



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao grupo **F26**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

## Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

**TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA**

<b><u>LISTA DE ABREVIACÕES</u></b>	<b><u>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u></b>
AA – Ar ambiente	<b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L
BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cr – Creatinina	Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
DU – Dinâmica Uterina	Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L
FR – Frequência Respiratória	Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL
GGT - Gamaglutamiltransferase	LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL
Ht – Hematócrito	Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL
HPMA – História Pregressa da Moléstia Atual	Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL
IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%	Lactato = 5 a 15 mg/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL
ipm – Incurções por Minuto	Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L
IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal	Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	PSA = menor que 4 ng/mL
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Sódio = 135 a 145 mEq/L
MMII – Membros Inferiores	TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL
MV – Murmúrios Vesiculares	Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L
P – Pulso	Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)
PA – Pressão Arterial	Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)
pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO <sub>2</sub>	Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)
pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de O <sub>2</sub>	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
POCUS – Ultrasound <i>point-of-care</i>	Amilase = 28 a 100 U/L
PS – Pronto-Socorro	Lipase = inferior a 60 U/L
PSA – Antígeno Prostático Específico	Ureia = 10 a 50 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	GGT: homens: 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L
RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)	Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L
RN – Recém-nascido	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes)
Sat. – Saturação	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
Temp. – Temperatura axilar	<b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase	Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%
TPO – Tireoperoxidase	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL
TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
TSH – Hormônio tireo-estimulante	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral	Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%
U – Ureia	Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>
UBS – Unidade Básica de Saúde	Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm <sup>3</sup>
USG – Ultrassonografia	Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm <sup>3</sup>
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm <sup>3</sup>
VHS – Velocidade de Hemossedimentação	Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm <sup>3</sup>
<b><u>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</u></b>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup> ou µL
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Reticulócitos = 0,5 a 2,0%
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos
<b>Doppler de artéria:</b>	<b>Gasometria Arterial:</b>
Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99	pH = 7,35 a 7,45
Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43	pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg
	pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg
	Base Excess (BE) = -2 a 2
	HCO <sub>3</sub> = 22 a 28 mEq/L
	SpO <sub>2</sub> > 95%
	<b>Líquor (punção lombar):</b>
	Células = até 4/mm <sup>3</sup>
	Lactato = até 20 mg/dL
	Proteína = até 40 mg/dL
	Líquido pleural ADA = até 40 U/L
	Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL

**01**

O achado de sopro sistólico em foco aórtico e borda esternal esquerda associado ao movimento anterior sistólico da valva mitral com gradiente máximo ao final da sístole pelo ecocardiograma em homem de 55 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial há 3 anos, sugere o diagnóstico de

- (A) ectasia da raiz da aorta.
- (B) cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.
- (C) estenose valvar aórtica.
- (D) estenose valvar mitral.

**02**

A prevenção do tromboembolismo em paciente com fibrilação atrial associada à estenose mitral reumática, deve ser feita com

- (A) ácido acetilsalicílico 100 mg.
- (B) ácido acetilsalicílico 100 mg + rivaroxabana 2,5 mg 12/12 horas.
- (C) varfarina buscando um INR entre 2 e 3.
- (D) qualquer anticoagulante oral direto, respeitando-se os ajustes de dose pela função renal.

**03**

Em relação à pesquisa de viabilidade miocárdica por ressonância magnética cardíaca, é correto afirmar:

- (A) Extensão transmural da fibrose < 50% indica alta probabilidade de recuperação contrátil pós-revascularização.
- (B) É limitada em pacientes submetidos a implante de stent pelo aparecimento de artefatos na imagem.
- (C) É contraindicada em pacientes com quadro de broncoespasmo grave pela impossibilidade de uso do dipiridamol.
- (D) A presença isolada de fibrose mesocárdica em múltiplos segmentos confirma o diagnóstico de cardiomiopatia isquêmica.

**04**

Quais exames devem ser considerados na investigação diagnóstica inicial de hipertensão arterial secundária associada a possível causa endócrina?

- (A) Potássio urinário, cortisol plasmático após supressão com 1 mg de dexametasona e coleta seletiva de renina em veias renais.
- (B) Potássio sérico, metanefrinas urinárias e relação aldosterona/atividade de renina plasmática.
- (C) Metanefrinas urinárias, ACTH plasmático e tomografia de abdome.
- (D) Ácido vanilmandélico em amostra isolada de urina, cortisol plasmático em jejum e potássio urinário.

**05**

Assinale a alternativa em que a intervenção coronária percutânea tem indicação preferencial frente à otimização do tratamento clínico ou à cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes estáveis.

- (A) Paciente diabético multiarterial com escore SYNTAX de 35 e FEVE de 30%.
- (B) Paciente com angina classe 2 em uso de monoterapia (betabloqueador) e lesão, de 70% no 2º ramo marginal esquerdo, de grande importância anatômica.
- (C) Paciente com angina classe 1 com lesão de 80% no 1/3 proximal do ramo interventricular anterior e FFR de 0,85.
- (D) Paciente octogenário com equivalente anginoso persistente, área de isquemia > 10% pela cintilografia miocárdica, FEVE de 50%, padrão obstrutivo biarterial com escore SYNTAX de 18.

**06**

Em relação ao tratamento medicamentoso para controle da angina em pacientes com síndrome coronariana crônica, é correto afirmar:

- (A) Os efeitos antianginosos de trimetazidina devem-se à sua ação sobre a corrente tardia de sódio, otimizando a produção de ATP por aumento da oxidação de ácidos graxos livres.
- (B) Na ausência de contraindicações, os betabloqueadores são agentes de primeira escolha por reduzirem a mortalidade e o risco de infarto em todos os pacientes com angina esforço-induzida.
- (C) Ivabradina tem indicação preferencial em pacientes com angina estável e ritmo de fibrilação atrial por bloquear de maneira efetiva a condução do nó AV, diminuindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio isquêmico.
- (D) Em pacientes com angina estável e disfunção do ventrículo esquerdo (VE), verapamil pode reduzir o débito cardíaco, aumentar as pressões de enchimento do VE e levar a manifestações clínicas de insuficiência cardíaca.

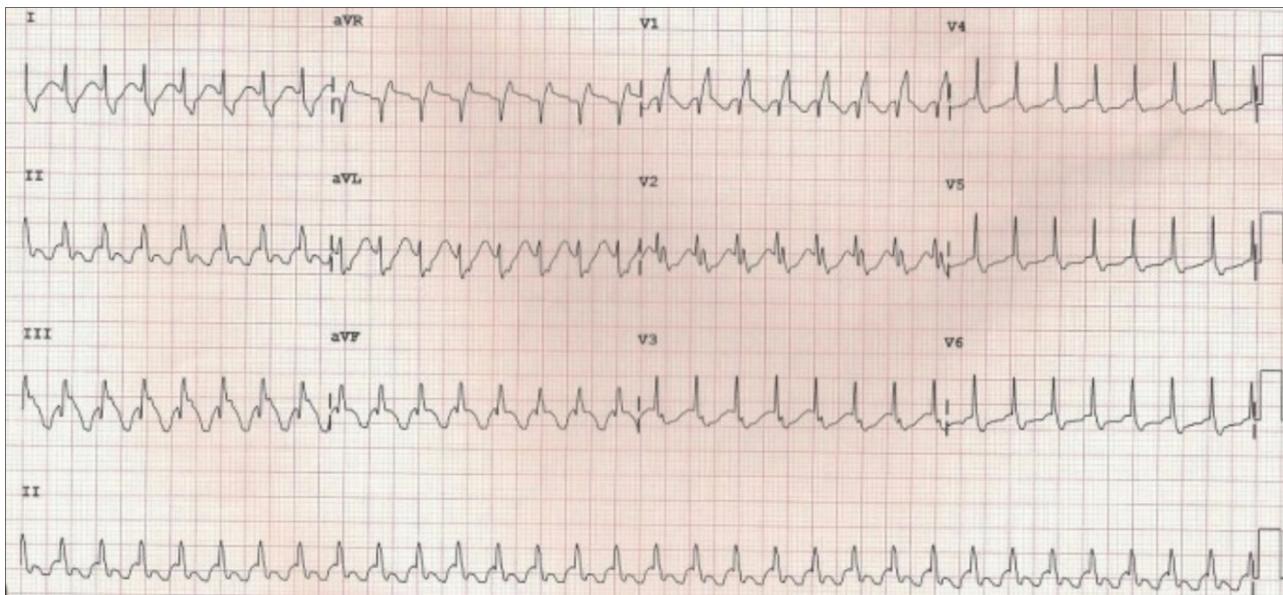
**07**

Os betabloqueadores são recomendados como agentes de 1ª linha no tratamento da angina estável. Alguns pacientes, no entanto, não são bons candidatos a esta classe farmacológica. Assinale a alternativa que identifica a condição clínica não ideal para o uso dos betabloqueadores para controle da angina.

- (A) Doença arterial periférica assintomática.
- (B) Infarto do miocárdio recente com função ventricular esquerda preservada.
- (C) Insuficiência cardíaca de causa não-isquêmica sintomática em classe funcional II (NYHA).
- (D) Antecedente de transtorno depressivo grave.

## 08

Homem, 75 anos de idade, com diagnóstico de miocardiopatia isquêmica é trazido à Unidade de Emergência por dispneia rapidamente progressiva, palpitações e tonturas. À admissão, frequência cardíaca de 170 bpm e pressão arterial de 80x40 mmHg. Realizado ECG na sala de emergência, conforme demonstrado a seguir:



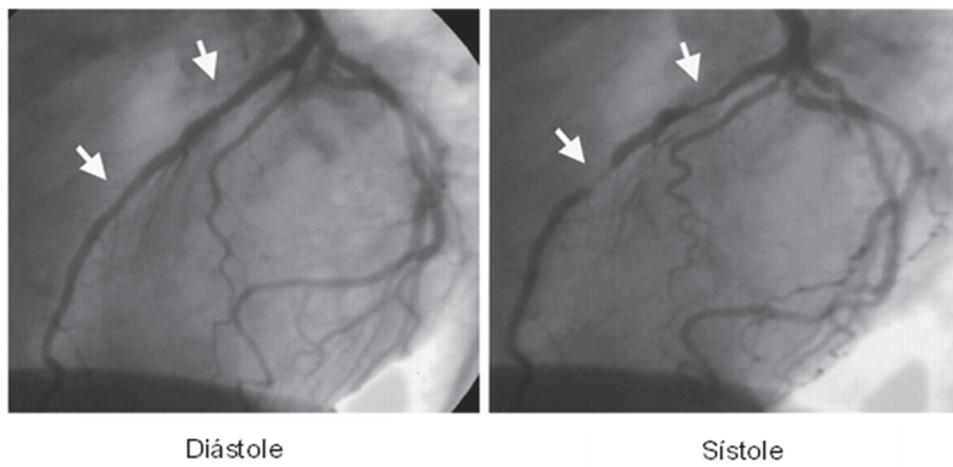
Qual a conduta mais adequada para esse caso em relação à arritmia?

- (A) Amiodarona 300 mg EV em 15 minutos.
- (B) Metoprolol 5 mg EV a cada 5 minutos até a dose máxima de 15 mg.
- (C) Cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) Adenosina 6 mg EV em bólus – se não houver reversão, 12 mg EV.

---

## 09

Mulher, 40 anos de idade, tabagista, hipertensa em tratamento irregular e em uso de anticoncepcional oral, procura atendimento médico por dor precordial há 3 meses desencadeada por esforço físico. Solicitado teste ergométrico que mostrou alterações dinâmicas do segmento ST compatíveis com resposta isquêmica do miocárdio. Encaminhada para coronariografia, com imagens demonstradas a seguir:

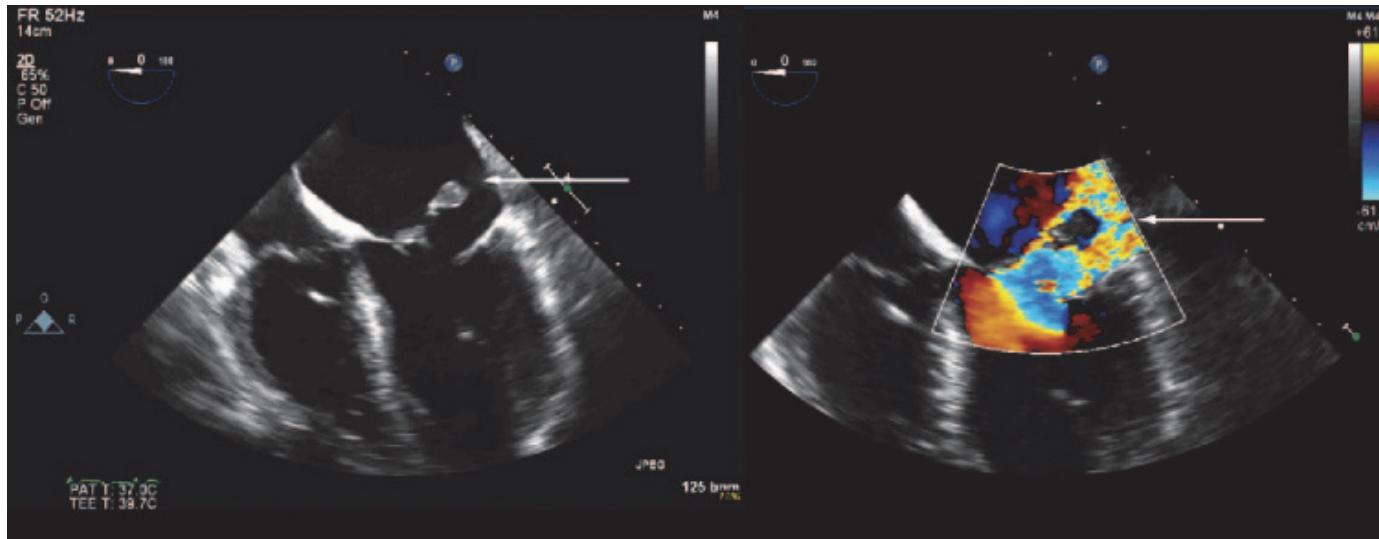


Baseado nas imagens apresentadas, a causa mais provável para o quadro da paciente é:

- (A) Dissecção espontânea da artéria coronária.
- (B) Embolização para artéria coronária.
- (C) Ponte miocárdica.
- (D) Vasoespasmo coronariano.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 10 E 11

Homem, 60 anos de idade, no 4º dia pós-infarto do miocárdio evolui com quadro de dispneia súbita e palpitações. Paciente taquipneico com estertoração em 2/3 dos campos pulmonares. Frequência cardíaca de 120 bpm (regular) e pressão arterial de 94x60 mmHg. Foi realizado ecocardiograma, conforme imagem a seguir:



## 10

Qual a complicação mais provável, baseado na imagem do ecocardiograma realizado na urgência?

- (A) Reinfarto do miocárdio.
- (B) Insuficiência mitral aguda.
- (C) Comunicação interventricular.
- (D) Rotura da parede livre do ventrículo esquerdo.

## 11

Procedeu-se à passagem de balão intra-aórtico na tentativa de estabilização clínica. Qual a associação de medicamentos mais adequada neste cenário, até o encaminhamento para tratamento cirúrgico?

- (A) Metoprolol EV + diurético EV + dobutamina.
- (B) Norepinefrina + vasopressina + diurético EV.
- (C) Nitroprussiato de sódio + dobutamina + diurético EV.
- (D) Heparinização plena + nova dose de inibidores dos receptores P2Y12 + dobutamina.

## 12

Em relação ao tratamento de pacientes diabéticos com doença cardiovascular, é correto afirmar:

- (A) Inibidores de SGLT2 devem ser recomendados em pacientes com ICFer e HbA1c > 8% após otimização de outros agentes antidiabéticos.
- (B) Saxagliptina não está recomendada em pacientes com insuficiência cardíaca.
- (C) Na presença de proteinúria, uma combinação de inibidor da ECA e antagonista do receptor de angiotensina II deve ser usada.
- (D) Pelo risco de mascaramento de hipoglicemia, betabloqueadores não devem ser usados em pacientes com ICFer em uso de insulina.

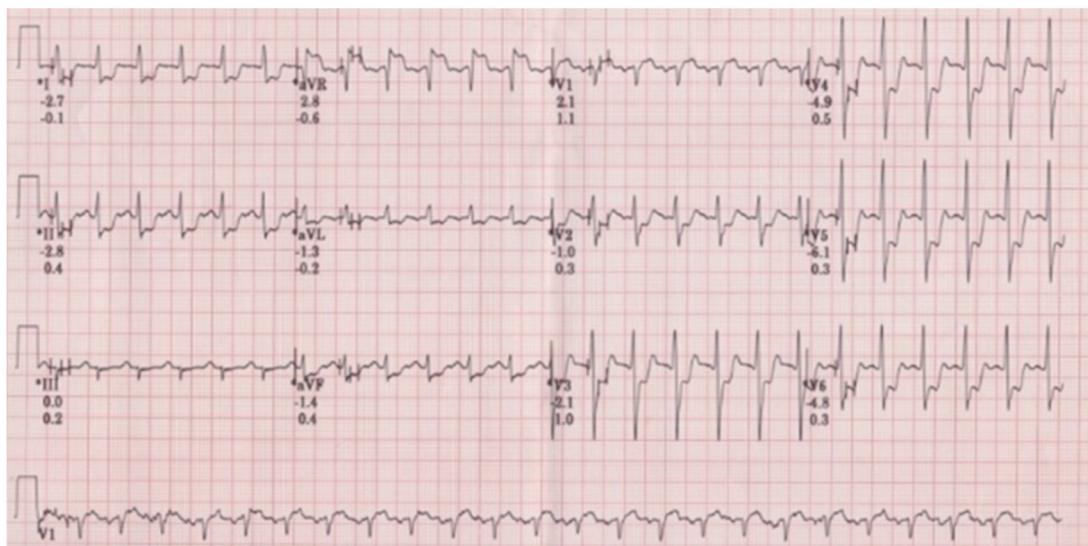
## 13

Os principais achados de envolvimento cardíaco na doença de Fabry-Anderson incluem

- (A) intervalo PR longo, hipertrofia do ventrículo esquerdo e estenose aórtica.
- (B) bloqueio atrioventricular em adultos, hipertrofia dos músculos papilares e realce tardio por gadolínio na parede inferolateral basal.
- (C) disfunção sistólica acentuada, trombos intracavitários e fibrilação atrial paroxística.
- (D) intervalo PR curto em idosos, hipertrofia predominantemente excêntrica e aumento do strain global longitudinal.

**14**

Homem, 66 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia em tratamento irregular, procura atendimento médico com queixa de desconforto torácico opressivo, desencadeado por esforço físico de moderada intensidade e que melhora em repouso, com duração de até 10 minutos, há 2 meses. Exame clínico sem alterações. Procurou o clínico geral que solicitou teste ergométrico apresentado a seguir:

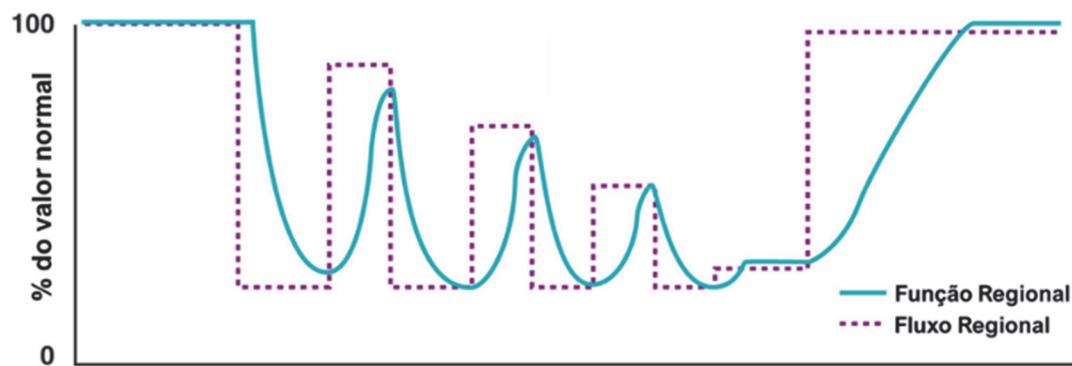


Traçado obtido no segundo estágio do protocolo de Bruce associado à dor precordial opressiva de forte intensidade e queda da pressão arterial sistólica de 10 mmHg. Com este resultado, a conduta mais adequada, além do tratamento clínico otimizado para controle dos fatores de risco e controle de sintomas, é

- (A) encaminhar o paciente para coronariografia invasiva.
- (B) encaminhar o paciente para angiotomografia coronária.
- (C) repetir o teste ergométrico após três meses para avaliação terapêutica.
- (D) encaminhar o paciente para Holter de 24 horas para detecção de isquemia silenciosa e MAPA para ajuste de anti-hipertensivos.

**15**

Diversos mecanismos fisiopatológicos ou adaptativos podem ocorrer no miocárdio em consequência às reduções transitórias ou sustentadas do fluxo coronariano. A figura a seguir ilustra a evolução temporal da relação entre função e fluxo sanguíneo regionais:



Qual desses mecanismos está representado na figura que ilustra a evolução?

- (A) Disfunção miocárdica irreversível em paciente submetido à terapia trombolítica pós-infarto sem sucesso.
- (B) Miocárdio atordoadão.
- (C) Miocárdio hibernante.
- (D) Lesão de reperfusão pós-infarto agudo do miocárdio em paciente tratado por angioplastia primária com sucesso.

**16**

Mulher, 38 anos de idade, obesa e sedentária, sem antecedente de hipertensão arterial, encontra-se grávida no 7º mês. Em avaliação de rotina, assintomática, a pressão arterial estava em 160x84 mmHg. Proteinúria: ausente. Fundoscopia: normal. Membros inferiores: sem edemas. Qual o diagnóstico mais provável nesta situação?

- (A) Hipertensão gestacional.
- (B) Pré-eclâmpsia leve.
- (C) Pseudo-hipertensão da gravidez.
- (D) Pré-eclâmpsia moderada.

**17**

Em pacientes com estenose valvar aórtica, pode-se ter como achado, durante a ausculta cardíaca,

- (A) sopro sistólico suave no foco mitral que aumenta em intensidade após uma pausa extrassistólica.
- (B) presença do sopro de Austin-Flint no foco mitral, indicativo da gravidade da lesão valvar aórtica.
- (C) aumento na intensidade do sopro sistólico durante a manobra de Valsalva.
- (D) presença de pico precoce (protossistólico) na estenose aórtica importante.

**18**

Frequentemente, ao cardiologista é solicitada autorização para interrupção do uso de antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes em procedimentos invasivos não-cardíacos. De acordo com a Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da SBC, assinale a alternativa em que o cardiologista se posicionou corretamente.

- (A) Recomendação de uso de anestésicos locais sem vasoconstritores (epinefrina) para procedimentos odontológicos em pacientes cardiopatas em uso de dupla antiagregação plaquetária.
- (B) Recomendação de interrupção do uso do AAS em paciente com história de infarto do miocárdio e implante de *stent* farmacológico há mais de um ano para ser submetido à cirurgia de catarata.
- (C) Contraindicação à realização de mucosectomia por suspeita de neoplasia de cólon em paciente há 9 meses em uso de dupla antiagregação plaquetária (AAS + clopidogrel) após implante de *stent* convencional por angina estável.
- (D) Manutenção do uso de varfarina em paciente com fibrilação atrial valvar a ser submetido à colonoscopia diagnóstica por suspeita de doença diverticular dos cólons.

**19**

Assinale a alternativa na qual está indicado implante definitivo de dispositivo cardíaco eletrônico.

- (A) Paciente com bloqueio intraventricular alternante independentemente de sintomas.
- (B) Paciente assintomático, porém com resposta cardioinibitória à massagem do seio carotídeo.
- (C) Prevenção primária de morte súbita em paciente com cardiomiopatia isquêmica com história de 30 dias de infarto agudo do miocárdio.
- (D) Paciente com taquicardia ventricular incessante evoluindo com taquicardiomiopatia.

**20**

Assinale a alternativa que apresenta o principal mecanismo fisiopatológico implicado no infarto agudo do miocárdio durante a gravidez e o puerpério.

- (A) Erosão de placa aterosclerótica não obstrutiva.
- (B) Dissecção espontânea de artéria coronária.
- (C) Vasoespasmo coronariano persistente induzido por estresse.
- (D) Cardiomiopatia de Takotsubo induzida pela liberação de catecolaminas durante o parto.

**21**

Homem, 67 anos de idade, é encaminhado para avaliação após um teste de esforço positivo. Sua avaliação laboratorial incluiu um nível elevado de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), baixos níveis de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) e níveis elevados de PCR. Em relação à PCR, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A PCR é um reagente de fase aguda que se liga à fosfocolina em células moribundas ou bactérias.
- (B) A PCR é produzida no fígado como uma resposta pró-inflamatória à interleucina (IL)-4.
- (C) A PCR foi encontrada dentro da placa no núcleo lipídico.
- (D) A PCR possui propriedades aterogênicas intrínsecas, estimulando a formação de células espumosas.

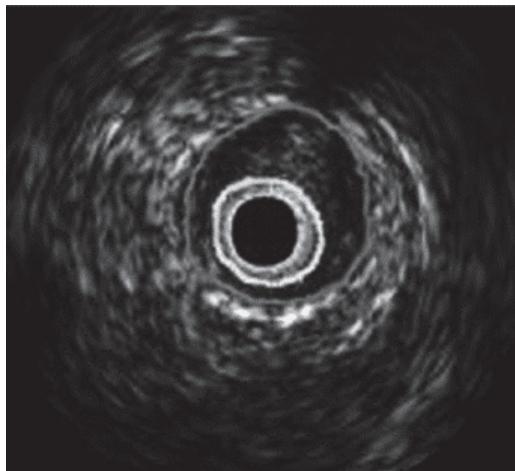
**22**

Assinale a alternativa correta sobre o sistema venoso coronariano.

- (A) Veias e vênulas são inervadas por nervos simpáticos.
- (B) O volume venoso aumenta com a estimulação simpática.
- (C) Veias dilatam em resposta a fatores metabólicos locais.
- (D) Veias são constritas no estado basal.

**23**

Paciente do sexo masculino, 69 anos de idade, com histórico de hipertensão, diabetes descontrolado e tabagismo, realiza cateterismo cardíaco e imagem por ultrassom intracoronário que revelam numerosas placas ateroscleróticas com remodelamento positivo, conforme visto na imagem a seguir:



Com base nessas informações, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O remodelamento positivo preserva o lumen e protege contra infarto agudo do miocárdio.
- (B) O remodelamento positivo é mais frequentemente observado em síndromes instáveis.
- (C) Placas com remodelamento positivo têm mais macrófagos.
- (D) As placas podem crescer até 40% da área de estenose sem obstruir o lumen.

**24**

Homem, 66 anos de idade, com angina estável, isquemia anterior no ecocardiograma de estresse e asma, apresenta-se para cateterismo cardíaco diagnóstico. Em qual dos seguintes cenários ele deve receber corticosteroides antes da angiografia coronariana com contraste de baixa osmolaridade?

- (A) Ele tem histórico de anafilaxia à penicilina.
- (B) Ele tem alergia a peixes da água doce.
- (C) Ele tem diabetes e uma creatinina sérica de 2,7 mg/dL.
- (D) Ele teve urticária e sibilância ao realizar uma Tomografia Computadorizada (CT) com contraste de alta osmolaridade há 20 anos.

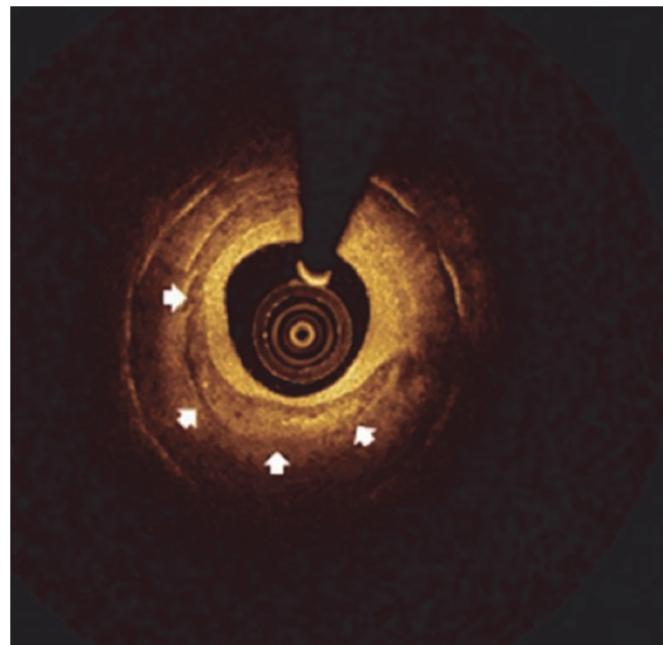
**25**

Qual é a incidência de reações potencialmente fatais a agentes de contraste?

- (A) 1:100.
- (B) 1:1.000.
- (C) 1:100.000.
- (D) 1:1.000.000.

**26**

Homem, 75 anos de idade, apresenta angina estável e é encaminhado para cateterismo. Ele possuiu um histórico de implante de *stent* farmacológico (DES) na artéria descendente anterior, aproximadamente 5 anos atrás. Esteve assintomático desde então, até que recentemente iniciou quadro de angina estável. A angiografia revela um estreitamento de 70% no *stent* previamente implantado. A Tomografia de Coerência Óptica (OCT) é realizada e mostra uma lesão conforme demonstrado na imagem a seguir:



Em relação à lesão apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) É provavelmente uma extensão da placa aterosclerótica subjacente, que cresceu através das hastes do *stent*.
- (B) Forma-se por trombose do *stent* com subsequente remodelamento da placa.
- (C) Ocorre mais frequentemente no primeiro ano após a implantação do *stent*.
- (D) Ocorre mais frequentemente após a colocação de *stents* farmacológicos do que de *stent* metálico convencional.

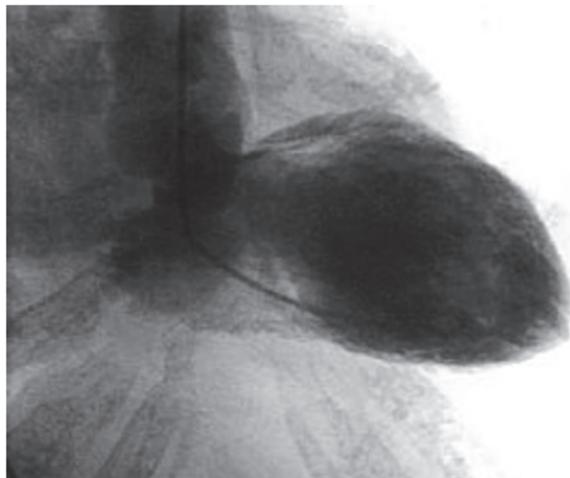
**27**

A forma "abreviada" da fórmula de Gorlin (a chamada equação de Hakki) é frequentemente usada para estimar a área da válvula em pacientes com estenose valvar encaminhados para cateterismo. Ela pode ser imprecisa em quais das seguintes circunstâncias?

- (A) Área da válvula < 1,0 cm<sup>2</sup>.
- (B) Alto débito cardíaco.
- (C) Baixo gradiente transvalvar.
- (D) Bradicardia (FC < 60 bpm) ou taquicardia (FC > 100 bpm).

## 28

Mulher, 45 anos de idade, desenvolveu dor torácica retroesternal intensa de início agudo e elevação do segmento ST na parede anterior no seu ECG após uma discussão intensa com seu filho. A coronariografia não demonstrou estenoses coronarianas significativas, e sua ventriculografia esquerda é mostrada na imagem a seguir:



Com base nos dados apresentados, a paciente provavelmente possui

- (A) dissecção coronariana espontânea.
- (B) miocardiopatia de Takotsubo (síndrome do coração partido).
- (C) vasoespasmo coronariano.
- (D) síndrome de Lemoine-Galvão.

---

## 29

Qual das seguintes características anatômicas provavelmente não desqualifica um paciente de receber um MitraClip®?

- (A) Evidência de calcificação na área de apreensão dos segmentos A2 ou P2.
  - (B) Comprimento da coaptação vertical < 2 mm em válvulas com restrição das cúspides.
  - (C) Presença de uma fissura (*clef*) significativa nos segmentos A2 ou P2.
  - (D) Fração de ejeção ventricular esquerda de 50%.
- 

## 30

Paciente de 57 anos de idade, sem fatores de risco cardiovasculares, apresentou um acidente vascular cerebral não lacunar, sem causa aparente. Em sua avaliação suplementar foi evidenciado um forame oval patente com aneurisma de septo atrial. Assinale a alternativa que apresenta a terapia mais indicada.

- (A) Fechamento percutâneo do forame oval patente.
  - (B) Uso de antiagregação plaquetária.
  - (C) Fechamento percutâneo do forame oval patente e uso de antiagregação plaquetária.
  - (D) Fechamento percutâneo do forame oval patente, uso de anticoagulação por um mês, seguido do uso de antiagregação plaquetária.
- 

---

## 31

Qual é a definição de Reserva de Fluxo Fracionado (FFR) e como ela é utilizada na avaliação de lesões coronarianas?

- (A) Índice obtido por valor de pressão coronária distal dividido por pressão aórtica em repouso.
  - (B) Índice obtido por valor de pressão coronária distal dividido por pressão aórtica após adenosina.
  - (C) Índice de fluxo coronário total.
  - (D) Relação entre pressão média aórtica e pressão ventricular esquerda.
- 

## 32

Mulher, 70 anos de idade, com histórico de miocardiopatia dilatada, apresentou um acidente vascular cerebral isquêmico. Seu ecocardiograma transsesofágico revelou trombo no apêndice atrial esquerdo. A conduta mais adequada deve ser

- (A) iniciar anticoagulação com varfarina por pelo menos três meses.
- (B) realizar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo guiado por ecocardiograma transsesofágico.
- (C) realizar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo guiado por ecocardiograma intra-cardíaco.
- (D) iniciar terapia antiplaquetária dupla.

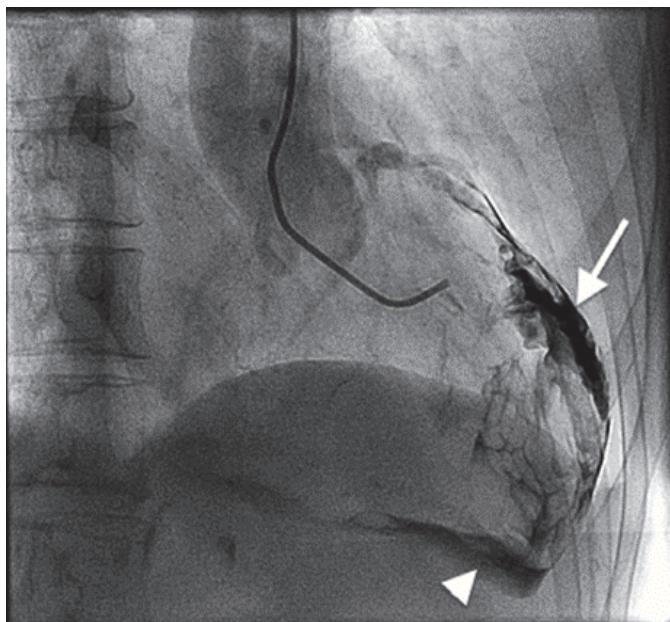
**33**

Qual das seguintes características da válvula mitral reumática NÃO é considerada no sistema de pontuação de Wilkins?

- (A) Severidade da regurgitação da válvula mitral.
- (B) Mobilidade dos folhetos.
- (C) Espessamento valvular.
- (D) Espessamento subvalvular.

**34**

Mulher, 75 anos de idade, com hipertensão e hiperlipidemia, foi admitida em um hospital externo há 4 dias devido a um infarto do miocárdio na parede anterior. Ela recebeu terapia trombolítica e estava bem até esta manhã, quando desenvolveu falta de ar. Ela foi transferida para seu hospital e foi realizado uma coronariografia diagnóstica por acesso radial. O angiograma coronário mostrou fluxo TIMI 3 na DA com uma lesão proximal de 85% e trombo residual. Uma ventriculografia foi realizada com um cateter *Tiger*, e o intervencionista não observou uma diminuição da pressão antes da injeção no ventrículo, conforme imagem a seguir:



O melhor curso de ação para a paciente apresentada no caso é:

- (A) Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (PTCA) mais colocação de *stent* na lesão residual da DA.
- (B) Trombólise intracoronária, seguida de angioplastia mais colocação de *stent* na lesão da DA.
- (C) Procedimento AngioJet™, seguido de angioplastia mais colocação de *stent* na lesão da DA.
- (D) Ecocardiograma Doppler imediato e cirurgia cardíaca.

**35**

Paciente de 83 anos de idade, diabético, com fibrilação atrial, submetido a implante Transcateter de Valva Aórtica (TAVI). Assinale a alternativa que apresenta a terapia que recebe maior grau de recomendação nas diretrizes brasileiras de valvopatias?

- (A) Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs).
- (B) AAS + clopidogrel.
- (C) Clopidogrel + Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs).
- (D) Varfarina.

**36**

Considerando as síndromes coronárias agudas em pacientes com doença coronária multiarterial, é INCORRETO afirmar:

- (A) Em pacientes com infarto com supradesnível do segmento ST e choque cardiogênico, deve-se realizar a revascularização percutânea imediata somente da lesão culpada.
- (B) No infarto com supradesnível de ST, deve-se buscar a revascularização completa, seja durante o procedimento inicial ou dentro de 45 dias.
- (C) Em pacientes com síndrome coronária aguda com supradesnível de ST e doença coronária multiarterial, a avaliação das lesões não culpadas com FFR (Reserva de Fluxo Coronária) é classe de recomendação I, nível de evidência A.
- (D) A revascularização rápida e completa é recomendada para tratar a isquemia miocárdica que pode estar presente em pacientes com TV recorrente e/ou FV.

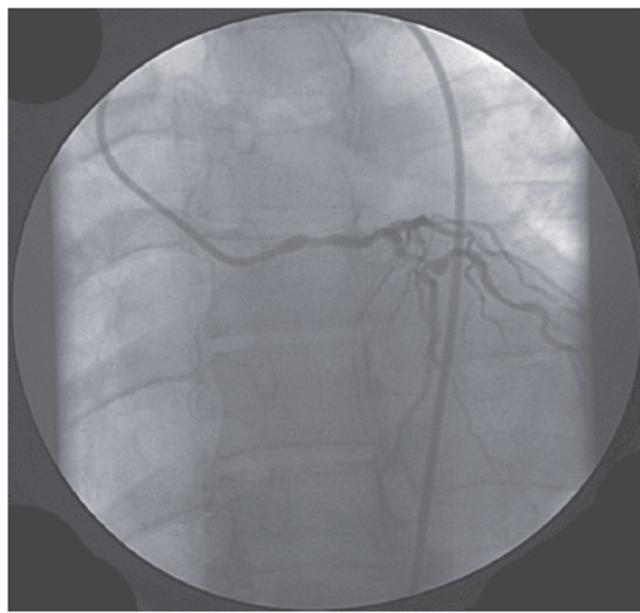
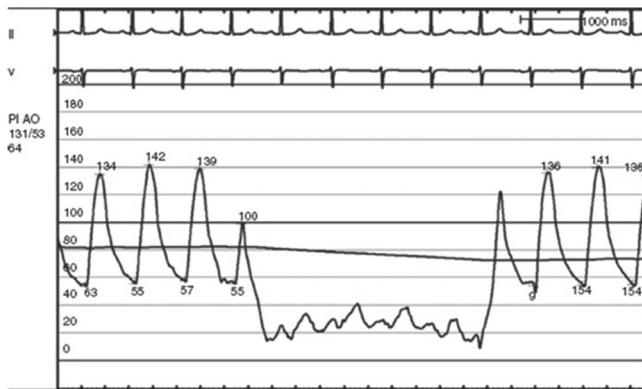
**37**

Homem de 76 anos de idade, diabético, apresenta-se com um infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST na parede anterior. Angiografia coronária de emergência revela uma oclusão trombótica da artéria coronária descendente anterior, com fluxo TIMI 0 e uma estenose de 80% da Artéria Coronária Direita (ACD) com fluxo TIMI 3. Com base nas informações apresentadas, é correto afirmar:

- (A) A estenose de ACD não precisa ser tratada por não ser a lesão culpada.
- (B) O uso de trombectomia manual não é recomendado.
- (C) Paciente diabético, baterial, com envolvimento de descendente anterior: deve ser considerada cirurgia de urgência.
- (D) Inibidores de glicoproteína IIb/IIIa devem ser utilizados.

**38**

Durante a inserção seletiva do óstio do tronco da coronária esquerda, foi observada uma forma de onda da pressão arterial (PI AO), conforme visto na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a explicação mais provável para a forma de onda.

- (A) A forma de onda de pressão indica que a ponta do cateter prolapsou para dentro do VE.
- (B) O cateter está engatado em um tronco de coronária esquerda com doença ostial.
- (C) Trata-se de vasculite de Kugel.
- (D) Está indicado uso de acetilcolina para avaliação de reatividade vascular para esclarecimento diagnóstico.

**40**

Mulher, 65 anos de idade, com diabetes e hipertensão, apresentou-se no hospital com 3 horas de dor no peito e tonturas. Na apresentação, o ECG mostrou elevação de 4 mm do segmento ST nas derivações inferior e lateral, com depressão do segmento ST precordial anterior. Os sinais vitais mostraram uma pressão arterial de 86x54 mmHg que não respondeu a bólus Intravenosos de Fluidos (IVF), e, portanto, noradrenalina foi iniciada. A Pressão Venosa Jugular (PVJ) estava elevada com B3 notado na ausculta cardíaca. O hospital com capacidade de intervenção coronária percutânea mais próximo está a 3 horas de distância. Ela não tem contraindicações para a terapia trombolítica. Qual é o melhor curso de tratamento?

- (A) Transferi-la para um centro mais próximo com intervenção coronária percutânea.
- (B) Trombolisar e, em seguida, transferi-la em 48 a 72 horas após a estabilização.
- (C) Trombolisar e transferi-la imediatamente.
- (D) Adicionar um inibidor de GP IIb/IIIa ao regime de tratamento.

**39**

Os fatores de risco para a nefropatia associada a contraste após intervenção coronária percutânea incluem todos os seguintes, EXCETO:

- (A) Número de artérias coronárias com estenose > 70%.
- (B) Múltiplos procedimentos com contraste dentro de 1 semana.
- (C) Diabetes.
- (D) Creatinina elevada antes do procedimento.

