



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 04/2018
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 23 - MÉDICO I
(Cardiologia: Insuficiência Cardíaca e
Transplante Cardíaco)

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



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



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, próteses auditivas, 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 será permitida 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 se 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. Considerando insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, assinale a alternativa correta.

- (A) A etiologia isquêmica é responsável por mais de 50% dos casos.
- (B) O controle da hipertensão deve ser o objetivo maior no manejo.
- (C) Pacientes com fração de ejeção >50% e portadores de fibrilação atrial não se beneficiam do uso de anticoagulação.
- (D) Embora a maioria dos ensaios clínicos com estudos de diversos fármacos não tenha demonstrado melhora de sobrevida, o uso de nebivolol, digoxina, espironolactona e candesartan aparentemente associam-se à redução de hospitalização por insuficiência cardíaca.
- (E) O uso de betabloqueadores reduz sintomas em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

02. Quanto ao ecocardiograma no diagnóstico de insuficiência cardíaca, considere as afirmações abaixo.

- I - Na avaliação da função sistólica, o método de Simpson é o que melhor apresenta correlação com a fração de ejeção obtida por ressonância magnética cardíaca.
- II - Em pacientes com quadro clínico sugestivo de insuficiência cardíaca, a ausência de alterações estruturais, a presença de função sistólica e função diastólica normais, associadas a nível de NT-proBNP >125 pg/ml, torna o diagnóstico de insuficiência cardíaca improvável.
- III- Avaliação das pressões intracavitárias pelo ecocardiograma pode ajudar a orientar o tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca aguda.

Quais estão corretas?

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

03. Sobre investigação de alterações estruturais em insuficiência cardíaca, considere as afirmações abaixo.

- I - O *strain* de ventrículo esquerdo tem pouca utilidade na detecção de doença subclínica.
- II - Em casos de amiloidose, o *strain* pode apresentar padrão característico, com preservação basal.
- III- Em pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca e função sistólica preservada, ecocardiograma com estresse físico pode ser útil para definições estruturais e avaliação de função diastólica.
- IV- A ressonância magnética não possui papel na definição diagnóstica de amiloidose.

Quais estão corretas?

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

04. Conforme atualização da Diretriz Americana para o tratamento da insuficiência cardíaca (AHA/ACC), de 2013, atualizada e publicada em 2016, assinale a afirmação correta sobre o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

- (A) O uso de inibidores da neprilisina está indicado com classe recomendação I e nível de evidência IA para pacientes persistentemente sintomáticos, em adição a inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA).
- (B) O uso de inibidores da neprilisina está associado à hipotensão arterial, perda de função renal e angioedema.
- (C) A associação de betabloqueadores com IECA deve anteceder o uso de inibidores da neprilisina.
- (D) Há que se reduzir a dose de diuréticos quando os inibidores da neprilisina são introduzidos.
- (E) O benefício dos inibidores da neprilisina é maior em pacientes com níveis de pressão arterial mais elevados.

05. Em relação ao uso de ivabradina, assinale a alternativa correta.

- (A) A ivabradina traz benefício clínico ao reduzir a resposta ventricular em pacientes com fibrilação atrial que persistem sintomáticos (dispneia aos mínimos esforços, edema).
- (B) O benefício observado no desfecho composto de morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca no estudo SHIFT deu-se às custas do primeiro (morte cardiovascular).
- (C) No estudo SHIFT, o maior benefício foi observado no subgrupo de pacientes em uso de betabloqueador.
- (D) Entre os critérios de inclusão do estudo SHIFT, encontravam-se frequência cardíaca ≥ 70 bpm, classes funcionais II a IV da *New York Heart Association* (NYHA) e fração de ejeção $\leq 35\%$.
- (E) A atualização de 2016 da Diretriz Americana para o Tratamento da Insuficiência Cardíaca da AHA/ACC, de 2013, recomenda o uso de ivabradina para reduzir morte cardiovascular em pacientes com insuficiência cardíaca em classes funcionais II e III da NYHA e fração de ejeção $\leq 35\%$, com classe de recomendação IIA, nível de evidência B.

06. Em relação ao uso de IECA, assinale a alternativa correta.

- (A) Omapatrilato é considerado uma opção adequada para pacientes intolerantes ao sacubitril.
- (B) História de angioedema não é contraindicação absoluta para o uso de inibidores da neprilisina.
- (C) Pacientes em uso prévio de IECA, devem ter seu uso suspenso 36 horas antes do início de inibidores da neprilisina.
- (D) Hipercalemia constitui contraindicação absoluta para o uso de inibidores da neprilisina.
- (E) Conforme a Diretriz Americana para o tratamento da insuficiência cardíaca (AHA/ACC), de 2013, atualizada em 2016, a respeito do uso de inibidores da neprilisina, a recomendação para sua utilização em pacientes que se encontram em classe funcional I da NYHA é classe I, nível de evidência B, objetivando redução da mortalidade.

07. Sobre cuidados paliativos em insuficiência cardíaca, analise as afirmações abaixo.

- I - O uso de morfina deve ser desencorajado pelo potencial de piora da função cardíaca.
- II - O uso de diuréticos continua sendo importante para o manejo dos sintomas, mesmo no quadro de final de vida.
- III- As medicações para o tratamento devem ser mantidas sem ajustes.

Quais estão corretas?

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

08. Segundo a Diretriz Europeia de insuficiência cardíaca, de 2016, analise as afirmações abaixo sobre a terapia de ressincronização cardíaca (TRC).

- I - Em pacientes com QRS >150 ms, ausência de morfologia de bloqueio de ramo esquerdo, fração de ejeção $<35\%$ e terapia medicamentosa otimizada, a indicação de TRC objetivando redução de morbidade e mortalidade possui indicação classe IIA, nível de evidência A.
- II - Em pacientes com QRS <130 ms, fração de ejeção $<30\%$, classe funcional III da NYHA e dissincronia ao ecocardiograma, a TRC possui indicação classe IIB.
- III- Em pacientes com QRS >150 ms, morfologia de bloqueio de ramo esquerdo, fração de ejeção $<35\%$ e terapia medicamentosa otimizada, a indicação de TRC objetivando redução de morbidade e mortalidade possui indicação classe I, nível de evidência A.

Quais estão corretas?

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

09. Em relação ao preparo para a alta e para o período pós-alta hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca, assinale a alternativa correta.

- (A) A alta deve ser preparada com 48 horas de antecedência, objetivando o envolvimento da família no cuidado.
- (B) O retorno ambulatorial não deve exceder em sete dias à alta.
- (C) No momento da alta, um mínimo de estabilidade volêmica deve ser garantido, sendo tolerável aumento de 500g no peso no dia da alta.
- (D) A pressão arterial sistólica deve ser de, no mínimo, 100mmHg.
- (E) Considerando-se que perda de função renal é frequente durante internação por insuficiência cardíaca descompensada, o paciente deve apresentar função renal, no mínimo, semelhante à da internação no momento da alta.

10. Assinale a alternativa que melhor descreve os perfis hemodinâmicos de apresentação do choque cardiogênico.

- (A) Estado volêmico "úmido" e circulação periférica "quente" = choque misto ou vasogênico com índice cardíaco baixo, resistência vascular normal ou baixa e pressão capilar alta.
- (B) Estado volêmico "seco" e circulação periférica "quente" = choque cardiogênico vasogênico com índice cardíaco baixo, resistência vascular normal e pressão capilar alta.
- (C) Estado volêmico "úmido" e circulação periférica "fria" = choque cardiogênico clássico com índice cardíaco baixo, resistência vascular sistêmica baixa e pressão capilar baixa.
- (D) Estado volêmico "seco" e circulação periférica "fria" = choque cardiogênico euvolêmico com índice cardíaco baixo, resistência vascular periférica baixa e pressão capilar alta.
- (E) Estado volêmico "úmido" e circulação periférica "quente" = choque séptico com índice cardíaco elevado, resistência vascular periférica elevada e pressão capilar baixa.

11. Em relação à avaliação e ao manejo de pacientes com choque cardiogênico, é correto afirmar que

- (A) a monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz deve ser evitada.
- (B) a utilização de uma droga vasoativa de escolha deve ser explorada até sua dose máxima preconizada, antes da associação com outra droga.
- (C) a saturação venosa é um marcador pobre de avaliação de perfusão tecidual.
- (D) o uso combinado de avaliação hemodinâmica invasiva com cateter de artéria pulmonar e outros marcadores de perfusão tecidual (lactato, saturação venosa, débito urinário, função renal e hepática) oferece uma perspectiva integrada sistêmica que auxilia de forma bastante efetiva o entendimento do quadro de choque.
- (E) a saturação venosa central mista é o marcador ideal de perfusão tecidual e dispensa demais parâmetros.

12. Em relação ao choque cardiogênico em pacientes cardiopatas isquêmicos, assinale as afirmações abaixo com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- () Cerca de 90% dos pacientes são manejados com algum tipo de vasopressor, e não existem evidências claras prognósticas comparando as diferentes drogas catecolaminérgicas.
- () O uso de suporte circulatório mecânico tem o objetivo de manter perfusão adequada quando vasopressores e inotrópicos não são suficientes, além de prevenir disfunção multiorgânica.
- () O SHOCK TRIAL II mostrou que 60% dos pacientes sobrevivem sem nenhum tipo de suporte circulatório mecânico.
- () Aproximadamente 70-80% dos pacientes em choque cardiogênico se apresentam com doença multiarterial grave.
- () Subgrupo de pacientes com mais de 62 anos e pacientes pós-parada cardiorrespiratória não são bons candidatos a suporte circulatório extracorpóreo (ECMO) venoarterial, pois têm mortalidade relatada de 100%.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) V – V – F – F – V.
- (B) F – V – F – F – F.
- (C) V – F – V – V – F.
- (D) F – F – V – V – V.
- (E) V – V – V – V – V.

13. Em relação a ECMO, a publicação de 2016 do Registro ELSO demonstrou que este tipo de suporte está aumentando no mundo (9025 adultos ao longo de mais 16 anos reportados) e que a morbidade associada ao procedimento varia conforme idade e indicação da terapia.

Considere as afirmações abaixo em relação às complicações associadas ao uso de ECMO.

- I - Sangramento e isquemia cerebral ocorrem em 15% dos adultos.
- II - Hemorragia no sítio de inserção das cânulas é a complicação mais comum, podendo chegar a 20%.
- III - Hiperbilirrubinemia foi relatada em 5% da população adulta com indicação de ECMO por falha cardíaca.

Quais estão corretas?

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

14. Homem de 58 anos, portador de insuficiência cardíaca avançada de etiologia isquêmica, com três internações no último ano por descompensação de insuficiência cardíaca, estágio INTERMACS 4. Paciente também é portador de insuficiência renal crônica não dialítica (DCE estimada de 28L/min/1,73m²), apresenta quadro de inapetência com perda ponderal na última internação e necessidade de instalação de sonda nasoentérica, sendo a última albumina de 2.8mg/dL.

Realizou avaliação para transplante cardíaco que evidenciou hipertensão arterial pulmonar proibitiva com o seguinte perfil hemodinâmico ao cateterismo direito: pressão sistólica na artéria pulmonar de 60mmHg, gradiente transpulmonar de 20 e resistência vascular pulmonar de 6,4 Wood, mesmo após uso de milrinone e nitroprussiato de sódio por mais de 24 horas.

Ecocardiograma transtorácico evidenciou: diâmetro do átrio esquerdo 5,9cm; diâmetros do ventrículo esquerdo diastólico/sistólico 6,5/6,0cm; fração de ejeção 25% com acinesia inferior, ínfero-septo-lateral e hipocinesia das demais paredes; ausência de trombos intracavitários; insuficiência mitral grave por *tethering* dos folhetos; insuficiência tricúspide moderada a grave; pressão sistólica na artéria pulmonar estimada em 70mmHg; veia cava inferior dilatada e sem colabamento respiratório; avaliação de ventrículo direito com *tricuspid annular plane systolic excursion* de 1,5cm e *fractional area change* de 41%.

Ao ser discutido o caso em equipe, foi considerada a possibilidade de dispositivo de assistência ventricular esquerda de longa duração (LVAD) como ponte para candidatura a transplante cardíaco ou terapia de destino.

Em relação ao suporte de longa duração, assinale a afirmação correta.

- (A) A presença de hipertensão arterial pulmonar e disfunção de ventrículo direito aumenta a mortalidade perioperatória para implante de LVAD e contraindica a associação de um dispositivo de curta duração para suporte do ventrículo direito no perioperatório.
- (B) Pacientes que realizam implante de LVAD como ponte para transplante apresentam sobrevida pós-transplante inferior quando comparados aos que são transplantados sem suporte de LVAD.
- (C) Insuficiência renal, alterações hematológicas e hipoalbuminemia estão associadas a piores desfechos após o implante de LVAD.
- (D) O implante de LVAD em pacientes nos estágios INTERMACS 4 e 5 está associado a maior morbimortalidade.
- (E) No registro INTERMACS, a maioria dos pacientes que realizaram implante de LVAD encontrava-se em estágios INTERMACS 4 a 6.

15. No manejo de pacientes com dispositivos de assistência ventricular mecânica de longa duração, os elementos que melhor apontam o diagnóstico diferencial de alarmes de *low flow* são

- (A) trombose do dispositivo, hipovolemia por excesso de diuréticos ou por sangramento gastrointestinal e aumento da pressão arterial média.
- (B) tamponamento, hipertensão pulmonar e baixo débito.
- (C) *mismatch* da cavidade pericárdica, arritmias e hipotensão arterial.
- (D) malposicionamento da cânula de *inflow*, trombose do dispositivo e tamponamento.
- (E) disfunção de ventrículo direito, tamponamento e malposicionamento da cânula de *inflow*.

16. Quanto à anticoagulação de pacientes com HeartMate II, considere as recomendações abaixo.

- I - Iniciar AAS após 48 horas de pós-operatório.
- II - Iniciar heparina não fracionada no pós-operatório imediato, se não houver evidência de sangramento.
- III- Iniciar varfarina após retirada dos drenos e manter ponte com heparina até que INR entre 2.0-3.0 seja atingido.

Quais estão corretas?

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

17. Quanto ao manejo de pacientes com HeartMate II, considere as afirmações abaixo.

- I - O alvo de pressão arterial média é ≤ 80 mmHg.
- II - Rastreamento clínico e laboratorial para hemólise deve ser realizado apenas quando houver indícios de falha de bomba, e não rotineiramente.
- III- O ecocardiograma transesofágico deve ser realizado periodicamente para avaliar sinais de recuperação miocárdica e para monitorizar a função do dispositivo.
- IV - O uso de medicações neuro-humorais para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida não é recomendado.

Quais estão corretas?

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

18. Quanto à avaliação de doadores para transplante cardíaco, assinale a afirmação correta.

- (A) Em geral, a inspeção do coração pelo cirurgião torna dispensável o ecocardiograma para avaliação estrutural do órgão.
- (B) Troponinas elevadas antes do transplante estão associadas à falência precoce do enxerto cardíaco.
- (C) Parada cardíaca é contraindicação para doação de coração.
- (D) Doadores com mais de 50 anos de idade podem ser utilizados seletivamente em casos de receptores de alto risco.
- (E) Cinecoronariografia deve ser realizada em todos os doadores com idade superior a 35 anos.

19. Homem de 37 anos, 72Kg, 1,72m, portador de cardiomiopatia não compactada, anticoagulado e listado há três meses para transplante cardíaco. Foi priorizado para transplante há uma semana devido à reinternação por insuficiência cardíaca e dependência de inotrópico. Seu estado vem deteriorando de estágio INTERMACS 3 para 2. A pressão sistólica da artéria pulmonar na última avaliação hemodinâmica era 50 mmHg.

A Central de Transplantes do seu Estado entra em contato para disponibilização de órgão nas seguintes condições: doador masculino de 18 anos, 67kg, 1,69m, que apresentou morte encefálica há 48 horas por trauma craniocerebral e está em uso de vasopressina 0,01 UI/min. O ecocardiograma demonstrou função sistólica normal e válvula aórtica bicúspide. Possui história de uso de cocaína inalatória e álcool. Encontra-se em uso de antibiótico e possui hemoculturas positivas para *Escherichia coli* multissensível. O hospital de captação encontra-se a 450km do local do receptor, com tempo estimado de deslocamento de duas horas e meia entre os dois hospitais.

Em relação a este caso, considere as afirmações abaixo.

- I - O uso de doadores com idade abaixo de 45 anos é um fator importante de bom prognóstico para função do enxerto, mesmo com tempo de isquemia maior do que 4 horas e comorbidades do receptor, como a hipertensão arterial pulmonar.
- II - A presença de válvula aórtica bicúspide contraindica o uso deste órgão.
- III- Este órgão pode ser utilizado, desde que a infecção tenha sido adquirida na comunidade e que não existam sinais de endocardite.

Quais estão corretas?

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

20. Em relação ao manejo volêmico e à insuficiência renal no período pós-transplante, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Se indicado, o uso de coloides é preferível ao uso de cristaloides, dando-se preferência a hemoderivados (nível de evidência C).
- (B) A monitorização de pressão venosa central é recomendada, seus valores devem ser mantidos entre 8-12mmHg, objetivando pressões de enchimento adequadas e evitando sobrecarga do ventrículo direito (nível de evidência C).
- (C) Deve-se considerar o adiamento por até 48 horas para o início de inibidores de calcineurina em pacientes com insuficiência renal prévia ou com declínio da função renal nas primeiras 48 horas de pós-operatório (nível de evidência C).
- (D) O aumento agudo de creatinina nas primeiras 24 horas de pós-operatório associado à oligúria indica o uso precoce de terapia de substituição renal (nível de evidência B).
- (E) O uso de diurético intravenoso contínuo associado a tiazídico não é recomendado nos casos de sobrecarga volêmica, devido ao aumento do risco de insuficiência renal (nível de evidência B).

21. Com relação a vacinação e transplante cardíaco, assinale a afirmação correta.

- (A) Vacinas com vírus inativados são seguras e devem ser administradas no período pós-transplante imediato (caso não tenha havido vacinação pré-transplante), pois esse é o momento de maior vulnerabilidade a agentes infecciosos.
- (B) Vacina contra varicela pode ser administrada tanto no pré como no pós-transplante.
- (C) É recomendada a administração de vacinas com vírus inativados contra hepatites A e B, *influenza*, tétano e *pertussis* tanto antes como depois do transplante.
- (D) Vacinas com vírus atenuados podem ser administradas no pós-transplante.
- (E) Vacina contra sarampo-caxumba-rubéola é recomendada no pré-transplante, mesmo em pacientes que são listados em urgência.

22. Com relação a profilaxias para doenças infecciosas oportunistas de natureza viral, bacteriana e protozoária, assinale a afirmação correta.

- (A) A profilaxia contra citomegalovírus (CMV) é justificada por ser esse o agente envolvido em maiores taxas de rejeição pós-transplante cardíaco.
- (B) A terapia preemptiva é justificada quando há alto risco epidemiológico para disseminação precoce de CMV.
- (C) Durante os tratamentos de episódios de rejeição, não é recomendada a intensificação das profilaxias anti-infecciosas.
- (D) O tratamento antiparasitário profilático de rotina com ivermectina não é recomendado.
- (E) A quantificação do DNA do CMV por PCR é o método de escolha para realizar o diagnóstico, guiar o tratamento e monitorar recidiva após o uso de medicações antivirais.

23. Em relação à Doença de Chagas, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A Doença de Chagas é a terceira causa mais comum de indicação para transplante cardíaco no Brasil.
- (B) A etiologia chagásica apresenta pior prognóstico quando comparada a outras etiologias das cardiomiopatias dilatadas.
- (C) A disfunção do ventrículo direito é achado frequente e característico da cardiomiopatia chagásica.
- (D) Hipertensão arterial pulmonar avançada é frequente e contribui para desfechos desfavoráveis após transplante cardíaco em pacientes chagásicos.
- (E) Os resultados do transplante cardíaco em pacientes chagásicos são, em geral, melhores do que em receptores por outras etiologias.

24. Em relação ao processo de captação, doação de órgãos e cuidados com o doador, assinale a afirmação correta.

- (A) As organizações procuradoras de órgãos (OPOs) permitem a colaboração interativa entre centrais estaduais de transplantes e centros transplantadores, favorecendo a atuação precoce das equipes transplantadoras no cuidado do doador.
- (B) Em caso de ecocardiograma com fração de ejeção $\leq 45\%$ do coração do doador, o tratamento hormonal com T3 (administração em bolus, seguida de infusão contínua) está indicado.
- (C) Ecocardiograma não é necessário para potenciais doadores de coração com idade inferior a 25 anos.
- (D) Com a melhora dos cuidados transoperatórios e pós-operatórios imediatos, é aceitável o uso de corações obtidos por busca a distância, com tempo de isquemia de até 6 horas.
- (E) A correção vigorosa de hipovolemia no doador com solução hipotônica deve ser realizada de rotina para evitar o desenvolvimento de hipernatremia.

25. A respeito da investigação etiológica da insuficiência cardíaca, assinale a afirmação correta.

- (A) Aconselhamento genético está recomendado em casos de miocardiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada idiopática e cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito.
- (B) Investigação etiológica de potencial natureza genética da miocardiopatia está indicada se o ecocardiograma apontar alterações estruturais sugestivas de base genética.
- (C) Cineangiocoronariografia faz parte da rotina de investigação etiológica para pacientes com diagnóstico recente de insuficiência cardíaca.
- (D) O uso de álcool em doses moderadas diárias é protetor para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca.
- (E) Investigação genética de familiares em primeiro grau está justificada em casos de miocardiopatia com diagnóstico na infância e adolescência.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2018 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 23

MÉDICO I

(Cardiologia: Insuficiência Cardíaca e
Transplante Cardíaco)

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