

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CONCURSO PÚBLICO**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO



DIA - 20/12/2009

CARGO: CIRURGIÃO CARDÍACO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE



GABARITO RASCUNHO
CONCURSO HUAC - 2009

1.	16.
2.	17.
3.	18.
4.	19.
5.	20.
6.	21.
7.	22.
8.	23.
9.	24.
10.	25.
11.	26.
12.	27.
13.	28.
14.	29.
15.	30.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 01 - O primeiro relato de correção com sucesso de uma dissecação aguda da aorta ascendente foi de:
- a) DeBakey. b) Spencer. c) Moris. d) Blake. e) Cooley.
- 02 - É condição predisponente de dissecação aórtica, EXCETO:
- a) Gravidez. b) Doença de Behçet . c) Síndrome de Ehler-Danlos .
d) Síndrome de Turner. e) Síndrome de Down.
- 03 - São condições para tratamento percutâneo ,através de stents endovasculares, das doenças da aorta, EXCETO:
- a) Colo proximal adequado e distante pelo menos 1 cm da origem da artéria subclávia esquerda.
b) Colo de fixação com diâmetro pelo menos 10 a 20% menor que a endoprótese disponível.
c) Colo distal de pelo menos 1 cm antes da origem do tronco celíaco.
d) Aneurisma aterosclerótico da aorta descendente com diâmetro maior ou igual a 5,5cm.
e) Colos proximal e distal com diâmetro normal para o segmento a sertratado.
- 04 - Nos aneurismas de aorta torácica e/ou toracoabdominal são fatores proterores para ocorrência de paraplegia, EXCETO:
- a) Drenagem liquórica. b) Irrigação do espaço peridural com solução fisiológica.
c) Aneurisma tipo" de Crawford. d) Reimplante de vasos intercostats.
e) Hipotermia profunda
- 05 - É(são) indicação(ões) para tratamento cirúrgico das doenças da aorta.
- a) Aneurisma de aorta ascendente com diâmetro> 5,5cm.
b) Úlcera penetrante da aorta descendente.
c) Aneurisma de aorta ascendente com progressão do diâmetro> 0,5 em em 6 meses.
d) Aneurisma de arco aórtico com diâmetro> 5,5cm.
e) Todas as alternativas estão corretas.
- 06 - A abordagem da CIV pós infarto através do ventrículo esquerdo foi descrita por:
- a) Cooley colaboradores. b) Kitamura. c) Kay e Dubost.
d) Filgueira. e) David e colaboradores.
- 07 - É(são) fator(es) de risco para maior mortalidade na CIV pós infarto:
- a) Choque cardiogênico. b) Cirurgia precoce para correção c) Disfunção de ventrículo direito.
d) Defeito na porção posterior do septo interventricular. e) Todas alternativas estão corretas.
- 08 - Nas cirurgias para correção dos aneurismas do ventrículo esquerdo são fatores de risco para mortalidade precoce, EXCETO:
- a) Correção linear do aneurisma. b) Idade avançada. c) Extensão e severidade da doença arterial coronariana.
d) localização do aneurisma. e) Insuficiência cardíaca Classe IV NYHA.
- 09 - São indicações para correção cirúrgica dos aneurismas do ventrículo esquerdo, exceto:
- a) Arritmias ventriculares. b) Presença de trombo no ventrículo. c) Acidente vascular encefálico.
d) Insuficiência cardíaca. e) Insuficiência mitral associada.

- 10 - Com relação a insuficiência mitral pós infarto agudo do miocárdio, podemos afirmar que:
- 75% das rupturas de músculo papilar ocorrem no papilar posterior.
 - Mais de 50 % dos pacientes têm ruptura de músculo papilar
 - 50% dos pacientes com ruptura de músculo papilar sobrevivem após 24h sem tratamento cirúrgico.
 - A troca valvar é sempre indicada nesta situação
 - As técnicas de plastia mitral têm sido associadas a melhores resultados imediatos porém com resultados ruins a longo prazo:
- 11 - Um homem saudável de 70kg, o volume de água intracelular é de aproximadamente de:
- 3,3ml.
 - 5l.
 - 10,5ml.
 - 28ml.
 - 42ml.
- 12 - São situações em que há superioridade, em proteger o miocárdio, da cardioplegia sanguínea em relação à cristaloide, EXCETO:
- Proteção do miocárdio infantil.
 - Proteção de miocárdio hipertrofico.
 - Tempo curto clampeamento aórtico.
 - Disfunção ventricular severa.
 - Isquemia miocárdica recente.
- 13 - Qual dos componentes abaixo, não faz parte, rotineiramente, da composição das diversas soluções cardioplégicas.
- Udocaína.
 - Glicose.
 - Insulina.
 - Bicarbonato de sódio.
 - Nenhuma das alternativas.
- 14 - De acordo com as diretrizes de cirurgia das valvopatias 2004 da sac, são recomendações ,classe I , para troca valvar aórtica na insuficiência aórtica crônica, EXCETO:
- Paciente sintomático com classe funcional I ou IV da New York Heart Association (NYHA) e função sistólica do ventrículo esquerdo (VE) preservada.
 - Paciente sintomático com classe funcional II da NYHA e função sistólica do VE preservada, mas com dilatação progressiva do VE ou menor tolerância ao esforço no teste de esforço.
 - Paciente sintomático ou assintomático com disfunção leve a moderada do ventrículo esquerdo em repouso.
 - Paciente assintomático com função sistólica do VE normal , mas com dilatação grave do VE.
 - Paciente com angina classe I da Canadian Heart Association(CHA) ou com angina maior com ou sem doença coronariana.
- 15 - De acordo com o Guideline 2006 do AHA/ACC para manejo de pacientes com valvopatia no que se refere ao tratamento cirúrgico da estenose aórtica é incorreto afirmar que:
- É indicação Classe I a troca valvar em pacientes sintomáticos com estenose aórtica severa.
 - É indicação classe I a troca valvar aórtica em pacientes com estenose aórtica severa submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica.
 - É indicação classe IIa a troca valvar aórtica em pacientes com estenose aórtica severa e disfunção leve do ventrículo esquerdo.
 - É indicação IIa considerar razoável a troca valvar aórtica em pacientes com estenose aórtica moderada submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica ou troca valvar.
 - É indicação IIb considerar a troca valvar aórtica para pacientes assintomáticos com estenose aórtica severa e resposta anormal ao exercício.
- 16 - Na troca valvar aórtica por insuficiência aórtica. É ou são indicativo(s) de pior resultados.
- Fração de ejeção pela angiografia menor que 45%
 - Fração de ejeção pelo ecocardiograma menor que 60%
 - Diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo, pelo ecocardiograma, maior que 55 mm.
 - As alternativas A, B e C estão erradas.
 - As alternativas A, B e C estão corretas.

- 17 - De acordo com as diretrizes 2004 da SSC para tratamento das valvopatias, não é recomendação classe I para: plastia cirúrgica da estenose mitral:
- Paciente sintomático, classe funcional III-IV da NYHA, com estenose mitral moderada a grave, com morfologia valvar favorável a plastia e sem disponibilidade de valvoplastia por cateter balão.
 - Paciente sintomático com classe funcional I da NYHA, com estenose moderada à grave, com morfologia valvar favorável à comissurotomia, que apresenta episódio recorrente de tromboembolismo, na vigência de anticoagulação adequada.
 - Paciente sintomático, classe funcional NYHA III-IV, com estenose moderada à grave, com morfologia valvar adequada para plastia e com trombo em átrio esquerdo, apesar do uso de anticoagulante oral.
 - Paciente sintomático, classe funcional NYHA III-IV, com estenose moderada à grave, com válvula fibrosada ou calcificada, com decisão de submeter-se a comissurotomia no ato operatório.
 - Nenhuma das alternativas.
- 18 - Em um paciente com diagnóstico ecocardiográfico, de insuficiência mitral por ruptura de cordoalhas do folheto posterior, o principal local de ruptura e a técnica cirúrgica mais utilizada para correção da insuficiência mitral segundo Carpentier é:
- P1 e anuloplastia.
 - P1 e ressecção quadrangular.
 - P2 e ressecção quadrangular.
 - P2 e ampliação do folheto posterior.
 - P2 e ampliação do folheto posterior.
- 19 - Com relação a operação de ROSS para tratamento da doença valvar aórtica, são características do autoenxerto pulmonar EXCETO:
- Prótese de eleição na endocardite de válvula aórtica pela resistência à infecção.
 - É um enxerto que apresenta crescimento.
 - Apresenta taxa de calcificação superior à das biopróteses.
 - Apresenta bom perfil hemodinâmico e baixo gradiente transvalvar.
 - É um enxerto atrombogênico, não necessitando portanto anticoagulação.
- 20 - Com relação ao uso da artéria torácica interna esquerda como enxerto na cirurgia de revascularização miocárdica não é verdadeiro afirmar que:
- Apresenta patência em 10 anos de mais de 90%.
 - É um enxerto resistente à arterosclerose.
 - Sua patência é bastante reduzida quando utilizada na forma de enxerto livre para revascularizar a artéria descendente anterior.
 - Pode ser utilizada como enxerto para outros vasos do sistema coronariano esquerdo.
 - É um enxerto resistente à ação vasoconstritora da noradrenalina.
- 21 - É (são) indicação(ões) apropriada(s) para revascularização miocárdica cirúrgica no paciente assintomático segundo o GuideLine 2009 do AHA/ACC:
- Lesão importante de tronco de coronária esquerda.
 - Lesões equivalente de tronco de coronária esquerda.
 - Doença em três artérias coronárias.
 - Todas as alternativas
 - Nenhuma das alternativas.
- 22 - São pacientes que sabidamente se beneficiam da revascularização miocárdica sem circulação extracorpórea, EXCETO:
- Pacientes com lesão de tronco de coronária esquerda.
 - Pacientes idosos.
 - Pacientes com função ventricular comprometida.
 - Pacientes com insuficiência renal.
 - Pacientes submetidos a reoperação.

- 23 - Na cirurgia de revascularização miocárdica são recomendações, EXCETO
- Iniciar as anastomoses distais pelos vasos que fornecem circulação colateral.
 - Iniciar as anastomoses distais por vasosocluídos.
 - Realizar inicialmente as anastomoses proximais
 - Revascularizar inicialmente a artéria descendente anterior.
 - Iniciar as anastomoses distais pelos vasos que recebem circulação colateral.
- 24 - Com base na literatura atual, a principal vantagem da revascularização miocárdica sem circulação extracorpórea em relação à com uso de circulação extracorpórea é:
- Menor incidência de insuficiência renal.
 - Menor custo.
 - Menor incidência de sangramento pós-operatório.
 - Menor incidência de pneumonia hospitalar.
 - Menor incidência de isquemia cerebral.
- 25 - Com relação ao estudo SYNTAX, no seu braço REGISTRO, são conclusões corretas EXCETO:
- Mortalidade menor com a revascularização miocárdica cirúrgica(CRM) em relação a intervenção percutânea(ICP).
 - Menor incidência de AVC no grupo ICP em relação ao grupo CRM.
 - Menor incidência de eventos combinados(morte, AVC, infarto miocárdico) no grupo CRM em relação ao grupo ICP.
 - Menor incidência de nova revascularização no grupo CRM em relação ao grupo ICP.
 - Menor incidência de infarto do miocárdio no grupo CRM em relação ao grupo ICP.
- 26 - A utilização da artéria radial como enxerto na revascularização cirúrgica do miocárdio foi descrita primeiro por:
- Favaloro.
 - Vineberg.
 - Carpentier.
 - Buffolo.
 - Puig.
- 27 - Os portadores da síndrome de hipoplasia do coração esquerdo, que foram submetidos com sucesso a operação de Norwood tornam-se candidatos para:
- Transplante cardíaco.
 - Operação de Fontan.
 - Operação de Rastelli.
 - Anastomose cavo pulmonar bidirecional.
 - nenhuma das alternativas .
- 28 - É característica dos enxertos sequenciais:
- Facilidade técnica de execução
 - Maior incidência de oclusão.
 - Aumento do fluxo.
 - Maior número de enxertos utilizados.
 - Restrição à revascularização completa.
- 29 - Com relação à cirurgia de revascularização miocárdica de emergência podemos afirmar que:
- O uso da artéria torácica interna como enxerto não associa-se com maior número de complicações comparada com enxertos de veia safena.
 - O uso da artéria torácica interna como enxerto associa-se com maior número de complicações comparada com enxertos de veia safena.
 - Na presença de choque cardiogênico a cirurgia deve ser imediata.
 - O uso de ácido acetil salicílico antes da cirurgia é contra indicação absoluta para cirurgia.
 - Na presença de choque cardiogênico, o implante de balão intra-aórtico só deve ser realizado após o início da cirurgia, evitando-se assim retardo na terapêutica cirúrgica.
- 30 - A artéria torácica interna esquerda foi utilizada pela primeira vez como enxerto para a artéria descendente anterior por:
- Vineberg.
 - Longmire.
 - Kolesch>V.
 - Senning.
 - Bailey.

