

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 01/2016 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 17

MÉDICO I

(Cardiologia: Diagnóstico e Intervenção Percutânea)

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



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 17 - MÉDICO I
(Cardiologia: Diagnóstico e
Intervenção Percutânea)

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: _____



- 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. Assinale a alternativa correta sobre a emissão de radiação.

- (A) O tempo de fluoroscopia representa uma medida direta do risco de efeitos neoplásicos da radiação ionizante.
- (B) A aquisição de imagens com subtração digital reduz a emissão de radiação e, portanto, deve ser utilizada no menor número de quadros por segundo.
- (C) A movimentação do intensificador de imagens para longe do paciente, a fim de se obter projeções especiais, resulta em redução da dose de radiação ao paciente.
- (D) A dose efetiva é uma medida precisa do risco preditivo de neoplasia associada à radiação ionizante para um paciente específico.
- (E) A chamada neoplasia induzida por radiação pode ser produto do efeito estocástico da radiação.

02. Assinale a alternativa correta sobre o uso de contraste.

- (A) O uso de contraste iso-osmolar está associado a uma redução inequívoca do risco de nefropatia induzida pelo contraste.
- (B) Meios de contraste de baixa osmolaridade estão associados à redução do risco de reações alérgicas, independentemente de serem iônicos ou não iônicos.
- (C) O risco de nefropatia induzida pelo contraste independe do volume de contraste utilizado no procedimento.
- (D) Uma medida importante para prevenção de nefrotoxicidade induzida pelo contraste é a pré-hidratação adequada com ou sem bicarbonato de sódio.
- (E) O pico da incidência de nefropatia induzida pelo contraste ocorre nas primeiras 24 horas após o procedimento.

03. Considere as afirmações abaixo em relação ao estudo FREEDOM (*Strategies for Multivessel Revascularization in Patients with Diabetes*).

- I - A incidência do desfecho composto de morte por qualquer causa, infarto agudo do miocárdio não fatal e acidente vascular cerebral não fatal foi menor no grupo de pacientes alocado para estratégia de revascularização miocárdica cirúrgica, e o número necessário para tratar (NNT) para prevenção desse desfecho foi de 41.
- II - Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de mortalidade em 30 dias entre os grupos de revascularização percutânea e de revascularização cirúrgica.
- III - O subgrupo de pacientes com acometimento do tronco da coronária esquerda e escores SYNTAX baixo (≤ 22) ou moderado (22-32) apresentou menor incidência de mortalidade após cinco anos de seguimento.

Quais estão corretas?

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

04. Com relação à avaliação hemodinâmica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A elevação da onda "A" representa um aumento da complacência do ventrículo esquerdo.
- (B) A onda "A" pode estar elevada na estenose valvar aórtica grave.
- (C) O gradiente transvalvar aórtico pode ser influenciado pela presença de estenose mitral ou disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.
- (D) A presença de um gradiente transvalvar aórtico médio de 28 mmHg com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 57% não exclui a possibilidade de estenose valvar aórtica grave.
- (E) O cálculo da área valvar pelo método hemodinâmico, baseado na equação de Gorlin, é considerado o padrão-ouro para avaliação da severidade da estenose valvar aórtica.

05. Assinale a afirmação **INCORRETA** sobre avaliação hemodinâmica da circulação pulmonar.

- (A) Define-se hipertensão pulmonar pela presença de pressão média de artéria pulmonar maior do que 25mmHg e resistência vascular pulmonar maior do que três unidades Wood, em repouso, no cateterismo direito.
- (B) Considera-se que houve resposta positiva ao teste de vasorreatividade pulmonar quando houver uma queda maior do que 10mmHg na pressão arterial pulmonar média, atingindo-se um valor absoluto da mesma menor do que 40mmHg, com aumento ou manutenção do débito cardíaco.
- (C) Tromboembolismo pulmonar, cardiopatias com *shunt* sistêmico-pulmonar e doença veno-oclusiva pulmonar são causas de hipertensão pulmonar de etiologia pré-capilar.
- (D) O uso de bloqueadores do canal de cálcio tanto por via oral quanto por via intravenosa não é recomendado para o teste de vasorreatividade pulmonar.
- (E) Óxido nítrico por via inalatória, epoprosterenol e adenosina por via intravenosa são os agentes vasodilatadores de escolha para o teste de vasorreatividade pulmonar.

06. Com relação à via de acesso para realização de cateterismo cardíaco esquerdo, assinale a alternativa correta.

- (A) A cirurgia prévia de revascularização do miocárdio representa o principal fator de insucesso da via de acesso radial.
- (B) O tratamento do pseudo-aneurisma pós-punção femoral está indicado se o mesmo atingir 1,8cm em seu maior diâmetro.
- (C) A altura do paciente influencia diretamente o sucesso do procedimento realizado por via radial direita.
- (D) Independentemente de a via de acesso ser radial ou femoral, o tempo de fluoroscopia, em média, é semelhante.
- (E) A redução de eventos adversos, especialmente mortalidade e sangramentos maiores, associada à técnica radial, independe da presença de infarto agudo do miocárdio como apresentação clínica do paciente.

07. Com relação à ablação septal alcoólica no tratamento da miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, assinale a alternativa correta.

- (A) A necessidade de implante de marca-passo definitivo pós-tratamento percutâneo (ablação) é maior do que com a cirurgia.
- (B) Está indicada em casos de sintomas refratários ao tratamento clínico com espessura septal mínima de 20mm e gradiente subvalvar aórtico em repouso ou provocado maior que 30mmHg.
- (C) Paciente assintomático com gradiente obstrutivo de via ejetiva de ventrículo esquerdo de 80mmHg tem indicação de tratamento por técnica de ablação septal ou miectomia cirúrgica.
- (D) Os resultados tardios demonstram redução da mortalidade em pacientes tratados pela técnica de ablação septal quando comparada à miectomia cirúrgica.
- (E) Comunicação interventricular é uma complicação do procedimento não condicionada ao volume de álcool utilizado.

08. Considere as afirmações abaixo sobre a realização de cinecoronariografia e intervenção coronariana percutânea (ICP), nas síndromes coronarianas agudas.

- I - ICP não demonstrou reduzir a morte e re-infarto de pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnívelamento do ST e score TIMI maior do que cinco pontos.
- II - ICP primária está indicada como classe I de recomendação em pacientes com infarto agudo do miocárdio e supradesnívelamento do segmento ST que desenvolvem choque cardiogênico independente do tempo de apresentação clínica.
- III - Pacientes com infarto agudo do miocárdio e supradesnívelamento do segmento ST, submetidos à trombólise química, apresentando resolução de 70% do supradesnívelamento do ST, devem ser submetidos à cinecoronariografia de resgate 24 a 48 horas após a infusão da droga.

Quais estão corretas?

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

09. Assinale a alternativa que apresenta a definição correta de perfuração coronariana acidental tipo 3.

- (A) Extravasamento linear e não persistente do meio de contraste.
- (B) Defeito de enchimento em forma de espiral.
- (C) Extravasamento extraluminal maior do que 1mm com jato persistente do meio de contraste para o pericárdio.
- (D) Defeito persistente do lúmen, com atraso do fluxo anterógrado.
- (E) Pequeno extravasamento de contraste distal induzido pelo fio-guia.

10. Com base no estudo PARTNER, assinale a alternativa **INCORRETA** relativamente à comparação de tratamentos transcater (TAVI) e cirúrgico, em pacientes com estenose aórtica grave e com risco cirúrgico alto.

- (A) A mortalidade, após 30 dias, foi maior no grupo cirúrgico.
- (B) A incidência de AVC, após 1 ano, foi maior no grupo TAVI.
- (C) Após 1 ano, a redução do gradiente transvalvar aórtico foi menor no grupo TAVI.
- (D) Após 1 ano, a melhora dos sintomas foi similar nos dois grupos.
- (E) Complicações vasculares maiores ocorreram com maior frequência no grupo TAVI.

11. Com relação ao estudo EVEREST II, que comparou o dispositivo Mitraclip com o tratamento cirúrgico da insuficiência mitral, assinale a alternativa correta.

- (A) A mortalidade foi significativamente menor no grupo de pacientes tratados com o dispositivo percutâneo.
- (B) O grupo tratado com cirurgia utilizou prioritariamente técnica de plastia valvar mitral.
- (C) A necessidade de cirurgia por recorrência da insuficiência mitral foi aproximadamente o dobro nos pacientes alocados para o tratamento com Mitraclip quando comparada aos pacientes tratados com cirurgia.
- (D) Foram incluídos no estudo apenas pacientes com insuficiência mitral degenerativa e, portanto, o FDA americano liberou o uso de Mitraclip apenas para essa indicação.
- (E) Em 12 meses, a taxa de insuficiência mitral graus III e IV foi semelhante nos pacientes tratados de forma percutânea com o dispositivo Mitraclip e nos pacientes tratados com cirurgia da válvula mitral.

12. Com relação à valvoplastia mitral percutânea com balão, considere as afirmações abaixo.

- I - A ecocardiografia transesofágica prévia ao procedimento deve ser realizada para determinar a presença ou ausência de trombo atrial esquerdo.
- II - Está indicada na estenose mitral grave em pacientes com escore de Block inferior a 12 pontos.
- III - Em pacientes com contra-indicação devido a trombo atrial esquerdo, pode ser considerada a anticoagulação oral por 2 a 6 meses e posterior reavaliação com ecocardiografia transesofágica.

Quais são corretas?

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

13. Considere as afirmações a seguir sobre as indicações para correção percutânea dos defeitos do septo interatrial.

- I - A comunicação interatrial do tipo seio venoso costuma localizar-se na porção superior do septo interatrial e pode estar associada à drenagem anômala das veias pulmonares.
- II - A correção do forame oval patente está indicada na prevenção primária do acidente vascular encefálico por embolia paradoxal, se o defeito estiver associado à presença de aneurisma do septo interatrial e à passagem de mais de 10 microbolhas na manobra de Valsalva.
- III - A comunicação interatrial tipo *ostium secundum* é a mais frequente e pode estar indicada a correção cirúrgica ou por cateter nos casos em que exista hipertensão pulmonar grave com elevação persistente da resistência vascular pulmonar acima de 5 unidades Wood.

Quais estão corretas?

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

14. Considere as afirmações abaixo sobre reestenose de stents farmacológicos.

- I - Reestenose não costuma se manifestar clinicamente sob forma de síndrome coronariana aguda, uma vez que a resposta inflamatória que leva à formação de neointima está restrita aos primeiros 12 meses, após o implante do stent.
- II - O tratamento com implante de novo stent eluidor de fármaco diferente do anterior não mostrou ser claramente superior ao implante de novo stent eluidor do mesmo fármaco.
- III- O uso de balões farmacológicos eluídos em sirolimus constitui alternativa eficaz para o tratamento da reestenose em casos em que existe contra-indicação ao uso de dupla antiagregação plaquetária prolongada e/ou bifurcações complexas onde o implante de novo stent pode dificultar o acesso ao ramo lateral.

Quais estão corretas?

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

15. Assinale a alternativa correta na que diz respeito aos métodos de reserva de fluxo fracionada (FFR) e reserva de fluxo coronariano (CFR).

- (A) A FFR não é independente de modificações de frequência cardíaca e pressão arterial sistêmica.
- (B) Em casos de avaliação de lesões coronarianas sequenciais, não há evidência de superioridade da infusão intravenosa contínua em comparação à infusão intracoronariana.
- (C) A presença de estenose grave no segmento médio da coronária não influencia a avaliação funcional de outra estenose no segmento proximal dessa mesma coronária.
- (D) A taquicardia não exerce influência na reserva de fluxo coronariano (CFR).
- (E) Numa estenose coronariana com FFR de 0,86 e CFR de 1,1, pode-se supor que a lesão seja funcionalmente não significativa e que há evidência de disfunção da microcirculação.

16. Assinale a afirmação **INCORRETA** em relação às possíveis complicações do cateterismo cardíaco.

- (A) Quando for necessário usar adrenalina para o manejo de reações alérgicas durante o procedimento, a dose subcutânea é 1ml de adrenalina em concentração 1:1000.
- (B) A recorrência de reação alérgica ao meio de contraste iodado pode chegar a 50% em caso de reexposição.
- (C) Em paciente com bloqueio de ramo direito prévio, deve-se atentar para o risco de bloqueio atrioventricular completo durante a realização de ventriculografia esquerda.
- (D) O uso de balão intra-aórtico é fator de risco para a ocorrência de AVC peri-procedimento.
- (E) O uso de N-acetil cisteína não é mais recomendado como rotina para a prevenção de nefropatia induzida por contraste.

17. Considere as afirmações abaixo em relação ao uso de abciximabe durante procedimentos de intervenção coronariana percutânea.

- I - Trombocitopenia grave (contagem de plaquetas inferior a 20.000) pode ocorrer precocemente ainda durante as primeiras horas de infusão.
- II - O risco de apresentar trombocitopenia novamente aumenta em paciente que apresentou trombocitopenia após administração de abciximabe.
- III- Na maioria dos casos de trombocitopenia induzida por abciximabe, a contagem de plaquetas começa a voltar ao normal em um período de quatro a cinco dias após a suspensão do fármaco.

Quais estão corretas?

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

18. Em relação ao fármaco ticagrelor, assinale a afirmativa correta.

- (A) No estudo PLATO, a diferença encontrada de sangramentos maiores não relacionados à cirurgia no grupo que recebeu ticagrelor não atingiu significância estatística.
- (B) O grupo randomizado para receber ticagrelor no estudo PLATO apresentou significativamente mais dispneia, levando à interrupção do tratamento, do que o grupo randomizado para clopidogrel.
- (C) As doses de ataque preconizadas no estudo PLATO eram de 600 mg para clopidogrel e de 180 mg para ticagrelor.
- (D) No estudo PLATO, o benefício do ticagrelor foi restrito ao subgrupo de pacientes com síndrome coronariana aguda, com elevação do segmento ST, provavelmente, devido ao início de efeito mais rápido do que o clopidogrel.
- (E) O ticagrelor é um tienopiridínico antagonista reversível dos receptores de ADP P2Y12.

19. Em relação ao uso de prasugrel, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) No estudo TRITON-TIMI 38, o risco de sangramento com prasugrel foi particularmente mais elevado do que com clopidogrel, especialmente nos pacientes com 75 anos ou mais, com menos de 60kg e com AVC ou AIT prévios.
- (B) Prasugrel é uma pró-droga que necessita de conversão para se tornar plenamente ativa.
- (C) Prasugrel na dose de 60mg de ataque e 10mg/dia de manutenção foi superior ao clopidogrel na dose de 600mg de ataque e 75mg/dia de manutenção no estudo TRITON-TIMI 38 para reduzir eventos isquêmicos.
- (D) Em pacientes com síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST que serão submetidos à cinecoronariografia, prasugrel não deve ser administrado antes de se conhecer a anatomia coronariana.
- (E) Em pacientes com síndrome coronariana aguda com elevação do segmento ST que serão submetidos à angioplastia primária, prasugrel deve ser administrado o mais precocemente possível.

20. O diagnóstico de hematoma retroperitoneal é feito algumas horas após o término de intervenção coronariana percutânea com implante de um stent. O paciente segue recebendo infusão de abciximabe. Além de suspender a infusão, a melhor forma de antagonizar o efeito deste fármaco seria administrar

- (A) plasma fresco.
- (B) plaquetas.
- (C) protamina.
- (D) crioprecipitado.
- (E) concentrado de hemácias.

21. Em relação ao uso da Aterectomia Rotacional Percutânea (*Rotablator*), considere as afirmações abaixo.

- I - O diâmetro interno do cateter-guia deve ser pelo menos 0,004" maior do que o da maior oliva (*burr*) utilizada.
- II - A relação entre a maior oliva (*burr*) utilizada e o diâmetro do vaso não deve exceder 0,7.
- III- Quedas de mais de 10.000rpm na velocidade de rotação podem provocar dissecação do vaso ou liberação de grandes partículas de placa.

Quais estão corretas?

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

22. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (2014 ESC/EACTS), qual das alternativas abaixo inclui uma recomendação Classe I tanto para revascularização cirúrgica quanto para percutânea em pacientes com perfil de risco e anatomia favoráveis para ambos os procedimentos?

- (A) Lesão isolada em segmento proximal da descendente anterior.
- (B) Lesão de dois vasos sem envolver o segmento proximal da descendente anterior.
- (C) Lesão de tronco de coronária esquerda com escore SYNTAX de 23 a 32.
- (D) Lesão de três vasos com escore SYNTAX de 23 a 32.
- (E) Lesão de três vasos com escore SYNTAX maior do que 32.

23. Considere as afirmativas abaixo sobre recanalização de oclusão coronariana crônica.

- I - No estudo OAT (*The Occluded Artery Trial*), em pacientes com infarto recente e isquemia residual extensa em estudo provocativo, não houve benefício na redução dos desfechos morte, infarto e insuficiência cardíaca classe IV com a estratégia de recanalização de artérias ocluídas.
- II - Estudos observacionais demonstraram que pacientes nos quais houve sucesso na recanalização de oclusão coronariana crônica ocorreu melhora da função ventricular e redução de angina.
- III- As Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (2014 ESC/EACTS) classificam como recomendação II-a a recanalização de oclusão coronariana crônica quando se espera redução da isquemia no território correspondente.

Quais estão corretas?

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

24. Em relação às síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento de segmento ST, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) A morbi-mortalidade da síndrome coronariana aguda (SCA) sem supradesnivelamento de segmento ST é semelhante à da SCA com supradesnivelamento de ST em longo prazo.
- (B) Pacientes com alterações dinâmicas do segmento ST ou de ondas T devem ser manejados com estratégia invasiva nas primeiras 24 horas.
- (C) Pacientes que se apresentam com insuficiência cardíaca grave devem ser manejados de forma invasiva nas primeiras duas horas, independentemente dos valores de biomarcadores.
- (D) A estratégia invasiva em mulheres de baixo risco com troponina negativa apresentou tendência a maior risco do que a estratégia guiada por isquemia.
- (E) 7 a 10% dos pacientes com SCA sem supradesnivelamento de ST apresentam coronárias livres de lesões obstrutivas (estenose maior que 50% em coronárias principais).

25. Qual das afirmativas abaixo está **INCORRETA** em relação ao manejo do infarto agudo do miocárdio?

- (A) As Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (2014 ESC/EACTS) classificam como recomendação I o uso de stents eluidores de fármaco de nova geração em preferência a stents convencionais em angioplastias primárias.
- (B) O uso de rotina de balão intra-aórtico não é indicado no manejo do choque cardiogênico (recomendação classe III).
- (C) Tanto heparina não fracionada quanto enoxaparina recebem recomendação classe I durante angioplastia primária nas diretrizes atuais de revascularização (Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia, 2014 ESC/EACTS).
- (D) Se o inibidor P2Y12 empregado no infarto com supradesnivelamento do segmento ST for clopidogrel, sua dose de ataque deve ser de 600 mg.
- (E) Os seguintes valores pressóricos, em mmHg, obtidos de forma invasiva: átrio direito = 20; artéria pulmonar = 30/12; oclusão da artéria pulmonar = 12 e índice cardíaco, em l/min/m², = 1,9 sugerem infarto de ventrículo direito.