



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

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. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 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, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

- 01.** Homem de 76 anos evolui com sintomas de claudicação intermitente com limitação importante da sua deambulação. Foi avaliado por cirurgião vascular que indicou bypass arterial aorto-iliaco. É portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e DPOC grave. Foi considerado como de elevado risco cirúrgico e ponderada a realização do procedimento cirúrgico proposto juntamente com seus familiares. Na presente situação clínica, além da investigação de isquemia miocárdica, que exame(s) prediz(em) melhor o risco perioperatório de morte e IAM?
- A) Troponina I elevada no pré-operatório.
 - B) Peptídeo natriurético elevado no pré-operatório.
 - C) Troponina I e Peptídeo natriurético ambos elevados no pré-operatório.
 - D) Peptídeo natriurético elevado nas primeiras 72 horas após a cirurgia vascular.
- 02.** Mulher de 72 anos evolui com queixa de adinamia há 3 meses. É portadora de Hipertensão arterial sistêmica de longa data e diabetes mellitus há 3 anos. Exames laboratoriais evidenciam níveis de LDL colesterol de 146 mg/dl, HDL colesterol de 36 mg/dl, colesterol não - HDL de 110mg/dl, triglicerídios de 245 mg/dl e TSH 8,0uUI/ml. Está em uso de Atorvastatina 10 mg/dia. Qual deverá ser a estratégia terapêutica recomendada neste momento para o atingimento da meta de LDL colesterol e colesterol não - HDL, baseando-se no risco cardiovascular da paciente em questão?
- A) Manter Atorvastatina 10 mg/dia e associar ciprofibrato 100 mg/dia.
 - B) Aumentar Atorvastatina para 40 mg/dia e iniciar Levotiroxina.
 - C) Manter Atorvastatina 10 mg/dia e iniciar Levotiroxina.
 - D) Substituir Atorvastatina por Rosuvastatina 20mg/dia.
- 03.** A inibição da PCSK9 é um importante alvo terapêutico na hipercolesterolemia. Inicialmente empregado somente na Hipercolesterolemia familiar, atualmente as diretrizes internacionais apontam para o benefício da sua utilização na doença coronariana crônica, especificamente nos pacientes com LDL colesterol elevado a despeito do uso regular de estatinas potentes em doses adequadas. Quais das alternativas apresentadas descreve o mecanismo de ação desta nova classe de agentes hipolipemiantes?
- A) Inibição da absorção de colesterol na borda em escova do intestino delgado.
 - B) Ativação dos PPARs expressos primariamente em fígado, rins, coração e músculo.
 - C) Inibição da HMG-CoA redutase com aumento na expressão dos receptores de LDL.
 - D) Inibição da reciclagem do LDL-R resultando em maior expressão de receptores de LDL.
- 04.** Mulher de 62 anos, portadora de miocardiopatia dilatada idiopática, persiste com sintomas de congestão pulmonar e sistêmica a despeito do uso de Enalapril 40mg ao dia, Carvedilol 50mg/dia, Furosemida, 80 mg/dia e Espironolactona 25 mg/dia. Apresenta PA de 100 x 70mmHg. Exames laboratoriais sem anormalidades. Qual a intervenção terapêutica mais adequada, baseando-se nas atuais evidências científicas?
- A) Iniciar imediatamente o uso do Sacubitril /Valsartana com redução da dose do Enalapril.
 - B) Iniciar imediatamente o uso do Sacubitril/Valsartana em associação ao Enalapril.
 - C) Iniciar o uso do Sacubitril/Valsartana após suspensão do Enalapril por 36h.
 - D) Iniciar o uso do Sacubitril/Valsartana após suspensão do Enalapril por 24h.
- 05.** Mulher de 40 anos procura atendimento no consultório do cardiologista porque deseja iniciar atividade física em academia. Relata intolerância aos grandes esforços, porém não apresenta anormalidades ao exame físico do sistema cardiovascular ou respiratório. É portadora de artrite reumatoide. Nega história familiar de cardiopatia. Realizou Teste ergométrico que evidenciou uma baixa capacidade funcional estimada em 6,8 METS. No presente caso, é necessária a realização de exames complementares adicionais? Se indicado, qual exame poderia sugerir a etiologia da baixa capacidade funcional?
- A) Sim / Teste de esforço cardiopulmonar.
 - B) Sim / Ressonância Nuclear Magnética cardíaca.
 - C) Sim / Ecocardiograma bidimensional com doppler.
 - D) Nenhuma avaliação cardiológica adicional é necessária por ser a paciente de baixo risco cardiovascular.

06. Homem de 82 anos, assintomático e sem comorbidades, descobre ser portador de FA durante avaliação pré-operatória para a realização de cirurgia de catarata. Não apresenta anormalidades ao exame físico. Foi encaminhado ao cardiologista para parecer especializado. Neste contexto clínico, qual a conduta mais adequada?
- A) Controle da frequência ventricular com digital, sem anticoagulação.
 - B) Controle da frequência ventricular com betabloqueador, sem anticoagulação.
 - C) Controle da frequência ventricular com digital e anticoagulação com warfarina.
 - D) Controle da frequência ventricular com betabloqueador e anticoagulação com Dabigatrana.
07. Mulher de 72 anos, sem comorbidades, recebeu diagnóstico de CA de mama há 6 semanas e foi indicada a realização de quimioterapia com antracíclicos e radioterapia logo após a realização da mastectomia total. Foi encaminhada ao cardiologista para avaliação do risco de cardiotoxicidade. Quais medidas devem ser adotadas para a realização do diagnóstico precoce de cardiotoxicidade?
- A) Dosagem de troponina I e Análise do Strain longitudinal antes da quimioterapia.
 - B) Dosagem de troponina I e Análise do Strain longitudinal antes e após a quimioterapia.
 - C) Dosagem de NT-pró-BNP e análise do Strain longitudinal antes e após a quimioterapia.
 - D) Dosagem de NT-pró-BNP e análise do Strain longitudinal após 30 dias da quimioterapia.
08. Homem de 42 anos, assintomático, procura atendimento médico ambulatorial para avaliação cardiológica. Relata que seu pai faleceu subitamente aos 38 anos. O exame físico não apresenta anormalidades. Faz atividade física moderada, 3 vezes na semana. Nega tabagismo. Na avaliação laboratorial inicial, não foram encontradas alterações no perfil lipídico. Há indicação da solicitação de exames complementares para a estratificação do risco cardiovascular do paciente em questão? Se afirmativo, qual(is)?
- A) Sim / Angiotomografia de coronárias.
 - B) Sim / Ultrassom de carótidas e Teste ergométrico.
 - C) Sim / Ultrassom de carótidas e tomografia de tórax com escore de cálcio coronariano.
 - D) Não são necessários exames complementares pois o paciente apresenta baixo risco cardiovascular.
09. Mulher de 38 anos teve diagnóstico de hipertensão arterial há 6 meses. Está em uso regular de clortalidona 25 mg/dia, Olmesartana 40mg/dia e Amlodipino 10mg/dia. Ao exame físico, apresenta níveis de PA 150 x 100 mmHg em ambos os braços, em consultas repetidas. Relata baixo consumo de sal e prática regular de atividade física. O eletrocardiograma em repouso é normal. Neste contexto clínico, qual a melhor estratégia para o rápido atingimento das metas pressóricas?
- A) Solicitar MAPA após 6 meses de tratamento não farmacológico intensivo.
 - B) Realizar MAPA e acrescentar o 4º fármaco anti-hipertensivo se necessário.
 - C) Solicitar MAPA após 4 semanas do acréscimo do 4º fármaco anti-hipertensivo.
 - D) Solicitar MAPA após 4 semanas da prescrição da dose noturna de um dos anti-hipertensivos.
10. Mulher de 70 anos, assintomática, apresenta no exame físico do sistema cardiovascular sopro sistólico (+3/+6) em foco mitral, com irradiação para axila. Sem outras anormalidades ao exame físico. Nega comorbidades. Realizou Ecocardiograma bidimensional que confirmou a presença de lesão regurgitante mitral por prolapso da cúspide posterior, área do jato regurgitante $\geq 40\%$ da área do átrio esquerdo, fração regurgitante $\geq 50\%$, volume regurgitante ≥ 60 mL/batimento, vena contracta $\geq 0,7$ cm e área efetiva do orifício regurgitante $\geq 0,40$ cm². Baseando-se na gravidade da valvopatia mitral, qual a melhor conduta a ser tomada neste contexto clínico?
- A) Abordagem cirúrgica precoce por valvoplastia mitral.
 - B) Abordagem cirúrgica precoce com implante de bioprótese mitral.
 - C) Tratamento clínico e acompanhamento semestral com ecocardiograma bidimensional.
 - D) Intervenção percutânea com colocação de clipe mitral somente se aparecerem sintomas.
11. Homem de 58 anos, diabético, foi submetido a revascularização percutânea eletiva, com implante de stents farmacológicos em artéria Descendente Anterior (DA) e Circunflexa (Cx) após diagnóstico de isquemia miocárdica detectado em teste de esforço periódico. Não apresenta anormalidades ao exame físico. Foi prescrito na alta hospitalar AAS 100 mg/dia e Clopidogrel 75 mg/dia. Qual o tempo mínimo recomendado para a manutenção da prescrição da dupla antiagregação plaquetária baseando-se nas atuais evidências científicas?
- A) 3 meses.
 - B) 6 meses.
 - C) 12 meses.
 - D) Acima de 18 meses.

12. Homem de 56 anos, diabético, é acompanhado no ambulatório por doença coronariana crônica. Foi submetido a revascularização do miocárdio cirúrgica há 2 anos. Evolui assintomático. Está em uso de Atorvastatina 80 mg/dia como prevenção secundária. Em sua última avaliação laboratorial apresentava níveis de LDL colesterol de 80 mg/dl e Triglicérides de 248 mg/dl. Relata uso regular da medicação e atividade física moderada três vezes na semana. Qual a estratégia terapêutica recomendada para o atingimento das metas de LDL colesterol e triglicérides?
- A) Manter Atorvastatina 80 mg/dia, acrescentar Ezetimiba.
 - B) Manter Atorvastatina 80 mg/dia e acrescentar ácidos graxos ômega 3.
 - C) Reduzir Atorvastatina para 40 mg/dia e acrescentar inibidor do PCSK9.
 - D) Substituir Atorvastatina por Rosuvastatina 20mg/dia e acrescentar Ciprofibrato.
13. Homem de 59 anos apresentou, no último ano, quatro internações hospitalares por insuficiência cardíaca crônica agudizada com necessidade de suporte inotrópico. É portador de miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica. Está em uso de Enalapril 40mg/dia, Furosemida 80mg/dia, Carvedilol 50mg/dia, Espironolactona 50mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA de 90 x 60 mmHg, FC 60 bpm. Ao ECG observa-se ritmo sinusal com BAV de 1º grau com intervalo PR de 280 ms e BRE com duração de 140 ms. Foi indicado teste de esforço cardiopulmonar para decisão sobre indicação de transplante cardíaco no qual observou-se um VO₂ pico de 12ml/kg/min, VEVC_O₂ slope de 45, R 1,05 e presença de ventilação periódica. Após a avaliação pela equipe especializada em transplante cardíaco foi decidido que a melhor opção terapêutica para o paciente em questão, provavelmente, é:
- A) Indicar prioridade no transplante cardíaco.
 - B) Acrescentar Digital e reavaliar após 90 dias.
 - C) Acrescentar Sacubitril/Valsartana e reavaliar após 90 dias.
 - D) Implantar marcapasso biventricular e reavaliar após 6 meses.
14. Homem de 38 anos apresenta síndrome de insuficiência cardíaca crônica agudizada. Ao exame físico, revela sopro pancardiaco, holossistólico, rude, (+4/+6) irradiando para as regiões axilar e infraescapular, e também auscultado em região esternal alta, diminuindo de intensidade com ortostatismo e manobra de Valsalva. O eletrocardiograma revela sobrecarga de câmaras esquerdas, e o Rx do tórax mostra cardiomegalia global. Qual o diagnóstico provável baseando-se nos achados semiológicos e dos exames complementares inicialmente realizados?
- A) Estenose Aórtica Severa.
 - B) Regurgitação Mitral Severa.
 - C) Dupla lesão valvar, mitral e aórtica.
 - D) Miocardiopatia hipertrófica obstrutiva.
15. Mulher de 75 anos é admitida com diagnóstico de IAM sem supradesnivelamento do segmento ST. É portadora de FA crônica e faz uso de Rivaroxabana 15 mg/dia, tendo recebido a última dose há 24 horas. É portadora de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica com clearance de creatinina estimado em 45ml/min. Por apresentar TIMI score elevado e angina refratária, foi decidida pela intervenção invasiva precoce. Neste contexto clínico, além do ácido acetil salicílico, qual a prescrição mais segura a ser instituída antes do conhecimento da anatomia coronariana?
- A) Prasugrel.
 - B) Ticagrelor.
 - C) Clopidogrel.
 - D) Heparina sódica.
16. Homem de 71 anos, hígido, é portador de FA idiopática. Evolui com quadro de abdome agudo há 4 horas. Foi indicada laparotomia exploradora. Faz uso de Dabigatrana, tendo administrado a última dose há 12 horas. Neste contexto clínico, qual deve ser a orientação dada a equipe cirúrgica para evitar eventos hemorrágicos no período perioperatório?
- A) Idarucizumabe intravenoso.
 - B) Carvão ativado e hemodiálise.
 - C) Complexo protrombínico e ácido tranexâmico.
 - D) Plasma fresco congelado e Fator VII recombinante ativado.

17. Mulher de 54 anos, assintomática, é encaminhada ao cardiologista para avaliação de sopro cardíaco. Não apresenta comorbidades, nem faz uso de nenhum fármaco. Ao exame físico, observa-se PA 100 x 80 mmHg, FC 72 bpm. Na ausculta cardíaca, ouve-se um sopro telesistólico, ejetivo (+++/+6) em foco aórtico acessório com irradiação para ápice, bulhas hipofonéticas com desdobramento paradoxal de B2. Realizou ECG que não evidenciou alterações significativas e RX tórax sem anormalidades. Porém, ao ecocardiograma bidimensional com doppler apresenta a função ventricular esquerda de 77%, valva aórtica bicúspide com orifício valvar de 0,8 cm e gradiente VE-Ao de 60mmHg. Considerando o diagnóstico mais provável, qual dos exames abaixo relacionados ajudaria na decisão sobre o melhor momento para intervenção cirúrgica?
- A) Ressonância Magnética Nuclear.
 - B) Ecocardiograma transesofágico.
 - C) Ventriculografia esquerda.
 - D) Teste Ergoespiométrico.
18. Homem de 48 anos foi submetido a implante de CDI por episódio de morte súbita abortada. É portador de miocardiopatia dilatada isquêmica com FEVE de 30% pelo método de Simpson. Atualmente apresenta perfil clínico-hemodinâmico quente e seco. Está em uso de Furosemida 40mg/dia, Carvedilol 25mg/dia, Enalapril 20mg/dia e Espironolactona 25mg/dia, Atorvastatina 20mg/dia e Clopidogrel 75 mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA 120 x 80mmHg FC 90 bpm AC: RCR, 3T, galope por B3, AP: estertores crepitantes finos bibasais. Abdome e extremidades sem anormalidades. ECG: Ritmo irregular por FA e área inativa extensa em parede anterior. Relata estar emocionalmente abalado por apresentar disparos frequentes do cardiodesfibrilador. Qual a intervenção farmacológica que provavelmente terá maior impacto na melhora da qualidade de vida do paciente em questão?
- A) Associação de Trimetazidina e Ivabradina.
 - B) Atingimento da dose alvo de Enalapril e Carvedilol.
 - C) Ajuste da dose do Carvedilol e prescrição de Amiodarona.
 - D) Substituição do Enalapril por Sacubitril/Valsartana e prescrição de Sotalol.
19. Mulher de 82 anos, assintomática, em consulta ambulatorial, apresenta níveis tensionais de 160 x 80 mmHg. É diabética e portadora de dislipidemia leve. Ao exame físico apresenta FC 65 bpm, a ausculta cardíaca e pulmonar são normais. O ECG em repouso evidencia hipertrofia ventricular esquerda. Realizou MAPA que confirmou PA não controlada na vigília e comportamento não-dipper. Atualmente faz uso de Ramipril e Clortalidona pela manhã, em doses máximas toleradas. Dentre as alternativas apresentadas, qual delas apresenta a conduta que provavelmente será mais efetiva na redução do risco cardiovascular?
- A) Administração do ramipril a noite.
 - B) Associação de atenolol pela manhã.
 - C) Associação de amlodipino a noite.
 - D) Substituição da clortalidona pelo amlodipino pela manhã.
20. Homem de 68 anos, portador de DPOC, evolui com angina típica ao realizar atividades físicas moderadas a intensas. Foi submetido a revascularização cirúrgica do miocárdio, completa, há 10 anos, porém apresenta obstrução crítica dos enxertos observada na coronariografia realizada há 2 meses. Realizou teste ergométrico que evidenciou infradesnívelamento importante do segmento ST, após 3 minutos de caminhada no protocolo de Bruce. Ao exame físico não apresenta anormalidades. PA 120 x 70 mmHg FC 55 bpm. Está em uso de AAS, Diltiazem, Atorvastatina, Amlodipino, Ramipril, Trimetazidina e Nitrato de ação rápida, em suas doses máximas toleradas. Qual o agente antiagregante deve ser acrescentado com o objetivo de trazer alívio dos sintomas e melhora na qualidade de vida do paciente em questão respeitando os níveis de evidência atuais?
- A) Alopurinol.
 - B) Ivabradina.
 - C) Ranolazina.
 - D) Nitrato de ação prolongada.