

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

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 F5**. 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: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **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 **30** 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 ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

| LISTA DE ABREVIÇÕES | ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS) |
|--|--|
| <p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p> | <p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R – até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> |
| <p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> | <p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p> |
| <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p> | <p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p> |



01

Em relação à resistência vascular coronariana, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Na ausência de estenose, a resistência dos vasos epicárdicos é insignificante.
- (B) Os vasos pré-arteriolas são responsáveis por 80% da resistência coronariana total.
- (C) Os vasos arteriolas e intramiocárdicos são regulados pelo controle neurogênico e local.
- (D) A hipertrofia ventricular esquerda (LV) e o diabetes podem prejudicar a resistência microcirculatória.

02

Segundo as últimas diretrizes de síndrome coronária aguda publicadas pela *European Society of Cardiology*, o esquema antiplaquetário padrão, após um ano do evento índice, deve ser

- (A) monoterapia com clopidogrel.
- (B) monoterapia com AAS.
- (C) terapia dupla com AAS e outro inibidor de P2Y12.
- (D) monoterapia com ticagrelor ou prasugrel.

03

Paciente de 78 anos, portador de insuficiência renal crônica, apresentou quadro de infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST em parede anterior. Foi submetido à angioplastia primária, com 2 *stents*, com sucesso de artéria descendente anterior. Possui estenose grave (90%) adicional em artéria circunflexa, também passível para tratamento percutâneo. Sobre o manejo deste paciente, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Este paciente deve tratar a lesão em artéria circunflexa em até 45 dias após o evento agudo.
- (B) Este paciente deve receber dupla antiagregação plaquetária por 1-3 meses.
- (C) Este paciente deve receber dupla antiagregação plaquetária por 12 meses, por receber implante de múltiplos *stents*.
- (D) A decisão sobre a intervenção da lesão não culpada pode ser baseada na angiografia somente.

04

Assinale qual das afirmações, a seguir, sobre trombocitopenia induzida por heparina (HIT) é verdadeira.

- (A) O diagnóstico de HIT é clínico e deve ser suscitado quando a contagem de plaquetas estiver abaixo de $150.000/\text{mm}^3$ ou tiver diminuído 50% em relação ao valor basal.
- (B) A probabilidade de HIT ocorre principalmente já na primeira dose de heparina.
- (C) Pacientes com HIT podem ser tratados com segurança com heparina de baixo peso molecular.
- (D) Alternativas A e B são verdadeiras.

05

Em quanto tempo é mais provável que a creatinina alcance o pico após o desenvolvimento da nefropatia associada ao contraste?

- (A) 1 dia.
- (B) 2 dias.
- (C) 5 dias.
- (D) 1 semana.

06

Em relação ao papel da tomografia de coerência óptica (OCT) e do ultrassom intracoronário (IVUS) na síndrome coronária aguda (SCA) é INCORRETO afirmar:

- (A) Tanto a OCT quanto IVUS podem ser considerados para guiar a intervenção coronária percutânea da lesão culpada do quadro agudo.
- (B) No caso de ambiguidade da lesão culpada, o IVUS é o principal método a ser considerado para identificação da lesão culpada.
- (C) O IVUS apresenta maior penetração tecidual em relação à OCT.
- (D) A OCT possui maior resolução longitudinal e axial em relação ao IVUS.

07

Em relação a avaliação invasiva da fisiologia coronária, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Mais recentemente, a intervenção coronária percutânea (ICP) guiada por avaliação fisiológica invasiva não hiperêmica (exemplo: iFR) tem se mostrado não inferior à ICP guiada por índice hiperêmico (FFR).
- (B) A avaliação fisiológica invasiva não hiperêmica (iFR) pode ser realizada em tempos de procedimento mais curtos em comparação com o FFR.
- (C) A intervenção coronária percutânea guiada por FFR não é superior à guiada por angiografia na redução das taxas de eventos cardíacos adversos maiores entre os pacientes com doença arterial coronariana multivascular.
- (D) Pacientes com $\text{FFR} > 0.8$ ou $\text{iFR} > 0.89$ parecem apresentar baixas taxas de eventos com o tratamento medicamentoso isolado.

08

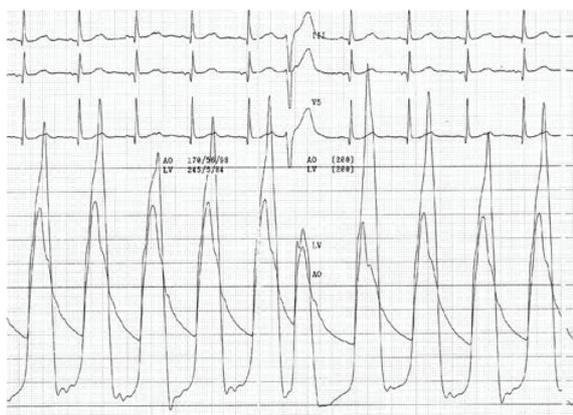
Os distúrbios a seguir podem causar um gradiente elevado entre a pressão de cunha capilar pulmonar (PCP) e a pressão diastólica do ventrículo esquerdo, EXCETO:

- (A) Estenose da valva mitral.
- (B) Hipertensão pulmonar primária.
- (C) Doença veno-oclusiva pulmonar.
- (D) Cor triatriatum.



09

Observe o traçado hemodinâmico a seguir:



Quais características deste traçado hemodinâmico não são características de miocardiopatia hipertrófica com obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo?

- (A) Há uma diminuição na pressão de pulso aórtica, após uma contração ventricular prematura.
- (B) Há um aumento no gradiente entre o ventrículo esquerdo e aorta, após a contração ventricular prematura.
- (C) Há uma exacerbação da descendente Y e aumento da onda.
- (D) Sinal de Rockenbrough-Braunwald-Morrow.

10

Em relação à valvoplastia aórtica, assinale a alternativa correta.

- (A) A valvoplastia aórtica com balão não pode ser considerada em pacientes portadores de estenose aórtica sintomática, com impossibilidade momentânea de intervenção definitiva.
- (B) A valvoplastia aórtica com balão não deve ser considerada para alívio sintomático em pacientes portadores de estenose aórtica grave, que apresentem contraindicação ao tratamento cirúrgico ou percutâneo (TAVI).
- (C) A valvoplastia aórtica não deve ser realizada em pacientes portadores de dupla lesão aórtica, com insuficiência aórtica maior ou igual a moderada.
- (D) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

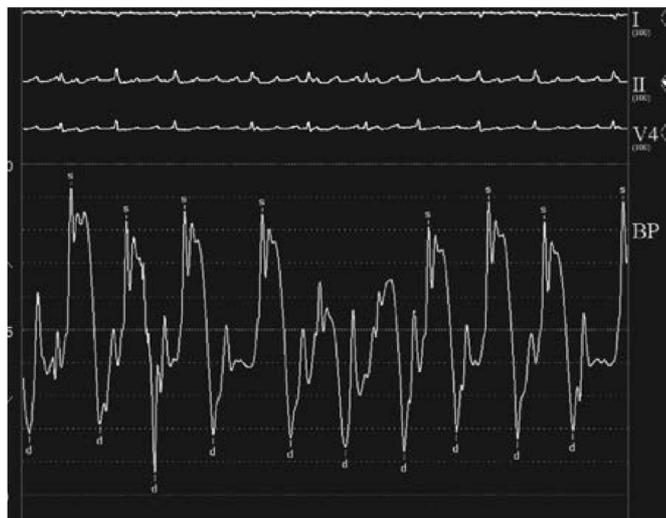
11

O sulfato de protamina reverte quase todo o efeito anticoagulante da heparina não fracionada e reverte aproximadamente 60% do efeito da heparina de baixo peso molecular. Vários fatores são conhecidos por aumentar o risco de reação alérgica grave à protamina. Estes incluem todos os fatores a seguir, EXCETO:

- (A) Uso de insulina NPH.
- (B) Alergia a peixes.
- (C) Administração prévia de protamina.
- (D) Uso de amiodarona.

12

Mulher de 61 anos, com reparo recente da válvula tricúspide, apresenta aumento da dispnéia, ortopneia e pré-síncope. A paciente está hipotensa, com turgor jugular e sons cardíacos abafados ao exame físico.



Com base no traçado hemodinâmico do ventrículo direito (VD) apresentado na imagem, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) É provável que o pulso paradoxal esteja presente.
- (B) A presença de colapso do ventrículo direito que dura mais do que um terço da diástole é um achado de ecocardiografia mais sensível nesta condição do que o colapso do átrio direito.
- (C) O achatamento ou ausência do declive Y no traçado da pressão atrial direita é tipicamente descrito nesta condição.
- (D) A interdependência ventricular pode ser acentuada.

13

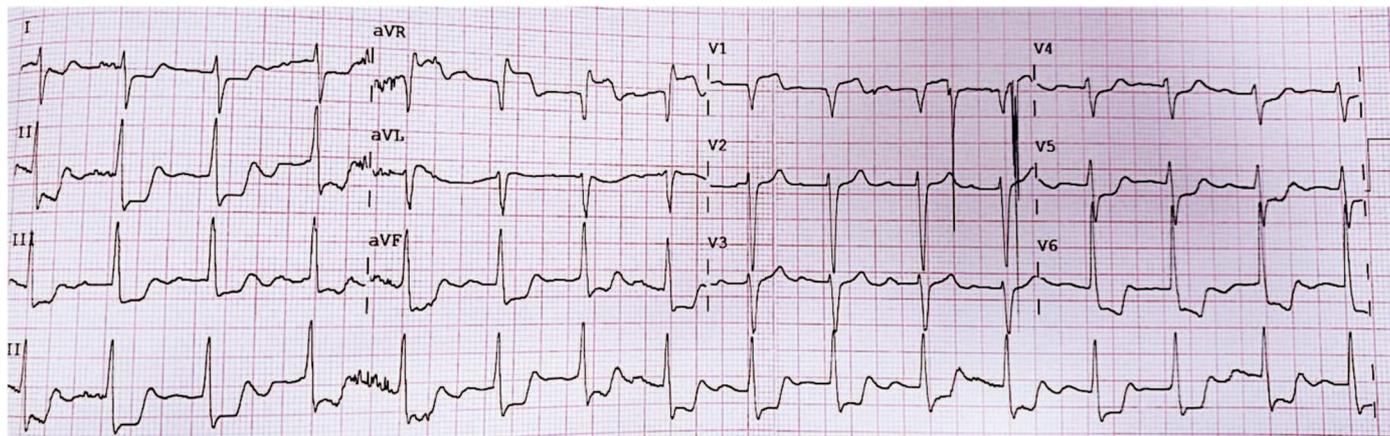
Paciente mulher, de 45 anos, chega ao pronto-socorro com dor torácica aguda. O ECG demonstrou supra de ST na parede anterior. O cateterismo cardíaco evidenciou um quadro de dissecação espontânea de coronária. Em relação à condição apresentada, assinale qual das alternativas é verdadeira.

- (A) A dissecação espontânea de coronária é rara na mulher, sendo mais comum em homens idosos.
- (B) O tratamento com angioplastia e implante de *stent* é o padrão na dissecação espontânea de coronária.
- (C) A dissecação espontânea de coronária é usualmente associada às condições como gravidez e uso de anticoncepcionais hormonais.
- (D) A dissecação espontânea de coronária é geralmente assintomática e frequentemente descoberta incidentalmente.



14

Paciente do sexo masculino, 48 anos, procura a unidade de pronto atendimento com náuseas, vômitos, palidez cutâneo mucosa e dor epigástrica de forte intensidade. Realizado ECG a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Quadro coronariano grave, com possível suboclusão de DA ou tronco da artéria coronária esquerda. O paciente deverá ser encaminhado com prioridade para o laboratório de hemodinâmica.
- (B) Quadro coronariano grave, mas não é possível identificar o território coronariano pelo caráter difuso das alterações eletrocardiográficas. O paciente deverá ser encaminhado com prioridade para a UTI.
- (C) Quadro clínico atípico, ECG com alterações difusas, não há como descartar miopericardite.
- (D) ECG seriado deveria ser a conduta nesse caso, após a administração de AAS, clopidogrel e heparina. A cinecoronariografia deverá ser postergada.

15

Paciente homem, de 72 anos, é admitido no pronto-socorro com sintomas de sudorese, palidez intensa e dor torácica irradiando para o dorso. O exame físico revela uma frequência cardíaca de 100 bpm e pressão arterial de 190 x 100 mmHg. O ECG mostra ritmo sinusal com alterações difusas na repolarização ventricular. Um raio-X de tórax subsequente evidencia alargamento do mediastino.

Em relação ao quadro clínico do paciente, assinale qual das alternativas é verdadeira.

- (A) O alargamento do mediastino pode ser atribuído à idade avançada do paciente e à sua história de hipertensão arterial sistêmica. O quadro é provavelmente um síndrome coronariana aguda, e o paciente deve ser encaminhado para a UTI com analgesia, AAS, heparina e controle da pressão arterial em até 24 horas.
- (B) Embora a hipertensão arterial seja um fator de risco conhecido para doenças cardiovasculares, ela é pouco relevante para a dissecação de aorta e, portanto, pode ser descartada como uma causa subjacente neste caso.
- (C) O quadro clínico sugere um alto risco de dissecação de aorta. Manejo imediato da PA com nitroprussiato de sódio e manutenção do tratamento medicamentoso devem ser prioridades.
- (D) O quadro clínico sugere um alto risco de dissecação de aorta. O controle da PA e da FC são prioridades nesse contexto, além da confirmação rápida do diagnóstico com outros exames de imagem. Em casos de dissecação de aorta tipo A, é necessária intervenção cirúrgica imediata, devido ao alto risco de complicações fatais.

16

Em relação ao choque cardiogênico, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O choque cardiogênico é mais comumente causado por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST.
- (B) O fenômeno de *Slow-flow* coronário está sempre relacionado ao quadro de choque cardiogênico.
- (C) O uso do acesso transradial não deve ser contraindicado no choque cardiogênico.
- (D) Agentes vasopressores e inotrópicos são frequentemente usados no manejo do choque cardiogênico para melhorar o débito cardíaco e a pressão arterial.

17

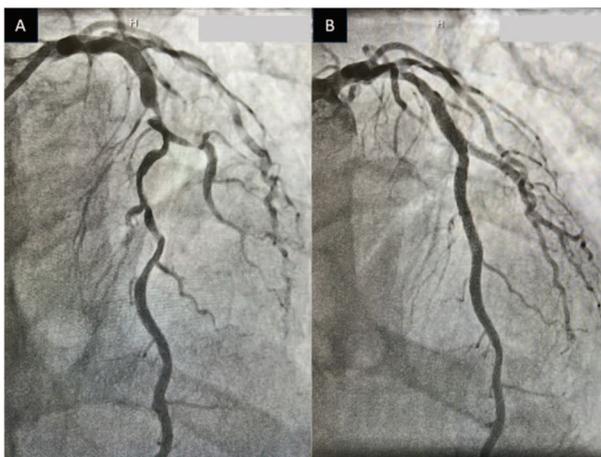
Em relação à biópsia endomiocárdica ou colocação temporária de um cabo de marca-passo, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A taxa de perfuração durante a biópsia do ventrículo direito é de 0,3% a 5%.
- (B) Tamponamento cardíaco e colapso circulatório ocorrem em 75% das perfurações do ventrículo direito.
- (C) Hemorragia pericárdica complica 0,1% a 3,3% das biópsias do ventrículo esquerdo.
- (D) A presença de bloqueio de ramo direito, em vez de bloqueio de ramo esquerdo, sugere a penetração do cabo do marca-passo no ventrículo direito.



18

Observe a angiografia coronária a seguir:



Em relação ao exame de imagem apresentado, assinale qual a melhor opção para descrever o cenário.

- (A) A: Lesão obstrutiva focal e importante que se inicia no terço proximal da artéria DA. Ramo diagonal sem lesões; B: Após angioplastia e implante de *stents*.
- (B) A: Lesão obstrutiva complexa, segmentar na artéria CX e no ramo marginal; B: Após angioplastia e implante de *stents*.
- (C) A: Lesão obstrutiva longa e complexa na artéria DA, com envolvimento do ramo diagonal, que também apresenta lesão obstrutiva importante; B: Após tratamento percutâneo de ambas as artérias.
- (D) A: Provável espasmo coronário que acomete o tronco da artéria coronária esquerda, a artéria DA e o artéria CX; B: Após a administração de nitroglicerina intracoronária.

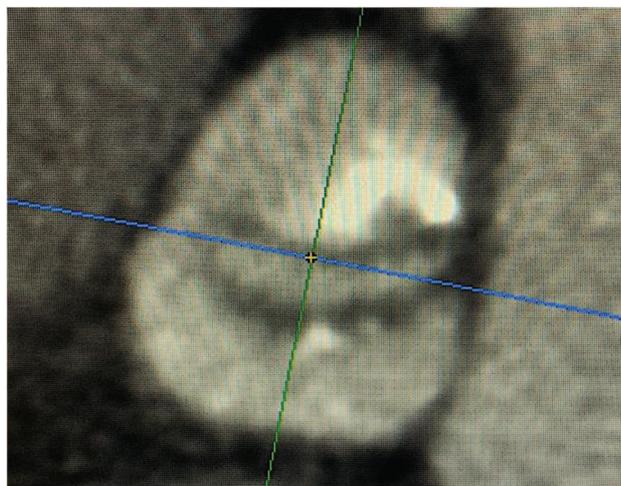
19

Paciente homem, de 79 anos, com insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência mitral grave é avaliado para possíveis opções de tratamento. O ecocardiograma transesofágico (ETE) demonstrou insuficiência mitral funcional com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 35%. O paciente tem um histórico de cirurgia cardíaca prévia e é considerado de alto risco para nova cirurgia cardíaca. Assinale qual das opções a seguir é a mais apropriada para o tratamento do caso apresentado.

- (A) A cirurgia de reparo valvar mitral é a melhor opção para tratar insuficiência mitral grave e deve ser realizada independentemente do risco cirúrgico.
- (B) O uso de MitraClip só pode ser indicado em pacientes com insuficiência mitral funcional.
- (C) O uso de MitraClip é uma opção para pacientes com insuficiência mitral funcional grave, que são considerados de alto risco para cirurgia cardíaca aberta.
- (D) Pacientes portadores de insuficiência mitral funcional e disfunção de VE, mantidos em tratamento medicamentoso isolado, apresentaram melhor evolução que os pacientes submetidos à implante de MitraClip.

20

Paciente do sexo feminino, 81 anos, portadora de estenose aórtica importante. Euroscore II = 4,5.



Baseado na angiotomografia protocolo implante percutâneo de válvula aórtica, qual a melhor conduta?

- (A) Anatomia valvar usual, não relacionada à maiores incidências de complicações. Indicado implante percutâneo de válvula aórtica.
- (B) Anatomia valvar relacionada à maiores incidências de complicações. Não contraindica a realização de implante percutâneo de válvula aórtica.
- (C) Anatomia valvar relacionada à maiores incidências de complicações. Contraindica o procedimento de implante percutâneo de válvula aórtica.
- (D) Anatomia valvar favorece o procedimento de implante percutâneo de válvula aórtica. Entretanto, a paciente apresenta baixo risco e deverá ser submetida à cirurgia convencional através de esternotomia.

21

Considerando um paciente grande, idoso, com elevado risco para nova cirurgia cardíaca, e portador de disfunção de prótese biológica mitral do tipo insuficiência, assinale a alternativa correta.

- (A) A respeito do risco cirúrgico, a melhor opção de tratamento é a retroca mitral através de cirurgia convencional com esternotomia.
- (B) O uso de MitraClip pode ser considerado em um cenário de disfunção de prótese valvar mitral, entretanto, somente nos casos de insuficiência.
- (C) O valve-in-valve mitral com a utilização de uma prótese transcater balão expansível através da via transseptal é a melhor opção de tratamento, caso a anatomia seja favorável.
- (D) O valve-in-valve mitral com a utilização de uma prótese transcater auto-expansível através da via transapical é a melhor opção de tratamento, caso a anatomia seja favorável.



22

Paciente homem, de 45 anos, é encaminhado para avaliação cardiológica após sofrer um acidente vascular cerebral isquêmico. Exames adicionais, incluindo ecocardiograma transesofágico, confirmam a presença de um forame oval patente (FOP). O paciente não apresenta outras patologias ou outros fatores de risco significativos. Assinale qual das opções a seguir é a mais apropriada para o manejo do paciente apresentado.

- (A) Não realizar nenhuma intervenção, pois o FOP é uma condição benigna e não requer tratamento.
- (B) Iniciar tratamento com antiplaquetários (AAS e clopidogrel) e não realizar o fechamento do FOP.
- (C) Realizar o fechamento percutâneo do FOP, seguido de terapia anticoagulante, pelo elevado risco de fibrilação atrial, após o implante prótese.
- (D) Realizar o fechamento percutâneo do FOP, seguido de terapia antiplaquetária com AAS e clopidogrel.

23

Paciente homem, de 78 anos, foi submetido à uma angiotomografia de artérias coronárias para *screening* de risco cardiológico.

• Resultados:

Agatston score = 689. Artéria descendente anterior (DA) apresenta placas discretamente calcificadas que causam uma redução luminal discreta. Artéria circunflexa (CX) apresenta placas moderadamente calcificadas que resultam em uma redução luminal moderada. O primeiro ramo marginal, de grande importância, apresenta uma redução luminal importante em sua origem. Artéria coronária direita (CD) dominante, apresenta placas moderadamente calcificadas em seu terço médio que causam uma redução luminal moderada. O ramo descendente posterior apresenta uma redução luminal importante em seu terço médio.

Com base nos resultados apresentados, assinale qual alternativa é verdadeira.

- (A) *Agatston score* de 689 sugere um risco cardiovascular baixo. Tratamento mandatoriamente conservador com AAS e estatinas.
- (B) A presença de redução luminal significativa, no primeiro ramo marginal e no ramo descendente posterior, indica a necessidade de intervenção coronária percutânea, independente dos sintomas do paciente.
- (C) *Agatston score* elevado, cateterismo cardíaco está indicado independente da presença de obstruções coronárias significativas.
- (D) *Agatston* elevado, juntamente com a presença de reduções luminiais significativas, coloca o paciente em um cenário de alto risco cardiovascular. Como o paciente é assintomático, e não apresenta lesão obstrutiva importante na artéria DA, o tratamento clínico conservador pode ser a melhor opção inicial. Entretanto o paciente pode necessitar de complementação diagnóstica com cinecoronariografia.

24

Paciente do sexo masculino, 65 anos, com histórico de hipertensão e diabetes, apresenta quadro de doença arterial coronária (DAC) crônica CCS 3. A angiografia coronária revela DAC triarterial, com acometimento do terço proximal da artéria coronária descendente anterior (DA). Seu SYNTAX score foi calculado em 33. Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa que apresenta a opção correta.

- (A) SYNTAX score intermediário, cirurgia de revascularização do miocárdio ou intervenção coronária percutânea trarão o mesmo resultado prognóstico.
- (B) O cálculo do SYNTAX score não é apropriado nesse caso pela ausência de acometimento do tronco da artéria coronária esquerda. O tratamento medicamentoso otimizado é a melhor opção.
- (C) SYNTAX score elevado. O tratamento híbrido com angioplastia das artérias CX e CD, seguido de cirurgia de revascularização miocárdica com colocação de enxerto de artéria torácica interna para artéria DA é a melhor conduta.
- (D) SYNTAX score elevado. O tratamento com cirurgia de revascularização do miocárdio é uma melhor opção quando comparado à angioplastia e implante de *stent*.

25

Mulher de 58 anos com histórico de hipertensão e hiperlipidemia chega ao pronto-socorro com dor no peito irradiando para o braço esquerdo. O ECG apresenta elevação do segmento ST nas derivações II, III e aVF. A paciente é diagnosticada com infarto do miocárdio de parede inferior e é imediatamente transportada para o laboratório de hemodinâmica para a realização de angioplastia primária. O cardiologista intervencionista apresenta experiência tanto com a abordagem radial quanto com a femoral. Com base no cenário apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A abordagem transradial deve ser evitada nesse cenário por estar relacionada ao maior tempo porta-balão.
- (B) A abordagem transfemoral é a preferencial nesse cenário, pois a punção da artéria femoral é mais fácil, principalmente em mulheres, que são mais propensas a apresentar espasmo da artéria radial.
- (C) A abordagem transradial é classe I, nível de evidência A, e deve ser a preferencial nesse cenário.
- (D) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

26

Observa-se prejuízo da reserva vasodilatadora coronária quando a estenose do diâmetro luminal coronário é

- (A) a partir de 50%.
- (B) a partir de 60%.
- (C) a partir de 70%.
- (D) a partir de 90%.



27

Para um paciente que se apresenta ao laboratório de cateterismo no contexto de uma síndrome coronária aguda recente, em relação ao uso da terapia com aspirina, assinale qual das afirmações, a seguir, é INCORRETA.

- (A) Para minimizar o risco de sangramento gástrico, deve-se usar aspirina tamponada de liberação entérica a longo prazo.
- (B) Mastigar de 160 mg a 325 mg leva a efeitos antiplaquetários completos em 15 a 20 minutos.
- (C) Em ensaios controlados por placebo nos casos de síndrome coronária aguda e intervenção coronária percutânea (ICP), a aspirina diminui as taxas de morte e infarto do miocárdio (IM) em aproximadamente 50%.
- (D) Pacientes que têm alergia ou intolerância à aspirina podem receber clopidogrel.

28

Paciente do sexo feminino, internada com quadro de angina instável, foi submetida ao cateterismo cardíaco diagnóstico através da artéria femoral esquerda (cateter 5F), que não evidenciou lesões obstrutivas. A ventriculografia esquerda demonstrou VE com função sistólica normal. Após o procedimento, a paciente apresentou quadro de dor abdominal, náuseas, vômitos, sudorese profusa, palidez cutâneo-mucosa, taquicardia e hipotensão arterial. Analise os possíveis cenários clínicos a seguir e assinale a alternativa correta.

- (A) Quadro de reação vaso-vagal. Colocar a paciente em posição de Trendelenburg, administrar volume e atropina.
- (B) Provável dissecação do tronco da artéria coronária. Realizar nova angiografia coronária de urgência.
- (C) Possível hematoma retroperitoneal. Realizar tomografia computadorizada abdominal e considerar intervenção cirúrgica.
- (D) Reação anafilática ao contraste. Administrar hidrocortisona e prometazina.

29

Em pacientes com distrofia muscular de Duchenne, assinale qual das doenças cardíacas associadas a seguir é comum.

- (A) Cardiomiopatia restritiva.
- (B) Comunicação interventricular (VSD).
- (C) Anomalia de Ebstein.
- (D) Cardiomiopatia dilatada.

30

Fatores de risco para nefropatia associada ao contraste após a intervenção coronária percutânea incluem todos os fatores a seguir, EXCETO:

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



RASCUNHO



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1

1/100

