

1. Em relação à anatomia coronariana, a situação que melhor representa uma indicação de tratamento cirúrgico é:
 - a) lesão suboclusiva em terço proximal da artéria coronariana direita.
 - b) lesão de 90% de obstrução em terço proximal da artéria descendente anterior.
 - c) acometimento biarterial, incluindo o terço proximal da artéria descendente anterior.
 - d) acometimento biarterial independente dos vasos acometidos.
 - e) lesão de 80% de obstrução em segmento distal do tronco principal coronariano esquerdo.
2. O uso de clopidogrel, associado ao ácido acetil salicílico, por 1 ano está formalmente indicado:
 - a) em seguida a um episódio de infarto agudo do miocárdio.
 - b) após angioplastia coronariana por balão, sem implante de *stent*.
 - c) a partir de um episódio de fibrilação atrial em paciente com angina estável crônica.
 - d) após cirurgia de revascularização miocárdica.
 - e) nos casos de revascularização miocárdica em que se utilize a artéria torácica interna (mamária).
3. É considerado agente de 1ª escolha na angina estável crônica para uso contínuo:
 - a) nitrato
 - b) nifedipina
 - c) betabloqueador
 - d) ivabradina
 - e) trimetazidina
4. Trata-se de agente cardiosseletivo:
 - a) carvedilol
 - b) atenolol
 - c) propranolol
 - d) nebivolol
 - e) labetalol
5. Está formalmente **CONTRAINDICADO** na vigência de IAM com supradesnivelamento do segmento ST:
 - a) nitrato
 - b) diltiazem
 - c) metoprolol
 - d) enalapril
 - e) losartan
6. Um efeito colateral esperado é a taquicardia reflexa com:
 - a) nitrato
 - b) diltiazem
 - c) metoprolol
 - d) enalapril
 - e) losartan
7. É agente fibrinolítico para uso em *bolus* endovenoso único no IAM com supradesnivelamento do segmento ST:
 - a) estreptoquinase
 - b) alteplase
 - c) tecnetepase
 - d) uroquinase
 - e) abciximab
8. A intervenção coronariana percutânea primária nas primeiras 6 horas do quadro de IAM com supradesnivelamento do segmento ST é a estratégia de reperfusão preferencial em caso de transferência para centro com capacidade para realizar a intervenção percutânea em até (NO MÁXIMO):
 - a) 30 minutos
 - b) 60 minutos
 - c) 90 minutos
 - d) 120 minutos
 - e) 180 minutos
9. Recomenda-se para prevenção de nefropatia por contraste nos procedimentos coronarianos percutâneos em pacientes com comprometimento moderado da função renal:
 - a) Nacetilcisteína
 - b) bicarbonato de sódio
 - c) furosemida endovenosa
 - d) hemodiálise
 - e) hidratação venosa com solução salina
10. O uso de nitrato endovenoso na vigência de IAM está formalmente **CONTRAINDICADO**:
 - a) no infarto de parede anterior
 - b) no infarto de parede inferior
 - c) no infarto com envolvimento do ventrículo direito
 - d) no infarto anterior extenso
 - e) no infarto sem supradesnivelamento do segmento ST

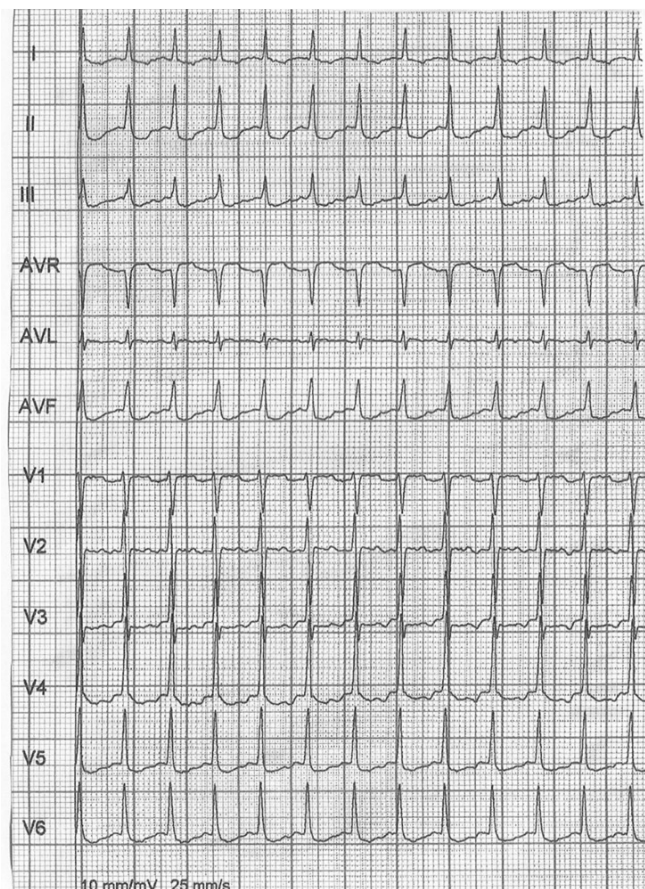
11. A opção que contém SOMENTE agentes bloqueadores beta adrenérgicos que têm indicação classe I para pacientes com insuficiência cardíaca e disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo é:
- a) carvedilol, nebivolol e atenolol
 - b) bisoprolol, metoprolol e carvedilol
 - c) carvedilol, atenolol e bisoprolol
 - d) nebivolol, nadolol e pindolol
 - e) metoprolol, bisoprolol e atenolol
12. Sobre o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e de Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA) na insuficiência cardíaca com disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo, é correto afirmar que:
- a) são equivalentes, não devendo haver uso preferencial de um sobre o outro.
 - b) a associação de IECA com BRA é benéfica, estando indicada nos casos de insuficiência cardíaca de difícil controle com a terapia padrão inicialmente prescrita.
 - c) o uso de BRA é preferível sobre os IECA em pacientes com cardiomiopatia de origem isquêmica.
 - d) o uso de IECA é preferível sobre os BRA somente nos casos de cardiomiopatia não isquêmica.
 - e) os BRA devem ser usados como alternativa aos IECA, quando estes produzirem efeito colateral indesejável (por exemplo tosse seca persistente).
13. Em um paciente com insuficiência cardíaca por miocardiopatia hipertrófica (hipertrofia septal assimétrica), em ritmo sinusal, está **CONTRAINDICADO**, entre as opções a seguir:
- a) propranolol
 - b) diltiazem
 - c) digoxina
 - d) verapamil
 - e) atenolol
14. Em um paciente com insuficiência cardíaca por miocardiopatia dilatada, em fibrilação atrial, é mais adequado para o controle da frequência cardíaca:
- a) propranolol
 - b) diltiazem
 - c) digoxina
 - d) verapamil
 - e) atenolol
15. Em um paciente com insuficiência cardíaca por estenose mitral grave, **NÃO** está entre as prováveis intervenções terapêuticas favoráveis:
- a) Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)
 - b) furosemida
 - c) valvoplastia mitral por balão
 - d) comissurotomia mitral cirúrgica
 - e) cirurgia de troca valvar mitral
16. A opção que contém o melhor perfil de paciente com insuficiência cardíaca para receber terapia de ressincronização miocárdica (marcapasso multissítio) é:
- a) paciente em ritmo de fibrilação atrial, bloqueio de ramo esquerdo, com terapia clínica otimizada, sintomático e fração de ejeção do ventrículo esquerdo severamente deprimida.
 - b) paciente em ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo, com terapia clínica otimizada, assintomático e fração de ejeção do ventrículo esquerdo severamente deprimida.
 - c) paciente em ritmo de fibrilação atrial, bloqueio de ramo esquerdo (duração do QRS 160 ms), com terapia clínica otimizada, sintomático e fração de ejeção do ventrículo esquerdo severamente deprimida.
 - d) paciente em ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo (duração do QRS 130 ms), com terapia clínica otimizada, sintomático e fração de ejeção do ventrículo esquerdo severamente deprimida.
 - e) paciente em ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo (duração do QRS 160 ms), com terapia clínica otimizada, sintomático e fração de ejeção do ventrículo esquerdo severamente deprimida.

- 17.** É indicação classe I de cardioversor desfibrilador implantável, entre as opções a seguir:
- a** insuficiência cardíaca por cardiopatia isquêmica, fração de ejeção do ventrículo esquerdo discretamente deprimida e extrassístoles ventriculares frequentes ao holter de 24 horas.
 - b** insuficiência cardíaca por miocardiopatia dilatada, fração de ejeção do ventrículo esquerdo moderadamente deprimida e extrassístoles ventriculares frequentes ao holter de 24 horas.
 - c** miocardiopatia hipertrófica, com espessura do septo interventricular maior do que 15 mm.
 - d** miocardiopatia dilatada, com Extrassístoles ventriculares ao holter de 24 horas, independente do valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo.
 - e** pacientes com insuficiência cardíaca por miocardiopatia dilatada, que apresentou morte súbita cardíaca ressuscitada.
- 18.** Segundo as atuais Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Cardíaca, o uso da dosagem do BNP (peptídeo natriurético do tipo B) em paciente com insuficiência cardíaca:
- a** deve ser rotina na prática clínica para o diagnóstico.
 - b** deve ser rotina na prática clínica para o prognóstico.
 - c** deve ocorrer quando há dúvida diagnóstica.
 - d** deve ocorrer quando a fração de ejeção do ventrículo esquerdo for $\leq 0,35$.
 - e** tem maior sensibilidade diagnóstica nos casos de miocardiopatia dilatada.
- 19.** Das opções a seguir, aquela que está indicada para pacientes com insuficiência cardíaca com disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo, mesmo assintomáticos, é:
- a** dinitrato de isossorbida + hidralazina
 - b** espirolactona
 - c** inibidor da neprililina
 - d** digoxina
 - e** bisoprolol
- 20.** Quanto à análise do QRS de superfície para indicação da terapia de ressincronização miocárdica (marcapasso multissítio) é correto afirmar que:
- a** não importa o tipo de distúrbio da condução intraventricular (por exemplo BRD ou BRE), mas sim a duração do QRS.
 - b** a presença de BRE é fundamental para guiar a indicação da terapia.
 - c** a presença de BRD é fundamental para guiar a indicação da terapia.
 - d** a duração do QRS ideal para a indicação é igual ou maior do que 120 ms.
 - e** a duração do QRS não tem importância, pois na prática clínica a indicação vai depender da análise de dissincronia pelo ecocardiograma.
- 21.** Segundo as atuais Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o alvo terapêutico, em mmHg, para o paciente hipertenso deve ter como corte, em geral:
- a** < 120/80
 - b** < 125/85
 - c** < 135/85
 - d** < 140/90
 - e** < 150/90
- 22.** Segundo as atuais Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o diagnóstico de HAS, como regra geral, deve ser feito por:
- a** MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial)
 - b** MRPA (Medida Residencial da Pressão Arterial)
 - c** Pressão medida em consultório, em pelo menos 2 visitas médicas
 - d** Pressão medida em consultório, em pelo menos 3 visitas médicas
 - e** MAPA e MRPA combinadas
- 23.** Entre as opções a seguir aquela que NÃO deve ser utilizada como monoterapia para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica é:
- a** enalapril
 - b** losartana
 - c** anlodipina
 - d** clortalidona
 - e** hidralazina

24. Em relação à crise hipertensiva (urgência ou emergência hipertensiva), é correto afirmar que:
- a) a Emergência Hipertensiva (EH) se diferencia da Urgência Hipertensiva (UH), porque somente na EH existe dano em órgão alvo em progressão.
 - b) a Emergência Hipertensiva (EH) se diferencia da Urgência Hipertensiva (UH), porque somente na EH ocorrem sintomas relacionados ao quadro de crise hipertensiva.
 - c) a Emergência Hipertensiva cursa com níveis de PA diastólica superiores aos verificados na Urgência Hipertensiva.
 - d) medicação via sublingual pode ser usada na Emergência Hipertensiva, mas não na Urgência Hipertensiva.
 - e) tanto na Emergência quanto na Urgência, a normalização da pressão arterial deve ser atingida em até 12 horas.
25. A situação de Emergência Hipertensiva na qual se deve obrigatoriamente buscar a normalização com obtenção de níveis ótimos de PA em menos de 1 hora, é:
- a) angina instável
 - b) edema agudo de pulmão
 - c) acidente vascular encefálico isquêmico e indicação de trombólise
 - d) acidente vascular encefálico hemorrágico
 - e) dissecção aórtica aguda
26. Das patologias valvulares a seguir, aquela que tem como característica à ausculta cardíaca a 1ª bulha hiperfonética é:
- a) estenose mitral
 - b) insuficiência mitral
 - c) estenose aórtica
 - d) insuficiência aórtica
 - e) insuficiência tricúspide
27. Um sopro diastólico que se inicia imediatamente após a 2ª bulha e tem caráter aspirativo, é característico de:
- a) estenose mitral
 - b) insuficiência mitral
 - c) estenose aórtica
 - d) insuficiência aórtica
 - e) estenose tricúspide
28. Um dos achados ecocardiográficos definidores de estenose aórtica importante é:
- a) gradiente médio ventrículo esquerdo/aorta ≥ 40 mmHg
 - b) velocidade máxima do jato aórtico $\geq 2,0$ m/s
 - c) área valvar aórtica $\leq 1,5$ cm²
 - d) razão das velocidades de fluxo entre a via de saída do ventrículo esquerdo e valva aórtica $< 0,75$
 - e) espessura do septo interventricular ≥ 12 mm
29. Em um paciente com insuficiência aórtica importante são achados indicativos de cirurgia de troca valvar, independente da presença de sintomas, **EXCETO**:
- a) diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo > 75 mm
 - b) diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo > 55 mm
 - c) fração de ejeção do ventrículo esquerdo $< 0,50$
 - d) diâmetro sistólico de ventrículo esquerdo indexado > 25 mm/m²
 - e) jato regurgitante central, com largura $< 25\%$ da via de saída
30. O sintoma relacionado à estenose aórtica que se associa ao pior prognóstico de sobrevida é:
- a) síncope
 - b) dor torácica
 - c) ortopnéia
 - d) palpitação
 - e) tontura

Observe o caso clínico e eletrocardiograma abaixo, para responder às questões 31 e 32.

Admitindo-se que o portador desse eletrocardiograma é uma jovem de 25 anos de idade, com crises de palpitação recorrentes, de início e término súbitos, há aproximadamente 10 anos, não tendo outro antecedente mórbido conhecido.



31. A conduta preferencial mais adequada diante da atual crise de palpitação e ECG correspondente é:

- a amiodarona endovenosa, dose de ataque
- b deslanosídeo, endovenoso, em bolus
- c diazepam, via oral inicialmente e aguardar até uma hora para se observar o efeito
- d adenosina endovenosa
- e metoprolol, via oral

32. O mecanismo mais provável da arritmia contida nesse ECG é:

- a reentrada
- b automatismo aumentado
- c automatismo diminuído
- d atividade deflagrada
- e bloqueio sinoatrial

33. Das drogas a seguir aquela que age mais especificamente sobre uma via acessória de condução atrioventricular é:

- a atenolol
- b digoxina
- c verapamil
- d propafenona
- e diltiazem

34. Embora sabendo-se que o flutter atrial é pouco responsivo à cardioversão química a ritmo sinusal, das drogas a seguir aquela que pode ser efetiva em produzir a interrupção do flutter e restabelecimento do ritmo sinusal é:

- a atenolol
- b digoxina
- c verapamil
- d propafenona
- e diltiazem

35. Dos pacientes com as características a seguir, todos portadores de fibrilação atrial permanente, o que tem indicação mais inequívoca de anticoagulação oral crônica com base no escore CHADSVASc é:

- a mulher de 76 anos, hipertensa
- b homem de 55 anos, tabagista
- c homem de 60 anos, hipertenso
- d mulher de 60 anos, tabagista
- e jovem de 22 anos, no pós operatório tardio de correção de CIA, fração de ejeção do VE preservada

36. A ablação por cateter por radiofrequência de circuitos arritmogênicos tem se mostrado segura e eficaz como tratamento definitivo de diversos tipos de arritmia. Suas taxas de sucesso são em torno de 95%, ou mais, EXCETO _____, em que a taxa de sucesso é significativamente menor – em torno de 70%:

A alternativa que preenche corretamente a lacuna acima é:

- a no flutter atrial
- b na fibrilação atrial
- c na taquicardia supraventricular mediada por via acessória
- d na taquicardia supraventricular mediada por via lenta
- e na arritmia de via de saída do ventrículo direito

37. A resposta mais esperada com o uso de adenosina endovenosa (12 mg) em um paciente com flutter atrial com condução atrioventricular 2:1 é:

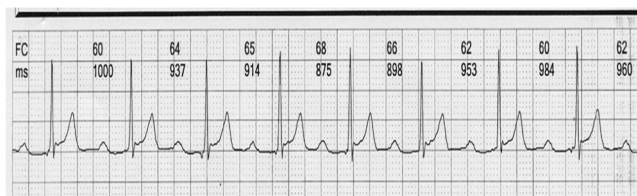
- a) reversão a ritmo sinusal
- b) transformação em ritmo de fibrilação atrial
- c) nenhum efeito sobre o ritmo
- d) aumentar o grau de bloqueio atrioventricular (reduzir a resposta ventricular ao flutter atrial)
- e) transformação em ritmo de taquicardia ventricular

38. No traçado a seguir – reprodução trecho de holter de 24 h a uma velocidade de 25 mm/s, observa-se:



- a) BAV de 1º grau
- b) BAV de 2º grau mobtitz tipo I
- c) BAV DE 2º grau mobtitz tipo II
- d) BAV 2:1
- e) BAV de 3º grau (total)

39. No traçado a seguir – reprodução trecho de holter de 24 h a uma velocidade de 25 mm/s, observa-se:



- a) BAV de 1º grau
- b) BAV de 2º grau mobtitz tipo I
- c) BAV DE 2º grau mobtitz tipo II
- d) BAV 2:1
- e) BAV de 3º grau (total)

40. No traçado a seguir – reprodução trecho de holter de 24 h a uma velocidade de 25 mm/s, observa-se:



- a) BAV de 1º grau
- b) BAV de 2º grau mobtitz tipo I
- c) BAV DE 2º grau mobtitz tipo II
- d) BAV 2:1
- e) BAV de 3º grau (total)

41. A cardiopatia chagásica crônica pode cursar com distúrbios da condução elétrica cardíaca. A associação de anormalidades da condução mais típica dos chagásicos é:

- a) bloqueio Av. de 1º grau e bloqueio de ramo esquerdo
- b) bloqueio de ramo direito e bloqueio divisional anterossuperior esquerdo
- c) bloqueio de ramo alternante
- d) bloqueio de ramo esquerdo e bloqueio divisional posteroinferior esquerdo
- e) bloqueio de ramo direito e bloqueio AV de 1º grau

42. Ao eletrocardiograma típico de um paciente com estenose mitral grave, observam-se sobrecargas de:

- a) átrio esquerdo e ventrículo esquerdo
- b) átrio direito e ventrículo direito
- c) ventrículo esquerdo e ventrículo direito
- d) átrio esquerdo e ventrículo direito
- e) biatrial e biventricular

43. Na suspeita de infarto agudo do miocárdio cujos sintomas foram iniciados há 2 horas, será mais útil para a confirmação diagnóstica:

- a) dosagem da mioglobina
- b) dosagem da troponina i
- c) dosagem da fração MB da isoenzima CK
- d) dosagem da ck-MB massa
- e) anamnese e eletrocardiograma

44. A ivabradina foi recentemente associada ao arsenal terapêutico da insuficiência cardíaca, exercendo seu efeito clínico por atuação no:

- a) nó atrioventricular
- b) nó sinusal
- c) sistema His-Purkinje
- d) ramo direito do feixe de His
- e) ramo esquerdo do feixe de His

45. Um choque não sincronizado está indicado para reverter a seguinte arritmia:

- a) fibrilação atrial em paciente com instabilidade hemodinâmica
- b) fibrilação atrial em paciente com estabilidade hemodinâmica
- c) flutter atrial
- d) taquicardia ventricular monomórfica, sem pulso
- e) taquicardia supraventricular

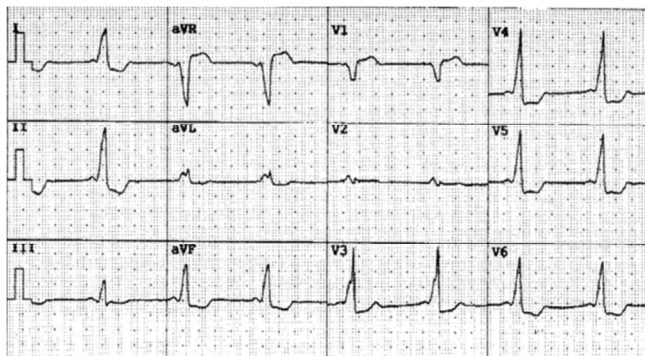
46. Em um paciente com insuficiência cardíaca, a situação em que a digoxina está adequadamente indicada é:

- a) miocardiopatia dilatada com fibrilação atrial
- b) miocardiopatia hipertrófica
- c) cardiopatia hipertensiva
- d) estenose aórtica
- e) miocardiopatia restritiva

47. Atualmente, um paciente de 85 anos de idade, com DPOC grave, apresentando ainda sintomas de insuficiência cardíaca por estenose aórtica grave, teria melhor relação risco efetividade corrigindo a patologia aórtica por meio de:

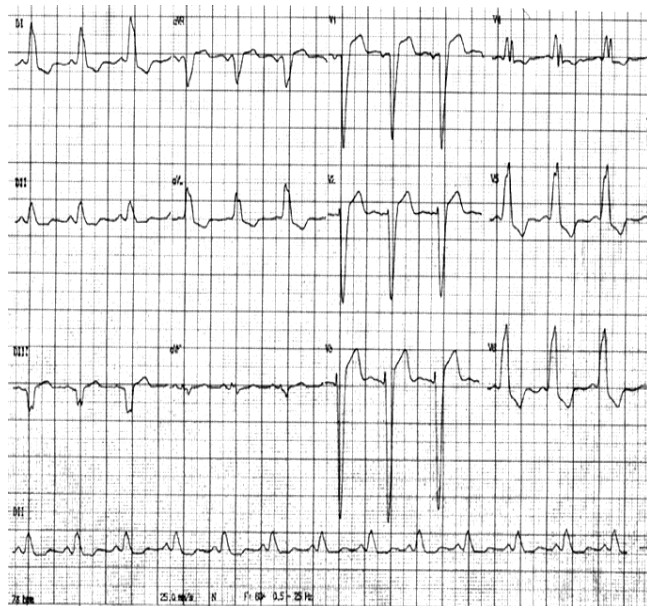
- a) valvoplastia aórtica por cateter balão
- b) implante de prótese valvar aórtica por cirurgia convencional
- c) implante transcater de prótese valvar aórtica
- d) tratamento clínico medicamentoso
- e) comissurotomia aórtica cirúrgica

48. No traçado eletrocardiográfico a seguir (reprodução de traçados originalmente em papel milimetrado à velocidade de 25mm/s), é correto afirmar que existe:



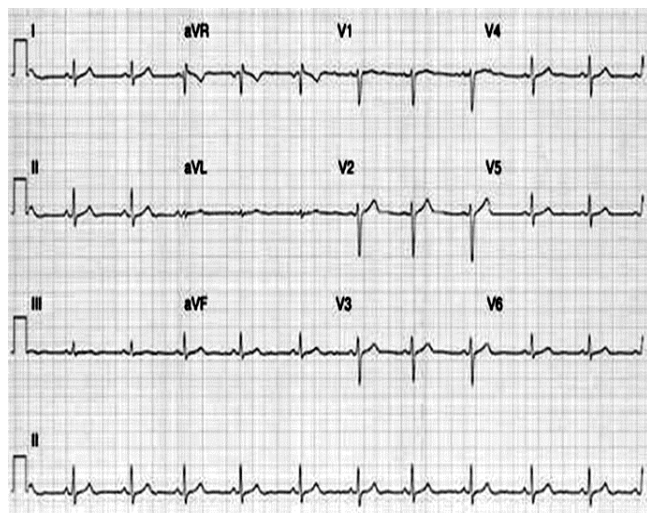
- a) bloqueio de ramo esquerdo
- b) bloqueio de ramo direito
- c) uma via acessória de conexão elétrica entre o átrio e o ventrículo
- d) infarto agudo do miocárdio
- e) padrão de normalidade do traçado

49. No traçado eletrocardiográfico a seguir (reprodução de traçados originalmente em papel milimetrado à velocidade de 25mm/s), é correto afirmar que existe:



- a) bloqueio de ramo esquerdo
- b) bloqueio de ramo direito
- c) uma via acessória de conexão elétrica entre o átrio e o ventrículo
- d) infarto agudo do miocárdio
- e) padrão de normalidade do traçado

50. No traçado eletrocardiográfico a seguir (reprodução de traçados originalmente em papel milimetrado à velocidade de 25mm/s), é correto afirmar que existe:



- a) bloqueio de ramo esquerdo
- b) bloqueio de ramo direito
- c) uma via acessória de conexão elétrica entre o átrio e o ventrículo
- d) infarto agudo do miocárdio
- e) padrão de normalidade do traçado



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018
Grupo J Pré-Requisito: Cardiologia
Especialidade: Hemodinâmica.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

| QUESTÃO | ALTERNATIVA | QUESTÃO | ALTERNATIVA |
|---------|-------------|---------|-------------|
| 1 | | 26 | |
| 2 | | 27 | |
| 3 | | 28 | |
| 4 | | 29 | |
| 5 | | 30 | |
| 6 | | 31 | |
| 7 | | 32 | |
| 8 | | 33 | |
| 9 | | 34 | |
| 10 | | 35 | |
| 11 | | 36 | |
| 12 | | 37 | |
| 13 | | 38 | |
| 14 | | 39 | |
| 15 | | 40 | |
| 16 | | 41 | |
| 17 | | 42 | |
| 18 | | 43 | |
| 19 | | 44 | |
| 20 | | 45 | |
| 21 | | 46 | |
| 22 | | 47 | |
| 23 | | 48 | |
| 24 | | 49 | |
| 25 | | 50 | |