

**Questão 1** **Infarto de ventrículo direito** **Cardiologia**

Um homem com 48 anos de idade, tabagista, em tratamento irregular de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemia, é admitido na unidade de emergência de hospital de pequeno município do interior, com quadro de dor torácica de forte intensidade, tipicamente anginosa, associada a diaforese, náuseas e vômitos. Segundo informa, o quadro álgico tem cerca de 4 horas de evolução, não tendo procurado antes a unidade de saúde por receio de contaminação devido à pandemia em curso. O exame físico dirigido revela um paciente em moderado desconforto agudo, ansioso, com pressão arterial (PA) de 102 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 102 batimentos por minuto, levemente taquipneico, frequência respiratória de 22 incursões respiratórias por minuto. Na ausculta cardíaca, revelam-se uma 4ª bulha e um sopro sistólico suave na ponta, estando os pulmões limpos. É realizado, então, um eletrocardiograma (ECG) nos primeiros 10 minutos de atendimento, que mostra a presença de um supradesnível do segmento ST superior a 2 mm nas derivações D2, D3, aVF e VI, além de infradesnível de ST de 3 mm nas derivações V2 a V4, nas quais são observadas ondas R aumentadas e ondas T positivas proeminentes. São administrados nitrato sublingual e ácido acetilsalicílico (AAS), além de ser solicitada a infusão de tenecteplase intravenosa em bolus, uma vez que não há serviço de hemodinâmica na região. Enquanto é providenciada a elaboração do trombolítico, o paciente refere piora dos sintomas, sendo verificado que ele se encontra ainda mais pálido e hipotenso (PA: 80 x 46 mmHg), a despeito de sua ausculta pulmonar manter-se sem ruídos adventícios.

Considerando os dados relatados, a melhor explicação para a piora clínica do paciente logo após a instituição da abordagem inicial é

- ☐ A agravamento da hipercalemia pelo AAS.
- ☐ B desenvolvimento de rotura de septo interventricular.
- ☐ C medicação inadequada na coexistência de infarto de ventrículo direito.
- ☐ D instalação de choque cardiogênico por grave disfunção ventricular esquerda.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000176611](#)

**Questão 2** **Tratamento farmacológico do IAMCSST** **Cardiologia**

Um paciente de 50 anos foi internado com infarto do miocárdio de parede anterior (com elevação de segmento ST). Foi submetido à angioplastia com implante de stent farmacológico na artéria descendente anterior. No 10º dia de internamento, realizou ecocardiograma que identificou fração de ejeção de 50% e estava em programação de alta hospitalar. Qual das opções abaixo NÃO deverá constar de sua prescrição de alta?

- ☐ A Estatina de alta potência (independente do nível sérico de colesterol)
- ☐ B Ácido acetil salicílico (com previsão de uso por tempo indeterminado)
- ☐ C Ticagrelor (com previsão de uso por um ano)
- ☐ D Captopril (com previsão de uso por tempo indeterminado)
- ☐ E Nifedipina (se desenvolver dor anginosa refratária a betabloqueador e nitrato)

Essa questão possui comentário do professor no site [4000173530](#)

**Questão 3** **Tromboembolismo Pulmonar TEP** **Avaliação ambulatorial do paciente com dor torácica** **Cardiologia**

Um homem de 62 anos de idade, previamente hipertenso, refere que estava compensado e assintomático quando começou, há cinco meses, com dispneia aos esforços, após uma sensação de opressão no tórax, que melhorava parcialmente com o repouso e que perdurou cerca de cinco dias. Ele não procurou o serviço médico na época. Nega tosse, expectoração ou chiado. Nega tabagismo. Exame físico: PA de 140 x 76 mmHg; FC de 86 bpm; e saturação de O<sub>2</sub> (ar ambiente) de 91%. Ausculta cardíaca: hiperfonese e desdobramento de segunda bulha em foco pulmonar. Turgência jugular bilateral. Presença de estertores bibasais e de edema de membros inferiores. Exames laboratoriais: hemoglobina 12,2 g/dL; leucócitos 8.500/mm<sup>3</sup>; e plaquetas 152.000/mm<sup>3</sup>. Realizou, também, a radiografia de tórax reproduzida a seguir.



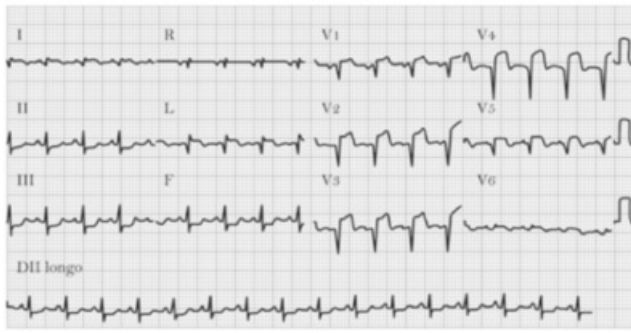
Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que o exame indicado para se iniciar a investigação da dispneia do paciente é:

- A tomografia computadorizada de tórax.
- B prova de função pulmonar.
- C ecocardiograma transtorácico.
- D cintilografia de ventilação-perfusão.
- E angiotomografia de coronária.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170568](#)

#### **Questão 4** Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST **Cardiologia**

Um homem de setenta anos de idade, previamente hipertenso e diabético, deu entrada em uma unidade de baixa complexidade, há duas horas, com dor torácica e dor em opressão retroesternal, irradiando para membro superior esquerdo, sem outros sintomas associados e sem fatores de melhora ou piora. Realizou um eletrocardiograma inicial em menos de 10 minutos da admissão, que evidenciou supradesnivelamento de segmento ST em derivações V1-V6 (abaixo). Feito o diagnóstico, observou-se que o tempo necessário para se transferir o paciente para o serviço especializado de hemodinâmica mais próximo era de 90 minutos.



Com base nesse caso hipotético, a melhor conduta será

- ☐ A fibrinólise com tenecteplase em bólus e transferir o paciente se houver piora clínica.
- ☐ B fibrinólise com tenecteplase em bólus e, em caso de sucesso, realizar cateterismo no sétimo dia pós-IAM.
- ☐ C fibrinólise com tenecteplase em bólus e transferir o paciente para realizar cateterismo entre duas e 24 horas.
- ☐ D administrar AAS 200 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg, IV, e transferir o paciente imediatamente para realizar cateterismo.
- ☐ E administrar AAS 200 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg, SC, e aguardar resultado de enzimas cardíacas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170552](https://www.4000170552.com)

#### Questão 5 **Cardiologia** **Terapia antitrombótica**

Homem de 65 anos, com IAM sem supra de ST, foi submetido à angioplastia de artéria coronária descendente anterior com *stent* farmacológico com sucesso. AP: HAS, dislipidemia e AVC há 10 meses, sem sequelas neurológicas significativas. A melhor estratégia de tratamento com antiagregante plaquetário é doses de ataque de AAS 200 mg

- ☐ A e clopidogrel 300 mg, seguido por AAS 100 mg/dia e clopidogrel 75 mg/dia por 12 meses após o evento agudo.
- ☐ B e ticagrelor 180 mg, seguido por AAS 100 mg/dia e ticagrelor 180 mg/dia por 12 meses após o evento agudo.
- ☐ C e prasugrel 60 mg, seguido por AAS 100 mg/dia e prasugrel 10 mg/dia por 12 meses após o evento agudo.
- ☐ D e prasugrel 60 mg, seguido por AAS 100 mg 1x ao dia e prasugrel 20 mg/dia por 6 meses após o evento agudo.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170043](https://www.4000170043.com)

#### Questão 6 **Biomarcadores** **Cardiologia**

Considerando-se os marcadores bioquímicos da lesão cardíaca, assinale e alternativa correta.

- A A elevação dos níveis de troponina I no soro ocorre entre 3 e 12 horas após a dor precordial, atinge um pico em 24 – 48 horas e permanece elevada por 5 a 10 dias após um evento isquêmico único.
- B A concentração da CK-MB se eleva de 3 a 8 horas após o processo lesivo, atinge um pico em 12 horas e normaliza em 72 horas após um episódio único e limitado.
- C A determinação no soro da mioglobina pode ser útil para descartar o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, uma vez que possui elevado valor preditivo positivo.
- D A determinação da creatina quinase total é recomendada para o diagnóstico de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, por causa da ampla distribuição nos tecidos cardíacos.
- E Desidrogenase láctica total e suas isoenzimas podem ainda ser utilizadas para complementação diagnóstica em casos de angina instável.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169917](#)

**Questão 7**   **Insuficiência mitral aguda**   **Taquiarritmias ventriculares**

Sobre as complicações no infarto agudo do miocárdio, analisar os itens abaixo:

- I. Ritmo idioventricular acelerado (60 a 100 batidas por minuto) com frequência ocorre nas primeiras 12 horas e não é um fator de risco para arritmias ventriculares mais graves.
- II. Ruptura de músculo papilar com insuficiência mitral aguda severa é uma complicação mecânica que apresenta boa resposta ao tratamento clínico, recuperando a função valvar sem necessidade de cirurgia, na maioria dos casos.
- III. A fibrilação ventricular é mais frequente nas primeiras horas do infarto, com redução da incidência para 6% dos casos na fase tardia do infarto.

Está(ão) CORRETO(S):

- A Somente o item I.
- B Somente os itens I e II.
- C Somente os itens I e III.
- D Somente os itens II e III.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169580](#)

**Questão 8**   **Indicações de cateterismo de urgência**   **Cardiologia**

Um paciente de 65 anos de idade, previamente hipertenso, dislipidêmico, diabético insulino dependente, com nefropatia e retinopatia diabética, em investigação de doença do refluxo gástrico e em teste terapêutico com omeprazol iniciado há três semanas, procurou o pronto-socorro devido a quadro de dispneia, iniciado há quinze dias. Negava quadro semelhante prévio e passou a apresentar uma falta de ar progressiva. No momento da avaliação, estava dispneico ao repouso, com FR de 30, PA de 90 x 60, FC de 97, ausculta cardíaca sem particularidades e ausculta pulmonar com estertor crepitante bilateral. Optou-se, então, pela internação para manejo clínico do caso. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o exame mais pertinente a ser realizado durante a internação.

- A tomografia computadorizada, protocolo TEP
- B angiotomografia computadorizada de aorta
- C ultrassom pulmonar, com pesquisa de linha B
- D D-dímero
- E cineangiocoronariografia

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169364](#)

#### Questão 9 **Condutas iniciais**

Paciente de 61 anos, feminina, admitida em hospital terciário com dor epigástrica tipo aperto, de forte intensidade, iniciada há quatro horas, acompanhada de sudorese, náuseas e irradiada para os membros superiores. Ao exame físico: PA: 150/80 mmHg. Frequência cardíaca: 98 bpm. Precórdio: ritmo cardíaco irregular, bulhas normofonéticas, sem sopros. Pulmonar: murmúrio vesicular simétrico e mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios. Foi traçado o seguinte eletrocardiograma. Qual é o melhor tratamento?

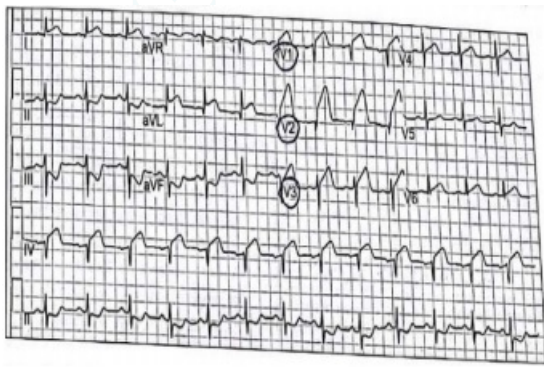


- A Ácido acetilsalicílico, prasugrel, alteplase, enoxaparina e atorvastatina.
- B Ácido acetilsalicílico, clopidogrel, alteplase, metoprolol e dapagliflozina.
- C Prasugrel, metoprolol, cineangiocoronariografia, enoxaparina e rosuvastatina.
- D Ácido acetilsalicílico, clopidogrel, cineangiocoronariografia, enoxaparina e rosuvastatina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169313](#)

#### Questão 10 **Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST**

Paciente feminina, de 69 anos, procurou a Emergência por dor precordial iniciada há 5 horas. Relatou história de diabetes melito e hipertensão arterial, ambos com controle irregular. Ao exame físico, a pressão arterial era de 166/72 mmHg, a frequência cardíaca de 108 bpm, Killip II, sem outras alterações significativas. O eletrocardiograma (ECG) realizado por ocasião da admissão está reproduzido abaixo. O hospital com plantão de hemodinâmica pode ser acessado em aproximadamente 70 minutos. A estratégia com melhor expectativa de benefício para a paciente é



- A administrar estreptoquinase imediatamente e programar a transferência para outro hospital somente para terapia de resgate, se houver falha na reperfusão farmacológica.
- B administrar dupla antiagregação plaquetária e nitroglicerina intravenosa e repetir o ECG em 30 minutos.
- C administrar alteplase intravenosa associada a heparina não fracionada por 24 horas e programar a transferência para hospital com serviço de hemodinâmica em 6-24 horas.
- D transferir a paciente para hospital com serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia primária.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000168338](https://www.4000168338.com)

**Questão 11** Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST **Cardiologia**

Uma mulher de 55 anos está internada em um hospital, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), e precisa ser transferida para outro serviço para a realização de estudo hemodinâmico e provável intervenção percutânea de urgência. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

- A As informações sobre a paciente são sigilosas e só podem ser transmitidas para outro médico através de mandado judicial.
- B A falta do serviço de hemodinâmica no hospital atual é de responsabilidade do diretor técnico, que deve ser acionado para resolução do caso.
- C É obrigação do médico assistente informar, de forma clara e concisa, todos os dados necessários para que exista uma transferência de cuidados adequada.
- D O transporte da paciente até o serviço de referência é de responsabilidade do médico que vai receber a paciente.
- E O tempo decorrido durante o transporte tem pouca ou nenhuma influência no desfecho do caso.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000167113](https://www.4000167113.com)

**Questão 12** Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST **Cardiologia**

Paciente com infarto agudo do miocárdio é atendido em PS de hospital que não dispõe de serviço de hemodinâmica. A conduta imediata mais adequada é



- A trombólise farmacológica e transferência para hospital com serviço de hemodinâmica se não houver sinais de reperfusão.
- B remoção para hospital com serviço de hemodinâmica desde que seja possível chegar ao local em até 120 minutos
- C trombólise farmacológica e transferência programada para realização de cateterismo após 48 horas.
- D remoção para hospital com serviço de hemodinâmica com início de trombólise farmacológica durante o transporte.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000166301](#)

**Questão 13**   **Cardiologia**   **Indicações de revascularização**

Mulher, 64 anos de idade, hipertensa e diabética, apresenta angina estável há 3 anos, em tratamento medicamentoso irregular, não otimizado. Ecocardiograma: função biventricular preservada, sem alteração valvar. Coronariografia: lesão triarterial com 40% de obstrução nas artérias descendente anterior, circunflexa e coronária direita distal. Qual é o tratamento mais adequado?

- A Intervenção coronária percutânea com *stent* farmacológico.
- B Tratamento conservador.
- C Cirurgia de revascularização miocárdica.
- D Intervenção coronária percutânea com *stent* de primeira geração.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000166226](#)

**Questão 14**   **Infarto de ventrículo direito**   **Cardiologia**

Na ocorrência de infarto agudo do miocárdio de parede inferior, a coexistência com infarto de ventrículo direito indica que se deve observar atentamente alguns aspectos para que seja realizada a abordagem. Considerando essa informação, assinale a alternativa correta.

- A A evolução complicada dos pacientes infartados na parede inferior é identificada na associação do infarto do ventrículo direito, impactando no prognóstico dos pacientes quando não adequadamente reperfundidos.
- B A perspectiva de complicações do infarto inferior é diretamente proporcional ao infarto do ventrículo direito não documentado.
- C A relação entre o infarto agudo do miocárdio inferior e o infarto agudo do miocárdio do ventrículo direito somente implica na prática clínica em caso de identificação da tríade clínica clássica dessa ocorrência.
- D Deve-se observar, no curso do infarto agudo do miocárdio inferior, a presença de supradesnivelamento do seguimento ST em V4R para o diagnóstico definitivo de infarto de ventrículo direito, independentemente do tempo de dor torácica.
- E A coexistência de infarto agudo do miocárdio inferior e infarto de ventrículo direito somente determina a infusão de volume rápido na terapia emergencial se confirmar a presença do supradesnivelamento de seguimento ST em V4R, independentemente da apresentação clínica do paciente .

Essa questão possui comentário do professor no site [4000166182](#)

**Questão 15**   **Critérios de internação**   **Estratificação de risco**   **Cardiologia**

Paciente de 68 anos é admitido em serviço de emergência com quadro de dor torácica. A dor do paciente é considerada

altamente sugestiva para doença coronariana aguda, sendo precordial em aperto, com irradiação para membros. Você realiza um eletrocardiograma que não apresenta alterações isquêmicas agudas. Mas diante da idade do paciente e do fato de ele ter sofrido um infarto do miocárdio há 3 anos, você opta por pedir troponina. Após duas dosagens de troponina ultrasensível com intervalo de 2 horas entre elas o paciente encontra-se assintomático e o resultado das dosagens é inferior ao valor de corte definido pelo método. Você aplica o escore HEART que apresenta um valor de 7 pontos. Qual seria a conduta mais adequada para esse paciente?

- A Diante do resultado negativo para as troponinas ele pode receber alta e realizar seguimento ambulatorial.
- B Como a dosagem das troponinas foi realizada com intervalo de 2 horas é necessário realizar uma terceira dosagem com 6 horas de diferença.
- C O paciente deve ser submetido a terapia fibrinolítica imediatamente.
- D Trata-se de um paciente de alto risco que deve ser internado para estratificação de risco nas próximas 24 horas, preferencialmente com um cateterismo cardíaco.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000164835](#)

### Questão 16 Diagnóstico do IAMCSST Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST

Uma mulher com 55 anos de idade procura a unidade de emergência referenciada com queixa de dor precordial em aperto há 12 horas. Antecedentes pessoais: diabética tipo 2, há 12 anos, em uso de metformina 1 500 mg ao dia e glicazida 30 mg ao dia, hipertensão arterial, há 8 anos, em uso de captopril 150 mg ao dia. Exame físico da admissão: PA = 100 x 60 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 irpm, Sat = 92%. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros, murmúrio vesicular presente e simétrico com estertores crepitantes em base, abdome globoso, fígado há 4 cm do rebordo costal direito, baço não percutível. Extremidades: pulsos periféricos diminuído, edema 3+/4+. ECG abaixo:



Diante do quadro apresentado, o diagnóstico e tratamento são

- A infarto agudo do miocárdio e trombólise com atepase.
- B infarto do miocárdio evoluído e cateterismo.
- C síndrome coronariana aguda e balão intra-aórtico.
- D pericardite aguda e colchicina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000153252](#)

### Questão 17 Tratamento medicamentoso das dislipidemias Tratamento não medicamentoso das dislipidemias

Tratamento medicamentoso



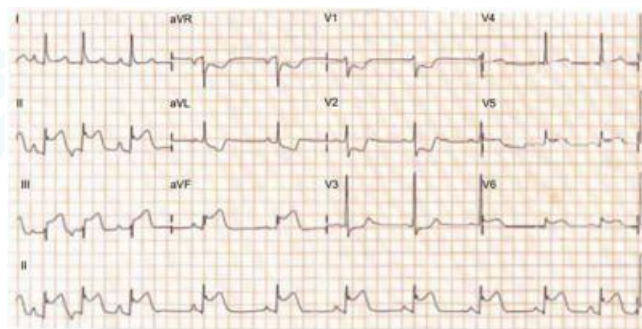
Um homem com 43 anos de idade comparece ao ambulatório de cardiologia para iniciar seguimento por apresentar hipertensão arterial sistêmica. Ele relata que, há uma semana, havia realizado medida indireta, eventual de seus níveis pressóricos e observado pressão arterial = 240 x 120 mmHg. Naquele momento, não procurou assistência médica de urgência, mantendo-se assintomático desde então. O paciente informa ser ex- tabagista de 20 maços/ano tendo interrompido o hábito há 2 anos. Nega etilismo ou outros vícios; nega uso rotineiro de qualquer medicação. Ao exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com índice de massa corporal (IMC) de 40 Kg/m<sup>2</sup> (peso= 130 Kg; altura = 180 m) e circunferência abdominal de 120 cm, apresentando ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceronegativas, observando-se edema discreto e simétrico em ambos os membros inferiores. Apresenta frequência cardíaca = 92 bpm. pressão arterial = 220 x 130 mmHg em ambos os braços, utilizando-se esfigmomanômetro apropriado para circunferência braquial. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciam sódio sérico = 142 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); potássio sérico = 4,1 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 4,5 mEq/L); creatinina sérica = 1,3 mg/dL (valor de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL); uréia sérica = 38 mg/dL (valor de referência: 30 a 60 mg/dL), glicemia de jejum (dias diferentes) = 130 mg/dL (primeira amostra) e 134 mg/dL (segunda amostra), (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); colesterol total = 214 mg/dL (valor de referência limitrofe: 200 a 239 mg/dL); colesterol LDL = 141 mg/dL (valor de referência limitrofe 130 a 159 mg/dL); colesterol HDL = 45 mg/dL (valor desejável: superior a 60 mg/dL); colesterol VLDL = 28 mg/dL (valor de referência até 30 mg/dL); triglicerídeos = 138 mg/dL (valor de referência limitrofe: 150 a 199 mg/dL); excreção urinária de albumina = 260 mg/dia (0,18 µg/min). O eletrocardiograma e o raio-X do tórax estavam normais. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir.

Descreva as condutas imediatas a serem tomadas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127931](https://www.4000127931.com.br)

#### **Questão 18**    **Infarto Agudo do miocárdio com supra de ST IAMCSST**

Um homem com 50 anos de idade, ao ser atendido em um Serviço de Emergência, refere desconforto torácico descrito como sensação de aperto, com início há cerca de 90 minutos, sem fatores de alívio. Questionado a respeito da localização da dor, o paciente coloca a mão fechada sobre o lado esquerdo do peito. Informa, ainda, que o desconforto teve início após ter subido escadas, tendo evoluído também com náuseas, palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria. O paciente é portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, estando em uso regular de enalapril - 20 mg/dia, de sinvastatina - 20 mg/dia e de ácido acetilsalicílico - 100 mg/dia. Durante o atendimento, foi realizado eletrocardiograma, cujo resultado está reproduzido a seguir.



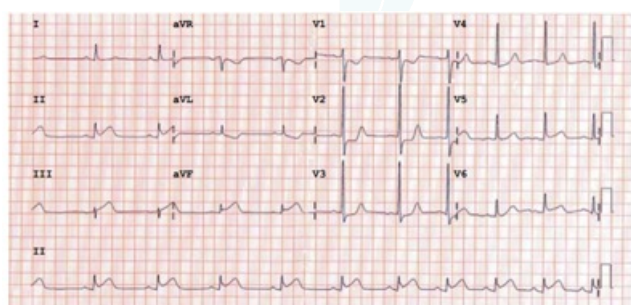
Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável e o que se espera encontrar na curva enzimática do paciente no momento de sua chegada?

- A Angina variante de Prinzmetal; troponina e CPK-MB positivas.
- B Angina instável; marcadores de necrose miocárdica negativos.
- C Infarto agudo do miocárdio inferolateral dorsal; mioglobina positiva.
- D Infarto agudo do miocárdio de parede lateral alta; elevações séricas de mioglobina e CK-MB.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127911](#)

**Questão 19** Tratamento farmacológico do IAMCSST Diagnóstico do IAMCSST Cardiologia

Um homem com 52 anos de idade, hipertenso, em uso de anlodipino, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com dor torácica anterior esquerda, irradiando para epigástrio, em aperto, de intensidade 8/10, com início súbito há cerca de 1 hora, após refeição. Ao exame, encontra-se ansioso e sudoreico; pressão arterial = 100 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 72 bpm; frequência respiratória = 24 irpm, sem outros achados no exame físico. Foi realizado um eletrocardiograma cujo resultado é apresentado a seguir:



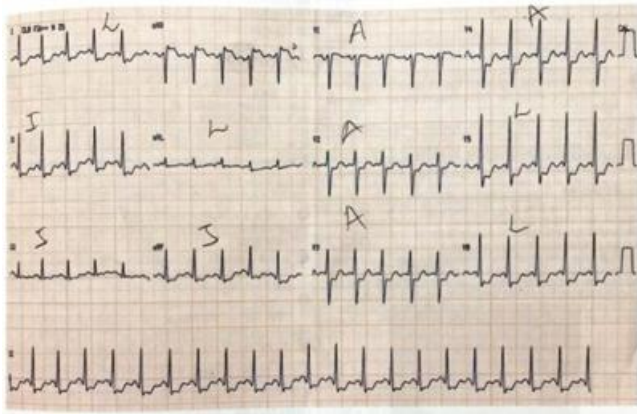
O paciente foi monitorizado, recebeu Ácido Acetilsalicílico (AAS), morfina e oxigênio, sendo contactado hospital de apoio para transferência. Como não havia previsão de vaga para as próximas horas, decidiu-se pela realização de trombólise com alteplase seguida de anticoagulação com enoxaparina. A pressão arterial manteve-se em 100 x 60 mmHg. A conduta a ser adotada nesse caso é a administração de:

- A Losartana por via oral.
- B Clopidogrel por via oral.
- C Metoprolol por via endovenosa.
- D Nitroglicerina por via endovenosa.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126834](#)

**Questão 20** Anticoagulantes Antiplaquetários

Um homem de 45 anos de idade procura a emergência de um hospital com queixa de desconforto torácico retroesternal associado a náuseas e dispneia. Segundo ele, os sintomas se iniciaram em repouso, após a refeição, há cerca de 30 minutos, sem alívio. O paciente não tem história pregressa de doenças crônicas e não faz uso de qualquer medicação. Ao exame físico, encontra-se ansioso, PA = 140 x 90 mmHg; FC = 130 bpm; ausculta cardíaca com ritmo regular e dois tempos, bulhas normofonéticas, estertores crepitantes em bases na ausculta pulmonar e pulsos periféricos presentes, cheios e simétricos. Foi realizado o ECG, apresentado a seguir: (VER IMAGEM) Posteriormente, realizou-se avaliação de troponina I, que resultou positiva. Desse modo, após o exame, na sala de emergência, administrou-se oxigenoterapia, morfina, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina e metoprolol. Neste momento, quais medicamentos deveriam ser associados à terapêutica já instituída para esse paciente?



- A Ticlopidina, tirofibana e verapamil.
- B Clopidogrel, enoxaparina e enalapril.
- C Alteplase, enoxaparina e valsartana.
- D Heparina, estreptoquinase e esmolol.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126649](#)

#### Questão 21 Exames complementares

Um homem com 35 anos de idade, obeso, sedentário, foi admitido no Serviço de Emergência com quadro agudo de dor retroesternal e epigástrica, em queimação, que o acordou no meio da noite. Relata episódios pregressos semelhantes, porém de menor intensidade e geralmente após refeições copiosas. No momento da consulta, estava extremamente ansioso, frequência cardíaca = 104 bpm, pressão arterial = 150 x 110 mmHg e ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. O paciente foi incluído em protocolo de avaliação de dor torácica e foi indicada internação para observação e exames seriados por 12 horas. Qual dos seguintes achados de exames complementares afasta o diagnóstico de dor torácica não cardíaca?

- A ECG normal após 12 horas.
- B Ecocardiograma normal após 12 horas.
- C EDA - hérnia hiatal com esofagite de refluxo moderada.
- D Ausência de elevação de CK-MB e troponina em 12 horas.

4000126990

#### Questão 22 Nitratos Intervenção coronariana percutânea precoce após a fibrinólise estratégia farmacoinvasiva

Uma mulher com 65 anos de idade apresenta o seguinte histórico: antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e angioplastia coronariana prévia, em uso prévio de diltiazem - 90 mg/dia, propranolol - 40 mg duas vezes ao dia, AAS - 100 mg/dia, dinitrato de isossorbida e sinvastatina - 20 mg/dia. A paciente, residente em uma cidade do interior, apresentou, há cerca de 24 horas, quadro de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST de parede inferior associado a infarto do ventrículo direito. Como não havia equipe de hemodinâmica disponível, foi administrada estreptoquinase, com melhora apenas parcial da dor. Após estabilização clínica a paciente foi encaminhada para Serviço de Emergência de hospital terciário. Na admissão a paciente estava eupneica, orientada, ainda com queixas de dor precordial com as mesmas características, mas de menor intensidade e intermitente. A pressão arterial era de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 78 bpm, frequência respiratória = 16 irpm. As ausculta cardíaca e pulmonar estavam normais. Enquanto eram colhidos os exames complementares e repetido o ECG, a paciente subitamente apresentou quadro de choque (pressão arterial = 60 x

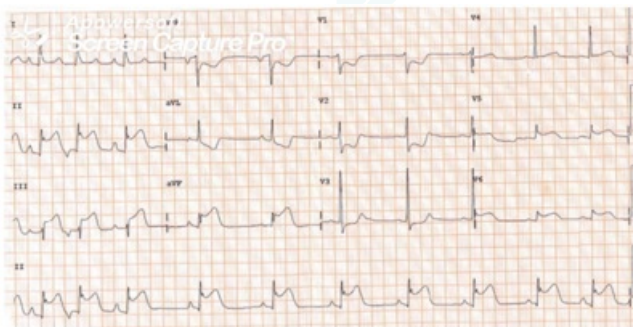
20 mmHg), com rebaixamento do nível de consciência, palidez cutâneo-mucosa e insuficiência respiratória. A saturação de O<sub>2</sub> caiu para 75% em ar ambiente e a frequência cardíaca aumentou para 135 bpm. A perfusão periférica encontrava-se muito prejudicada e as extremidades frias e sudoreicas. O ictus cardíaco estava hiperdinâmico e a ausculta cardíaca revelava bulhas audíveis, com 3ª bulha e sopro holossistólico pancardíaco, mais audível em borda esternal esquerda. Havia turgência jugular a 45°. A ausculta pulmonar revelava estertores bolhosos até os ápices. Além da intubação orotraqueal, as medidas terapêuticas recomendadas são:

- A iniciar noradrenalina e dobutamina e encaminhar para angioplastia de emergência.
- B iniciar nitroprussiato de sódio e dopamina e realizar pericardiocentese de emergência.
- C iniciar nitroprussiato de sódio e dobutamina e encaminhar para cirurgia cardíaca de emergência.
- D iniciar noradrenalina e dopamina e encaminhar para instalação, de emergência, de balão intra-aórtico.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126800](#)

**Questão 23** Diagnóstico eletrocardiografico da parede do infarto Terapias de reperfusão miocárdica  
Diagnóstico eletrocardiografico do IAMCSST

Homem com 54 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial e histórico de doença familiar cardiovascular precoce (pai teve infarto do miocárdio aos 50 anos), deu entrada na Emergência de um hospital com história de dor em região epigástrica há cerca de cinco horas, em aperto, de forte intensidade, sem relação com a alimentação e sem fatores de melhora, acompanhada de náuseas e vômitos. Havia recebido 200 mg de AAS no hospital de origem. Ao exame, encontrava-se pálido, sudoreico e sonolento. Temperatura axilar = 35,8°C; pressão arterial = 80 x 50 mmHg; frequência cardíaca = 118 bpm; frequência respiratória = 16 irpm. Perfusão periférica diminuída. A ausculta cardíaca revelava bulhas normofonéticas, sem sopros. Havia turgência jugular a 45°. A ausculta pulmonar não revelava estertores. O eletrocardiograma da admissão é apresentado abaixo:

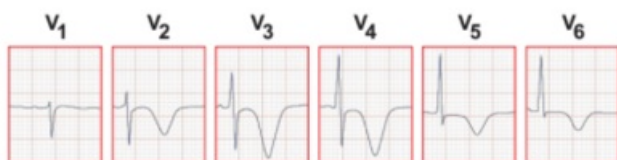


Diante do quadro clínico do paciente, a hipótese diagnóstica, a provável causa do choque e o tratamento inicial recomendado são, respectivamente:

- A Infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
- B Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; resposta inflamatória sistêmica; noradrenalina.
- C Infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; infarto de ventrículo direito; hidratação com solução salina.
- D Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; ruptura de músculo papilar; colocação de balão intra-aórtico.
- E Infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterosseptal; ruptura do septo interventricular; cirurgia cardíaca de emergência.

**Questão 24** Terapia antiisquêmica Cardiologia Terapia antitrombótica

Um homem de 48 anos, hipertenso, obeso, chega à Emergência com queixa de episódios de dor torácica precordial, sem irradiação, iniciada nos últimos dois dias, com piora há 24 horas. A dor dura de 5 a 15 minutos, sendo precipitada por esforços intensos, como subir escadas, e é aliviada pelo repouso. O paciente informa não sentir a dor no momento da anamnese. Usa captopril e hipoglicemiante oral de forma regular. Nega antecedentes de doença coronariana e um eletrocardiograma foi considerado normal pelo seu cardiologista na última consulta, há 6 meses. Ao exame, mostra-se ansioso, mas em bom estado geral, pulso = 85 bpm, regular, cheio, PA = 140 x 80 mmHg, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, extremidades bem perfundidas. As ausculta pulmonar e cardíaca estão dentro da normalidade. O seu eletrocardiograma à admissão mostra os seguintes achados.



Qual a abordagem mais adequada ao paciente?

- A Realizar tratamentos anti-isquêmico e antitrombótico administrados de modo imediato e simultâneo.
- B Observar em Unidade Coronariana e administrar medicamentos sintomáticos até realização de cateterismo cardíaco.
- C Observar na Emergência por 12 horas e encaminhar ao cardiologista para teste ergométrico se persistir assintomático.
- D Realizar tratamento anti-isquêmico imediato, seguido de terapia antitrombótica em caso de alterações do segmento ST no ECG nas próximas 12 horas.
- E Realizar tratamento antitrombótico imediato, seguido de terapia anti-isquêmica em caso de elevação de troponina sérica e/ou CK-MB nas próximas 12 horas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000129340](#)

**Questão 25** Biomarcadores Eletrocardiograma

Mulher, com 58 anos de idade, diabética, é admitida no Pronto-Socorro com dor precordial opressiva, intensa, irradiada para membro superior esquerdo há 40 minutos, associada a sudorese fria e sensação de morte iminente. Durante o exame clínico, encontra-se em bom estado geral, eupneica, Pressão arterial = 100 x 70 mmHg, Frequência cardíaca = 92 bpm, Frequência respiratória = 20 ipm. Pulmões limpos. Ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros. Abdomen flácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes. Sem edemas de membros inferiores, panturrilhas livres. Fez uso de dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual, tendo cessado a dor. Eletrocardiograma realizado na admissão está normal. Qual a recomendação para o acompanhamento desta paciente?



