxicidade por fármacos e infecções.
 - C) Malignidade e Doença Vasculardo Enxerto.
 - D) Doença Vasculardo Enxerto e Hepatotxicidade por fármacos.