



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 F25**. 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

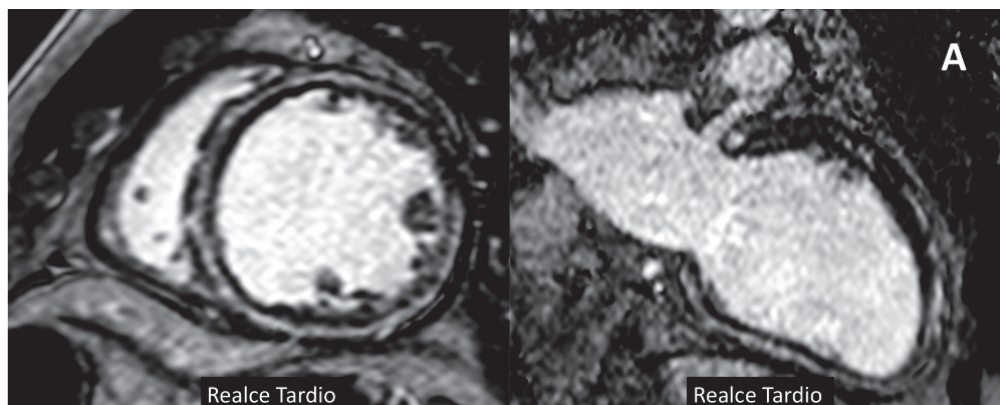
O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

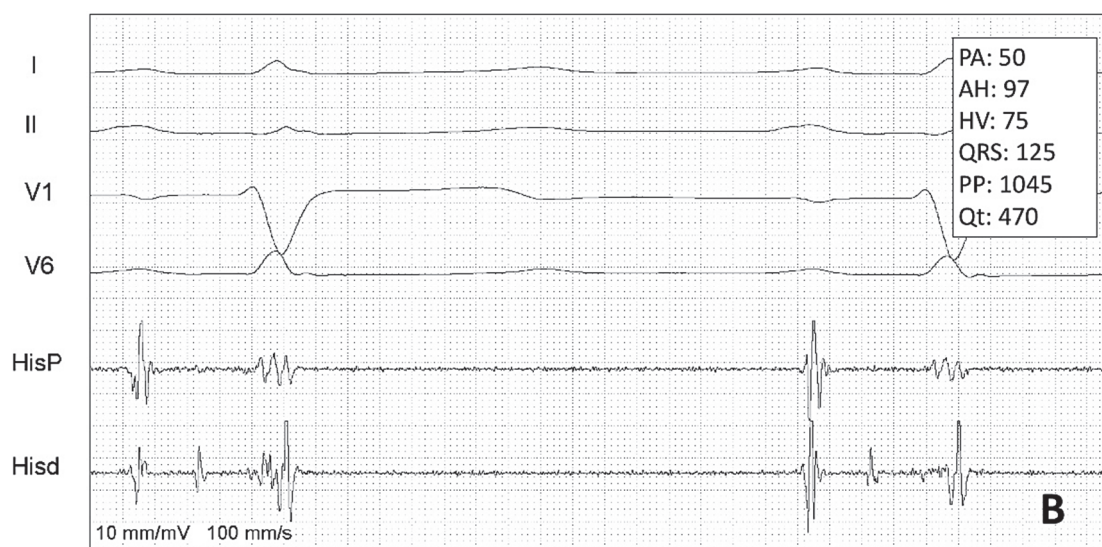
LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória GGT - Gamaglutamyltransferase Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal IST – Infecção Sexualmente Transmissível 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 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 Temp. – Temperatura axilar TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase 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 VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 a 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 a 99 mg/dL Lactato = 5 a 15 mg/dL Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 135 a 145 mEq/L TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular) Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens = 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L 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 Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1% 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 Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (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 ou µL 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>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</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>Doppler de artéria: Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99 Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ Lactato = até 20 mg/dL Proteína = até 40 mg/dL Líquido pleural ADA = até 40 U/L Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>	

01

Paciente, 44 anos de idade, do sexo masculino, com miocardiopatia dilatada de etiologia não definida, com episódio de parada cardíaca revertida e não documentada, submetido à coronariografia sem lesões, ecocardiograma com VE 69x63 mm, FEVE 25%, hipocinesia difusa, insuficiência mitral moderada, apresenta a seguinte ressonância:



O paciente foi submetido a estudo eletrofisiológico, com os seguintes intervalos básicos:



Com base no caso apresentado, considere as seguintes afirmações:

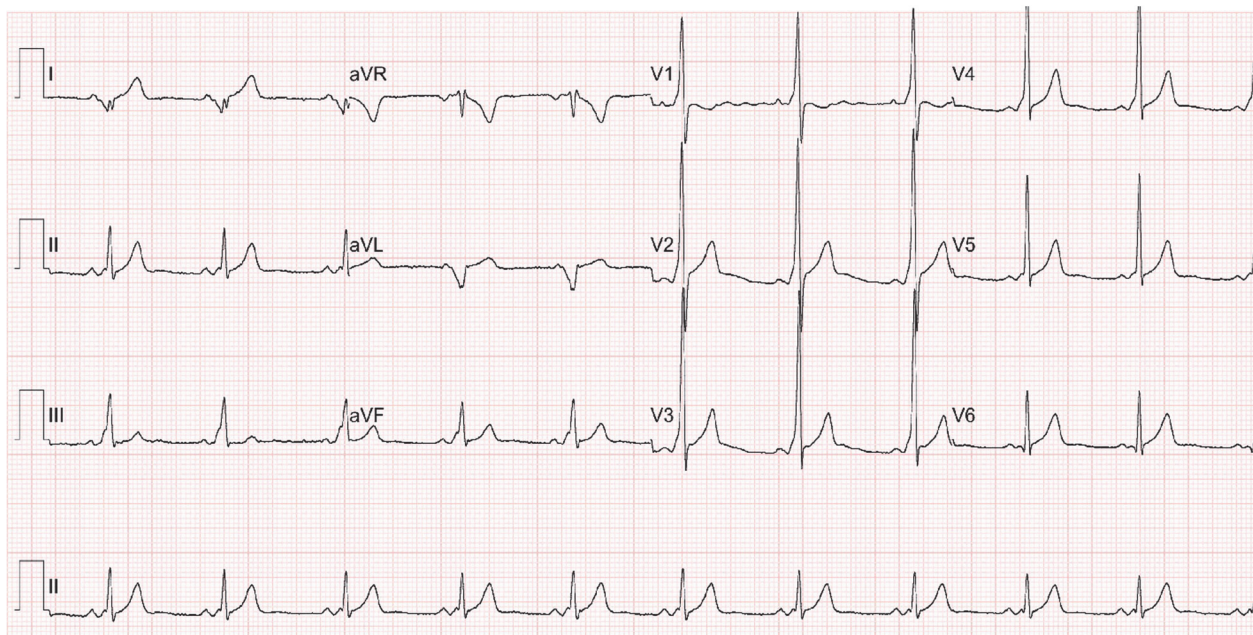
- I. A ressonância cardíaca não apresenta fibrose miocárdica.
- II. Como o paciente apresenta intervalo HV prolongado, é possível que o mecanismo da parada cardíaca seja por reentrada ramo-a-ramo.
- III. A chance de indução no estudo eletrofisiológico de TV cicatricial é alta.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e III, apenas.

02

Homem, 25 anos de idade, assintomático, busca avaliação cardiológica para liberação para a prática de *crossfit* competitivo. Nega tabagismo ou uso de drogas. Apresenta ecocardiograma transtorácico e exames laboratoriais normais. O eletrocardiograma é apresentado a seguir:



Diante do quadro apresentado, é correto afirmar:

- (A) O ECG revela um padrão de pré-excitação. Contudo, considerando que o paciente se encontra assintomático, a liberação para a prática de esportes competitivos pode ser considerada após a introdução de terapia antiarrítmica.
- (B) Trata-se de síndrome de Wolff Parkinson White e deve ser submetido a EEF e ablação por radiofrequência com posterior reavaliação e liberação para esporte competitivo.
- (C) O ECG indica pré-excitação lateral esquerda, necessitando de EEF para avaliação e possível Ablação por radiofrequência. Após reavaliação, a liberação para esportes competitivos pode ser considerada.
- (D) O paciente com bloqueio de ramo direito necessita sorologia para doença de Chagas para avaliar a liberação para atividade física.

03

Com relação ao estudo VANISH que compara ablação de TV precoce com tratamento escalonado, observe as afirmações a seguir:

- I. Foram incluídos tanto pacientes com miocardiopatia isquêmica quanto pacientes com miocardiopatia não-isquêmica
- II. Foi observado redução significativa na ocorrência de choques apropriados nos pacientes submetidos à ablação precoce.
- III. Pacientes em uso de amiodarona apresentaram redução significativa no desfecho combinado de morte, tempestade elétrica e choques de CDI, achado que não foi observado nos pacientes que não usavam essa droga.

Está correto o que se afirma em:

- (A) II, apenas.
- (B) III, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) I e III, apenas.

04

Com relação à síndrome de Brugada, considere as seguintes afirmações:

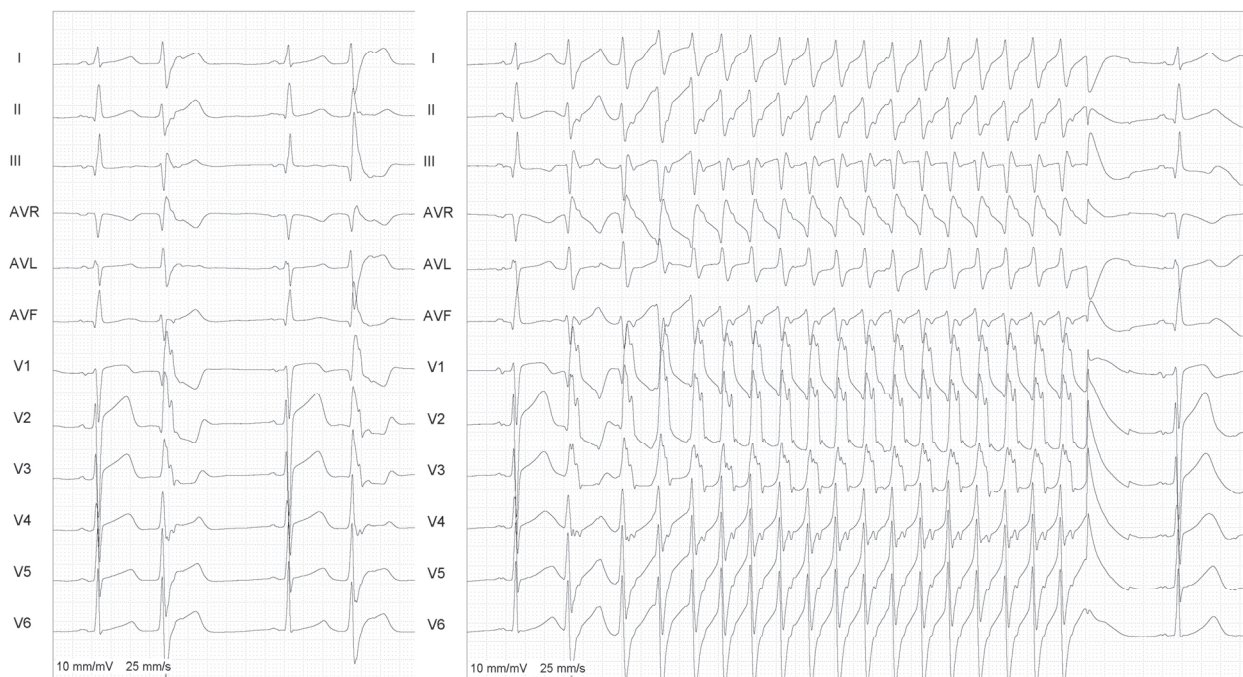
- I. Quando há suspeita do padrão de Brugada (não tipo 1), a utilização de derivações superiores é recomendada para tentar “desmascarar” um padrão tipo 1.
- II. A presença de fragmentação do QRS nas derivações laterais, a indução de FV ao estudo eletrofisiológico e um período refratário efetivo ventricular abaixo de 250 milissegundos pode auxiliar na estratificação de risco.
- III. A morte súbita costuma ocorrer, principalmente, no período do sono, sendo um evento frequente na história natural da doença.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) III, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) II e III apenas.

05

Homem, 28 anos de idade, com histórico de palpitações de longa data e recentes episódios de pré-síncope, apresenta o seguinte ECG:



A investigação com Holter revelou 49.925 extrassístoles ventriculares e 3.937 episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), sendo a mais longa com 295 batimentos e frequência cardíaca de 223 bpm. O ecocardiograma demonstrou ventrículo esquerdo com dimensões normais (53x36 mm), fração de ejeção preservada (60%) e ausência de alterações valvares. A ressonância magnética cardíaca não evidenciou realce tardio. Assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta taquicardia ventricular associada à cardiopatia estrutural com circuito localizado na região inferior do ventrículo esquerdo.
- (B) O paciente apresenta taquicardia supraventricular com aberrância utilizando como circuito via acessória oculta.
- (C) O paciente apresenta extrassístoles ventriculares e taquicardia ventricular idiopática originada no músculo papilar pósteroinferior.
- (D) O paciente apresenta arritmia ventricular idiopática originada na via de saída do ventrículo direito.

06

Observe o traçado a seguir:

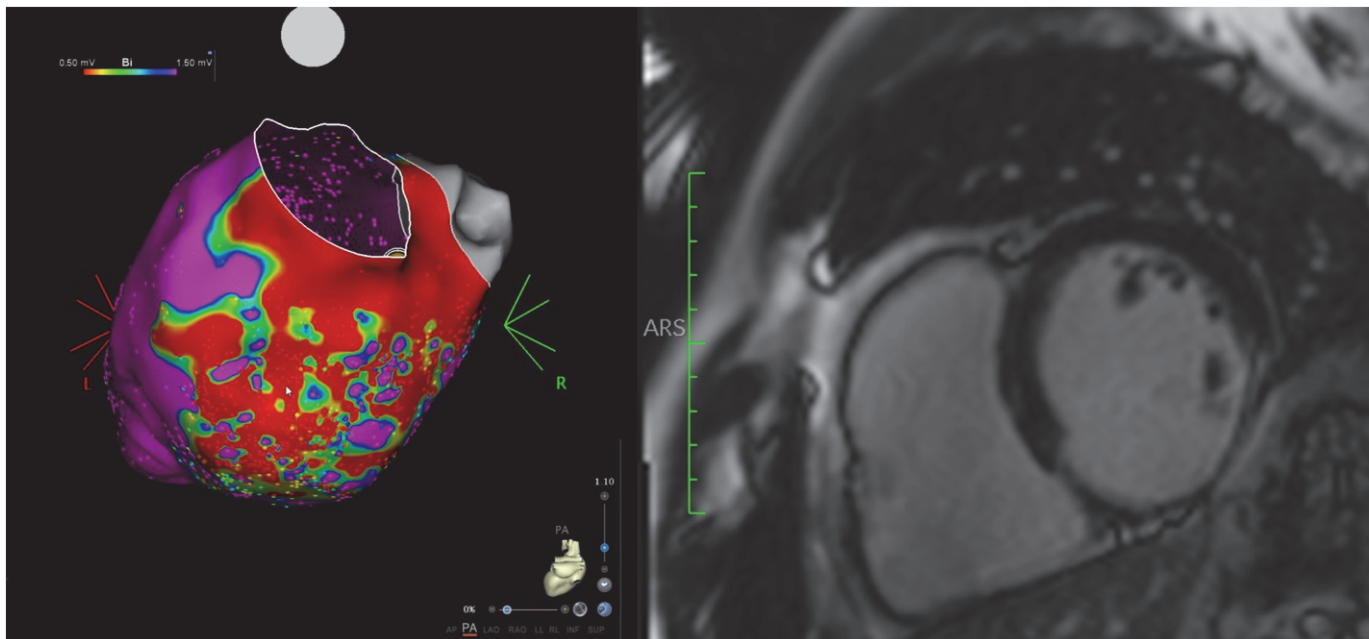


Qual o modo de estimulação e o diagnóstico provável?

- (A) Modo DDD com *oversensing* no canal atrial e ventricular.
- (B) Modo DDD com *undersensing* no canal atrial e ventricular.
- (C) Modo VDD com *undersensing* no canal atrial e ventricular.
- (D) Modo DDI com *oversensing* no canal atrial e ventricular.

07

Homem, 63 anos de idade, apresentou episódio de taquicardia ventricular bem tolerada revertida por cardioversão elétrica sincronizada. Submetido a RNM cardíaca e estudo eletrofisiológico com mapeamento eletroanatômico com os achados apresentados na imagem a seguir:



Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta cicatriz endocárdica na parede inferior do VE secundárias a infarto agudo do miocárdio inferior remoto.
- (B) O paciente apresenta cicatriz epicárdica na região ínfero-latero-basal do VE, sendo a miocardiopatia chagásica uma possibilidade para os achados no mapeamento e ressonância.
- (C) O paciente apresenta cicatriz endocárdica na parede inferior do VE secundárias a infarto agudo do miocárdio recente.
- (D) O paciente apresenta cicatriz mesocárdica na região septal do VE, podendo estar associado a miocardiopatia hipertrófica.

08

Indicar um CDI baseado em prevenção primária, significa:

- (A) Indicar um CDI para pacientes que já tiveram pelo menos um evento de parada cardiorrespiratória recuperada.
- (B) Indicar um CDI para pacientes que tem riscos potenciais para parada cardiorrespiratória, mas nunca tiveram nenhum evento.
- (C) Indicar um CDI para pacientes que nunca tiveram evento de parada cardiorrespiratória recuperada, mas já tiveram pelo menos dois eventos de síncope por TV monomórfica.
- (D) Indicar um CDI para pacientes com FEVE $\leq 35\%$ e CF III e que já tiveram pelo menos um evento de TV ou FV.

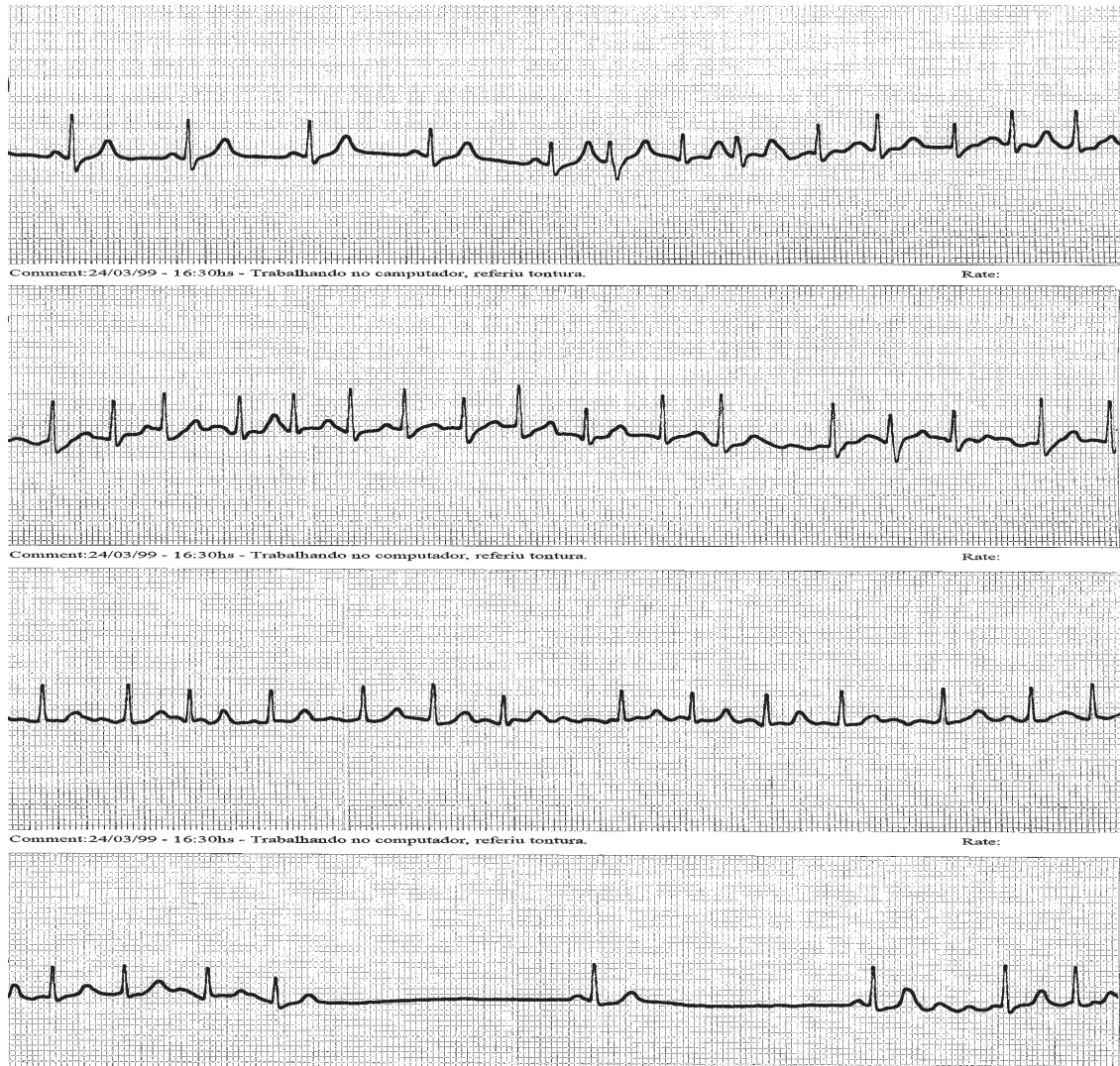
09

Paciente, 50 anos de idade, com diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, história familiar de morte súbita cardíaca e síncope inexplicada, apresenta-se para avaliação. Qual das seguintes condições NÃO é uma indicação de classe IIa para implante de Cardiodesfibrilador Implantável (CDI) neste paciente?

- (A) Espessura da parede do ventrículo esquerdo ≥ 30 mm.
- (B) Taquicardia ventricular não sustentada em Holter de 24 horas.
- (C) História familiar de morte súbita cardíaca em parente de primeiro grau com menos de 50 anos de idade.
- (D) Síncope inexplicada.

10

Paciente, 57 anos de idade, com episódios de tontura, submetido à monitorização, sendo documentado o seguinte traçado durante monitorização com Holter:



Com relação ao diagnóstico e conduta, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta FA paroxística, devendo ser iniciado amiodarona.
- (B) O paciente apresenta extrassístoles atriais frequentes, devendo ser indicada ablação por cateter.
- (C) O paciente apresenta disfunção sinusal com arritmia secundária a essa disfunção, estando indicado implante de marcapasso definitivo.
- (D) O paciente apresenta FA paroxística com disfunção sinusal secundária à arritmia, estando indicada ablação de FA.

11

De acordo com o código de letras, qual o significado de cada letra em um paciente que porta um sistema DDI,OO?

- (A) Que o sistema é capaz de sentir somente o ventrículo, estimular átrio e ventrículo, não é responsivo em frequência e se inibe na presença de um batimento ventricular espontâneo.
- (B) Que o sistema é capaz de estimular átrio e ventrículo, sentir o batimento atrial e o batimento ventricular, se inibir na presença de batimento espontâneo, não tem *trigger* a partir de um batimento atrial espontâneo, o sensor de resposta de frequência não está habilitado e não tem estimulação multissítio em nenhuma das câmaras.
- (C) Que o sistema é capaz de sentir o átrio, estimular o ventrículo, se inibir na presença de batimento espontâneo ou responder deflagrando atividade ventricular através de batimento atrial espontâneo, não é responsivo em frequência e só tem estimulação multissítio em ventrículo.
- (D) Que o sistema é capaz de estimular o átrio, sentir o ventrículo, se inibir na presença de batimento espontâneo ventricular, não é responsivo em frequência e não tem estimulação multissítio em átrio, somente em ventrículo.

12

Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade, encaminhada para avaliação cardiológica por quadro de síncope e palpitações, principalmente aos esforços há cerca de 5 anos. As síncope e/ou pré-síncope eram de curta duração e quase sempre precedidas por palpitações. Não tinha doenças associadas e não fazia uso de nenhuma medicação. Relata história de morte súbita na família. Ao exame físico inicial, não foram observadas alterações significativas, sem diferenças nas pressões arteriais em supina e em ortostase, com eletrocardiograma de repouso normal. Submetida ao teste ergométrico com os traçados apresentados a seguir:

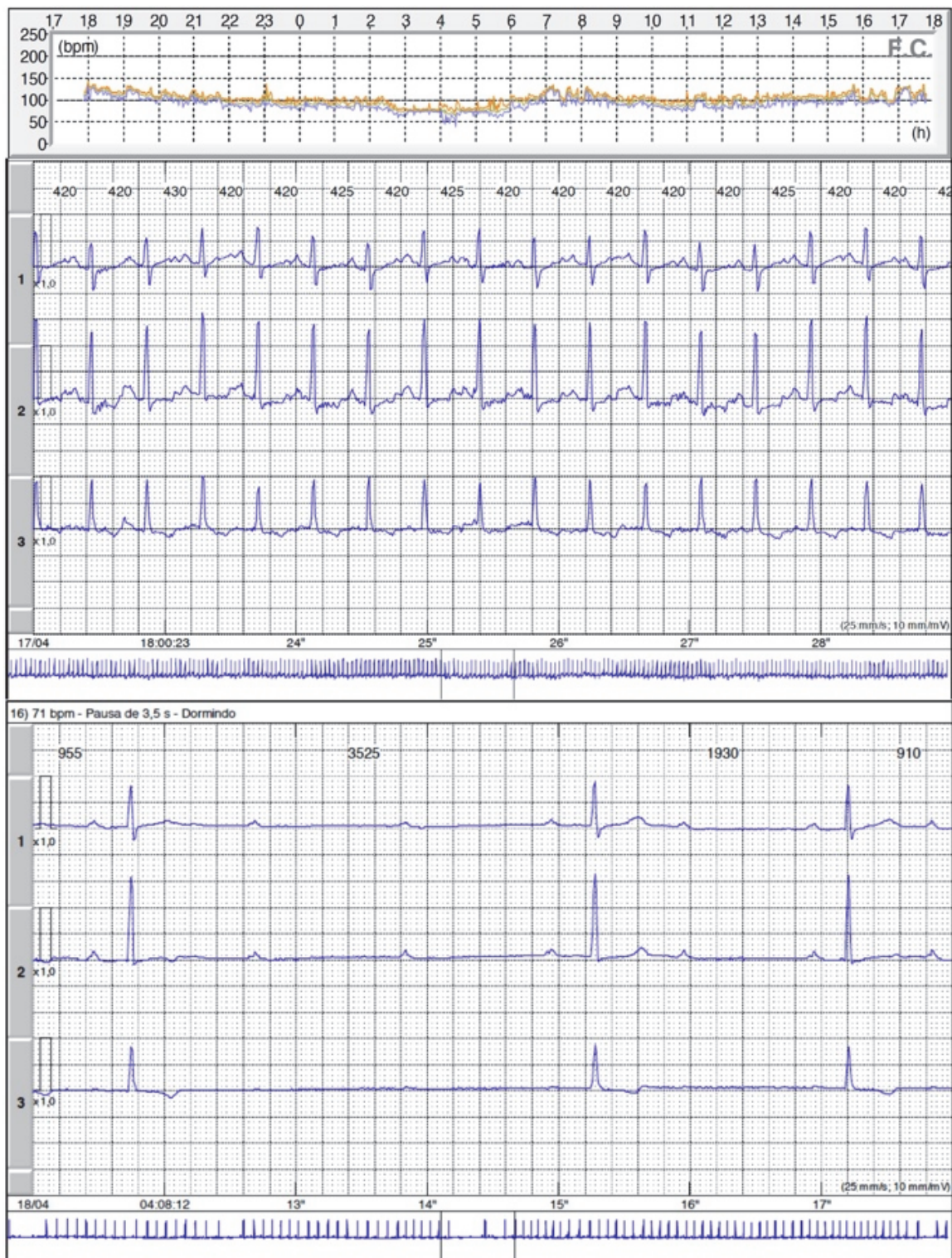


De acordo com a história clínica e o teste ergométrico, qual a hipótese diagnóstica pela primeira avaliação?

- (A) Síncope vasovagal e extra-sístoles polimórficas.
- (B) Síndrome postural ortostática taquicardizante e aberrância de condução.
- (C) Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- (D) Síndrome de Brugada e taquicardia ventricular polimórfica.

13

Paciente, 42 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica e obesidade, em uso de atenolol 25 mg pela manhã, submetido a exame de Holter em avaliação de rotina com os seguintes achados: FC mínima de 39 bpm, média de 99 bpm e máxima de 143 bpm. Extra-sístoles ventriculares: 4, atriais: 0 e 14 pausas maiores que 2 segundos com traçados apresentados a seguir:

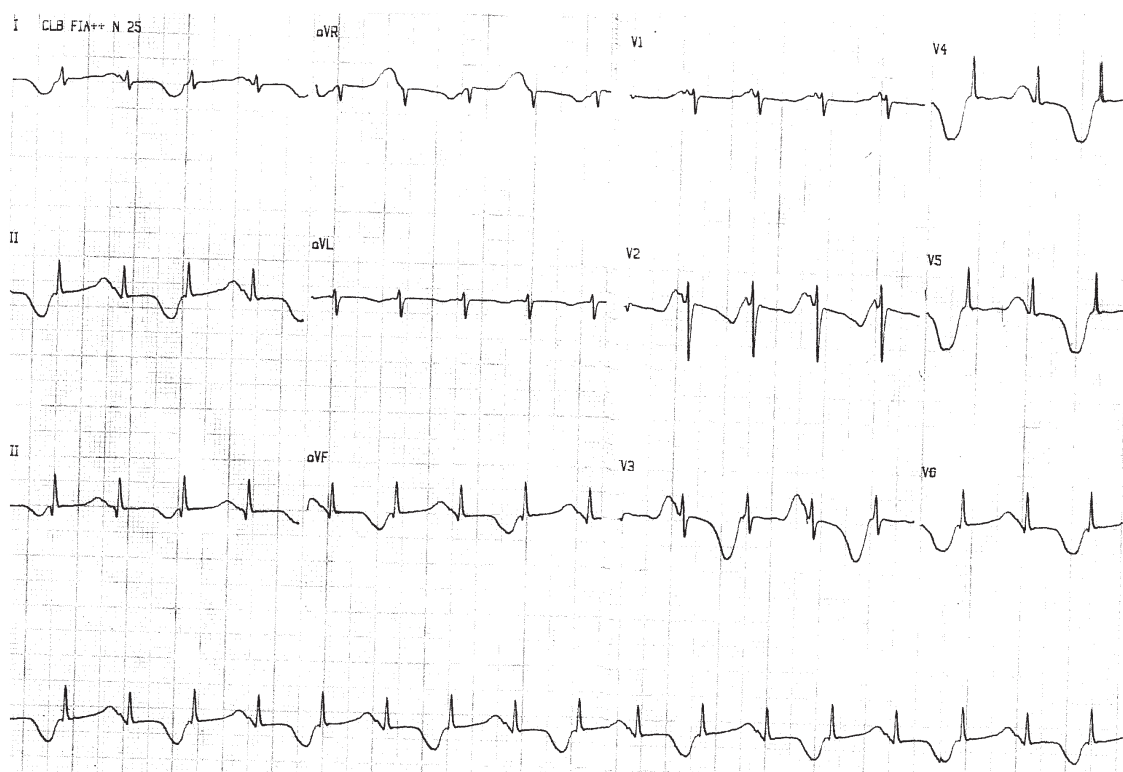


O paciente não referiu sintomas. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Os achados são sugestivos de apneia obstrutiva do sono devendo ser realizada polissonografia.
- (B) O paciente apresenta indicação de marcapasso definitivo, por distúrbio no sistema de His-Purkinje.
- (C) O paciente apresenta indicação de marcapasso definitivo, por distúrbio de condução no nó AV.
- (D) Deve-se suspender o atenolol e repetir Holter.

14

Recém-nascido do sexo masculino, com histórico de hidropsia fetal. Eletrocardiograma (ECG) é apresentado na imagem a seguir:



Qual o diagnóstico provável a partir deste ECG?

- (A) Síndrome de Brugada atípico.
- (B) Síndrome do QT longo congênito com macroalternância de ondas T.
- (C) Síndrome de hipoplasia do VE com taquicardia por duplo passo nodal.
- (D) BAVT congênito e ritmo juncional automático de escape.

15

Com relação ao implante de CDI na prevenção secundária de morte súbita cardíaca e sua indicação como classe I, analise as situações a seguir:

- I. Pacientes com canalopatia e PCR por TV/FV com expectativa de vida de pelo menos 1 ano.
- II. Sobreviventes de parada cardíaca por TV/FV de causa não reversível com FEVE $\geq 35\%$ e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.
- III. Parada cardíaca por TV/FV de causa não reversível com FEVE $\leq 35\%$ e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) I, II e III.

16

Em crianças com Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT) congênito e assintomáticas, a decisão de implantar um marcapasso definitivo nem sempre é clara. Segundo Michaelsson, quais são os fatores de risco que devem ser considerados para a indicação de marcapasso nesse contexto?

- (A) Frequência cardíaca inapropriada na vigília, insuficiência tricúspide, QT longo e TV.
- (B) Resposta de frequência inapropriada no exercício, insuficiência aórtica, QT longo e TV.
- (C) Frequência cardíaca inapropriada na vigília e exercício, insuficiência aórtica, QT longo e disfunção ventricular.
- (D) Frequência cardíaca inapropriada na vigília e exercício, insuficiência mitral, QT longo, aumento de câmaras cardíacas e arritmia ventricular.

17

Paciente do sexo masculino, 78 anos de idade, com palpitações taquicárdicas paroxísticas, com vários episódios durante o dia, apresenta o seguinte traçado no Holter:

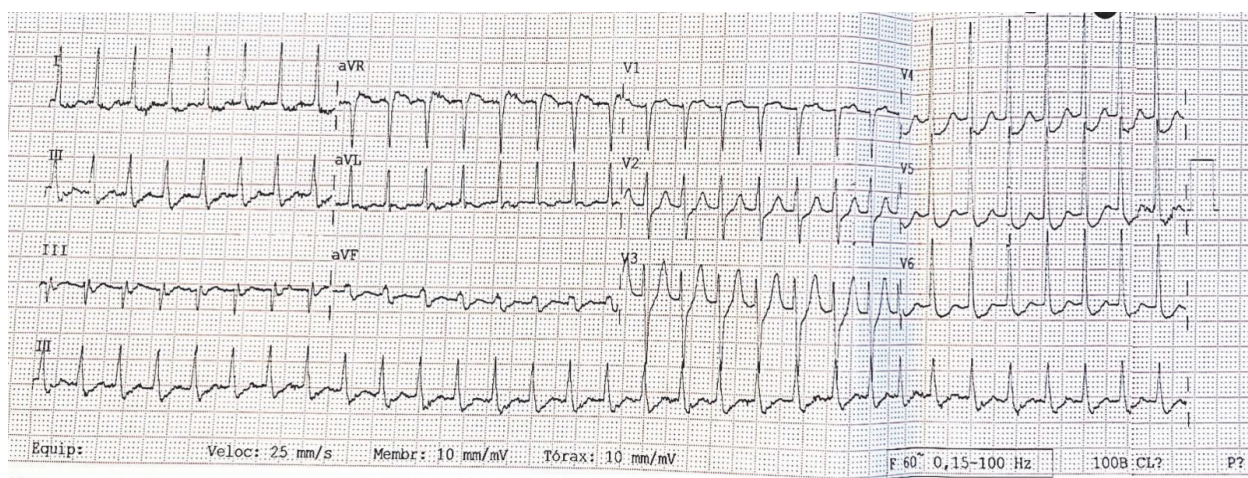


Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Taquicardia por reentrada nodal.
- (B) Taquicardia ortodrômica átrioventricular.
- (C) Taquicardia atrial.
- (D) Taquicardia sinusal.

18

Homem, 62 anos de idade, com hipertensão e diabetes, apresenta tontura e falta de ar súbitas há 2 horas. Está em uso de losartana, anlodipino e metformina. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdico (FC de 180 bpm), taquipneico (FR de 28 ipm), hipotenso (PA de 80x60 mmHg) e com dessaturação (SpO₂ 88%). Consciente, orientado, mas sonolento com estertores crepitantes pulmonares. O ECG de urgência é apresentado na imagem a seguir:

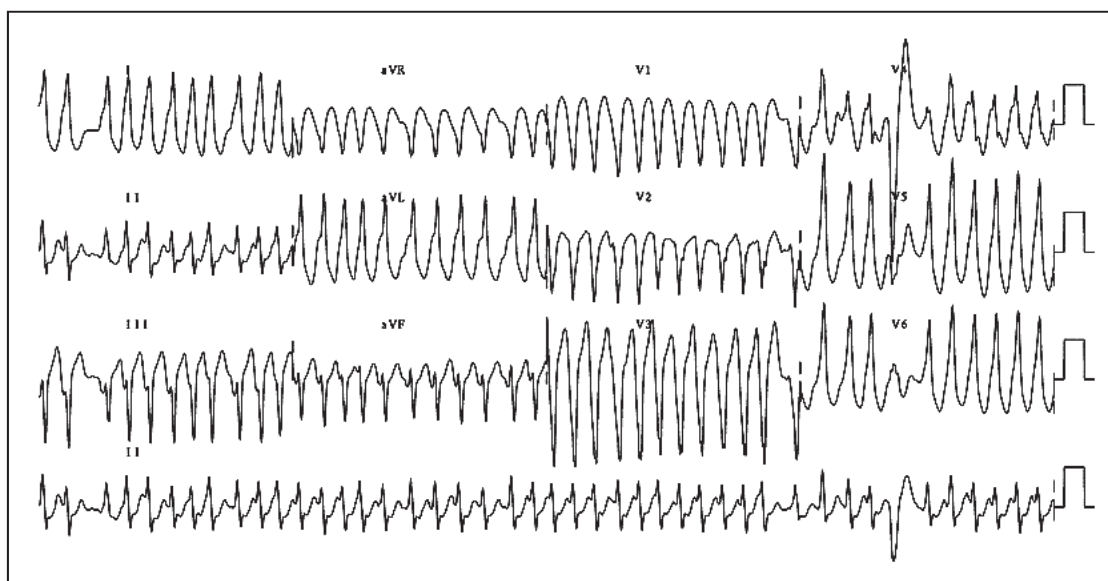


Com base nas informações apresentadas, qual o diagnóstico e conduta correta, respectivamente?

- (A) Flutter atrial 2:1 - Cardioversão elétrica sincronizada.
- (B) Taquicardia atrial - Beta bloqueador.
- (C) Taquicardia por reentrada nodal - CVE sincronizada.
- (D) Taquicardia por reentrada - manobra de Valsava modificada.

19

Observe o Eletrocardiograma (ECG) a seguir:

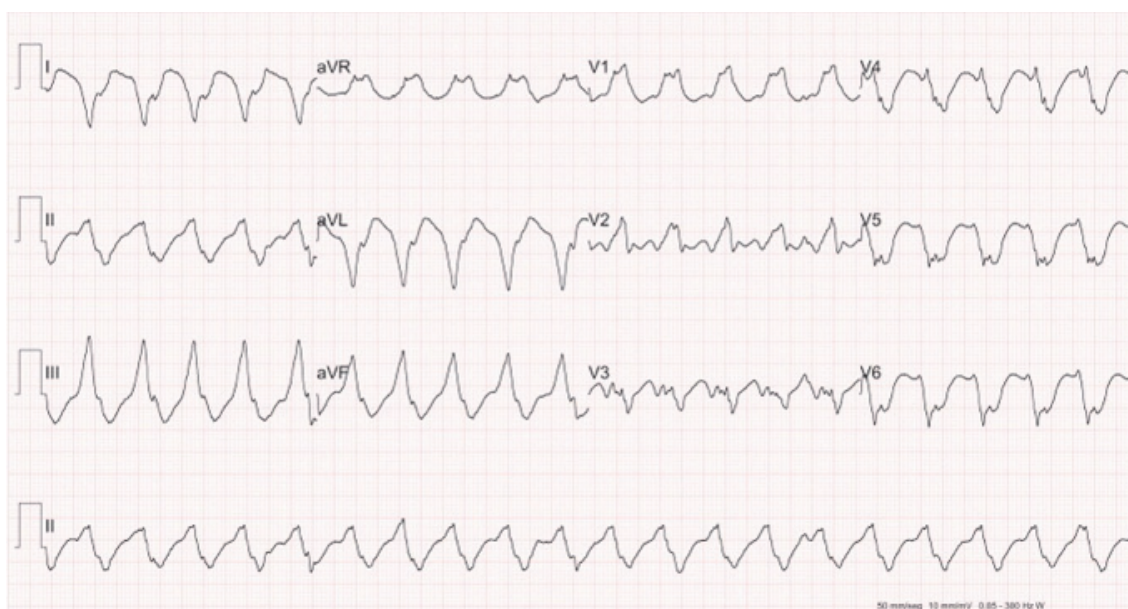


Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico correto referente ao ECG apresentado.

- (A) Taquicardia ventricular polimórfica.
- (B) Fibrilação atrial com pré-excitação ventricular.
- (C) Infarto do miocárdio complicado com TVNS.
- (D) Taquicardia bidirecional.

20

Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, comparece no pronto-socorro com queixa de palpitações há 2 horas, sendo registrado o seguinte ECG:



Faz parte da avaliação inicial após a reversão da arritmia, todos os exames apresentados, EXCETO:

- (A) Teste genético para QT longo.
- (B) Ressonância magnética cardíaca.
- (C) Ecocardiograma transtorácico.
- (D) Angiotomografia de coronárias.

21

Paciente, 33 anos de idade, com antecedente de síncope aos esforços apresenta o seguinte ECG:



Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta bloqueio de ramo direito, provavelmente associado à miocardiopatia chagásica, estando indicado a realização de estudo eletrofisiológico.
- (B) O paciente apresenta cicatriz de infarto do miocárdio prévio, estando indicada a realização de estudo eletrofisiológico.
- (C) O paciente apresenta ECG com BAV de primeiro grau, devendo ser avaliado com o Holter.
- (D) Paciente apresenta inversão de onda T e onda Epsilon, caso a ressonância magnética apresente alterações morfológicas no VD, não é necessário realizar o EEF.

22

Observe o traçado a seguir:

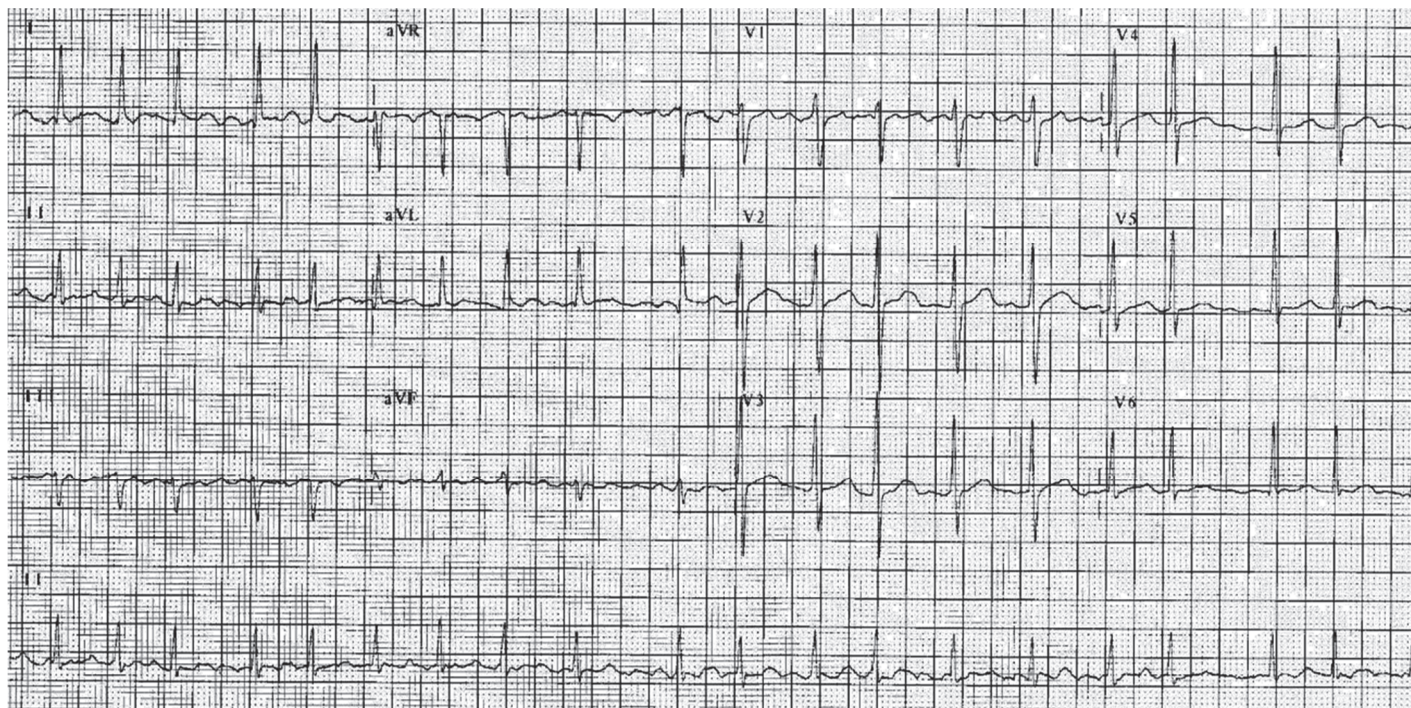


Qual o diagnóstico do traçado apresentado?

- (A) Taquicardia ventricular miocárdica.
- (B) Ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito.
- (C) Taquicardia atrial com aberrância de condução.
- (D) Marcapasso átrio biventricular.

23

Mulher, 76 anos de idade, hipertensa em uso de ramipril 10 mg/dia e amlodipino 5 mg/dia, procura o consultório médico para *check-up*. Assintomática, apresenta ritmo cardíaco irregular com frequência cardíaca em torno de 120 bpm e pressão arterial de 125x82 mmHg ao exame físico. Foi realizado o ECG apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Esta paciente está com FA persistente, tem que inicialmente ser prescrito anticoagulante oral e prescrever beta-bloqueador ou bloqueador de canal de cálcio para controlar a frequência cardíaca.
- (B) Esta paciente está com *flutter* atrial persistente, tem que inicialmente ser prescrito anticoagulante oral e prescrever betabloqueador ou bloqueador de canal de cálcio para controlar a frequência cardíaca.
- (C) Esta paciente está com FA persistente, tem que ser internada em caráter de emergência para a cardioversão elétrica.
- (D) Esta paciente está com taquicardia atrial multifocal, tem que ser prescrito anticoagulante oral e precisa afastar a possibilidade de tromboembolismo pulmonar crônico.

24

Paciente, 56 anos de idade, com histórico de asma em uso de corticoide inalatório, relata episódio de palpitação e taquicardia revertido com medicação endovenosa. O ECG durante a crise, revelou fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Atualmente em ritmo sinusal, refere piora do broncoespasmo após início de medicação antiarrítmica há cerca de um mês. Assinale a alternativa que apresenta o mais provável antiarrítmicos responsável pela exacerbação da asma.

- (A) Propafenona.
- (B) Diltiazem.
- (C) Amiodarona.
- (D) Digoxina.

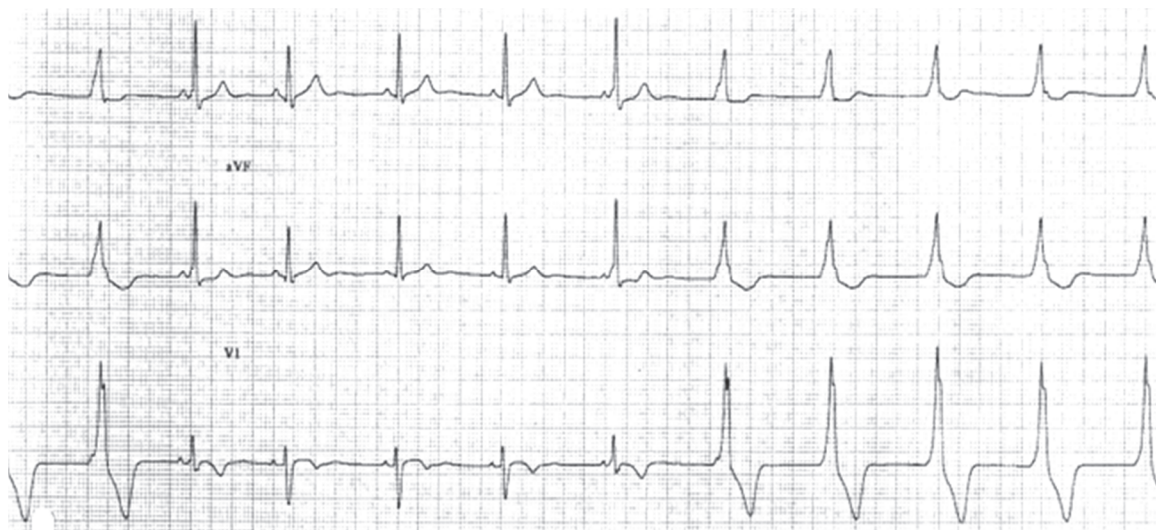
25

Com relação aos estudos mais recentes e à incorporação dos Anticoagulantes Orais de Ação Direta (DOACs) nas principais diretrizes de fibrilação atrial, NÃO é correto afirmar:

- (A) Tanto a dabigatrana quanto a rivaroxabana, edoxabana e apixabana não estão indicadas em pacientes com próteses valvares metálicas.
- (B) A análise de parâmetros da função renal é sempre um dos fatores considerados no ajuste de dose dos DOACs.
- (C) A rivaroxabana pode ser utilizada em pacientes com FA e prótese biológica mitral com base no estudo RIVER.
- (D) Os agentes reversores dos DOACs são universais e com bloqueio tanto do fator II quanto do fator Xa.

26

Paciente, 25 anos de idade, assintomático, em avaliação pré-operatória para cirurgia de correção de desvio de septo nasal, apresenta o seguinte ECG:

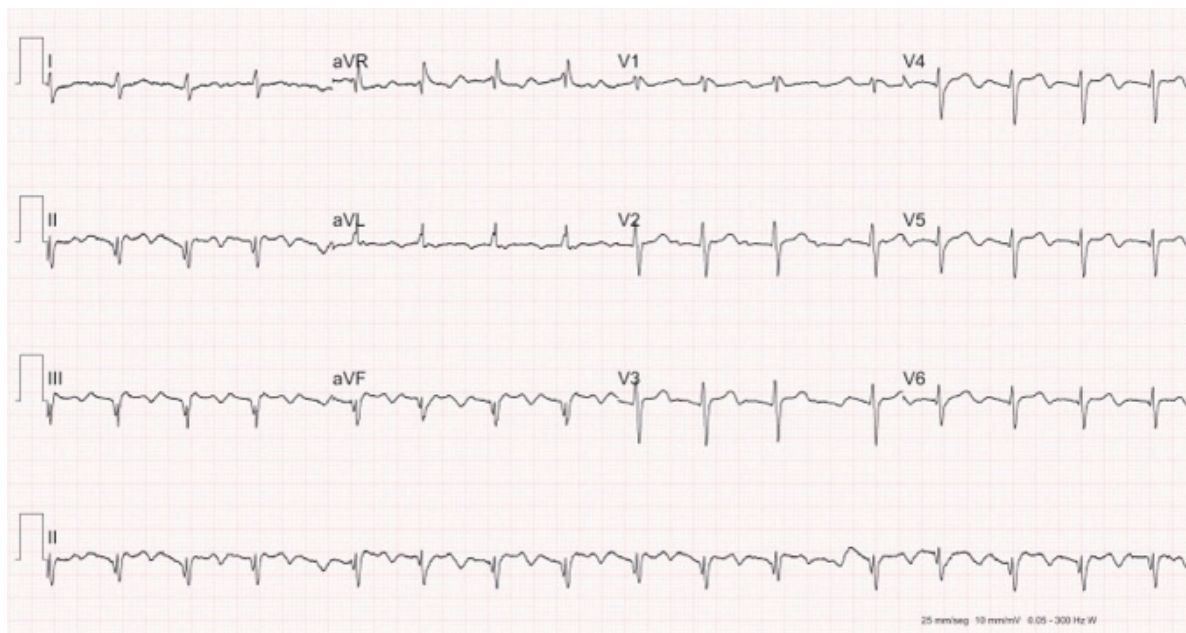


Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico correto.

- (A) Taquicardia ventricular não-sustentada.
- (B) Pré-excitação intermitente.
- (C) Bloqueio AV total intermitente, congênito.
- (D) Ritmo idioventricular acelerado.

27

Paciente, 62 anos de idade com antecedente de hipertensão em uso de amlodipina, losartana e hidroclorotiazida, também com uso de propafenona devido à arritmia prévia, apresenta o seguinte ECG:



Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico correto.

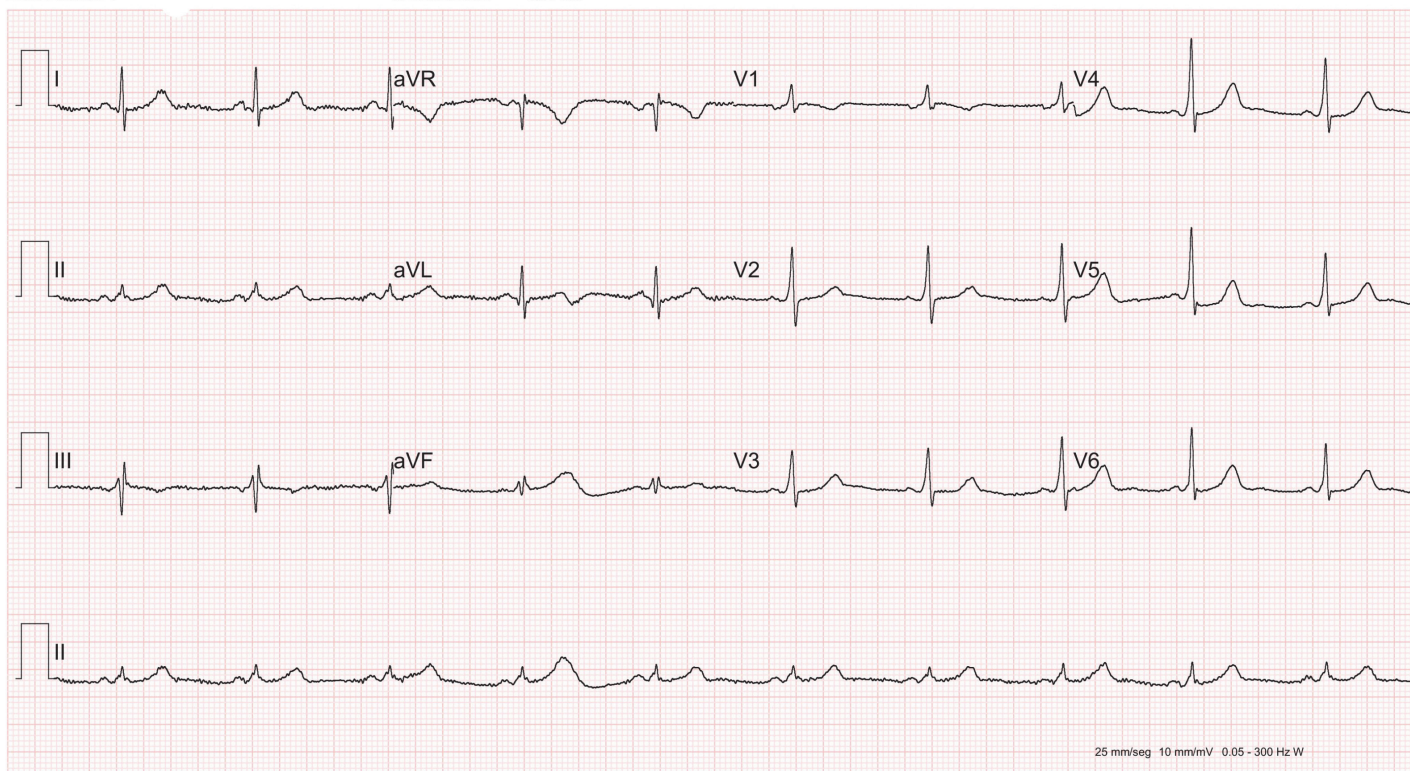
- (A) Ritmo sinusal.
- (B) Flutter atrial.
- (C) Fibrilação atrial.
- (D) Taquicardia atrial multifocal.

28

Observe o traçado apresentado a seguir:

ELETROCARDIOGRAMA

Nome:
 Sexo: Masculino
 Data Nasc.:
 Idade:
 Data Exame:
 Freq. Cardíaca: 60 BPM
 QRS: 98 ms
 Intervalo PR: 127 ms
 QT/QTc: 445/447 ms
 Eixos P-R-T: 9 34 36
 R-R Máximo: 984 ms



Com base no traçado apresentado, considere as seguintes afirmações:

- I - O paciente apresenta via acessória inaparente.
- II - Devido a estar pouco pré-excitado, o paciente apresenta baixo risco de morte súbita.
- III - A via acessória está localizada na posição lateral-esquerda.

Está correto o que se afirma em:

- (A) II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I, II e III.

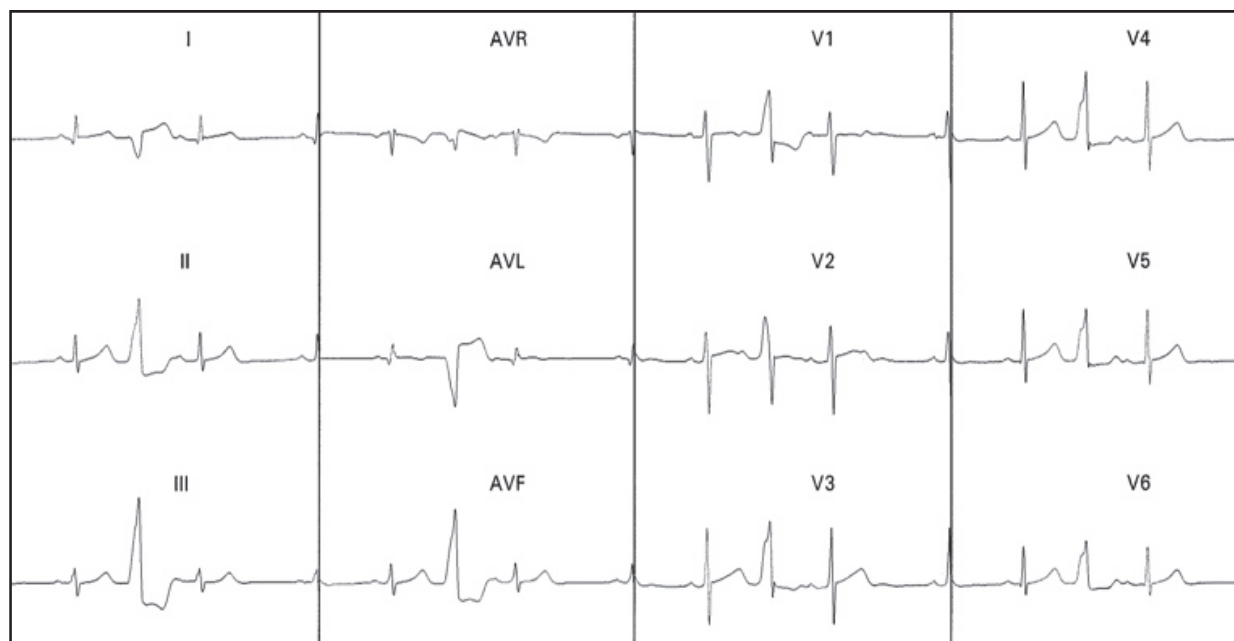
29

Paciente, 27 anos de idade, com história familiar de morte súbita no sono (pai falecido aos 44 anos de idade), refere quadro de síncope convulsiva após refeição copiosa. O eletrocardiograma de 12 derivações é normal. Qual seria a sequência mais adequada de investigação diagnóstica em ordem de prioridade?

- (A) *Tilt test*, teste ergométrico convencional e ressonância magnética cardíaca.
- (B) ECG com derivações superiores, Holter de 24 horas e estudo eletrofisiológico.
- (C) Ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca e ECG de alta resolução.
- (D) Holter de 24 horas, *tilt test* e teste ergométrico.

30

Observe o traçado a seguir:



Qual o local de origem da extrassístole no traçado apresentado?

- (A) Via de saída do ventrículo esquerdo.
- (B) Via de saída do ventrículo direito.
- (C) Via de entrada do ventrículo direito.
- (D) Região de ápice do ventrículo esquerdo.

31

Assinale a alternativa que NÃO deve ser indicação de implante de CDI (Cardioversor-Desfibrilador).

- (A) TV Incessante.
- (B) Síndrome de Brugada tipo 1 com síncope recorrentes.
- (C) Miocardiopatia isquêmica com FEVE de 25%, classe funcional III (NYHA).
- (D) Miocardiopatia não-isquêmica, FEVE de 30% e síncope com TV indutível ao estudo eletrofisiológico.

32

Na cardiomiopatia/displasia arritmogênica do ventrículo direito, é correto afirmar:

- (A) A presença de ondas T negativas de V1 a V3 configura critério menor para diagnóstico.
- (B) A presença de 4 critérios menores já confirma o seu diagnóstico.
- (C) As ondas épsilon são melhor identificadas nas derivações D3 e aVR.
- (D) O estudo eletrofisiológico está indicado em todos os casos.
- (E) O ECGAR positivo é um marcador prognóstico e indicativo de desfibrilador.

33

Paciente com diagnóstico de anomalia de Ebstein relatou crise de palpitação taquicárdica rítmica, *frog* negativo de 2 horas de duração com necessidade de reversão hospitalar com droga endovenosa. Qual é a provável taquicardia?

- (A) Taquicardia atrioventricular (via anômala póstero-septal direita).
- (B) Taquicardia atrial esquerda.
- (C) Taquicardia por reentrada pelo tendão de Todaro.
- (D) Taquicardia de Gallavardin, taquicardia atrioventricular (via anômala póstero-lateral esquerda).

34

São considerados critérios para o diagnóstico de síndrome do QT longo, EXCETO:

- (A) Indução de TV sustentada polimórfica ao estudo eletrofisiológico.
- (B) Intervalo QT maior que 450 milissegundos em homens.
- (C) Intervalo QT maior que 480 milissegundos no quarto minuto da recuperação no teste ergométrico.
- (D) Síncope relacionada ao estresse físico ou emocional.

35

Homem com doença de Chagas, classe funcional II, sem cardiomegalia ao raio X de tórax, mas com anormalidade segmentar da contratilidade ventricular, apresenta palpitações e tonturas. O ECG mostra complexos QRS de baixa voltagem e o Holter revela extrassístoles ventriculares frequentes, sem taquicardia ventricular sustentada. Considerando o escore de Rassi para estratificação de risco de morte, pode-se afirmar:

- (A) Escore de Rassi de 5 pontos, baixo risco.
- (B) Escore de Rassi de 7 pontos, risco intermediário.
- (C) Escore de Rassi de 9 pontos, risco intermediário.
- (D) Escore de Rassi de 12 pontos, alto risco.

36

As assertivas apresentadas a seguir exibem comentários sobre estudos relacionados ao uso de DOACs no contexto de DAC (Doença Arterial Coronária), com implante de *stent* eletivo em pacientes com fibrilação atrial.

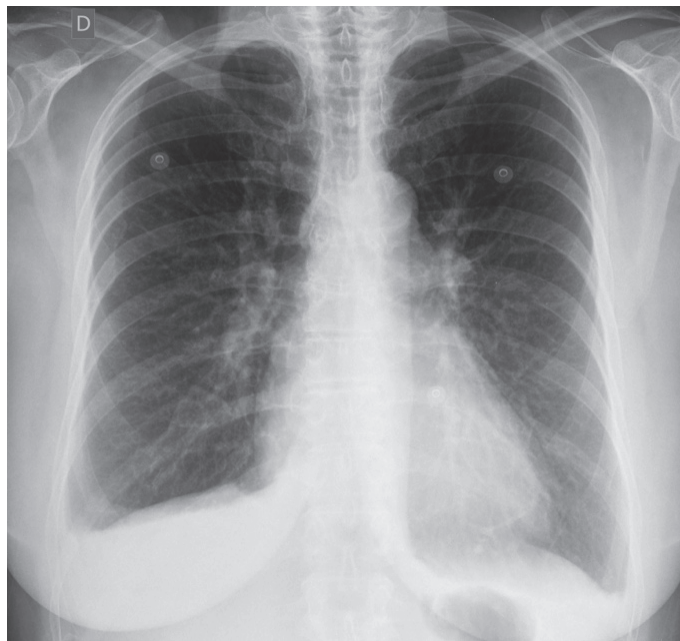
- I. Os dados do estudo AUGUSTUS demonstraram que a dose de apixabana mais adequada para redução de sangramento foi a de 2,5 mg duas vezes ao dia e clopidogrel 75 mg, sem acréscimo de aspirina, por até 12 meses. Depois, apenas apixabana 5 mg ou 2,5 mg duas vezes ao dia, a depender do cálculo de peso, idade e creatinina sérica.
- II. Os dados do estudo PIONEER-AF demonstraram que a dose de rivaroxabana 2,5 mg duas vezes ao dia (associada ao uso de aspirina e clopidogrel por 1 a 3 meses), seguida de dose de 15 mg ou 20 mg associada ao clopidogrel por 1 ano, é uma estratégia superior em redução de sangramento quando comparada ao uso direto de rivaroxabana 15 mg junto com clopidogrel 75 mg por 1 ano.
- III. Os dados do estudo REDUAL-PCI revelaram o risco de sangramento foi menor entre aqueles que receberam terapia dupla com dabigatrana (110 mg ou 150 mg duas vezes ao dia) e um inibidor P2Y12 do que entre aqueles que receberam terapia tripla com varfarina, um inibidor P2Y12 e aspirina. A terapia dupla não foi inferior à terapia tripla no que diz respeito ao risco de eventos tromboembólicos.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) III, apenas.
- (D) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

37

Paciente, 57 anos de idade, com fibrilação atrial persistente, sem cardiopatia estrutural, realizou ablação por cateter com isolamento das veias pulmonares. No pós-procedimento imediato, apresentou FA revertida quimicamente e dor torácica, recebendo alta. Dois dias depois, foi reinternado com febre, dispneia e ortopneia. Exames mostram derrame pericárdico discreto, pressão sistólica de VD elevada, taquicardia sinusal, leucocitose e PCR elevada. A radiografia é apresentada a seguir:



Conforme o quadro clínico apresentado, considere as seguintes afirmações:

- I. O quadro é secundário a uma resposta inflamatória sistêmica secundária à ablação de fibrilação atrial.
- II. Neste caso, está descartada a hipótese de estenose de veias pulmonares, pois a técnica utilizada para ablação foi extraostial e utilizou-se mapeamento eletroanatômico.
- III. Pacientes nessa situação, frequentemente tem resposta favorável à infusão de diurético e corticosteroide por via endovenosa.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I, II e III.

38

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, recuperado de PCR após prova de natação, sem antecedentes cardiológicos conhecidos, exceto morte súbita em irmão consanguíneo aos 30 anos de idade. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese mais provável.

- (A) Síndrome do QT longo congênito tipo 1.
- (B) Taquicardia ventricular monomórfica catecolaminérgica.
- (C) Padrão de Brugada tipo 3.
- (D) Taquicardia idiopática de via de saída do VD por atividade deflagrada.

39

Sobre as Taquicardias por Reentrada Nodal (TRN), é correto afirmar:

- (A) O sinal de “FROG” é patognomônico destas taquicardias.
- (B) Ocorre com frequência similar em ambos os sexos.
- (C) Apresentam bom prognóstico em longo prazo.
- (D) A presença de uma taquicardia com intervalo R-P’ longo é a forma mais comum de apresentação eletrocardiográfica.

40

Em relação à taquicardia por reentrada ramo-a-ramo é correto afirmar, EXCETO:

- (A) Pode ocorrer em pacientes sem disfunção ventricular.
- (B) Geralmente ocorre em pacientes portadores de cardiomiopatia dilatada que apresentam anormalidades de condução importante, principalmente no ramo esquerdo.
- (C) O eletrocardiograma fora da crise pode demonstrar ritmo sinusal, fibrilação atrial, bloqueio atrioventricular de primeiro grau e bloqueio de ramo esquerdo.
- (D) A ablação do ramo esquerdo é a terapêutica preferencial.

