



**GOVERNO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA (ESP-PB)**  
**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)**

**PROCESSO SELETIVO**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**EDITAL Nº 022/2022, de 08 de Dezembro de 2022.**

# **CADERNO DE QUESTÕES**

## **► PROVA DE CARDIOLOGIA ◀** **PRÉ REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA**

**DATA DA PROVA: 22/01/2023**  
**DURAÇÃO TOTAL: 03 HORAS (08:30 às 11:30h)**

### **ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:**

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
  - Este caderno de questões;
  - Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora do início da prova.

**Boa prova!**  
**Comissão do Processo Seletivo.**

**MODELO GABARITO**

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -

► **PROVA DE CARDIOLOGIA** ◀  
**PRÉ-REQUISITO CLÍNICA MÉDICA**

1) Homem de 55 anos relata quatro episódios de síncope nos últimos 4 meses que resultaram em trauma facial. Todos os episódios ocorreram no ambiente de trabalho, sempre ao se levantar, precedidos de diaforese e náuseas, sem relato de dor precordial ou palpitações. Familiares referem que um dos episódios apresentou “crise convulsiva”. Nega antecedentes de epilepsia e sempre retornou rapidamente ao seu nível de consciência basal. Ao exame físico não apresenta alterações patológicas, aferida a pressão arterial deitado (128/82 mmHg) e em pé (122/76 mmHg). Seus exames laboratoriais, ecocardiograma, eletrocardiograma e monitorização do ritmo em 24 horas (holter) estavam normais. Qual dos seguintes exames é o **MAIS APROPRIADO**?

- a) Teste de inclinação (tilt test).
- b) Teste ergométrico.
- c) Ultrassom com Doppler dos vasos cervicais (sistema carotídeo e vertebral).
- d) Implante de monitor de eventos (looper).
- e) Eletroencefalograma.

2) Mulher de 39 anos apresentando 6 dias de intensa fadiga, tontura e leve cefaleia retro-orbitária. Há 5 meses, tinha sido diagnosticada em estágio IIIb de melanoma sem metástase de acordo com os exames de imagem na época e iniciou tratamento com ipilimumabe há 1 mês. Além disso, refere hiper-reatividade brônquica em uso esporádico de albuterol inalatório, porém, chegou a fazer uso de prednisona por 7 dias no último ano, sendo a última vez há 3 meses. Laboratorialmente apresenta: sódio: 132 (valor de referência: 135-145 mEq/l); TSH: 0,8 (valor de referência: 0,5-4,7 µU/ml); tiroxina livre: 0,9 (valor de referência: 0,8-1,8 ng/dl); hormônio adrenocorticotrófico: 9 (valor de referência: 10-60 pg/ml); cortisol matinal: 1,2 (valor de referência: 5-25 µg/dl). Qual dos seguintes mecanismos é **MAIS PROVÁVEL** de causar os sintomas dela:

- a) Inflamação cerebral paraneoplásica.
- b) Aumento da metabolização hepática hormonal devido à indução hepática enzimática.
- c) Regulação hormonal negativa da prednisona.
- d) Infiltração linfocítica da glândula adrenal.
- e) Destruição hipofisária mediada pelas células T (hipofisite pelo ipilimumabe).

3) Mulher de 56 anos com diagnóstico prévio de câncer de mama metastático e retocolite ulcerativa, sendo medicada com mesalazina e 40 mg de prednisona 5 meses atrás para descompensação do quadro intestinal. Vem em processo de desmame da corticoterapia, há dois meses reduziu a dose para 5 mg por dia. Quando a dose é reduzida para 2,5 mg a paciente se queixa de náuseas, fadiga, retornando a dose de 5 mg por dia com alívio dos sintomas. Avaliação laboratorial matinal no horário que seria a tomada da prednisona demonstra um cortisol sérico de 1,5 µg/dl (nível de referência: 5-25); nível hormônio adrenocorticotrófico: 14 pg/dl (nível de referência: 10-60); nível normal de eletrólitos e bicarbonato. Qual dos seguintes passos é o **MAIS APROPRIADO** para essa paciente?

- a) Tranquilizar a paciente e reduzir a dose da prednisona para 4 mg.
- b) Medir a atividade plasmática de renina e nível sérico de aldosterona.
- c) Iniciar azatioprina e tentar redução da prednisona após 2-4 semanas.
- d) Ressonância magnética com contraste do encéfalo (protocolo hipofisário).
- e) Ressonância magnética do abdome superior para avaliar as adrenais.

4) Qual a conduta **MAIS APROPRIADA** no caso de um paciente de 78 anos com uma nodulação à esquerda, unilateral, submandibular de 1,5 cm; indolor; afebril e sem sinais flogísticos?

- a) 7 dias de amoxicilina-clavulanato.
- b) Aumentar a ingestão de secretagogos como suco de limão ou bebidas cítricas.
- c) Tomografia da cabeça e pescoço.
- d) Sorologia para Epstein-Barr e para citomegalovírus.
- e) Sorologia para parotidite infecciosa.

5) Paciente de 70 anos com câncer de pâncreas metastático que não responde a quimioterapia é admitido por dor abdominal intratável. A dor era previamente tratada com 15 mg de morfina a cada 3 horas, porém, nas últimas duas semanas a dor vem aumentando e se tornando insuportável, acordando o paciente várias vezes ao longo da noite. No pronto-socorro, recebeu 4 mg de morfina intravenosa com alívio imediato, porém a dor retornou rapidamente. O exame físico apresenta ainda fácies de dor e sem sinais de peritonite ao exame abdominal. Qual a conduta **MAIS APROPRIADA** para o caso?

- a) Continuar morfina 15 mg via oral a cada 3 horas e adicionar morfina intravenosa de 4 mg a cada 2 horas se precisar.
- b) Iniciar o controle da analgesia com uma dose intravenosa de 120 mg, dividida nas 24 horas, adicionalmente, fazer uma dose de resgate controlado pelo paciente equivalente a 15 mg da morfina oral a cada 15 minutos.
- c) Associar a dose oral de morfina do paciente com pregabalina e dipirona.
- d) Solicitar tomografia de abdome.
- e) Solicitar lipase e amilase sérica.

6) Qual dos seguintes testes é **MAIS APROPRIADO** para uma mulher de 30 anos com índice de massa corpórea de 22,5 que apresenta queimação retroesternal (azia) sem sinais de complicação, sem história familiar, sem tabagismo ou outros sintomas?

- a) Esofagoduodenoscopia.
- b) Esofograma com bário.
- c) Monitorização do pH esofágico nas 24 horas.
- d) Prova terapêutica com inibidor de bomba de próton.
- e) Manometria esofageana.

7) Qual dos seguintes diagnósticos é o **MAIS PROVÁVEL** para um paciente do sexo masculino de 24 anos com história de 6 meses de dor no joelho esquerdo, perda de peso, diarreia, eritema nodular, úlcera oral, associado a anemia microcítica, hipoalbuminemia, provas inflamatórias elevadas, níveis séricos de ácido úrico dentro da normalidade e teste de Lyme negativo; líquido da articulação com sinais parâmetros inflamatórios, sem cristais ou microorganismos?

- a) Lúpus eritematoso sistêmico.
- b) Doença inflamatória intestinal.
- c) Artrite de Lyme.
- d) Artrite reumatóide.
- e) Artrite gotosa.

8) Qual dos seguintes passos é o **MAIS APROPRIADO** no caso de um paciente com história de tosse seca nos últimos três meses, fadiga e opacidade persistente na tomografia de tórax apesar de dois cursos de antibioticoterapia apropriada, presumindo pneumonia adquirida na comunidade?

- a) Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar e possivelmente biópsia transbrônquica.
- b) Medir o total de imunoglobulinas.
- c) Internar o paciente e realizar ceftriaxona e claritromicina intravenosa.
- d) Obter o escarro para cultura de micobactéria.
- e) Tratar por 14 dias com levofloxacina.

9) Uma mulher de 30 anos apresenta-se com quadro sugestivo de faringite estreptocócica (febre, exsudato tonsilar, linfonodomegalia e sem tosse) após ter sido exposta a alguém com sintomas semelhantes. O teste rápido para pesquisa de antígeno estreptocócico foi negativo. Qual seria o próximo passo **MAIS APROPRIADO?**

- a) Solicitar os títulos de antiestreptolisina O.
- b) Não há tratamento adicional, uma vez que a pesquisa para o antígeno antriestreptocócico foi negativo.
- c) Solicitar tomografia computadorizada da região cervical.
- d) Coletar cultura da orofaringe e iniciar tratamento antibiótico se houver crescimento bacteriano.
- e) Repetir o teste rápido para pesquisa do antígeno estreptocócico.

10) Qual das seguintes perguntas seria **MAIS PROVÁVEL** em auxiliar para descoberta da causa da tireotoxicose em um paciente com sintomas tireotoxicose com sete meses de duração, níveis de hormônio estimulador da tireoide suprimidos e com baixa captação de iodo marcado (I123) na cintilografia?

- a) Você tem prurido ocular, olhos secos e edema nos olhos?
- b) Você tem história familiar de doenças na tireoide?
- c) Você já foi exposto à radiação ionizante?
- d) Você geralmente sente alguma dor ou desconforto cervical?
- e) Você está tomando recentemente algum suplemento que auxilia na perda de peso?

11) Sobre a hipertensão arterial, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É definida por pelo menos duas medidas (em duas ocasiões diferentes) de pressão arterial sistólica acima de 130mmHg e/ou pressão arterial diastólica acima de 80mmHg.
- b) Para seu diagnóstico, é imprescindível a realização de MAPA de 24h.
- c) Existe associação inversa entre ingestão de bebidas alcoólicas e elevação da pressão arterial.
- d) A prevalência de hipertensão arterial é maior entre homens do que entre mulheres.
- e) Não há relação entre a ingestão de potássio e níveis de pressão arterial.

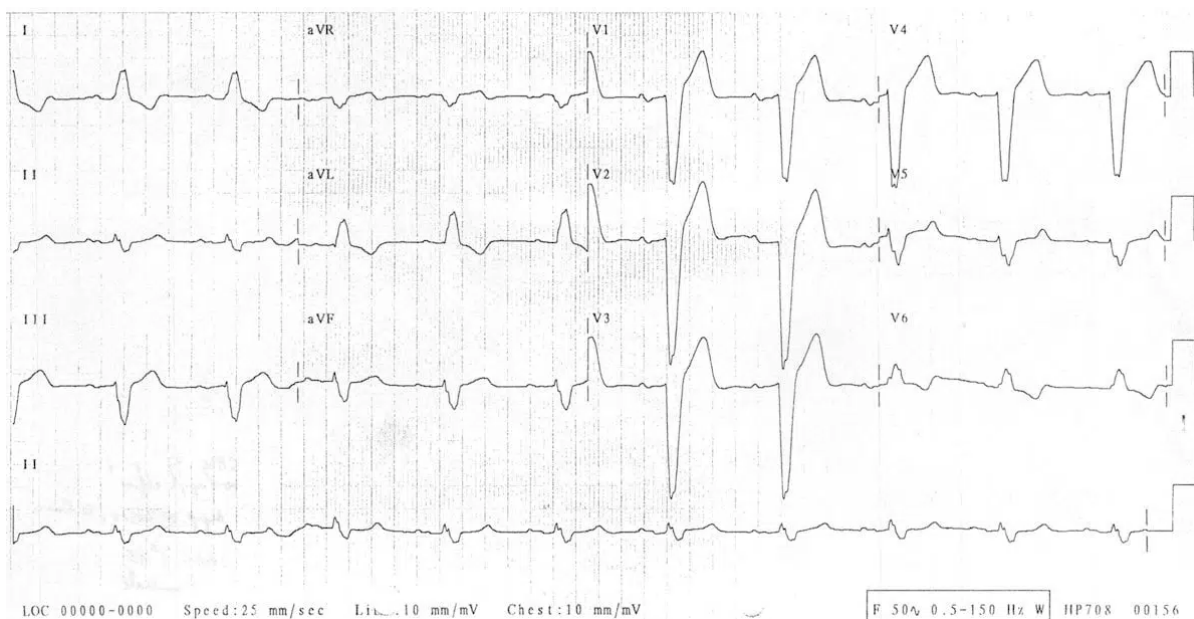
12) O tratamento da estenose valvar aórtica sofreu grandes mudanças na última década, fruto da consolidação do Implante de Válvula Transcateter (TAVI). Sobre a TAVI, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se da primeira escolha atualmente para portadores de valvopatia aórtica reumática, uma vez que esses pacientes foram bem representados nos principais ensaios clínicos de comparação entre TAVI e cirurgia convencional.
- b) Considerando o alto risco cirúrgico, a TAVI também não é uma opção para pacientes considerados inoperáveis pela técnica convencional.
- c) Pacientes de moderado e baixo risco cirúrgico foram incluídos em estudos randomizados, sendo a TAVI hoje uma opção a depender de decisão de médico e paciente.
- d) A durabilidade da prótese transcateter não é uma preocupação atual, devido a tecnologia utilizada.
- e) A via transapical é a via mais utilizada e recomendada para TAVI atualmente.

13) Paciente do sexo masculino, 40 anos, portador de valvopatia mitral reumática, foi submetido a troca valvar por prótese mecânica há cinco anos. Em uso de Varfarina, comparece a consulta assintomático, em ritmo sinusal, com RNI=3,8. Quanto ao manejo da anticoagulação oral neste paciente, assinale a melhor alternativa:

- a) A dose semanal da Varfarina deve ser reduzida em 50%, para atingir alvo de RNI entre 2,0 e 3,0.
- b) A dose semanal da Varfarina deve ser mantida, já que o RNI encontra-se na faixa terapêutica para esse paciente.
- c) A dose semanal da Varfarina deve ser reduzida em 10%, para atingir alvo de RNI entre 2,0 e 3,0.
- d) A dose semanal da Varfarina deve ser reduzida em 50%, para atingir alvo de RNI entre 2,5 e 3,5.
- e) A dose semanal da Varfarina deve ser reduzida em 10%, para atingir alvo de RNI entre 2,5 e 3,5.

14) Paciente do sexo masculino, 60 anos, portador de cardiomiopatia dilatada idiopática (não-isquêmica) há 05 anos, atualmente em uso de Bisoprolol 10mg/dia, Sacubitril/Valsartana, Espironolactona, Dapagliflozina e Furosemida. Apresenta-se para consulta queixando-se de dispneia aos pequenos esforços. PA=90x60, FC 60bpm, sem sinais de baixo débito ou de congestão venosa. Estertores crepitantes discretos em bases pulmonares. Eletrocardiograma abaixo. Ecocardiograma recente evidenciando fração de ejeção de ventrículo esquerdo=25%, diâmetro diastólico de ventrículo esquerdo=62mm e hipocinesia difusa. Sobre o tratamento não medicamentoso desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:



- a) Estudos mais recentes apontam para clara redução de mortalidade após implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI) para esse tipo de paciente.
- b) O implante de ressincronizador atrio-biventricular deve ser indicado, uma vez que essa intervenção comprovadamente reduz a incidência de desfechos cardiovasculares para esse contexto clínico, conforme dados do estudo MADIT-CRT.
- c) O padrão eletrocardiográfico aponta para baixa probabilidade de resposta ao implante de ressincronizador atrio-biventricular, não havendo assim custo-efetividade dessa intervenção.
- d) O mau prognóstico relacionado à insuficiência cardíaca contra-indica o implante de CDI ou Ressincronizador.
- e) Trata-se de paciente com indicação imediata de implante de dispositivos mecânicos de assistência circulatória.

15) Paciente do sexo feminino, 58 anos, IMC=34kg/m<sup>2</sup>, portadora de diabetes tipo 2 em uso de metformina e dapagliflozina, comparece a consulta com cardiologista devido a elevação de níveis pressóricos (auto-medida indicando PA=160x100mmHg). Ausculta cardíaca normal, eletrocardiograma normal. PA=150x90mmHg durante a consulta, em duas aferições. Quanto ao tratamento anti-hipertensivo inicial dessa paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A monoterapia com bloqueador de canal de cálcio é a escolha mais adequada.
- b) Visando redução da progressão de nefropatia diabética, o tratamento inicial deve ser a combinação de losartana com enalapril.
- c) A melhor alternativa nesse momento é a prescrição da associação de ramipril e anlodipino, de preferência em dose fixa e comprimido único.
- d) A monoterapia com diurético tiazídico é a escolha mais adequada.
- e) Essa é uma das poucas situações em que o beta-bloqueador deve ser a primeira escolha, em monoterapia.

16) Sobre a dosagem dos peptídeos natriuréticos (BNP e NT-proBNP), assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É útil para descartar a presença de insuficiência cardíaca, além de ter relação com prognóstico, quando elevados.
- b) Devido a sua grande especificidade para doenças cardíacas, seus valores não se alteram na presença de outras comorbidades.
- c) No caso da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, não há valor na dosagem dos peptídeos natriuréticos.
- d) Para pacientes em uso de Sacubitril/Valsartan deve-se usar apenas a dosagem de NT-proBNP, já que essa medicação reduz os valores de BNP.
- e) Após ajuste de medicações com melhora dos sintomas de insuficiência cardíaca, espera-se aumento dos níveis de BNP.

17) São consideradas drogas de primeira linha para tratamento da hipertensão arterial durante a gestação, **EXCETO**:

- a) Atenolol.
- b) Metildopa.
- c) Nifedipina de ação prolongada.
- d) Bisoprolol.
- e) Metoprolol.

18) A amiloidose cardíaca é uma condição frequentemente subdiagnosticada. Sobre seu diagnóstico e tratamento, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A presença de balonamento apical ao ecocardiograma é sinal patognomônico.
- b) Devido à importante hipertrofia concêntrica que caracteriza a doença, espera-se observar grandes amplitudes do complexo QRS ao eletrocardiograma.
- c) A forma AL tem como base uma desordem linfoproliferativa e seu tratamento inclui a administração de quimioterapia.
- d) Síndrome do túnel do carpo unilateral em homens é considerada um red-flag para a presença de amiloidose.
- e) O uso da medicação Tafamidis resulta em redução de mortalidade em portadores de amiloidose AL.

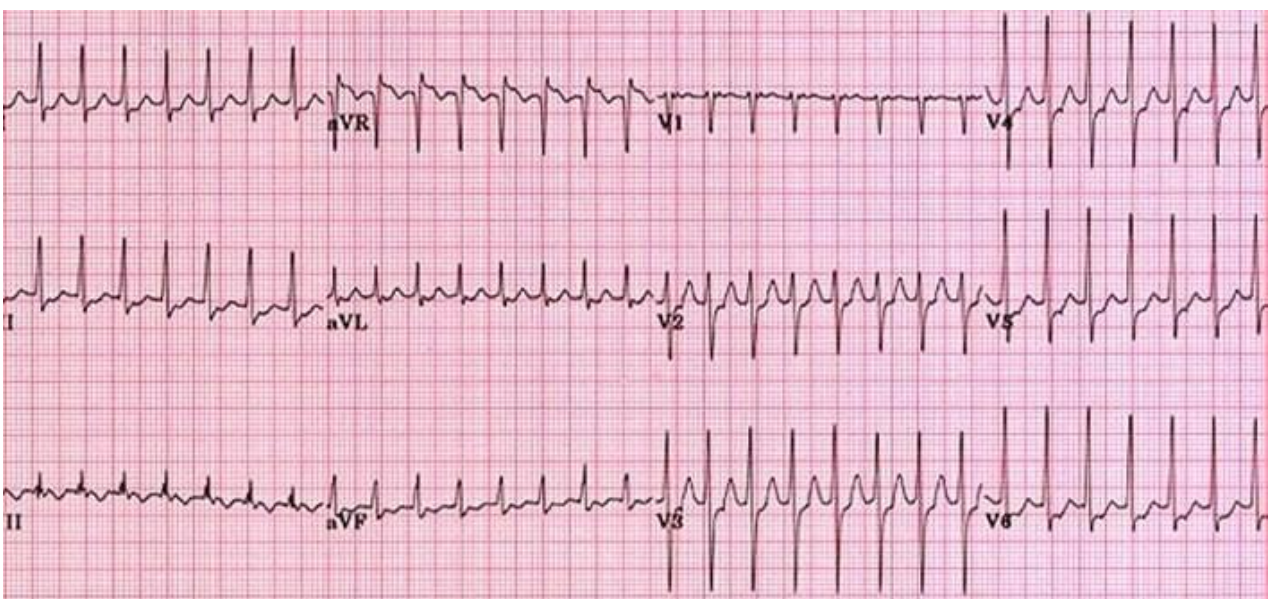
19) Sobre as crises hipertensivas e seu tratamento na urgência, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O valor da pressão arterial é a informação mais relevante para a definição da crise hipertensiva.
- b) A clonidina tem início de ação mais rápido do que o captopril.
- c) Na crise hipertensiva relacionada ao uso de cocaína, recomenda-se a associação de benzodiazepínicos e beta-bloqueadores.
- d) No caso de edema agudo de pulmão hipertensivo, deve-se utilizar anti-hipertensivos por via oral associados à administração de furosemida intravenosa.
- e) Não há relação entre eventos emocionais e pseudo-crise hipertensiva.

20) Sobre o tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O uso dos anti-diabéticos iSGLT-2 apresenta benefício em desfechos cardiovasculares apenas se o portador de insuficiência cardíaca também for portador de diabetes tipo 2.
- b) Na troca do iECA por ARNI (Sacubitril/Valsartan), deve se esperar 48h após suspensão do iECA para início do ARNI.
- c) Em portadores de fibrilação atrial que persistem com elevação de frequência cardíaca a despeito do uso de doses máximas de beta-bloqueadores, a prescrição de Ivabradina é uma alternativa.
- d) O risco de angioedema é baixo tanto no uso de iECA quanto no uso de ARNI, com incidência menor que 1% para ambos.
- e) O uso de beta-bloqueadores está contra-indicado em portadores de asma brônquica e insuficiência cardíaca.

21) Paciente do sexo feminino, 67 anos, dá entrada no pronto-socorro queixando-se de palpitações de início súbito há cerca de 30 minutos, associado a tontura e escurecimento visual. Comorbidades: hipertensão arterial, pré-diabetes, dislipidemia, apneia do sono. Medicamentos em uso: losartana 50mg 2xd, metformina 500mg 1xd, sinvastatina 40mg. Na avaliação inicial na sala de emergência: PA 84x50 mmHg, FC 188 bpm, SpO2 93%, bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopro, pulso jugular taquicárdico visível, pulso radial fino, pele fria e pegajosa, ausência de estertores. A seguir o ECG da paciente:

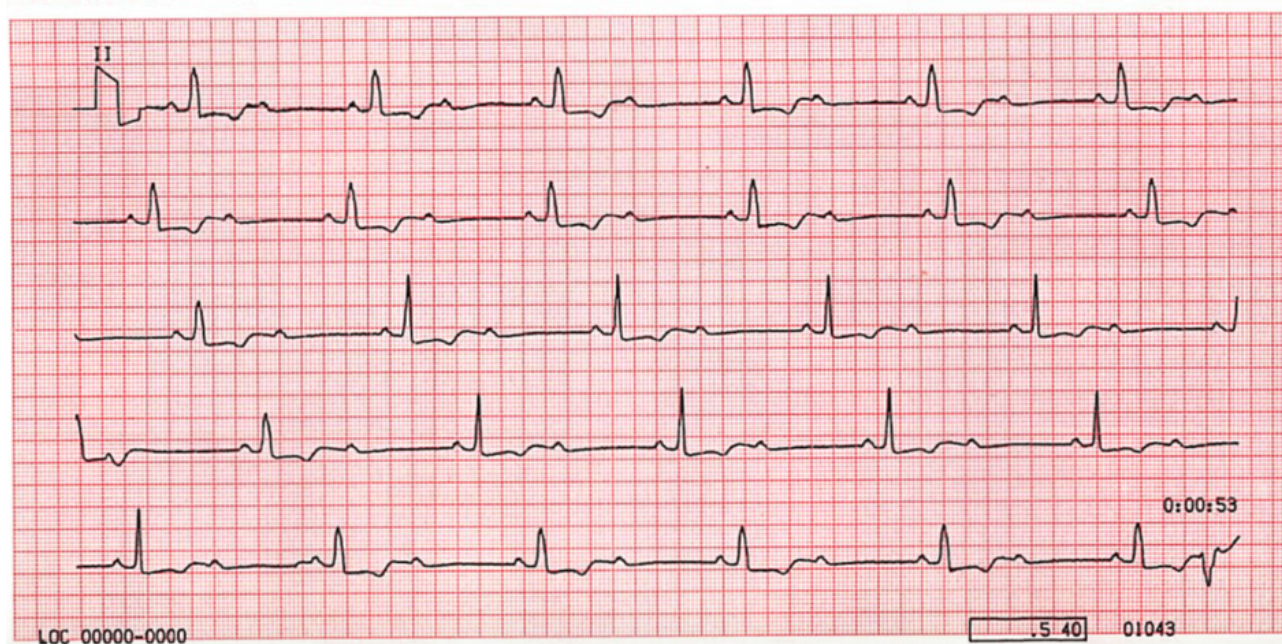
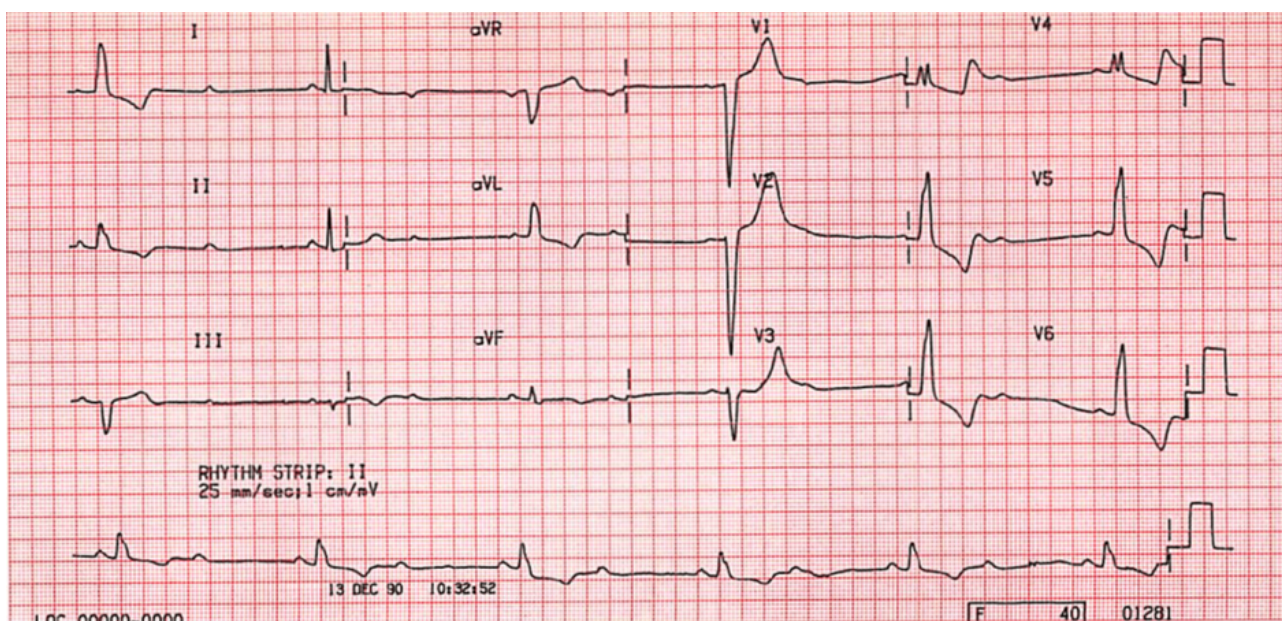




Qual a conduta a ser tomada?

- a) Manobra vagal com massagem do seio carotídeo.
- b) Manobra vagal com Valsalva modificada.
- c) Adenosina 6mg IV em bolus + flush.
- d) Amiodarona 150mg IV ataque seguido de manutenção.
- e) Cardioversão elétrica sincronizada.

22) Paciente do sexo masculino, 58 anos, proveniente de área rural do Cariri, agricultor, deu entrada no pronto-socorro com queixa de fraqueza há 5 dias. Comorbidade hipertensão arterial sistêmica em uso de hidroclorotiazida 25mg 1xd. Ao exame: PA 144x82 mmHg, FC 42 bpm, SpO2 98%, bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopro, murmúrios vesiculares dentro da normalidade, sem ruídos adventícios. Nega síncope ou sintomas de baixo débito. Apresentando o ECG a seguir.



Qual a conduta **CORRETA**?

- a) Internar e aguardar avaliação do arritmologista para indicação de marca-passo definitivo.
- b) Iniciar infusão contínua de adrenalina 2 mcg/min.
- c) Iniciar infusão contínua de dopamina 10 mcg/kg/min.
- d) Colocar as pás adesivas do marca-passo transcutâneo e iniciar estimulação.
- e) Passar marca-passo transvenoso de emergência para estimulação.

23) Qual dos seguintes medicamentos antiarrítmicos pode estar associado a disfunção tireoideana, fibrose pulmonar e córnea verticilata?

- a) Propafenona.
- b) Metoprolol.
- c) Amiodarona.
- d) Digoxina.
- e) Verapamil.

24) Paciente sexo feminino, 71 anos, com as seguintes comorbidades: fibrilação atrial paroxística, doença coronariana crônica com infarto prévio e angioplastia primária com sucesso, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica estágio 3a, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica. Nenhuma outra comorbidades, além das acima relatadas.

Pelos dados fornecidos na questão, indique a opção que apresenta o correto valor do escore CHADSVASC e **MELHOR ESTRATÉGIA** para prevenção de fenômenos tromboembólicos.

- a) CHADSVASC 3, AAS.
- b) CHADSVASC 4, rivaroxabana.
- c) CHADSVASC 4, varfarina.
- d) CHADSVASC 5, apixabana.
- e) CHADSVASC 5, oclusor de apêndice atrial esquerdo.

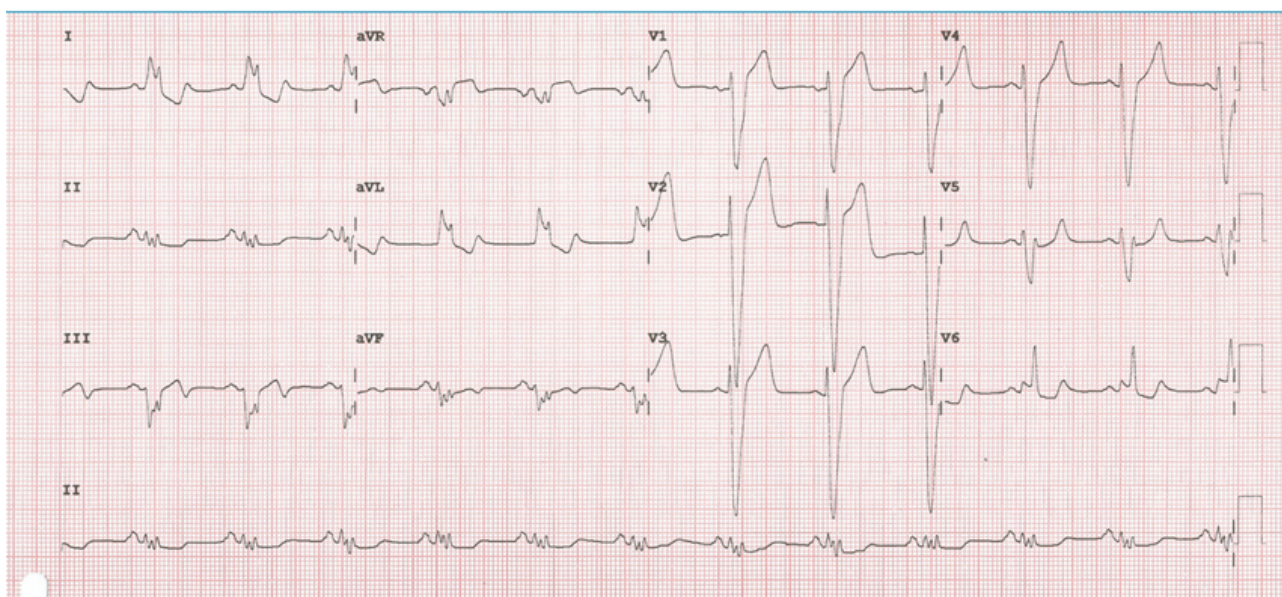
25) Qual a classe medicamentosa que trouxe benefício no tratamento dos pacientes com hipercolesterolemia familiar heterozigótica quando associado ao uso de estatina de alta potência e ezetimibe, pelo seu alto poder de redução do LDL?

- a) Inibidor de PCSK9.
- b) Resina de troca iônica.
- c) Anticorpo monoclonal anti interleucina 1.
- d) Coenzima Q10.
- e) Ácido graxo ômega 3.

26) Qual dos seguintes exames **NÃO** tem papel na estratificação de risco cardiovascular do paciente com dislipidemia e risco de eventos ateroscleróticos (infarto e acidente encefálico isquêmico)?

- a) Escore de cálcio coronariano.
- b) Ultrassom doppler de carótidas.
- c) Clearance de Creatinina.
- d) Exame de fundo de olho.
- e) Lipoproteína de baixa densidade.

27) Paciente do sexo feminino, 66 anos, obesa, hipertensa, dislipidêmica, queixa-se de dor torácica atípica há 3 meses. Realizou o ECG abaixo. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou hipocinesia difusa e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 30%.



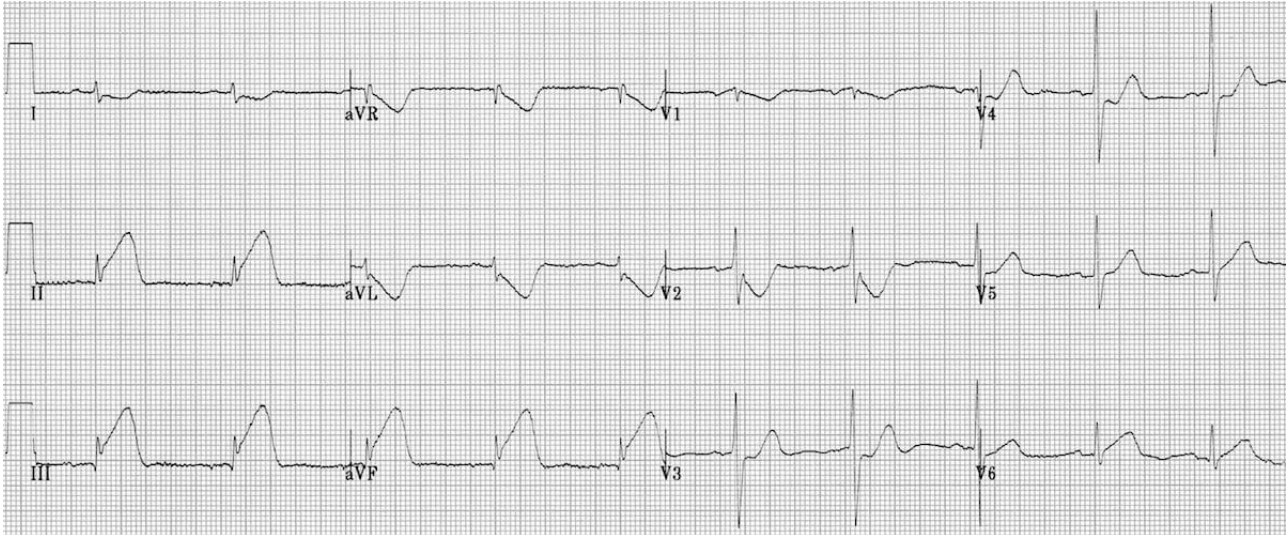
Qual alternativa que apresenta a **MELHOR ESTRATÉGIA** de manejo para essa paciente?

- Paciente com infarto agudo do miocárdio com indicação de cineangiocoronariografia imediatamente.
- Paciente com dor torácica e múltiplos fatores de risco de doença coronariana, com indicação de ecocardiograma com estresse ou cintilografia de perfusão miocárdica.
- Paciente com investigação de cineangiocoronariografia para investigação de etiologia de miocardiopatia e de dor torácica.
- Paciente com indicação de uso de AAS, rivaroxabana, IECA, estatina e beta-bloqueador.
- Paciente com indicação de marca-passo bicameral.

28) Paciente, sexo feminino, 70 anos, hipertensa, com sobrepeso, tabagista, portadora de angina estável classe IV segundo a *Canadian Cardiovascular Society*, em tratamento clínico medicamentoso otimizado, realizou cineangiocoronariografia que evidenciou: lesão em tronco distal de coronária esquerda de 80%, lesão em terço proximal de artéria descendente anterior 40% e lesão em terço proximal da coronária direita de 70%, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, pela ventriculografia, de 55%. Podemos **AFIRMAR** que:

- O tratamento da paciente é dependente do *Syntax score* e independente do STS score e a escolha deve passar pelo desejo ou não de ser submetida ao tratamento proposto.
- Caso o *Syntax* da paciente fosse 45 ela deveria ser submetida a cirurgia de revascularização miocárdica.
- Esta paciente não deveria ter realizado cineangiocoronariografia e sim, ecocardiograma com estresse físico ou cintilografia de perfusão miocárdica.
- Caso *Syntax score* fosse 17 e o risco cirúrgico baixo, ela poderia ser submetida tanto a angioplastia quanto a cirurgia.
- Como a fração de ejeção ventricular é normal, o tratamento de escolha é a angioplastia coronariana.

29) Paciente sexo feminino, 63 anos, hipertensa, dislipidêmica, com dor precordial em queimação há 2 horas. ECG abaixo. Exame físico PA 100x60 mmHg, FC 72 bpm, sem sinais de congestão. Qual das seguintes medicações você **EVITARIA** antes de uma complementação eletrocardiográfica?



- a) Clopidogrel.
- b) Morfina.
- c) Metoprolol.
- d) AAS.
- e) Enoxaparina.

30) Um homem de 68 anos apresenta-se com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST de V2 a V5 em um serviço hospitalar que não tem hemodinâmica disponível. Está com dispneia e estertores crepitantes bilaterais. Dor torácica começou 4 horas antes. Ele tem histórico de um AVC isquêmico 6 semanas antes e está em uso de clopidogrel e estatina. O tempo estimado de transporte até o hospital hemodinâmica disponível mais próximo é de 75 min. Depois de dar O<sub>2</sub>, nitroglicerina (NTG), AAS e heparina. Qual é a **MELHOR ESTRATÉGIA** a seguir?

- a) Aguardar marcadores de necrose miocárdica e novo eletrocardiograma após nitroglicerina para tomada de decisão.
- b) Dar meia dose de trombolítico e depois transferir.
- c) O paciente é de alto risco para transferência hospitalar; dar dose total de trombolítico.
- d) Transferência imediata para o hospital com hemodinâmica e cateterismo de urgência.
- e) Optar por infundir o trombolítico dose total e transferir para realização de angioplastia facilitada.