

FOLHETO  
COLETÂNEA  
6809

FOLHETO COLETÂNEA 6809

# CURSO PÚBLICO 2002

*Venha fazer parte da UFSM*



BC  
E08975

**U F S M**  
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 constrictiva com derrame, estão corretas, à EXCEÇÃO de

- a) Na pericardite constrictiva 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 constrictiva com derrame.
- c) Na pericardite constrictiva com derrame, as anormalidades do exame físico são mais semelhantes às da pericardite constrictiva crônica do que às do tamponamento cardíaco.
- d) O diagnóstico da pericardite constrictiva com derrame é estabelecido pela monitorização hemodinâmica cuidadosa, antes e depois da pericardiocentese.
- e) O tratamento da pericardite constrictiva 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) abcesso 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

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

---

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

- a) A dissecção aórtica na síndrome de Marfan envolve geralmente desconforto torácico "dilacerante" e de grau severo ou dor nas costas.
- b) A dissecção 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 dissecção 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 consequente 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 coartação 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  $1,6 \text{ l/m}^2/\text{minuto}$  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  $300 \text{ mL/h}$  nas primeiras 2 horas.
- b) no prazo de 4 horas, o volume drenado chegar a  $800 \text{ mL}$ .
- c) houver drenagem superior a  $150 \text{ mL/h}$  por 4 horas consecutivas.
- d) não houver coágulos no dreno, e as provas de coagulação estiverem alteradas.
- e) houver drenagem superior a  $400 \text{ mL}$  na 2<sup>a</sup> hora.

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

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

**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) prolapsão 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 1<sup>a</sup> 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 1<sup>a</sup> semana de evolução.
- e) A grande maioria dos casos de insuficiência mitral aguda se dá por ruptura do músculo papilar póstero-medial.

**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 estafilococo 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 óstios 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.

**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.

**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 accidental 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 cérebral por 2 minutos.
- c) Administração de vasopressores.
- d) Colocação de agulha ("venting") na raiz da aorta.
- e) Elevação da cabeceira do paciente em 30 a 45º.

**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 batrial, no transplante cardíaco, pode-se afirmar:

- I. A técnica batrial apresenta menor necessidade de marcapasso definitivo no pós-operatório.
- II. Estenose residual de veia cava superior é a maior complicaçāo 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 poupadadas 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