



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

**PROGRAMAS – GRUPO 006**

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

Data e horário da prova:

*Domingo,*  
*3/12/2017, às 14h*

## INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
  - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas 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 da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

***Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.***

- 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 da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova 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 na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

**Tipo “U”**

## CARDIOLOGIA

### Itens de 1 a 120

Considere um homem de 55 anos de idade, hipertenso e diabético, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio há três meses, com revascularização por meio de *stent* farmacológico em terço médio da artéria coronária descendente anterior (ADA).

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

1. Esse paciente, obrigatoriamente, deve estar recebendo dupla antiagregação plaquetária.
2. Os *stents* farmacológicos, se comparados aos convencionais, apresentam maior redução de mortalidade nos pacientes.
3. Pacientes hipertensos, geralmente, têm artérias coronárias mais finas e tortuosas que pacientes diabéticos.
4. Os *Stents* convencionais tendem a apresentar taxas de reestenose superiores às dos *stents* farmacológicos.
5. O *Stent* farmacológico tende a ter melhores resultados em tronco de coronária esquerda quando comparado ao convencional.

Um paciente de 33 anos de idade, previamente hígido, foi encontrado com PCR por fibrilação ventricular. Após manobras de reanimação com sucesso, esse paciente foi para leito de UTI, tendo boa resolatividade do quadro, sem apresentar sequelas neurológicas. Após investigações posteriores ao evento que antecedeu a parada cardíaca, foi indicado um cardioversor desfibrilador implantável (CDI).

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

6. A taquicardia ventricular não sustentada, pelas diretrizes da *American Heart Association* (AHA, 2010) em pacientes de baixo risco, sem alteração nos exames de imagem como a ressonância magnética, deve ser melhor avaliada para implantação de CDI.
7. Caso o paciente tenha displasia arritmogênica do ventrículo direito, não há indicação de CDI.
8. Caso o paciente tenha síndrome de QT longo (LQTS), não se deve associar betabloqueador com o implante de CDI.
9. Pacientes com alto risco, com cardiomiopatia isquêmica ou não isquêmica, com fração de ejeção menor que 30%, podem receber o implante de CDI.
10. Se esse paciente fosse portador de cardiomiopatia hipertrófica, teria indicação formal de CDI.

Um homem de 65 anos de idade, hipertenso, vai ao cardiologista por apresentar dispneia progressiva, classe III e edema de membros inferiores. O paciente realizou ecocardiograma que demonstrou fração de ejeção preservada, hipertensão pulmonar, disfunção diastólica grau II. O médico diagnosticou-o com insuficiência cardíaca, com fração de ejeção preservada (ICFEP).

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

11. O uso de mononitrato não demonstrou melhora funcional nos pacientes com esse diagnóstico.
12. A hipertensão pulmonar é um achado comum na ICFEP.

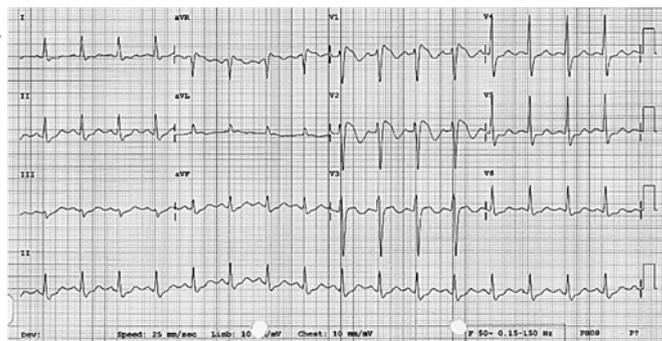
13. O estudo PARAMOUNT não demonstrou o benefício do valsartan/sacubitril em pacientes com ICFEP.
14. Os betabloqueadores podem aumentar os sintomas dos pacientes nessa patologia.
15. A espirolactona parece ter diminuído rehospitalizações por exacerbação da doença; e aumentado a sobrevida do paciente.

Um homem de 52 anos de idade, com cardiopatia chagásica, insuficiência cardíaca (IC) classe III, apresenta dispneia paroxística noturna.

No que se refere à situação clínica apresentada e aos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

16. O prognóstico da IC chagásica é pior do que o de outras etiologias.
17. O padrão eletrocardiográfico, na suspeição do paciente chagásico, é, principalmente, o padrão de bloqueio do ramo esquerdo, com desvio de eixo deslocado à direita.
18. Na patologia chagásica a IC esquerda ocorre em mais casos que a IC direita.
19. Na cardiopatia de Chagas, a principal causa de óbito é a morte súbita causada por arritmias.
20. Episódios de embolia cardíaca são comuns na IC causada por Chagas.

Um homem de 30 anos de idade, com histórico familiar de morte súbita, preocupado com essa situação, procurou um médico no ambulatório, o qual solicita um eletrocardiograma apresentado



No que se refere a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

21. A análise do eletrocardiograma indica síndrome de Brugada Tipo II.
22. A transmissão da doença é genética, sendo autossômica recessiva.
23. Indivíduos assintomáticos com anormalidades eletrocardiográficas demonstradas apenas com testes provocativos apresentaram um prognóstico benigno.
24. As mutações no gene SCN5A, que seria o responsável pela subunidade dos canais de sódio, foi relacionada à síndrome.
25. A Tailândia parece ser o local onde há mais casos dessa síndrome.

Paciente de 40 anos de idade chegou ao pronto-socorro com dor torácica, há cinco horas, e febre de 37,9 °C. Referiu que a dor alivia com a inclinação do tronco para a frente. Foi realizado um eletrocardiograma, evidenciando supra de ST difuso em todas as derivações. As séries de enzimas vieram negativas.

Com relação a esse caso clínico e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

26. A principal etiologia da pericardite aguda é a viral.
27. Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser uma opção terapêutica.
28. Febre acima de 38 °C pode estar associada a pericardite purulenta.
29. A colchicina é uma droga de escolha padrão para o tratamento da pericardite refratária.
30. A síndrome de Dressler ocorre entre o 1º e o 10º dia após o infarto agudo do miocárdio, quando a pericardite é consequência do infarto.

Um homem de 45 anos de idade foi ao pronto-socorro por mal-estar generalizado e sensação de taquicardia. Ao exame físico, apresentou-se com PA 80 mmHg x 40 mmHg, bulhas hipofônicas e turgência jugular patológica a 45 °C. Durante a inspiração, observou-se diminuição em 10 mmHg da pressão arterial sistólica.

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

31. O pulso paradoxal é patognomônico dessa patologia.
32. A alternância elétrica possui boa sensibilidade e baixa especificidade para a patologia.
33. No ecocardiograma, observa-se, nessa patologia, colapso sistólico das câmaras direitas.
34. O aumento da pressão intrapericárdica, no tamponamento cardíaco, acentua a interdependência ventricular.
35. A pericardiocentese deve ser realizada, visto que a retirada de 300 mL de líquido pode melhorar dramaticamente o débito cardíaco.

Um homem, com histórico de depressão maior, foi encontrado desacordado após tomar 25 comprimidos de amitriptilina de 25 mg. Foi anteriormente realizado um eletrocardiograma, apresentado



Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos, julgue os itens a seguir.

36. Esse eletrocardiograma apresenta QRS alargado, situação típica da intoxicação por tricíclico comum, tendo relação com convulsões.
37. A presença de onda R ampla na derivação AVR é maior preditor de arritmias do que em pacientes intoxicados que não apresentam essa alteração.
38. Esse padrão eletrocardiográfico é infrequente na intoxicação por tricíclicos.
39. Bradicardia e bloqueios atrioventriculares são frequentes nesse tipo de intoxicação.
40. O prolongamento do intervalo QT é uma alteração eletrocardiográfica frequente nesses pacientes.

Um homem de 60 anos de idade, hipertenso, com doença arterial periférica, chegou ao pronto-socorro com queixa de palpitações há 60 dias. Ao exame físico, apresentou-se normotenso, frequência cardíaca (FC) = 120 bpm, sem sinais de trombose. Na ausculta, observou-se ritmo irregular. Foi solicitado ECG que demonstrou arritmia compatível com fibrilação atrial.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

41. É necessário cardioverter o paciente quimicamente com amiodarona no momento da consulta.
42. Deve-se realizar um ecocardiograma transesofágico.
43. Há indicação para anticoagular o paciente, sendo apixaban uma possível escolha.
44. Os betabloqueadores não são bem tolerados nessa patologia.
45. No caso de cardioversão química em pacientes com coração sem alteração estrutural, após o ecocardiograma, deve-se optar pelo uso da amiodarona.

Uma gestante de 36 anos de idade, com 28 semanas de gestação, chegou à emergência com dor torácica de forte intensidade, dispneia, irradiação da dor para membro superior esquerdo, náuseas e vômitos. Os sintomas iniciaram-se há 4 horas. Foi realizado eletrocardiograma que evidenciou supra de ST de DI e AVL. Observou-se troponina sérica duas vezes acima do limite da normalidade.

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

46. A maioria das gestantes que enfartam estão no segundo trimestre de gestação.
47. A maioria dos infartos durante a gestação ocorrem por vasoespasmos coronários.
48. Na terapêutica da gestante com infarto agudo do miocárdio, o *stent* convencional apresenta-se como a melhor escolha.
49. A escolha por trombolítico deve ser cautelosa, entretanto o risco de teratogenicidade não tem sido muito estudado e, consequentemente, descrito.
50. Geralmente, os betabloqueadores são seguros na gestação.

Um homem de 60 anos de idade chegou ao hospital com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra de ST e delta T prolongado de 14 horas, sem critérios de reperfusão na admissão. Foi medicado e levado para a unidade cardíaca intensiva. Evoluiu com dispneia intensa após 24 horas de hospitalização, hipotensão = 60 mmHg x 40 mmHg, afebril. Raios X de tórax evidenciaram congestão pulmonar.

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

51. A fração de ejeção e a regurgitação mitral são índices considerados independentes para prever o desfecho do choque cardiogênico (CC).
52. A oligúria é um preditor de mortalidade no CC.
53. Há, ainda, insuficiência de evidências entre a escolha de dopamina ou noradrenalina no CC.
54. A presença de evolução desfavorável no CC, associada a doses crescentes de vasopressores, podem remeter à indicação de balão intra-aórtico.
55. Em todos os pacientes com CC decorrente de infarto agudo do miocárdio, deve-se tentar uma nova reperfusão.

Um jovem de 20 anos de idade referiu que tem percebido episódios de palpitação. Preocupado com essa situação, foi ao cardiologista. Após uma série de exames, o cardiologista solicitou um ecocardiograma (ECO) e um eletrocardiograma (ECG). No ECG, foram observadas ondas epsilon em V1 e V2. No ECO, foi observado aumento diastólico e sistólico no ventrículo direito.

A respeito desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

56. Achados compatíveis com alterações da cinética cardíaca direita no ECO podem indicar doença difusa.
57. O bloqueio do ramo esquerdo é o achado mais frequente do ECG.
58. Na avaliação macroscópica, já se evidencia a existência de dilatação de VD e a presença de tecido gorduroso em concentração aumentada epicárdica e médio-mural.
59. A amiodarona e o solatol têm sido empregados no tratamento dessa patologia.
60. A história familiar de morte súbita em jovens com suspeita dessa patologia indica critério maior para o respectivo diagnóstico.

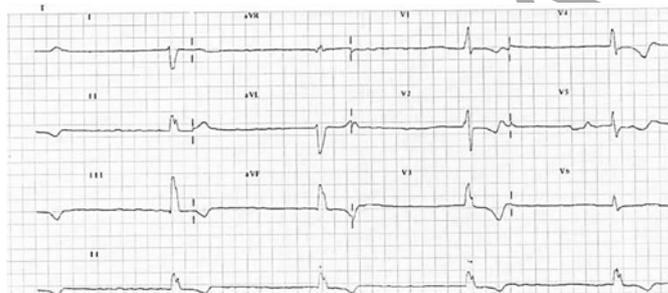
Um jovem de 30 anos de idade, foi ao pronto atendimento, apresentado dor torácica e dispneia há 10 horas. Referiu que, há duas semanas, teve infecção viral. Foram realizados eletrocardiograma, que demonstrou supra de ST de V1-V6; e uma série de troponinas, as quais resultaram negativas. Solicitaram-se sorologias virais, sendo que todas eram normais, exceto a sorologia para Coxsackie B. Foi levantada a hipótese de miocardite.

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

61. A maior causa de miocardite ainda é a forma idiopática.
62. A ressonância magnética pode mostrar acometimento em mesocárdio.

63. A presença de hipertrofia de miócitos e fibrose, no histopatológico, retrata quadros agudos.
64. A adenovírus é o responsável pela maioria dos casos de miocardite viral.
65. Idealmente, na miocardite viral, seria importante diminuir a viremia, para diminuir o dano aos miócitos.

Um senhor de 70 anos de idade foi encaminhado ao hospital por apresentar síncope, dor torácica e hipotensão há 10 horas. Foi realizado o eletrocardiograma apresentado, bem como uma série de enzimas cardíacas que resultaram normais.



No que tange a esse caso e aos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

66. A partir da análise do eletrocardiograma deve-se recomendar um marca-passo para esse paciente.
67. Observa-se, no exame realizado, bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz tipo II.
68. A principal causa dessa patologia é o infarto agudo do miocárdio.
69. A bradicardia encontrada não responde bem à atropina IV.
70. Pode-se lançar mão da dopamina IV para o tratamento desse paciente.

Um homem de 75 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, dilatação da aorta ascendente, foi ao pronto-socorro porque apresentou escarros hemoptóicos, evoluindo com hemoptise maciça, necessitando de internação hospitalar. Os Raios X de tórax não demonstraram massas. A broncofibroscopia demonstrou uma lesão no brônquio fonte esquerdo, na sua porção posterolateral, a 3 cm da carina principal, sugestiva de fistula brônquica com áreas de coágulo perilesional. Foi solicitada angiotomografia da aorta torácica, a qual evidenciou úlcera penetrante de aorta com pseudoaneurisma localizado no arco aórtico.

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

71. A úlcera penetrante de aorta é frequentemente associada ao espessamento ou aumento da parede aórtica.
72. A dor é um sintoma incomum dessa patologia, bem como a formação de fistulas.
73. O ecocardiograma transesofágico é altamente sensível e específico na diferenciação da doença aórtica.
74. Esse paciente deve ser acompanhado mensalmente, de maneira conservadora.

75. Há uma forte relação entre a úlcera penetrante de aorta e com o processo de aterosclerose.

Um homem de 60 anos de idade, agricultor, ativo, hipertenso há 10 anos, em uso de ramipril 5 mg e anlodipino 5 mg por dia, dislipidêmico, com estenoses de 60% em carótidas comuns direita e esquerda, foi ao cardiologista que o examinou e constatou PA = 140 mmHg x 90 mmHg, saturação de oxigênio = 97%, ECG em ritmo sinusal, que demonstrava índice de Morris aumentado. Com base nos seus exames e achados clínicos, o paciente foi colocado no escore de Framingham > 15% em 10 anos.

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

76. A hipertensão arterial essencial é uma patologia que cresce com a idade dos pacientes.
77. Pelo estudo SPRINT, não há benefícios em diminuir as cifras pressóricas na idade desse paciente.
78. Edema periférico é um efeito adverso relacionado ao anlodipino, sendo os pacientes do sexo masculino mais acometidos que os do feminino.
79. No ecocardiograma do paciente, pode-se encontrar aumento de átrio esquerdo, bem como hipertrofia de ventrículo esquerdo.
80. A hipertensão é considerada o fator de risco mais comum e importante para o acidente vascular cerebral (AVC).

Uma mulher de 48 anos de idade, IMC = 32, compareceu à consulta para realizar revisões de exames. A paciente é assintomática. Ao exame físico, não havia particularidades. Foram solicitados exames que resultaram normais, exceto o colesterol LDL que apresentou-se a 195 mg/dL. O médico, então repetiu o exame, o mesmo valor do LDL se confirmou, e ele iniciou o tratamento com atorvastatina 10 mg/dia à noite.

No que se refere a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

81. No caso de valores acima de 190 de LDL, pela diretriz americana de dislipidemia, pode-se realizar o tratamento farmacológico.
82. A Mudança do estilo de vida é prescrição imprescindível nos pacientes dislipidêmicos.
83. Sabe-se que 10 mg de atorvastatina é equivalente a 40 mg de sinvastatina.
84. Pelo menos 5% dos pacientes que usam atorvastatina apresentam aumento no nível das transaminases.
85. Miopatia necrotizante autoimune, entidade rara, deve ser pensada se, na suspensão da estatina, houver persistência da dor muscular, de caráter importante, e aumento expressivo da CPK.

Paciente do sexo masculino, de 55 anos de idade, foi à consulta clínica por apresentar dispneia aos médios esforços. Ao exame físico, o médico percebeu que o paciente apresentava turgência jugular a 45 °C, sopro sistólico que aumentava com a inspiração, presença de hiperfonese da segunda bulha. Além disso, apresentava hepatomegalia. No ECO, observaram-se, com pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 60 mmHg, ausência de fibrilação atrial, vena contracta de 0,8 cm na regurgitação tricúspide.

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

86. A maior causa de regurgitação tricúspide é a hipertensão pulmonar.
87. O cateterismo de coração direito deve ser realizado.
88. A maioria dos pacientes com hipertensão pulmonar apresenta regurgitação mitral leve.
89. Classicamente, o sopro é mesossistólico na regurgitação tricúspide.
90. Pelo ECO, há uma regurgitação de leve a moderada.

Um homem de 25 anos de idade apresenta palpitações, irritabilidade e insônia, edema pré-tibial e mialgia. Realizou-se, um eletrocardiograma que demonstrou taquicardia sinusal. Foram solicitados exames que apresentaram TSH indetectável e T4 livre = 2,08; e também um ECO que demonstrou aumento da pressão arterial pulmonar sistólica no valor de 45 mmHg. Observou-se fração de ejeção de 78%, sem anormalidades estruturais vistas pelo ecocardiografista.

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

91. O T4 é o principal hormônio a ativar a via beta adrenérgica no miocárdio.
92. A pressão arterial diastólica tende a estar diminuída nos pacientes com hipertireoidismo.
93. Analisando-se os exames, percebe-se que a resistência vascular sistêmica pode estar diminuída.
94. Os pacientes com o quadro apresentado tendem a ter alteração no metabolismo da vitamina K, sendo menos sensíveis à varfarina.
95. O flutter atrial é a arritmia mais comum no hipertireoidismo.

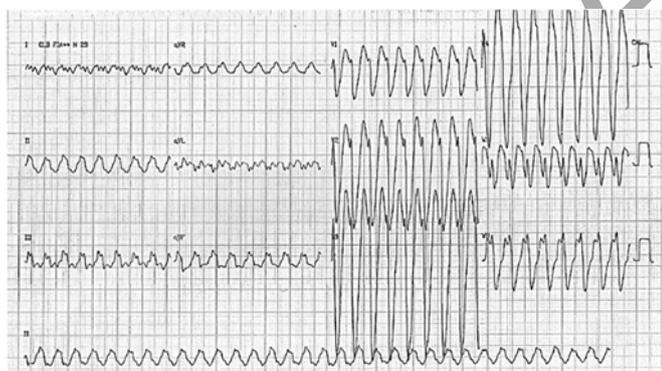
Área livre

Um homem de 77 anos de idade, com dor no peito há 2 horas, de forte intensidade, em aperto, de início insidioso, associado a náuseas, vômitos, irradiada para membro superior direito, chegou ao pronto-socorro. Na admissão, o paciente estava com PA = 130 mmHg x 80 mmHg, com presença de B3 e estertores crepitantes difusos em todo o tórax. Foi, então, realizado um eletrocardiograma (ECG) na sala de emergência. Indagado pelo plantonista se possuía um ECG prévio, a esposa do paciente mostrou um ECG que tinha um bloqueio de ramo esquerdo prévio (BRE). No ECG atual, havia supradesnível do ST  $\geq$  5 mm em discordância com o QRS de V1-V3. Série de troponinas resultou positiva.

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

96. Pelos critérios de Sgarbossa, a partir do ECG, não há infarto agudo do miocárdio e sim, provavelmente, bloqueio de ramo esquerdo.
97. Provavelmente, trata-se de um infarto agudo do miocárdio sem supra de ST.
98. O paciente apresenta Killip 3.
99. O escore GRACE é uma possibilidade de estratificação de risco.
100. Timi Risk com quatro pontos não exige revascularização breve.

Um paciente de 45 anos de idade, do sexo masculino, chegou ao pronto-socorro com dispneia, dor torácica, hipotensão e confusão mental. Um familiar dele referiu que os sintomas iniciaram-se há 3 horas. Ao avaliar o paciente, com monitorização, oxigênio suplementar e acesso venoso calibroso, no escolpo, foi verificada uma frequência cardíaca elevada. Logo, foi solicitado um ECG, conforme apresentado na imagem.



A respeito desse caso clínico e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

101. Trata-se de uma arritmia com complexo QRS alargado.
102. Nos critérios de Vereckey, a análise da derivação AVR com onda R inicial maior que 40 ms sugere taquicardia supraventricular com aberrância.
103. Observa-se, minuciosamente, a presença de ondas P retrógradas nas derivações inferiores.
104. A presença de dissociação atrioventricular é comum na taquicardia ventricular.
105. Deve-se utilizar o desfibrilador elétrico em 50 J, no modo não sincronizado, considerando-se a instabilidade do paciente.

Um homem de 60 anos de idade apresenta sopro diastólico de 3+/6+, dispneia classe III, há três meses, sendo que, há seis meses, manifestava dispneia classe II. Ao exame cardiovascular, observaram-se o sinal de Musset, o pulso martelo da água e o sinal de Quincke. Foi solicitado um ECG e um ECO.

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

106. Área de orifício regurgitante no ECO maior ou igual a 0,3 cm<sup>3</sup> sugere doença valvar severa.
107. Classicamente, o ECG traz desvio de eixo para a direita.
108. Frequentemente, há restrição do folheto anterior da valva mitral, em razão do jato regurgitante diastólico da aorta.
109. Os seios aórticos são frequentemente dilatados nessa patologia, ainda que não haja dilatação da aorta ascendente.
110. Não é recomendado reparo cirúrgico em pacientes totalmente assintomáticos, com doença severa e função ventricular esquerda normal.

Uma mulher de 60 anos de idade deu entrada na emergência com dispneia classe IV, presença de B3, com estertores crepitantes difusos. Após manejo inicial para edema agudo de pulmão por descompensação de insuficiência cardíaca, foi solicitado um ECG que demonstrou baixa voltagem difusa. O ECO demonstrou septo espessado com granulação grosseira por todo o septo. Foi levantada a hipótese de amiloidose cardíaca.

Com base nesse caso clínico, e a respeito dessa patologia, julgue os itens a seguir.

111. Digitálicos, quando utilizados, tendem a causar BAVT.
112. A cardiomiopatia restritiva pode ser vista no ECO.
113. A síncope é comum nessa cardiopatia.
114. Em casos como o apresentado, derrames pericárdicos ocorrem frequentemente.
115. Amiloidose cardíaca frequentemente causa doença valvar.

Área livre

Um homem de 65 anos de idade vem apresentando episódios de síncope e dor torácica há 1 ano. Ele, então, compareceu ao médico para realizar exames de rotina e investigação diagnóstica. No histórico médico pregresso, referiu hipertensão arterial sistêmica há 20 anos, em uso de hidroclorotiazida 25 mg, uma vez ao dia. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, com mucosas normais e extremidades bem perfundidas. Ao exame cardiovascular, apresentava sopro sistólico 4+/6+, com irradiação para pescoço.

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

- 116.** É possível afirmar que 15% dos pacientes podem ter aumento da pressão arterial pulmonar acima de 50 mmHg.
- 117.** BNP em doença valvar severa sugere acompanhamento próximo.
- 118.** A progressão dessa patologia é mais rápida na etiologia reumática quando comparada à cálcica.
- 119.** Pacientes com gradiente acima de 40 mmHg, sintomáticos com área valvar menor que 0,8 cm<sup>2</sup>, têm uma maior tendência a sangramentos.
- 120.** Pacientes classificados no estágio C2 são considerados pacientes com doença valvar severa sintomáticos e fração de ejeção menor que 50%.

**Área livre**

PROVA APPLICADDA