

400



UFPE



HCPE

Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Pernambuco

Processo Seletivo Residência Médica 2013

Coordenação de Residência Médica

Área de atuação: Cardiologia

Ecocardiografia

R3/R4 Opcional

LEIA COM ATENÇÃO

- 01 Só abra este caderno após ler todas as instruções e quando for autorizado pelos fiscais da sala.
 - 02 Preencha os dados pessoais.
 - 03 Autorizado o início da prova, verifique se este caderno contém 20 (vinte) questões; se não estiver completo, exija outro do fiscal da sala.
 - 04 Todas as questões desta prova são de múltipla escolha, apresentando uma só alternativa correta.
 - 05 Ao receber a folha de respostas, confira o nome da prova, seu nome e número de inscrição. Qualquer irregularidade observada, comunique imediatamente ao fiscal.
 - 06 Assinale a resposta de cada questão no corpo da prova e só depois transfira os resultados para a folha de respostas.
 - 07 Para marcar a folha de respostas, utilize apenas caneta esferográfica preta e faça as marcas de acordo com o modelo (●).
- A marcação da folha de respostas é definitiva, não admitindo rasuras.**
- 08 Só marque uma resposta para cada questão.
 - 09 Não risque, não amasse, não dobre e não suje a folha de respostas, pois isso poderá prejudicá-la.
 - 10 Se a Comissão verificar que a resposta de uma questão é dúbia ou inexistente, a questão será posteriormente anulada e os pontos a ela correspondentes, distribuídos entre as demais.
 - 11 Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre os conteúdos das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir.
 - 12 Não será permitido o uso de telefones celulares, bips, pagers, palm tops ou aparelhos semelhantes de comunicação e agendas eletrônicas, pelos candidatos, durante a realização das provas.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 2 HORAS

Nome _____

Identidade _____

Órgão Exp.: _____

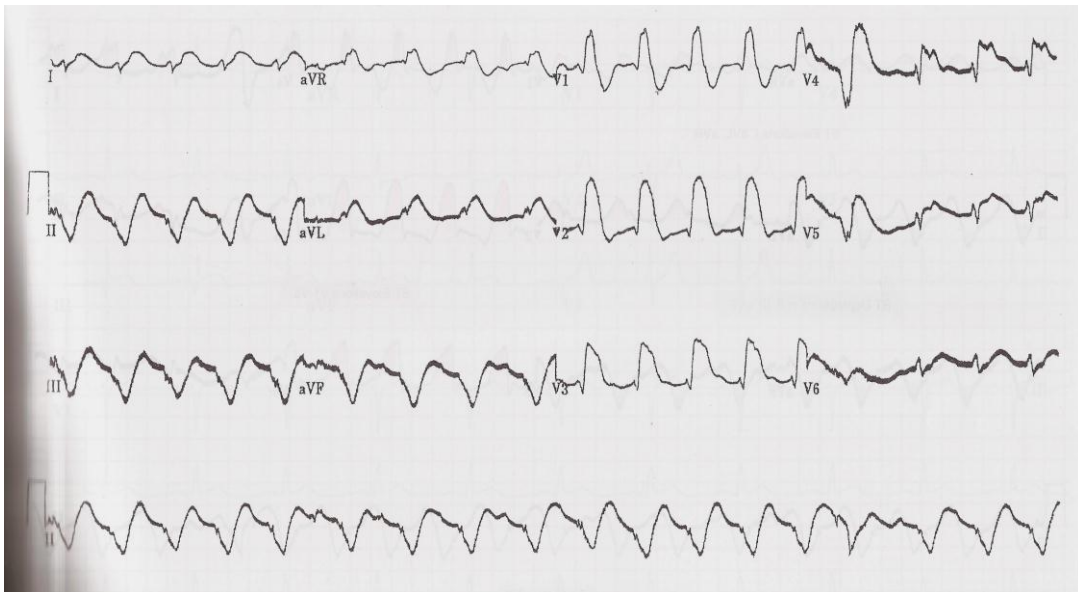
Assinatura _____

COMISSÃO DE PROCESSOS
SELETIVOS E TREINAMENTOS
Fone: (81) 3412-0800
Fax: (81) 3412-0808



Cardiologia

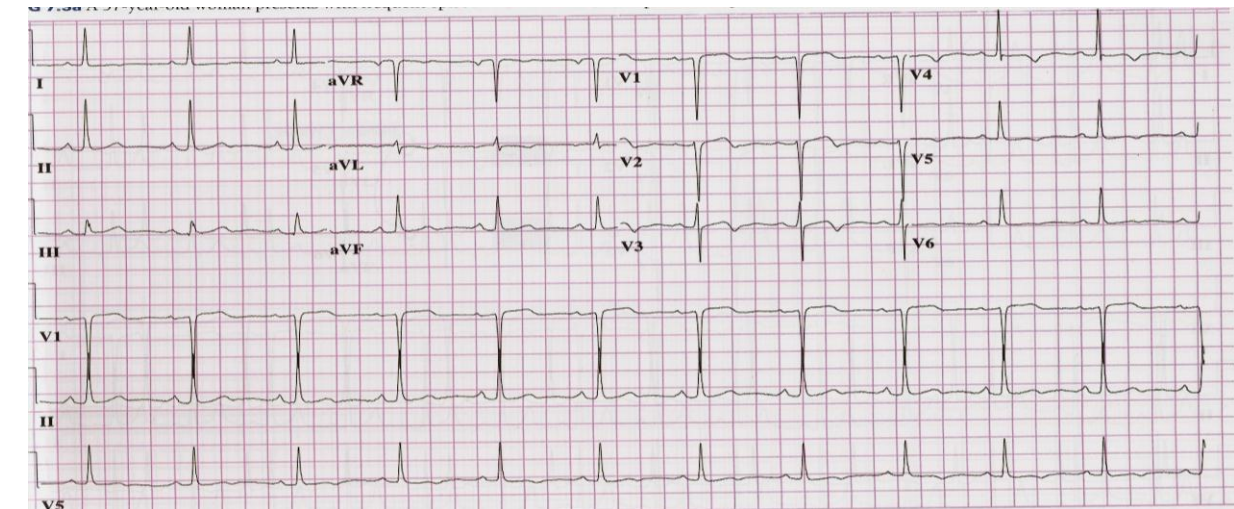
- 01.** Mulher de 63 anos de idade, portadora de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, refere há cerca de dez meses dor precordial constrictiva aos grandes esforços, cessando rapidamente com o término do esforço. Há quatro meses, a dor passou a ser mais frequente, de maior duração, com menor tolerância aos esforços habituais. Procurou médico, que otimizou a sua medicação, incluindo aspirina, losartana, diltiazem, betabloqueador e antidiabético oral. O seu quadro teve significativa melhora. Em hospital universitário, ECG revelou bloqueio completo de ramo direito, bloqueio divisional anterossuperior esquerdo e anteromedial esquerdo, e possível zona inativa apical. EcoDopplercardiograma foi normal. Cinecoronariografia detectou lesão de 90% na artéria descendente anterior esquerda, lesão de 70% na artéria circunflexa e lesão também significativa em artéria diagonal. Qual a conduta médica a seguir?
- A) Manter tratamento clínico.
 - B) Indicar revascularização cirúrgica.
 - C) Indicar tratamento percutâneo intervencionista.
 - D) Solicitar teste indutor de isquemia.
- 02.** Rapaz de 26 anos de idade, portador de “sopro cardíaco” de longa data, refere há alguns meses “cansaço” aos grandes esforços, quando notam os circunstantes discreto arroxamento dos seus lábios. No exame físico, percebem-se segunda bulha desdobrada em área pulmonar, com componente pulmonar hipofonético, sopro sistólico rude em área pulmonar e área aórtica, intenso, e sopro diastólico curto na mesma área pulmonar. O ECG revela ÂQRS para a direita e ondas R puras em V1, com aspecto qRS em V6. A radiografia de tórax em PA mostra área cardíaca normal e pobreza de circulação pulmonar. Foi solicitado ecoDopplercardiograma. Qual a possibilidade diagnóstica?
- A) Estenose valvar pulmonar grave.
 - B) Dupla lesão valvar pulmonar com estenose importante.
 - C) Estenose pulmonar valvar importante, insuficiência pulmonar discreta e forame oval pérvio.
 - D) Estenose valvar pulmonar e estenose valvar aórtica.
- 03.** Paramédicos prestando atendimento de urgência encontram homem de 60 anos, inconsciente, em parada cardiocirculatória no leito do seu dormitório. Manobras de ressuscitação, que incluíram dois procedimentos de desfibrilação, obtêm sucesso, sendo o doente transportado imediatamente à UTI. ECG feito na entrada mostrou o seguinte aspecto:



Qual o diagnóstico clínico?

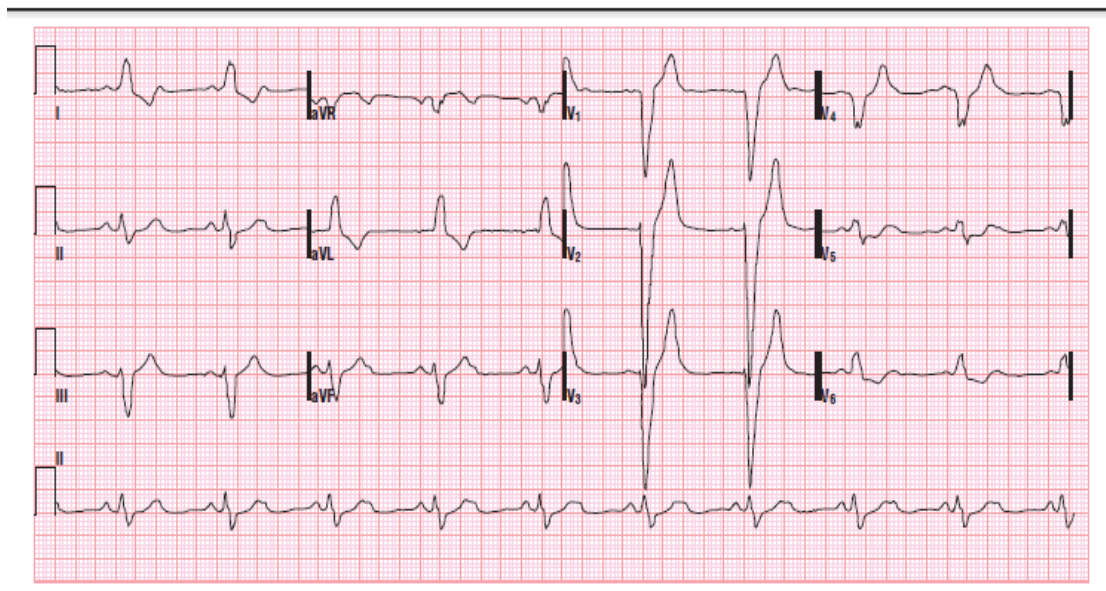
- A) Taquicardia ventricular originada em ventrículo esquerdo.
- B) Taquicardia supraventricular com aberrância.
- C) Taquicardia antidrômica.
- D) Infarto do miocárdio anterior extenso.

04. Menino de 12 anos, assintomático, apresenta exame físico normal. Tem história familiar rica para doença arterial coronariana precoce, com o pai apresentando infarto do miocárdio aos 42 anos de idade e avó paterna submetida à revascularização miocárdica aos 58 anos, ambos com hipercolesterolemia significativa. A criança mostra perfil lipídico constituído por colesterol total de 245 mg/dl, triglicéridos e HDL-C normais, porém o LDL-C teve o valor de 182 mg/dl, sendo a glicemia normal. Após três meses de dieta rica em fibras, prática desportiva, baixa ingestão de alimentos ricos em colesterol, de gordura saturada e de ácidos graxos trans, os valores para colesterol total e LDL-C foram de 248 mg/dl e 187 mg/dl, respectivamente. Sendo indicado o uso de medicação, qual a droga mais útil a ser usada nesta situação?
05. Mulher de 57 anos passa a ter frequente dor precordial na semana pregressa, de caráter constrictivo, em região mamária esquerda. Em consultório médico, o eletrocardiograma registrado (anexo) sugere significativa obstrução de grande ramo da rede coronariana, indicando o imediato estudo hemodinâmico. Qual é a artéria envolvida?



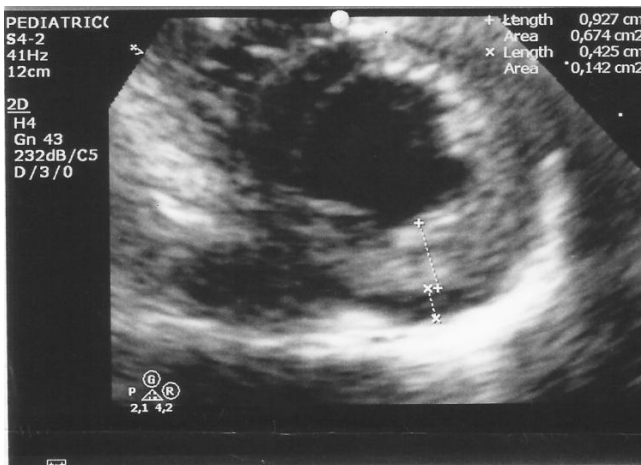
- A) Estatina.
 B) Fibrato.
 C) Ácido nicotínico.
 D) Colestiramina.
- A) Artéria coronária direita.
 B) Artéria circunflexa esquerda.
 C) Tronco coronariano.
 D) Artéria descendente anterior esquerda.
06. Senhora de 75 anos, em repouso, tem síncope, que passa a repetir-se por mais vezes. No exame físico, constata-se bradicardia de 48 bat/min e notam-se pulsos carotídeos com pressão de pulso diminuída, detectando o estudo Doppler obstrução de 68% na carótida direita e 65% na carótida esquerda. Não é feito nenhum procedimento outro e é a doente encaminhada à Clínica Cardiológica, onde, na própria sala de espera, tem nova síncope, decorrendo o necessário internamento. O ECG mostra intervalo PR curto e bloqueio completo do ramo esquerdo, com aspecto sugestivo da presença de fibras de *Mahaim*, mantendo a bradicardia sinusal importante. Qual o procedimento a ser tomado, frente às síncopes recorrentes?
07. Adolescente de 13 anos, procedente do Agreste pernambucano, dá entrada em Hospital Geral com quadro de edema agudo de pulmões, com história recente de inchaço de membros inferiores, palpitações e tosse úmida. Há vaga referência à artralgia no joelho esquerdo. Compunha família extremamente pobre. Na UTI, verifica-se a presença de sopro sistólico de regurgitação +++/6 em área mitral, com ritmo de galope. Dados laboratoriais mostram leucocitose importante, VSH 65 mm/1ª hora, PCR elevada, plaquetas 640.000 / mm³ e ASLO de 170 UI/ml. Estudo ecocardiográfico é compatível com insuficiência mitral, dilatação significativa de átrio e ventrículo esquerdos, fração de ejeção do VE de 55% e dilatação moderada de câmaras direitas. As válvulas mitrais eram espessadas. Qual a conduta a ser tomada, após a estabilização do quadro?
- A) Estudo eletrofisiológico cardíaco.
 B) Implante imediato de marcapasso.
 C) Estudo cinecoronariográfico.
 D) Colocação de *stents* nas artérias carótidas.
- A) Seguimento ambulatorial, mantendo regressão da corticoideterapia.
 B) Após término do ciclo de corticoide, deve ser submetido a procedimento cirúrgico.
 C) Término do ciclo de corticoide, uso de Penicilina benzatina em profilaxia secundária e correção cirúrgica da valvopatia.
 D) Uso de Penicilina preventiva e revisões de seis em seis meses.

- 08.** Homem de 78 anos queixa-se de palpitações arrítmicas, com ECG demonstrando extrasístoles supraventriculares. Em duas ocasiões, teve episódio de fibrilação atrial paroxística, revertida prontamente com o uso intravenoso de amiodarona, porém o uso prolongado dessa substância lhe produziu quadro de hipotireoidismo, optando-se pela tomada de metoprolol. Há dois dias, passa a referir dispneia de repouso, sendo diagnosticada insuficiência cardíaca esquerda, com ecocardiograma revelando rotura de cordoalha tendínea e insuficiência mitral consequente. No pós-op imediato e tardio desenvolve episódios de fibrilação atrial, controlados por amiodarona, que teve de ser suspensa face à intolerância. Medicação antiga proposta há pouco para a estabilização do quadro arrítmico é introduzida, ao lado de metoprolol, com o que o doente mantém ritmo sinusal há quatro meses. Qual medicação é esta?
- A) Quinidina.
 B) Digoxina.
 C) Verapamil.
 D) Espironolactona.
- 09.** Rapaz de 24 anos implantou valva cardíaca metálica em posição aórtica, por ter desenvolvido endocardite infecciosa de difícil controle na valva aórtica. Faz uso de cumarínico, mantendo INR em torno de 2,6. Há dias tem forte dor dentária, sendo indicada extração de molar superior. Nesta circunstância, que conduta deve ser tomada?
- A) Pode se submeter a cirurgia proposta.
 B) Substituir o cumarínico por AAS.
 C) Internação para uso temporário de heparina SC.
 D) Suspender o do cumarínico por três dias e realizar o procedimento.
- 10.** Homem de 55 anos apresenta quadro febril, com astenia, inapetência e rouquidão. Obtendo discreta melhora com o uso de antibióticos, que não sabe quais, tem subitamente, na própria residência, síncope, caindo ao solo. Em Emergência, é registrado o seguinte eletrocardiograma. Qual o diagnóstico do traçado?



- A) Ritmo sinusal com bloqueio completo de ramo esquerdo.
 B) Bloqueio AV 2:1 com arritmia ventriculofásica e bloqueio de ramo esquerdo.
 C) Infarto agudo do miocárdio anterolateral com bloqueio de ramo esquerdo.
 D) Bloqueio de ramo esquerdo por ação medicamentosa.
- 11.** Homem de 55 anos, há uma hora tem forte dor na região retroesternal, opressiva, com náuseas, palidez e sudorese. Faz uso de inibidores de ECA por ser hipertenso e sabe ter dislipidemia, mas com ela não tem o devido cuidado. É sedentário, toma álcool com regularidade e é tabagista moderado. No exame físico obtido em PS, destacam-se a sudorese abundante, pulsos rítmicos, PA=180 x 100 mmHg, bulhas abafadas, presença de B4, pulmões livres. No ECG efetuado há IAM evolutivo com supra de ST em parede anterossesptal, em exames bioquímicos há elevação da troponina e da CKMB. Cine revela obstrução total da artéria descendente anterior e hipocinesia da parede anterior do VE. Colocou-se *stent* na artéria doente. Na admissão, observam-se colesterol total de 250 mg/dL, LDL-C de 185 mg/dL e HDL-C, 35 mg/dL. Nesta circunstância, com respeito ao uso de estatinas, estando o doente internado:
- A) são contraindicadas, por piora da função endotelial.
 B) devem ser prescritas, pois estabilizam a placa aterosclerótica, muito embora tenham ação deletéria na função endotelial.
 C) devem ser usadas, por vários benefícios que produzem, com o objetivo de atingir os valores de LDL-C em 70mg/dL.
 D) não devem ser prescritas, pelo risco de arritmia ventricular que produzem.

12. Menina de 5 anos de idade apresenta palpitações e dispneia desde 1 ano de vida, com episódios de edema de membros inferiores. O exame físico progressivo demonstrou sinais de crescimento do ventrículo esquerdo, ritmo cardíaco a três tempos por B3, sinais de congestão periférica, com murmúrio vesicular rude. No eletrocardiograma, havia crescimento do átrio esquerdo e notável aumento das ondas R em precordiais esquerdas. Houve boa melhora com o uso de dieta hipossódica, furosemida, digoxina, carvedilol e captopril. O último ecoDopplercardiograma está anexo:



Qual o diagnóstico provável?

- A) Cardiomiopatia não compactada do ventrículo esquerdo.
 B) Cardiomiopatia restritiva.
 C) Cardiomiopatia dilatada.
 D) Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva do ventrículo esquerdo.
13. Jovem de 29 anos, economista, durante jogo de futebol, de súbito, sente visão turva e fortes tonturas, que cessam sem nenhuma medida outra, apenas repouso. Quinze dias depois, na mesma situação, tem perda de sentidos, com duração de dois minutos, recuperando-se espontaneamente. Na sua história familiar, a avó materna teve morte súbita aos 58 anos. No seu exame físico, há discreta elevação da pressão arterial diastólica e ouve-se quarta bulha em área mitral, não havendo sopros. No ECG, notam-se elevadas ondas R em precordiais esquerdas, sendo a onda T negativa e profunda. O estudo ecocardiográfico é normal, exceto discreta dissincronia septal direita. É indicado estudo por ressonância magnética por suspeita de doença cardíaca específica. Qual seria?
- A) Displasia ventricular direita arritmogênica.
 B) Doença de UHL.
 C) Cardiomiopatia hipertrófica do ventrículo esquerdo.
 D) Doença arterial coronária sem dor.

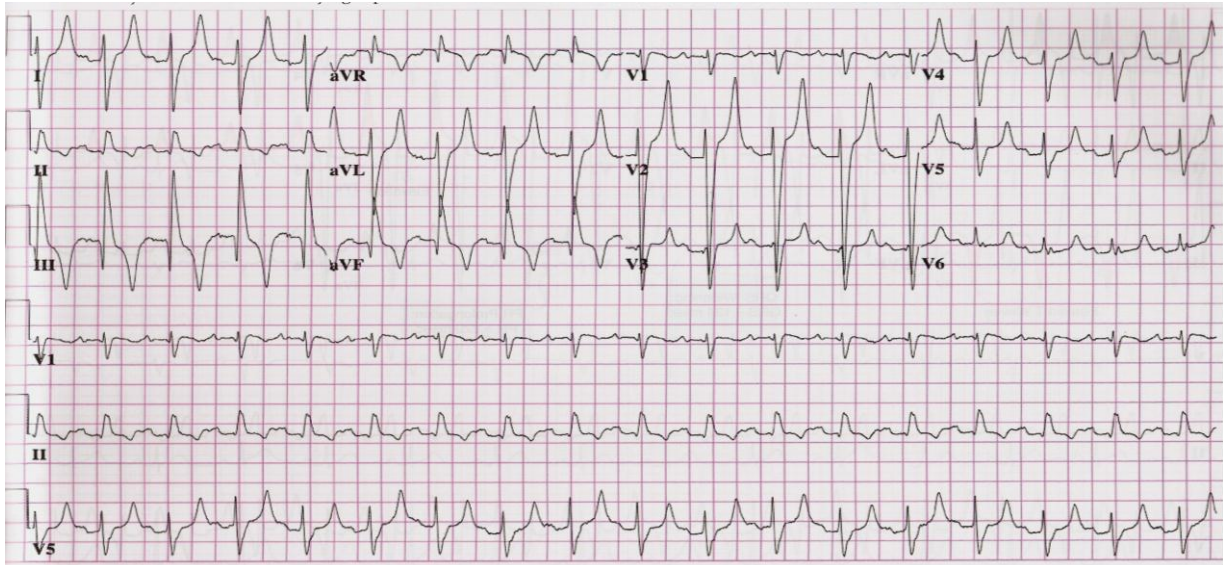
14. Ancião de 95 anos tem marcapasso de dupla câmara implantado, com história de hipertensão arterial sistêmica, evoluindo com bloqueio de ramo esquerdo e síncope. Há cerca de quinze dias, apresenta fraqueza, diminuição do nível de consciência, edema de membros inferiores. No exame físico há edema de pernas de ++/4, estase jugular proeminente, ritmo cardíaco irregular com sopro sistólico +++/6 em área tricúspide, sendo conservado o murmúrio vesicular. O eletrocardiograma mostra ritmo de fibrilação atrial e bloqueio de ramo esquerdo, com alguns batimentos estimulados pelo *pacemaker*. O ecoDoppler revela insuficiência tricúspide importante e não há alteração na dinâmica do ventrículo direito ou elevação da pressão sistólica da artéria pulmonar, e o ventrículo esquerdo não tem alterações regionais de contratilidade. Tem níveis de creatinina, sódio, potássio e troponina normais. A radiografia de tórax mostra discreta cardiomegalia e ectasia de aorta. Qual o tratamento inicial proposto?

- A) Aumentar carga de diuréticos.
 B) Aumentar dose de carvedilol e da aspirina que vem usando.
 C) Fazer trombolítico em regime de internação.
 D) Trocar bateria do marcapasso.

15. Mulher de 65 anos procura cardiologista por conta de "cansaço" discreto aos grandes esforços. No momento da consulta, tem descoberta estenose aórtica, que lhe era até então desconhecida. Não havia comemorativos de febre reumática. No exame físico tem PA de 140 x 100 mmHg, além de sopro sistólico rude +++/6 em área aórtica. O RX de tórax mostra aorta dilatada discretamente e duvidosa cardiomegalia, e o eletrocardiograma é normal. No teste ergométrico, há queda da pressão arterial sistólica. O ecocardiograma mostra valva aórtica bicúspide, espessada, sendo o gradiente transvalvar médio de 36 mmHg, com área efetiva valvar de 0,65cm² (0,42/m²/SC). Apesar do tratamento da HAS, continua com limitação aos grandes esforços. A cinecoronariografia foi normal. Qual a conduta a seguir?

- A) Implante de bioprótese em posição aórtica.
 B) Implante de prótese metálica em posição aórtica.
 C) Revisões periódicas mais frequentes, com estudos ecocardiográficos seriados.
 D) Pedir MAPA.

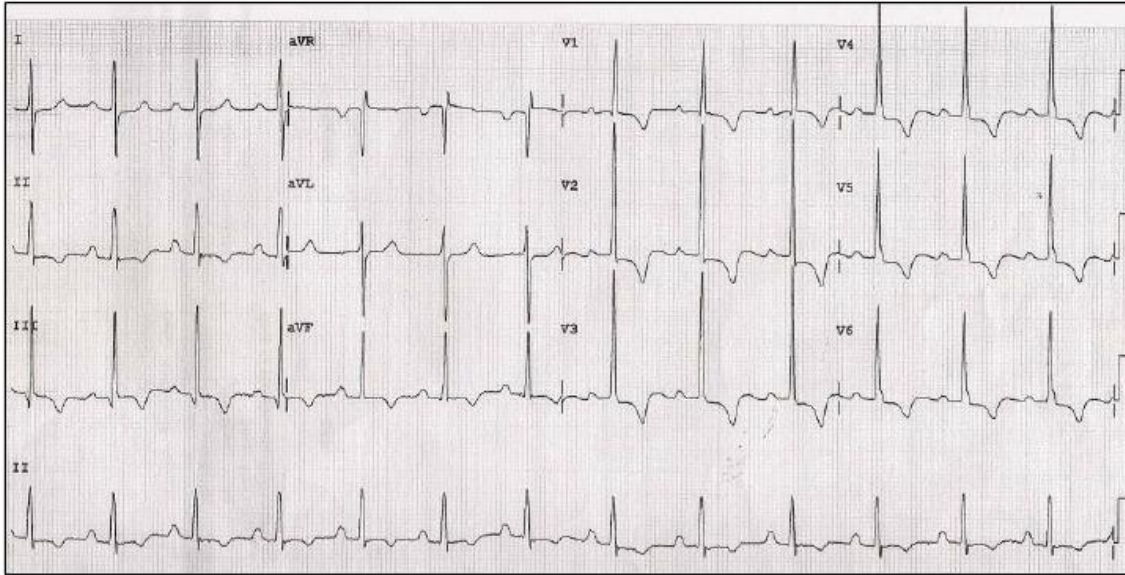
16. Homem de 55 anos é encontrado desfalecido e frio na calçada da sua casa. Tem história longa de elevação dos seus níveis pressóricos, fazendo uso de diurético e inibidor da ECA em dose elevada. Há alguns meses, mostra níveis de ureia e creatinina aumentados, mas não segue com rigor a dieta hipoproteica recomendada. Realiza o seguinte eletrocardiograma:



O que sugere o traçado do ECG?

- A) Hipocalcemia.
B) Hiperpotassemia.
C) Infarto agudo do miocárdio inferior.
D) Hipopotassemia.
17. Mulher de 26 anos encontra-se na vigésima semana da primeira gravidez. Tem história familiar de hipertrigliceridemia (mãe e tia materna) e há cinco anos teve episódio de pancreatite aguda. A dosagem dos níveis de triglicérides no seu sangue mostrou valores de 900 mg/dL. Há necessidade do uso de droga hipolipemiante, pelo risco de novo episódio de pancreatite. Qual a droga melhor indicada nesta situação?
- A) Colestiramina.
B) Estatinas.
C) Niacina.
D) Fibratos.
18. Paciente do sexo masculino, com 47 anos, antecedentes de alcoolismo, tabagismo e hipertensão arterial, inicia há nove meses quadro progressivo de dispneia de esforço, culminando no último mês com edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal. No internamento detecta-se insuficiência renal e inicia diálise. No exame físico, mostra distensão jugular importante, ascite e edema de pernas. A ausculta cardíaca revela bulhas abafadas +++, com discreto sopro sistólico mitral. Na radiografia de tórax há expressiva cardiomegalia, com coração hipotônico, e grande dilatação da aorta. No ECG há ondas esmaecidas em todo o traçado, sobretudo no PF, com aspecto QS profundo de V1 a V4. Em V6, há qRs, com T negativa. Na cinecoronariografia há obstrução total das artérias coronária direita e descendente anterior esquerda, com lesão importante no óstio da circunflexa. Há expressiva rede intercoronariana por circulação colateral. O VE tem importante déficit contrátil com área discinética. Qual o diagnóstico e a conduta a seguir?
- A) Coronariopatia severa; Tratamento cirúrgico.
B) Miocardiopatia dilatada de natureza isquêmica; Tratamento clínico otimizado.
C) Cardiomiopatia de causa ignorada; Transplante cardíaco.
D) Cardiomiopatia dilatada isquêmica; Tratamento clínico; Aguardar cintilografia miocárdica.

19. Mulher de 22 anos refere cansaço aos esforços há dois anos, com piora há duas semanas, com o surgimento de palpitações taquicárdicas após tosse e tonturas. Um irmão é portador de pneumopatia e outra irmã teve morte súbita aos 20 anos. No exame físico, notam-se segunda bulha desdobrada e hiperfonética em área pulmonar, em ritmo regular, com frequência cardíaca de 78 bat/min e PA de 150 x 100 mmHg. O ecoDopplercardiograma faz o diagnóstico clínico. Qual a suposição diagnóstica, frente ao ECG abaixo?



- A) Comunicação interatrial ostium secundum.
B) Hipertensão arterial mista hipertensiva e pulmonar.
C) Hipertensão arterial pulmonar primária.
D) Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.
20. Paciente hígido faz teste ergométrico para avaliação da capacidade física em trabalho militar. Em relação a esse teste, não podemos afirmar que:
- A) a frequência cardíaca se eleva com o esforço físico, e ao ultrapassar a FC submáxima (85% da FC máxima) o exercício deve ser interrompido.
B) a pressão arterial sistólica também se eleva durante o esforço, mas a pressão arterial diastólica só deve elevar-se no máximo 10 mmHg ou pode reduzir-se durante o exercício.
C) na presença de sobrecarga ventricular esquerda ou bloqueio completo do ramo esquerdo, a análise do desnivelamento do segmento ST durante o exercício fica prejudicada.
D) é critério de interrupção e anormalidade do teste ergométrico o surgimento de extrassístoles ventriculares frequentes, bigeminadas ou taquiarritmias supra ou ventriculares.