

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Hemodinâmica e
Cardiologia Intervencionista



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **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 A26**. 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 ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K ⁺ – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg ²⁺ – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	 Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	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

01

Mulher, 68 anos de idade, com histórico prévio de hipertensão bem controlada, comparece ao hospital com vários dias de dor torácica subesternal intermitente e falta de ar. Na admissão ao pronto-socorro, sua PA é de 90x70 mmHg, FC de 120 bpm e FR de 26 ipm. Ela apresenta diaforese e está em visível insuficiência respiratória. O exame cardiovascular revela pressão venosa jugular de 8 cm, estertores nas bases pulmonares, sopro sistólico 3/6 na borda esternal esquerda, extremidades frias. O ECG mostra taquicardia sinusal com 2 mm de supra de ST em V1 a V4 e 1 mm de infra de ST em DII, DIII e aVF. Ela recebe ácido acetilsalicílico e é intubada para suporte de vias aéreas. É levada ao laboratório de hemodinâmica para angiografia de emergência. Uma cineangiografia em projeção OAE-cranial da artéria coronária esquerda e um ventriculograma esquerdo são mostrados nas imagens a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais apropriada para a paciente.

- (A) Inserção de balão intra-aórtico e encaminhamento para cirurgia cardíaca de emergência.
- (B) Inserção de balão intra-aórtico seguida de angioplastia primária de artéria.
- (C) Inserção de balão intra-aórtico seguida de angioplastia primária da artéria Descendente Anterior (DA).
- (D) Administração de heparina seguida de angioplastia primária (ICP) da artéria Descendente Anterior (DA).

02

Paciente é admitido no hospital inconsciente e levado imediatamente para sala de emergência. Não apresenta respiração espontânea, nem pulso carotídeo palpável. A monitorização revelou o ritmo apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Manutenção da monitorização cardíaca, oxigenoterapia e acesso venoso. Reavaliação do pulso, da PA, da frequência respiratória, da propedêutica pulmonar e cardíaca e da saturação de O₂.
- (B) Medicação com amiodarona EV e proceder cardioversão elétrica sincronizada com 100J (bifásico).
- (C) Medicação com adrenalina EV e flush de 20 mL de soro fisiológico, seguida de manobras de RCP.
- (D) Desfibrilação com 200J (bifásico), imediatamente seguida por manobras de RCP.

03

Com relação à utilização de β -bloqueadores nas síndromes coronárias agudas, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O benefício clínico dos beta-bloqueadores é bem estabelecido em pacientes com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) < 40% e insuficiência cardíaca estabilizada, incluindo após Infarto do Miocárdio (IM).
- (B) A administração precoce de β -bloqueadores (dentro de 24 horas) é recomendada para a maioria dos pacientes com SCA, desde que não haja contraindicações, como insuficiência cardíaca aguda ou risco de choque cardiogênico.
- (C) Há fortes evidências de que β -bloqueadores intravenosos devem ser usados rotineiramente antes da angioplastia primária (PPCI), pois reduzem de forma consistente o tamanho do infarto e melhoram os desfechos clínicos.
- (D) Nenhum ensaio clínico randomizado com poder estatístico adequado foi realizado para avaliar o benefício clínico dos β -bloqueadores durante a hospitalização em pacientes exclusivamente com SCA sem supradesnívelamento do segmento ST.

06

Mulher, portadora de doença arterial coronária multiarterial, é admitida na emergência por quadro de dor torácica em repouso, com duração de 5 minutos, intermitente, sem relação com esforços. Faz uso de enalapril 10 mg 2x/dia, clortalidona 25 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Ao exame físico, apresentou PA de 200×112 mmHg e FC de 112 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar normais, pulsos presentes e simétricos. Raio-X de tórax sem alterações. ECG com sobrecarga de ventrículo esquerdo com padrão *strain*. Havia realizado cintilografia miocárdica de perfusão 20 dias antes da admissão, que evidenciou hipocaptação persistente inferior com discreto componente transitório associado. Cateterismo cardíaco há 2 anos: DA: 60% terço médio; Cx: 70% proximal; CD: 70% terço médio; VE com função preservada. Foi iniciado nitroglicerina com melhora da dor e dos níveis pressóricos. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

- (A) Realizar CATE em até 48h após introdução de dupla antiagregação.
- (B) Repetir cintilografia com stress físico em até 24h para reavaliação de área isquêmica.
- (C) Manter em tratamento clínico focado em controle pressórico rigoroso e introdução de anti-anginosos. CATE de imediato se instabilidade hemodinâmica ou recorrência da angina.
- (D) Realizar CATE na emergência com introdução heparinização.

04

Homem, 42 anos de idade, previamente hígido, é internado por dor torácica típica e diagnosticado com infarto agudo do miocárdio com supra de ST. Ele recebe dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e ticagrelor, além de heparina e angioplastia com implante de *stent* farmacológico. Três dias após a alta, retorna ao hospital com equimoses extensas, epistaxe recorrente e sangramento gengival espontâneo. Exames laboratoriais revelam:

Plaquetas: 180.000/mm³

TP e TTPa: normais

Tempo de sangramento: prolongado

Teste de agregação plaquetária: Ausência de resposta ao ADP, redução da resposta ao colágeno e resposta normal à ristocetina e epinefrina.

Assinale a alternativa que apresenta a hipótese mais provável para explicar os achados clínico-laboratoriais.

- (A) Síndrome de Bernard-Soulier adquirida secundária à autoimunidade induzida por heparina.
- (B) Efeito farmacológico esperado do ticagrelor, com inibição de P2Y12 e bloqueio secundário da agregação induzida por colágeno.
- (C) Hemofilia A leve não diagnosticada previamente, descompensada após dupla antiagregação.
- (D) Trombocitopatia hereditária tipo Glanzmann trombastenia com manifestação tardia em adulto jovem.

05

São reconhecidos como marcadores de pior prognóstico em pacientes com insuficiência cardíaca:

- (A) Hiponatremia, obesidade, Cr > 2,5 mg/dL.
- (B) Hiponatremia, insuficiência renal crônica, etiologia chagásica.
- (C) Obesidade, elevação do Peptídeo Natriurético Tipo B (BNP), fibrilação atrial.
- (D) Miocardiopatia alcoólica, Cr > 2,5 mg/dL, sexo masculino.

07

Homem, 45 anos de idade, chagásico, comparece ao pronto-socorro com quadro de dispneia progressiva aos esforços, piorando há 4 dias. Ao exame físico, apresenta-se em REG, corado, com FC de 106 bpm rítmico, PA de 132×80 mmHg, BRFN com B3 e sopro sistólico 3+/6+ regurgitativo em foco mitral. MV + com estertores finos em 2/3 inferiores bilateralmente. Edema MMII 3+/4+, tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Dobutamina EV e furosemida EV.
- (B) Captopril VO, espironolactona VO e dobutamina EV.
- (C) Captopril VO, carvedilol VO e nitroglicerina EV.
- (D) Furosemida EV e captopril VO.

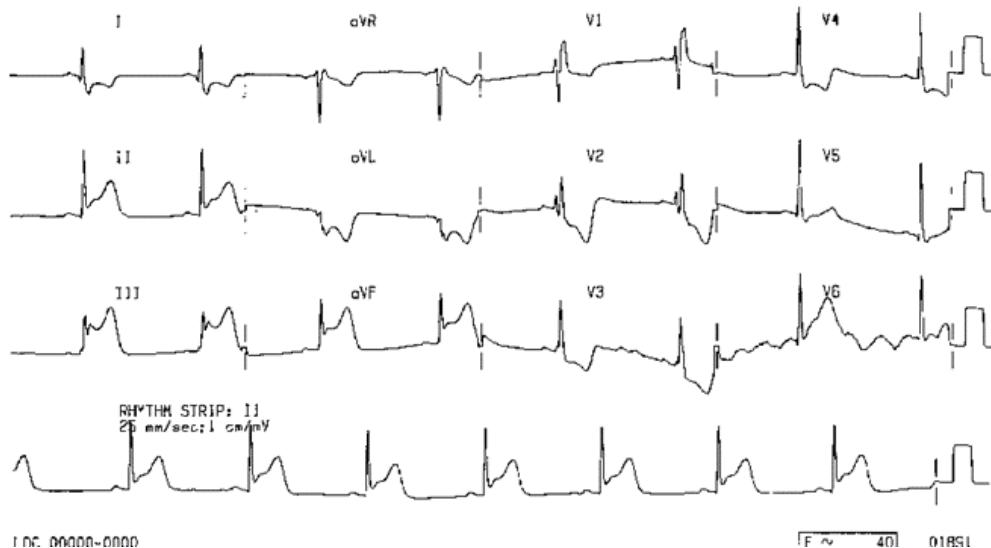
08

De acordo com o estudo DanGer-SHOCK, o uso da bomba microaxial (Impella) em pacientes com choque cardiogênico está associado à

- (A) piora da função ventricular esquerda e aumento da necessidade de diálise.
- (B) melhora hemodinâmica imediata e redução das complicações hemorrágicas.
- (C) redução da mortalidade em 180 dias, com aumento de complicações como isquemia de membros.
- (D) redução da mortalidade apenas em pacientes com função renal normal.

09

Homem, 51 anos de idade, com dor torácica há 3 horas. FC de 60 bpm, PA de 110×60 mmHg. Sua ausculta pulmonar é normal. Foi realizado o ECG apresentado a seguir:



Foi administrado 5 mg de nitrato SL. Após 10 minutos, o paciente encontrava-se hipotônico (pressão arterial sistólica de 60 mmHg), confuso e agitado. Um novo ECG foi realizado, apresentando com taquicardia sinusal e mantendo as demais alterações. A explicação mais plausível para a hipotensão e a conduta inicial frente ao caso é, respectivamente,

- (A) insuficiência mitral aguda e cirurgia cardíaca imediata.
- (B) choque cardiogênico devido a IAM maciço e angioplastia primária.
- (C) reação anafilática ao nitrato corticoide e adrenalina se necessário.
- (D) comprometimento ventricular direito e expansão volêmica.

10

Considerando a fisiopatologia das síndromes coronárias, assinale a alternativa correta em relação à erosão de placa como mecanismo de trombose coronariana.

- (A) A erosão de placa pode ocorrer sem ruptura da capa fibrosa e geralmente está associada à ausência de inflamação significativa.
- (B) A erosão de placa ocorre principalmente em homens > 65 anos e está associada ao tabagismo.
- (C) A erosão de placa representa mais de 70% dos casos de morte súbita de origem cardíaca.
- (D) A erosão de placa representa um subtipo de ruptura de placa e está sempre associada à presença de vasa vasorum intraplaca.

11

Com relação aos pacientes com ANOCA (Angina sem Lesões Coronárias Obstrutivas), assinale a alternativa correta.

- (A) Ponte miocárdica não deve ser considerada causa de ANOCA por se tratar de condição benigna.
- (B) Espasmo microvascular é definido por dor e alterações eletrocardiográficas no teste de acetil colina invasiva, na ausência de espasmo epicárdico.
- (C) Os pacientes com ANOCA são predominantemente homens e apresentam múltiplos fatores de risco cardiovascular.
- (D) A ausência de isquemia em testes funcionais exclui a presença de anormalidades coronarianas não obstrutivas.

12

São indicações Classe I de transplante cardíaco, de acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, EXCETO,

- (A) classe funcional IV persistente com tratamento clínico otimizado e critérios de mau prognóstico.
- (B) pacientes com VO₂ pico ≤ 14 mL/kg/min, intolerantes ao β-bloqueador.
- (C) arritmia ventricular refratária
- (D) pacientes em uso de β-bloqueadores com VO₂ pico ≤ 14 mL/kg/min.

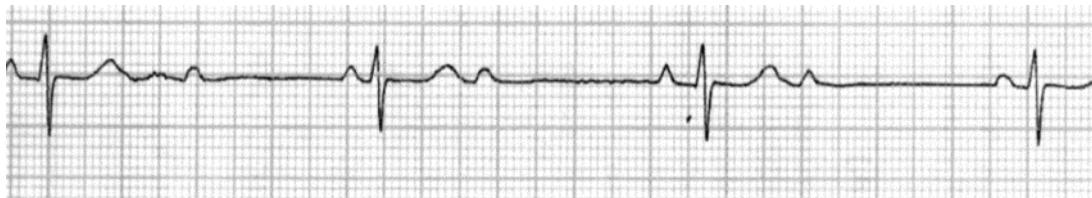
13

Homem, 72 anos de idade, portador de estenose mitral degenerativa calcificada, assintomático, FEVE preservada, PSAP de 60 mmHg ao esforço, escore de Wilkins-Block de 7. Apresenta Calcificação do Anel Mitral (MAC) e é considerado de alto risco cirúrgico pelo STS (12%). Considerando as diretrizes brasileiras, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Realizar valvoplastia com balão Inoue, devido ao escore favorável.
- (B) Indicar tratamento clínico expectante com reavaliação anual.
- (C) Encaminhar diretamente para troca valvar cirúrgica com prótese biológica.
- (D) Avaliar viabilidade de implante valvar transcateter (valve-in-MAC) após discussão em Heart Team.

14

Homem, 72 anos de idade, é admitido no pronto-socorro por dispneia em repouso e tontura há horas. Usa irregularmente medicações para HAS. Na avaliação inicial, apresentou REG, descorado +/4+, taquidispneico, acianótico. FC de 36 bpm, FR de 34 irpm, PA de 110×52 mmHg, BRNF sem sopros. MV + com estertores finos até ápices bilateralmente. SpO₂ de 88% em ar ambiente. O ECG é apresentado na imagem a seguir:

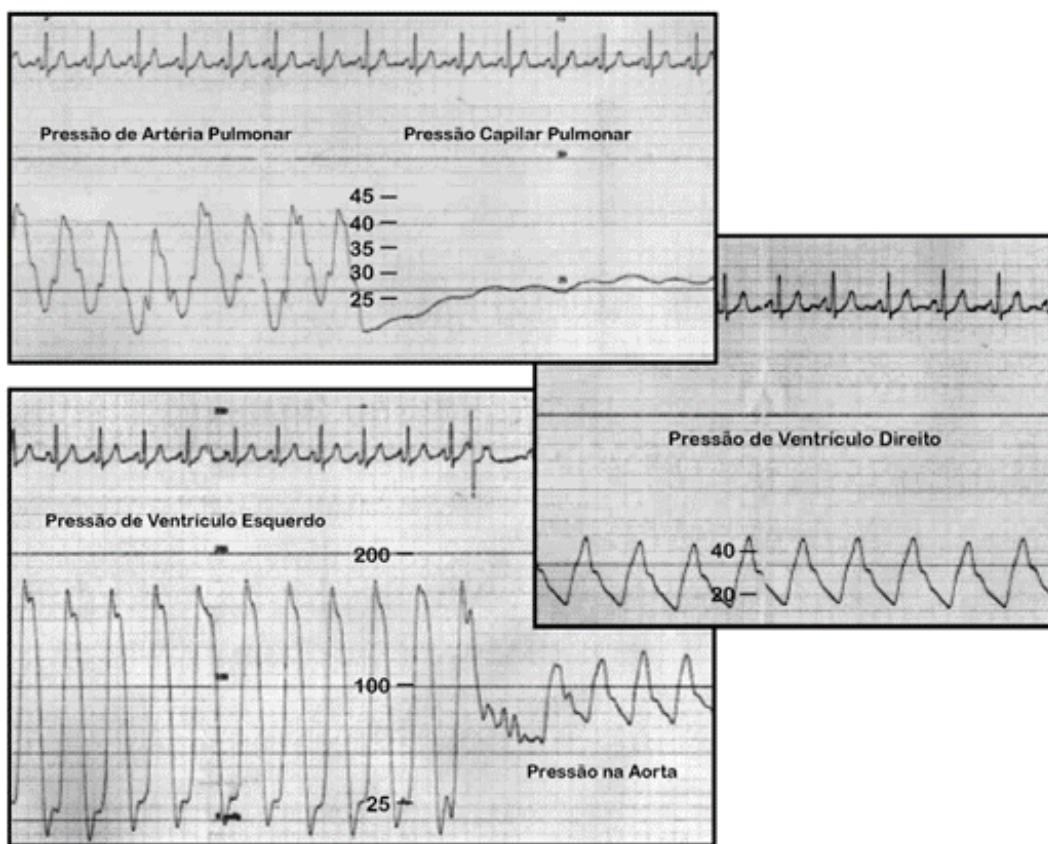


Assinale a alternativa que apresenta a conduta sequencial adequada.

- (A) Manutenção da monitorização, oxigenoterapia, acesso venoso, atropina 0,5 mg IV, implante de marcapasso transvenoso provisório e aguardar avaliação da equipe de marcapasso para indicação de dispositivo definitivo.
- (B) Manutenção da monitorização, oxigenoterapia, acesso venoso e medicação com dopamina IV em bólus até chegada do marcapasso transcutâneo.
- (C) Manutenção da monitorização, oxigenoterapia, acesso venoso e medicação com adrenalina 1 mg EV.
- (D) Tentativa de cardioversão elétrica pela instabilidade.

15

Jovem de 24 anos de idade está em programação de tratamento cirúrgico de valvopatia de etiologia reumática. No pré-operatório, foi realizado cateterismo no qual se obteve as seguintes avaliações manométricas:

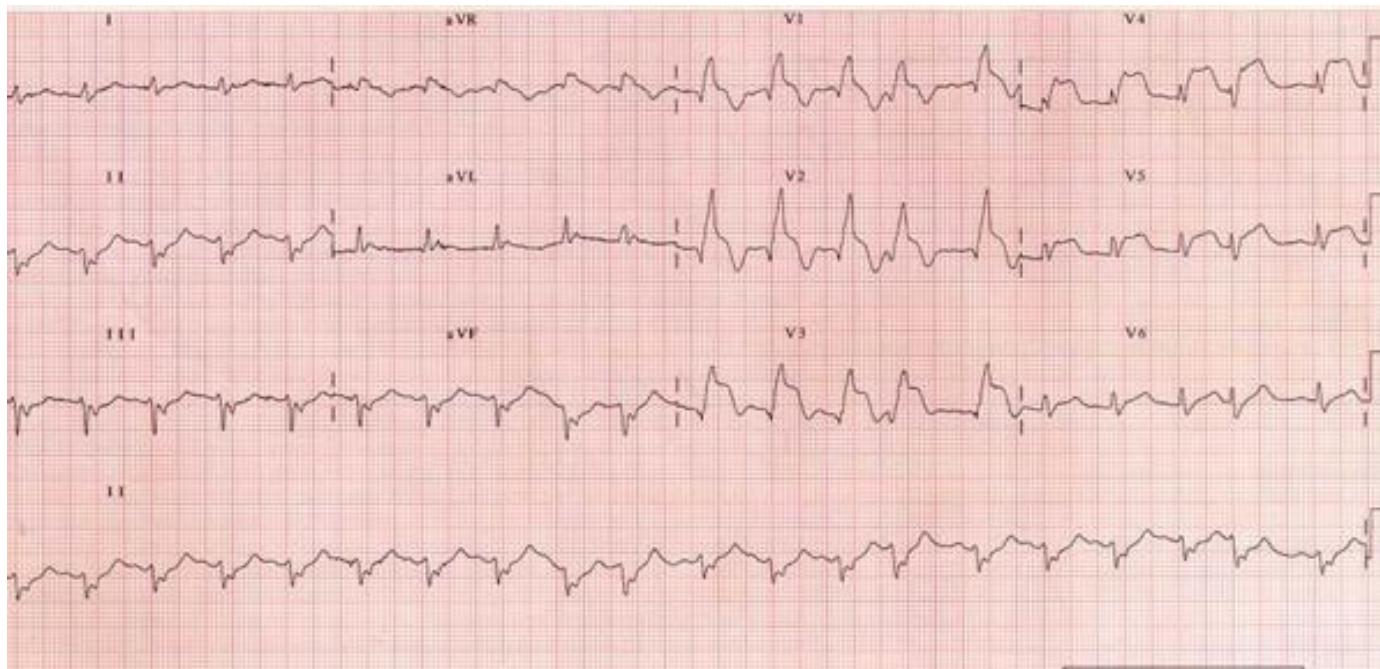


Assinale a alternativa que contém o diagnóstico correto da(s) valvopatia(s) deste paciente.

- (A) Estenose mitral.
- (B) Estenose aórtica.
- (C) Estenose mitral e estenose aórtica.
- (D) Estenose tricúspide e estenose aórtica.

16

Homem, 68 anos de idade, antecedente de HAS e IRC não dialítica (creatinina de 2,2 mg/dL), apresentou episódio de síncope ao carregar peso há 3 horas. Foi levado ao hospital a 1 hora do centro de referência. Chegou consciente, com FC de 122 bpm, PA de 100×60 mmHg, com bulhas rítmicas e normofonéticas sem sopros, murmúrios vesiculares presentes com presença de crepitacões em bases bilateralmente. Foi realizado o ECG apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que indica a postura mais adequada para o caso descrito.

- (A) Diurético EV, nitroglicerna EV, ventilação não invasiva e coleta de exames laboratoriais para avaliação da função renal e potássio.
- (B) AAS, clopidogrel e encaminhar para angioplastia primária.
- (C) Cardioversão elétrica sincronizada, amiodarona de manutenção e controle de distúrbios hidroeletrolíticos.
- (D) AAS, trombólise associada à anticoagulação e manter marcapasso transcutâneo de *back up*.

17

Assinale a alternativa que apresenta o perfil hemodinâmico mais consistente com choque cardiogênico secundário a Infarto do Miocárdio (IM) de parede inferior, com envolvimento do ventrículo direito.

	AD (mmHg)	VD (mmHg)	AP (mmHg)	PCP (mmHg)	Ao (mmHg)	DC (L/min)	RVS (dyn·s·cm ⁻⁵)
(A)	3	20×3	20×8	7	88×56	3.2	1.590
(B)	15	35×14	36×15	15	85×60	3.0	1.800
(C)	2	22×3	24×8	8	82×40	7.2	600
(D)	15	50×18	52×28	30	90×62	2.9	1.550

Note e adote:

Ao = pressão aórtica (mmHg);
DC = débito cardíaco (litros/minuto);
AP = pressão da artéria pulmonar;
PCP = pressão de oclusão da artéria pulmonar (pressão capilar pulmonar);
AD= pressão atrial direita;
VD = pressão do ventrículo direito;
RVS = resistência vascular sistêmica (em dynes·s·cm⁻⁵).

18

Segundo as diretrizes das Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, com relação à insuficiência mitral secundária é correto afirmar:

- (A) A clipagem percutânea da valva mitral tem indicação absoluta em pacientes com sintomas refratários (classe funcional $\geq II$) com alto risco ou contraindicado à cirurgia.
- (B) Em pacientes com IM secundária a cardiomiopatia dilatada, a cirurgia valvar mitral isolada não mostrou benefício nesse cenário.
- (C) Ecocardiograma demonstrando área do jato $\geq 40\%$ da área do átrio esquerdo ou área efetiva do orifício regurgitante $\geq 0,40 \text{ cm}^2$ limitam a indicação da clipagem percutânea da valva mitral.
- (D) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

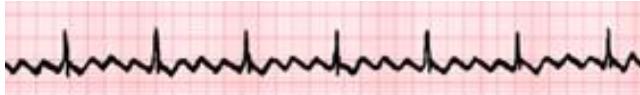
**19**

Assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Defeitos do septo interatrial são achados frequentes nos pacientes com anomalia de Ebstein (aproximadamente 30% dos casos).
- (B) Enxaqueca e cefaleia vascular podem estar associadas a Forame Oval Patente (FOP) e a shunt cardíaco da direita para a esquerda.
- (C) A síndrome de platipneia-ortodeoxia é uma condição rara caracterizada pela associação de dispneia na posição ereta (platipneia) ou hipoxemia induzida pela postura (ortodeoxia).
- (D) A avaliação para Forame Oval Patente (FOP) está indicada em pacientes com acidente vascular cerebral criptogênico ou outro evento embólico, assim como em pacientes com outras manifestações clínicas de FOP, como a síndrome da platipneia-ortodeoxia.

**20**

Mulher, 66 anos de idade, com antecedente de HAS, medicada com metoprolol e AAS, é admitida na unidade de emergência com cefaleia, vertigem e episódios de palpitações recorrentes há 3 dias. Apresenta exames normais de consultório de 15 dias, inclusive radiografia de tórax e ECG. Exame físico sem alterações significativas, hemodinamicamente estável. O ECG é apresentado na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para a paciente,

- (A) Amiodarona EV e manutenção do AAS.
- (B) Deslanosídeo EV e início de anticoagulação.
- (C) Heparina EV, ecocardiograma transtorácico e, se não houver trombos, tentativa de cardioversão.
- (D) Cardioversão elétrica.

RASCUNHO

