

FOLHETO COLETÂNEA 6809

FOLHETO  
COLETÂNEA  
6809



BC  
E08975

# CURSO PÚBLICO 2002

*Venha fazer parte da UFSM*

**UFSM**  
Biblioteca Central

Biblioteca Central  
Coletânea UFSM

CARGO

MÉDICO/ CIRURGIA CARDIOVASCULAR

E08975

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS  
PROGRAD **COPERVES**  
UFSM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

# Médico/ Cirurgia Cardiovascular

**01.** A obstrução no escoamento do ventrículo direito, na tetralogia de Fallot, pode estar localizada no nível do infundíbulo, do anel pulmonar, da válvula pulmonar ou em diferentes associações. A referida obstrução é puramente infundibular em:

- a) 6% dos casos.
- b) 26% dos casos.
- c) 32% dos casos.
- d) 36% dos casos.
- e) 46% dos casos.

---

**02.** Todas as afirmativas sobre pericardite constritiva com derrame, estão corretas, à EXCEÇÃO de

- a) Na pericardite constritiva com derrame, a retirada do líquido pericárdico por aspiração não normaliza a pressão atrial direita.
- b) A pericardite ideopática ou provavelmente viral é uma causa comum de pericardite constritiva com derrame.
- c) Na pericardite constritiva com derrame, as anormalidades do exame físico são mais semelhantes às da pericardite constritiva crônica do que às do tamponamento cardíaco.
- d) O diagnóstico da pericardite constritiva com derrame é estabelecido pela monitorização hemodinâmica cuidadosa, antes e depois da pericardiocentese.
- e) O tratamento da pericardite constritiva com derrame consiste nas pericardiectomias parietal e visceral totais.

---

**03.** Todas as afirmações sobre fisiopatologia do tamponamento cardíaco estão corretas, à EXCEÇÃO de

- a) O tamponamento cardíaco ocorre quando a pressão intrapericárdica é igual à pressão diastólica do átrio direito (AD) e do ventrículo direito (VD).
- b) Em presença de hipovolemia, a elevação das pressões AD e intrapericárdica é menos evidente; portanto, o tamponamento cardíaco pode ser mais difícil de diagnosticar.
- c) A equalização das pressões de enchimento ventricular e intrapericárdica pode, inicialmente, resultar num aumento discreto do volume ejetado.
- d) Nos pacientes com tamponamento cardíaco severo, pode haver bradicardia sinusal.
- e) Durante o tamponamento cardíaco a deterioração hemodinâmica depende da compressão atrial durante a diástole.

**04.** Paciente de 68 anos, internou-se no pronto-socorro com relato de 5 episódios de parada cardíaca, atendidas e recuperadas com massagem cardíaca externa. Foi realizado ECG que demonstrou assistolia. Foi, então, passado eletrodo provisório conectado a marcapasso externo. Depois de três dias, assumiu ritmo sinusal e ficou assintomático. A conduta correta é

- a) retirar o marcapasso e fazer controle clínico.
- b) fazer estudo eletrofisiológico e depois definir a conduta.
- c) colocar marcapasso VDD.
- d) colocar marcapasso DDD.
- e) colocar desfibrilador intracavitário.

---

**05.** A complicação mais freqüente no pós-operatório imediato da tetralogia de Fallot é o baixo débito cardíaco. Nessa circunstância, o agente farmacológico de escolha para iniciar o tratamento é

- a) Amrinoma.
- b) Dopamina.
- c) Dobutamina.
- d) Isoproterenol.
- e) Epinefrina.

---

**06.** Uma mulher de 65 anos, com prótese valvar aórtica, relata história de 2 semanas de indisposição e febre. Depois de desenvolver dor intensa no flanco direito, ela procura atendimento médico. Ao exame, a paciente tem temperatura de 37,7°C, com freqüência cardíaca de 100 bpm, e respirações a 16/ min. Seus pulmões estão normais. O exame cardíaco é marcado por um sopro sistólico de ejeção grau III/ VI e um sopro diastólico suave. Os resultados dos exames laboratoriais são Hgb de 10 g/dl, leucócitos de 14.000 mm<sup>3</sup> com 80% de neutrófilos, 5% de bastões e 15% de linfócitos. O EQU revela hemoglobina 3+ e o exame microscópico 15 hemácias/ campo de grande aumento. O diagnóstico mais provável é

- a) glomerulonefrite focal.
- b) infarto renal.
- c) glomerulonefrite difusa.
- d) necrose cortical.
- e) abscesso renal.

**07.** O vasodilatador intrínseco mais importante, encontrado nos estados de hipoperfusão coronariana, é

- a) adenosina.
- b) cálcio.
- c) hipoxantina.
- d) trifosfato de adenosina (ATP).
- e) monofosfato de adenosina cíclico (AmPc).

**08.** Durante o resfriamento central com a circulação extracorpórea, alteram-se os parâmetros do equilíbrio ácido-base. Para cada grau centígrado de redução da temperatura, ocorre uma elevação do pH da ordem de

- a) 0,0259.
- b) 0,0147.
- c) 0,426.
- d) 0,2373.
- e) 0,0426.

**09.** A pressão máxima recomendada para a água, no interior da maioria dos permutadores de calor dos oxigenadores, é de

- a) 50 psi.
- b) 40 psi.
- c) 30 psi.
- d) 20 psi.
- e) 10 psi.

**10.** Todas as afirmações sobre dissecação aórtica, na síndrome de Marfan, estão corretas, à EXCEÇÃO de

- a) A dissecação aórtica na síndrome de Marfan envolve geralmente desconforto torácico "dilacerante" e de grau severo ou dor nas costas.
- b) A dissecação aórtica na síndrome de Marfan é geralmente do tipo proximal (tipo I).
- c) A avaliação da aorta por meio da imagem de ressonância magnética é importante na síndrome de Marfan.
- d) A substituição total da aorta na síndrome de Marfan é atualmente possível.
- e) A dissecação da aorta ascendente na síndrome de Marfan deve ser imediatamente reparada.

**11.** Ao eleger a cardioplegia retrógrada contínua como método de escolha para a proteção do miocárdio, deve-se lembrar que apenas uma parte do volume administrado no seio coronário, efetivamente, percorre a circulação coronariana e é recolhido nos óstios coronarianos. A fração da cardioplegia que desvia do sistema capilar e alcança as cavidades cardíacas pelas veias de Tebésio é de, aproximadamente,

- a) 10%.
- b) 20%.
- c) 40%.
- d) 70%.
- e) 85%.

**12.** A operação do Batista, como tratamento paliativo da insuficiência cardíaca terminal, na miocardiopatia dilatada de diversas origens, oferece uma sobrevida atuarial em dois anos de, aproximadamente,

- a) 55%.
- b) 45%.
- c) 35%.
- d) 25%.
- e) 15%.

**13.** Todas as afirmações sobre transplante cardíaco são corretas, à EXCEÇÃO de

- a) Os pacientes mais jovens têm taxas de sobrevida melhores depois de transplante cardíaco.
- b) O uso do agente imunossupressor ciclosporina resultou em melhoria dos resultados do transplante cardíaco.
- c) A maioria dos pacientes que receberam transplantes cardíacos tinha cardiopatia terminal devido à doença coronariana ou cardiomiopatia.
- d) Os sinais clínicos de rejeição são redução da voltagem do ECG e desenvolvimento de arritmias atriais.
- e) Os pacientes com transplantes cardíacos têm limitação de capacidade de realizar esforço, devido à ausência do controle neural autônomo.

14. Todas as afirmações sobre progressão da aterosclerose, nos enxertos venosos de revascularização aórtico-coronariana, estão corretas, à EXCEÇÃO de

- a) 12 a 20% dos enxertos venosos estão ocluídos ao final do primeiro ano após a cirurgia.
- b) Com 10 anos, o índice global de oclusão de um enxerto de veia safena chega a 50%.
- c) O processo aterosclerótico que ocorre nos enxertos venosos é histologicamente diferente do que se observa nas artérias naturais.
- d) A progressão da doença, nas artérias coronárias naturais, ocorre numa taxa de 18% a 38%, durante a primeira década depois da operação.
- e) A taxa anual de oclusão dos enxertos de veia safena, depois do primeiro ano, varia em torno de 2%.

15. Segundo as últimas "Diretrizes para implante de marcapasso permanente" publicadas pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA-SBC), a situação em que existe concordância geral quanto à indicação de implante (classe I) no bloqueio atrioventricular do terceiro grau (BAVT), é

- a) BAVT assintomático, de localização intra ou infra-HIS ou com ritmo de escape infra-HIS.
- b) BAVT congênito, com QRS estreito, aceleração adequada ao exercício e sem cardiomegalia, mas com arritmia ou QT longo.
- c) BAVT congênito, assintomático, com QRS estreito, aceleração adequada ao exercício e sem cardiomegalia, arritmia ou QT longo.
- d) BAVT conseqüente à cirurgia cardíaca, persistente por mais de 7 dias, com QRS largo.
- e) BAVT adquirido, irreversível, com frequência cardíaca média inferior a 40 bpm durante o sono.

16. Segundo o American College of Cardiology, na cardiopatia isquêmica, os maiores benefícios com a revascularização cirúrgica do miocárdio, ocorrem nas seguintes situações:

- a) Lesão subtotal da origem da coronária direita associada a lesões severas em marginais, em diabéticos e fumantes severos e com fração de ejeção entre 50-60.
- b) Lesão de tronco de coronária esquerda, em mulheres pré-menopáusicas, com teste de esforço com infradesnível de 0,5 mm no ponto J, ao atingir FC submáxima.
- c) Pacientes com angina classe IV (Canadian Cardiovascular Society), idade inferior a 60 anos, história familiar de morte súbita e ventrículo hipertrófico.
- d) Angina classe IV, diabético, tabagista, hipertenso e dislipidêmico, com severas lesões difusas em toda a extensão de múltiplos vasos e disfunção do ventrículo esquerdo.
- e) Lesão de tronco de coronária esquerda, diabético, disfunção do ventrículo esquerdo e idade acima de 70 anos.

17. Uma das variantes mais severas da tetralogia de Fallot é a forma em que há agenesia da válvula pulmonar. Essa malformação ocorre em, aproximadamente,

- a) 1 a 3% dos casos.
- b) 3 a 6% dos casos.
- c) 6 a 12% dos casos.
- d) 12 a 18% dos casos.
- e) 18 a 19% dos casos.

18. A cardioversão elétrica é geralmente indicada nas situações relacionadas, EXCETO

- a) fibrilação ventricular.
- b) taquicardia paroxística supraventricular.
- c) fibrilação atrial.
- d) taquicardia ventricular.
- e) flutter atrial.

19. Qual das afirmações sobre as manifestações clínicas da dissecção aórtica é correta?

- a) Os homens e as mulheres são igualmente afetados.
- b) Dor insidiosa é o sintoma inicial mais comum.
- c) Os pacientes com dissecção aórtica geralmente se apresentam com hipotensão.
- d) A regurgitação aórtica é encontrada na maioria dos pacientes com dissecção aórtica distal.
- e) O déficit de pulso é mais comum na dissecção aórtica proximal do que na distal.

20. Todas as afirmações sobre história natural da comunicação interventricular (CIV) não-corrígida são verdadeiras, à EXCEÇÃO de

- a) A história natural da CIV pode variar, dependendo do tamanho da comunicação e da resistência vascular pulmonar.
- b) Independente do tamanho, a existência de uma CIV aumenta o risco de endocardite.
- c) A estenose pulmonar infundibular pode desenvolver-se gradativamente, em alguns pacientes adultos com CIV isolada.
- d) Em geral, a doença vascular pulmonar progressiva com inversão do Shunt (complexo de Eisenmenger) ocorre, durante a quinta década de vida, nos pacientes com CIV que desenvolvem esta complicação.
- e) As mulheres com CIV que produzem relações entre fluxos pulmonares e sistêmicos menores do que 2:1, geralmente suportam bem uma gestação.

**21.** Em um recém-nascido com 7 dias de vida, apresentando insuficiência cardíaca e insuficiência renal aguda, o ecocardiograma revelou coarctação da aorta com gradiente de 40 mmHg. A melhor conduta, nesse caso, seria

- a) administração de digital e diuréticos.
- b) sedação, ventilação mecânica, prostaglandina IV e correção cirúrgica após 6 meses de idade.
- c) indicar correção cirúrgica imediata.
- d) digitalização e uso agressivo de dopamina e noradrenalina.
- e) sedação, ventilação mecânica, prostaglandina e nitroprussiato de sódio IV e correção cirúrgica após 6 meses de idade.

**22.** A fibrilação atrial, surgida no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (CEC), é

- a) encontrada em até 30% dos casos de revascularização do miocárdio, e 50% das cirurgias valvares.
- b) melhor evitada pela estimulação elétrica atrial.
- c) melhor tratada com quinidina IV.
- d) indicação absoluta de anticoagulação com antagonista da vitamina K.
- e) raramente responsiva à cardioversão elétrica.

**23.** Na correção de dissecções e aneurismas que envolvem o arco transverso, o uso de hipotermia profunda

- a) oferece proteção cerebral segura em até 60 minutos de parada cardiocirculatória.
- b) exige fluxo de  $1,6 \text{ l} / \text{m}^2 / \text{minuto}$  para adequada perfusão dos órgãos nobres.
- c) pode ser associado à retroperfusão venosa cerebral desde que a pressão de perfusão não exceda a 40 mmHg.
- d) requer o resfriamento do paciente de  $3^\circ\text{C}$  a cada minuto.
- e) é um método já superado de proteção cerebral.

**24.** Você é contactado pela plantonista da UTI porque um paciente de 60 Kg, após troca valvar aórtica, está com drenagem mediastinal excessiva. Você indicará a exploração cirúrgica, se

- a) houver drenagem de 300 mL/h nas primeiras 2 horas.
- b) no prazo de 4 horas, o volume drenado chegar a 800 mL.
- c) houver drenagem superior a 150 mL/h por 4 horas consecutivas.
- d) não houver coágulos no dreno, e as provas de coagulação estiverem alteradas.
- e) houver drenagem superior a 400 mL na 2ª hora.

**25.** O consumo de oxigênio ( $\text{O}_2$ ) pelo miocárdio, com o coração batendo a  $37^\circ\text{C}$ , é de

- a) 0,5 mL  $\text{O}_2$  / 100 g/min.
- b) 5 mL  $\text{O}_2$  / 100 g/min.
- c) 10 mL  $\text{O}_2$  / 100 g/min.
- d) 1 mL  $\text{O}_2$  / 100 g/min.
- e) 3 mL  $\text{O}_2$  / 100 g/min.

**26.** Todos os achados ecocardiográficos indicam baixa probabilidade de sucesso em uma plastia mitral por insuficiência, EXCETO

- a) retração do aparelho subvalvar, com jato regurgitante central.
- b) prolapso do folheto superior.
- c) ruptura isquêmica de músculo papilar.
- d) calcificação anular significativa.
- e) presença de endocardite infecciosa.

**27.** Em relação às complicações do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Embora cerca da metade dos casos de aneurisma de VE contenham trombos intramurais, a embolização é um evento raro.
- b) A ruptura de músculo papilar ocorre, mais freqüentemente, na 1ª semana de evolução do IAM.
- c) Arritmias constituem a manifestação mais comum dos aneurismas de VE.
- d) Na CIV pós-IAM, cerca de 50% dos pacientes morrem na 1ª semana de evolução.
- e) A grande maioria dos casos de insuficiência mitral aguda se dá por ruptura do músculo papilar pósteromedial.



28. Em caso de endocardite infecciosa, qual das condições relacionadas NÃO representa indicação de tratamento cirúrgico?

- a) Insuficiência cardíaca refratária.
- b) Vegetações valvares de 6 mm de extensão ao ecocardiograma.
- c) Febre persistente, por mais de 10 dias, a despeito de antibioticoterapia.
- d) Endocardite de prótese aórtica por stafilococo áureo.
- e) Presença de abscesso valvar.

29. Em relação à proteção miocárdica durante cirurgias com CEC, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Em recém-nascidos, a infusão de cardioplegia deve ser repetida a cada 20 minutos.
- b) Em pacientes com IAM recente, a cardioplegia normotérmica promove melhor proteção do miocárdio em sofrimento.
- c) Na troca valvar aórtica, a administração de cardioplegia, quando por via anterógrada, deve ser diretamente nos ostios coronários.
- d) A cardioplegia retrógrada, em geral, não produz proteção segura do VD.
- e) A infusão anterógrada de cardioplegia promove parada cardíaca mais rapidamente do que a retrógrada.

30. Qual das situações relacionadas NÃO é indicação de balão intra-aórtico (BIA)?

- a) Insuficiência mitral isquêmica aguda.
- b) Choque cardiogênico por insuficiência de válvula aórtica.
- c) CIV pós-infarto do miocárdio.
- d) Revascularização miocárdica em pacientes com severa disfunção ventricular.
- e) Baixo débito cardíaco na saída de perfusão.

31. Em relação à comunicação interatrial (CIA), assinale a alternativa FALSA.

- a) Na CIA "*ostium secundum*", a cirurgia é indicada quando a relação fluxos pulmonar/ sistêmico é igual ou inferior a 1,5.
- b) Estenose residual de veia cava superior é a complicação técnica mais comum na correção da CIA seio venoso.
- c) Na correção da CIA "*ostium primum*", o seio coronário pode permanecer drenado para o AE.
- d) Os casos de CIA "*ostium secundum*" com indicação cirúrgica devem ser operados até os 5 anos de idade.
- e) Atualmente, a mortalidade operatória dos casos de CIA "*ostium primum*" é semelhante à observada nas demais formas.

32. Todas as afirmativas sobre os aneurismas de aorta torácica (AAT) e tóraco-abdominais estão corretas, EXCETO

- a) o implante de rotina das artérias intercostais não previne totalmente a paraplegia pós-operatória.
- b) cerca de 20 a 30% dos casos de AAT decorrem de dissecções crônicas.
- c) paraplegia e insuficiência renal ocorrem em cerca de 10% dos casos operados.
- d) em pacientes com AAT assintomáticos, utiliza-se o diâmetro de 6 cm como indicativo de correção.
- e) a mortalidade cirúrgica aproxima-se daquela observada nos casos de aneurismas de aorta abdominal, operados eletivamente.

33. Dentre os parâmetros descritos a seguir, quais os mais importantes para indicação de cirurgia em pacientes com insuficiência aórtica assintomática?

- a) Estudo eletrofisiológico induzindo arritmia e cintilografia miocárdica positiva.
- b) Presença de hipertrofia concêntrica de VE e cintilografia miocárdica positiva.
- c) Fração de ejeção inferior a 20% e débito cardíaco inferior a 1,5 l/min.
- d) Fração de ejeção inferior a 50% e dilatação dos diâmetros sistólico e diastólico do VE.
- e) Dilatação dos diâmetros sistólico e diastólico do VE, e presença de jato regurgitante mitral.

**34.** Considerando o implante de marcapasso definitivo, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Em pacientes com doença do nódulo sinusal, pode-se indicar estimulação atrial única (AAI).
- b) A contração atrial pode melhorar o débito cardíaco em até 30%.
- c) A estimulação dupla-câmara (DDD) com deflagração ventricular é o sistema de escolha nas taquiarritmias atriais persistentes.
- d) Na ICC refratária, os sistemas de escolha são o biventricular ou bifocal do VD.
- e) No bloqueio AV assintomático pós-IAM, deve-se aguardar 3 semanas antes de se indicar marcapasso definitivo.

**35.** A veia cava superior esquerda, quando persistente, em geral drena para

- a) átrio esquerdo.
- b) veia cava inferior.
- c) veia cava superior direita.
- d) seio coronário.
- e) átrio direito.

**36.** Frente à ocorrência acidental de embolia aérea maciça durante a CEC, qual das medidas relacionadas NÃO será benéfica?

- a) Administração de fenobarbital e corticóide IV.
- b) Parar imediatamente a CEC e utilizar retroperfusão venosa cerebral por 2 minutos.
- c) Administração de vasopressores.
- d) Colocação de agulha ("venting") na raiz da aorta.
- e) Elevação da cabeça do paciente em 30 a 45°.

**37.** Em relação à Dissecção Aguda da Aorta tipo A, pode-se afirmar:

- I. Entre o ecocardiograma, a tomografia computadorizada e a aortografia, a aplicabilidade diagnóstica é semelhante.
- II. A artéria femoral é o sítio de canulação obrigatório para CEC.
- III. A mortalidade cirúrgica não modifica quando o arco transverso está envolvido.
- IV. Quando há insuficiência aórtica, a plastia com ressuspensão das cúspides é efetiva na maioria dos casos.

Está(ão) correta(s)

- a) apenas I.
- b) apenas I e II.
- c) apenas III.
- d) apenas IV.
- e) I, II, III e IV.

**38.** Em relação aos substitutos valvares, é correto afirmar:

- a) A ruptura das biopróteses é mais comum em posição mitral.
- b) Nas reoperações por disfunção de prótese, é obrigatório o uso de próteses mecânicas.
- c) Na trombose de próteses mecânicas, a taxa de sucesso é maior com fibrinolíticos do que com substituição valvar.
- d) Os homoenxertos são contra-indicados em endocardite infecciosa.
- e) As biopróteses nunca devem ser utilizadas em pacientes abaixo de 50 anos.

**39.** Comparando-se os resultados das técnicas bicaval e biatrial, no transplante cardíaco, pode-se afirmar:

- I. A técnica biatrial apresenta menor necessidade de marcapasso definitivo no pós-operatório.
- II. Estenose residual de veia cava superior é a maior complicação da técnica bicaval.
- III. A técnica bicaval promove uma contração atrial mais efetiva.

Está(ão) correta(s)

- a) apenas I.
- b) apenas I e II.
- c) apenas III.
- d) apenas II e III.
- e) I, II e III.

---

**40.** Todas as condições descritas são favoráveis à revascularização miocárdica sem CEC, EXCETO

- a) sítios de anastomose com diâmetro igual ou superior a 2 mm.
- b) coronárias com trajeto intramiocárdico, por serem poupadas da doença aterosclerótica.
- c) pacientes idosos com história de eventos neurológicos prévios.
- d) revascularização híbrida (cirurgia + percutânea) em pacientes de alto risco.
- e) ausência de calcificação na parede coronária.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**CONCURSO PÚBLICO 2002**

*Venha fazer parte da UFSM*

Médico/ Cirurgia Cardiovascular			
01	B	21	C
02	C	22	A
03	C	23	C
04	D	24	E
05	D	25	E
06	B	26	B
07	A	27	C
08	B	28	B
09	B	29	A
10	A	30	B
11	D	31	A
12	A	32	E
13	E	33	D
14	C	34	C
15	A	35	D
16	E	36	E
17	B	37	D
18	A	38	A
19	E	39	D
20	D	40	B