



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CARDIOLOGIA

ESPECIALIDADE: Cardiologia (R3) - Ecocardiograma

Cardiologia (R3) - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 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!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Homem de 44 anos, surfista profissional, procurou atendimento no Pronto-Socorro por dor precordial atípica, prolongada, após grande estresse emocional. Realizou teste ergométrico há 90 dias onde foi observado um excelente gasto energético, sem evidências de isquemia esforço induzida. Nega tabagismo. Relata que seu pai teve morte súbita aos 46 anos. O exame físico e o ECG iniciais foram normais. Qual o método de investigação diagnóstica para doença coronariana, nessa situação clínica peculiar?
- A) Coronariografia.
 - B) Angiotomografia de Coronárias.
 - C) Cintilografia Miocárdica com dipiridamol.
 - D) Ecocardiograma com estresse farmacológico.
- 02.** Homem de 59 anos foi submetido a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) com implante de stent de segunda geração em CD no contexto de um IAM há 25 dias. Entretanto, apresenta diagnóstico recente de neoplasia de laringe com indicação de cirurgia com a maior brevidade possível. Está sob uso de AAS 100 mg/dia e Ticagrelor 90mg duas vezes ao dia. Nesse contexto clínico, quais devem ser as orientações sobre a antiagregação plaquetária?
- A) Recomendar o procedimento cirúrgico imediatamente com a prescrição de heparina de baixo peso molecular e manutenção do AAS.
 - B) Recomendar o procedimento cirúrgico imediatamente com a suspensão da dupla antiagregação plaquetária porém com a utilização de tirofiban.
 - C) Recomendar o procedimento cirúrgico após 180 dias da ICP, com a suspensão da dupla antiagregação plaquetária cinco dias antes da cirurgia.
 - D) Recomendar o procedimento cirúrgico após 180 dias da ICP, com a suspensão do ticagrelor cinco dias antes da cirurgia e com a manutenção do AAS.
- 03.** Mulher de 64 anos com diagnóstico de miocardiopatia isquêmica apresenta Fibrilação atrial, FEVE= 32% com sintomas de insuficiência cardíaca classe funcional III pela NYHA. Está em acompanhamento ambulatorial utilizando maleato de enalapril 20 mg 2 x ao dia, espirolactona 25 mg 1x ao dia , carvedilol 25 mg 2 x ao dia e apixabana 5mg 2 x ao dia. Apresentou três internações por descompensação, no último ano. Em relação ao manejo clínico dessa paciente, quais modificações podem ser realizadas para a redução das hospitalizações e da mortalidade?
- A) Acrescentar, ao esquema terapêutico atual Ivabradina.
 - B) Acrescentar, ao esquema terapêutico atual diurético de alça.
 - C) Acrescentar, ao esquema terapêutico atual os Inibidores de SGLT2.
 - D) Suspender o maleato de enalapril e iniciar o uso de Sacubitril-valsartana.
- 04.** Homem de 60 anos está em tratamento clínico por Miocardiopatia chagásica. Apresenta classe funcional II da NYHA. Faz uso de IECA em dose máxima tolerada. Ao exame físico: FC = 80 bpm, PA = 110 x 70 mmHg. Sem alterações ao exame físico. No ECG observa-se ritmo sinusal, bloqueio de ramo direito, condução AV de 200 ms e condução IV de 140ms, bloqueio divisional ântero superior esquerdo. No Ecocardiograma transtorácico há dilatação importante das câmaras esquerdas e fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 36%. No Holter de 24 horas: ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares correspondendo a 11% dos batimentos em 24h, ausência de taquicardia ventricular sustentada. Qual das condutas abaixo é a mais apropriada para reduzir a mortalidade total e súbita desse paciente?
- A) Iniciar Sotalol ou propafenona e indicar a ressincronização cardíaca.
 - B) Iniciar betabloqueadores cardiosseletivos e amiodarona e implantar CDI.
 - C) Prescrever betabloqueador cardiosseletivo e amiodarona e indicar a ressincronização cardíaca.
 - D) Acrescentar betabloqueadores cardiosseletivos e inibidores mineralocorticoides ao esquema terapêutico atual.

05. Homem de 59 anos, portador de cardiopatia hipertensiva, está sob uso de Losartana 100mg/dia, Carvedilol 25mg duas vezes ao dia e Rivaroxabana 20mg/dia. Apresenta IC classe funcional II da NYHA e queixa-se de dor precordial opressiva. Ao exame físico, apresenta PA 130 x 80 mmHg, FC 88bpm. Não há sinais de congestão pulmonar ou sistêmica. No ECG de base, observa-se um ritmo de fibrilação atrial e baixa voltagem difusa. Foi solicitado um teste ergométrico. Como o TE pode ajudar no manejo clínico do paciente em questão?
- A) Determinação objetiva da capacidade funcional.
 - B) Diagnóstico de doença coronariana com elevada especificidade.
 - C) Ajuste na terapia farmacológica, se resposta cronotrópica exacerbada.
 - D) Estimativa do déficit inotrópico, se redução dos níveis tensionais intraesforço.
06. Mulher de 55 anos vem ao consultório para realizar avaliação médica de rotina. Diz que há 6 meses fez exames que revelaram colesterol elevado. Desde então, vem praticando atividade física aeróbica durante 30 minutos, 5 vezes por semana e está seguindo rigorosamente a dieta indicada pela nutricionista. A paciente não fuma e não possui comorbidades. Ao exame físico: PA 136x80 mmHg. Foi repetido perfil lipídico que evidenciou: CT 210 mg/dL, HDL 35 mg/dL, TG 232 mg/dL, glicemia de jejum 98 mg/dL. De acordo com a Diretriz brasileira de dislipidemias, qual a conduta adequada baseando-se no Escore de risco Global (ERG)?
- A) Iniciar rosuvastatina 5mg.
 - B) Iniciar atorvastatina 40 mg.
 - C) Manter sem tratamento farmacológico.
 - D) Iniciar sinvastatina 10mg associada a Ezetimiba 10 mg.
07. Homem de 61 anos, em prevenção primária, tabagista, pressão arterial sistólica (não tratada) de 155 mmHg, CT de 210 mg/dL, HDL-c de 40 mg/dL, LDL-c (calculado) de 140 mg/dL, TG de 150 mg/dL. Pela estratificação do risco, o Cálculo do Escore de risco global (ERG) é de 22% . Recebeu orientação para uso de Rosuvastatina 20mg. Após 18 meses do uso dessa estatina, procura outro médico, informando que parou de fumar, está com pressão arterial sistólica de 125 mmHg tratada com anti-hipertensivo, e traz perfil lipídico recente que evidencia CT de 111 mg/dL, HDL-c de 43 mg/dL, LDL de 38 mg/dL e TG de 150 mg/dL, além do ERG de 18%. Com o alcance da redução do risco cardiovascular, como deve ser o manejo da dislipidemia desse paciente?
- A) Suspender o tratamento farmacológico.
 - B) Prescrever uma estatina de menor potência.
 - C) Reduzir a dose da estatina e associar ezetimiba.
 - D) Não modificar o tratamento farmacológico atual.
08. Homem de 58 anos, assintomático, está em avaliação pré-operatória de uma colecistectomia eletiva. Foi identificado no exame físico um sopro em focos da base. O ecocardiograma transtorácico realizado mostrou diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (VE) de 57mm, valva aórtica bicúspide com os dois folhetos espessados e estenose valvar com área de 0,6 cm², gradiente transvalvar médio de 55 mmHg, fração de ejeção do VE de 60% e velocidade de pico do jato aórtico de 5 m/s. Qual a melhor conduta terapêutica para esse paciente, baseando-se nas informações apresentadas?
- A) Manter acompanhamento clínico semestral.
 - B) Indicar a cirurgia de troca valvar aórtica.
 - C) Manter tratamento clínico com betabloqueador e diuréticos.
 - D) Indicar cirurgia, se houver ausência de reserva inotrópica no teste ergométrico.
09. Mulher de 38 anos, assintomática, está em acompanhamento ambulatorial por estenose mitral reumática. Relata que deseja engravidar. Está em uso de Atenolol 50 mg 2 vezes ao dia. No exame físico, observa-se FC = 60 bpm, PA = 100 x 70 mmHg; ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sopro diastólico em ruflar no foco mitral, intensidade (+++/6+), com estalido de abertura e hiperfonese da segunda bulha cardíaca, sem sinais de congestão pulmonar ou sistêmica. No ECG observa-se ritmo sinusal, com sinais de sobrecarga biatrial. No Ecocardiograma transesofágico, a área valvar mitral é de 0,9 cm², o gradiente diastólico médio entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo é de 10 mmHg e há regurgitação mitral moderada. A pressão sistólica na artéria pulmonar estimada é de 57 mmHg. O escore de Wilkins Block é 8. Com base nessas informações, qual é a conduta mais apropriada segundo as Diretrizes brasileiras de valvopatias?
- A) Prescrever diuréticos de alça e manter em tratamento conservador.
 - B) Indicar imediatamente valvoplastia mitral percutânea com cateter balão.
 - C) Indicar valvoplastia mitral percutânea com cateter balão se aparecerem sintomas.
 - D) Indicar imediatamente o tratamento cirúrgico por comissurotomia mitral ou troca valvar.

10. Mulher de 65 anos, sem patologias prévias, foi diagnosticada com câncer de mama e está sendo submetida a quimioterapia com trastuzumabe. Antes do início do tratamento oncológico, a paciente era assintomática do ponto de vista cardiovascular e o ecocardiograma não apresentava anormalidades. Após três meses do início do tratamento oncológico, a paciente permanece assintomática e o exame físico não evidencia alterações, porém no ecocardiograma houve redução relativa no Strain longitudinal de 16% e elevação significativa da troponina. Baseando-se na Diretriz Brasileira de Cardio-oncologia 2020, como deve ser o manejo clínico dessa paciente?
- A) Há critérios de cardiotoxicidade subclínica, porém a quimioterapia não deve ser suspensa.
 - B) Há critérios de cardiotoxicidade subclínica e a quimioterapia deve ser suspensa temporariamente.
 - C) Não há critérios de cardiotoxicidade subclínica, porém deve ser iniciado IECA e betabloqueador para prevenção da cardiotoxicidade.
 - D) Não há critérios de cardiotoxicidade subclínica, porém deve ser realizada ecocardiografia trimestral e dosagem de biomarcadores a cada ciclo.
11. Mulher de 44 anos com dispneia e palpitações aos esforços apresenta ao exame físico impulsão precordial anterior palpável, desdobramento fixo da segunda bulha e um sopro sistólico 2+/6+ em foco pulmonar e sopro mesodiastólico no foco tricúspide, as bulhas são normofonéticas. No ECG em repouso, observa-se ritmo de FA. Diante dos achados clínicos, qual o provável diagnóstico?
- A) Hipertensão pulmonar primária.
 - B) Comunicação interventricular.
 - C) Persistência do canal arterial.
 - D) Comunicação interatrial.
12. Homem de 65 anos é portador de fibrilação atrial. Realizou um Ecocardiograma transesofágico onde foram observados átrio esquerdo aumentado e trombo no apêndice atrial esquerdo. É portador de prótese biológica mitral há 5 anos. Faz uso de Varfarina, porém apresenta ampla variabilidade nos valores do INR. Como alternativa ao uso da varfarina, qual fármaco anticoagulante pode ser prescrito para o paciente em questão?
- A) Apixabana.
 - B) Edoxabana.
 - C) Rivaroxabana.
 - D) Dabigatrana.
13. Homem de 33 anos, sedentário, procura consulta para avaliação cardiovascular. É assintomático e nega história familiar para cardiopatias. Deseja participar de provas de ciclismo tipo recreativas. O eletrocardiograma não apresenta alterações. O exame físico é normal e não foram encontradas alterações no perfil glicêmico e no lipidograma. Como deve ser realizada a avaliação médica antes da liberação para essa atividade esportiva específica?
- A) Não são necessários exames cardiológicos adicionais.
 - B) Realizar Teste Ergométrico para afastar doença isquêmica.
 - C) Realizar Teste Ergoespirométrico para estratificação do risco individual.
 - D) Realizar Ecocardiograma transtorácico como triagem de anormalidades estruturais.
14. Homem, 74 anos, com diagnóstico de miocardiopatia isquêmica FEVE= 32% está em seguimento ambulatorial com tratamento clínico máximo tolerado. Faz uso de Ramipril 5mg ao dia, Atorvastatina 40mg/dia, AAS, Rivaroxabana 15mg/dia. Sem histórico de internações prévias por descompensação. No ECG, apresenta ritmo de fibrilação atrial com baixa resposta ventricular. Não tolera o uso de betabloqueadores por bradicardia sintomática. Está em um programa de reabilitação cardíaca há 6 meses e relata melhora importante na capacidade funcional e na qualidade de vida. Realizou TECP que evidenciou VO_2 max de 11 ml/kg/min e VE/VCO₂ slope > 42, pulso de oxigênio em platô e ventilação periódica. Em avaliação laboratorial recente, evidenciam-se níveis de Cr 1,8 mg/dl e K sérico de 4,8 MEq/L. Foi solicitado parecer pelo médico assistente à equipe de Transplante cardíaco sobre a possível indicação dessa intervenção. Com base nessas informações, qual o parecer baseado em evidências científicas da Equipe de Transplante cardíaco?
- A) Há indicação de transplante cardíaco justificada pelos parâmetros observados no TECP.
 - B) Não há indicação de transplante cardíaco justificada pelo inadequado controle da FA.
 - C) Não há indicação de transplante cardíaco justificada pela ausência de IC refratária.
 - D) Há indicação de transplante cardíaco justificada pelos parâmetros observados no TECP a despeito da Reabilitação cardíaca.

15. Homem de 75 anos apresenta sintomas típicos de angina estável. Realizou uma cintilografia miocárdica onde foi evidenciada isquemia miocárdica acometendo 10% do miocárdio. No ecocardiograma transtorácico, observa-se fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 56% pelo método de Simpson. Baseando-se nos resultados do Trial ISCHEMIA, qual deve ser a conduta nesse cenário clínico?
- A) Solicitar a coronariografia para decidir qual a melhor estratégia de revascularização miocárdica.
 - B) Solicitar a coronariografia se sintomas anginosos persistentes a despeito do tratamento conservador.
 - C) Solicitar angiotomografia de coronárias para decidir sobre qual a melhor estratégia de revascularização miocárdica.
 - D) Solicitar a angiotomografia de coronárias para decidir entre manutenção do tratamento conservador ou revascularização miocárdica.
16. Mulher de 28 anos com diagnóstico de estenose mitral reumática procurou o cardiologista junto com seu companheiro pois desejam engravidar. É assintomática do ponto de vista cardiovascular. Apresenta Fibrilação atrial e está sob anticoagulação oral com Warfarina. No Ecocardiograma transtorácico, observa-se AV mitral de 0,7 cm² e PSAP de 50 mmHg. Quais orientações devem ser dadas ao casal?
- A) Adiar a concepção e programar a valvoplastia cirúrgica.
 - B) Contraindicar a gestação pelo risco de prematuridade e natimorto.
 - C) Liberar para concepção informando sobre o risco de mortalidade materna.
 - D) Liberar para concepção com a prescrição de betabloqueadores e varfarina.
17. Homem 34 anos, deu entrada no Pronto Socorro após apresentar quadro compatível com edema agudo de pulmão após partida de futebol. Apresenta sopro diastólico aspirativo, em focos da base, intensidade 3+/6+ e um sopro diastólico apical. O ECG registra as alterações de sobrecarga ventricular esquerda com desvio do eixo para a esquerda e, no raio X, identifica-se um aumento importante da área cardíaca com dilatação da aorta ascendente. Qual o diagnóstico sintomático e etiológico mais provável?
- A) Insuficiência aórtica aguda por endocardite infecciosa.
 - B) Insuficiência aórtica crônica de etiologia reumática.
 - C) Insuficiência aórtica aguda por dissecação da aorta ascendente.
 - D) Insuficiência aórtica crônica secundária a doenças do tecido conjuntivo.
18. Mulher de 68 anos tem o diagnóstico de miocardiopatia isquêmica com redução severa da função sistólica ventricular. Realizou coronariografia que evidenciou doença coronariana obstrutiva multiarterial e, em seguida, foi solicitada RMN que evidenciou 30% de realce tardio transmural localizado nas paredes anterior e septal do ventrículo esquerdo. De acordo com o resultado dessa RMN cardíaca, qual a probabilidade de melhora da contratilidade com a revascularização miocárdica?
- A) A probabilidade de melhora da contratilidade após a revascularização miocárdica é em torno de 40%.
 - B) A probabilidade de melhora da contratilidade após a revascularização miocárdica é em torno de 80%.
 - C) A probabilidade de melhora da contratilidade é de até 10% devendo ser questionada a revascularização miocárdica.
 - D) A probabilidade de melhora da contratilidade após a revascularização miocárdica é baixa com potencial de recuperação contrátil inferior a 1%.
19. Homem de 63 anos, assintomático, realizou um ecocardiograma transtorácico para avaliação da etiologia de um BRE observado no eletrocardiograma em repouso. No Ecocardiograma transtorácico foi observada uma valva bicúspide com área valvar aórtica (AVA) = 0,5 cm², gradiente médio VE/aorta = 45 mmHg, velocidade máxima do jato aórtico = 4,8 m/s e disfunção de VE (FEVE 48%). Considerando o arsenal terapêutico da estenose aórtica e o EuroSCORE, qual a melhor conduta?
- A) Tratamento conservador.
 - B) Intervenção transcatereter.
 - C) Intervenção cirúrgica.
 - D) Intervenção cirúrgica ou transcatereter.
20. Jovem de 28 anos de idade, branco, com IMC de 24 kg/m², sem antecedentes médicos prévios, procurou atendimento em UBS, pois, em um exame admissional, fora constatada uma PA de 170 x 100 mmHg. Negou história familiar de hipertensão arterial e doenças prévias. Ao exame físico, tinha PA de 200 x 100 mmHg e estava assintomático. Qual a melhor conduta para esse paciente?
- A) Orientação dietética e monoterapia com IECA.
 - B) Orientação dietética e associação de fármacos anti-hipertensivos.
 - C) Modificações de estilo de vida e reavaliar a PA após seis meses.
 - D) Encaminhar ao Pronto Socorro para controle imediato dos níveis tensionais.