

PROCESSO SELETIVO PARA ESTÁGIO ACADÊMICO EM CARDIOLOGIA – 5/2/2023

CLÍNICA MÉDICA

1. Mulher, 36 anos, previamente hígida, apresenta fraqueza e fadiga muscular progressivas associadas à diplopia e há 2 (duas) horas refere dispneia. Nega viagens ou outros sintomas. Ao exame físico: fraqueza muscular generalizada, sem alterações sensitivas e preservação dos reflexos tendíneos. Apresenta taquidispneia, com sinais de esforço respiratório. Tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstra alargamento de mediastino. Evolui rapidamente para insuficiência respiratória sendo indicadas intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. O diagnóstico provável é:
 - a. síndrome de Miller-Fisher
 - b. botulismo
 - c. síndrome de Guillain-Barré
 - d. **miastenia gravis**

2. Homem, 65 anos procura emergência com palpitação e dispneia. Ao exame físico: ritmo cardíaco regular em 2T, sem sopros. Ausculta pulmonar sem alterações. PA: 80 x 50mmHg, FC: 150 bpm. ECG sugestivo de flutter atrial. A conduta terapêutica mais apropriada é:
 - a. **cardioversão elétrica sincronizada**
 - b. adenosina
 - c. beta bloqueador
 - d. amiodarona

3. Mulher de 42 anos procura atendimento médico ambulatorial para exame físico anual. Ao exame, nota-se aumento do volume do pescoço e, a palpação da glândula tireoide, ela está aumentada, lisa, elástica e indolor. A paciente nega queixas ou sintomas. São solicitados exames laboratoriais com seguinte resultado: T4, T4 livre e T3 são normais, mas o TSH está levemente aumentado. O diagnóstico mais provável é:
 - a. bócio multinodular
 - b. **tireoidite de Hashimoto**
 - c. câncer de tireoide
 - d. doença de Graves

4. Mulher, 68 anos, com sequela de AVE isquêmico, transferida de uma clínica de apoio, apresenta úlcera de pressão em região dorsal com a presença de exsudato fibrinoso. Em relação as fases da cicatrização de feridas, a mesma encontra-se na fase:
 - a. **inflamatória**
 - b. proliferativa
 - c. maturação
 - d. fibrosante

5. Homem, 63 anos, diabético, com diagnóstico de apendicite supurada sendo iniciado antibioticoterapia e submetido a apendicectomia. No décimo dia de internação apresenta dor abdominal difusa, diarreia, febre e leucocitose. A tomografia de abdome revela espessamento da parede intestinal, com distribuição pancolônica, realce generalizado do padrão da mucosa intestinal e sinal de duplo halo. Estes achados sugerem o diagnóstico de:
- peritonite difusa
 - abscesso pélvico
 - colite pseudomembranosa**
 - obstrução intestinal
6. Mulher, 70 anos, sem comorbidades, com lombalgia, astenia e perda ponderal de 7 (sete) kg nos últimos dois meses. Exame físico: extremamente prostrada e dor à palpação da região lombar. Exames laboratoriais: aumento da velocidade de hemossedimentação, anemia leve, creatinina = 1,8 mg/dL e cálcio total = 11,2 mg/dL. O diagnóstico mais provável é:
- mieloma múltiplo**
 - osteoporose com fraturas por compressão
 - osteomielite
 - tumor renal
7. Jovem, 20 anos, com mal-estar geral e cefaleia na última semana é admitido na emergência torporoso com febre alta (39,4 °C), FC= 110 bpm, PA = 95 x 60mmHg, FR = 16irpm e SatO2 = 95% de O2 em ar ambiente. Familiares negam comorbidades ou uso de substâncias ilícitas. Apresenta erupção purpúrea em membros superiores e inferiores, sangramento gengival e rigidez de nuca. O provável diagnóstico é:
- hemorragia subaracnóidea
 - meningite meningocócica**
 - encefalite herpética
 - trombose de seio cavernoso
8. Mulher, 36 anos com história de diarreia crônica e de cálculos biliares apresenta fístula retovaginal. O diagnóstico mais provável é:
- doença de Crohn**
 - colite ulcerativa
 - uso abusivo de laxantes
 - íleo biliar
9. Homem, 67 anos, submetido à gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico há 2 (dois) anos, refere desconforto abdominal com dois episódios de vômitos estando sem evacuar há 4 (quatro) dias. O abdome encontra-se distendido e a tomografia computadorizada (TC) de abdome, com contraste endovenoso, identifica ponto de transição de calibre em íleo, sem ascite. Diante do provável diagnóstico, a conduta inicial deve ser:
- conservadora com passagem de sonda retal, início de antibiótico e corticoterapia
 - a indicação de laparotomia exploradora
 - a indicação de laparoscopia
 - conservadora, com passagem de sonda nasogástrica, hidratação e correção de distúrbios hidroeletrólíticos**

10. Durante o atendimento a um paciente, há necessidade de colocá-lo em posição de Tremdelemburg. A orientação para a equipe será de:
- sentar parcialmente o paciente por meio da elevação da cabeceira da maca a um ângulo entre 45° e 60°
 - manter a posição dorsal, abaixar a pelve e os membros inferiores, com elevação dos membros superiores acima da cabeça
 - manter a posição dorsal, elevar a pelve e os membros inferiores, de modo que a cabeça fique mais baixa que os pés
 - pronar, elevar a pelve e os membros inferiores, com elevação dos membros superiores acima da cabeça
11. Homem, 36 anos, é trazido para a emergência após ser encontrado desacordado no corredor do seu prédio. Encontra-se sonolento, desorientado, com dor à palpação de toda a musculatura e perda de urina nas roupas. Há pequenas lacerações no couro cabeludo e um hematoma subgaleal na região temporal esquerda. Como não houve testemunhas, deve-se distinguir, neste caso, entre:
- síncope e crise convulsiva
 - reação de conversão e ataque de pânico
 - ataque isquêmico transitório e enxaqueca basilar
 - hipoglicemia e vertigem paroxística benigna
12. Mulher, 66 anos, hipertensa com tratamento irregular, apresenta cefaleia intensa, náuseas e vômitos em jato, com piora nas últimas 2 (duas) horas. É admitida na emergência, torporosa, sem alteração pupilar ou déficit motor e com pressão arterial (PA) = 190 X 120 mmHg. Para o controle da PA, recomenda-se iniciar:
- hidralazina com meta de redução da PA de 50% em 30 minutos
 - nitroprussiato de sódio com meta de redução da PA de 25% em minutos até 2 horas
 - clonidina em doses repetidas com meta de redução da PA de 25% em 1 a 3 horas
 - fentolamina com meta de redução da PA de 50% em 1 hora
13. Jovem, 24 anos, sem comorbidades, realiza exames laboratoriais para admissão em estágio que revelam: hemoglobina = 9g/dL, presença de hipocromia, normocitose e poiquilocitose, ferro sérico = 30µg/dL, ferritina = 18 µg/dL. A conduta perante esse resultado é:
- repetir o exame em um mês
 - repor ferro oral
 - repor ferro e vitamina B12 intravenosos
 - indicar aspirado de medula óssea
14. Homem, 74 anos, com diarreia e vômitos há quatro dias com piora nas últimas 48 horas notando diminuição da diurese e fadiga nas últimas 24 horas. Exame físico: letárgico, afebril, desidratado, FR = 18 ipm, FC = 120 bpm e PA = 90 x 60 mmHg. Abdome flácido, com ruídos hidroaéreos aumentados, discretamente doloroso à palpação profunda. Exames laboratoriais: glicemia = 96 mg/dL, sódio = 146 mEq/L, potássio = 5,8 mEq/L, fósforo = 4,9 mg/dL, ureia = 80 mg/dL, creatinina sérica = 1,8 mg/dL. Gasometria arterial: pH = 7,32; [HCO₃⁻] = 15 mEq/L; PaCO₂ = 30 mmHg; BE = -1,0; ânion gap (AG) = 10. As frações excretadas de uréia, sódio e a osmolalidade urinária são, respectivamente, <35%, <1% e >500 mOsm/Kg. A lesão renal aguda é considerada de etiologia:
- renal associada a sepse
 - renal associada a isquemia
 - pré-renal
 - tubular

15. Mulher, 38 anos, com antecedente de 2 (dois) episódios de trombose venosa profunda há seis e três anos com uso de anticoagulação por um mês em cada um dos eventos. Agora relata dispneia progressiva aos esforços e edema de membros inferiores 2+4+. Nega outras comorbidades. Exame cardiovascular revela PA= 130 x 70 mmHg, Fc = 89 bpm, ritmo cardíaco regular com presença de B3 e sopro holossistólico em foco tricúspide. Realiza radiografia de tórax (AP e perfil) abaixo:



O diagnóstico provável é:

- a. hipertensão arterial pulmonar
 - b. cardiomiopatia hipertrófica
 - c. ruptura de cordoalha mitral
 - d. insuficiência aórtica
16. Mulher, 64 anos procura hospital com angina, dispneia aos esforços e síncope. A doença orovalvar mais provável é:
- a. estenose aórtica
 - b. estenose mitral
 - c. insuficiência aórtica
 - d. insuficiência mitral
17. A colangite aguda tem como apresentação clínica clássica a Tríade de Charcot. Com a evolução da doença o paciente pode apresentar outros dois sinais que compõem a Pentade de Reynolds, que são:
- a. taquicardia e taquipneia
 - b. taquicardia e hipertensão arterial
 - c. alteração do estado mental e bradicardia
 - d. alteração do estado mental e hipotensão arterial

AS PERGUNTAS 18 E 19 SE REFEREM AO CASO CLÍNICO ABAIXO

Homem, 67 anos, relata dificuldade progressiva para iniciar a caminhada, sempre com passadas curtas, e dar a volta, com a sensação de que os pés estão presos no chão “como um imã”. Em associação refere urgência urinária e familiares notaram períodos de esquecimento e prejuízo na função executiva.

18. A principal hipótese diagnóstica é:
- a. doença de Alzheimer
 - b. hidrocefalia de pressão normal
 - c. doença de Huntington
 - d. demência por corpos de Levy

19. O exame complementar a ser solicitado é:

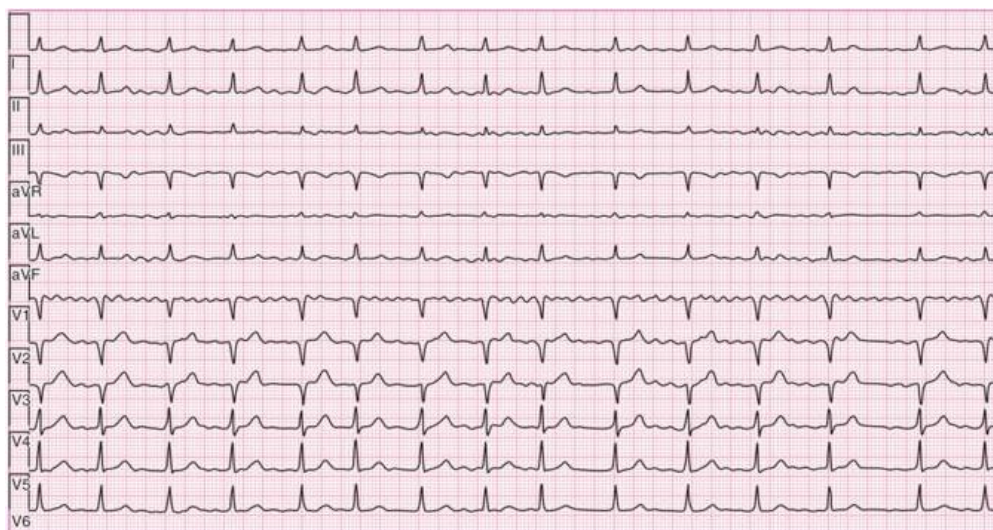
- a. dosagem de vitamina B12 e ácido fólico
- b. punção lombar
- c. **ressonância magnética de crânio**
- d. eletroencefalograma

20. A bradiarritmia que se caracteriza pelo intervalo PR aumentado, porém fixo, associado a supressão de um complexo QRS é chamado de bloqueio átrio-ventricular de:

- a. 1º grau
- b. 2º grau MOBILZ tipo I
- c. **2º grau MOBILZ tipo II**
- d. 3º grau

CARDIOLOGIA**AS PERGUNTAS 21 E 22 SE REFEREM AO CASO CLÍNICO ABAIXO**

Mulher, 85 anos, com dor torácica e dispneia. Exame físico: pressão arterial (PA) = 68x38mmHg, frequência cardíaca (FC) = 160bpm e frequência respiratória (FR) = 32irpm; ausculta cardíaca com ritmo irregular e ausculta pulmonar com crepitação difusa bilateral. Realizado eletrocardiograma (ECG), abaixo:

**21. A arritmia evidenciada neste ECG é:**

- a. flutter atrial
- b. fibrilação ventricular
- c. taquicardia atrial
- d. **fibrilação atrial**

22. O tratamento recomendado, neste momento, é:

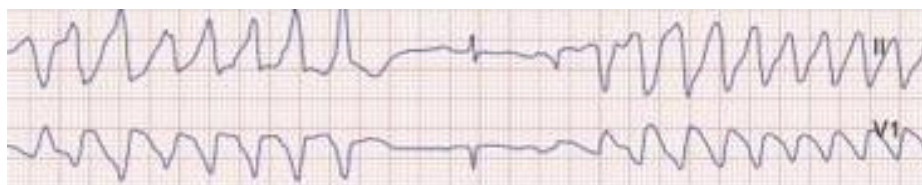
- a. desfibrilação
- b. **cardioversão elétrica sincronizada**
- c. amiodarona em infusão venosa
- d. manobra vagal

AS PERGUNTAS 23 E 24 SE REFEREM AO CASO CLÍNICO ABAIXO

Mulher, 78 anos, com história prévia de arritmia (SIC), em uso de sotalol, é admitida em serviço de emergência por síncope. Familiares relatam que a paciente está em tratamento para sinusite com azitromicina há 5 (cinco) dias e hoje inicia quadro agudo e intenso de vômitos e diarreia. No momento refere dispneia e sonolência. Realizado ECG abaixo:



Durante a avaliação médica, a paciente apresenta subitamente perda da consciência e palidez cutâneo mucosa, com o seguinte traçado no ECG:



23. A arritmia apresentada no segundo traçado de ECG é:

- a. bloqueio atrioventricular total (BAVT)
- b. pausa sinusal
- c. **Torsades des Pointes**
- d. taquicardia atrial multifocal

24. São consideradas causas da arritmia apresentada no segundo traçado de ECG, EXCETO:

- a. distúrbios eletrolíticos como hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalcemia
- b. uso de medicações antiarrítmicas como sotalol e amiodarona
- c. **infarto agudo do miocárdio com corrente de lesão subepicárdica em ECG**
- d. uso de antimicrobianos como clindamicina, azitromicina e eritromicina

25. São características do choque cardiogênico:

- a. índice cardíaco elevado, pressão capilar pulmonar reduzida, índice de resistência vascular sistêmica reduzido
- b. **índice cardíaco reduzido, pressão capilar pulmonar aumentada, índice de resistência vascular sistêmica aumentado**
- c. índice cardíaco reduzido, pressão capilar pulmonar reduzida, índice de resistência vascular sistêmica aumentado
- d. índice cardíaco elevado, pressão capilar pulmonar normal, índice de resistência vascular sistêmica reduzido

26. Homem, 50 anos, hipertenso e tabagista, com dor torácica retroesternal iniciada há 30 minutos, associada a náusea e diaforese. Realizado ECG logo após a sua chegada sendo diagnosticado infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAM CSST). A melhor conduta neste caso é:

- a. encaminhar para reperfusão com angioplastia primária, se em hospital com hemodinâmica disponível, em um tempo maior ou igual a 120 minutos
- b. aguardar o resultado de pelo menos mais uma dosagem de troponina positiva para confirmar o diagnóstico e indicar a conduta mais adequada
- c. administrar agente fibrinolítico, na ausência de contra-indicação absoluta, como por exemplo a realização de procedimento cirúrgico recente
- d. administrar agente fibrinolítico, na ausência de contra-indicação, em hospital sem serviço de hemodinâmica disponível e com tempo para transferência para serviço com hemodinâmica disponível superior a 120 minutos

27. Sobre a insuficiência cardíaca (IC) pode-se AFIRMAR que:

- a. hipertensão arterial e doença cardiovascular são os fatores de risco que mais contribuem para desenvolvimento de IC
- b. os primeiros sinais radiológicos na IC aguda incluem redistribuição venosa para zona inferior (inversão da trama vascular) e espessamento de septos interlobulares
- c. o aumento na pressão venosa jugular com a inspiração ou sinal de Kussmaul pode ser devido a IC biventricular grave e é um marcador de bom prognóstico
- d. os sintomas de IC esquerda são relacionados a congestão venosa sistêmica, em contraste aos sintomas de IC direita que estão mais relacionados a congestão venosa pulmonar

28. São características da pericardite aguda:

- a. dor torácica que melhora com uso de nitratos
- b. atrito pericárdio audível em algum momento da doença em cerca de 85% dos pacientes sendo a melhor ausculta no final da expiração com o paciente em decúbito lateral esquerdo
- c. tamponamento cardíaco é uma complicação que pode ser suscitado durante um exame físico com hipotensão, abafamento de bulhas cardíacas e turgência jugular
- d. alternância elétrica é comum em ECG de pericardite aguda associada a derrame pericárdico, independente do volume associado

29. Em relação ao tratamento da síndrome coronariana, pode-se AFIRMAR que:

- a. deve-se administrar nitrato com um intervalo mínimo de 4 (quatro) horas livre da medicação, para minimizar os efeitos de tolerância
- b. nitratos reduzem a tolerância ao exercício em pacientes com angina crônica
- c. os betabloqueadores aumentam a demanda de oxigênio do miocárdio ao estimular a diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica
- d. os bloqueadores de canal de cálcio são indicados em detrimento ao betabloqueador no pacientes com angina de Prinzmetal

30. São medicamentos considerados modificadores de mortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida:

- a. betabloqueador, inibidor da enzima conversora de angiotensina e antagonista mineralocorticoide
- b. diurético de alça, betabloqueador e inibidor da SGLT-2
- c. inibidor da enzima conversora de angiotensina, antagonista mineralocorticoide e digitálico
- d. antiarrítmicos, diurético de alça e inibidor da enzima conversora de angiotensina

MEDICINA INTENSIVA

31. O padrão **OURO** na intubação orotraqueal, que garante a posição adequada do tubo é:
- a. radiografia de tórax
 - b. visualização das cordas vocais
 - c. **captação da onda de CO₂ exalado no capnógrafo**
 - d. expansão caixa torácica na ventilação com bolsa
32. Homem, 80 anos, 60 kg, internado no CTI por pneumonia comunitária grave em ventilação mecânica com os seguintes parâmetros: modo controlado a pressão, FR= 12 irm, PEEP= 7 cm H₂O, FiO₂= 45%, tempo inspiratório: 1 seg, pressão inspiratória= 15 mmHg, volume corrente= 360 mL. A gasometria revela: pH= 7.3, pO₂= 75 mmHg, pCO₂ = 55 mmHg, SatO₂= 92%. Os ajustes de parâmetros, a serem feitos, para diminuir a pCO₂ e aumentar a pO₂, respectivamente, são:
- a. aumento da pressão inspiratória e diminuição da FiO₂
 - b. **aumento da frequência respiratória e aumento da PEEP**
 - c. diminuição do tempo inspiratório e aumento da FiO₂
 - d. diminuição da pressão inspiratória e diminuição da frequência respiratória

AS PERGUNTAS 33 E 34 SE REFEREM AO CASO CLÍNICO ABAIXO

Homem, 66 anos, portador de cirrose hepática por vírus C Child B é admitido com choque hemorrágico secundário a hemorragia digestiva aguda. Iniciado reposição volêmica e transfusão de hemoderivados. Quatro horas após o início da transfusão, apresenta taquicardia, taquidispneia, com queda da SatO₂, sem sinais de congestão pulmonar e com diminuição da diurese.

33. O diagnóstico provável é:
- a. **injúria pulmonar aguda imunomediada relacionada a transfusão (TRALI)**
 - b. sobrecarga circulatória relacionada a transfusão (TACO)
 - c. sepse por contaminação bacteriana
 - d. anafilaxia
34. A conduta é:
- a. antibiótico
 - b. diurético
 - c. **suporte ventilatório**
 - d. epinefrina
35. O início da ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) em pacientes com insuficiência respiratória, definida como PaCO₂ > 45 mmHg, resulta em uma significativa redução na taxa de mortalidade, necessidade de intubação e tempo de internação. As CONTRA-INDICAÇÕES para VNIPP incluem:
- a. **queimaduras significativas faciais ou diminuição do nível de consciência sem proteção de vias aéreas**
 - b. secreções copiosas com tosse preservada e uso de aminas em dose baixa
 - c. anormalidades cervicais e obesidade leve
 - d. pneumotórax drenado e insuficiência respiratória hipoxêmica

36. Quando modos de ventilação mecânica controlados por volume são usados, as pressões das vias aéreas associadas podem ser facilmente medidas, desde que o paciente esteja respirando passivamente. Assinale a afirmativa CORRETA:

- a. no final da expiração, o fluxo inspiratório pode ser interrompido transitoriamente. Essa pausa expiratória final é denominada pressão de platô
- b. durante a ventilação controlada por volume, a diferença entre as pressões das vias aéreas de pico e PEEP fornece uma avaliação quantitativa da resistência das vias aéreas
- c. o sistema respiratório pode ser dividido em dois componentes: os pulmões e a parede torácica. Normalmente, a complacência do sistema respiratório é de aproximadamente 10 mL/cmH₂O
- d. o pico de pressão das vias aéreas é determinado por duas variáveis: resistência das vias aéreas e complacência do sistema respiratório

37. De acordo com a Campanha de Sobrevivência à sepse (2021), deve-se decidir suspender o(s) antibiótico(s) na sepse e no choque séptico deve ser tomada após:

- a. avaliação clínica e dosagem sérica de procalcitonina
- b. avaliação clínica
- c. 14 dias do tratamento
- d. dosagem sérica de procalcitonina e proteína C reativa

38. Homem, 67 anos, dá entrada na emergência sonolento trazido pelo vizinho. No bolso da camisa tem um maço de cigarros. Não há familiares para esclarecer dados da história. Exame físico: facilmente despertável, Tax = 38,5°C, FC= 120 bpm, FR = 26irmp, PA 130x80mmHg e SatO₂ = 90% com presença de sibilos na ausculta pulmonar. Gasometria arterial: pH =7,25, PaCO₂ = 91 mmHg, PaO₂ =62mmHg, HCO₃⁻= 39 mEq/L e Sat O₂= 91%. É considerada medida sabidamente benéfica nesse tipo de paciente:

- a. manter o paciente na posição sentada com oxigenioterapia
- b. instalar oxigenoterapia sob cateter nasal em baixo fluxo
- c. iniciar ventilação não invasiva sob cateter de alto fluxo
- d. intubar o paciente imediatamente

39. A eficácia da troca gasosa pode ser avaliada medindo as pressões parciais de oxigênio (PaO₂) e gás carbônico (PaCO₂) em um amostra de sangue obtida por punção arterial. O conteúdo arterial de oxigênio de sangue (CaO₂) depende de:

- a. PaO₂, pH e PaCO₂
- b. SatO₂, hemoglobina e bicarbonato
- c. curva de dissociação da oxihemoglobina, pH e PaCO₂
- d. hematócrito, hemoglobina e PaO₂

40. Sobre a gasometria dos pacientes portadores de DPOC é CORRETO AFIRMAR que:

- a. a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial PaO₂ permanece quase normal até que o VEF1 caia abaixo de 20% do previsto
- b. a hipertensão arterial pulmonar grave o suficiente para causar cor pulmonale e insuficiência ventricular direita devido à DPOC, ocorre tipicamente em indivíduos que apresentam reduções acentuadas no VEF1 (<25% do previsto) e hipoxemia crônica (PaO₂ <55 mmHg)
- c. uma elevação do nível arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) é esperada quando o VEF1 atinge 85% do previsto
- d. a ventilação uniforme e o equilíbrio entre ventilação e perfusão são características da DPOC, refletindo a natureza homogênea do processo da doença nas vias aéreas e no parênquima pulmonar

