

F14

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Transplante de Pulmão

Cirurgia Torácica



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

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 F14**. 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: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **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 **40** 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

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<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 Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória GGT - Gamaglutamiltransferase Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal IST – Infecção Sexualmente Transmissível 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 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 Temp. – Temperatura axilar TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase 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 VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 a 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 a 99 mg/dL Lactato = 5 a 15 mg/dL Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 135 a 145 mEq/L TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular) Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1% 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 Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (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 ou µL 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>Doppler de artéria: Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99 Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</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>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ Lactato = até 20 mg/dL Proteína = até 40 mg/dL Líquido pleural ADA = até 40 U/L Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

01

Quais os fatores utilizados nas fórmulas de Mason e Ouwens para o cálculo da Capacidade Pulmonar Total (CPT) na adequação entre o tamanho do órgão do receptor e o doador?

- (A) Sexo, altura e peso.
- (B) IMC, sexo, idade.
- (C) Perímetro torácico, peso e altura.
- (D) Sexo, peso, altura e idade.

02

Sobre as diferenças entre as formas de assistência mecânica CEC (Circulação Extracorpórea) e ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea), pode-se afirmar:

- (A) ECMO deve ser escolhida em procedimentos que necessitem de cardioplegia.
- (B) A heparinização presente no circuito da CEC permite a utilização de menores doses de heparina sistêmica, sendo esta, uma das vantagens da CEC em relação à ECMO.
- (C) ECMO é considerado um sistema de assistência mecânica fechado, enquanto que a CEC é considerada um sistema aberto.
- (D) A ECMO sempre fornece assistência hemodinâmica e ventilatória.

03

Em relação a correta acomodação dos pulmões para o transporte de forma tradicional em *cooler* de gelo, é correto afirmar que os pulmões devem ser acomodados em

- (A) saco estéril com soro fisiológico gelado dentro de saco com soro fisiológico congelado e protegidos externamente por saco estéril seco.
- (B) saco estéril seco dentro de saco com soro fisiológico gelado, e dentro de saco estéril com soro fisiológico congelado.
- (C) saco estéril com soro fisiológico gelado e acomodados em *cooler* com gelo.
- (D) saco estéril com soro fisiológico gelado e com gelo dentro de saco estéril seco.

04

Pela legislação brasileira vigente, a única indicação para priorização em lista de espera para transplante pulmonar é:

- (A) Paciente com intubação orotraqueal e em ventilação mecânica.
- (B) Paciente em uso de assistência circulatória extracorpórea (ECMO).
- (C) Paciente com disfunção severa do enxerto em até 30 dias após transplante.
- (D) Paciente com instabilidade hemodinâmica e necessidade de uso de droga vasoativa.

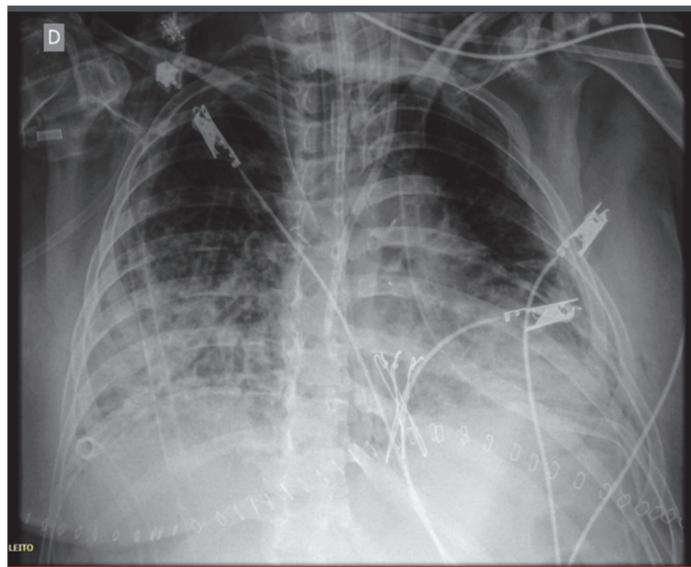
05

São indicações para realização de transplante pulmonar bilateral, obrigatoriamente todas as situações apresentadas a seguir, EXCETO:

- (A) Hipertensão arterial pulmonar.
- (B) Linfangioleiomiomatose pulmonar.
- (C) Síndrome de Kartagener.
- (D) Mucoviscidose.

06

Paciente de 24 anos de idade, do sexo feminino, em 3º dia pós-operatório do transplante pulmonar, em ventilação mecânica em modo volume controlado a 6 mL/kg/peso, com FiO₂ de 100%, PEEP 6, apresenta gasometria arterial com pH de 7,30, pCO₂ de 42, pO₂ de 150, HCO₃⁻ de 20. A radiografia de tórax é apresentada a seguir:



Conforme a classificação ISHLT de 2016 de Disfunção Primária do Enxerto (PGD), qual a classificação da paciente apresentada no caso?

- (A) PGD grau 0.
- (B) PGD grau 1.
- (C) PGD grau 2.
- (D) PGD grau 3.

07

Qual a sequência habitual de anastomoses das estruturas hilares durante o transplante pulmonar?

- (A) Artéria, brônquio e veia.
- (B) Veia, artéria e brônquio.
- (C) Brônquio, artéria e veia.
- (D) Veia, brônquio e artéria.

08

A imunossupressão é parte importante do manejo dos pacientes do transplante pulmonar. Sobre a indução anestésica do transplante pulmonar, é correto afirmar:

- (A) Durante a indução e até o término do transplante pulmonar, não deve ser realizado imunossupressor sob risco de choque séptico.
- (B) A imunossupressão de indução de escolha é realizada com hidrocortisona apenas.
- (C) A imunossupressão de indução é realizada somente após o término das anastomoses vasculares antes da reperfusão.
- (D) A imunossupressão de indução de escolha é realizada com metilprednisolona e basiliximab.

09

Paciente de 32 anos de idade, do sexo masculino, no segundo dia de pós-operatório de transplante pulmonar bilateral por fibrose cística, evoluiu com disfunção primária do enxerto grave com necessidade de canulação de ECMO veno-venosa (VV). Durante o manejo do paciente em ECMO-VV, apresenta as seguintes gasometrias e radiografia de tórax:

Gasometria Arterial: pH 7,21, pCO₂ 64, pO₂ 70 Sat 80%.
 Gasometria Venosa: pH 7,24, pCO₂ 50 pO₂ 190 Sat 90%
 Gasometria Pós-membrana: pH 7,26 pCO₂ 48 pO₂ 220, Sat O₂ 98%.
 Radiografia com cânulas próximas, distando 4 cm.

Considerando o caso relatado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para melhorar o padrão gasométrico do paciente.

- (A) Aumentar as rotações por minuto e o fluxo da ECMO.
- (B) Aumentar a FIO₂ e a frequência respiratória da ventilação mecânica.
- (C) Tracionar e refixar as cânulas de ECMO devido à recirculação.
- (D) Decanular de ECMO, visto que o paciente não apresentou benefício com a terapia instituída.

10

Sobre a perfusão da solução de preservação durante a captação pulmonar, é correto afirmar:

- (A) Para melhor distribuição da solução após o início da perfusão deve-se injetar prostaglandina E1 no tronco da artéria pulmonar.
- (B) A solução Euro-Collins é atualmente recomendada para a perfusão pulmonar pela ISHLT, entretanto, não é disponível no Brasil.
- (C) A perfusão retrógrada só deve ser realizada quando a perfusão anterógrada não for considerada adequada.
- (D) O perfadex é uma solução com baixa concentração de potássio e alta concentração de sódio.

11

João, residente do setor de transplante pulmonar, recebeu um telefonema às 3h da madrugada com a oferta referente ao seguinte doador: sexo masculino, 18 anos de idade, vítima de trauma cranioencefálico, 12 dias de intubação orotraqueal, relação P/F = 310, com radiografia apresentando infiltrado bibasal e com histórico de tabagismo com carga tabágica de 5 anos-maço. Ao avaliar a qualidade dos pulmões do doador para o transplante pulmonar, João estaria correto em afirmar:

- (A) Trata-se de um doador ideal.
- (B) Trata-se de um doador com apenas um critério de doador marginal.
- (C) Trata-se de um doador com dois critérios de doador marginal.
- (D) Presença de tabagismo, independente da carga tabágica, é um critério de doador marginal.

12

O transplante pulmonar corresponde a última linha de terapia para pacientes com doença pulmonar terminal. Entretanto, nem todos os pacientes são candidatos ao transplante pulmonar. Em relação às suas contraindicações, é correto afirmar:

- (A) Tuberculose ativa é uma contraindicação formal ao transplante pulmonar.
- (B) Qualquer história de neoplasia é considerada contraindicação.
- (C) Pacientes HIV+ não são candidatos ao transplante, independentemente da carga viral e contagem de CD4.
- (D) Pacientes com história de dependência a substâncias químicas, independentemente do tempo de abstenção, não podem receber transplante de pulmão.

13

A realização de transplante unilateral é uma das formas de otimizar o aproveitamento do *pool* de doadores e diminuir o tempo de lista dos receptores. Entretanto, nem todos os pacientes que aguardam o transplante pulmonar são candidatos a um transplante unilateral. Nesse sentido, são contraindicações para o transplante unilateral (em relação ao receptor):

- (A) Pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica com menos de 60 anos.
- (B) Pacientes portadores de doenças restritivas, como a fibrose pulmonar idiopática, com menos de 60 anos.
- (C) Pacientes com diagnóstico de bronquiectasias não-fibrose cística
- (D) Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica com menos de 65 anos.

14

Devem, obrigatoriamente, receber transplante pulmonar bilateral os seguintes grupos de indicações de transplante:

- (A) Doenças obstrutivas e restritivas.
- (B) Doenças supurativas e vasculares.
- (C) Doenças supurativas e obstrutivas.
- (D) Doenças vasculares e obstrutivas.

15

São indicações do uso ECMO durante o transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Dificuldade técnica.
- (B) Crise de hipertensão pulmonar.
- (C) Hipoxemia refratária.
- (D) Choque hemorrágico para reposição rápida de hemoderivados.

16

Em relação aos tratamentos cirúrgicos do enfisema pulmonar, é correto afirmar:

- (A) A cirurgia redutora de volume bilateral é uma opção cirúrgica que aumenta a qualidade de vida do paciente e pode ser utilizada como procedimento ponte para o transplante pulmonar.
- (B) O implante de válvulas endobrônquicas unidirecionais é uma opção terapêutica viável. Um preditor de boa resposta ao tratamento é a presença de fissura pulmonar incompleta.
- (C) O implante de válvulas endobrônquicas é fácil e seguro, sendo pouco frequente o relato de migração dos dispositivos.
- (D) As válvulas endobrônquicas podem ser indicadas para a maioria dos pacientes com enfisema pulmonar sem necessidade de preencher critérios rigorosos de seleção dos pacientes.

17

Em relação ao câncer de pulmão, é correto afirmar:

- (A) A presença de adenocarcinoma EGFR mutado é mais frequente em homens, asiáticos e não tabagistas.
- (B) A segmentectomia anatômica, independentemente do tamanho do tumor, é oncológicamente comparável à lobectomia pulmonar, desde que respeitada a margem de ressecção de 2 cm ou equivalente a 2 vezes o tamanho do tumor.
- (C) Pacientes com achado de lesões com atenuação em vidro fosco puro quando menor que dois centímetros não precisam ser acompanhadas em pacientes não tabagistas.
- (D) A linfadenectomia no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão é importante no estadiamento final do paciente e pode ser determinante na definição do tratamento oncológico.

18

Sobre o estadiamento do câncer de pulmão, é correto afirmar:

- (A) O estadiamento invasivo está indicado em todos os pacientes com tumores centrais ou maiores do que 2 centímetros.
- (B) A biópsia transbrônquica por agulha fina pelo ultrassom endoscópico (EBUS-TBNA) é considerado um método não invasivo de estadiamento.
- (C) O estadiamento invasivo do mediastino deve ser realizado em paciente com lesões maiores que 3 centímetros e/ou centrais, mesmo que o PET-CT não tenha demonstrado captação mediastinal.
- (D) A mediastinoscopia é considerada superior ao EBUS-TBNA no estadiamento invasivo de todas as cadeias mediastinais.

19

Paciente, do sexo feminino, em pós-operatório tardio de transplante pulmonar bilateral por DPOC, comparece à consulta de retorno de três meses apresentando hiperemia de ferida operatória, dor e calor local. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) O tratamento deve ser realizado com antibioticoterapia e ajuste de imunossupressores e o tratamento cirúrgico não é necessário.
- (B) O tratamento deve ser multimodal, incluindo antibioticoterapia guiado por culturas, ajuste de imunossupressores, retirada cirúrgica de fios de aço e desbridamento cirúrgico.
- (C) A confirmação diagnóstica dispensa biópsia óssea.
- (D) A retirada dos fios de osteossíntese não é necessária.

20

Em relação a captação de órgãos em doadores com tumores de sistema nervoso central, qual tipo histológico contraindica o transplante pulmonar?

- (A) Meningioma.
- (B) Hemangioblastoma.
- (C) Meduloblastoma.
- (D) Ependimoma.

21

Sobre a Disfunção Primária do Enxerto (PGD), é INCORRETO afirmar:

- (A) É graduada conforme a gasometria e a tomografia de tórax.
- (B) PGD e CLAD (disfunção crônica do enxerto) são entidades distintas.
- (C) Corresponde a principal causa de óbito em até 30 dias após o transplante.
- (D) ECMO pode ser considerado no tratamento de PGD grau 3.

22

Configura contraindicações absolutas ao transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Neoplasia de órgão sólido em tratamento.
- (B) Obesidade grau III.
- (C) Má aderência atual ao tratamento.
- (D) Idade maior que 65 anos.

23

Todo paciente deve preencher alguns critérios para ser considerado apto para o transplante pulmonar, independentemente da doença de base. Assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Alto risco de morte (> 50%) por doença pulmonar em dois anos caso o transplante não seja realizado.
- (B) Obesidade grau III. Alta probabilidade de sobrevida (> 80%) em 90 dias após o transplante.
- (C) Alta probabilidade de sobrevida (> 80%) após 5 anos de transplante, considerando uma boa função do enxerto.
- (D) Alto risco de morte (> 50%) por doença pulmonar em cinco anos caso o transplante não seja realizado.

24

Assinale a alternativa que NÃO é um motivo para recusa do pulmão durante a avaliação intraoperatória do doador (captação).

- (A) Trauma severo não observado nos exames de imagem prévios.
- (B) Inabilidade de recrutamento alveolar.
- (C) Relação PaO₂/FiO₂ baixa no intraoperatório.
- (D) Presença de aderências frouxas.

25

No primeiro ano de transplante pulmonar, são complicações clínicas comuns, EXCETO:

- (A) Disfunção primária de enxerto.
- (B) Síndrome da bronquiolite obliterante.
- (C) Infecção por citomegalovírus.
- (D) Rejeição celular aguda.

26

São fatores de risco para desenvolvimento de disfunção crônica de enxerto, EXCETO:

- (A) Disfunção primária de enxerto.
- (B) Síndrome do refluxo gastroesofágico.
- (C) Episódios de rejeição celular aguda.
- (D) Infecção prévia por vírus Epstein-Barr (EBV).

27

A ECMO não é uma terapia isenta de riscos. Qual das alternativas é verdadeira sobre os riscos inerentes ao uso de ECMO?

- (A) As principais complicações incluem hemorragia, complicações com o sítio de inserção das cânulas, insuficiência renal, complicações neurológicas e sepse.
- (B) ECMO veno-venosa tem maior índice de complicações que ECMO veno-arterial.
- (C) Canulação femoral é um impeditivo para ECMO em paciente acordado (*awake*).
- (D) ECMO em paciente acordado (*awake*) apresenta maior risco de complicações como infecção.

28

Ao planejar um transplante pulmonar, alguns fatores relacionados ao paciente devem ser levados em consideração, pois podem predizer a necessidade de ECMO intraoperatória. Qual das alternativas não é um fator relacionado ao paciente que sugere a necessidade de ECMO intra-operatória?

- (A) Hipertensão pulmonar.
- (B) Hipoxemia ou hipercapnia.
- (C) Transplante pediátrico.
- (D) Transplante lobar.

29

Assinale a alternativa que contém APENAS complicações relacionadas ao enxerto.

- (A) Deiscência da anastomose, necrose, estenose da anastomose brônquica e torção pulmonar.
- (B) Deiscência da anastomose, paralisia diafragmática por lesão do nervo frênico, estenose da anastomose brônquica e torção pulmonar.
- (C) Deiscência da anastomose, necrose, estenose da anastomose brônquica e gastroparesia.
- (D) Deiscência da anastomose, necrose, insuficiência renal aguda e torção pulmonar.

30

Assinale a alternativa que NÃO apresenta um tratamento possível das complicações brônquicas.

- (A) A deiscência da anastomose brônquica pode ser tratada de forma conservadora na ausência de escape aéreo pelo dreno de tórax.
- (B) O uso de endopróteses metálicas deve ser avaliado em casos de deiscência de anastomose brônquica.
- (C) A técnica adotada no tratamento cirúrgico de estenose de da anastomose brônquica é a telescopagem.
- (D) O tratamento inicial da estenose da anastomose brônquica é a dilatação com balão hidrostático.

31

A respeito da Disfunção Crônica do Enxerto (CLAD), assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A síndrome da Bronquiolite Obliterante (BOS) é caracterizada por redução progressiva da VEF1 basal > 20% sem outra causa e prova de função pulmonar com padrão obstrutivo.
- (B) O tratamento é baseado no ajuste da imunossupressão, controles dos fatores de risco e, a depender do caso, considerar o retransplante.
- (C) Os diagnósticos diferenciais que devem ser excluídos sempre são a estenose brônquica e as infecções.
- (D) ECMO pode ser utilizada como tratamento da CLAD.

32

Paciente de 22 anos de idade, do sexo masculino, com história de infecções respiratórias de repetição desde a infância. No nascimento, apresentou íleo meconial. Desde os 7 anos de idade com necessidade de internações hospitalares por exacerbação infecciosa pulmonar. Aos 14 anos de idade, começou a ficar irritado, agressivo, parou de usar as medicações para a doença de base e começou a fumar esporadicamente e usar drogas ilícitas. Aos 16 anos de idade, apresentou nova exacerbação infecciosa, com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, com uso de ventilação não-invasiva. Pelo histórico, foram colhidas sorologias com Anti-HBc, HBsAg, Anti-HBe positivos, desde então em uso de lamivudina. Sorologias para HIV e hepatite C negativas. Há 6 meses, nova internação hospitalar, agora com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Recebeu alta hospitalar com prescrição de oxigenioterapia suplementar por 24 horas/dia.

Teste de sódio/cloro no suor: acima de 80 mEq/L
 PFP: FVC: 68% predito FEV 27% predito FEV1/FVC 0,42 CPT 92% predito
 VR 230% predito
 DCO: 51% predito
 CT tórax com presença de bronquiectasias cilíndricas difusas, algumas repletas de secreção, presença de áreas de repesamento aéreo.
 Sem evidência histológica de atividade hepática do vírus da Hepatite B.
 ECO: FEVE: 0,61 delta D: 38% PSAP: 29 mmHg
 TC6M: 280 m
 EF: SO2: 94% com CN O2 a 2 L/min, IMC: 15,8 kg/m²
 MV+ bilateralmente, com ronos difusos mobilizáveis com a tosse.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor resposta para contraindicações presentes no caso descrito.

- (A) Antecedente de intubação orotraqueal e baixo peso.
- (B) Presença de hepatite B tratada e tabagismo.
- (C) Tabagismo e antecedente de intubação orotraqueal.
- (D) Drogadição e baixo peso.

33

Qual das alternativas NÃO é um fator de risco para Disfunção Primária do Enxerto (PGD)?

- (A) Uso de CEC no intraoperatório.
- (B) Infecção viral.
- (C) Fibrose pulmonar idiopática.
- (D) Hipertensão pulmonar.

34

Em relação às situações a seguir, pode-se indicar transplante pulmonar unilateral ou bilateral, EXCETO para:

- (A) Hemangiomasose capilar pulmonar.
- (B) Enfisema pulmonar por deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (C) Fibrose pulmonar.
- (D) Microlitíase pulmonar.

35

São contraindicações para transplante pulmonar todas as situações apresentadas a seguir, EXCETO:

- (A) Clearance de creatinina de 60 mL/min.
- (B) Ecocardiograma com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 40%.
- (C) Cateterismo cardíaco com lesão triarterial sem indicação de angioplastia.
- (D) Ultrassonografia abdominal mostrando cirrose hepática avançada.

36

São indicações para realização de transplante cardiopulmonar, EXCETO:

- (A) Paciente com cardiopatia congênita e hipertensão pulmonar grave.
- (B) Paciente com miocardiopatia isquêmica passível de angioplastia e hipertensão pulmonar grave.
- (C) Paciente com miocardiopatia isquêmica cirúrgica e hipertensão pulmonar grave.
- (D) Paciente com hipertensão pulmonar grave e disfunção severa de ventrículo direito.

37

As situações apresentadas a seguir são contraindicações para transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Índice de massa corpórea de 35 kg/m².
- (B) Índice de massa corpórea de 18 kg/m².
- (C) Osteoporose sintomática com sinais de fratura de vértebra.
- (D) Diabetes melito com dificuldade de controle glicêmico.

38

O *Back Table* é uma parte essencial para o preparo do enxerto. Qual alternativa corresponde a um ato essencial que deve ocorrer no *Back Table*?

- (A) Coleta de secreção brônquica do pulmão do doador.
- (B) Biópsia pulmonar.
- (C) Ressecção do pericárdio posterior.
- (D) Lavagem pulmonar.

39

O acesso à cavidade torácica pode ser feito de diversas formas. Para um transplante pulmonar bilateral, é importante termos um controle de toda cavidade torácica de forma rápida e segura. Assinale a alternativa que apresenta a incisão cirúrgica que permite ao cirurgião um acesso adequado com ampla exposição de todas as estruturas torácicas.

- (A) Toracotomia póstero-lateral.
- (B) Esternotomia mediana.
- (C) Toracotomia anterior.
- (D) Bitoracotomia transesternal com esternotomia transversa.

40

Em relação à avaliação multiprofissional para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar, é correto afirmar:

- (A) O IMC Igual a 28 kg/m² é contraindicação absoluta em todas as doenças de base.
- (B) Paciente com condição socioeconômica favorável não necessita de cuidador.
- (C) Paciente com teste de caminhada de seis minutos inferior a 180 m possui elevada mortalidade no perioperatório.
- (D) Paciente com alto grau de escolaridade dispensa necessidade de avaliação social e psicológica do cuidador.

