

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 04/2013 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 36 - MÉDICO I (Cirurgia Cardiovascular)

Nome do Candidato: _____

Inscrição n.º: _____ - _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 04/2013 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 36

MÉDICO I (Cirurgia Cardiovascular)

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



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 subitem 7.15.2 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 **duas horas e meia (2h30min)**, 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 uma (1) 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 uma hora e meia (1h30min) após o início. O Candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de Prova.**
- 11 **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 7.15.7 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. Assinale a alternativa que apresenta a classificação de Stanford para as dissecções agudas de aorta.

- (A) Classificação anatômica, baseada no local da ruptura da íntima.
- (B) Divisão das dissecções agudas em dois tipos: A e B.
- (C) Divisão das dissecções em três tipos: I, II e III.
- (D) Classificação baseada nas manifestações clínicas apresentadas pelo paciente.
- (E) Classificação baseada no tipo de tratamento recomendado.

02. Na estenose mitral, é possível, com ecocardiograma, estimar a área valvar. Uma estenose valvar moderada sugere uma

- (A) área entre 0,7 e 1,0 cm².
- (B) área < que 0,7 cm².
- (C) área > que 1,0 e < 1,5 cm².
- (D) área entre 1,5 e 2,0 cm².
- (E) área entre 2,0 e 2,5 cm².

03. O manejo inicial mais recomendado, após o diagnóstico de uma dissecção de aorta do tipo B é:

- (A) cirurgia convencional, com circulação extracorpórea, após 24h.
- (B) cirurgia convencional, sem circulação extracorpórea, após 24h.
- (C) implante de endoprótese cobrindo o local da ruptura da íntima, nas primeiras 24h.
- (D) manejo conservador, em ambiente de CTI, primariamente controlando dor e pressão arterial.
- (E) manejo conservador e cirurgia com circulação extracorpórea, em até 72 horas.

04. Após o pinçamento da aorta e a infusão de solução cardioplégica, o átrio direito é aberto para o fechamento de uma comunicação interatrial tipo *ostium secundum*. Uma grande quantidade de sangue sai pelo seio coronário que se encontra aumentado de tamanho. A causa mais comum desse fenômeno é:

- (A) continuação via azigos da veia cava inferior.
- (B) drenagem anômala parcial das veias pulmonares.
- (C) persistência da veia cava superior esquerda.
- (D) comunicação interatrial tipo seio coronário.
- (E) origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco pulmonar.

05. O transplante cardíaco homólogo ortotótipo é considerado o padrão ouro no tratamento não farmacológico da insuficiência cardíaca terminal. Qual das afirmativas abaixo citadas **NÃO** se constitui em contraindicação absoluta no uso do coração do doador?

- (A) Peso corporal do doador entre 80% e 120% do peso corporal do receptor.
- (B) Infarto do miocárdio documentado previamente.
- (C) Oxigenação inadequada com saturação arterial menor que 80% com suporte ventilatório.
- (D) Doença coronária oclusiva severa na cinecoronariografia.
- (E) Morte por intoxicação por monóxido de carbono com níveis de carboxi-hemoglobina no sangue superiores a 20%.

06. Com relação à colocação de bandagem na artéria pulmonar, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A bandagem diminui o hiperfluxo na circulação pulmonar.
- (B) Nos pacientes com lesões com *shunting* esquerda→direita, a bandagem reduz o volume do *shunting*.
- (C) A bandagem diminui o volume total de sangue que retorna ao ventrículo sistêmico.
- (D) Os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva geralmente melhoram com a bandagem.
- (E) A bandagem é indicada sempre na CIV perimembranosa isolada como medida paliativa.

07. Os acidentes vasculares cerebrais ocorrem entre 1% e 5% dos pacientes submetidos à circulação extracorpórea e, na sua maior parte, são embólicos. Com relação ao AVC, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) É mais frequente em pacientes idosos.
- (B) O uso de filtro na linha arterial afasta definitivamente sua ocorrência.
- (C) Os pacientes com doença aterosclerótica severa da aorta ascendente são mais suscetíveis.
- (D) Possui estreita relação com a canulização da aorta e manipulação cirúrgica da mesma.
- (E) Os microembolos são as causas mais prováveis dos déficits neuropsicológicos presentes no pós-operatório de alguns pacientes.

08. Com relação a pacientes que apresentam estenose aórtica importante, é correto afirmar que

- (A) são raros os pacientes que apresentam como sintoma síncope ou pré-síncope.
- (B) são raros os pacientes que apresentam hipertrofia ventricular esquerda.
- (C) sempre deve-se aguardar a dilatação do anel aórtico (acima de 35 mm, conforme ecocardiograma), para indicar a cirurgia.
- (D) o gradiente pressórico entre ventrículo esquerdo e aorta (VE- Ao) pode não ser importante nos pacientes que apresentam má função ventricular.
- (E) o gradiente pressórico médio maior que 40 mmHg entre ventrículo esquerdo e aorta (VE- Ao) pode ser indicativo de cirurgia.

09. Na substituição da valva aórtica, é correto afirmar que

- (A) no paciente que apresenta ritmo sinusal pós-circulação extracorpórea (CEC) é contraindicado implante de eletrodo de marcapasso temporário na sala de operação.
- (B) em paciente que apresenta como diagnóstico associado à lesão aórtica obstrução importante (mais de 90%) da artéria interventricular anterior, com bom leito vascular distal dessa artéria, e sendo o ventrículo esquerdo hipertrófico, a artéria torácica interna esquerda pode ser utilizada para a revascularização miocárdica desse paciente, concomitantemente ao procedimento aórtico.
- (C) uma prótese número 21 tem gradientes proibitivos para um paciente adulto de 65kg.
- (D) durante a CEC, os pacientes aórticos apresentam ativação de complemento discreta em relação aos mitrais e também menos fibrinólise, sendo, portanto, formalmente contraindicado o uso de antifibrinolíticos nos mesmos.
- (E) a dilatação da aorta ascendente nunca indica sua ressecção.

10. Paciente de 74 anos, até então hígido, consultou por apresentar episódios de síncope que se iniciaram há 1 mês. No exame físico constata-se sopro sistólico no bordo esternal superior direito de ++++/4 que se irradia para as carótidas. Ecocardiograma transtorácico demonstra gradiente médio de 42 mmHg entre ventrículo esquerdo e aorta e pico de velocidade sistólica ao *Doppler* de 5m/seg. Diante desse caso, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Angioplastia com *stent*.
- (B) Valvoplastia percutânea com balão.
- (C) Troca valvar com uso de bioprótese.
- (D) Troca valvar com uso de prótese metálica.
- (E) Tratamento medicamentoso e mudança de hábitos de vida.

11. Assinale a alternativa **INCORRETA** com relação às próteses aórticas transcateres.

- (A) Podem ser de pericárdio bovino.
- (B) Podem ser autoexpansíveis ou expansíveis por balão.
- (C) Podem ser de carvão pirolítico.
- (D) Podem ser de pericárdio equino.
- (E) Podem ser de nitinol.

12. Com relação ao estudo *PARTNER*, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) É o único ensaio clínico, até o momento, sobre valvas transcater.
- (B) O estudo compara tratamento clínico com implante de valva transcater em pacientes inoperáveis.
- (C) O estudo compara cirurgia convencional com valva transcater em pacientes com alto risco cirúrgico.
- (D) O estudo mostra que a mortalidade é menor no implante transcater, quando comparado com cirurgia convencional.
- (E) O estudo mostra que a mortalidade é menor no implante transcater, quando comparado com tratamento clínico.

13. Assinale a afirmativa correta com relação ao implante de valva aórtica transcater.

- (A) É o método de escolha para pacientes jovens.
- (B) Estudos mostram ausência de degeneração valvar em até 15 anos.
- (C) É o método de escolha na estenose aórtica grave para pacientes sem condições de cirurgia convencional.
- (D) É adequado para colocar "*valve in valve*" quando há problema estrutural com uma prótese mecânica previamente implantada.
- (E) Valva bicúspide e muito calcificada é condição ideal para implante.

14. Das vias de acesso abaixo, qual foi utilizada pela primeira vez, no mundo, para implante de valva aórtica transcater e que **NÃO** vem sendo mais utilizada?

- (A) Transfemoral (arterial).
- (B) Transfemoral (venosa).
- (C) Transaxilar-subclávia (arterial).
- (D) Transaórtico.
- (E) Transapical.

15. Drenos de mediastino são rotineiramente colocados após cirurgia cardíaca. A drenagem sanguínea é controlada a cada hora, inicialmente. A definição de sangramento excessivo não é consensual. Em paciente adulto, que fez cirurgia usual, que apresenta sangramento de 300 ml/hora nas primeiras duas ou três horas de pós-operatório, com coagulograma normal, a melhor conduta é

- (A) reoperar.
- (B) aguardar estabilização hemodinâmica, repondo hemoderivados.
- (C) adequar hematócrito e hemoglobina.
- (D) infundir plasma fresco e plaquetas.
- (E) infundir protamina e antifibrinolíticos.

16. A anticoagulação é essencial durante a CEC. Avanços na qualidade e desenhos dos circuitos de CEC têm diminuído, mas não eliminado a necessidade de anticoagulação. Durante a cirurgia cardíaca com CEC, o tempo de coagulação ativado (TCA) é o método mais utilizado para monitorizar a heparina circulante. Durante o período de CEC, o TCA deve ser mantido

- (A) entre 100 e 200 segundos.
- (B) entre 201 e 280 segundos.
- (C) entre 281 e 380 segundos.
- (D) entre 380 e 450 segundos.
- (E) acima de 450 segundos.

17. Pacientes portadores de próteses mecânicas devem permanecer anticoagulados no pós-operatório, indefinidamente. Portadores de prótese mecânica, em posição aórtica, em ritmo sinusal, é recomendado INR

- (A) abaixo de 2,0.
- (B) entre 2,0 e 3,0.
- (C) entre 3,0 e 3,5.
- (D) entre 3,5 e 4,0.
- (E) acima de 4,0.

18. Paciente masculino de 70 anos, com história de síncope: ecocardiograma demonstra estenose aórtica, com área valvar de 0,8 cm², gradiente médio VE / Ao de 55 mmHg e aorta ascendente com diâmetro de 5,5 cm. Em relação a esse caso, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- (A) Indicar cirurgia de troca de válvula aórtica.
- (B) Indicar cirurgia de troca de aorta ascendente.
- (C) Indicar cirurgia de troca de válvula aórtica e aorta ascendente.
- (D) Solicitar teste funcional para confirmar estenose aórtica.
- (E) Solicitar ressonância magnética para confirmar estenose aórtica.

19. Em relação à hipocalcemia em pós-operatório (PO) imediato de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea, assinale a alternativa correta.

- (A) A alcalose metabólica ou respiratória pode causar hipocalcemia no PO.
- (B) A hipocalcemia é rara em pacientes que apresentam diurese excessiva no PO.
- (C) A hipocalcemia raramente apresenta sinais eletrocardiográficos no PO, pois se trata de um achado laboratorial.
- (D) A hipocalcemia é a causa mais frequente de fibrilação ventricular no PO.
- (E) A hipocalcemia não causa arritmias.

20. Dentre as drogas abaixo, assinale aquelas que atuam na inibição da função plaquetária e que se recomenda que sejam suspensas antes de cirurgia cardíaca:

- (A) digoxina, ácido acetilsalicílico e antagonistas do cálcio.
- (B) digoxina, ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
- (C) inibidores da enzima conversora, ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
- (D) tirofiban, ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
- (E) nifedipina, ácido acetilsalicílico e clopidogrel.

21. Em relação à cirurgia de revascularização do miocárdio é **INCORRETO** afirmar que

- (A) a artéria torácica interna esquerda apresenta permeabilidade de aproximadamente 90% a 95% em 10 anos, quando anastomosada com a artéria descendente anterior (interventricular anterior).
- (B) é indicada em lesão de tronco de coronária esquerda maior do que 70%.
- (C) é superior ao tratamento clínico, com relação à mortalidade, em lesão de 1 e 2 vasos.
- (D) é indicada em lesão importante proximal de 3 vasos coronarianos, severa disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção de 25%), com cintilografia miocárdica, demonstrando isquemia.
- (E) melhora a sobrevida em comparação com o tratamento clínico em lesões graves de tronco de coronária esquerda.

22. Com relação aos aneurismas da aorta abdominal (AAA) infrarrenal é **INCORRETO** afirmar que

- (A) a intervenção deve ser indicada em todos os pacientes sintomáticos.
- (B) AAAs maiores que 5,5 cm devem ser tratados, mesmo se assintomáticos.
- (C) a endoprótese deve ser considerada em pacientes de alto risco cirúrgico e anatomia favorável.
- (D) o aneurisma roto não deve ser tratado com endoprótese.
- (E) os AAAs pequenos (<4 cm) devem ser acompanhados com métodos de imagem seriados.

23. Assinale a afirmativa **INCORRETA** com relação à ruptura traumática de aorta.

- (A) O local mais frequente de ocorrência dessa ruptura é no istmo aórtico, junto ao ligamento arterioso.
- (B) O mecanismo fisiopatológico é o de aceleração e desaceleração.
- (C) O tratamento endovascular deve ser a primeira escolha, atualmente.
- (D) É doença de difícil diagnóstico, devendo ser feita tomografia computadorizada ou ecocardiograma transesofágico, para o diagnóstico definitivo.
- (E) A aortografia deve ser realizada com brevidade, após a suspeita, para a confirmação do diagnóstico.

24. Em relação ao tratamento da insuficiência cardíaca, em que casos o ressincronizador cardíaco é mais indicado?

- (A) Pacientes com FE \leq 30%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS $>$ 140ms.
- (B) Pacientes com FE \leq 35%, ritmo de fibrilação atrial, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS $>$ 150ms.
- (C) Pacientes com cardiomiopatia dilatada e IC com CF IV sob tratamento farmacológico não otimizado, com bloqueio de ramo esquerdo.
- (D) Pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, CF II-III, com FEVE \leq 35% e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.
- (E) Qualquer paciente com cardiopatia isquêmica e FEVE \geq 35%.

25. Em relação aos vazamentos (*endoleaks*) após correção endovascular dos aneurismas da aorta, é correto afirmar que

- (A) o *endoleak* tipo I deve ser tratado com conversão para cirurgia aberta.
- (B) o *endoleak* tipo II dá-se por porosidade do enxerto e geralmente é resolvido com a reversão de heparina.
- (C) no *endoleak* tipo III o tratamento é inicialmente conservador.
- (D) o *endoleak* tipo IV dá-se por porosidade do enxerto.
- (E) no *endoleak* tipo V é importante identificar o local de vazamento.