

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2020, DE 3 DE OUTUBRO DE 2019.

PROGRAMAS – GRUPO 003	Data e horário da prova:
Cirurgia do Aparelho Digestivo (504), Cirurgia Pediátrica (505), Cirurgia Plástica (506), Cirurgia Torácica (507), Cirurgia Vascul ar (508), Coloproctologia (509), Urologia (517) e Cirurgia do Trauma (602).	Domingo, 1º/12/2019, às 14 h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens – cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere –; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Ó beleza! Onde está tua verdade?

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização



CIRURGIA GERAL

Itens de 1 a 120

Uma paciente de 36 anos de idade, com sobrepeso, vai à consulta com relato de febre, dor abdominal em hipocôndrio direito e olhos amarelados há dois dias. Refere episódios prévios de dor abdominal, localizados em hipocôndrio direito, que pioravam após alimentação copiosa. Há cerca de quatro meses, tentou iniciar mudança de hábitos diários e houve redução da frequência das crises de dor. Na admissão, apresenta FC = 108 bpm, PA = 96 mmHg x 60 mmHg, FR = 32 irpm, SpO2 = 99% em ar ambiente, com dor em hipocôndrio e flanco direitos, sem sinais de peritonite.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Os achados clínicos da anamnese e do exame físico são sugestivos de colecistite aguda.
2. A migração e impaction de cálculos biliares é a principal explicação para o quadro atual da paciente.
3. A ultrassonografia de abdome é exame diagnóstico nesse caso, podendo encontrar dilatação de vias biliares e imagens hiperecogênicas com reforço acústico posterior no interior da vesícula, sugestivas de cálculos.
4. O início de antibióticos na primeira hora após a chegada da paciente faz parte da abordagem da sepse e deve preceder a coleta de hemoculturas.
5. Está indicada colecistectomia semieletiva, a ser realizada preferencialmente após desobstrução das vias biliares e estabilização clínica.
6. A drenagem cirúrgica da via biliar é necessária nesse caso, se as vias percutânea ou endoscópica não estiverem disponíveis.
7. A drenagem percutânea transepática é o meio preferencial de desobstrução das vias biliares nesse caso.

Uma paciente de 40 anos de idade, vítima de atropelamento, é levada por ambulância ao hospital, onde é dirigida à sala de trauma. Segue-se a avaliação inicial:

A: vias aéreas pervias, com colar cervical.

B: taquipneica, com leve desconforto respiratório, ausculta pulmonar simétrica, SpO2 = 97% com cateter de O2.

C: sem sangramentos ativos, FC = 122 bpm, PA = 80 mmHg x 58 mmHg. Abdome distendido e doloroso. Dor à palpação do quadril à direita.

D: Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E: membro inferior direito encurtado e com rotação lateral.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

8. A sistematização do atendimento ao paciente vítima de trauma melhora o prognóstico desses pacientes.
9. A taquidispneia e o desconforto respiratório sugerem necessidade de drenagem de tórax.
10. A paciente deu entrada com choque hemodinâmico grau III.
11. A reposição volêmica com solução colóide e sangue é uma prioridade do atendimento a essa paciente.
12. Essa paciente se beneficiaria da realização de um FAST, cujas janelas de avaliação são pericárdica, espleno-renal, hepatorenal e suprapúbica.

13. Considerando que a hipotensão e a taquicardia persistam após a reanimação volêmica, a tomografia de abdome deve ser feita para avaliar presença de lesões que necessitem de tratamento cirúrgico.
14. Os achados descritos no membro inferior sugerem fratura isquiática à direita.

Um paciente de 42 anos de idade, vítima de agressão, foi levado ao pronto-socorro desacordado. Após realização das medidas de atendimento inicial ao politrauma, foi constatado trauma cranioencefálico isolado. Clinicamente, o paciente não tem abertura ocular, pupilas estão anisocóricas, não tem resposta verbal e apresenta postura de decorticação quando realizado estímulo doloroso. Está em uso de drogas vasoativas, tendendo à bradicardia. Foi realizada tomografia de crânio, que revelou extenso hematoma em formato biconvexo na região parietal direita, além de hemorragia intraparenquimatosa, com desvio de linha média e apagamento dos sulcos.

Com relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

15. Esse paciente pontua 5 pontos na escala de coma de Glasgow, caracterizando trauma cranioencefálico grave.
16. O hematoma intracraniano descrito é do tipo subdural.
17. Deve-se tomar com urgência medidas cirúrgicas para controle da hipertensão intracraniana.
18. Sedoanalgesia, ajuste de distúrbios eletrolíticos e da glicemia, além de manutenção de oxigenação adequada, são medidas de neuroproteção fundamentais para esse paciente.
19. Os dados descritos no caso justificam considerar que o paciente tem diagnóstico de morte encefálica.
20. O uso de drogas vasoativas inviabiliza que o paciente seja doador de órgãos caso evolua com morte encefálica.
21. A compatibilidade necessária entre doador e receptor para realização de transplante hepático é do tipo ABO.

Área livre

Um paciente de 67 anos de idade, hipertenso e diabético com controle adequado dessas comorbidades, queixa-se de aumento do volume na região inguinal e escrotal à direita, notado há cerca de cinco anos. Refere que a “bola da virilha” aumenta sempre que ele faz atividades físicas e que já ficou “presa” duas vezes, mas que melhorou espontaneamente. No exame físico, nota-se abaulamento na polpa digital quando se realiza palpação do canal inguinal.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

22. As características do exame físico do primeiro paciente sugerem hérnia inguinal direta.
23. Para o paciente, está indicado tratamento cirúrgico, e a técnica preconizada é ligadura alta do saco herniário.
24. Para o tratamento do paciente, é correto adotar técnicas videolaparoscópicas (TAPP e TEP), que preconizam a colocação de uma tela em posição pré-peritoneal para o tratamento da hérnia.
25. Na classificação de risco anestésico, o paciente é considerado ASA III.

Um paciente de 4 anos de idade, com antecedente de prematuridade, sem outras doenças no momento, levado pela mãe com queixa de abaulamento inguinal à direita notado há duas semanas quando a criança tossiu. Ao exame físico, não se identificou alargamento do anel inguinal.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

26. A hérnia do paciente pode ser classificada como Nyhus II.
27. A hérnia indireta é a mais provável no paciente, em razão da respectiva origem na persistência do conduto peritônio-vaginal.
28. O princípio da técnica de Lichtenstein é a colocação de uma tela de polipropileno para reduzir a tensão aplicada às estruturas anatômicas e reduzir o risco de recidiva da hérnia.
29. O nervo ilioinguinal e o ramo genital do nervo genitofemoral passam imediatamente acima do canal inguinal e devem ser preservados durante a correção cirúrgica das hérnias dessa região.

Um paciente de 55 anos de idade dá entrada na sala de emergência com rebaixamento de consciência após quadro severo de hematemese. A acompanhante refere que o paciente é etilista e vinha apresentando evacuações fétidas e escuras há cerca de uma semana. Ao exame físico, está sonolento, mas respondendo ao chamado, FC = 135 bpm, FR = 40 irpm, PA = 74 mmHg x 50 mmHg, SpO₂ = 92%. Hipocorado, ictérico ++/4+, com edema de membros inferiores e hiperemia das palmas. Abdome globoso, com fígado endurecido e notável circulação colateral periumbilical.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

30. A realização de endoscopia digestiva alta deve preceder a estabilização hemodinâmica, dado o respectivo potencial de resolução da causa do sangramento.
31. A reposição volêmica com solução cristalóide e sangue deve ser realizada, bem como introdução de inibidor de bomba de prótons e octreotida.

32. Considerando-se os achados clínicos do paciente, o mais provável é que a causa do sangramento seja a presença de varizes esofágicas.
33. Se esse paciente evoluir com hemorragia maciça, sem condições de tratamento endoscópico, é correto indicar a passagem de balão de Sengstaken-Blakemore para promover hemostasia definitiva das lesões.
34. Após a resolução do quadro agudo, recomenda-se que esse paciente realize ultrassonografia de abdome para pesquisa de nódulo hepático, em razão do risco aumentado de carcinoma hepatocelular.
35. O achado de lesão nodular no parênquima hepático com realce homogêneo e cicatriz central na fase arterial da tomografia de abdome com contraste realizada por esse paciente sugere o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
36. A classificação de Child é usada para definir o prognóstico de doentes com hepatopatia e leva em consideração a bilirrubina, o INR e a creatinina.
37. Passado o episódio agudo, deve-se considerar a introdução de beta-bloqueador não seletivo para o paciente, a fim de evitar-se novos eventos hemorrágicos.

Uma paciente de 47 anos de idade, com antecedentes de miocardiopatia dilatada e de salpingooforectomia direita há 20 anos por gestação ectópica rota, vai ao pronto-socorro com queixa de dor e distensão abdominal há três dias, progressivamente pior, associadas a vômitos e parada da eliminação de gases e fezes. Nega febre. Apresenta FC = 120 bpm, FR = 37 irpm, SpO₂ = 95% em ar ambiente, PA = 118 mmHg x 70 mmHg, abdome distendido, globoso, difusamente doloroso mas sem sinais de peritonite, com peristalse aumentada e hipertimpanismo à percussão. Radiografia com sinal de empilhamento de moedas mais localizado em flanco e fossa ilíaca direita, com nível hidroaéreo.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

38. O diagnóstico sintromico mais provável é de abdome agudo vascular.
39. O sinal de Murphy positivo é característico da principal suspeita diagnóstica dessa paciente.
40. O tratamento clínico com jejum e sonda gástrica aberta pode ser instituído por período de 48-72 horas antes de indicar-se abordagem cirúrgica.
41. O sinal radiológico descrito é sugestivo de alteração patológica no nível do cólon.
42. O atraso no diagnóstico e no tratamento podem aumentar o potencial de complicação com necrose e perfuração intestinal.

Área livre

Um paciente de 39 anos de idade chega ao consultório referindo dor abdominal em flanco esquerdo há três dias, associada a picos subfebris de até 37,6 °C. No dia anterior, houve piora da dor, e o paciente apresentou temperatura axilar de 38,2 °C. Refere inapetência, náuseas e última evacuação há dois dias. Nega episódios semelhantes previamente. Ao exame, regular estado geral, fâscias de dor, febril, FC = 92 bpm, PA = 120 mmHg x 76 mmHg, SpO₂ = 98% em ar ambiente. Abdome pouco distendido, ruídos audíveis, dor à palpação profunda de fossa ilíaca e flanco esquerdos, com descompressão brusca positiva. Considerando-se a hipótese de diverticulite aguda, o paciente foi internado.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

43. A realização de colonoscopia está indicada para esclarecer diagnóstico e auxiliar na definição da conduta.
44. Dadas as características clínicas, esse paciente provavelmente apresenta uma diverticulite aguda Hinchey I.
45. A apresentação da diverticulite com obstrução intestinal baixa pode ser confundida com carcinoma de cólon, e o diagnóstico muitas vezes só é diferenciado após abordagem cirúrgica e (ou) estudo anatomopatológico.
46. Para esse paciente, já se indica abordagem cirúrgica semieletiva, dada a alta taxa de recidiva.
47. Nos casos de doença classificada como Hinchey III, a drenagem percutânea é uma alternativa que reduz morbidade e mortalidade em comparação com a drenagem aberta.
48. A suplementação de fibras na dieta pode prevenir a recorrência da doença em mais de 70% dos casos.

Um paciente Paciente de 45 anos de idade, hipertenso, vai ao pronto-socorro com queixa de dor epigástrica há dois dias, com piora há algumas horas, em caráter de facada e com irradiação para dorso. Apresenta náuseas, vômitos e cefaleia, mas nega febre. Refere melhora parcial da dor quando adota a posição genitopeitoral.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

49. A maioria dos casos dessa doença tem etiologia biliar ou alcoólica.
50. A presença de icterícia nesse paciente definiria etiologia biliar, descartando outras possibilidades.
51. A amilase, nesses casos, tem valor diagnóstico bastante específico, além de auxiliar na definição do prognóstico do paciente.
52. A avaliação inicial com tomografia de abdome está sempre indicada nesses casos a fim de descartar diagnósticos diferenciais.
53. Os critérios de Ranson incluem avaliação clínica e laboratorial no momento da admissão e 48 horas depois.
54. O escore de Balthazar tem base na presença de necrose e edema ou coleções para inferir a gravidade do quadro clínico.
55. Manutenção de dieta oral leve e analgesia são pilares do tratamento inicial dessa doença.

Uma paciente de 19 anos de idade, em uso de imunossupressor para controle de doença reumatológica, apresentou queixa de tosse, secreção espessa e febre há seis dias. Diagnosticada com pneumonia, iniciou tratamento antibiótico por via oral, mas apresentou piora com dispneia e dor em hemitórax direito há dois dias. Retornou ao pronto-socorro, onde realizou raio X de tórax que identificou derrame pleural à direita. Foi realizada toracocentese, com os seguintes achados no líquido: aspecto citrino, pH = 7,15 / proteínas = 3,2 (proteína sérica = 4,3) / LDH = 330 (LDH sérico = 160) / GRAM negativo / cultura em andamento.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

56. De acordo com os critérios de Light, o paciente apresenta um transudato.
57. Mesmo que a cultura do líquido pleural seja negativa, não é correto excluir a possibilidade de um empiema.
58. A evolução do empiema se divide em três fases: aguda, fibrinopurulenta e crônica, e a paciente em questão está na primeira destas.
59. Está indicada drenagem de tórax para essa paciente, por se considerar que se trata de derrame pleural complicado e (ou) empiema.
60. A videotoracoscopia permite desbridamento e lise de aderências de empiemas localizados na respectiva fase aguda.
61. A falta de tratamento adequado pode permitir evolução para formação de fibroblastos e deposição de colágeno, resultando em encarceramento pulmonar.

Área livre

Um paciente de 64 anos de idade, etilista e tabagista, com queixa de epigastria em queimação há seis meses sem melhora com uso de esomeprazol, além de perda de 8 kg no período, realiza endoscopia para investigação. O laudo do exame descreve esofagite grau B de Los Angeles e lesão ulcerada de 3 cm no corpo do estômago, cuja biópsia revelou tratar-se de tumor maligno subtipo intestinal. No exame físico, nota-se, além do emagrecimento, linfonomegalia em região supraclavicular esquerda.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

62. O grau de esofagite descrito refere-se a acometimento circunferencial da mucosa esofágica.
63. Câncer gástrico precoce é a nomenclatura usada para tumores cujo acometimento se limita até a mucosa ou submucosa, independentemente de acometimento linfonodal.
64. Está indicado estadiamento desse paciente com tomografias de tórax, abdome e pelve com contraste.
65. A ressecção endoscópica é viável nesse caso, se for confirmado tumor restrito a mucosa e sem metástase linfonodal ou a distância.
66. A presença do nódulo de Virchow no exame físico sugere acometimento metastático a distância.
67. Em havendo possibilidade de tratamento cirúrgico, deve-se indicar gastrectomia acompanhada de linfadectomia D2 e reconstrução em Y de Roux.

Uma paciente de 36 anos de idade, assintomática, apresenta ultrassonografia de tireoide solicitada por ginecologista em exames anuais. O laudo descreve nódulo de 2,1 cm, sólido, hipocogênico, de contornos regulares, sem calcificações, localizado no lobo esquerdo da tireoide; restante do parênquima da glândula normal, sem linfonomegalias. Dosagens de TSH e T4 livre normais. No exame físico, há nódulo não palpável.

Considerando esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

68. Não há indicação para realização de ultrassonografia de tireoide de rotina para essa paciente.
69. A classificação de Bethesda se utiliza das características ultrassonográficas dos nódulos tireoidianos para definir risco de malignidade.
70. Está indicada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) para definição de diagnóstico e conduta desse caso.
71. Caso seja confirmado nódulo maligno, o tipo histológico mais comum é o carcinoma papilífero de tireoide, que tem melhor prognóstico que os demais.
72. O carcinoma medular de tireoide, que é menos provável nesse caso, tem origem nas células foliculares e pode estar associado a síndromes de neoplasias endócrinas múltiplas.
73. Hipocalcemia é complicação frequente de paratireoidectomia, mas não há risco de ocorrência após tireoidectomia.

O cirurgião do plantão é chamado na sala de parto do hospital para avaliar um paciente nascido há 20 minutos que apresentava exposição das alças intestinais por defeito da parede abdominal localizado à direita do cordão umbilical. A mãe tem 18 anos de idade e não realizou pré-natal. A criança precisou ser intubada por desconforto respiratório, mas está estável hemodinamicamente.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

74. O paciente deve ser encaminhado à UTI para observação, aguardando desmame ventilatório para programação cirúrgica.
75. O princípio do tratamento indicado para essa criança é a redução das alças para a cavidade abdominal e tentativa de fechamento primário do defeito.
76. A onfalocele é importante diagnóstico diferencial para esse caso, principalmente por terem em comum a localização paraumbilical.
77. Considerando que, no 14º dia de pós-operatório, o paciente está em bom estado geral mas ainda mantém débito bilioso pela sonda e não evacuou, deve-se considerar reabordagem cirúrgica para lise de bridas.
78. Uma criança com onfalocele está mais propensa a ter malformações que a apresentada nesse caso.
79. A idade materna é fator de risco para gastrosquise.

Um paciente de 16 anos de idade, internado em UTI por sepse grave, intubado, evoluiu com insuficiência renal dialítica. Foi realizada passagem de cateter para hemodiálise no leito, sob sedação e técnica asséptica. Durante o procedimento, foram realizadas mais de três tentativas de punção em veia subclávia esquerda até a descida adequada do fio-guia. Logo após a passagem do cateter, o paciente evoluiu com choque e necessidade de aumento dos parâmetros ventilatórios. Uma radiografia demonstrou aumento da opacidade em hemitórax esquerdo, com desvio do mediastino para o lado contralateral.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

80. O reparo anômico para passagem de cateter venoso em veia jugular interna é o músculo esternocleidomastoideo, no ápice do triângulo formado pelos respectivos ventres e a clavícula.
81. A veia subclávia é a primeira opção para passagem de cateter venoso central, pelo menor risco de complicações.
82. A radiografia descrita apresenta sinais de pneumotórax, que deve ser drenado imediatamente.
83. Se na drenagem há saída de 1.000 mL de sangue, e esse aspecto persiste nas horas subsequentes, deve-se indicar toracotomia de urgência.

Área livre

Uma paciente de 32 anos de idade dá entrada no pronto-socorro com dor de forte intensidade em flanco direito, com irradiação para membro inferior ipsilateral. Refere episódios prévios nos últimos meses, mas com intensidade menor. Nega comorbidades. Exame de urina (EAS, urina 1) com achado de hematúria e raio X de abdome com imagem opaca de 17 mm na topografia do ureter médio à direita, compatível com cálculo ureteral.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

84. Pensando-se na hipótese de nefrolitíase, a ultrassonografia de vias urinárias é o exame padrão-ouro para confirmação diagnóstica.
85. O uso de analgésicos e antiespasmódicos está indicado para o tratamento dessa paciente.
86. A presença de febre nessa paciente deve levantar a hipótese de pielonefrite obstrutiva.
87. Infecção urinária por *Proteus* pode estar relacionada a cálculos coraliformes de estruvita.
88. No caso dessa paciente, considerando-se as características do cálculo, há maior probabilidade de resolução apenas com uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos.
89. A formação de hematoma renal é complicação frequente da litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO).

Uma paciente de 15 anos de idade, em pós-operatório tardio de biópsia de linfonodo cervical, retorna um ano após o procedimento com queixa de “aumento da cicatriz”. Refere que, desde a cirurgia, a lesão vem aumentando, com episódios de dor e prurido esporádicos. A ferida operatória havia sido fechada com sutura intradérmica sem tensão. Ao exame físico, nota-se cicatriz aumentada, hiperpigmentada, ultrapassando os limites da incisão prévia.

Com relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

90. O processo de cicatrização dessa paciente se deu por primeira intenção.
91. Na fase proliferativa da cicatrização, ocorre a formação de tecido de granulação por meio da multiplicação de fibroblastos e da deposição de matriz extracelular.
92. O diagnóstico atual dessa paciente é a cicatriz hipertrófica.
93. A formação de queloides está relacionada à herança genética.
94. A exérese cirúrgica é o tratamento de escolha para cicatrizes patológicas como a desse caso.

Uma paciente de 52 anos de idade é levada à sala de emergência após queimadura por escaldadura ocorrida na própria casa enquanto cozinhava. Apresenta queimaduras com áreas de hiperemia e dor, algumas áreas com bolhas grandes e outras com pele espessa e esbranquiçada, ocupando toda a região anterior do tórax e do abdome, os membros superiores (circunferencial) e a face anterior de ambas as coxas.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

95. Estima-se a superfície corporal queimada dessa paciente em 45%.
96. Deve-se realizar hidratação com solução cristalóide, e o débito urinário é parâmetro fundamental no manejo clínico da paciente.
97. O grau da queimadura é definido pela extensão do respectivo acometimento na paciente.
98. A queimadura de primeiro grau caracteriza-se por bolhas e hiperemia e tem tratamento clínico na maioria dos casos.
99. Se a paciente evoluir com hipoperfusão dos dedos das mãos, deve-se considerar a realização de escarotomia.
100. Esta paciente apresenta risco aumentado para desenvolver úlcera de Curling.
101. Recomenda-se o desbridamento das lesões de primeiro grau e a confecção precoce de enxertos para o respectivo tratamento.

Uma paciente de 34 anos de idade, com 118 kg e 1,60 m, sem sucesso no tratamento clínico para perda ponderal, apesar da boa aderência, é encaminhada para realização de tratamento cirúrgico.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

102. O índice de massa corpórea (IMC) dessa paciente, isoladamente, é suficiente para indicar o tratamento cirúrgico para a obesidade.
103. O *sleeve* gástrico é uma técnica restritiva que consiste na remoção de grande parte do estômago para reduzir a respectiva capacidade e, portanto, não tem interferência hormonal.
104. A técnica que oferece perda ponderal mais sustentada é a derivação gástrica em Y de Roux, que é predominantemente disabsortiva e que poderia ser indicada para essa paciente.
105. Tromboembolismo pulmonar, rabdomiólise e disfunção renal aguda são possíveis complicações que essa paciente pode apresentar no período pós-operatório.
106. Quanto às fístulas, o período mais crítico para o respectivo surgimento é em torno do quinto dia de pós-operatório, com localização mais comum na gastroenteroanastomose; o tratamento cirúrgico é mandatório e de urgência.

Área livre

Um paciente de 54 anos de idade, tabagista, dislipidêmico e hipertenso em tratamento irregular, vai à unidade básica de saúde queixando-se de dor forte nos membros inferiores (pior à esquerda) ao caminhar até a casa alguns parentes, a cerca de 400 metros de distância da própria casa. Refere ter que fazer várias pausas no caminho, pois isso alivia a dor. Ao exame dos membros inferiores, há pulsos femorais palpáveis bilateralmente, pulso poplíteo reduzido à direita e impalpável à esquerda, pulsos distais impalpáveis.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

107. O tratamento clínico com controle de comorbidades, a cessação do tabagismo e o uso de antiagregantes plaquetários estão indicados.
108. Deve-se contraindicar a prática de exercícios físicos pelo risco de isquemia aguda.
109. Se esse paciente evoluir com queixa de dor em repouso ou presença de lesões isquêmicas, deve-se indicar abordagem cirúrgica.
110. O tratamento endovascular de lesões arteriais crônicas é menos invasivo, tem menor mortalidade e apresenta maior durabilidade de efeito.
111. A dor de início súbito deve levantar suspeita para obstrução arterial aguda, e o tratamento com AAS deve ser instituído imediatamente.
112. A maioria dos casos de obstrução arterial aguda é decorrente de êmbolos de origem cardíaca, e o cateter de Fogarty pode ser usado para o tratamento caso o membro esteja com a viabilidade ameaçada.

Uma paciente de 2 anos de idade é levada a consulta de retorno com pediatra após tratar infecção de vias aéreas superiores por uma semana. A mãe da criança refere que a menor iniciou dor abdominal mais localizada em fossa ilíaca direita há cerca de dois dias, que parece intermitente, pois a criança alterna períodos de choro e de calma. Nega febre ou disúria, e hoje não aceitou bem o café da manhã. Durante a consulta, apresentou fezes avermelhadas, em aspecto de “geleia de framboesa”. Mantinha bom estado geral, apesar de leve distensão abdominal, e apresentava massa mal definida em fossa ilíaca e flanco direitos. Foi, então, levada ao pronto-socorro para avaliação do cirurgião.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

113. Entre as hipóteses prováveis para a dor abdominal, deve-se considerar linfadenite mesentérica, invaginação intestinal e apendicite aguda.
114. A tomografia de abdome é o exame mais adequado nessa situação, considerando-se as características da paciente e do quadro clínico.
115. A ultrassonografia evidenciando imagem em pseudo-rim sugere o diagnóstico de linfadenite.
116. O enema opaco e a colonoscopia podem ser usados como métodos diagnósticos e terapêuticos, considerando-se a principal hipótese.
117. As invaginações intestinais ocorrem mais frequentemente até os 2 anos de idade e se localizam na região ileocecólica.

118. Invaginações ileoileais são achados frequentes em exames de crianças com diarreia, e o tratamento cirúrgico está indicado sempre que houver dor abdominal associada.

119. Se a paciente evoluir com queda do estado geral e sinais de peritonite generalizada, o tratamento cirúrgico de urgência deve ser considerado.

120. Ao contrário da faixa etária pediátrica, invaginações intestinais em adultos frequentemente têm etiologia definida por massa neoplásica que serve como “cabeça de invaginação”.

Área livre