

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

EDITAL N.º 03/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 46 - MÉDICO I para atuar no Serviço de Cirurgia Vascul ar Periférica

Nome do Candidato: _____

Inscrição n.º: _____ - _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 03/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 46

MÉDICO I para atuar no Serviço de Cirurgia Vasculiar Periférica

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



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



INSTRUÇÕES

- 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 **O candidato deverá responder à Prova Escrita, utilizando caneta esferográfica de tinta azul, fabricada em material transparente. Não será permitido o uso de lápis, lapiseira/grafite e/ou borracha e de caneta que não seja de material transparente durante a realização da Prova.** (conforme item 6.15.2 do Edital de Abertura)
- 6 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- 7 Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 **O candidato somente poderá se retirar da sala de Prova 1 (uma) hora 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 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos após o início.**
- 11 **O candidato que se retirar da sala de Prova, ao concluí-la, não poderá utilizar sanitários nas dependências do local de Prova.** (conforme item 6.15.7 do Edital de Abertura)
- 12 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa Prova!

01. Em relação às trombofilias, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) a hiperhomocisteinemia pode aumentar o risco de trombose venosa e arterial secundária ao efeito tóxico endotelial direto e aumento da ativação plaquetária, entre outros mecanismos.
- (B) o aumento dos níveis dos fatores VIII, IX e XI também está associado ao aumento do risco de trombose venosa.
- (C) o fator V de Leiden é uma mutação comum que ocorre em até 10% dos pacientes com tromboembolismo venoso e em torno de 30% a 50% dos pacientes que são avaliados para presença de trombofilias.
- (D) a mutação do gene da Protrombina G202110A está fortemente associada ao aumento do risco de trombose arterial e pouco associada ao aumento do risco de trombose venosa.
- (E) a deficiência de Antitrombina III é rara na população em geral, com prevalência em torno de 0,02%, no entanto, é diagnosticada em 4% a 7,5% dos pacientes com tromboembolismo venoso.

02. O risco de embolia pulmonar em trombose venosa de membros superiores está em torno de 5% a 10%, mas pode ser tão alto quanto 28% em algumas séries devido ao aumento de procedimentos invasivos como acesso venoso central, desfibriladores e marca-passos. Em relação ao uso de filtros na veia cava superior é correto afirmar:

- (A) a erosão do filtro para a aorta não é uma complicação possível.
- (B) as indicações para o implante do filtro são mais amplas do que na veia cava inferior.
- (C) não existem estudos randomizados e seu uso tem sido baseado em séries de casos.
- (D) um dos critérios para o implante do filtro é o diâmetro da veia cava superior menor do que 20 mm.
- (E) o implante do filtro só pode ser realizado via jugular quando for posicionado na veia cava superior.

03. Assinale a alternativa correta em relação ao tratamento da insuficiência venosa crônica.

- (A) A ligadura da junção safeno-femoral apresenta taxa de recidiva de varizes similar à da safenectomia (*stripping*).
- (B) A escleroterapia de grandes veias pode apresentar uma maior taxa de pigmentação quando comparada com outros métodos.
- (C) Uma das complicações mais frequentes da ablação com *laser* endovenoso da safena magna é a embolia pulmonar.
- (D) A pseudotromboflebite ocorre quando se utiliza ablação da safena magna com *laser* ou radiofrequência.
- (E) A cirurgia sobre a safena parva apresenta baixa taxa de recidiva na junção safeno-poplíteia.

04. A doença varicosa dos membros inferiores apresenta alta prevalência. Com relação ao tratamento endovenoso das veias varicosas, é correto afirmar que

- (A) a técnica de ablação por radiofrequência não está indicada para o tratamento da veia de Giacomini.
- (B) o *laser* endovenoso com comprimento de onda de 1470-nm apresenta coeficiente de absorção pela água um pouco menor do que o *laser* 980-nm, o que o torna mais efetivo.
- (C) queimaduras cutâneas podem ocorrer com a radiofrequência, mas não foram descritas com o *laser* endovenoso.
- (D) o uso da ecografia não é necessário na escleroterapia com espuma em veias tronculares (safenas) que estão dilatadas, visíveis e palpáveis.
- (E) na maioria das situações, evita-se a ablação por radiofrequência ou *laser* da safena magna no segmento médio e distal da perna devido a proximidade da veia com o nervo safeno.

05. No que se refere ao tratamento da doença cerebrovascular extracraniana, considere as afirmações abaixo.

- I - As evidências clínicas atuais recomendam o tratamento endovascular da síndrome do roubo da artéria subclávia em pacientes assintomáticos.
- II - Nos pacientes com sintomas neurológicos globais e doença aterosclerótica significativa da bifurcação carotídea e da artéria vertebral, é razoável considerar inicialmente a intervenção na doença carotídea.
- III- Em pacientes com doença carotídea sintomática que necessitam de cirurgia de revascularização miocárdica de urgência, a realização da endarterectomia carotídea prévia ou concomitante ao procedimento cardíaco é preferível ao *stent* carotídeo.

Quais estão corretas?

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

06. Nos últimos anos, tem sido debatido o papel da angioplastia carotídea como alternativa à endarterectomia em pacientes de alto risco ou mesmo como procedimento de escolha. Em relação aos ensaios clínicos randomizados sobre o tema, considere as afirmações abaixo.

- I - O estudo SAPPHERE randomizou pacientes sintomáticos com estenoses maiores do que 50% e pacientes assintomáticos com estenoses maiores do que 80%, com alto risco cirúrgico devido às condições anatômicas e/ou comorbidades clínicas.
- II - O estudo EVA-3S randomizou pacientes com estenose carotídea sintomática.
- III- O estudo SPACE foi interrompido precocemente devido às taxas de morte e de AVC combinadas, 2,5 vezes superior no grupo submetido à angioplastia em relação àqueles submetidos à endarterectomia (9,6% versus 3,9%).
- IV- O estudo EVA-3S foi desenhado para provar a não inferioridade da angioplastia carotídea em relação à endarterectomia.
- V - O estudo SPACE foi desenhado para provar a não inferioridade da angioplastia carotídea em relação à endarterectomia.

Quais estão corretas?

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

07. O diagnóstico de estenose de artérias viscerais pode ser confirmado através de exames não invasivos como o *ecodoppler*. Baseado nos critérios de velocidade no exame realizado em jejum, qual afirmação abaixo está **INCORRETA**?

- (A) Velocidades sistólicas maiores do que 300 cm/s sugerem estenose de mais de 70% na artéria mesentérica superior.
- (B) Velocidades diastólicas maiores do que 45 cm/s sugerem estenose de mais de 70% na artéria mesentérica superior.
- (C) Velocidades diastólicas maiores do que 55 cm/s sugerem estenose de mais de 70% no tronco celíaco.
- (D) Velocidades sistólicas maiores do que 150 cm/s sugerem estenose de mais de 70% no tronco celíaco.
- (E) Velocidades sistólicas maiores do que 200 cm/s sugerem estenose de mais de 70% na artéria mesentérica inferior.

08. No que se refere ao tratamento dos aneurismas da artéria esplênica, considere as afirmações abaixo.

- I - A embolização com *microcoils* e/ou cianoacrilato apresenta maior risco de infarto esplênico nos aneurismas saculares e proximais.
- II - O manejo conservador é indicado para pacientes assintomáticos com aneurismas < 2 cm de diâmetro.
- III- Pacientes grávidas ou em período reprodutivo devem ser consideradas para tratamento.
- IV - Stents recobertos têm sido utilizados com sucesso nos aneurismas saculares localizados no segmento médio da artéria esplênica.
- V - O tratamento cirúrgico tradicional consiste na ligadura proximal e distal e/ou aneurismectomia nos aneurismas proximais e a esplenectomia nos aneurismas adjacentes ao hilo esplênico.

Quais estão corretas?

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

09. Sobre os aneurismas arteriais, é correto afirmar que

- (A) o aneurisma de femoral comum é o aneurisma periférico mais frequente.
- (B) o aneurisma de mesentérica superior é mais comumente do tipo inflamatório.
- (C) os aneurismas infrarrenais correspondem a cerca de 50% dos aneurismas da aorta.
- (D) os aneurismas da íliaca comum normalmente se estendem até a íliaca externa.
- (E) os aneurismas infecciosos relacionados ao vírus da imunodeficiência humana apresentam normalmente localizações atípicas.

10. No que se refere ao tratamento cirúrgico dos aneurismas de aorta abdominal, considere as afirmações abaixo.

- I - A isquemia de cólon é muito rara nas cirurgias eletivas.
- II - O risco de paraplegia por isquemia medular está associado à extensão do aneurisma e à perda das artérias hipogástricas na cirurgia.
- III- Hérnia incisional pós-operatória é mais frequente nos pacientes com aneurisma de aorta do que nos pacientes com doença oclusiva aortoiliaca.
- IV - Os pseudoaneurismas anastomóticos são mais frequentes nas artérias femorais do que na aorta.

Quais estão corretas?

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

11. A comparação dos resultados de acompanhamento entre as diferentes endopróteses para a correção dos aneurismas da aorta abdominal baseada no banco de dados do Eurostar permite afirmar que

- (A) a endoprótese Zenith® apresenta as maiores taxas de oclusão de ramo.
- (B) a endoprótese Excluder® apresenta as menores taxas de vazamento tipo I.
- (C) a endoprótese Power-link® apresenta as maiores taxas de migração.
- (D) a endoprótese AneuRx® apresenta as menores taxas de vazamento.
- (E) a endoprótese Talent® apresenta as menores taxas de ruptura do aneurisma.

12. Em relação às vasculites, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) a Arterite de Takayasu e a Arterite de Células Gigantes se caracterizam por afetar artérias de grande calibre e não estão associadas ao anticorpo antineutrófilos (ANCA).
- (B) a Poliarterite Nodosa afeta vasos de médio calibre e está associada ao vírus da hepatite B e ao vírus HIV.
- (C) a Doença de Behçet é uma vasculite sistêmica, na qual o envolvimento do sistema vascular pode se apresentar com trombozes venosas ou arteriais. A presença de aneurismas de localização atípica também é uma característica da doença.
- (D) a Arterite de Takayasu afeta seis a oito vezes mais mulheres que homens. Na classificação proposta em 1994, na Tokyo International Conference, pacientes com acometimento somente dos ramos do arco aórtico são categorizados como Tipo III.
- (E) a maioria das lesões vasculares secundárias à Arterite de Takayasu provoca sintomas isquêmicos são melhor tratadas com cirurgia de revascularização. A opção cirúrgica está reservada para as complicações da doença e deve ser realizada preferencialmente quando a doença estiver com baixa atividade inflamatória.

13. No que se refere à nefropatia induzida por contraste, considere as afirmações abaixo.

- I - Os agentes de contraste de maior toxicidade são os hiperosmolares.
- II - O quadro clínico usual é de insuficiência renal aguda oligúrica.
- III- A duplicação dos átomos de iodo num agente de contraste aumenta a sua osmolalidade, mas mantém a sua radiopacidade comparável aos agentes iônicos convencionais.
- IV - A fibrose sistêmica nefrogênica tem sido raramente descrita em pacientes de alto risco submetidos a exame de ressonância magnética com uso de gadolínio.
- V - Por definição, a nefropatia induzida por contraste constitui-se em um aumento na creatinina sérica >25% ou >0,5 de mg/dl ocorrido dentro de 3 dias após a administração de contraste, na ausência de uma causa alternativa.

Quais estão corretas?

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

14. Em relação aos métodos diagnósticos de imagem nas doenças vasculares, considere as afirmações abaixo.

- I - O ultrassom intravascular (IVUS) permite realizar a histologia virtual de placas ateroscleróticas, possibilitando avaliar, por exemplo, a vulnerabilidade de placas carotídeas.
- II - Em uma angiotomografia da aorta abdominal e de seu ramos, para planejamento da terapêutica endovascular, normalmente são utilizados 50 ml de contraste não iônico.
- III- A nefropatia induzida por contraste tem como fatores predisponentes: diabetes, idade avançada, insuficiência cardíaca e insuficiência renal prévia. Nesse grupo de pacientes, a incidência da complicação pode alcançar de 15% a 50%.
- IV - A dose efetiva de radiação utilizada em um exame de tomografia *multislice* pode ser de 10% a 30% maior que em um exame de tomografia comum. Assim, dependendo do objetivo do exame, cortes tomográficos de maior espessura podem ser solicitados para reduzir a exposição à radiação.
- V - A venografia em um único plano pode não detectar estenoses no eixo venoso ilíaco. Para melhorar a acurácia do diagnóstico, pode ser utilizada venografia multiplanar e/ou o ultrassom intravascular (IVUS).

Quais estão corretas?

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

15. O *ecodoppler* arterial é um bom método diagnóstico complementar para o planejamento do tratamento das lesões arteriais. No que se refere às características desse método diagnóstico, considere as afirmações abaixo.

- I - A relação entre o aumento da velocidade e a redução do diâmetro é linear, especialmente em estenose maiores que 50%.
- II - Nas estenoses maiores que 50%, o pico de velocidade sistólico é maior que 125 cm/s, com mosaico de cores na análise de fluxo.
- III- Na avaliação de uma estenose, índice de velocidade sistólica maior que dois é compatível com estenose maior que 50%.
- IV - Na avaliação de uma estenose, índice de velocidade sistólica maior que três é compatível com estenose maior que 70%.
- V - É possível uma variação de até 15% no valor da velocidade sistólica de pico na avaliação de uma mesma estenose, especialmente devido à variação dos sistemas dos aparelhos e a diferenças no ângulo *Doppler* e no volume da amostra utilizado.

Quais estão corretas?

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

16. A análise espectral das curvas de fluxo obtidas com *Doppler* pulsado nos permite levar em consideração uma série de parâmetros úteis para diagnosticar estenoses arteriais significativas. O tempo de aceleração sistólica é um desses parâmetros, que é útil no diagnóstico de lesões estenosantes significativas ou obstrutivas proximais ao segmento arterial examinado. É correto afirmar que o tempo de aceleração

- (A) não é influenciado por doenças cardíacas.
- (B) em sistemas arteriais normais não pode ser valorizado.
- (C) que se observa em traçados do tipo *tardus parvus* é característico de obstrução distal ao segmento examinado.
- (D) encontra-se diminuído em doenças estenosantes ou obstrutivas distais ao segmento examinado.
- (E) em sistemas arteriais normais é menor do que 133 ms.

17. Na suspeita de doença estenosante ou obstrutiva das artérias renais, o *ecodoppler* pode ser utilizado como método de avaliação inicial de triagem. A acurácia do diagnóstico é satisfatória, com sensibilidade de 88% a 98 % e especificidade de 65% a 99%. Entre os parâmetros utilizados no exame está incluído o índice renal/aorta. É correto afirmar que

- (A) o índice renal/aorta de $<3,5$ é compatível com estenose de artéria renal.
- (B) o índice renal/aorta de $>3,5$ é compatível com estenose de artéria renal.
- (C) o índice renal/aorta não pode ser valorizado se o índice de resistência for maior do que 0,8.
- (D) o índice renal/aorta é inútil na arteriosclerose.
- (E) na presença de múltiplas artérias renais, o índice renal/aorta não pode ser utilizado.

18. Paciente masculino, 40 anos, é submetido a embolectomia femoral devido a quadro de oclusão arterial aguda. O exame anatomopatológico do material embólico confirma o diagnóstico de sarcoma intimal. Qual seria a próxima etapa na investigação etiológica?

- (A) Angiografia seletiva do segmento íliaco-femoral ipsilateral.
- (B) Ecocardiograma transesofágico.
- (C) Angiotomografia da aorta abdominal e ílicas.
- (D) *Ecodoppler* do segmento aortoíliaco.
- (E) Ressonância magnética da aorta toracoabdominal.

19. Paciente de 73 anos, masculino, tabagista, com síndrome dos dedos azuis em ambos os pés, com pulsos pediosos e tibiais palpáveis. A causa mais provável do referido quadro é:

- (A) embolia causada por trombo cardíaco.
- (B) embolia paradoxal.
- (C) ateroembolismo de placa na aorta.
- (D) ateroembolismo de placa na íliaca.
- (E) embolia de trombo mural de aneurisma de aorta.

20. Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento por arma de fogo (FAF) no membro inferior esquerdo, apresenta orifício de entrada na face medial da coxa, sem orifício de saída e fratura cominutiva associada do fêmur. Ao exame clínico, identifica-se volumoso hematoma em expansão no 1/3 distal da face medial da coxa, com pulsos distais presentes, mas diminuídos. Com base nesse caso clínico é **INCORRETO** afirmar que

- (A) a exploração vascular depende de exames de imagem subsidiários.
- (B) a fasciotomia dos quatro compartimentos da perna deve ser realizada principalmente se houver ligadura da veia poplítea.
- (C) o reparo ortopédico pode ser realizado antes da reconstrução arterial.
- (D) o reparo com veia safena interna contralateral é preferível ao uso de prótese de Dacron ou PTFE.
- (E) as lesões venosas associadas podem ser reparadas ou ligadas após o reparo arterial.

21. Na exposição do espaço discal L5-S1 para um procedimento ortopédico de fusão interssomática anterior, qual a abordagem cirúrgica mais adequada para a preservação do plexo simpático hipogástrico?

- (A) Dissecção interaortocava.
- (B) Dissecção ao longo da parede medial da veia íliaca comum esquerda, com afastamento dos tecidos retroperitoneais que revestem o disco intervertebral em direção à artéria íliaca comum direita.
- (C) Dissecção ao longo da parede lateral da veia íliaca comum direita, com afastamento dos tecidos retroperitoneais e ligadura da veia íliaco-lombar.
- (D) Dissecção circunferencial da veia íliaca comum esquerda, com secção e transposição venosa anterior a artéria íliaca comum direita.
- (E) Dissecção ao longo da confluência venosa íliaca, com ligadura da veia íliaco-lombar.

22. Qual a alternativa **INCORRETA** em relação aos materiais utilizados em cirurgia endovascular?

- (A) Os cateteres-guia são classificados conforme o seu diâmetro interno em *Frenchs*.
- (B) Os microcateteres com diâmetros entre 2 e 3 *Frenchs* podem ser avançados pela luz dos cateteres diagnósticos.
- (C) O *nylon*, utilizado em alguns cateteres diagnósticos de alto fluxo, como o *pig tail*, pode suportar maiores pressões de infusão do que o polietileno.
- (D) Uma das diferenças entre o introdutor e o cateter-guia é a presença de uma porta lateral e de uma válvula hemostática presente no introdutor.
- (E) O *teflon* é a cobertura hidrofílica mais comumente utilizada nos fios-guia.

23. Paciente com 63 anos, masculino, hipertenso sem controle adequado, atendido em Serviço de Emergência com quadro de dor torácica e dorsal. Submetido à tomografia de tórax e abdome, onde foi identificada dissecação aórtica tipo B, com diâmetro máximo de 4,5 cm, com exclusão do tronco celíaco. Artérias renal esquerda, mesentérica superior e mesentérica inferior se originam da falsa luz. A dissecação se estendia para ambas as ilíacas, porém os pulsos femorais são normais bilateralmente. O ECG e os exames laboratoriais estavam normais. Assinale a melhor conduta em relação a esse paciente.

- (A) Anticoagulação, controle da pressão arterial com nitroprussiato e angiografia diagnóstica.
- (B) Controle da pressão arterial e frequência cardíaca com betabloqueador e tomografia de controle em 24 horas.
- (C) Controle da pressão arterial e frequência cardíaca com betabloqueador.
- (D) Controle da pressão arterial e frequência cardíaca com betabloqueador e cirurgia de urgência para revascularização do tronco celíaco.
- (E) Controle da pressão arterial e frequência cardíaca com betabloqueador e cirurgia endovascular de urgência para fechamento do ponto de entrada na aorta torácica.

24. Qual das situações abaixo é contraindicação absoluta para o uso de trombolítico intra-arterial, nos quadros de oclusão arterial aguda?

- (A) Sangramento gastrointestinal nos últimos 10 dias.
- (B) Cirurgia de grande porte nos últimos 10 dias.
- (C) Insuficiência hepática.
- (D) Retinopatia diabética hemorrágica.
- (E) Punção arterial recente.

25. Sobre as síndromes aórticas agudas, é correto afirmar:

- (A) a sobrevida de três anos dos pacientes submetidos a tratamento clínico da dissecação tipo A é de cerca de 90%.
- (B) cerca de 80% dos pacientes com dissecação aórtica evoluem com dilatação aneurismática, apesar do tratamento clínico adequado.
- (C) aneurismas causados por dissecação crônica tendem a ocorrer em pacientes mais idosos do que os aneurismas degenerativos.
- (D) o hematoma intramural corresponde à ruptura de uma placa da parede aórtica que pode levar à ruptura.
- (E) a história natural do hematoma intramural e da úlcera penetrante de aorta torácica descendente em pacientes assintomáticos é de resolução completa em até 80% dos casos.