

0/0

RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

F17 F17

RESIDÊNCIA MÉDICA
Áreas de Atuações
Transplante de Coração
(Cirurgia Cardiovascular)

1
1/100



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F17**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIÇÕES</u>	<u>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R – até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>
<p align="center"><u>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA</u> <u>(Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</u></p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p>



01

De acordo com as III Diretrizes Brasileiras sobre Transplante Cardíaco, assinale a alternativa que apresenta a principal indicação ao transplante cardíaco em nosso meio.

- (A) IC avançada na dependência de drogas inotrópicas e/ou suporte de assistência circulatória mecânica (ACM).
- (B) Doença isquêmica com angina refratária.
- (C) Tumores cardíacos com potencial de cura.
- (D) Amiloidose cardíaca relacionada às mutações.

02

Em relação às III Diretrizes Brasileiras sobre Transplante Cardíaco, a principal contraindicação ao transplante cardíaco em nosso meio é

- (A) hipertensão pulmonar refratária ao uso de vasodilatadores.
- (B) idade acima de 70 anos (pacientes selecionados podem ser considerados receptores).
- (C) infecção sistêmica ativa.
- (D) comorbidades com baixa expectativa de vida.

03

De acordo com os registros internacionais (*International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT*), as três principais complicações do transplante cardíaco, que podem ocorrer nos 30 primeiros dias após o procedimento, são

- (A) rejeição aguda, infecção por citomegalovírus e acidente vascular cerebral.
- (B) rejeição aguda, insuficiência renal aguda e acidente vascular cerebral.
- (C) falência de enxerto, falência múltipla de órgãos e infecção (não citomegalovírus (CMV)).
- (D) falência de enxerto, rejeição aguda e infecção (não CMV).

04

De acordo com os registros internacionais (*International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT*), as duas complicações mais prevalentes do transplante cardíaco, que podem ocorrer tardiamente, do 5º ao 10º ano após o transplante são

- (A) rejeição aguda e doença vascular do enxerto.
- (B) doença neoplásica e rejeição aguda.
- (C) doença neoplásica e falência de enxerto.
- (D) doença neoplásica e doença vascular do enxerto.

05

Em relação à história dos transplantes cardíacos, os primeiros transplantes realizados em seres humanos, com sucesso, no mundo e no Brasil, respectivamente, foram realizados pelos cirurgiões

- (A) Christiaan Barnard, na África do Sul e por Adib Jatene, no Brasil.
- (B) Norman Schumway, nos Estados Unidos e Ivo Nersalla, no Brasil.
- (C) Christiaan Barnard, na África do Sul e Euryclides Zerbini, no Brasil.
- (D) Norman Schumway, nos Estados Unidos e Euryclides Zerbini, no Brasil.

06

Em relação às técnicas cirúrgicas, a técnica mais comumente utilizada para o implante do enxerto, desde 2010, segundo os registros da UNOS / OPTN, é:

- (A) Técnica ortotópica biatrial - clássica (Técnica de Shumway).
- (B) Técnica ortotópica bicaval (uniatrial esquerda).
- (C) Técnica ortotópica bicavo – bipulmonar (Técnica de Dreyfus / Blanche).
- (D) Transplante ortotópico total (Técnica de Yacoub).

07

Podemos classificar as disfunções do enxerto cardíaco, segundo a mais recente classificação, como:

- (A) Disfunção global do enxerto.
- (B) Disfunção ventricular esquerda e disfunção ventricular direita.
- (C) Rejeição hiperaguda (ou humoral).
- (D) Disfunção do enxerto por má preservação miocárdica.

08

Em relação à disfunção de enxerto, após o transplante cardíaco, assinale a disfunção mais frequentemente observada.

- (A) Disfunção global do enxerto.
- (B) Disfunção ventricular direita (sem disfunção ventricular esquerda).
- (C) Rejeição hiperaguda (ou humoral).
- (D) Disfunção do enxerto por má preservação miocárdica.



09

Em relação à manutenção hemodinâmica dos doadores, os parâmetros alvo, que devemos objetivar, são

- (A) PVC acima de 12 mmHg com PAM acima de 85 mmHg.
- (B) PVC entre 4 e 6 com PAM acima de 85 mmHg.
- (C) PVC entre 6 e 10 mmHg com PAM acima de 60 mmHg.
- (D) Não são necessários ajustes na manutenção hemodinâmica.

10

Atualmente, no que se refere à preservação miocárdica, a maioria dos serviços de transplante, protege os corações com

- (A) solução sanguínea fria (hipotérmica e oxigenada), com padrão intracelular.
- (B) solução cristaloide fria, idealmente entre 6 e 8 °C, com padrão intracelular.
- (C) solução cristaloide fria, idealmente entre 12 e 18 °C, com padrão extracelular.
- (D) solução cristaloide fria, idealmente entre 6 e 8 °C com reperfusão a cada 20 minutos.

11

Em relação à técnica cirúrgica empregada durante a retirada do coração do doador, assinale a alternativa correta.

- (A) Inicia-se com o pinçamento da aorta ascendente e a infusão da cardioplegia.
- (B) Inicia-se com a secção da veia cava superior, seguida da artéria pulmonar e então, o pinçamento da aorta ascendente para infusão da cardioplegia.
- (C) Não há uma rotina estabelecida, ficando cada retirada condicionada às condições hemodinâmicas do doador, especialmente se houver instabilidade hemodinâmica.
- (D) Inicia-se pela descompressão das cavidades: câmaras direitas, câmaras esquerdas e em seguida o pinçamento da aorta ascendente para infusão da cardioplegia.

12

Em relação ao tempo de isquemia ao qual o coração pode ser submetido, idealmente, é correto afirmar:

- (A) Podemos aceitar corações que excedam o tempo máximo de isquemia recomendado, que é de 4 horas, apenas na população pediátrica (corações jovens).
- (B) Podemos aceitar corações com tempo máximo de isquemia de até 6 horas, sem risco de disfunção aguda do enxerto.
- (C) Podemos exceder o tempo máximo de isquemia recomendado, que é de 4 horas, com doadores com menos de 45 anos de idade.
- (D) Podemos aceitar corações com tempo de isquemia superior a 4 horas, mesmo em doadores com mais de 45 anos de idade.

13

Em relação à avaliação da rejeição no pós-transplante cardíaco, seu controle se faz com (padrão ouro)

- (A) ecocardiograma seriado.
- (B) cintilografia miocárdica.
- (C) biópsia endomiocárdicas do VD.
- (D) ressonância magnética do coração.

14

Em relação à avaliação da rejeição no pós-transplante cardíaco, assinale a classificação atualmente empregada.

- (A) Rejeição celular (aguda e crônica) e rejeição humoral (aguda e crônica).
- (B) Rejeição celular (graus 1R, 2R e 3R) e rejeição crônica.
- (C) Rejeição celular (graus 1R, 2R e 3R) e rejeição humoral (AMRO e AMR1).
- (D) Rejeição celular aguda e rejeição humoral (crônica).

15

Segundo consenso da ISHLT que normatiza os critérios para elegibilidade de um coração ofertado para transplante cardíaco, assinale a alternativa que apresenta o que deve ser considerado.

- (A) Devemos recusar corações oriundos de doadores com idade superior a 55 anos.
- (B) Podemos aceitar corações, oriundos de doadores com mais de 55 anos, desde que possuam ecocardiograma e cineangiocoronariografia dentro da normalidade.
- (C) Podemos aceitar corações que possuam espessura septal maior que 17 mm ao ecocardiograma.
- (D) Não devemos aceitar corações com fração de ejeção (FEVE) menor que 55% ao ecocardiograma.

16

Em relação ao consenso da ISHLT, sobre a aceitação de corações, podemos afirmar que, durante a manutenção do doador, devemos utilizar

- (A) albumina humana a 20% como forma ideal de ressuscitação volêmica.
- (B) vasopressina como droga de escolha (primeira linha) para a estabilização e manutenção pressórica dos doadores.
- (C) noradrenalina como droga de escolha (primeira linha) para a estabilização e manutenção pressórica dos doadores.
- (D) desmopressina (DDAVP) como droga de escolha (primeira linha) para estabilização e manutenção pressórica dos doadores.



17

Em relação ao uso de corações provenientes de doadores com infecções, segundo as diretrizes mais atuais, assinale a alternativa correta.

- (A) Não devemos utilizar corações oriundos de doadores com covid-19.
- (B) Não devemos utilizar corações oriundos de doadores com sorologia positiva para Chagas.
- (C) Não devemos utilizar corações oriundos de doadores com hepatite C.
- (D) Não devemos utilizar corações oriundos de doadores com hepatite B.

18

No Brasil, a legislação vigente determina que os doadores devam ser diagnosticados com morte encefálica, sendo sempre necessária a autorização dos familiares responsáveis pelo doador. Assinale a alternativa que apresenta o nome deste processo.

- (A) Doação presumida.
- (B) Doação consentida.
- (C) Doação sugerida.
- (D) Doação efetiva.

19

Em relação à doação de órgãos no Brasil, a maior causa de não efetivação das doações de órgãos é:

- (A) A recusa familiar quando consultada sobre a autorização para a doação de órgãos.
- (B) A dificuldade de se fazer o diagnóstico adequado de morte encefálica.
- (C) A dificuldade de se obter exames complementares para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica.
- (D) A dificuldade de comunicação entre as equipes transplantadoras e os hospitais.

20

Quando uma família decide pela não autorização em relação à doação de órgãos em um paciente com diagnóstico confirmado de morte encefálica, é correto afirmar:

- (A) As equipes transplantadoras podem tentar convencer as famílias sobre a doação.
- (B) As medidas de suporte artificiais podem ser suspensas, em comum acordo com os familiares (sempre desejável).
- (C) Os órgãos recusados para transplantes serão utilizados para pesquisa.
- (D) Deve-se manter as medidas artificiais de suporte de vida, pois os familiares podem mudar de opinião a favor da doação.

21

Em relação à atual classificação ITERMACS, utilizada para avaliar a indicação de dispositivos de assistência circulatória mecânica, é correto dizer que suas graduações se classificam:

- (A) Níveis de A a E (sendo o nível A o mais crítico e nível E o menos grave).
- (B) Níveis de I a IV (sendo o nível I o mais crítico e nível IV o menos grave).
- (C) Níveis de 1 a 7 (sendo o nível 1 o mais crítico e nível 7 o mais estável).
- (D) Níveis 1, 2 e 3 (sendo o nível 1 o mais crítico e nível 3 o menos grave – todos priorizados).

22

Em relação às principais diferenças que ocorrem entre os dispositivos de assistência circulatória mecânica (ACM) em série com os em paralelo, é correto afirmar:

- (A) Os dispositivos de assistência em série se caracterizam por possuírem cânulas de entrada e de saída para orientarem o fluxo sanguíneo.
- (B) Os dispositivos em série necessitam de um débito cardíaco mínimo para poder efetivamente sustentar a assistência, o que não é necessário para os em paralelo.
- (C) Os dispositivos de assistência em paralelo são dispositivos paracorpóreos, e em geral, de curta duração (conceito de ponte).
- (D) Os dispositivos de assistência em paralelo são aqueles caracterizados pelo fluxo contínuo axial e via de regra, são totalmente implantáveis.

23

Em relação aos fluxos sanguíneos e as principais diferenças que ocorrem entre os dispositivos de ACM em série com os em paralelo, é correto afirmar:

- (A) O dispositivo de fluxo contínuo axial é totalmente implantável e o de fluxo centrífugo é paracorpóreo (não implantável).
- (B) O dispositivo de fluxo contínuo axial (*heart mate II*) possui um fluxo sanguíneo unidirecional e o dispositivo de fluxo contínuo centrífugo (*heart mate III*) possui um fluxo bidirecional.
- (C) O dispositivo de fluxo contínuo axial possui um fluxo que obedece um vetor único (unidirecional) e o dispositivo de fluxo contínuo centrífugo obedece um fluxo perpendicular, com dois vetores (força centrífuga).
- (D) Em termos de fluxo sanguíneo, não há diferença entre ambos os dispositivos, sendo que o fluxo ocorre no sentido do átrio esquerdo diretamente para a aorta.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 24 E 25

ML, 41 anos, branco, masculino, procedente de Sorocaba-SP, portador de miocardiopatia (MCP) dilatada idiopática desde 2008, submetido ao tratamento cirúrgico da valva mitral em 2008 (plastia valvar), com terapia medicamentosa otimizada, interna em 06/2012 no PS InCor com dispneia ao repouso e sinais de baixo débito cardíaco acompanhado de hipervolemia. Na internação também se observa insuficiência renal aguda. Realizou ecocardiograma: AD: 26 mm, AE: 50 mm, VE: 71x63 mm, FEVE: 23%, VD com hipocinesia discreta (45x31 mm), TAPSE: 17 mm, insuficiência mitral importante e tricúspide discreta. Iniciada terapia inotrópica com dobutamina com melhora clínica e das disfunções orgânicas. Teste para avaliação da reatividade vascular pulmonar, a seguir:

Cate Direito e Reatividade Pulmonar									
CONDIÇÃO	PA	PAD	PSAP	PMAP	PDAP	PCP	DC	GTP	RVP
Dobutamina 5 mcg/kg/min	111 x 79 (86)	22	96	56	33	31	3,8	25	6,5
Dobutamina 5 mcg/kg/min + NPS 1,0 mcg/kg/min	105 x 52 (69)	15	59	49	40	27	5,1	22	4,3

24

Em relação ao caso clínico descrito, em função dos dados apresentados, é correto afirmar:

- (A) O paciente apresenta hipertensão pulmonar importante, pouco reversível no teste de reatividade pulmonar, sendo considerado caso de contraindicação absoluta.
- (B) O teste de reatividade pulmonar apresentado, não foi adequadamente realizado, pois poderia ter sido aumentada as doses dos medicamentos, até a queda da pressão arterial sistêmica.
- (C) O paciente pode ser considerado candidato ao transplante, desde que seja realizada a técnica clássica, preservando os átrios, para melhor função do enxerto cardíaco.
- (D) O paciente deve ser submetido ao implante de dispositivo de assistência circulatória mecânica (ACM), com posterior reavaliação de sua reatividade pulmonar (conceito de ponte para candidatura).

25

O melhor manejo inicial, para o paciente do caso clínico apresentado, é:

- (A) Internação em enfermaria e uso de diuréticos para reverter a hipervolemia, abaixando assim sua pressão pulmonar. Listagem em fila de transplante, em caráter de prioridade.
- (B) Manutenção em UTI, mantendo inotrópico e vasodilatador, passagem de balão intra-aórtico (BIA) e inclusão em fila de transplante em caráter de prioridade.
- (C) Indicado suporte com dispositivo de assistência circulatória mecânica (ACM), intracorpóreo, como ponte para candidatura, e posterior inclusão em fila de transplante, caso ocorra queda da pressão pulmonar em novo teste de reatividade pulmonar.
- (D) Manutenção em UTI, passagem de dispositivo de assistência circulatória mecânica (ACM), paracorpóreo, e indicação de transplante cardíaco heterotópico, em função da grave hipertensão pulmonar.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 26 A 28

JAL, 33 anos, masculino, grupo sanguíneo B(-), branco, natural e procedente da Bahia, foi diagnosticado com miocardiopatia (MCP) Chagásica há 6 meses, dá entrada no Pronto-Socorro com baixo débito cardíaco (IC descompensada perfil C) e sinais incipientes de choque cardiogênico. É portador de FA crônica em anticoagulação oral (ACO) e apresentou episódio de TVP em MIE. Na internação, fez ecocardiograma que mostrou FEVE: 20% AE: 53 mm, VE: 68x56 mm, PSAP: 60 mmHg, disfunção biventricular importante, com insuficiência mitral e tricúspides importantes.

26

Observando a realidade brasileira, a melhor estratégia para o paciente apresentado no caso clínico descrito, no que tange ao implante de dispositivo de assistência circulatória mecânica, como ponte para candidatura, assinale qual é a indicação correta.

- (A) Instalação de ECMO periférica imediatamente.
- (B) Passagem de balão intra - aórtico e listagem imediata para transplante em prioridade.
- (C) Implante de dispositivo tipo *heart mate II* e listagem para transplante em 1 semana.
- (D) Implante de dispositivo tipo *heart mate III* e listagem para transplante em 2 semanas.



27

Segundo a classificação INTERMACS, a melhor classificação para o caso clínico apresentado é:

- (A) INTERMACS 1 – 2.
- (B) INTERMACS 3 – 4.
- (C) INTERMACS 5 – 6.
- (D) INTERMACS 7.

28

Caso seja indicado o transplante para o caso clínico descrito, a manutenção ideal do doador para este paciente é:

- (A) Ter realizado, obrigatoriamente, o ecocardiograma para avaliar a função do coração.
- (B) Ser doador do sexo masculino, pois o do sexo feminino não seria compatível.
- (C) Estar sem drogas vasoativas, sem disfunção orgânica e sem infecção ativa (doador ideal).
- (D) Pode-se aceitar doadores com critérios expandidos (doadores limítrofes) em função da gravidade do caso.

29

Tomando por base os registros coletados e analisados no INTERMACS, em relação aos dispositivos de ACM, é correto afirmar:

- (A) Desde 2013, tem se observado aumento no número de implantes de dispositivos intracorpóreo de fluxo centrífugo, em comparação com os de fluxo axial.
- (B) Em 2017, observou-se que cerca de 40% dos implantes dos dispositivos de fluxo contínuo axial, tinham como estratégia o suporte como ponte para o transplante cardíaco.
- (C) Em 2017, observou-se que 49% dos implantes dos dispositivos de fluxo contínuo axial ou centrífugo, tinham como estratégia a ponte para transplante cardíaco.
- (D) A principal complicação observada, no período de 1 a 3 meses, após o implante dos dispositivos de fluxo contínuo, foi o AVC (isquêmico ou hemorrágico), sendo esta a principal causa de óbito.

30

Em relação aos modelos dos dispositivos disponíveis, e seus respectivos fluxos sanguíneos, assinale a alternativa correta.

- (A) O dispositivo modelo *rotaflow* é um exemplo de dispositivo de fluxo pulsátil.
- (B) O dispositivo modelo *heart mate II* é um exemplo de fluxo contínuo axial.
- (C) O dispositivo modelo *Berlim Heart INCOR* é um exemplo de fluxo centrífugo.
- (D) O dispositivo modelo *centrimag* é considerado de fluxo pulsátil.



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1

1/100

