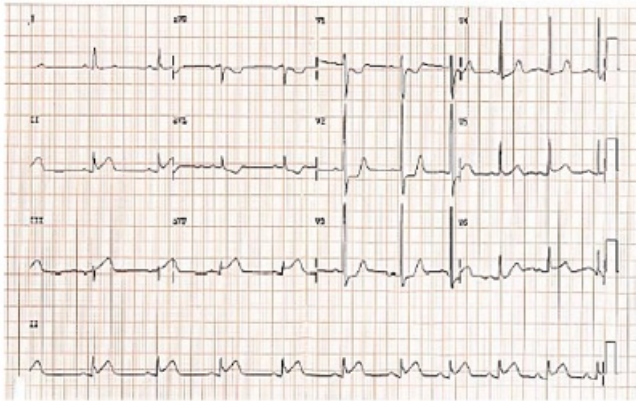


**Questão 1** Intervenção coronariana percutânea no tratamento do IAMCSST **Cardiologia**  
**Diagnóstico eletrocardiográfico do IAMCSST**

Uma mulher de 78 anos procura atendimento médico de urgência com queixa de dor no estômago e náuseas há aproximadamente 2 horas, obtendo-se o seguinte ECG da paciente:



Nesse caso, considerando as informações apresentadas, é correto afirmar que

- ☐ A se trata de uma colecistite aguda, e a paciente deve ser internada aos cuidados da cirurgia geral.
- ☐ B uma opção de reperfusão coronariana deve ser indicada imediatamente.
- ☐ C o uso de morfina e nitrato está indicado.
- ☐ D uma endoscopia digestiva alta é prioritária.
- ☐ E a paciente deve ser encaminhada para avaliação ambulatorial com um cardiologista.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181600](#)

**Questão 2** História clínica e exame físico **Cardiologia**

Sr. Rudá, 63 anos, procura a Unidade de Saúde para renovar a receita de medicações (Losartana 50mg + Hidroclorotiazida 25mg, pela manhã + Amlodipina 5mg, ao deitar) e se queixa de dor no peito há cerca de 12 horas, iniciada durante seu trabalho como mecânico. Já teve o mesmo sintoma em outras ocasiões. Neste paciente, é correto afirmar que

- A trata-se muito provavelmente de uma angina instável, uma vez que a dor torácica apresenta-se intermitentemente.
- B os anti-hipertensivos em uso estão em dose baixa, mas não poderão ser aumentados com segurança em virtude da presença de sinais e sintomas suspeitos de hipopotassemia.
- C a Síndrome Coronariana Aguda é um diagnóstico diferencial que deverá ser considerado, já que é portador de, ao menos, dois fatores de risco cardiovascular: idade e hipertensão arterial.
- D por se tratar de um provável portador de hipertensão arterial, deverá ser avaliado seu risco cardiovascular na recepção. Caso seja identificado alto risco cardiovascular, deverá ser prescrita uma dose de AAS 100mg, ainda antes da consulta médica.
- E dores osteomusculares justificam o quadro clínico, dada a atividade laboral do paciente, devendo, por isso, ser prescrito ibuprofeno 600mg três vezes ao dia por 7 dias, já que se trata de um medicamento seguro e com baixo risco de efeitos adversos.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181574](#)

### Questão 3    **Drogas que previnem eventos cardiovasculares**    **Estatinas**

Sobre a prevenção cardiovascular na atenção primária a saúde, é correto afirmar que

- A a aspirina está indicada para uso contínuo na prevenção secundária de pessoas que sofreram infarto do miocárdio.
- B o uso das estatinas deve ser iniciado o mais precoce possível na prevenção primária, tendo em vista a baixa adesão das pessoas a mudanças do estilo de vida.
- C é recomendado o uso de bebida alcoólica em doses superiores a 20 gramas ao dia para homens com vistas a reduzir o risco cardiovascular na prevenção primária.
- D a realização de provas funcionais como o teste de esforço são úteis no diagnóstico precoce de doença coronariana, devendo ser iniciado a partir dos 20 anos.
- E a US Preventive service Task Force e a Sociedade Europeia de Cardiologia recomendam a avaliação sistemática de risco cardiovascular a partir dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181560](#)

### Questão 4    **Avaliação inicial**    **Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível do Segmento ST SCASSST**

Paciente do sexo masculino com 60 anos de idade chega ao Pronto Socorro com dor retroesternal opressiva, forte intensidade, início há 30 minutos, apresentando sudorese, palidez e ansiedade. Realizado ECG, este apresenta ondas T isoeletricas em V3 a V6, sem alteração do segmento ST. Dosagem de mioglobina, troponina cTNI e creatina-quinase fração MB estão dentro da normalidade. Após 3 horas de observação, há melhora dos sintomas, ECG está inalterado e os biomarcadores cardíacos séricos estão elevados. Com estes dados clínicos e laboratoriais, qual o diagnóstico?

- A Angina estável.
- B Angina instável.
- C Angina variante de Prinzmetal.
- D Infarto do miocárdio com elevação do segmento ST.
- E Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181544](#)

**Questão 5** **Cardiologia** **Estatinas**

Trabalhador da construção civil, de 58 anos de idade, em tratamento regular para hipertensão há 12 anos, procurou a unidade básica de saúde (UBS), com queixa de fortes dores musculares. O paciente acredita que as dores musculares tenham relação com o uso de uma nova medicação prescrita na UBS há duas semanas, quando, em uma consulta de rotina, foram constatadas alterações em seus exames laboratoriais.

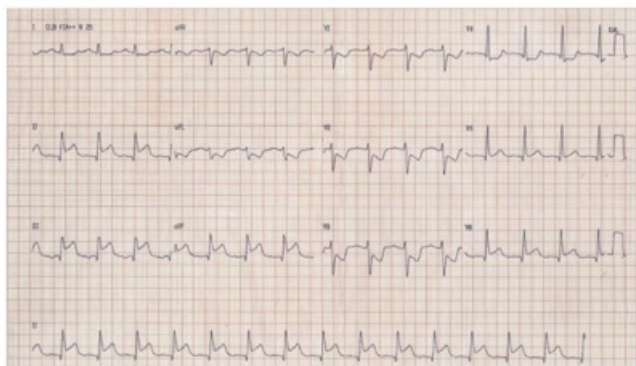
Nesse caso, qual condição clínica, ao ser evidenciada pelos exames laboratoriais, pode justificar a prescrição da medicação?

- A Obesidade.
- B Dislipidemia.
- C Hipotireoidismo.
- D Diabetes *mellitus*.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000178605

**Questão 6** **Fibrinólise no tratamento do IAMCSST** **Tratamento farmacológico do IAMCSST** **Cardiologia**

Homem de 61 anos, tabagista e hipertenso, chegou ao PS com queixa de dor precordial em queimação de forte intensidade associada à sudorese profusa, com início 20 minutos antes. Ao exame físico, apresentou pressão arterial de 146 x 94 mmHg, FC 92 bpm, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, duas bulhas rítmicas normofonéticas, sem sopro, pulsos presentes e simétricos. Realizou o eletrocardiograma cujo resultado está explicitado abaixo. As derivações V3R e V4R mostraram supradesnível do segmento ST de, aproximadamente, 1 mm.



Após análise do ECG, foram administrados AAS 300mg. Nesse momento, considerando que o serviço de hemodinâmica mais próximo se encontrava distante há mais de 3 horas e o PS é bem equipado, dispondo dos medicamentos necessários e mais adequados ao caso, o melhor tratamento é prescrever

- A clopidogrel 300 mg, enoxaparina intravenosa e, após, subcutânea, bem como trombolítico fibrino específico intravenoso.
- B ticagrelor 180 mg, enoxaparina intravenosa e, após, subcutânea, bem como trombolítico fibrino específico intravenoso.
- C isordil sublingual 5 mg, morfina intravenosa, clopidogrel 300 mg, enoxaparina subcutânea e trombolítico fibrino específico intravenoso.
- D isordil sublingual 5 mg, morfina intravenosa, ticagrelor 180 mg, enoxaparina subcutânea e trombolítico fibrino específico intravenoso.

**Questão 7**    **Infarto de ventriculo 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 8**    **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 9**    **Cardiologia**    **Estatinas**

Alberto, de 69 anos de idade, caminhoneiro, hipertenso e diabético, foi à consulta, queixando-se dos medicamentos que

tem de tomar. Refere estar com muitas dores nas pernas, principalmente à noite, quando toma sinvastatina. Seu risco cardiovascular é maior que 10%. Quando questionado sobre a adesão de suas medicações, Alberto afirmou que não vai mais tomar a sinvastatina. Com base nesse caso hipotético e nos três componentes da Medicina Baseada em Evidências, de David Sackett, suspender a sinvastatina seria uma conduta

- A proscrita, já que a estatina evitou um infarto agudo do miocárdio em uma a cada 104 pessoas com alto risco cardiovascular.
- B proscrita, já que a estatina irá reduzir a mortalidade e tem baixa capacidade de causar danos.
- C imprescindível, já que uma a cada cinquenta pessoas com alto risco cardiovascular em uso de estatina desenvolvem diabetes *mellitus* tipo 2.
- D possível, já que, sem se considerar os valores e as preferências dos pacientes, não se pode fazer uma prática baseada em evidências.
- E possível, já que a mialgia após o uso de estatina é um evento adverso maior, indicando lesão hepática aguda, grave, medicamentosa.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170648](#)

**Questão 10** 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.



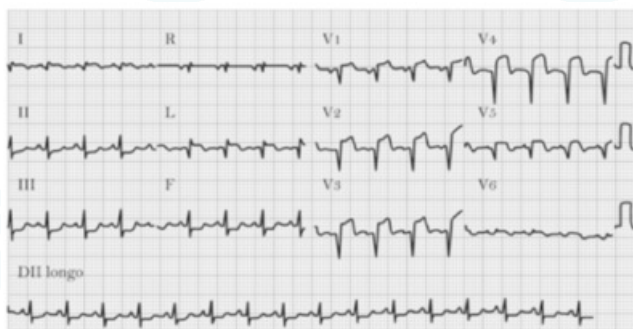
Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que o exame indicado para se iniciar a investigação da dispneia do paciente é:

- 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 11**    **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](#)

**Questão 12**    **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](#)

### Questão 13 Biomarcadores Cardiologia

Considerando-se os marcadores bioquímicos da lesão cardíaca, assinale a 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 14 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 15 Avaliação ambulatorial do paciente com dor torácica

Sobre o manejo da angina estável, assinalar a alternativa CORRETA:

- A Ácido Acetilsalicílico (AAS), estatinas e nitratos são drogas que, comprovadamente, reduzem mortalidade.
- B Angina, na presença de sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, é indicação de cineangiocoronariografia.
- C A revascularização miocárdica é imprescindível para o aumento de sobrevida no paciente com angina estável.
- D No paciente com dislipidemia e diabetes mellitus associados, o alvo é um LDLc < 130mg/dl.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169577](#)

**Questão 16**    **Indicações de cateterismo de urgência**    **Cardiologia**

Um paciente de 65 anos de idade, previamente hipertenso, dislipidêmico, diabético insulínico 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 17**    **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:





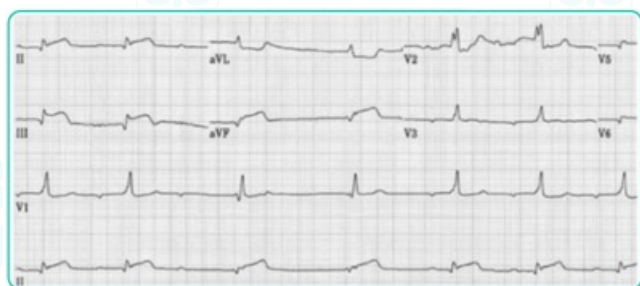
Diante do quadro apresentado, o diagnóstico e tratamento são

- 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 18**    **Bradiarritmias e bloqueios atrioventriculares**    **Indicações de marcapasso definitivo**    **Cardiologia**

Sr. Wagner, 77 anos, chega ao pronto-socorro com quadro de precordialgia em aperto, de forte intensidade, com irradiação para o pescoço, iniciada há 5 horas. De antecedente, relata estar em tratamento para um “câncer na cabeça”. Além disso, queixase de fraqueza e “sensação de desmaio”. Foi levado prontamente à sala de emergência para monitorização. Ao exame físico: mau estado geral, dispneico, sudoreico, enchimento capilar de 4 segundos, com extremidades frias e pegajosas. PA: 84 x 50 mmHg, FC: 34 bpm. Ausculta pulmonar: MV + bilateralmente, com crepitações bibasais. Sat O<sub>2</sub> : 89% e frequência respiratória 30 irpm. Abdome: inocente. Realizado o eletrocardiograma (ECG) abaixo:



Sobre o caso clínico, assinale a alternativa correta:

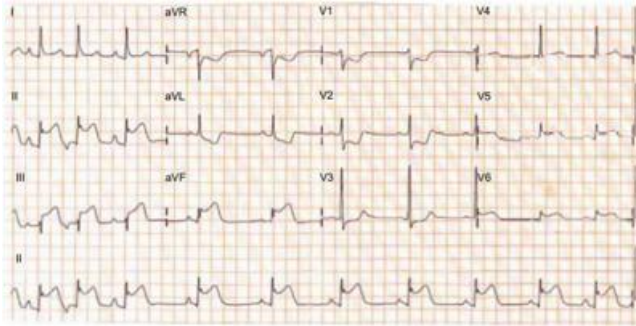
- A Trata-se de infarto agudo do miocárdio com supra de ST de parede inferior. Deve ser realizado dupla antiagregação plaquetária (AAS e ticagrelor) e encaminhado para angioplastia primária percutânea imediatamente.
- B Trata-se de infarto agudo do miocárdio com supra de ST de parede inferior, com indicação de angioplastia percutânea imediatamente, sem necessidade de dose de ataque de AAS e ticagrelor devido à idade do paciente.
- C Trata-se de infarto agudo do miocárdio com supra de ST da parede anterior, com indicação de fibrinolítico.
- D O paciente apresenta infarto agudo do miocárdio com supra de ST e bloqueio atrioventricular total, com indicação de marcapasso transcutâneo inicialmente e encaminhamento para o cateterismo em seguida.
- E O ECG mostra bloqueio atrioventricular de segundo grau Mobitz II secundário ao infarto. Está indicado atropina.

4000147298

**Questão 19**    **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.



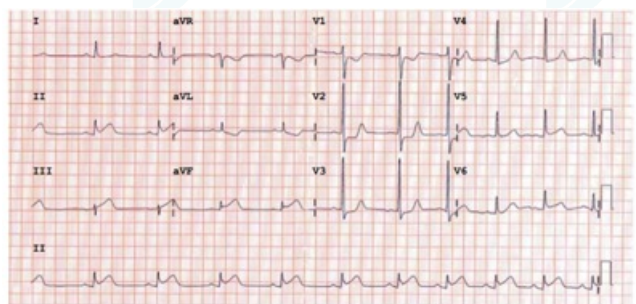
Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável e o que se espera encontrar na curva enzimática do paciente no momento de sua chegada?

- 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 20 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:

### Questão 22 Exames complementares

- 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 23**    **Nitratos**    **Intervenção coronariana percutânea precoce após a fibrinólise estratégica fármacoinvasiva**

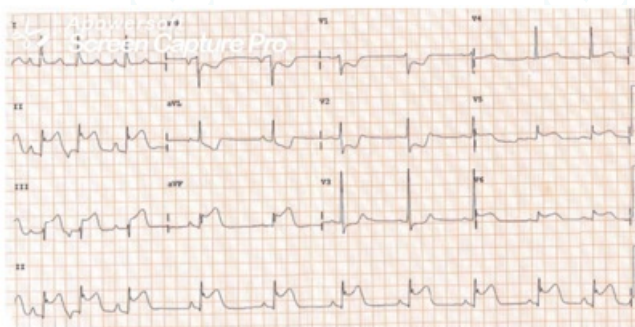
Uma mulher com 65 anos de idade apresenta o seguinte histórico: antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e angioplastia coronariana prévia, em uso prévio de diltiazem - 90 mg/dia, propranolol - 40 mg duas vezes ao dia, AAS - 100 mg/dia, dinitrato de isossorbida e sinvastatina - 20 mg/dia. A paciente, 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 pancardiaco, 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](https://www.4000126800.com.br)

**Questão 24**    **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:



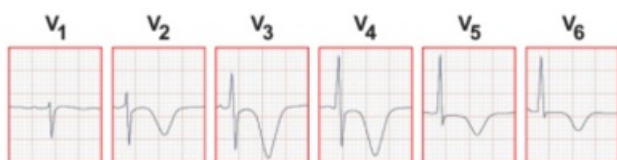
Diante do quadro clínico do paciente, a hipótese diagnóstica, a provável causa do choque e o tratamento inicial recomendado são, respectivamente:

- 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.

4000127135

#### Questão 25 **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 26 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. Abdome 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?

- A Acompanhamento ambulatorial, se Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais.
- B Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, mesmo com troponina normal à admissão.
- C Acompanhamento ambulatorial especializado, com cardiologista, se Troponina colhida na admissão estiver normal.
- D Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, se Troponina colhida na admissão estiver elevada.
- E Internação hospitalar, sem monitorização cardíaca contínua, se a Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais.

4000127150

### Respostas:

1 B	2 C	3 A	4 E	5 B	6 A	7 C	8 E	9 D	10 C	11 D
12 B	13 A	14 A	15 B	16 E	17 B	18 D	19 C	20 B	21 B	22 D
23 C	24 C	25 A	26 B							