Universidade Federal de São Paulo
COREME
Residência MÉDICA - 2014

Anos Opcionais em Cardiologia e Áreas de Atuação em Cardiologia

Nome do Candidato	N.Inscrição

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 35 questões, numeradas de 1 a 35.
  Se o caderno estiver incompleto, solicite outro ao fiscal da sala.
  Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher UMA resposta.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar, no caderno de prova, qual a letra (A, B, C, D, E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS fazendo um traço no quadrinho que aparece abaixo dessa letra.

ATENÇÃO

- Marque as respostas com caneta esferográfica azul ou preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão: mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.
- Você terá **2:30h** para responder a todas as questões e preencher a Folha de Respostas.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

edudata

1. Com relação a utilização da Reserva Fracionada de Fluxo (FFR) no laboratório de hemodinâmica para avaliação funcional das lesões obstrutivas coronárias, assinale a alternativa correta:

(A) É considerado um bom método para avaliação de lesões moderadas (50% a 70% de estenose do diâmetro), entretanto a utilização do ultrassom intracoronário é superior na avaliação funcional das lesões.

(B) Valores acima de 0,8 são indicativos de ausência de isquemia, indicando o tratamento conservador (sem intervenção) na lesão.

(C) Valores intermediários no FFR (0,6 a 0,8) indicam a realização de ultrassom para melhor estratificação do paciente. Área luminal do vaso, no ponto de maior estenose, menor que 4 mm2 identifica pacientes de mais alto risco de evento e lesões que devem ser revascularizadas.

(D) Quando existem lesões seriadas, o FFR fica inviável e deve ser substituído pelo ultrassom coronário.

(E) Todas as alternativas são corretas.

---

2. A possibilidade de utilização de diferentes drogas anti-plaquetárias ampliou o arsenal terapêutico pós-angioplastia coronária. Assinale a alternativa correta quanto ao uso e monitorização de diferentes drogas.

(A) Para pacientes utilizando clopidogrel, a monitorização da inibição da atividade plaquetária (por qualquer método disponível) é indicação classe I, seguida de substituição da droga em caso de comprovada resistência.

(B) Em pacientes com história prévia de Acidente Vascular Cerebral, o Prasugrel, na dose de ataque de 60 mg, deve ser a droga de escolha.

(C) Em pacientes utilizando bivaluridina, o uso de Ticagrelor deve ser evitado devido ao maior risco de sangramento em comparação com clopidogrel.

(D) Ticagrelor, na dose de ataque de 180 mg e manutenção de 90 mg 2x/dia é considerado uma recomendação classe I após angioplastia com stents convencionais ou farmacológicos.

(E) Ticagrelor tem como principal efeito colateral o desenvolvimento de taquicardia

3. Assinale a alternativa correta com relação a angioplastia coronária em enxertos de safena.

(A) Compreende uma população de alto risco, alta frequência no laboratório de hemodinâmica e os resultados da angioplastia com stent são semelhantes aos de angioplastias de vasos nativos.

(B) A utilização da melhor estratégia anti-plaquetária é fundamental, incluindo o uso de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa que comprovadamente reduzem a frequência de infarto pós-procedimento.

(C) O uso de stents farmacológicos não foi superior aos stents convencionais em angioplastia de enxertos de safena.

(D) Em pacientes com alta carga trombótica, em angioplastia de enxerto de safena, a utilização de tripla anti-agregação (associando-se o cilostazol) é recomendada

(E) A possibilidade de embolização de debris e trombos para a porção distal do vaso é alta, provocando no-reflow e slow-reflow, e deve ser prevenida com dispositivos de proteção distal – recomendação classe I, nível B, sempre que tecnicamente factível.

---

4. Em pacientes portadores de doença renal, definida pela alteração do clearance de creatinina (<60 ml/min), qual a melhor conduta para o preparo do paciente para utilização de contrastes iodados.

(A) A hidratação com solução salina isotônica, na dose de 1 a 1,5 ml/Kg por hora, iniciando 3 a 12 horas antes do procedimento e prosseguindo por 6 a 24 horas após o procedimento, é a recomendação classe I para estes pacientes e nenhuma outra droga associada a hidratação tem efeito comprovado.

(B) A hidratação com solução salina isotônica, na dose de 1 a 1,5 ml/Kg por hora, iniciando 3 a 12 horas antes do procedimento e prosseguindo por 6 a 24 horas após o procedimento associada ao uso da N-acetil-cisteína, é a recomendação classe I para estes pacientes.

(C) Hidratação com solução salina hipotônica deve ser utilizada em pacientes portadores de múltiplos fatores de risco e com limitação a infusão de volume, associado ao uso da N-acetil-cisteína, como melhor prevenção a nefropatia induzida por contraste.

(D) Em pacientes com limitação ao uso de volume, a utilização de hidratação com bicarbonato de sódio, iniciando 3 a 12 horas antes do procedimento e prosseguindo por 6 a 24 horas após o procedimento, associado a N-acetil-cisteina, é a recomendação para prevenção de nefropatia induzida por contraste

(E) A limitação do volume de contraste utilizado para o exame é a única medida preventiva recomendada, com contrastes de baixa osmolaridade sendo preferíveis aos contrastes de alta osmolaridade e aos contrastes isoosmolares

5. Com relação a prevenção e tratamento dos eventos isquêmicos cardíacos no pós-operatório de cirurgia geral, assinale a alternativa correta:

(A) Na presença de infarto com supra de segmento ST o paciente não pode ser manejado com angioplastia primária devido ao risco de sangramento associado a dupla anti-agregação plaquetária.
(B) A elevação de troponina acima de 4 vezes o valor basal é o marcador ideal para o diagnóstico de síndrome infarto peri-operatório
(C) Na maioria das vezes se apresentam como infarto sem supra de segmento ST e assintomáticos
(D) Cirurgias de cabeça e pescoço e cirurgias intratorácicas são consideradas de alto risco (>5% de risco cardíaco) para ocorrência de eventos isquêmicos
(E) A manutenção da anti-agregação plaquetária dupla é de alto risco em pacientes submetidos a qualquer tipo de cirurgia e sua suspensão 5 a 7 dias antes da cirurgia eletiva é obrigatória.

---

6. Paciente de 34 anos, sexo feminino, apresenta dispnéia aos esforços, progressiva nos últimos 8 meses, estando atualmente em classe funcional III. No exame físico observa-se:

Pressão Arterial = 110 x 80 mmHg, Freq. Cardíaca = 102 batimentos por minuto

s/ estase jugular, pulsos carotídeos de amplitude normal e sem sopros,

Bulhas rítmicas a dois tempos, ictus normoposicionado, sopro diastólico no foco mitral, em ruflar, 3+/6+, com estalido de abertura +/4 e primeira bulha hiperfonética; Sopro holossistólico no foco mitral, 2+/6+

Assinale qual a melhor opção de tratamento farmacológico com objetivo de melhora sintomática:

(A) Vasodilatador associado ao uso de diurético e betabloqueador
(B) Diurético e controle da freqüência cardíaca
(C) Diurético e vasodilatador
(D) Somente vasodilatador
(E) A melhora sintomática só será obtida com tratamento intervencionista

---

7. A paciente acima fez ecocardiograma que mostra átrio esquerdo com 47 mm de diâmetro, ventrículos esquerdo de dimensões normais, área valvar mitral de 1,5cm, refluxo mitral discreto, pressão da artéria pulmonar de 40mmHg. Tem escore de Block e Wilkins de 7 pontos. Baseado nestes dados qual seria a conduta a ser tomada:

(A) Valvotomia mitral percutânea
(B) Valvotomia mitral cirúrgica
(C) Troca da valva mitral
(D) Aguardar o resultado do tratamento medicamentoso
(E) Deve ser anticoagulada

8. Com relação ao tratamento da estenose valvar aórtica todas estão corretas, exceto:

(A) O tratamento definitivo (percutânea ou troca valvar) esta indicado apenas para pacientes sintomáticos, independente da área valvar medida.

(B) A valvotomia aórtica por balão pode ser utilizada em casos excepcionais como “terapia ponte” para um tratamento definitivo.

(C) Pacientes com valva aórtica bicúspide não devem realizar o implante por cateter.

(D) O tratamento transapical implica numa menor manipulação da aorta ascendente e arco aórtico e deve ser preferida para os pacientes com aorta em "porcelana"

(E) Em pacientes de alto risco cirúrgico o tratamento por cateter com implante de valva por via transfemoral ou transapical é superior ao tratamento cirúrgico quanto a mortalidade em 1 ano, segundo o estudo PARTNER.

---

9. Com relação ao tratamento endovascular com stents nas doenças da aorta, assinale a alternativa correta:

(A) Deve ser considerada como primeira opção para os pacientes com dissecção aórtica do tipo B complicada e com anatomia adequada ao procedimento.

(B) É superior ao tratamento cirúrgico nos pacientes com dissecção aortica tipo B não complicada.

(C) Sua indicação no tratamento do aneurisma da aorta abdominal deve levar em conta o maior diâmetro transverso. O ritmo de crescimento do aneurisma não tem valor na indicação desde que o diâmetro transverso maior seja menor que 5,0 cm.

(D) Está indicada para pacientes com presença de fluxo na luz falsa na tomografia diagnóstica.

(E) Não deve ser opção para pacientes com úlcera penetrante ou hematoma intramural da aorta descendente sintomática pelo risco de dissecção iatrogênica.

---

10. Na confecção de diretrizes, sociedades nacionais e internacionais graduam o nível de evidência e a classe de recomendação para uma conduta de acordo com escalas pré-definidas. Assinale a alternativa correta quanto a nomenclatura utilizada em diretrizes:

(A) Uma indicação classe IIb significa que uma conduta pode ser considerada porque já há corpo de evidência para indica-la

(B) Uma indicação nível B é derivada de múltiplos estudos randomizados

(C) Uma indicação classe III significa que uma determinada conduta não deve ser seguida pois não traz benefício ou pode ser danosa.

(D) Meta-análises não são suficientes para indicar nível A para uma conduta.

(E) A ausência de estudos randomizados impede a confecção de recomendações em diretrizes

11. Ao examinar o pulso venoso jugular de um paciente com história de DPOC que apresenta unhas em vidro de relógio, dedos em baqueta de tambor , edema de membros inferiores, levantamento sistólico e sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa você espera encontrar:

(A) Nenhuma alteração
(B) Onda A em canhão
(C) Onda C aumentada
(D) Onda V gigante
(E) Onda X em descenso

---

12. Paciente do sexo masculino, 74 anos, com história de dispnéia e dor torácica. Ao exame físico podemos encontrar:

(A) Sopro sistólico rude irradiado para o pescoço
(B) Sopro sistólico rude em crescendo e decrescendo da estenose mitral
(C) Levantamento sistólico caracterizando hipertrofia de VE
(D) Ruflar diastólico típico da insuficiência mitral
(E) Sopro de Austin-Flint característico da estenose aórtica

---

13. Em relação ao uso do ecocardiograma na avaliação da dor torácica podemos afirmar, exceto:

(A) Na ausência de alterações segmentares de contração afasta o diagnóstico de síndrome coronária aguda
(B) Não é rotineiramente utilizado no diagnóstico pois o ECG e a história clínica geralmente são suficientes
(C) Pode ser considerado procedimento prejudicial em algumas situações
(D) Caso seja realizado em vigência de dor e não apresente alterações segmentares de contração tem alto valor preditivo negativo
(E) É utilizado para avaliar diagnósticos diferenciais de dor torácica

---

14. As cardiopatias congênitas representam as principais malformações congênitas na atualidade. As síndromes genéticas predispõem o embrião humano às malformações congênitas. O defeito do septo atrioventricular (DSAV) e a coarctação da aorta são defeitos característicos das seguintes síndromes genéticas, respectivamente:

(A) Síndrome de Noonan e síndrome de Turner
(B) Síndrome de Down e síndrome de Williams
(C) Síndrome de Down e síndrome de Turner
(D) Síndrome de Down e sindrome de Patau
(E) Síndrome de Down e síndrome da rubéola congênita

15. Algumas cardiopatias congênitas trazem marcadores eletrocardiográficos que auxiliam no diagnóstico. Qual das alterações abaixo relacionadas representa a alteração típica do defeito do septo atrioventricular (DSAV)?

(A) Bloqueio completo de ramo direito
(B) Bloqueio da divisão ânterosuperior esquerda
(C) Bloqueio completo de ramo esquerdo
(D) Bloqueio da divisão pósteroinferior direita
(E) Bloqueio trifascicular

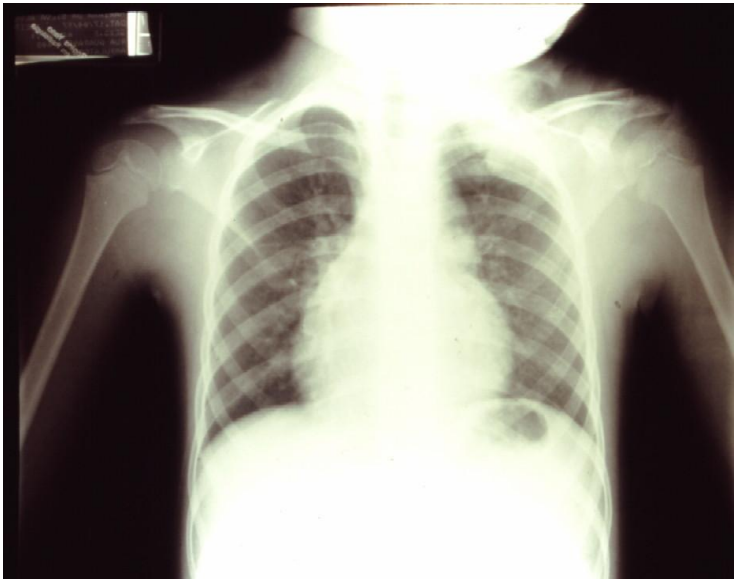
---

16. O diagnóstico correto das cardiopatias congênitas requer um estudo minucioso da análise sequencial dos 3 segmentos cardíacos (átrios, ventrículos e grandes artérias). Assinale a alternativa incorreta.

(A) O situs atrial pode ser solitus, inversus ou ambiguus.
(B) Os ventrículos podem estar em posições invertidas. Apesar da inversão de lados (direito e esquerdo), a posição do ventrículo morfologicamente direito é anterior e a do ventrículo morfologicamente esquerdo é posterior.
(C) As valvas atrioventriculares acompanham seus respectivos ventrículos, ou seja, a valva tricúspide está acoplada ao ventrículo morfologicamente direito e a valva mitral ao ventrículo morfologicamente esquerdo.
(D) A posição das grandes artérias é um dos marcadores da posição ventricular.
(E) A veia cava inferior pode estar interrompida e dificultar a análise do situs atrial no ecocardiograma.

17. Criança de 7 anos apresentou-se no ambulatório de cardiologia pediátrica para avaliação de tonturas independentemente de esforço físico. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal com períodos de bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo Mobitz II.

A imagem radiológica em evidência desse paciente (radiografia abaixo) é compatível com qual das cardiopatias congênitas abaixo relacionadas:



(A) Transposição completa das grandes artérias (D-TGA)
(B) Transposição corrigida das grandes artérias (L-TGA)
(C) Drenagem anômala parcial de veias pulmonares
(D) Anomalia de Ebstein
(E) Truncus arteriosus communis

---

18. Qual dos medicamentos abaixo utilizados para o tratamento da hipertensão arterial está contra indicado em pacientes com aterosclerose devido poder desencadear isquemia miocárdica:

(A) Hidralazina
(B) Minoxidil
(C) Clonidina
(D) Alfa metil dopa
(E) Diazóxido

19. Paciente de 28 anos com pré-eclâmpsia chega no PS com níveis pressóricos de 180/110 mm Hg, edema de membros inferiores. Qual o medicamento mais indicado para reduzir a pressão arterial desta paciente?

(A) Furosemide
(B) Hidroclorotiazida
(C) Captopril
(D) Hidralazina
(E) Losartam

---

20. Em relação aos sopros de insuficiência mitral de causa reumática, qual alternativa é INCORRETA:

(A) Diminuem de intensidade com a manobra de “handgrip” (apertar as mãos)
(B) São holossistólicos
(C) Podem ser audíveis até a segunda bulha
(D) Podem ser audíveis na axila esquerda se o jato tem direção posterior
(E) A intensidade é constante durante a sístole

---

21. Sobre a profilaxia secundária de febre reumática assinale a alternativa correta:

(A) Deve ser indicada aos indivíduos sem cardite prévia até os 25 anos de idade, ou 10 anos após o último surto, o que for menor.
(B) É recomendada aos pacientes com cardite prévia ou insuficiência mitral leve ou resolução da lesão valvar até os 25 anos de idade ou 10 anos após o último surto, o que for menor
(C) O antibiótico de escolha é a sulfadiazina 1g VO semanalmente
(D) Nos pacientes com alergia às sulfas deve-se usar cefalosporina
(E) É recomendada aos pacientes com lesão valvar residual moderada ou grave até os 40 anos ou por toda a vida, conforme o risco de infecções por Streptococo

---

22. Assinale a alternativa errada:

(A) A insuficiência tricúspide pode ser causada por doença reumática, doença carcinóide, hipertensão pulmonar, endocardite infecciosa, trauma, radiação.
(B) O diagnóstico clínico da insuficiência tricúspide é feito com base nos achados de pulso sistólico aumentada na veia jugular e ausculta de sopro sistólico que diminui com a inspiração
(C) A estenose tricúspide ocorre usualmente associada com insuficiência e a doença reumática é a causa mais comum
(D) O reparo da valva tricúspide com insuficiência importante é benéfico nos pacientes com doença mitral com indicação cirúrgica
(E) Quando a substituição da valva tricúspide é necessária, as próteses biológicas são preferidas

23. O diagnóstico clínico de valva aórtica bicúspide:

(A) Caracteriza-se pela ausculta de um clique telessistólico, de alta intensidade, que diminui com a inspiração
(B) Caracteriza-se pela ausculta de um clique protossistólico, alta intensidade, sem variação com a respiração
(C) Caracteriza-se pela ausculta de um clique prossistólico, de alta intensidade, que diminui com a inspiração
(D) Caracteriza-se pela ausculta de um clique telessistólico, alta intensidade, sem variação com a respiração
(E) Caracteriza-se pela ausculta de um clique protossistólico, alta intensidade, com variação respiratória, auscultado somente no foco aórtico e associado com sopro de estenose aórtica

---

24. São achados comuns na CARDIOPATIA causada por HIPOTIREOIDISMO, EXCETO:

(A) Diminuição da pressão arterial
(B) Diminuição da freqüência cardíaca
(C) Diminuição do debito cardíaco
(D) Aumento do Intervalo QT
(E) Presença de derrame pericárdico

25. Associe as alternativas às radiografias

A) Estenose Mitral
B) Insuficiência Aórtica
C) Defeito Septal Atrial
D) Derrame Pericárdico

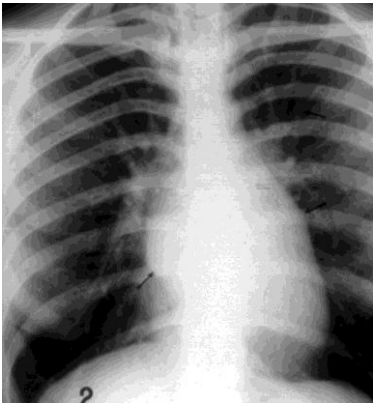


Figura 1

Figura 3

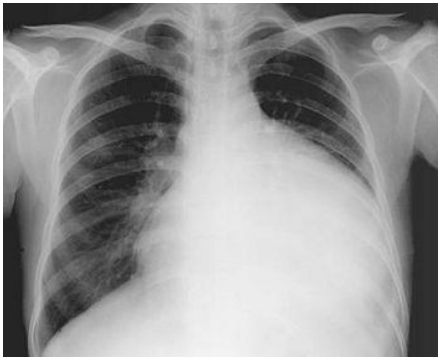


Figura 2

Figura 4

(A) 1 B – 2 C – 3 D – 4 A
(B) 1 C – 2 D – 3 B – 4 A
(C) 1 D – 2 B – 3 A – 4 C
(D) 1 A – 2 D – 3 C – 4 B
(E) 1 A – 2 D – 3 B – 4 C

26. São afirmativas corretas sobre o ritmo cardíaco abaixo, EXCETO:

(A) Este ritmo pode ser visto em até 50% dos casos de infarto agudo do miocárdio,

(B) Este ritmo pode ser encontrado em diversas patologias cardíacas

(C) O ritmo confere um pequeno, mas significante aumento de risco de morbidade e mortalidade em pacientes com IAM, dentro das primeiras 48 horas

(D) Em 50 % dos casos, este ritmo geralmente decorre de um alentecimento do ritmo sinusal e também pode ser iniciado por batimentos precoces e prematuros,

(E) Este ritmo não causa alterações hemodinâmicas significantes

---

27. As recomendações para estratificação do risco nas dislipidemias são baseadas em algoritmos como o escore de risco de Framingham. Este escore, no entanto, apesar de muito utilizado, tem limitações especialmente nas seguintes situações:

(A) Nas mulheres, idosos, na avaliação do risco a longo prazo, em portadores de múltiplos fatores de risco.

(B) Nos homens idosos com diabetes, nos jovens tabagistas e após a menopausa.

(C) Nas mulheres, nos jovens, na avaliação do risco a curto prazo e nas dislipidemias graves.

(D) Não há falhas nessa ferramenta se usarmos o escore do NCEP III.

(E) Todas estão incorretas.

---

28. A respeito dos sinais clínicos das dislipidemias podemos afirmar:

(A) São comuns a todas as formas de dislipidemias, inespecíficos em relação ao tipo de alteração lipídica;

(B) Ocorrem nas formas graves de dislipidemias e são caracterizados por xantomas tendí-neos, arco corneal e xantelasmas nas hipercolesterolemias graves

(C) Nas hipertrigliceridemias são comuns os xantomas eruptivos;

(D) Algumas formas raras de dislipidemia apresentam sinais característicos: a Doença de Tangier apresenta depósitos lipídicos em tecidos linfóides; no Fish-eye disease há opacificações de córnea; os xantomas planares ocorrem nas hipoalfalipoproteinemias.

(E) B, C e D estão corretas.

29. Aspectos especiais no tratamento da dislipidemia na SIDA. Não é correto afirmar que:

(A) Na SIDA não tratada há redução de HDL-colesterol e discreta elevação de triglicérides
(B) Em uso de HAART os níveis de triglicérides podem estar muito elevados, mas também pode ocorrer aumento expressivo de colesterol total e de LDL-colesterol e redução de HDL-colesterol;
(C) Ocorrem distúrbios metabólicos, como resistência à insulina e há maior associação com doença arterial coronariana;
(D) O tratamento com estatinas e anti-retrovirais, deve privilegiar o uso da sinvastatina, por sua segurança e experiência, já que é um dos fármacos mais bem estudados
(E) Deve-se preferir estatinas que atuem em sítios de metabolização hepática diferente dos anti-retrovirais, como a pravastatina, e com cautela a atorvastatina.

---

30. A estabilização de uma placa aterosclerótica requer:

(A) Diminuição do seu conteúdo lipídico e inflamatório;
(B) Aumento do conteúdo de tecido matricial e fibroblastos;
(C) Diminuição do volume da placa, sem modificações em sua composição;
(D) Não pode ocorrer por métodos clínicos, apenas por cirurgia ou intervenção percutânea;
(E) A e B estão corretas.

---

31. Assinale a alternativa correta:

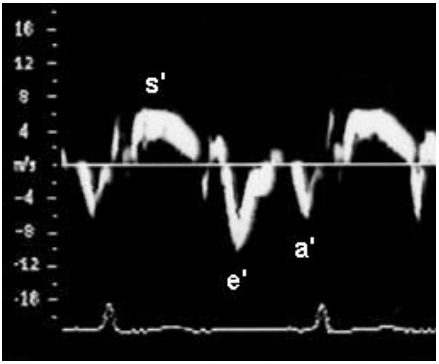
(A) Em mulheres não fumantes, a presença de diabetes melitus do tipo II não acrescenta risco cardiovascular
(B) A utilização profilática de ácido acetil salicílico está indicada em homens acima de 65 anos e mulheres pós menopausa
(C) Doença cardiovascular é a principal causa de óbito em mulheres, em países desenvolvidos
(D) Sedentarismo não é fator de risco isolado em mulheres pré menopausa
(E) Reposição hormonal com estrogênio e progesterona em baixa dosagem diminui o risco de acidente vascular cerebral

32. Um paciente de 31 anos apresentou quadro súbito de afasia e hemiplegia esquerda, com cansaço aos esforços nos últimos 6 meses e disfagia a sólidos. Encontrava-se eupneico a 30º, estase jugular +, 80 bpm, PA: 100 x 65 mmHg, estertores nas bases pulmonares e hepatomegalia. Seu ECG revelava ritmo sinusal, bloqueio AV de primeiro grau, BCRD e BDAS. Neste caso, qual o exame mais adequado para avaliar a etiologia do processo neurológico?

(A) Holter de 24 horas
(B) Ecocardiograma transtorácico
(C) Ecocardiograma transesofágico
(D) Angio-ressonância de vasos intracerebrais
(E) Dímero-D

---

33. Analise a figura abaixo e assinale a alternativa correta:



(A) Representa a curva de fluxo mitral ao Doppler pulsátil e é útil na avaliação dos gradientes diastólicos mitrais.
(B) Representa a curva de fluxo tricúspide ao Doppler contínuo, útil na estimativa da pressão sistólica pulmonar
(C) Representa a curva das velocidades de fluxo da via de saída do ventrículo esquerdo ao Doppler pulsátil, útil na estimativa da área valvar aórtica.
(D) Representa a curva das velocidades tissulares do anel mitral, utilizada na avaliação da função diastólica e da pressão de enchimento do ventrículo esquerdo.
(E) Representa a curva das velocidades do fluxo da valva pulmonar, útil na avaliação da dissincronia interventricular.

34. Quanto ao diagnóstico de Doença Arterial Coronária (DAC) utilizando métodos eletrocardiográficos, podemos afirmar:

(A) O teste ergométrico tem sensibilidade média de 68% e especificidade média de 77%.
(B) O ECG de repouso é normal em 90% dos pacientes
(C) O teste ergométrico comum tem sensibilidade de 50% e a especificidade não é maior que 40%.
(D) Qualquer alteração no segmento ST já indica isquemia miocárdica por DAC.
(E) Sempre que disponíveis deve-se utilizar os métodos de imagem em lugar dos eletrocardiográficos para o diagnóstico de DAC.

---

35. O conhecimento fisiopatológico mais importante para redução sigificativa da mortalidade por IAM foi:

(A) A hipertensão arterial como importante fator de risco para aterosclerose coronária.
(B) Com a necrose miocárdica pode ocorrer ruptura do septo interventricular.
(C) A obstrução coronária ocorre pela formação de trombo sobre uma placa aterosclerótica vulnerável.
(D) O choque cardiogênico ocorre devido `a extensa necrose miocárdica.
(E) A fibrilação atrial ocorre pela disfunção diastólica de VE.