

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Eletrofisiologia Clínica Invasiva



● PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025 ●

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 A25**. 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**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. 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.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. 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

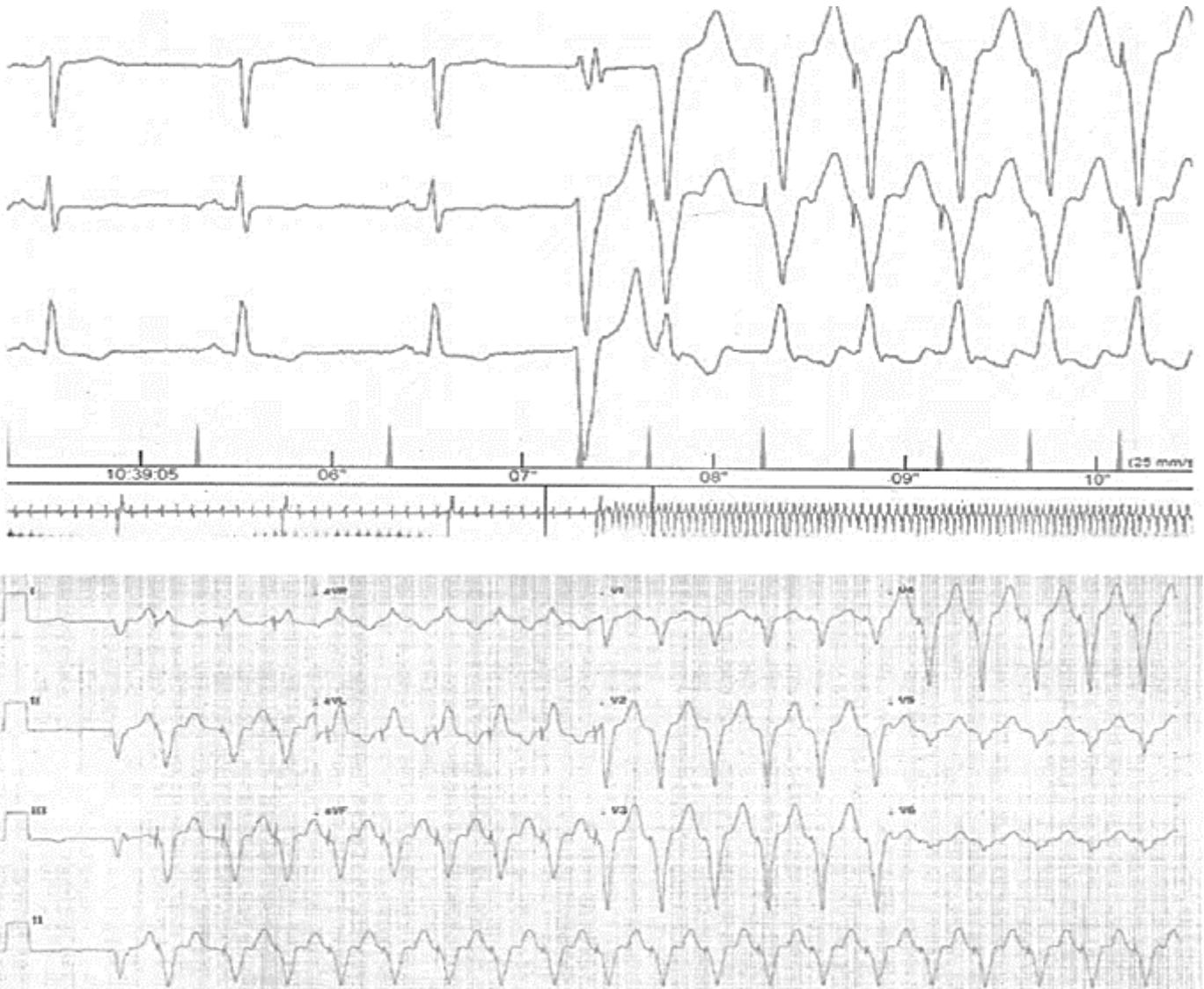
O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	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 Ca²⁺ – Cálcio Cl⁻ – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO₃⁻ – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K⁺ – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg²⁺ – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na⁺ – Sódio PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL</p>
<p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</p> <p>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>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 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) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm³ Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm³ Eosinófilos = 20 a 420/mm³ Basófilos = 10 a 80/mm³ Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm³ Monócitos = 220 a 730/mm³ Segmentados = 1.500 a 5.000/mm³ Bastonetes = até 829/mm³ Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm³ 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 Hb 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>	

01

Mulher, 60 anos de idade, portadora de marca-passo atrioventricular por doença do nó sinusal. Em consulta, queixa-se de episódios de palpitações taquicárdicas. Nega dor torácica, dispneia, síncope ou pré-síncope. Exame físico sem alterações. Em Holter, apresenta períodos de taquicardia que são demonstrados a seguir, também evidenciados em ECG de 12 derivações.



Com base nos traçados apresentados, assinale a alternativa que indica o diagnóstico e a conduta correta.

- (A) Taquicardia ventricular. Encaminhada para o pronto-socorro para internação, investigação de causas secundárias e tratamento da arritmia.
- (B) Taquicardia atrial conduzida pelo marca-passo. Iniciado β -bloqueador via oral e reavaliação ambulatorial.
- (C) Taquicardia mediada pelo marca-passo. No dia da consulta, pedida avaliação eletrônica para a equipe de marca-passo e possível ajuste de parâmetros. Seguimento ambulatorial.
- (D) Fibrilação atrial pré-excitada. Encaminhada para o pronto socorro para cardioversão elétrica e ablação da via anômala.

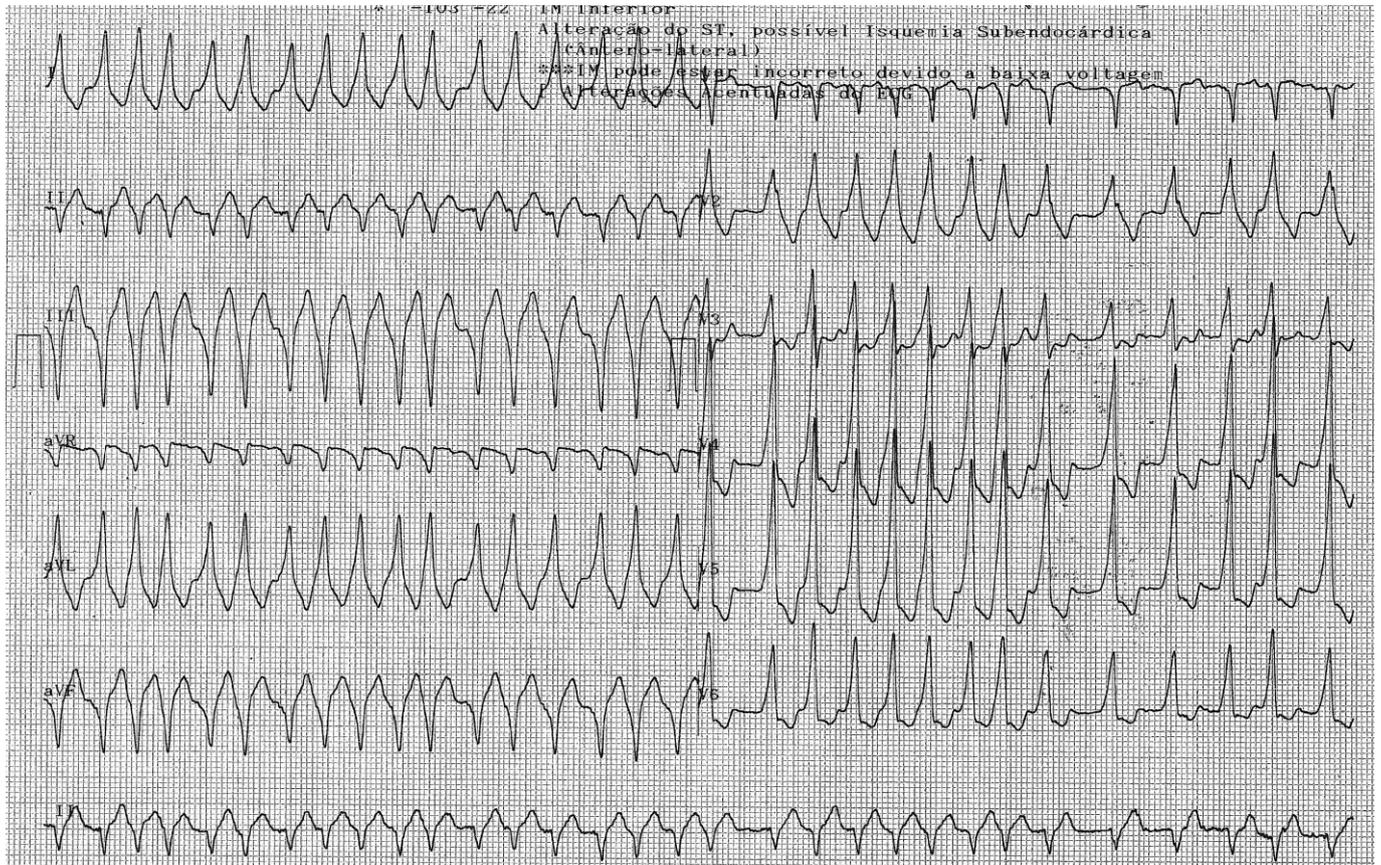
02

Paciente com Síndrome de Brugada tipo 1 espontâneo e síncope recorrentes foi submetido ao implante de CDI há cerca de 2 meses. Teve 3 terapias inapropriadas. Neste caso, quais seriam as 2 principais hipóteses?

- (A) Fratura de eletrodo ou ruído.
- (B) *Oversensing* de onda T ou fibrilação atrial.
- (C) *Undersensing* de onda T ou fibrilação atrial.
- (D) *Undersensing* de onda T ou taquicardia sinusal.

03

Mulher, 50 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com queixas de palpitações taquicárdicas e mal-estar. Nega síncope ou pré-síncope. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdica, estável hemodinamicamente, com SpO₂ de 96% em ar ambiente. Foi realizado ECG apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta correta.

- (A) Taquicardia ventricular. Amiodarona endovenosa.
- (B) Taquicardia atrial com aberrância. β-bloqueador endovenoso.
- (C) Fibrilação atrial pré-excitada. Amiodarona endovenosa.
- (D) Fibrilação atrial pré-excitada. Cardioversão elétrica.

04

Paciente de 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, diabetes melito não-insulino dependente, com doença arterial periférica importante (ex-tabagista), foi submetida à ablação por cateter para tratamento de Fibrilação Atrial (FA) persistente há cerca de 6 meses. Estava em uso de Anticoagulante Oral de Ação Direta (ACOD), sem antiarrítmico, quando iniciou quadro de palpitações taquicárdicas arrítmicas há cerca de 24 horas. Procura o serviço de emergência, com quadro de dispneia leve, PA de 130×80 mmHg, ECG com FA, QRS estreito e frequência cardíaca em torno de 140 bpm. Estava em jejum há cerca de 6 horas, e tinha tentado uso de amiodarona 200 mg por conta própria, sem sucesso. Refere que veio preparada para Cardioversão Elétrica (CVE), conforme orientação do seu médico. Indagada sobre o uso do ACOD, refere ter “falhado algumas doses” nos últimos 30 dias. Considerando as atuais recomendações e diretrizes, assinale a alternativa mais adequada quanto ao manejo da anticoagulação durante a cardioversão.

- (A) Proceder à CVE sem ecocardiograma transesofágico após 2 horas da administração de um ACOD.
- (B) Proceder à CVE após o ecocardiograma transesofágico realizado no mesmo dia e sem trombos.
- (C) Suspender a CVE, baixar a frequência cardíaca com β-bloqueador, dar alta hospitalar com amiodrona e programar CVE eletiva após 3 semanas de uso correto do ACOD.
- (D) Proceder à CVE sem necessidade de ecocardiograma transesofágico, pois a paciente fez uso de ACOD a maior parte do tempo.

05

Observe o traçado de ECG apresentado a seguir:



Em relação ao traçado apresentado, pode-se afirmar:

- (A) O traçado mostra uma pré-excitação fixa.
- (B) A via acessória em questão provavelmente está situada na região anterior esquerda.
- (C) Trata-se de uma taquicardia por reentrada átrio-ventricular antidrômica e deve ser encaminhada prontamente para ablação.
- (D) O traçado é de uma fibrilação atrial com pré-excitação ventricular por uma via acessória esquerda.

06

Em relação ao atendimento de pacientes com síncope na unidade de emergência, pode-se afirmar:

- (A) A realização de eletrocardiograma e ecocardiograma é mandatória para pacientes, independentemente da história clínica.
- (B) A estruturação do atendimento em unidades especiais de síncope resulta em uma condução mais eficaz, porém com maior custo.
- (C) A história clínica e o eletrocardiograma são as principais ferramentas para avaliação inicial de risco cardiovascular.
- (D) A utilização de teste de inclinação na unidade de emergência é necessária para a maioria dos pacientes.

07

Leia as seguintes afirmações sobre as taquicardias ventriculares sem cardiopatia estrutural:

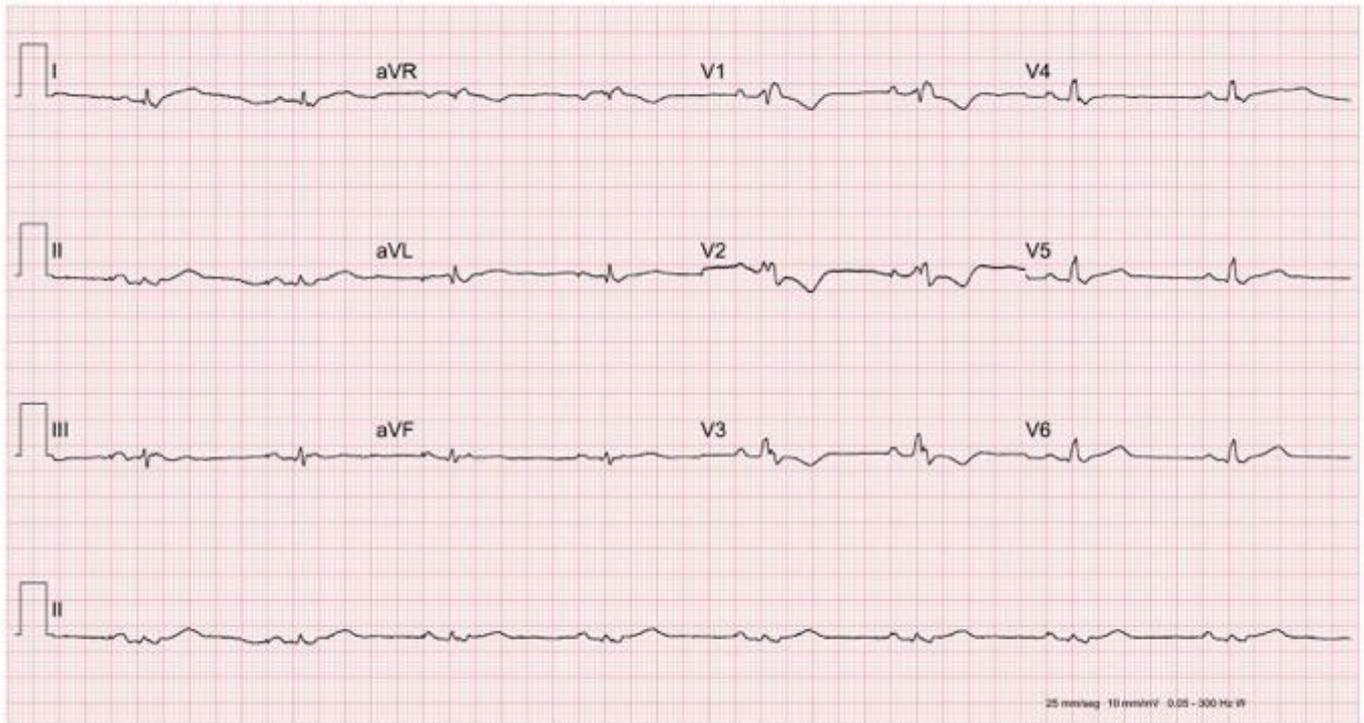
- I – As taquicardias ventriculares verapamil-sensíveis são, geralmente, as de via de saída do ventrículo direito. A ablação por cateter é altamente eficaz no tratamento curativo.
- II – As taquicardias do fascículo pósterio-inferior costumam ter um padrão de bloqueio de ramo direito e hemibloqueio pósterio-inferior (ou BDPI). O tratamento curativo é a ablação por cateter.
- III – As taquicardias adrenérgicas-dependentes com padrão bidirecional não estão relacionadas ao mecanismo de reentrada. Deve ser considerado o uso de β -bloqueadores tipo propranolol ou nadolol e investigar causas genéticas.

Está correto o que se afirma em:

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

08

Paciente de 33 anos de idade procura pronto-socorro com episódios de palpitações aos esforços e episódio de síncope ao subir escada. Na avaliação inicial, apresenta PA de 100x60 mmHg, FC de 52 bpm. Relata fazer atividades físicas regulares com pedaladas em estrada. Foi realizado o ECG apresentado a seguir:



Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A bradicardia sinusal é comum em atletas de *endurance*, não sendo necessário progredir a investigação.
- (B) Paciente com bloqueio de ramo direito e bradicardia, deve ser investigado para a presença de doença de Chagas, sendo essencial a realização de raio-X, ecocardiograma e Holter para avaliação do escore de Rassi.
- (C) Deve-se avaliar a história familiar do paciente, também sendo essencial a realização de ressonância magnética do coração.
- (D) Como o paciente é jovem e apresenta-se hipotenso e bradicárdico, a hipótese de síncope vasovagal é a mais provável.

09

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

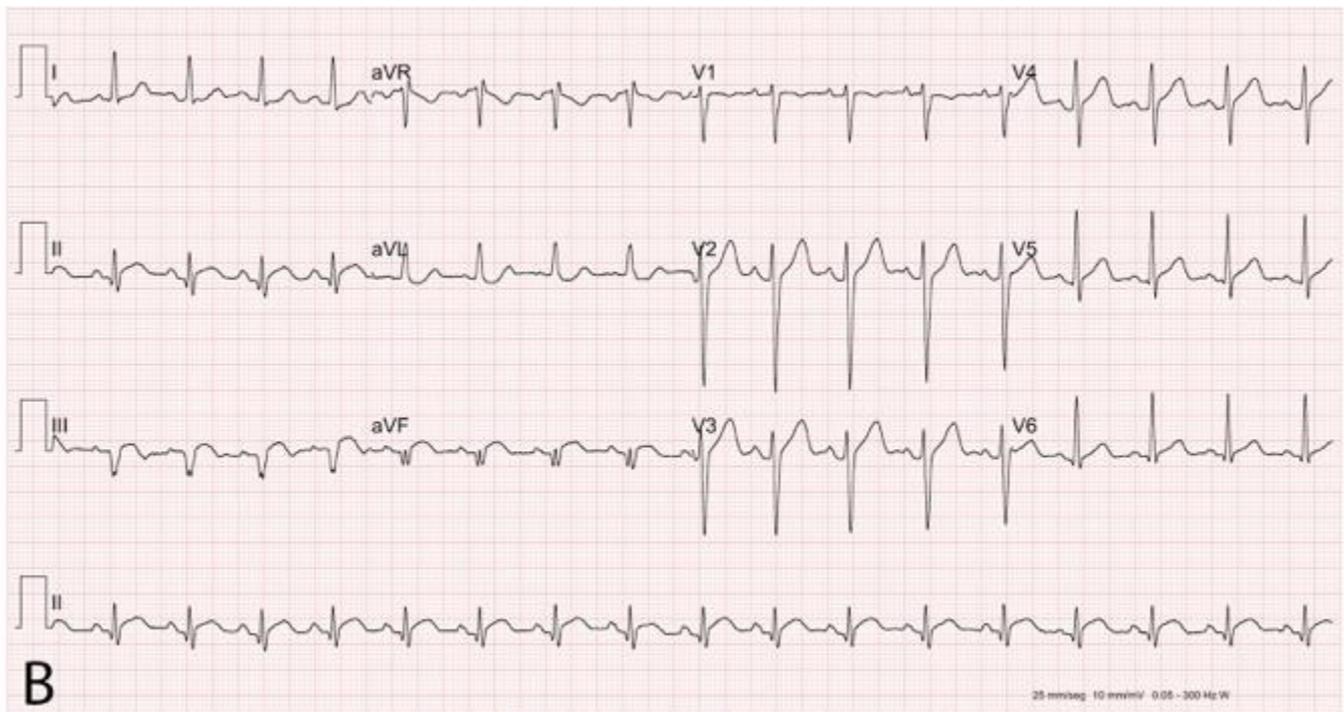
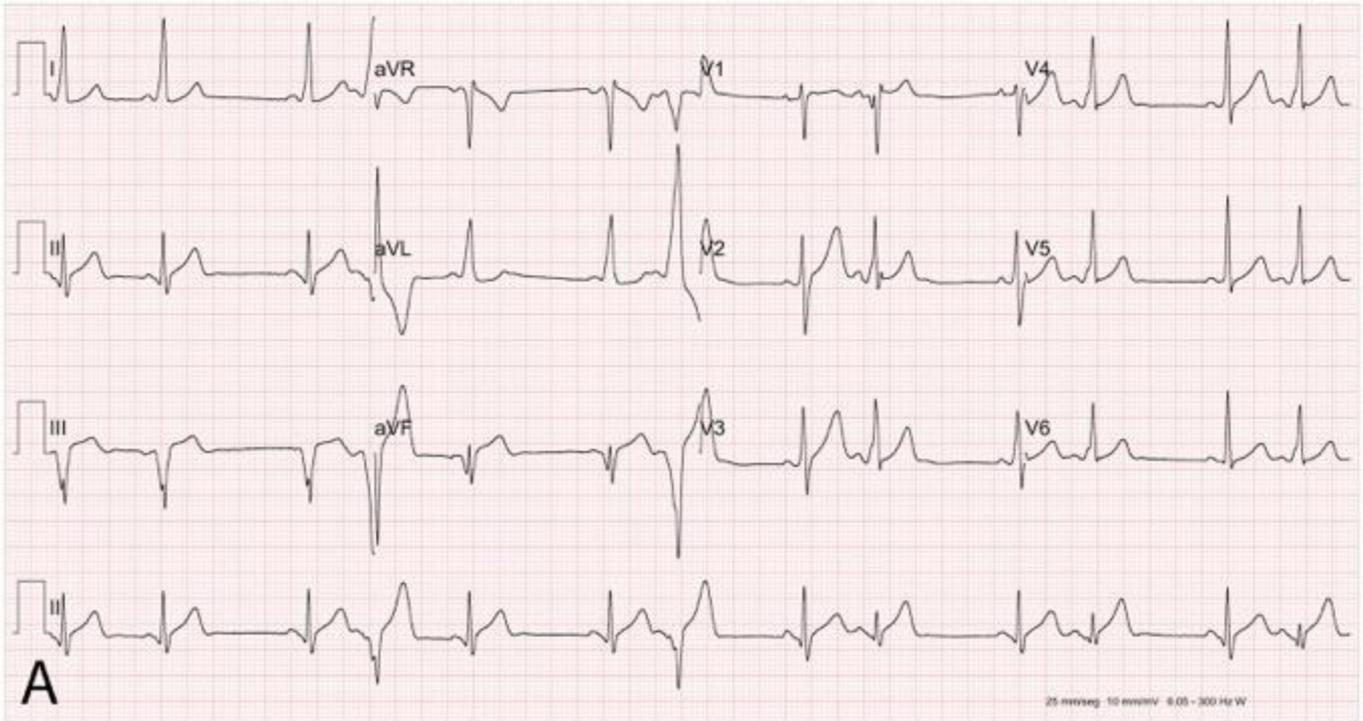
- I - Os dados do estudo AUGUSTUS demonstraram que a dose de apixabana mais adequada para redução de sangramento foi a de 2,5 mg duas vezes ao dia e clopidogrel 75 mg, sem acréscimo de aspirina, por até 12 meses. Depois, apenas apixabana 5 mg ou 2,5 mg duas vezes ao dia, a depender do cálculo de peso, 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 que 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) I, II e III.

10

Paciente de 18 anos de idade, com Síndrome de Wolff-Parkinson-White com duas tentativas prévias de ablação, submetido a novo procedimento sendo realizadas múltiplas aplicações utilizando cateter irrigado. A seguir, são apresentados o traçado antes da ablação (A) e o traçado realizado na manhã do dia seguinte ao procedimento (B), onde o paciente relata ter apresentado desconforto torácico por toda a noite.

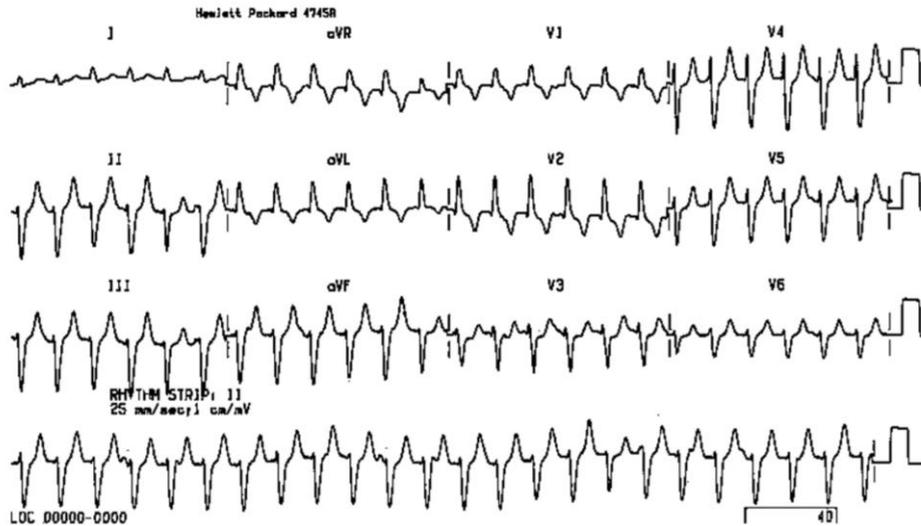


Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Recorrência da pré-excitação.
- (B) Pericardite.
- (C) Memória elétrica.
- (D) Infarto do miocárdio em evolução.

11

O eletrocardiograma apresentado a seguir foi feito no momento de uma crise de palpitações taquicárdicas em um paciente de 45 anos de idade, logo após o esforço físico, sem antecedentes prévios de cardiopatia. O paciente estava com PA de 110×70 mmHg e a FC em torno de 170 bpm.

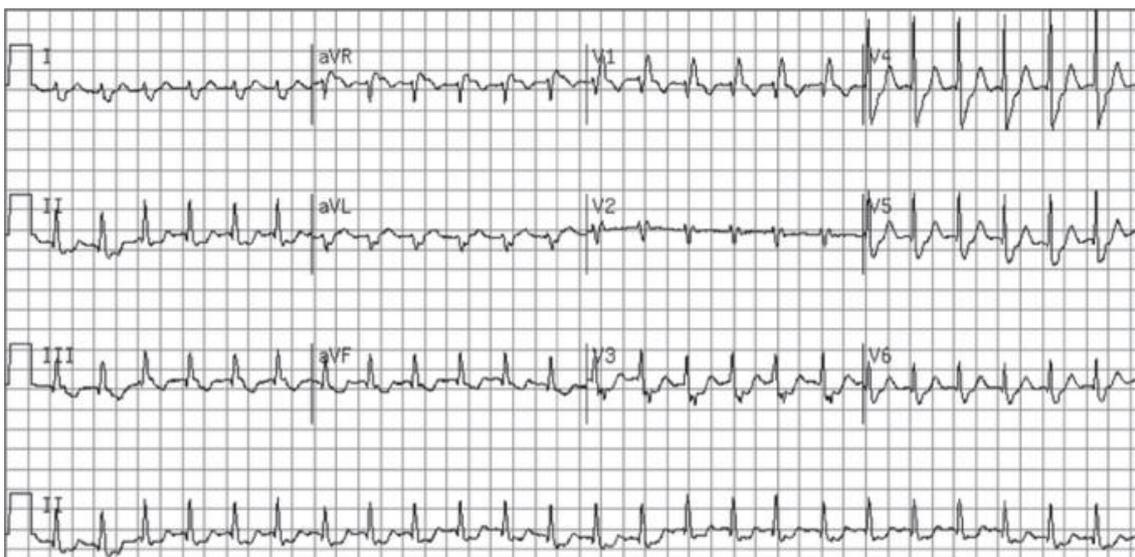


Com base neste ECG da crise é, possível afirmar:

- (A) A principal hipótese diagnóstica é de se tratar de uma taquicardia ventricular tipo fascicular por reentrada no fascículo pósteroinferior e pode responder ao uso de verapamil IV.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é de se tratar de uma taquicardia ventricular idiopática do ventrículo esquerdo por reentrada no fascículo ântero-superior, com boa resposta ao uso de adenosina IV.
- (C) A principal hipótese diagnóstica é de se tratar de uma taquicardia supraventricular tipo juncional com períodos de dissociação AV, com possibilidade de resposta após uso de β-bloqueador IV.
- (D) A principal hipótese diagnóstica é de uma taquicardia ventricular idiopática fascicular ântero-medial, por mecanismo automático e boa resposta ao uso de β-bloqueador IV.

12

Mulher, 56 anos de idade, com queixa de palpitação de início há 40 minutos, muito sintomática, porém sem sinais ou sintomas de baixo débito cardíaco. A pressão arterial na admissão era de 130×80 mmHg. O traçado da crise encontra-se a seguir. A paciente não apresenta cardiopatia estrutural e nenhuma outra comorbidade clínica.

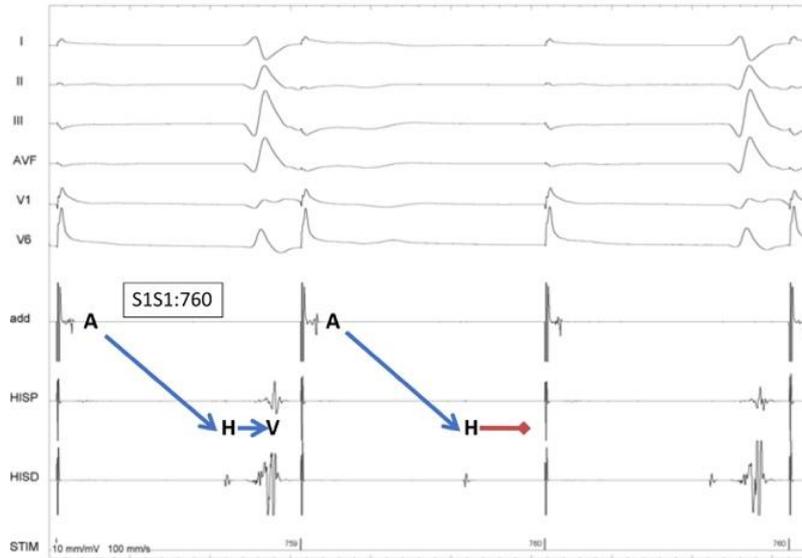


Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e o tratamento indicados na emergência.

- (A) Trata-se de taquicardia supraventricular com aberrância pelo ramo esquerdo. Administração imediata de adenosina.
- (B) Trata-se de taquicardia ventricular fascicular. Cardioversão elétrica de imediato.
- (C) Trata-se de taquicardia ventricular fascicular. Verapamil ou qualquer outro antagonista de cálcio venoso.
- (D) Trata-se de taquicardia supraventricular com aberrância pelo ramo direito. Administração imediata de adenosina.

13

Paciente de 75 anos de idade, com antecedente de cirurgia valvar aórtica, apresenta episódio de síncope. Encaminhado para estudo eletrofisiológico sendo evidenciado intervalo HV de 65 ms com bloqueio de ramo direito. Na estimulação atrial programada, foi evidenciado ponto de Wenckebach de 760 ms com o traçado apresentado a seguir:



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O estudo eletrofisiológico define bloqueio AV como o principal mecanismo da síncope, estando indicado marcapasso definitivo.
- (B) O estudo eletrofisiológico é inconclusivo para o mecanismo da síncope, devendo o paciente ser submetido ao implante de *loop recorder* implantável.
- (C) O estudo eletrofisiológico foi inconclusivo, devendo o paciente ser seguido com Holter.
- (D) O ponto de Wenckebach elevado com bloqueio supra-His apresentado no traçado é decorrente do efeito da anestesia, revertido com atropina ou isoproterenol.

14

Paciente de 67 anos de idade com antecedente de infarto agudo do miocárdio com supra de ST de parede inferior há 10 anos, com seqüela no ecocardiograma de acinesia inferior e FEVE 45%, comparece em consulta médica se queixando de cansaço aos esforços. Faz uso de terapia médica otimizada para IC. Na investigação, foi realizado um novo ecocardiograma que identificou FEVE 35%, e um Holter com o achado apresentado a seguir:

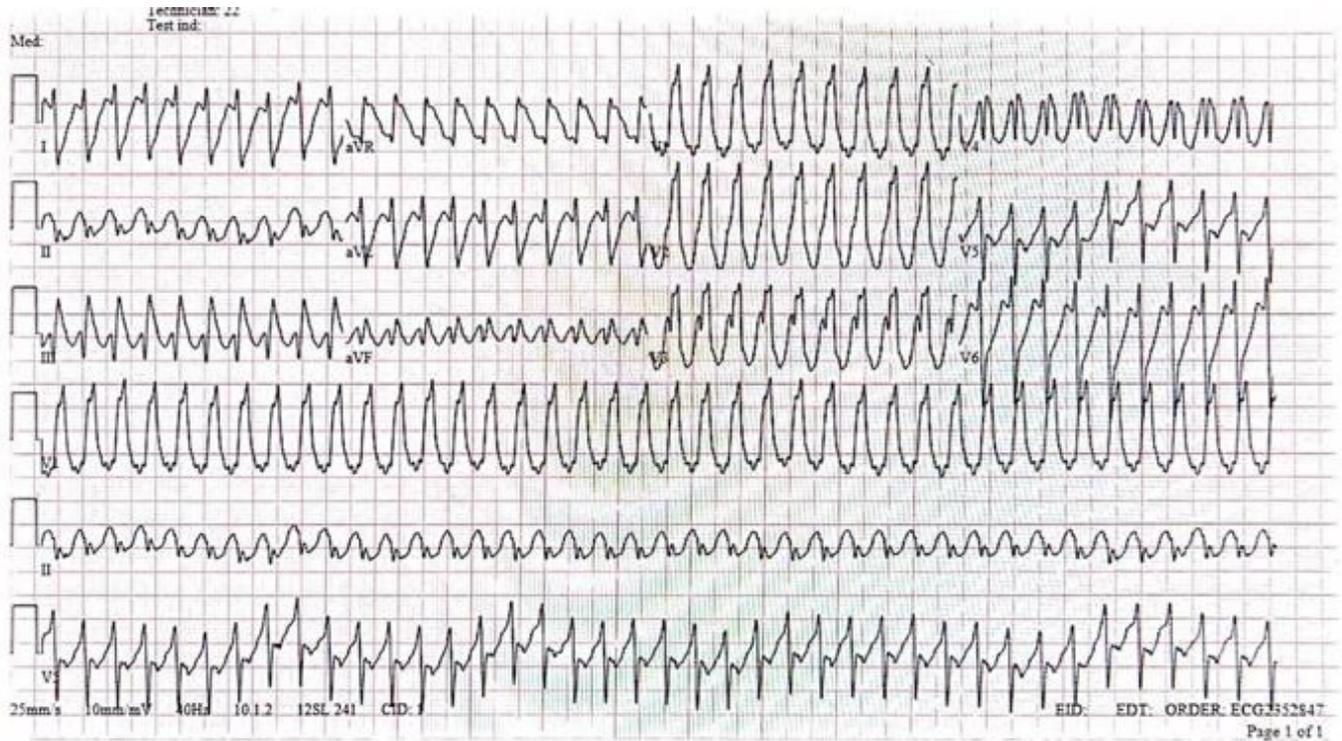
4 - Resumo Estatístico	
Totais:	
Duração (h):	23:49
Nº Total de QRS's:	95.486
Ectópicos Ventriculares:	22.646 (24%)
Ectópicos Supraventriculares:	27 (<1%)
Artefatos (%):	4
Arritmias Ventriculares:	
5.679 Isoladas, das quais	
0 em 0 episódios de Bigeminismo	
2.289 Episódios em Pares	
3.390 Taquicardias	
Maior:	28 bat., 95 bpm às 11:16:29
Mais rápida:	3 bat., 126 bpm às 04:12:41
Mais lenta:	3 bat., 74 bpm às 14:09:14

Sobre as EV em pacientes com miocardiopatia isquêmica, assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes com cicatriz ventricular, em geral as EV são causadas por reentrada dentro da cicatriz, e não costuma se associar a piora de FEVE.
- (B) A disfunção ventricular causada por EV, nesses pacientes, pode melhorar com ablação por cateter, tanto quanto em pacientes com EV idiopáticas.
- (C) Os pacientes com maior carga de cicatriz ventricular costumam responder mais à ablação do que aqueles com pouca cicatriz.
- (D) O uso de propafenona é uma boa opção no tratamento desses pacientes.

15

Paciente de 55 anos de idade, com quadro de síncope precedida de palpitações durante jogo de futebol, foi trazido via ambulância ao pronto-socorro, identificada FC de 240 bpm e foi realizado um novo ECG apresentado a seguir. O paciente tem antecedente de HAS, fibrilação atrial paroxística, sem cardiopatia estrutural, faz uso de rivaroxabana 20 mg 1x/dia, propafenona 300 mg 2x/dia e losartana 50 mg 1x/dia.



Qual o mecanismo mais provável da arritmia apresentada?

- (A) Taquicardia ventricular.
- (B) Flutter atrial tipo Ic.
- (C) Fibrilação atrial com pré-excitação ventricular.
- (D) Taquicardia por reentrada nodal com aberrância de condução.

16

Homem, 28 anos de idade, atleta amador de corrida, é diagnosticado com Miocardiopatia Hipertrófica (MCH) durante uma avaliação de rotina. Ele está completamente assintomático do ponto de vista cardiovascular. A investigação revela os seguintes dados:

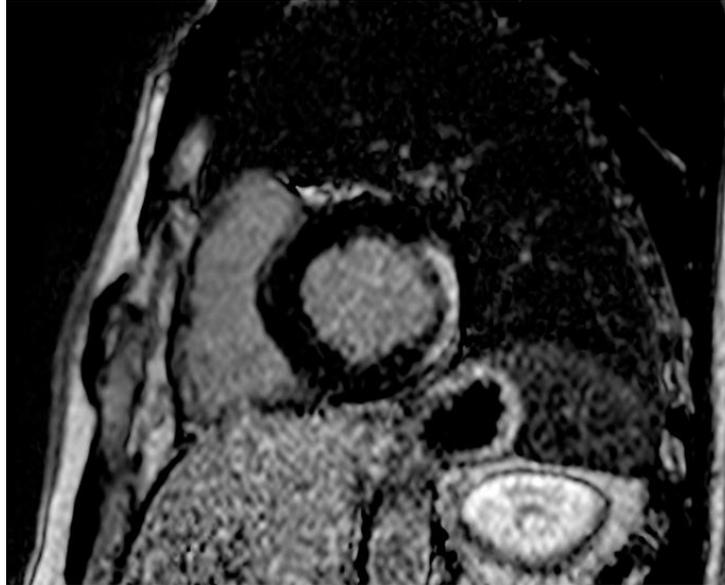
- **Ecocardiograma:** Hipertrofia septal assimétrica com espessura máxima de 22 mm. Fração de ejeção do VE de 65%. Ausência de obstrução da via de saída do VE em repouso e sob manobra de Valsalva.
- **Holter 24h:** Ritmo sinusal, sem arritmias ventriculares complexas. Foram registrados 3 episódios de Taquicardia Ventricular não Sustentada (TVNS), o mais longo com 4 batimentos a 150 bpm.
- **História Familiar:** Um tio paterno faleceu subitamente aos 45 anos de idade, com diagnóstico *post-mortem* de MCH.
- **Teste Ergométrico:** Atingiu 11 METs, sem arritmias. A resposta da pressão arterial ao esforço foi normal (elevação > 20 mmHg no pico).

Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada para a prevenção de morte súbita neste paciente.

- (A) Indicar o implante de CDI para prevenção primária, pois a presença de múltiplos fatores de risco justifica a intervenção.
- (B) Realizar uma ressonância magnética cardíaca para avaliar a presença de fibrose miocárdica e decidir a conduta com base nesse achado.
- (C) Manter seguimento clínico a cada 6 a 12 meses, com orientação para cessar atividades esportivas competitivas, sem indicação de CDI no momento.
- (D) Iniciar tratamento com betabloqueadores em dose máxima tolerada, e repetir o Holter em 3 meses para reavaliar a carga de TVNS.

17

Paciente de 49 anos de idade, com história de tontura, escurecimento visual, palpitação de início súbito, regular e dor torácica em aperto, sudorese, durando 1 hora. Foi levado ao posto de saúde onde fez ECG e recebeu medicação venosa, não se lembra de detalhes. Refere que teve um quadro semelhante há cerca de 1 ano, estava trabalhando, teve palpitação, tontura e foi ao pronto-socorro onde foi orientado a passar em consulta com cardiologista. Foi medicado com AAS e amiodarona porém não tomou as medicações. Apresenta ecocardiograma transtorácico com AO: 33; AE: 35; VE: 55 x 44 mm; Septo 7 PP 7 FEVE 50%. Demais câmaras de tamanhos normais. VE com hipocinesia dos segmentos basal e médio da parede lateral; RDA. VD normal. IAO eIT mínimas. Submetido à ressonância do coração que é apresentada na imagem a seguir a sequência do realce tardio no eixo curto:



Com base na imagem apresentada, pode-se afirmar:

- (A) Apesar de paciente apresentar hipocinesia lateral, paciente com função ventricular preservada apresenta ausência de cardiopatia estrutural.
- (B) Paciente com cicatriz epicárdica lateral basal, sendo doença de Chagas e miocardite prévia as hipóteses de cardiopatia mais prováveis.
- (C) Paciente com cicatriz miocárdica de padrão isquêmico deve ser submetido à cineangiocoronariografia.
- (D) Caso o paciente apresenta arritmia ventricular, o uso de amiodarona é Classe III baseado nas diretrizes devido ao paciente apresentar função ventricular preservada e arritmia ventricular idiopática.

18

Homem, 38 anos de idade, completamente assintomático, é encaminhado para avaliação cardiológica devido à morte súbita de seu irmão aos 32 anos. O Eletrocardiograma (ECG) basal do paciente é normal. Durante um episódio febril (39,5 °C) por uma infecção viral, um ECG realizado no pronto-socorro revela um padrão de Brugada tipo 1 em V1 e V2, que se resolve, completamente, após a normalização da temperatura. Subsequentemente, um Estudo Eletrofisiológico (EEF) com estimulação ventricular programada é realizado e resulta negativo para a indução de arritmias ventriculares sustentadas.

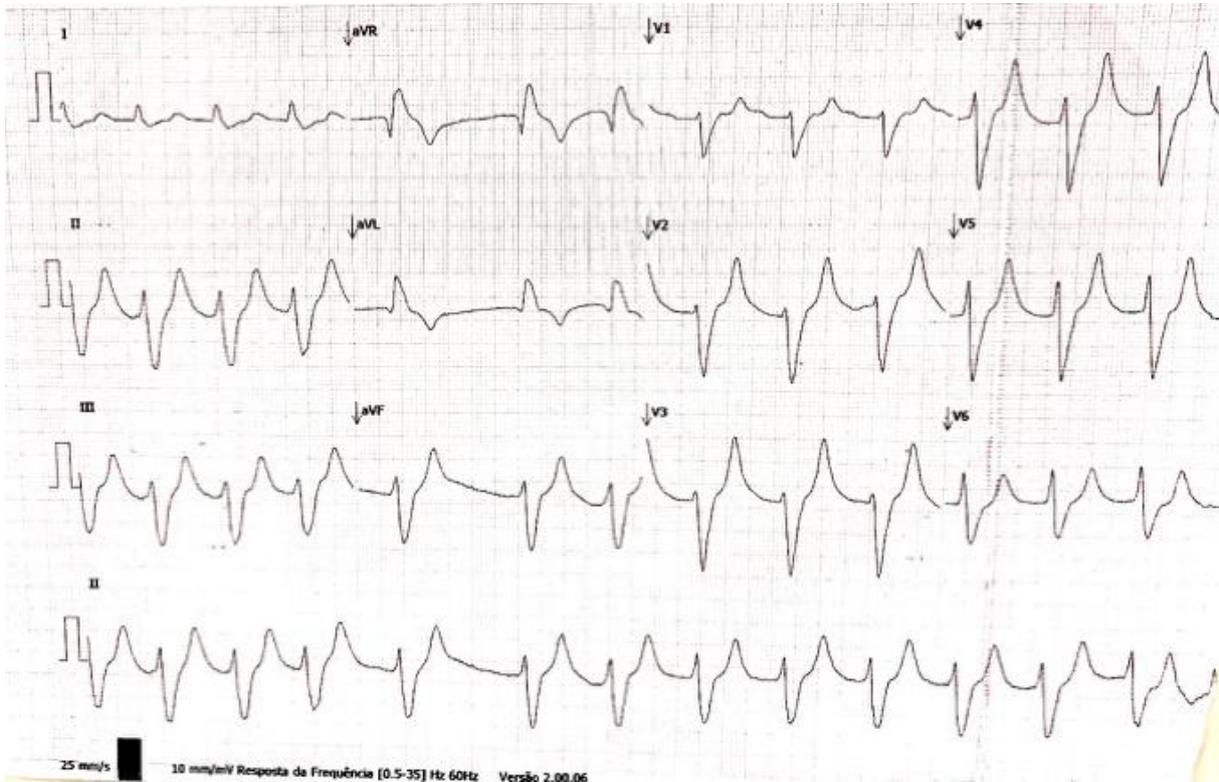
Qual das seguintes condutas representa a abordagem mais adequada para este paciente?

- (A) Indicar o implante profilático de um Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI) devido à história familiar e ao padrão tipo 1 induzido por febre.
- (B) Iniciar terapia farmacológica com quinidina como profilaxia primária e manter seguimento ambulatorial.
- (C) Orientar o paciente a evitar fármacos que possam induzir o padrão de Brugada, tratar agressivamente a febre e manter vigilância clínica seriada, sem indicação de terapia invasiva no momento.
- (D) Recomendar o implante de um monitor de eventos de longa duração (*loop recorder*) para detectar arritmias assintomáticas e reavaliar a indicação de CDI conforme os achados.

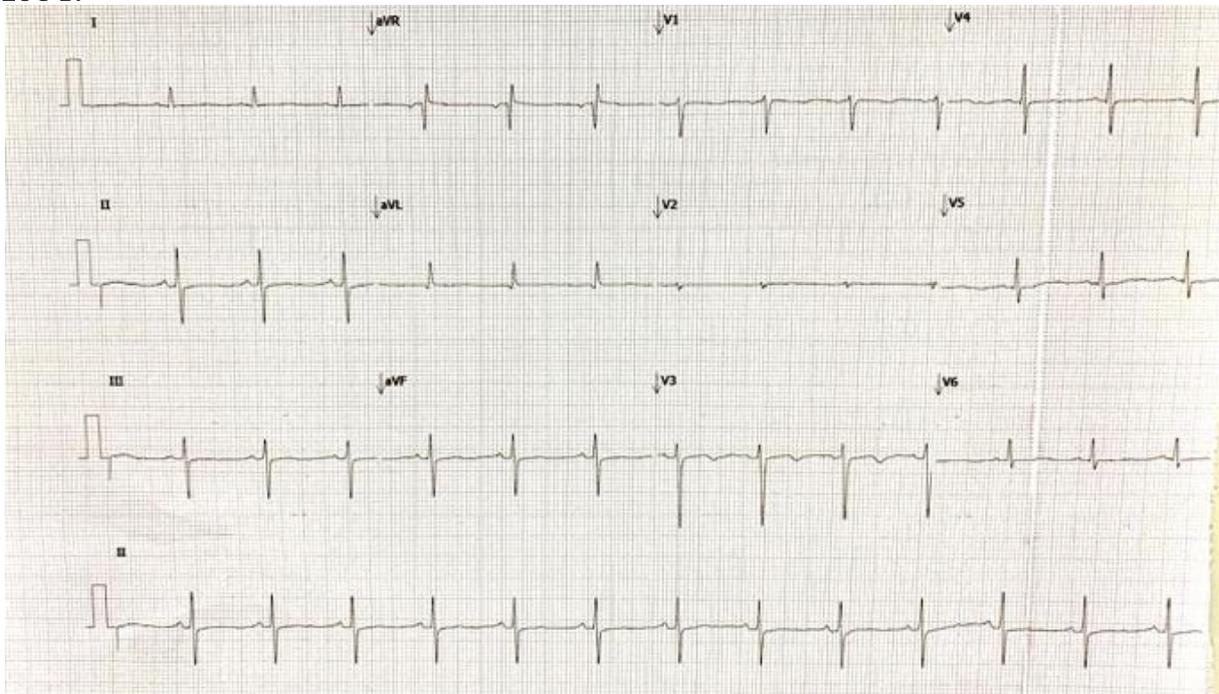
19

Homem, 75 anos de idade, morador de casa de repouso, foi encontrado desacordado pelos cuidadores, sendo encaminhado para o pronto-socorro através do SAMU, foi realizado ECG de entrada apresentado a seguir (ECG A). Ao exame físico, apresenta-se desidratado, sonolento com PA de 80×50 mmHg com sinais flogísticos em cateter Permichath e hiperglicemia. Após receber hidratação e insulina endovenosa, apresenta modificação do ECG para o apresentado na imagem (ECG B).

ECG A:



ECG B:

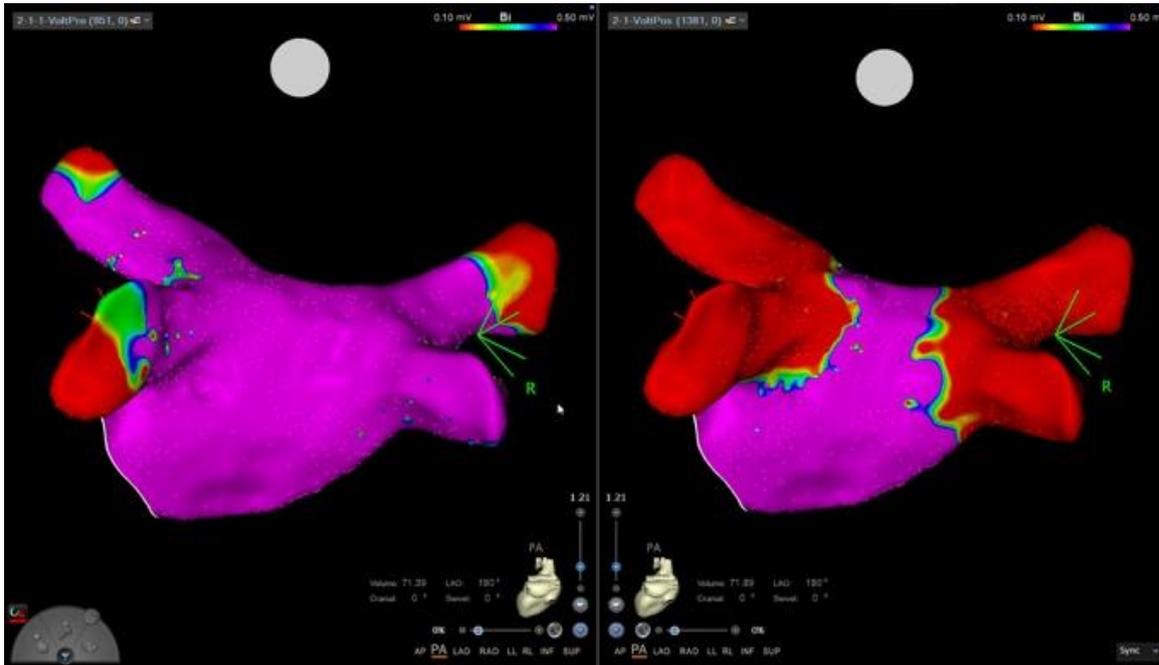


Após a abordagem inicial na sala de emergência, pode-se afirmar que o paciente apresentou

- (A) reversão da fibrilação atrial com aberrância de condução.
- (B) espontânea da taquicardia ventricular cicatricial.
- (C) reversão do bloqueio de ramo esquerdo.
- (D) correção da hipercalemia.

20

Paciente submetido à ablação de fibrilação atrial utilizando sistema de mapeamento eletroanatômico CARTO, comparece para consulta de retorno pós ablação sem relatório do procedimento, apenas trazendo a foto do mapa enviado pelo eletrofisiologista, conforme imagem a seguir:



Com base no mapeamento, analise as seguintes afirmações:

- I - O paciente não apresenta cicatriz atrial.
- II - O paciente apresenta cicatriz atrial extensa.
- III - O paciente foi submetido a ablação de fibrilação atrial com isolamento das quatro veias pulmonares e parede posterior do átrio esquerdo.

Está correto o que se afirma em:

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

