



Edital Nº 03/2018

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

### 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 estabelecida 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 dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2019

01. Homem de 78 anos é admitido no pronto socorro com dor precordial intensa há 3 horas, sudorese profusa, náuseas e palidez cutâneo-mucosa. Ao exame físico, observa-se congestão pulmonar, ritmo de galope por B3 na ausculta cardíaca, pulsos débeis e PA inaudível. No ECG, observa-se supradesnivelamento do segmento ST de 4mm em parede anterior extensa (V1a V6, D1 e AVL). A coronariografia revela lesões graves em artéria descendente anterior e Circunflexa. Apresenta neoplasia de cólon avançada com indicação cirúrgica. Qual o método de reperfusão coronariana de escolha neste cenário?
- A) Reperfusion farmacológica com fibrinolíticos.
  - B) Revascularização miocárdica cirúrgica de urgência.
  - C) Angioplastia coronariana percutânea com implante de stent farmacológico.
  - D) Angioplastia coronariana percutânea primária com implante de stent não farmacológico.
02. Homem de 48 anos é admitido no pronto socorro em Fibrilação Ventricular sendo submetido às manobras de ressuscitação cardiopulmonar com êxito. Nega cardiopatias ou antecedentes familiares de morte súbita. É portador de Hipertensão arterial e diabetes. É tabagista e sedentário. O exame físico da admissão não evidenciava anormalidades e o ECG pós-desfibrilação mostrava apenas alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Qual a hipótese diagnóstica provável e o exame que pode confirmá-la?
- A) Cardiopatia isquêmica, coronariografia.
  - B) Displasia arritmogênica do ventrículo direito, Holter.
  - C) Anomalia de coronária, angiotomografia de coronárias.
  - D) Miocardiopatia hipertrófica, Ecocardiograma Bidimensional.
03. Homem, 58 anos, com diagnóstico de cirrose hepática alcoólica, evolui com dor retroesternal tipo queimação, sem irradiação, com duração de aproximadamente 10 minutos ao caminhar apressadamente há 6 meses. É diabético em uso de insulino terapia. Realizou Cintilografia de Perfusion Miocárdica com Dipiridamol que evidenciou extensa área de isquemia em parede ântero-lateral, reversível, e queda da fração de ejeção do ventrículo esquerdo na fase de estresse. Foi realizada coronariografia onde foram evidenciadas as seguintes lesões: Artéria Descendente Anterior (DA) 90% proximal, Artéria Circunflexa (Cx) 80% proximal, e Coronária Direita (CD) 60% distal, padrão dominante. Qual o tratamento que implicará em maior chance de sobrevida livre de eventos cardiovasculares adversos?
- A) Intervenção coronariana percutânea com implante de stents farmacológicos em DA e Cx.
  - B) Intervenção coronariana percutânea com implante de stents não farmacológicos em DA e Cx.
  - C) Revascularização miocárdica cirúrgica com enxerto arterial para DA e enxerto venoso para Cx.
  - D) Revascularização miocárdica cirúrgica com enxerto arterial para DA e enxertos venosos para Cx e CD.
04. Homem, 68 anos, é admitido no serviço de emergência de um hospital geral com dor epigástrica intensa há 1 hora, com náuseas, palidez e sudorese profusa. Relata ser tabagista de longa data. Nega outros fatores de risco para doença coronariana. Realizou ECG que evidencia supradesnivelamento do segmento ST de 3mm, em D2, D3 e AVF, sem outras anormalidades na repolarização ventricular. Permanece estável hemodinamicamente, sem sinais de congestão pulmonar. Não há serviço de hemodinâmica disponível no local. Qual a melhor estratégia para promover rápida reperfusão coronariana?
- A) Administrar Ácido acetilsalicílico 200mg + Clopidogrel 300 mg + Infusão de trombolítico em até 30 minutos.
  - B) Administrar Ácido acetilsalicílico 200mg + Clopidogrel 600 mg + Infusão de trombolítico em até 30 minutos.
  - C) Administrar Ácido acetilsalicílico 200mg + Clopidogrel 600 mg e transferência imediata para hospital com serviço de hemodinâmica em até 90 minutos.
  - D) Administrar Ácido acetilsalicílico 200mg + Clopidogrel 300 mg e transferência imediata para hospital com serviço de hemodinâmica em até 120 minutos.

05. Mulher, 78 anos, com diagnóstico de miocardiopatia isquêmica e nefropatia diabética, comparece a consulta ambulatorial de rotina. Ao exame físico, mostra-se apática e muito emagrecida. Realizou exames laboratoriais que evidenciaram níveis de LDL- col de 130 mg/dl e TG de 600mg/dl. Apresenta fibrilação atrial crônica e está em uso de Warfarina 5mg/dia. Qual a melhor opção terapêutica para a paciente?
- A) Tratamento não farmacológico sem fármacos.
  - B) Associação tratamento não farmacológico com fibratos.
  - C) Associação de tratamento não farmacológico com estatinas.
  - D) Associação de tratamento não farmacológico com ácido nicotínico.
06. Homem, 87 anos, diabético, hipertenso e com queixas de prostatismo, é levado à consulta ambulatorial por seus familiares para avaliação de rotina. Ao exame físico: Lúcido, bom estado geral. PA: 150 x 80mmHg, FC 72 bpm. AC; RCR, B4, s/sopros. Sem outras anormalidades ao exame físico. Considerando-se a idade do paciente e suas comorbidades, qual a meta terapêutica a ser atingida e qual a classe de fármacos anti-hipertensivos de escolha?
- A) PA: 130 x 80mmhg, diuréticos tiazídicos.
  - B) PA: 130 x 80mmHg, antagonistas dos canais de cálcio.
  - C) PA: 140 x 80 mmHg, alfabloqueadores adrenérgicos.
  - D) PA: 140 x 80 mmHg, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
07. Homem, 65 anos, revascularizado do miocárdio há 6 anos, portador de diabetes e hiperuricemia, procura atendimento médico com queixas clínicas sugestivas de colelitíase. Na avaliação laboratorial inicial, observou-se níveis de LDL de 130 mg/dl, HDL 29 mg/dl, Triglicerídios de 600 mg/dl. Está em uso regular de sinvastatina 40mg/dia. Qual a melhor conduta para o atingimento das metas lipídicas baseando-se no seu risco cardiovascular?
- A) Associação de estatina com fibratos.
  - B) Associação de estatina com ezetimiba.
  - C) Associação com ácidos graxos ômega 3.
  - D) Associação de estatina com ácido nicotínico.
08. Jovem de 25 anos, hígido previamente, é atendido no pronto socorro após síncope, durante jogo de futebol. Nega ser portador de quaisquer doenças. Há antecedentes de morte súbita na sua família, um tio aos 37 anos e um primo aos 24 anos, de causa desconhecida. O exame físico era normal. Realizou ECG que evidenciou critérios de sobrecarga ventricular esquerda e alterações difusas da repolarização ventricular e um Ecocardiograma bidimensional com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada, porém com espessura septal de 35 mm. Foi submetido a Teste Ergométrico que mostrou queda da PA sistólica no pico do exercício. Qual a melhor intervenção terapêutica para prevenir a morte súbita deste jovem?
- A) Miectomia cirúrgica.
  - B) Ablação septal com álcool.
  - C) Implante de cardioversor desfibrilador.
  - D) Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos.
09. Homem de 72 anos procura atendimento ambulatorial com queixas de dispneia em repouso e edema de membros inferiores, bilateral, há 2 semanas. Tem diagnóstico de miocardiopatia isquêmica e está em uso de Captopril 75 mg/dia, Furosemida 40mg/dia e Carvedilol 50mg/dia. Refere uso regular das medicações e controle na ingestão de sódio. Apresenta um Ecocardiograma bidimensional recente com FEVE de 35% pelo método de Simpson. Neste cenário, qual o ajuste posológico recomendado para o alívio rápido dos sintomas do paciente?
- A) Aumentar dose de furosemida e acrescentar digoxina.
  - B) Suspender o uso de betabloqueador e acrescentar digoxina.
  - C) Aumentar dose de furosemida e acrescentar espironolactona.
  - D) Suspender o uso de betabloqueador e acrescentar espironolactona.

10. Homem de 42 anos, com diagnóstico de miocardiopatia chagásica é admitido no pronto socorro em edema agudo de pulmão. Apresenta-se agitado, com sinais de má perfusão periférica, hipotenso e oligúrico nas últimas 6 horas. Ao ECG, observa-se um BAV de 2º grau tipo Mobitz II e o Ecocardiograma evidencia FEVE 20% pelo método de Simpson. Qual intervenção poderá contribuir para o rápido retorno da estabilidade hemodinâmica do paciente?
- A) Terapia inotrópica e diuréticos.
  - B) Terapia inotrópica e vasodilatadores.
  - C) Terapia inotrópica, suporte circulatório mecânico.
  - D) Terapia inotrópica, implante de marcapasso provisório.
11. Mulher de 56 anos, hipertensa há 7 anos, comparece à consulta ambulatorial de rotina. Queixa-se de ondas de calor e calafrios típicos de "flushes" da menopausa. Está em uso de Losartana potássica 100mg/dia, Besilato de amlodipino 10 mg/dia e Clortalidona 25 mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA 150 x 90 mmHg, circunferência abdominal de 100cm, discreto edema perimaleolar bilateral. Ausculta cardiopulmonar sem anormalidades. Realizou exames laboratoriais que evidenciam Glicemia jejum de 120 mg/dl, LDL colesterol de 130 mg/dl, Triglicérides de 204 mg/dl, HDL de 33mg/dl. Qual a melhor associação de fármacos para a paciente em questão, segundo recomendações das VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial?
- A) Associação com atenolol.
  - B) Associação com clonidina.
  - C) Associação com hidralazina.
  - D) Associação com espironolactona.
12. Homem de 80 anos, assintomático, é diagnosticado com fibrilação atrial durante avaliação perioperatória de colecistectomia eletiva. É portador de nefropatia diabética. Exames laboratoriais evidenciam uma redução no clearance de creatinina e hipotireoidismo subclínico. Apresenta função cognitiva preservada, e mora sozinho. Qual a melhor conduta a ser adotada para o paciente em questão?
- A) Anticoagulação com warfarina, controle do ritmo com amiodarona.
  - B) Anticoagulação com rivaroxabana, controle do ritmo com amiodarona.
  - C) Não anticoagular, controle da frequência cardíaca com betabloqueador.
  - D) Dupla antiagregação plaquetária, controle da frequência cardíaca com betabloqueador.
13. Mulher de 42 anos, com diagnóstico de miocardiopatia chagásica, é admitida repetidamente no último ano por quadro de insuficiência cardíaca aguda. Ao exame físico, apresenta sinais de caquexia e, na ausculta cardíaca, ouve-se um galope por B3. Realizou ECG que evidencia um BCRE de duração de 150ms. O Ecocardiograma bidimensional mostra uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25% pelo método de Simpson. As medicações em uso estão prescritas em suas máximas doses toleradas. Qual das intervenções abaixo promoveria uma melhora mais rápida da capacidade funcional dessa paciente?
- A) Transplante cardíaco.
  - B) Implante de cardiodesfibrilador.
  - C) Terapia de ressincronização cardíaca.
  - D) Reabilitação cardíaca supervisionada.
14. Homem de 47 anos, com diagnóstico de Miocardiopatia chagásica, queixa-se de dispneia ao realizar atividades menores que as habituais e episódios recorrentes de dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, observa-se emagrecimento importante e palidez cutâneo-mucosa. Relata 4 internamentos hospitalares nos últimos 6 meses, apesar do uso regular da medicação e do seguimento rigoroso das medidas higieno-dietéticas. Está em uso de doses máximas toleradas de IECA, betabloqueador, furosemida, espironolactona e digoxina. Foi solicitada a realização do Teste Cardiopulmonar de Esforço (TECP) para avaliar objetivamente a gravidade da insuficiência cardíaca, onde observou-se um  $VO_2$  máximo de 12ml/Kg/min e  $VE/VCO_2$  slope > 35. Diante deste quadro clínico e do resultado do TECP, qual a melhor conduta terapêutica?
- A) Uso de benzonidazol.
  - B) Indicação de transplante cardíaco.
  - C) Uso de inotrópicos e vasodilatadores.
  - D) Instalação de dispositivos de assistência circulatória.

15. Mulher de 25 anos tem diagnóstico de estenose mitral severa e está em sua primeira gestação, com idade gestacional de 22 semanas. Chegou na emergência em fibrilação atrial aguda com alta resposta ventricular e edema pulmonar com sinais de baixo débito cardíaco. Apresentava contrações uterinas frequentes. Realizou ecocardiograma bidimensional que mostrou extensa calcificação do anel mitral com fusão das cúspides sugerindo etiologia reumática. Qual a conduta a ser adotada?
- A) Cardioversão elétrica, oxigenioterapia, furosemda.
  - B) Cardioversão química com amiodarona, inibição do parto com nifedipina.
  - C) Valvotomia mitral cirúrgica de emergência, interrupção do parto pelo risco de vida materno.
  - D) Valvotomia mitral percutânea com cateter balão de emergência, inibição do parto com indometacina.
16. Mulher de 60 anos, assintomática, iniciou recentemente programa de atividade física, sendo solicitado um teste ergométrico. Na avaliação do exame, observou-se um infradesnivelamento do segmento ST, padrão convexo de 1,8 mm, no pico do exercício. O gasto energético estimado foi de 12 METs, e logo após o final do 1º minuto da fase de recuperação houve normalização da repolarização ventricular. Não houve queixas de sintomas cardiovasculares ao esforço. Qual o diagnóstico provável e a conduta respectiva?
- A) Teste verdadeiro positivo, solicitar coronariografia.
  - B) Teste verdadeiro positivo, solicitar angiotomografia de coronárias.
  - C) Teste falso positivo, solicitar cintilografia miocárdica com stress físico.
  - D) Teste falso positivo, não prosseguir com investigação para doença coronariana.
17. Mulher de 75 anos, hipertensa, diabética e revascularizada do miocárdio cirurgicamente há 4 anos, está em programação de colectomia por neoplasia de cólon. Nega queixas cardiovasculares, porém apresenta capacidade funcional reduzida. Ao exame físico, constata-se PA 130 x 80 mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. ECG com alterações difusas e inespecíficas da repolarização ventricular. Exames laboratoriais normais. Foi solicitada uma avaliação cardiológica pré-operatória. Quais exames complementares em cardiologia são os mais indicados para uma avaliação do risco de eventos cardiovasculares adversos no período perioperatório desta paciente?
- A) Ecocardiograma bidimensional e coronariografia.
  - B) Ecocardiograma bidimensional e Teste ergométrico.
  - C) Ecocardiograma bidimensional e Angiotomografia de coronárias.
  - D) Ecocardiograma bidimensional e Cintilografia do miocárdio com dipiridamol.
18. Mulher de 68 anos é atendida no pronto socorro de um hospital de referência em cardiologia por quadro de IAM com supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior com 2 horas do início dos sintomas. Foi submetida à intervenção coronariana percutânea primária com sucesso, com implante de stent não farmacológico. Tem diagnóstico de fibrilação atrial crônica e faz uso de warfarina 5mg/dia. Relata acidente vascular encefálico isquêmico há 3 anos. Como deve ser conduzida a anticoagulação e a terapia antiplaquetária desta paciente após a alta hospitalar?
- A) Manter Warfarina e acrescentar AAS e Clopidogrel.
  - B) Manter Warfarina e acrescentar apenas Clopidogrel.
  - C) Manter Warfarina e acrescentar apenas Prasugrel.
  - D) Manter Warfarina e acrescentar apenas AAS.
19. Mulher de 72 anos procura atendimento médico por apresentar desconforto retroesternal em peso, contínuo, adinamia e inapetência há 3 semanas. Nega desconforto respiratório. Tem diagnóstico de hipotireoidismo e recebeu tratamento para Linfoma não-Hodgkin há 20 anos. Ao exame físico, observamos apenas abafamento de bulhas na ausculta cardíaca. Realizou ECG que evidencia complexos QRS de 5mm de amplitude nas derivações periféricas e 8 mm nas derivações precordiais. O Ecocardiograma realizado mostra uma lâmina de 20mm de líquido sem debris, circundando todo o coração, sem sinais de colapamento de câmaras cardíacas direitas. Qual a conduta imediata a ser adotada?
- A) Pericardiocentese sem biópsia, uso de AINES.
  - B) Pericardiocentese com biópsia, uso de AINES.
  - C) Tratamento conservador isolado com uso de AINES.
  - D) Tratamento conservador isolado com uso de corticoterapia.

20. Homem de 35 anos procura atendimento ambulatorial por apresentar dispneia progressiva nas últimas 6 semanas. É Hipertenso há 3 anos, em uso de Valsartana 320mg/dia, Besilato de Amlodipino 10mg/dia, Clortalidona 25 mg/dia e Nebivolol 10 mg/dia. A média das medidas da pressão arterial realizadas na consulta é de 150 x 90mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. O laudo eletrocardiográfico foi de padrão "strain" de ventrículo esquerdo. Quais alterações esperamos encontrar no ECG deste paciente?
- A) Ondas R amplas em V5 e V6, ondas T invertidas e simétricas em D1, AVL, V5 e V6.
  - B) Ondas R amplas em V5 e V6, ondas T invertidas e assimétricas em D1, AVL, V5 e V6.
  - C) Eixo do QRS para esquerda, ondas R amplas em V5 e V6.
  - D) Eixo do QRS sem desvio, ondas S amplas de V1 a V3.