

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMAS – GRUPO 006

Ecocardiografia (603), Eletrofisiologia Clínica Invasiva (604).

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

CARDIOLOGIA

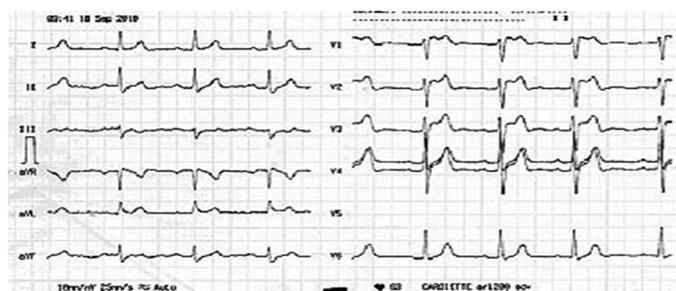
Itens de 1 a 120

Paciente chegou ao pronto-socorro com uma dor rasgante, retroesternal, súbita, com irradiação para o dorso, há duas horas. Sua pressão arterial, na admissão, era de 190 mmHg x 160 mmHg. É hipertenso prévio há 10 anos.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

1. O pico da patologia é dos 50 aos 60 anos de idade.
2. O tratamento da patologia é sempre cirúrgico.
3. A angiotomografia de tórax para diagnóstico diferencial deve ser solicitada, além de eletrocardiograma e enzimas séricas.
4. A cirurgia de Bentall é a padronizada para o padrão de dissecação aórtica Stanford B.
5. A nitroglicerina IV deve ser administrada na admissão.
6. Provavelmente o diagnóstico é infarto agudo do miocárdio, descartando síndrome aórtica aguda se a troponina ultrasensível for maior que 10 vezes acima do valor da normalidade.

Paciente, sexo masculino, 45 anos de idade, sem patologias prévias, totalmente assintomático, sem histórico familiar positivo para quaisquer patologias cardiovasculares, foi ao médico, pois estava com uma hérnia inguinal. Seu médico solicitou um eletrocardiograma, apresentado em seguida.



Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

7. A cirurgia deve ser suspensa até esclarecimento correto do diagnóstico.
8. Provavelmente trata-se de síndrome de Brugada tipo III.
9. A doença geneticamente tem se demonstrado, na maioria dos casos, autossômica recessiva.
10. Laos e Tailândia são alguns dos países com a maior ocorrência dessa patologia.
11. O ecocardiograma transtorácico geralmente é normal.

Paciente do sexo masculino, 49 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca direita com rápida progressão, com classe funcional III da New York Heart Association (NYHA), chegou ao hospital após episódio de síncope. Ao exame clínico, apresentava-se assintomático com sinais vitais estáveis. Não havia alterações na ausculta cardiopulmonar, apresentava turgência jugular a 45°, hepatomegalia discreta e, ao exame neurológico, não havia alterações. Após realização de ECG, evidenciou-se sobrecarga do átrio direito e baixa voltagem do QRS e ECO compatível com cardiomiopatia restritiva.

Considerando esse caso clínico, e com base nos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

12. A amiloidose cardíaca deve ser investigada.
13. A amiloidose cardíaca não cursa com derrame pericárdico.
14. A biópsia endomiocárdica acaba sendo, ainda, o padrão ouro, embora sua sensibilidade fique em torno de 60%.
15. A ressonância magnética tem demonstrado envolvimento cardíaco precoce, bem como troponina pode ser marcador de prognóstico.
16. A amiloidose primária tem prognóstico pior que a secundária.
17. Os digitálicos geralmente são boas opções terapêuticas para o tratamento da amiloidose cardíaca.

Paciente, sexo masculino, 55 anos de idade, hipertenso prévio há cinco anos, vem apresentando-se com dispneia progressiva e edema em membros inferiores. Foi ao cardiologista que o examinou, no momento da consulta, e solicitou um ECO e ECG. O ECO apresentava-se com fração de ejeção de 65%, função de relaxamento do ventrículo esquerdo (VE) alterada. Não havia hipertensão pulmonar no ECO. ECG apresentava hipertrofia de VE.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

18. O BNP tem se tornado exame fundamental para insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFE).
19. Os diuréticos têm sido amplamente empregados no tratamento da descompensação cardíaca.
20. O espironolactona tem se mostrado importante medicamento na prevenção de mortalidade na ICFE.
21. O método de Simpsons no ECO pode ser utilizado para substituir o cateterismo cardíaco esquerdo para o diagnóstico de ICFE, na presença de sintomas e sinais de insuficiência cardíaca.
22. O nebivolol se mostrou, segundo o Study of the Effects of Nebivolol Intervention on Outcomes and Rehospitalization (SENIORS), melhor que o bisoprolol nos sintomas da ICFE.

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, deu entrada na emergência com precordialgia, ventilatório dependente que piorava a digitopressão, dispneia e ortopneia, com evolução de 24 horas. Relatava amigdalite de repetição, última há duas semanas. Negava etilismo, tabagismo e uso de drogas. Ao exame físico, estava lúcido, orientado, hidratado, eufônico. Exame cardiovascular mostrava ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas hipofônicas, sem sopros, frequência de 90 bpm, pressão arterial de 120 mmHg x 80 mmHg. Na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular diminuído bilateralmente em bases, sem ruídos adventícios. O eletrocardiograma (ECG) da admissão evidenciou repolarização ventricular precoce, e os primeiros marcadores bioquímicos de lesão miocárdica estavam elevados. Foi internado na UTI e medicado. Novo ECG evidenciou supradesnível do segmento ST e inversão de onda T de V3 a V6.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

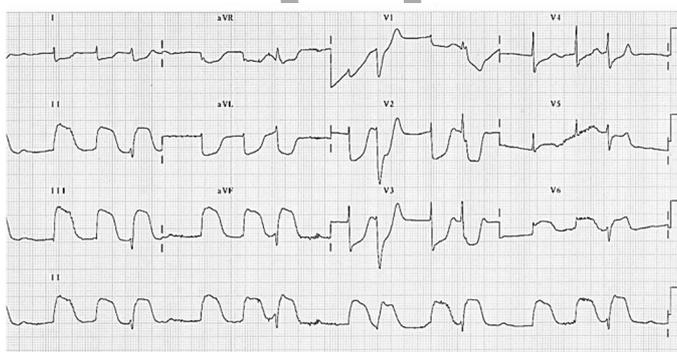
23. O paciente provavelmente está com miocardite viral. O achado de repolarização precoce em jovens é comum.
24. A hipótese, embora mínima, de síndrome coronariana aguda pode ser considerada.
25. A miocardite focal deve ser considerada pelo acometimento ecocardiográfico e deve-se, obrigatoriamente, atentar para etiologia viral.
26. A hipótese de síndrome coronariana aguda pode ser descartada se a ressonância magnética cardíaca demonstrar áreas de fibrose em mesocárdio.
27. A biópsia miocárdica é padrão ouro, entretanto, sua alta morbidade acaba, às vezes, contraindicando o método.
28. O ECO, embora importante, é inespecífico para o diagnóstico correto de miocardite.

Paciente, sexo masculino, de 55 anos de idade está em tratamento para hipertensão arterial sistêmica há 10 anos, em bom controle pressórico. Vai ao cardiologista, pois está apresentando dor torácica em aperto ao exercício há 20 dias, que dura cerca de 10 minutos e alivia com repouso. Seu médico realizou ECG que evidenciou padrão de ondas T *plus-minus* em regiões precordiais, sem ondas Q patológicas, e progressão da onda R normal.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

29. Esse padrão eletrocardiográfico exige terapêutica intervencionista precoce.
30. Acerca dessa síndrome, o paciente apresenta critérios clínicos e eletrocardiográficos, classificando-a em síndrome de Wellens tipo II.
31. O ECO pode revelar sobrecarga atrial esquerda.
32. O paciente, obrigatoriamente, deve estar sem dor para se valorizar o diagnóstico de síndrome de Wellens, no momento da realização do ECG.

Paciente, 77 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com dor torácica em aperto há 60 minutos, dispneia, náuseas e vômitos. Após o ECG seguinte, foi medicado com 300 mg de AAS, 300 mg de clopidogrel, 30 mg IV de enoxaparina, mais doses de manutenção.



Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

33. O marcapasso provisório pode ser necessário.
34. A terapêutica inicial foi errada, não se devendo realizar ataque IV de enoxaparina e de clopidogrel.
35. O ticagrelor é mais eficaz que o clopidogrel, pois sangra menos; logo, deve ser empregado nesse paciente.

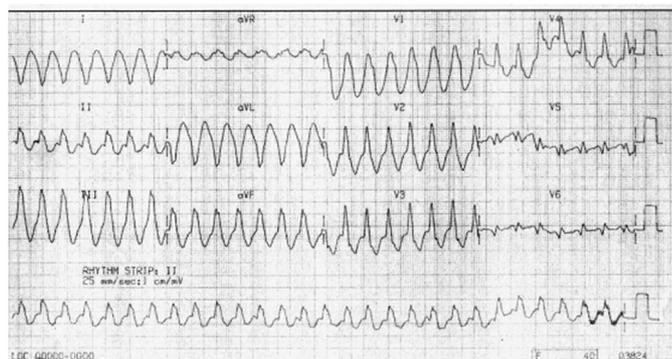
36. O trombolítico de escolha, se o paciente tivesse 90 kg, seria tenecteplase na dose de 50 mg em bolus.
37. A coronária acometida provavelmente foi a direita, e hipotensão pode ter sido um sintoma criterioso ao escolher a analgesia desse paciente.

Paciente do sexo masculino, 50 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro confuso e desorientado, entrando em parada cardíaca durante o atendimento inicial da equipe de emergência. Entrou em ritmo de fibrilação ventricular, retornando à circulação corporal espontânea após quatro ciclos de RCP, utilizando como base o ACLS. Posteriormente, foi para a UTI. Foi realizado ECO que evidenciou recessos intertrabeculares, fração de ejeção de 44%, sobrecarga biatrial.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

38. A cardiomiopatia compactada de VE é a hipótese principal.
39. O achado mais frequente nessa cardiomiopatia, no eletrocardiograma, é o bloqueio de ramo esquerdo.
40. O ECO tem se tornado um método não invasivo muito bom na análise dessa patologia, pois avalia a função ventricular esquerda e a anatomia.
41. As cardiopatias congênitas acianóticas têm relação especial, entre as cardiopatias congênitas, com essa patologia.
42. A parede do ventrículo esquerdo pode se encontrar espessada nos segmentos apical e inferior.

Paciente, sexo masculino, 70 anos de idade, com infarto agudo do miocárdio sem supra de ST há 24 horas, encontra-se internado na UTI. Está recebendo medicações otimizadas. O médico do plantão foi chamado, pois o paciente estava hipotenso, sudorético e com confusão mental. O médico observou o monitor eletrocardiográfico do paciente e solicitou um ECG.



Com base nesse caso clínico, e considerando o resultado do exame apresentado, julgue os itens a seguir.

43. A maior causa dessa arritmia é o infarto agudo do miocárdio.
44. No paciente deve ser realizada cardioversão sincronizada imediatamente com 200 Joules em desfibrilador bifásico.
45. Um cardiodesfibrilador no paciente deve ser implantado, se a fração de ejeção for menor que 35%.

- 46.** Os critérios de Brugada ainda têm mais sensibilidade e especificidade que os algoritmos de Vereckeï na diferenciação entre taquicardia supraventricular e taquicardia ventricular.

Paciente, sexo masculino, 77 anos de idade, apresenta sopro sistólico 3+/6+, em foco aórtico, com irradiação para carótida, e vai a consulta por apresentar síncope de repetição. É hipertenso prévio.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 47.** No ECO, gradiente médio acima de 50 mmHg indica severidade de doença.
- 48.** A área valvar menor que 0,8 cm² significa severidade de doença.
- 49.** O prognóstico, com o aparecimento de sintomas, é de 50% em um ano.
- 50.** A dispneia é considerada o primeiro sintoma na patologia.
- 51.** A prótese Braile, utilizada em trocas valvares, apresenta camada simples de pericárdio ovino.
- 52.** Os pacientes que realizam troca valvar cirúrgica com fração de ejeção menor que 35% e gradiente médio aumentado apresentam mortalidade intra-hospitalar de 21% e de até 30% em três anos.

Paciente, 25 anos de idade, admitida por quadro de insuficiência respiratória aguda e palpitação, é tratada com ventilação mecânica e medidas complementares para edema agudo de pulmão. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e possível sobrecarga de átrio esquerdo. Ecodopplercardiograma transtorácico que evidenciou átrio esquerdo com dilatação importante, função ventricular normal, presença de massa tumoral heterogênea, circular, aderida ao septo interatrial, associada a insuficiência mitral discreta causada pelo deslocamento do tumor.

Considerando o caso apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 53.** O mixoma atrial, o linfoma e a endocardite infecciosa são diagnósticos diferenciais.
- 54.** Os tumores primários do coração são considerados raros. O mixoma acomete mais o átrio direito em 80% dos casos.
- 55.** A fossa oval, na cavidade atrial, é a região preferencial de sua localização em mais de 60% dos casos.
- 56.** Os achados de ECO, associados com achados hemodinâmicos, indicam a cirurgia, que é considerada curativa, embora a remissão do tumor ocorra em até 30%.
- 57.** O acesso ao mixoma do átrio esquerdo pode ser feito através da atriotomia esquerda ou pela via transeptal, sendo a atriotomia a forma preferencial.

Paciente, sexo feminino, com 55 anos de idade, apresenta-se na emergência com dor precordial anginosa típica e dispneia. Foi realizado troponina sérica e eletrocardiograma. A troponina sérica foi negativa em três séries realizadas. O eletrocardiograma demonstrou

hipertrofia ventricular esquerda. Foi submetida ao ecocardiograma que evidenciou espessamento do septo ventricular de 20 mm, gradiente intraventricular de 80 mmHg. Foi observada, ainda, presença do movimento sistólico anterior da valva mitral, sem evidenciar vegetações.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 58.** O diagnóstico é de cardiomiopatia hipertrofica septal obstrutiva.
- 59.** Os betabloqueadores podem reduzir o gradiente intraventricular.
- 60.** O gene mais presente é a alfatropomiosina.
- 61.** A cineangiocoronariografia pode ser indicada, bem como a miomectomia.
- 62.** A hipertrofia assimétrica medioventricular é infrequente.

Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, hipertenso, tabagista (1 carteira de cigarro por dia há 30 anos), apresenta dispneia progressiva, edema em membros inferiores. Relata dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, observou-se presença da 3ª bulha, pressão arterial de 160 mmHg x 100 mmHg, estertores difusos na ausculta pulmonar, taquipneia, saturação de oxigênio de 90%. Foi realizado ecocardiograma, após manejo inicial do paciente, que evidenciou fração de ejeção de 34%, hipertrofia biatrial e hipertrofia de ventrículo esquerdo.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 63.** O levosimedan é um ótimo medicamento na sala de emergência, sendo amplamente utilizado no manejo da insuficiência cardíaca descompensada.
- 64.** Os diuréticos de alça são importantes medicamentos no manejo inicial do paciente.
- 65.** A espirolactona está bem indicada nesse paciente.
- 66.** O BNP tem sido empregado como exame laboratorial no diagnóstico da insuficiência cardíaca, entretanto para prognóstico tem se mostrado ineficaz.
- 67.** O mononitrato de isossorbida, associado com hidralazina, tem sido uma opção terapêutica que reduz mortalidade em pacientes afrodescendentes.

Área livre

Determinado paciente, 60 anos de idade, foi admitido na sala de emergência com dor torácica, em aperto, iniciada há duas horas. Foi realizado ECG que evidenciou supradesnivelamento de ST de inferiores e infra de ST de v1-v3. Paciente evoluiu rapidamente com dispneia importante e edema agudo de pulmão. Troponina I ultrasensível foi superior a 100 ng/pL. Foi submetido a angioplastia de emergência, que evidenciou trombo em terço proximal de artéria circunflexa. Foi rapidamente tromboaspirado e implantado *stent* farmacológico. Realizou ecocardiograma após a colocação do *stent*. O ecocardiograma transtorácico evidenciou insuficiência mitral moderada, sem evidência de ruptura do aparelho subvalvar, acinesia em paredes inferior e lateral e FEVE de 37%. Durante a internação, evoluiu com insuficiência cardíaca e necessidade de inotrópicos, sem condição clínica para o desmame. Novo ecocardiograma, realizado no 14º dia após o infarto, mostrava persistência da insuficiência mitral, secundária a alteração da motilidade segmentar do ventrículo, por retração das cordas tendíneas e diminuição da mobilidade da cúspide posterior, com FEVE 45%.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

68. Provavelmente trata-se de insuficiência valvar mitral isquêmica.
69. Em caso de ruptura do aparelho subvalvar, o papilar frequentemente envolvido é o posteromedial, irrigado pela artéria descendente anterior.
70. Classicamente o supra de ST em derivação D3 tende a ser maior, nesse caso, que o supra de ST em D2.
71. A ruptura incompleta tem melhor prognóstico, sendo assim, sua evolução não é grave.
72. Pode-se optar por tratamento cirúrgico; assim, a cirurgia de troca valvar passa a ser o procedimento de escolha ao invés do reparo.

Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, foi internado na enfermaria de cardiologia. O cardiologista, na sua inspeção, observou que o paciente estava com a veia jugular externa direita túrgida e com fluxo de enchimento em direção à região cranial.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

73. Provavelmente trata-se de estenose tricúspide.
74. Se o refluxo for importante, o sangue ejetado durante a diástole pode chegar aos vasos que desembocam no átrio direito.
75. Provavelmente essa patologia valvar direita não justifica sozinha a sobrecarga atrial direita, devendo ser investigado o coração esquerdo.
76. Dificilmente o paciente apresenta hipertensão arterial pulmonar.

Paciente, sexo masculino, 50 anos de idade, hipertenso há 10 anos, em uso de ramipril 10 mg, 1x ao dia, vai a consulta para realizar exames de rotina. Seu colesterol LDL é de 160 mg/dL, HDL de 35 mg/dL. Glicemia de jejum normal. Seus exames foram repetidos e confirmados os valores. Seu médico optou por utilizar atorvastatina na dose de 40 mg por dia, à noite.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

77. A rosuvastatina está indicada nesse paciente, sendo melhor tolerada que a atorvastatina.
78. Os pacientes em uso de estatina, pelo menos 10% terão alteração superior a três vezes o valor de referência das transaminases.
79. A cirrose hepática é contraindicação para o uso de rosuvastatina.
80. As doses mínimas de estatina parecem não ter efeito benéfico na redução do risco cardiovascular, sendo indicado doses médias a altas de estatinas.
81. Os pacientes assintomáticos não apresentam necessidade de monitorizar níveis de CPK.

Paciente, sexo feminino, 52 anos de idade, hipertensa prévia, vem apresentando episódios de palpitação que duram cerca de cinco minutos. Esses sintomas surgiram há três dias, e a paciente geralmente está deitada quando apresenta a sintomatologia. Foi realizado ECG, no momento da consulta, que apresentou resultado normal. O médico solicitou exames laboratoriais e solicitou um Holter 24 horas. No Holter, foi observado fibrilação atrial (FA), associado a sintomas do paciente.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

82. Trata-se de uma FA paroxística.
83. O uso de medicamentos tem demonstrado uma recidiva baixa da patologia arritmogênica no tratamento da fibrilação atrial paroxística.
84. A opção para essa paciente foi betabloqueador com alvo a frequência cardíaca estabelecida em 110 bpm.
85. O risco de eventos tromboembólicos devem ser avaliados, independentemente da apresentação da FA.
86. O apixaban pode ser utilizado como droga de escolha para anticoagulação, se um ECO for realizado e demonstrar estenose mitral severa, mas sem prótese metálica.

Paciente, sexo masculino, 55 anos de idade, caucasiano, volta ao ambulatório de cardiopatia isquêmica para mostrar seu cateterismo cardíaco realizado na última semana. O paciente é hipertenso e estava tratando angina estável com tartarato de metoprolol 100 mg de 12 em 12 horas, sinvastatina 20 mg, mononitrato de isossorbida 20 mg de 8 em 8 horas, enalapril 20 mg de 12 em 12 horas. Sua frequência cardíaca ao exame é de 70 bpm. Sem demais particularidades. No CAT, observa-se lesão de 70% em artéria descendente anterior em terço médio, lesão de 50% em artéria coronária direita em seu terço distal e lesão de 50% em terço médio de artéria circunflexa anterior. Dominância coronária direita.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

87. Pode-se otimizar a dose do betabloqueador para diminuir a frequência cardíaca.
88. Deve-se realizar cirurgia de revascularização do miocárdio, por ser trivascular.
89. Deve-se utilizar dupla antiagregação por pelo menos um ano após sua colocação, se há opção por *stent* farmacológico.

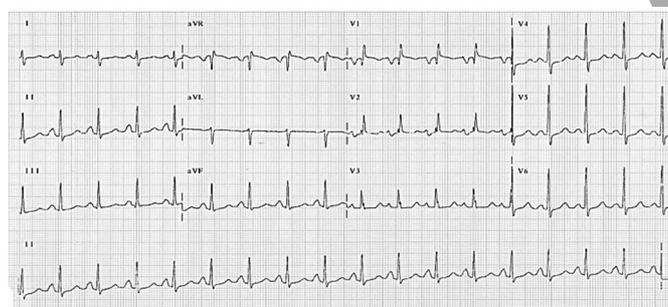
- 90.** Terço médio da artéria descendente anterior significa após a emissão do primeiro ramo marginal.
- 91.** O padrão de coronária direita ocorre porque ela emite o ramo ventricular posterior e descendente posterior. Entretanto, na maioria dos casos, o padrão é dominância de artéria coronária circunflexa.

Paciente, 50 anos de idade, sofre acidente automobilístico com choque torácico no volante. Foi levado para o hospital imobilizado. Notou-se que havia turgência jugular a 45°, suas bulhas estavam abafadas, sua pressão arterial era de 70 mmHg x 40 mmHg.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 92.** A pressão do átrio esquerdo geralmente está elevada na hemodinâmica.
- 93.** O colapso sistólico, em razão do derrame pericárdico nas cavidades cardíacas, pode ser observado no ecocardiograma.
- 94.** A pericardiocentese pode melhorar assustadoramente o débito cardíaco.
- 95.** Os raios X de tórax podem se apresentar sem congestão pulmonar.
- 96.** O pulso, nessa patologia, é o pulso paradoxal.

Paciente, sexo feminino, 55 anos de idade, chega ao médico, relatando dispneia classe II NYHAA, palpitações e emagrecimento. Seu médico, ao examiná-la, verifica que o seu ritmo era regular, com ruflar diastólico. Sua segunda bulha era hiperfonética. O médico solicita o ECG apresentado em seguida.



Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 97.** A sobrecarga de átrio direito e átrio esquerdo e eixo desviado para a esquerda podem ser observados nessa patologia.
- 98.** A estenose aórtica é a principal hipótese, analisando-se clínica e eletrocardiograma.
- 99.** O ruflar diastólico é um sopro de baixa frequência.
- 100.** Os raios X de tórax provavelmente demonstrarão linhas B de Kerley, se houver congestão pulmonar associada.
- 101.** Os sinais de hipertensão pulmonar podem ser encontrados no ecocardiograma.

Paciente, 60 anos de idade, foi submetido a um ECO pelo seu médico por apresentar-se com sinal de Kussmaul, desdobramento de B2, caquexia cardíaca, febre vespertina, emagrecimento, tosse, *knock* pericárdico. No ECO, foram encontrados fração de ejeção normal, espessamento pericárdico com calcificações, diminuição inspiratória da velocidade de fluxo da onda e mitral maior do que 25%, além de fluxo diastólico reverso importante.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 102.** O sinal de Kussmaul é encontrado na pericardite constritiva e, para o seu encontro, o paciente deve prender a respiração após a inspiração.
- 103.** O ECO não define diagnóstico etiológico.
- 104.** A calcificação nos raios X de tórax em pericárdio é o sinal mais útil de pericardite constritiva.
- 105.** Os antituberculostáticos devem ser tomados por pelo menos um ano, se a causa de pericardite constritiva for tuberculose.
- 106.** A cirurgia é classicamente indicada em pacientes com insuficiência cardíaca direita, entretanto ela pode ser adiada de forma segura, mesmo com sintomas.

Paciente, sexo masculino, 35 anos de idade, portador do vírus HIV há 10 anos, com carga viral indetectável, vem à consulta por apresentar dispneia aos pequenos esforços. Durante a consulta com o cardiologista, percebe-se desdobramento da segunda bulha com hiperfonese associada. O cardiologista, suspeitando de hipertensão arterial pulmonar (HAP), solicita um ECO.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 107.** O ECO é ruim para rastreamento de hipertensão pulmonar, quando se comparam as medidas de pressão sistólica pelo ECO em relação ao cateter de Swan-Ganz.
- 108.** As medidas de pressão sistólica na artéria pulmonar superiores a 35 mmHg devem ser investigadas, segundo as diretrizes da American Heart Association de HAP.
- 109.** A regurgitação tricúspide, mesmo que mínima, aparece em cerca de até 80% da população.
- 110.** Os diâmetros da veia cava inferior superiores a 2,1 cm, sem colabar com a inspiração, podem remeter a pressões em torno de 10 mmHg.

Paciente, 75 anos de idade, usa amiodarona há dois anos por apresentar fibrilação atrial. Há seis meses, vem apresentando dispneia classe III, episódios de sibilos. Seu cardiologista pede ecocardiograma que se apresenta similar ao de dois anos atrás, sendo a fração de ejeção preservada. BNP abaixo do limite da normalidade.

Considerando o caso clínico e os conhecimentos acerca de toxicidade por amiodarona, julgue os itens a seguir.

- 111.** A fibrose pulmonar é a complicação mais temida da amiodarona.
- 112.** O diagnóstico por toxicidade da amiodarona é de exclusão e, nesse caso, o principal diagnóstico diferencial diante do quadro é pneumonia.

- 113.** As incidências de toxicidade por amiodarona surgem com doses de pelo menos 400 mg por dia.
- 114.** A amiodarona é um antiarrítmico que age primariamente nos canais de cálcio.
- 115.** A pneumonite intersticial crônica é a toxicidade pulmonar mais comum.

Paciente, sexo masculino, 58 anos de idade, chega à UTI após ser submetido a cirurgia de revascularização miocárdica. No pré-operatório, o ECO tinha fração de ejeção (FE) de 42% às custas de hipocinesia difusa. O paciente chega à UTI em uso de noradrenalina 20 mL/h e dobutamina 15 mcg/kg/min. ECG sem alterações relevantes em relação ao exame do pré-operatório. FC = 130 bpm com ritmo sinusal, e PA = 80 mmHg x 52 mmHg. Nas primeiras duas horas de pós-operatório, ele evoluiu com hipotensão progressiva e piora dos parâmetros gasométricos, chegando a usar noradrenalina 60 mL/h + dobutamina 20 mcg/kg/min. Realizado, então, ecotransesofágico, demonstrando hipocinesia severa de ventrículo esquerdo e FE de 28%.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 116.** A dobutamina ainda deve ser aumentada, pois não está em dose máxima.
- 117.** O de balão intra-aórtico é indicado.
- 118.** O choque cardiogênico passa a ser a principal hipótese diagnóstica.
- 119.** A variação da veia cava maior que 18% sugere boa resposta a volume.
- 120.** A dopamina é mais indicada para choque cardiogênico que noradrenalina.

Área livre