

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 01/2016 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 16

MÉDICO I

(Cardiologia: Cuidados Coronarianos e Cardiovasculares)

01.	E	11.	C	21.	E
02.	C	12.	E	22.	B
03.	C	13.	A	23.	ANULADA
04.	D	14.	A	24.	A
05.	B	15.	E	25.	B
06.	D	16.	ANULADA		
07.	E	17.	C		
08.	A	18.	D		
09.	D	19.	A		
10.	B	20.	D		

EDITAL Nº 01/2016
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 16 - MÉDICO I
(Cardiologia: Cuidados Coronarianos e Cardiovasculares)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____





FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca textos, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.16.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.16.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.16.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Concurso. (Conforme subitem 7.16.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Paciente de 68 anos, do sexo masculino, com história de hipertensão, apresentou-se na Emergência com quadro de síncope ocorrida havia duas horas. Ao chegar à Emergência, estava acordado, ansioso, pálido e com PA 100/60mmHg. O eletrocardiograma (Fig. A) e o Rx de tórax (Fig. B) estão representados abaixo.

Fig. A

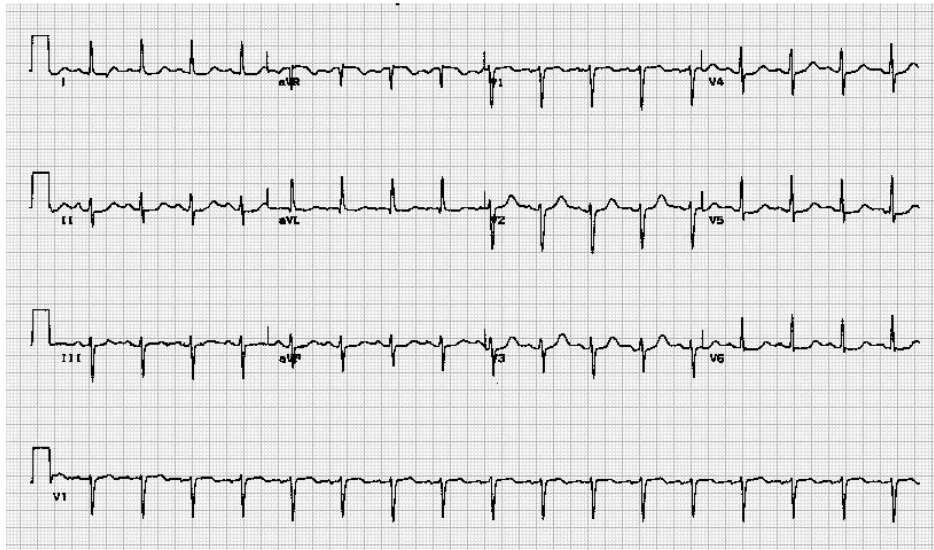
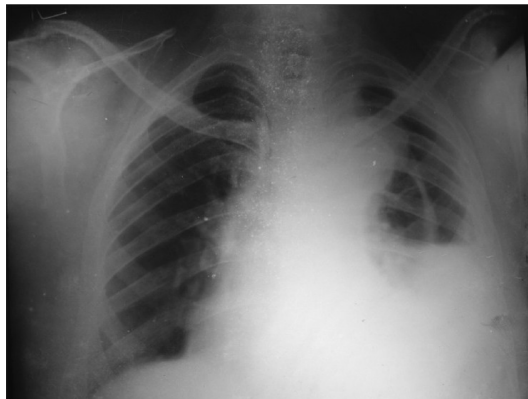


Fig. B



Com relação ao caso relatado acima, a melhor abordagem a seguir é

- (A) metoprolol 5mg EV.
- (B) adenosina 1 ampola EV rápido.
- (C) enoxaparina 80mg SC e encaminhar à angioplastia primária.
- (D) ecodoppler venoso de membros inferiores.
- (E) ecocardiograma transesofágico.

02. Colega quer transferir às 3 horas da manhã, do hospital de Viamão, paciente com 72 anos atendido na Emergência, apresentando dor retroesternal há duas horas. Relata que o paciente está com PA 110/70mmHg e sudorético. A ausculta cardíaca na fúrcula esternal (Fig. A), o Rx de tórax (Fig. B) e o eletrocardiograma (Fig. C), transmitidos via eletrônica, estão representados abaixo.

Fig. A



Fig. B

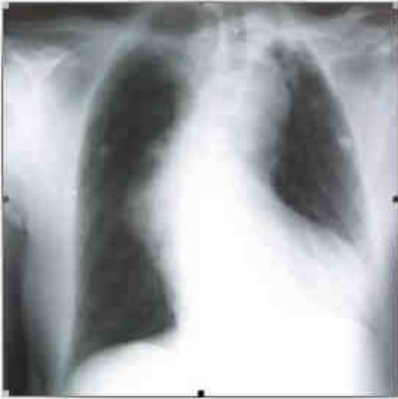
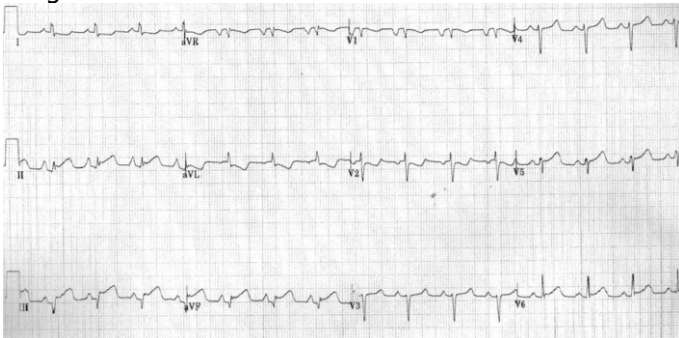


Fig. C



Com relação ao caso acima, se você estivesse em centro de referência, qual seria a melhor conduta?

- Orientar que seja feito, no hospital de Viamão, rt-PA acelerado, seguido de heparina, e preparar a transferência para após o tratamento.
- Solicitar que o colega administre, no hospital de Viamão, AAS 100mg, clopidogrel 75mg e enoxaparina 80mg e aceitar a transferência.
- Aceitar a transferência imediata e solicitar que não seja feita qualquer pré-medicação.
- Solicitar que o colega administre, no hospital de Viamão, 500mg SF 0,9% EV rápido e que sejam dosadas troponinas, com repetição do ECG em 60 minutos.
- Aceitar a transferência, acionar o plantão da hemodinâmica e preparar o balão intra-aórtico para que o mesmo seja instalado antes do procedimento coronário.

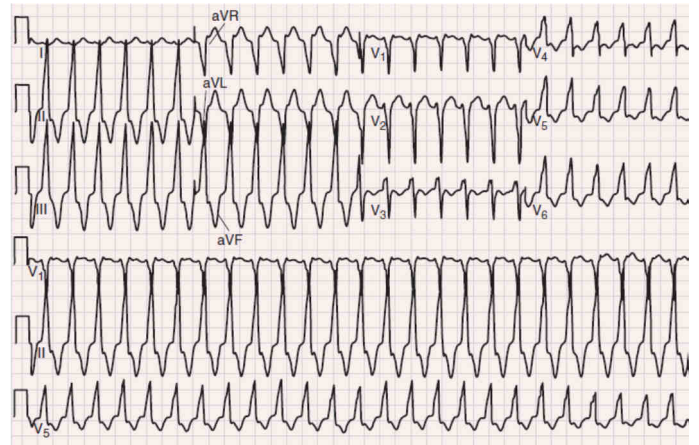
03. Considere as seguintes afirmações sobre implante de válvula aórtica percutânea.

- No estudo PARTNER IB, o benefício absoluto foi de 20% em relação ao tratamento clínico.
- Lesões vasculares são causas importantes de morbimortalidade.
- O implante de marca-passo definitivo em um ano ocorre em 1% dos casos.

Quais estão corretas?

- Apenas I.
- Apenas III.
- Apenas I e II.
- Apenas II e III.
- I, II e III.

04. Paciente de 28 anos apresentou-se na Emergência ansioso e com palpitações que iniciaram após uma discussão doméstica. A PA era 132/80mmHg. O ECG está representado na figura abaixo.

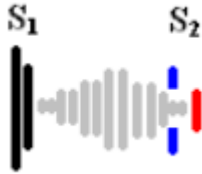


Com relação ao caso acima, assinale a afirmação correta.

- A hipótese principal é de miocardiopatia dilatada.
- Após a reversão da arritmia, o implante de cardiofibrilador está indicado para prevenção secundária.
- Na abordagem inicial, não se deve usar adenosina em bólus.
- O ecocardiograma realizado após a reversão da arritmia deve ser normal.
- O foco de automatismo é no anulo mitral.

05. Homem com 55 anos vem apresentando classe funcional II nos últimos seis meses. Na avaliação diagnosticou-se que o paciente era portador de valvulopatia aórtica. Os achados do ecocardiograma indicam área valvar de 0,9cm², fração de ejeção de 55% e gradiente médio transvalvar de 46mmHg.

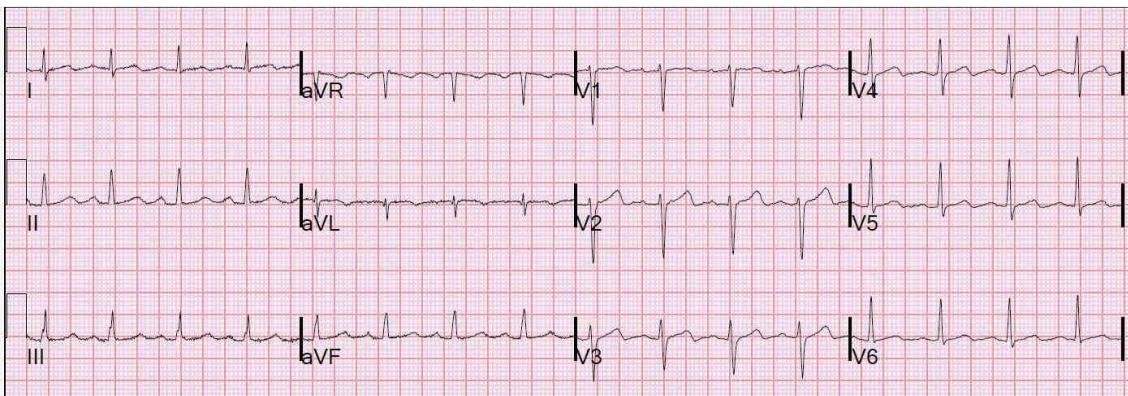
A figura abaixo representa os achados de ausculta cardíaca.



Assinale a afirmação mais adequada em relação ao caso relatado.

- (A) A probabilidade de etiologia congênita é menor que 10%.
- (B) O caso pode ser classificado como do tipo D1.
- (C) O pico máximo de velocidade aórtica deve ser 3m/seg.
- (D) O teste ergométrico pode decidir a indicação cirúrgica.
- (E) Eco com dobutamina está indicado nessa situação.

06. Paciente 45 anos, do sexo masculino, chegou à Emergência apresentando quadro de dor retroesternal com início há três horas, intensidade moderada, sem irradiação. No momento, encontra-se sem dor. Refere hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia em tratamento. Encontra-se estável do ponto de vista hemodinâmico, Killip I. Troponina I 0,2ng/mL na admissão e três horas após 0,8ng/mL (normal <0,01ng/mL). O eletrocardiograma realizado na admissão está representado na figura abaixo.



Com relação ao caso relatado, o diagnóstico mais provável é

- (A) infarto agudo do miocárdio com supra-ST parede lateral.
- (B) dissecção aguda da aorta.
- (C) angina instável.
- (D) infarto agudo do miocárdio sem supra-ST.
- (E) infarto agudo do miocárdio com supra-ST parede anterior.

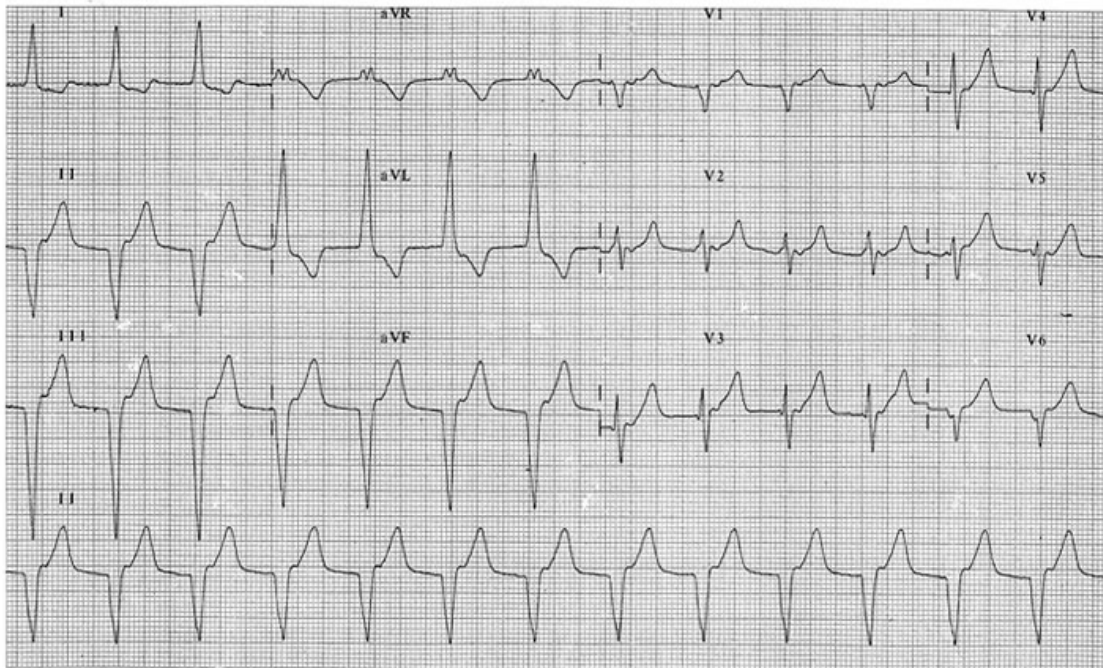
- 07.** Paciente do sexo feminino, 38 anos, apresentava há seis meses classe funcional II. Foi submetida ao procedimento representado na figura abaixo. Na recuperação, apresentou-se taquicárdica, hipotensa e sudorética.



Com relação a esse caso, assinale a afirmação correta.

- (A) Antes do procedimento, a paciente provavelmente apresentava sopro holo-sistólico em área de ventrículo esquerdo.
 (B) A abordagem do procedimento é realizada através da artéria femoral e pode ter havido hematoma retroperitoneal.
 (C) A mortalidade esperada antes do procedimento era de aproximadamente 15%.
 (D) A paciente deve ser levada imediatamente à coronariografia.
 (E) O pulso paradoxal deve ser de 15mmHg.

- 08.** Considere o ECG abaixo.



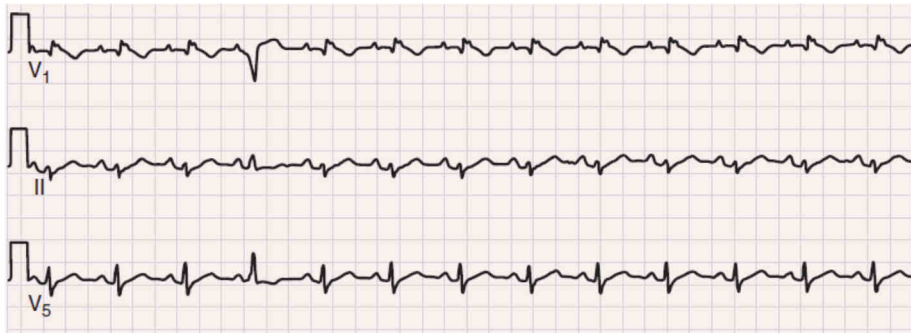
Assinale a alternativa correta em relação ao achado deste ECG.

- (A) Esta alteração pode ocorrer após uso de rt-PA em infarto com supradesnivelamento do segmento ST.
 (B) Diante deste achado, deve-se realizar cardioversão elétrica sincronizada com 200J.
 (C) Geralmente, este achado ocorre em coração estruturalmente normal.
 (D) Diante deste achado, deve-se administrar amiodarona 300mg EV em bólus.
 (E) Diante deste achado, deve-se administrar adenosina 6mg EV em bólus.

09. No que se refere à avaliação de dor torácica aguda na Emergência, assinale a alternativa correta.

- (A) Teste ergométrico tem elevado valor preditivo positivo para doença isquêmica aguda.
- (B) O escore TIMI apresenta uma acurácia semelhante ao escore GRACE, mas poder discriminatório de risco inferior.
- (C) Alteração do segmento ST, idade avançada e arritmia cardíaca são variáveis comuns aos escores de GRACE, TIMI e CRUSADE.
- (D) A angiotomografia de coronárias, quando realizada em pacientes de baixo risco para síndrome isquêmica aguda, mostrou ausência de efeito em desfechos clínicos e redução de tempo de permanência hospitalar.
- (E) Escore de risco TIMI >4 pontos e escore GRACE >120 conferem risco muito alto de morte e infarto em curto prazo.

10. Paciente do sexo masculino, 32 anos, apresentou síncope enquanto dançava em uma festa e foi levado à Emergência. Ao chegar, já estava lúcido e com os sinais vitais estáveis. O ECG da chegada está representado na figura abaixo.



Com relação ao caso acima apresentado, assinale a afirmação correta.

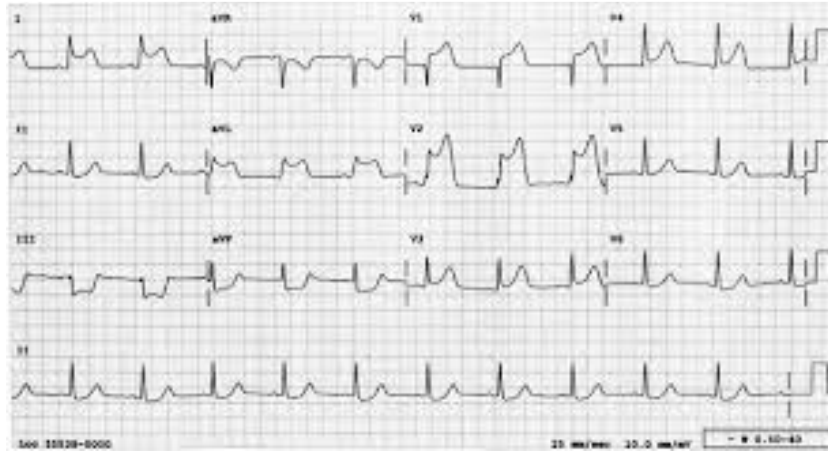
- (A) A contratilidade biventricular provavelmente é normal.
- (B) A onda Epsilon pode ser encontrada em V3.
- (C) O paciente pode ser liberado para investigação com *tilt-test*.
- (D) O escore pela regra de São Francisco é zero.
- (E) O bloqueio AV transitório com uso de adenosina 6mg em bólus ajuda no diagnóstico.

11. Em relação ao uso de dupla-antiagregação plaquetária na síndrome coronariana aguda, assinale a afirmação correta.

- (A) Uso de clopidogrel (dose ataque 300mg a 600mg) é recomendado em associação com aspirina, para todos pacientes, com benefício esperado em redução de mortalidade por doença cardiovascular.
- (B) Prasugrel tem se mostrado mais efetivo que clopidogrel na prevenção de eventos cardiovasculares maiores combinados (morte, infarto e AVC) e com semelhante risco de sangramento.
- (C) Ticagrelor foi testado no estudo clínico PLATO e mostrou-se mais eficaz que clopidogrel, conferindo uma redução de 17% nos eventos combinados de morte por causa cardíaca, infarto do miocárdio e AVC.
- (D) Evidências de estudos clínicos mostram benefício na administração de inibidores do P2Y₁₂ precoce na síndrome coronariana aguda, sendo indicação classe I em nível pré-hospitalar.
- (E) Novos inibidores do P2Y₁₂ (prasugrel, ticagrelor, cangrelor) não foram testados em associação com anticoagulantes via oral e não devem ser combinados.

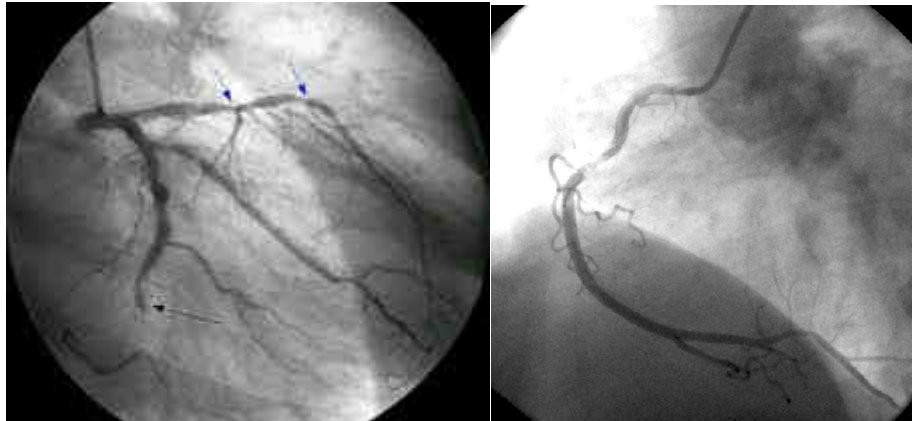
- 12.** Paciente do sexo feminino, 68 anos, é transferida pelo SAMU apresentando dor torácica de forte intensidade, com duração de quatro horas. Ao exame físico, PA 150/76mmHg, FC 88bpm, Killip II. Foi realizado ECG, o qual está representado na figura 1.

Fig. 1



A paciente foi então encaminhada para cineangiocoronariografia, que mostrou os achados representados na figura 2.

Fig. 2



Em relação ao manejo dessa paciente, qual seria a melhor conduta?

- (A) Realizar angioplastia primária da artéria circunflexa, seguida de angioplastia das lesões da coronária direita, no mesmo procedimento.
- (B) Administrar AAS, clopidogrel e alteplase intracoronariano.
- (C) Realizar somente angioplastia primária da artéria circunflexa e, posteriormente, avaliar isquemia residual por exames não invasivos.
- (D) Realizar somente angioplastia primária da artéria circunflexa, seguido de FFR nas lesões da descendente anterior e coronária direita. Prosseguir com angioplastia das lesões significativas (FFR < 0,80).
- (E) Realizar somente angioplastia primária da artéria circunflexa e, posteriormente, tratar as lesões significativas da artéria descendente anterior e coronária direita, na mesma internação.

13. Na síndrome coronariana aguda, para indicação precoce (<2 horas) de crise cineangiografiada de urgência, são considerados critérios de maior risco de mortalidade todos os fatores abaixo, **EXCETO** um. Assinale-o.

- (A) Aumento de troponina >5 vezes o percentil 99.
- (B) Insuficiência cardíaca.
- (C) Alteração dinâmica supradesnivelamento do ST.
- (D) Hipotensão arterial persistente.
- (E) Disfunção de músculo papilar.

14. De acordo com a Lei nº 8.080, de 1990, que estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde, compete ao SUS atuação direta em todas as seguintes áreas, **EXCETO** uma. Assinale-a.

- (A) Nutrição básica.
- (B) Vigilância sanitária.
- (C) Saúde do trabalhador.
- (D) Vigilância epidemiológica.
- (E) Assistência farmacêutica.

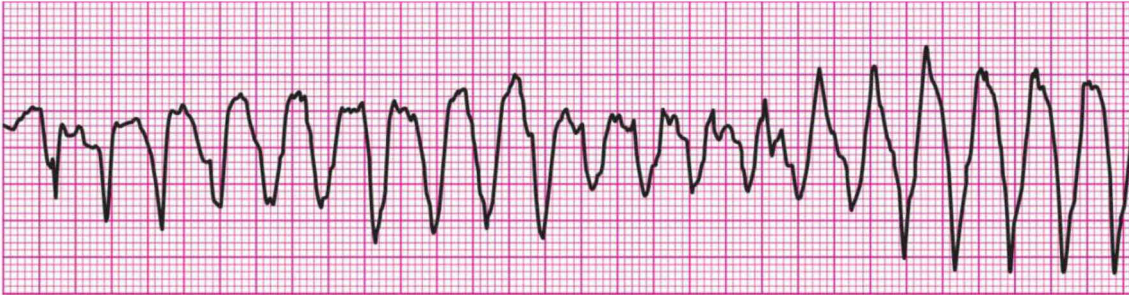
15. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Essa comissão leva em consideração os atributos a seguir, **EXCETO** um. Assinale-o.

- (A) Acurácia de métodos diagnósticos.
- (B) Eficácia e segurança terapêutica.
- (C) Efetividade e qualidade de órteses.
- (D) Custo-efetividade e impacto orçamentário.
- (E) Percepção e preferência do usuário e familiares.

16. Em relação ao Código de Ética Médica, assinale a alternativa correta.

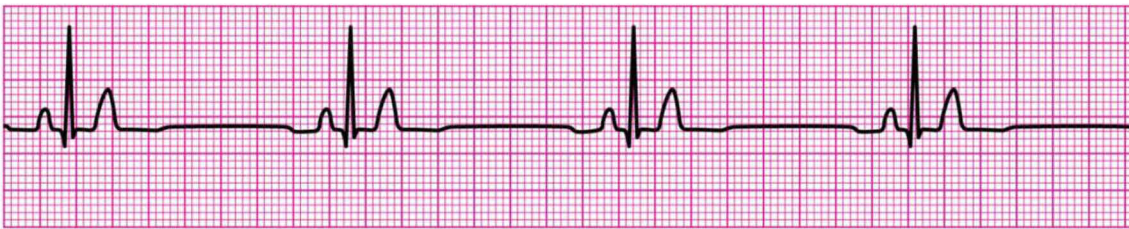
- (A) Cabe ao médico guardar sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, exceto em função de auditor, assistente técnico ou perito.
- (B) É vedado ao médico ser solidário com movimentos da categoria quanto à defesa por remuneração, condições de trabalho e aprimoramento técnico-científico.
- (C) É permitido ao médico cobrar honorários de paciente em instituição que se destina à prestação de serviço público, desde que devidamente comunicado e acordado com o paciente.
- (D) É vedado ao médico atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
- (E) É obrigatório que o médico libere cópias de prontuários sob sua guarda ao paciente, até mesmo quando solicitado, mesmo quando isso incorra em potencial risco ao próprio paciente ou a terceiros.

- 17.** Homem de 55 anos, tabagista e obeso, apresenta quadro de dor torácica súbita, acompanhada de sudorese. É prontamente levado ao hospital mais próximo. Ao chegar ao Serviço de Emergência, o paciente apresenta parada cardiorrespiratória (PCR), com o ritmo cardíaco representado no ECG abaixo.



Com relação ao caso acima, assinale a sequência terapêutica correta.

- (A) Realizar desfibrilação imediata, seguida de verificação de ritmo.
 - (B) Iniciar compressão torácica imediata por dois minutos, seguida de desfibrilação.
 - (C) Iniciar compressão torácica imediata e preparar o desfibrilador para uso assim que possível.
 - (D) Realizar desfibrilação imediata, acompanhada de administração de sulfato de magnésio 2g EV.
 - (E) Inserir um tubo endotraqueal para assegurar via aérea, seguido de desfibrilação.
- 18.** Considere um paciente em parada cardiorrespiratória, recebendo manejo avançado em Emergência, com compressões torácicas e ventilações eficazes. A figura abaixo representa a checagem de ritmo desse paciente, que permanece sem pulso.



No que se refere ao quadro acima, qual ação deve ser realizada em seguida?

- (A) Aplicar estimulação transcutânea com frequência de 100 batimentos/minuto.
- (B) Administrar atropina 1mg EV.
- (C) Administrar 40 unidades EV de vasopressina como substituição da primeira ou da segunda dose de adrenalina.
- (D) Administrar epinefrina 1mg EV tão logo seja possível.
- (E) Iniciar infusão EV de dobutamina 5mcg/kg/min.

- 19.** Mulher de 50 anos chega à Emergência com queixa de dispneia e desconforto torácico. Apresenta história de dor torácica intensa, manejada em hospital do interior como infarto do miocárdio sem estratificação invasiva, há uma semana. A paciente apresenta PA 90/40mmHg, FC 120mmHg, turgência venosa central e mínimos estertores crepitantes em bases; está fria e com sensório deprimido. RX de tórax (Fig. 1) e ECG (Fig. 2) da chegada estão representados abaixo.

Fig. 1

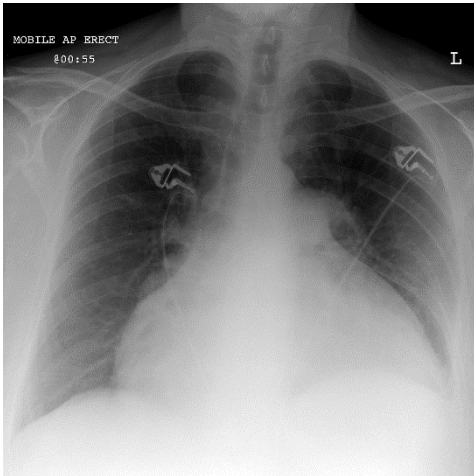


Fig. 2



Frente a esse quadro, qual seria a melhor conduta?

- (A) Realizar ecocardiograma à beira de leito.
- (B) Encaminhar imediatamente para cineangiocoronariografia.
- (C) Iniciar com nitroglicerina EV e administrar diurético.
- (D) Encaminhar para a realização de angiotomografia de tórax.
- (E) Monitorar paciente, administrar AAS e clopidogrel.

- 20.** Paciente com infarto do miocárdio anterior extenso, com 10 horas de evolução, tendo realizado revascularização percutânea da artéria coronária descendente anterior, com fluxo TIMI 3 após procedimento, é admitido em unidade de cuidados coronarianos. Na chegada, apresenta-se ansioso, agitado, com PA 90/60mmHg, FC 110bpm, Sat O₂ 90%, estertores crepitantes finos na metade inferior do tórax e extremidades frias. Em relação a esse caso, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A dobutamina pode ser utilizada para melhora hemodinâmica do paciente, entretanto, não possui impacto significativo em sua sobrevida hospitalar.
- (B) Em alguns casos de choque cardiogênico, a resistência vascular sistêmica pode estar baixa, de forma semelhante ao choque séptico.
- (C) Agentes vasodilatadores EV podem ser utilizados em conjunto com agentes inotrópicos, com objetivo de aumentar o débito cardíaco.
- (D) O uso de betabloqueador deve ser administrado nas primeiras 24 horas para redução da frequência cardíaca e prevenção de taquiarritmias, com impacto em sobrevida.
- (E) A disfunção ventricular esquerda está presente em torno de 80% dos pacientes com infarto com supradesnível do segmento ST que apresentam choque cardiogênico.

- 21.** Quanto à avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca aguda, considere as afirmações abaixo.

- I - O aumento do BNP pode ser observado em outras condições clínicas, como em estados hiperdinâmicos, entre as quais, a sepse.
- II - A realização de cateterismo cardíaco direito deve ser considerada na avaliação de pacientes hipotensos, dependentes de inotrópicos e refratários à terapêutica otimizada, nos quais informações hemodinâmicas precisas norteiam a tomada de decisão terapêutica.
- III - A presença de hiponatremia persistente está fortemente associada ao prognóstico do paciente, bem como ao aumento de permanência hospitalar e risco de óbito; entretanto, a correção nos níveis de sódio não demonstram clara melhora no curso clínico da doença.

Quais estão corretas?

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

22. Homem de 75 anos, com história de insuficiência cardíaca, FE de 30%, chega à emergência com queixa de dispneia intensa e edema. Ao exame, apresenta PA de 80/50, FC 90, SatO₂ 89%, estertores crepitantes finos difusos na ausculta respiratória, presença de B3, anasarca e extremidades cianóticas. Frente a esse quadro clínico, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta perfil hemodinâmico quente-congesto, devendo ser administrada furosemida EV.
- (B) o paciente apresenta perfil hemodinâmico frio-congesto, sendo indicado administrar furosemida EV e dobutamina em infusão.
- (C) o paciente apresenta perfil hemodinâmico frio-seco, sendo indicado administrar furosemida EV e dobutamina em infusão.
- (D) o paciente apresenta perfil hemodinâmico frio-congesto, sendo indicado administrar furosemida EV e reduzir betabloqueador em 50% da dose de uso crônico.
- (E) o paciente apresenta perfil hemodinâmico quente-congesto, sendo indicado administrar furosemida EV e reduzir betabloqueador em 50% da dose de uso crônico.

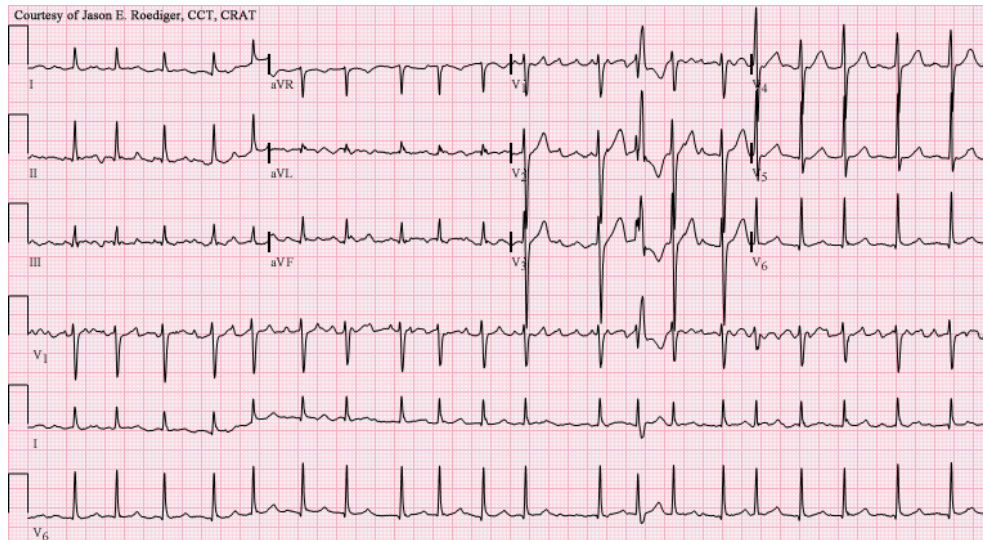
23. Em relação ao uso de inotrópicos na insuficiência cardíaca aguda, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A dobutamina tem efeito através da estimulação de receptores adrenérgicos β_1 e β_2 , resultando em aumento da adenil-ciclase e, conseqüentemente, em aumento da concentração de cálcio intracelular.
- (B) O milrinone é um inibidor da fosfodiesterase que aumenta as concentrações intracelulares de AMP cíclico, promovendo aumento do débito cardíaco e queda da resistência vascular pulmonar e sistêmica, sem aumentar o consumo miocárdico de oxigênio.
- (C) O uso de milrinone deve ser evitado em pacientes em uso de betabloqueador e sildenafil.
- (D) A levosimendana aumenta a sensibilidade da troponina C ao cálcio já disponível no citoplasma, sem sobrecarga adicional de cálcio nem incremento do consumo de oxigênio.
- (E) A dobutamina é recomendada para uso em pacientes em choque cardiogênico, para suporte hemodinâmico, independentemente da origem da cardiomiopatia.

24. Em relação ao manejo terapêutico na fase aguda da insuficiência cardíaca e durante a internação, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de digoxina está indicado em pacientes com FE <40% e fibrilação atrial, com resposta ventricular >100bpm na admissão hospitalar, estejam ou não esses pacientes em uso de betabloqueadores.
- (B) Deve-se manter o betabloqueador naqueles pacientes que estavam em uso crônico, com redução de 50% da dose, e que apresentam sinais de baixo débito, desde o início do quadro.
- (C) Em pacientes com fibrilação atrial que foram cardiovertidos com sucesso, não está indicado o uso de amiodarona para manutenção do ritmo sinusal.
- (D) O uso de espironolactona deve sempre ser empregado em associação com outros diuréticos.
- (E) Potássio sérico acima de 5mEq/L ou creatinina sérica acima de 1,5mg/dL são contra-indicações para início de inibidor da ECA.

- 25.** Paciente de 40 anos, com insuficiência cardíaca, FE 35% e que apresenta piora progressiva da dispneia há um mês, procura emergência por dispneia ao repouso. Ao exame, apresenta-se aquecido, com PA 110/70mmHg, FC 140bpm e com congestão pulmonar. A figura abaixo representa o ECG da chegada.



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Cardioversão elétrica sincronizada imediata está indicada como manejo inicial.
- (B) O tratamento deve ter como objetivos iniciais a anticoagulação e o controle da frequência ventricular.
- (C) O controle da frequência ventricular poderá ser realizado com betabloqueadores, digoxina e bloqueadores do canal de cálcio.
- (D) A restauração do ritmo sinusal poderá ser realizada com amiodarona IV ou por meio de cardioversão elétrica sincronizada, sem necessidade de exames de imagem complementares.
- (E) As drogas antiarrítmicas da classe I (propafenona, quinidina ou procainamida) podem ser utilizadas, mas com cautela, devido ao risco de efeitos pró-arrítmicos dessas drogas, como aparecimento de *torsades de pointes* ou bradiarritmias.