

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2017 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 43

MÉDICO I

(Cardiologia: Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco)

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



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 04/2017
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 43 - MÉDICO I
(Cardiologia: Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, sob pena de serem excluídos do certame. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.16.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.16.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, 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.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, 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 7.16.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (Conforme subitem 7.16.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Em relação às drogas utilizadas em pacientes pós-transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) Quinolonas usualmente aumentam o nível sérico de imunossupressores.
- (B) Antifúngicos usualmente diminuem a ação dos imunossupressores.
- (C) Antituberculosstáticos usualmente aumentam a ação dos imunossupressores.
- (D) Anticonvulsivantes usualmente aumentam o nível sérico de imunossupressores.
- (E) Amiodarona diminui o nível sérico de imunossupressores.

02. Em relação à doença vascular do enxerto, assinale a alternativa correta.

- (A) Medidas de prevenção de risco cardiovascular têm nível de evidência elevado para reduzir o desenvolvimento de doença vascular do enxerto.
- (B) No intervalo de três a seis meses da realização do transplante, todos os pacientes devem ser submetidos à cineangiocoronariografia de rotina como exame basal para examinar a presença de doença coronária no doador.
- (C) O uso precoce de aspirina no pós-transplante previne o desenvolvimento de doença vascular do enxerto.
- (D) Uso prolongado de corticoide no pós-transplante está associado a menor desenvolvimento de doença vascular do enxerto.
- (E) Em pacientes transplantados cardíacos submetidos a implante de *stent* coronário, cineangiocoronariografia de controle deve ser realizada no período de seis a doze meses.

03. Em relação às características do doador, assinale a alternativa correta.

- (A) A utilização de doadores com até 20% de discrepância de peso em relação ao receptor, como regra geral, é considerada segura.
- (B) Em tratando de doadoras mulheres, é recomendável uma discrepância a maior no peso, em relação a receptor masculino da ordem de 30%.
- (C) Coração de doador masculino com 70Kg ou mais pode ser usado com segurança para qualquer tamanho ou sexo de receptor.
- (D) Em se tratando de coração de doadoras femininas, é recomendável evitar peso com discrepância a menor de 30% em relação a qualquer característica de receptor.
- (E) Concordância de tamanho, sexo e altura entre doador e receptor está associada a menor incidência de disfunção primária do enxerto e menor taxa de derrame pericárdico no pós-transplante.

04. Em relação ao manejo volêmico no período pós-transplante imediato, assinale a alternativa correta.

- (A) A pressão venosa central deve ser mantida entre 5 e 12mmHg, a fim de evitar sobrecarga do ventrículo direito.
- (B) A reposição volêmica (quando pertinente) com cristalóide é preferencial, a fim de evitar sensibilização com hemoderivados.
- (C) Em pacientes com painel contra linfócitos negativo, o uso de hemoderivados para reposição volêmica não implica maior risco de rejeição.
- (D) Para se evitar hipersensibilização, a hemodiálise deve ser postergada, manejando-se, de forma conservadora, eventual perda de função renal no período pós-transplante.
- (E) Hemoderivados depletados de leucócitos não devem ser usados rotineiramente no período pós-transplante cardíaco, pois não há evidências de que reduzam a chance de rejeição, apresentando relação custo-efetividade pouco atrativa.

05. Em relação ao choque cardiogênico, assinale a alternativa correta.

- (A) Para o manejo da hipotensão arterial no choque cardiogênico, é preferível uso maximizado de drogas vasoativas de forma única (dose maior de uma só droga) do que combinação de várias drogas em doses menores.
- (B) O uso de cateter de *Swan Ganz* para monitorização hemodinâmica fornece dados que podem orientar o manuseio de volume e drogas vasoativas no choque cardiogênico (recomendação IIb, evidência B conforme Diretrizes da *European Society of Cardiology* 2016).
- (C) Considerando o efeito vasopressor periférico da dopamina e seu pequeno efeito inotrópico, esta droga é preferencial no manejo da hipotensão do choque cardiogênico por não aumentar significativamente o consumo miocárdico de oxigênio.
- (D) Considerando o risco associado ao uso de dispositivos de assistência circulatória mecânica, esta estratégia deve ser reservada apenas para casos refratários com mais de 24h de manejo clínico e/ou intervenção coronária quando indicada.
- (E) A exclusão de síndrome coronariana aguda através de cineangiocoronariografia deve ser realizada apenas após estabilização clínica de um paciente com choque cardiogênico.

06. O espectro da insuficiência cardíaca varia entre a que apresenta fração de ejeção reduzida, fração de ejeção intermediária e fração de ejeção preservada. Considerando esse espectro, assinale abaixo a alternativa correta.

- (A) Para definição de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, é necessário apenas que seu valor seja <45%.
- (B) Na categoria insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, nenhum outro critério ecocardiográfico além de fração de ejeção $\geq 50\%$ é necessário, desde que sinais e sintomas condizentes com congestão estejam presentes (edema, turgência jugular, refluxo hepatojugular).
- (C) O avanço na prevenção da insuficiência cardíaca explica a redução da sua incidência, tanto na categoria fração de ejeção reduzida quanto na preservada.
- (D) Na categoria insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária, é necessária fração de ejeção entre 40 e 49%, níveis elevados de BNP e um dos dois critérios a seguir: alteração estrutural cardíaca (hipertrofia ventricular ou sobrecarga de átrio esquerdo) e disfunção diastólica ao ecocardiograma.
- (E) A categoria da insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária é aquela que mais cresce em incidência.

07. Com relação à investigação em quadros suspeitos de insuficiência cardíaca, assinale a alternativa correta.

- (A) Angiotomografia de coronárias é o exame preferencial para diagnóstico de etiologia isquêmica na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de recente começo, conforme Diretrizes da *European Society of Cardiology*, recomendação IIa, nível B.
- (B) Ressonância nuclear magnética cardíaca é o exame preferencial a ser realizado seriadamente em pacientes sendo submetidos à quimioterapia.
- (C) Indivíduos sob risco de desenvolverem insuficiência cardíaca devem ser submetidos a exame de ecocardiografia, examinando parâmetros de deformação miocárdica (*strain*) numa fase pré-clínica.
- (D) Testes não invasivos para detectar presença de isquemia (cintilografia, ecocardiografia com *stress*, ressonância nuclear magnética) devem ser empregados antes da intervenção percutânea ou cirúrgica, em pacientes com insuficiência cardíaca.
- (E) Revisão com exames de imagem não invasivos não é necessária para monitorar resposta terapêutica quando há evidente melhora clínica.

08. De acordo com a diretriz sobre diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca crônica e aguda da *European Society of Cardiology*, publicada em 2016, considere as afirmações abaixo sobre o tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca sintomática com fração de ejeção reduzida.

- I - Sacubitril/valsartana pode substituir inibidores da enzima conversora de angiotensina em pacientes ambulatoriais que permanecem sintomáticos com fração de ejeção $\leq 35\%$ apesar de tratamento otimizado, com indicação Classe I.
- II - Glitazonas podem ser utilizadas para tratar diabetes em pacientes com insuficiência cardíaca, com indicação Classe IIb.
- III- Ácidos graxos poli-insaturados n-3 não trazem benefícios clínicos para pacientes com insuficiência cardíaca, com indicação Classe III.

Quais estão corretas?

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

09. Com base nos recursos disponíveis em nosso meio para o diagnóstico histopatológico de miocardiopatias por meio de biópsia endomiocárdica, qual das alternativas abaixo apresenta diagnóstico factível pela biópsia e cujo tratamento farmacológico pode alterar prognóstico?

- (A) Miocardite eosinofílica necrotizante.
- (B) Miocardite viral fulminante.
- (C) Miocardiopatia inflamatória crônica.
- (D) Cardiotoxicidade por antraciclina.
- (E) Cardiotoxicidade por radiação ionizante.

10. Do ponto de vista de nível de evidência, qual dos seguintes exames diagnósticos é mais fortemente recomendado em um paciente com insuficiência cardíaca que se apresenta à sala de emergência?

- (A) Ecocardiografia com *doppler* a cores.
- (B) Raio X de tórax.
- (C) BNP.
- (D) Eletrocardiograma de 12 derivações.
- (E) Ecografia pulmonar.

11. Qual a miocardiopatia que determina baixa voltagem no ECG associada ao aumento da espessura da parede ventricular no ecocardiograma?

- (A) Miocardite viral.
- (B) Endomiocardifibrose.
- (C) Miocardiopatia hipertrófica.
- (D) Amiloidose.
- (E) Miocardite chagásica.

12. Dentre as miocardiopatias abaixo, quais podem ser consideradas para avaliação molecular (testes genéticos) e/ou aconselhamento genético?

- (A) Autossômica dominante, Arritmogênica, Congênita, Dilatada e Periparto.
- (B) Espongiforme, Dilatada idiopática, Congênita, Hipertrófica e Gestacional.
- (C) Hipertrófica, Dilatada, Restritiva, Autossômica dominante e Espongiforme.
- (D) Dilatada idiopática, Arritmogênica, Não compactada, Restritiva e Hipertrófica.
- (E) Autossômica recessiva, Dilatada, Hipertrófica, Arritmogênica e Não compactada.

13. Em relação a aspectos de imunossupressão no período pós-transplante, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de plasmaferese não se restringe a episódios de rejeição humoral – o componente celular inerente a episódios mais graves de rejeição pode ser manejado de forma mais eficiente com essa modalidade terapêutica.
- (B) O uso de micofenolato mofetil, everolimus ou sirolimus deve ser estimulado no esquema imunossupressor assim que possível, pois dados indicam que esses agentes reduzem a chance de doença linfoproliferativa a médio e a longo prazo.
- (C) A rejeição aguda sintomática só pode ser tratada com esquema específico após comprovação por biópsia endomiocárdica.
- (D) O tratamento de rejeição celular aguda sintomática na fase precoce pós-transplante requer doses altas de esteroide EV e, portanto, deve ser acompanhada por reforço (aumento de dose) de agentes antifúngicos para evitar infecções oportunistas em período particularmente vulnerável.
- (E) O Rituximab pode ser utilizado para o tratamento de rejeição mediada por anticorpo, em esquema semanal de uma até quatro semanas.

14. Em relação à biópsia endomiocárdica de vigilância pós-transplante, assinale a alternativa correta.

- (A) Em crianças, por conta de maior chance de rejeição, o intervalo das biópsias deve ser mais curto do que aquele praticado em adultos.
- (B) Após o primeiro ano pós-transplante, episódios assintomáticos de rejeição celular 2R podem ser manejados conservadoramente, isto é, sem tratamento farmacológico específico, desde que o paciente seja revisto precocemente com avaliação clínica, ecocardiográfica e realização de biópsia endomiocárdica quando pertinente.
- (C) Progressivamente, diversos centros que realizam transplante cardíaco estão utilizando outros métodos para detectar rejeição, tais como dosagem de troponina e de BNP associada à avaliação por ecocardiograma ou ressonância nuclear magnética, a fim de minimizar riscos associados com a biópsia endomiocárdica.
- (D) *Allomap*, usado para detecção de rejeição mediada por anticorpo, desponta como uma ferramenta de alta especificidade e pode indicar uma estratégia menos invasiva do que a biópsia endomiocárdica.
- (E) Considerando os riscos envolvidos na realização de biópsia endomiocárdica, protocolos recomendam que os pacientes fiquem em observação 24h pós-procedimento para monitorar complicações como tamponamento cardíaco e arritmias.

15. Considerando pacientes portadores de amiloidose com envolvimento cardíaco e sua potencial candidatura a transplante cardíaco, assinale a afirmação correta.

- (A) Envolvimento extenso, extracardíaco na amiloidose deve ser considerado como contraindicação ao transplante cardíaco.
- (B) A amiloidose do tipo AL apresenta prognóstico sombrio (poucos meses de sobrevida após o diagnóstico) e, por isso, a maioria dos casos possui indicação para transplante cardíaco.
- (C) Em casos de amiloidose do tipo TTR familiar, transplante cardíaco isolado é a estratégia recomendada.
- (D) O uso de níveis de BNP e de troponina I pode auxiliar para estabelecer potencial candidatura a transplante cardíaco de pacientes com amiloidose do tipo TTR, mas não do tipo AL.
- (E) A avaliação extracardíaca de envolvimento na amiloidose do tipo AL é menos importante no impacto pós-transplante do que na amiloidose do tipo TTR.

16. No que se refere a pacientes portadores de cardiomiopatia restritiva como potenciais candidatos para transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) O cateterismo direito de pacientes com cardiomiopatia restritiva deve ser sempre feito acompanhado de cateterismo esquerdo para avaliação de componente constritivo potencialmente associado.
- (B) São considerados sinais de mau prognóstico na cardiomiopatia restritiva os seguintes fatores: sexo feminino, congestão pulmonar no momento do diagnóstico, diâmetro de átrio esquerdo maior do que 65mm e hipertensão pulmonar reativa.
- (C) Considerando o prognóstico reservado da cardiomiopatia restritiva como indicação de transplante, o uso de suporte circulatório para apoiar saída de circulação extracorpórea é recomendável.
- (D) Considerando o baixo rendimento terapêutico para etiologias específicas das cardiomiopatias restritivas, uma vez definido pelo processo de avaliação pré-transplante, não é recomendável perseguir elucidação diagnóstica subjacente.
- (E) Na cardiomiopatia restritiva, em que o uso de dispositivos de assistência circulatória, terapêutica farmacológica tradicional e dispositivos elétricos parecem não trazer benefícios evidentes, a consideração para transplante cardíaco deve ocorrer de forma mais precoce em comparação a outras etiologias e indicações para transplante.

17. Com relação às situações que se referem ao uso de suporte circulatório mecânico, de longa duração, como ponte para candidatura para transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) A ponte para candidatura com suporte circulatório para pacientes com obesidade mórbida é geralmente insuficiente, sendo necessária associação com tratamento farmacológico com redutores do apetite para obtenção de peso que permita inclusão em lista de espera.
- (B) Na hipertensão pulmonar resistente ao manejo farmacológico intensivo, o uso de suporte circulatório mecânico associado a sildenafil ou milrinone é recomendado, pois tem efeito sinérgico para obter reversibilidade da elevação das pressões pulmonares.
- (C) Em pacientes com hipertensão pulmonar, a redução das pressões pulmonares após o implante de dispositivo de suporte circulatório mecânico geralmente demora 12 meses.
- (D) Pacientes com neoplasia em tratamento, com insuficiência cardíaca grave, refratária ao tratamento clínico, podem se beneficiar do implante de dispositivo de longa permanência até resolução da doença neoplásica, como ponte para candidatura ao transplante cardíaco.
- (E) Na presença de insuficiência renal que limite a candidatura para transplante, é preferível o uso de suporte circulatório mecânico, a fim de melhorar a função renal, do que o uso de terapia renal substitutiva.

18. Em relação à avaliação de candidatura para transplante cardíaco de pacientes ambulatoriais, assinale a alternativa correta.

- (A) Escores ambulatoriais como *Seattle Heart Failure Model* ou o *Heart Failure Survival Score* são ferramentas completas para prever sobrevida e, dessa forma, fundamentais na definição de listagem para transplante cardíaco.
- (B) Escores como o *Seattle Heart Failure Model*, com resultados abaixo de 70% de sobrevida no primeiro ano, justifica consideração para inclusão em lista de espera para transplante cardíaco.
- (C) Não é recomendada a inclusão de pacientes em lista para transplante cardíaco apenas com base nos escores prognósticos de sobrevida para insuficiência cardíaca.
- (D) O *Seattle Heart Failure Model* se caracteriza por superestimar risco de morte ou necessidade de transplante de urgência em pacientes com quadros avançados de insuficiência cardíaca.
- (E) O *Heart Failure Survival Score* subestima risco em pacientes de baixo e médio risco quando comparado à ergoespirometria.

19. Em relação à avaliação de candidatura para transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso ativo abusivo de álcool não configura contraindicação ao transplante cardíaco, pois é passível de resolução, desde que haja acompanhamento psicossocial especializado.
- (B) Pacientes ambulatoriais listados devem ser reavaliados periodicamente, incluindo a realização de ergospirometria e escores prognósticos a cada 3-6 meses, pois, ao se detectar melhora objetiva significativa, a retirada de lista deve ser considerada.
- (C) Uma vez completada a avaliação e definida a inclusão do paciente em lista, procedimentos de alto custo como implante de cardiodesfibrilador ou marca-passo de ressincronização cardíaca não se justificam durante o período de espera.
- (D) Hipersensibilização imunológica não deve configurar critério de priorização em lista, pois diminui a perspectiva de pacientes, com maior chance de sucesso (painel de baixa reatividade) no transplante, de receberem um órgão antes.
- (E) Retransplante está justificado quando o paciente desenvolve doença vascular do enxerto, acelerada na vigência de rejeição aguda refratária.

20. Considere as afirmações abaixo em relação à detecção de hipertensão pulmonar no exame de cateterismo direito, sem resposta favorável a medidas vasoativas agudas na sala de hemodinâmica.

- I - Uso de dispositivo de longa permanência, que pode ser empregado para redução de pressões pulmonares como ponte para candidatura ao transplante cardíaco.
- II - Uso agressivo de diurético endovenoso e/ou ultrafiltração e sildenafil sublingual.
- III - Uso de suporte mecânico como balão intra-aórtico e membrana de oxigenação extracorpórea veno-venoso (ECMO VV).

Quais podem ser consideradas estratégias aceitáveis de serem implementadas após o resultado do exame, na tentativa de redução da resistência vascular pulmonar?

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

21. Considerando parâmetros e critérios para inclusão de pacientes em lista de espera para transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de betabloqueador implica utilização de diferente ponto de corte para VO_2 de pico, a saber: $<12\text{mL/Kg/min}$ na ausência de betabloqueador; e $<10\text{mL/Kg/min}$ na presença de betabloqueador.
- (B) Os limites de corte de valores de VO_2 de pico diferem conforme presença ou ausência de marca-passo de ressincronização, a saber: $<10\text{mL/Kg/min}$ na presença do marca-passo e $<14\text{mL/Kg/min}$ sem o marca-passo.
- (C) Teste de vasorreatividade com drogas vasoativas durante cateterismo cardíaco direito se justifica quando a pressão sistólica na artéria pulmonar for $>45\text{mmHg}$ e/ou o gradiente transpulmonar for $>15\text{mmHg}$ e/ou a resistência vascular pulmonar for $>3U$ Woods, na presença de pressão arterial sistólica sistêmica $>85\text{mmHg}$.
- (D) Índice de massa corporal $\leq 30\text{mg/Kg/m}^2$ permite inclusão em lista de pacientes que não tenham outras comorbidades significativas.
- (E) Em jovens (<50 anos) e mulheres, a utilização do percentual (%) predito de VO_2 de pico ($\leq 50\%$) em conjunto com VO_2 de pico pode ser empregada para definição de inclusão em lista de espera para transplante cardíaco.

22. Em relação a desfechos após o transplante cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) Características do enxerto e manejo do doador podem influenciar o aparecimento de disfunção primária do enxerto, mas não características do receptor.
- (B) O escore RADIAL define prognóstico pós-transplante e auxilia na alocação/priorização de órgãos para pacientes em lista de espera.
- (C) Pacientes com cardiopatias congênitas complexas que vão a transplante possuem desfechos de curto e longo prazo semelhantes aos pacientes com outras etiologias.
- (D) A melhora de desfechos de curto prazo pós-transplante cardíaco, observada nas últimas duas décadas, está provavelmente associada a melhor compreensão e manejo da disfunção primária do enxerto.
- (E) A maioria das mortes que ocorrem nos primeiros 30 dias pós-transplante se dá como consequência da utilização de órgãos inadequados para transplante.

23. Assinale a alternativa que apresenta as características de paciente portador de insuficiência cardíaca com maior probabilidade de resposta à terapia de ressincronização cardíaca.

- (A) Mulher, miocardiopatia isquêmica, FEVE 40%, bloqueio de ramo esquerdo, intervalo QRS 158ms, ritmo sinusal, NYHA III.
- (B) Homem, miocardiopatia isquêmica, FEVE 28%, bloqueio de ramo esquerdo, intervalo QRS 160ms, ritmo sinusal, NYHA II.
- (C) Mulher, miocardiopatia não isquêmica, FEVE 35%, bloqueio de ramo esquerdo, intervalo QRS 154ms, ritmo sinusal, NYHA II.
- (D) Homem, miocardiopatia não isquêmica, FEVE 24%, bloqueio de ramo direito, intervalo QRS 144ms, fibrilação atrial, NYHA III.
- (E) Mulher, miocardiopatia não isquêmica, FEVE 20%, bloqueio de ramo esquerdo, intervalo QRS 155ms, fibrilação atrial, NYHA IV.

24. Paciente masculino, 62 anos, com história prévia de IAM, foi internado com insuficiência cardíaca descompensada. Previamente, encontrava-se em tratamento medicamentoso otimizado. Ecocardiograma demonstrou fração de ejeção de 37% e angiografia coronariana evidenciou estenose de 80% da artéria descendente anterior proximal e estenose crítica da artéria circunflexa, com anatomia favorável.

Em relação ao caso acima e ao manejo cirúrgico dos pacientes com insuficiência cardíaca, assinale a alternativa correta.

- (A) Cirurgia de revascularização do miocárdio está indicada nesse caso por melhorar a sobrevida independentemente de viabilidade miocárdica comprovada.
- (B) Se o paciente for referido para cirurgia de revascularização do miocárdio, ticagrelor deve ser iniciado para prevenção de trombose aguda do enxerto vascular.
- (C) Intervenção concomitante na valva mitral somente deve ser considerada em pacientes com regurgitação mitral severa e fração de ejeção <30%.
- (D) Revascularização cirúrgica somente estaria indicada se o paciente fosse portador de diabetes melito. Se não, intervenção percutânea com implante de *stent* farmacológico traria maiores benefícios e menor morbidade.
- (E) Intervenção coronariana percutânea demonstra melhores desfechos a longo prazo nesses pacientes quando comparada à cirurgia de revascularização miocárdica.

25. Assinale a alternativa correta em relação ao diagnóstico e manejo de pacientes com insuficiência cardíaca e anemia.

- (A) A prevalência de anemia é elevada em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca; anemia é mais frequente em homens com insuficiência cardíaca; tratamento com darbopoetina é alternativa eficaz para o manejo da anemia na insuficiência cardíaca.
- (B) A reposição de ferro endovenoso em pacientes ferropênicos com insuficiência cardíaca melhora a qualidade de vida desses pacientes; o benefício do uso de ferro endovenoso em pacientes ferropênicos parece ocorrer independentemente da presença de anemia; o benefício funcional parece estar associado a efeito sobre processos oxidativos em nível muscular periférico.
- (C) O uso de aspirina está associado à anemia; o uso de ferro por via oral é tão efetivo quanto o uso de ferro por via endovenosa; a correção da anemia na insuficiência cardíaca não se associa com melhora de sobrevida.
- (D) O sacarato de ferro deve ser evitado pelo alto risco de anafilaxia; o estudo FAIR-HF testou a carboximaltose de ferro em pacientes com insuficiência cardíaca; sulfato ferroso via oral leva a escurecimento das fezes.
- (E) A carboximaltose de ferro tem a vantagem de administração mais rápida do que a do sacarato de ferro; o estudo FAIR-HF testou o sacarato de ferro em pacientes com insuficiência cardíaca; ferro endovenoso reduz hospitalização por insuficiência cardíaca.