EINSTEIN
Hospital Israelita

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2027

008. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL OU EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Programas: Cirurgia Vascular | Urologia

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

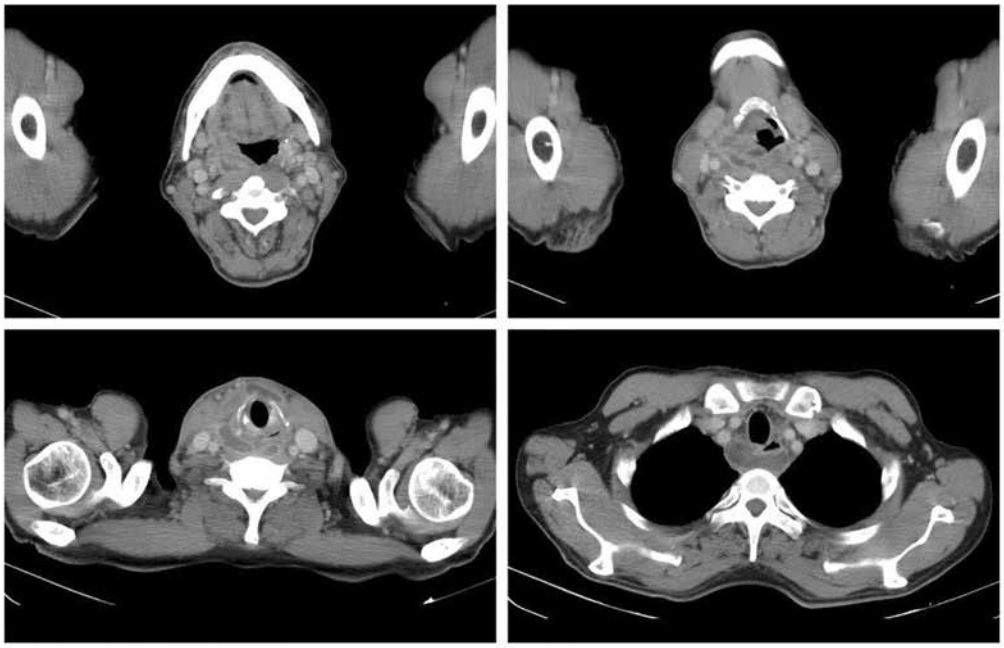
RG | Inscrição | Prédio | Sala | Carteira

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.

QUESTÃO 01

Paciente de 35 anos apresenta queixa de odinofagia há uma semana com piora progressiva, febre, mal-estar e dor cervical. Realizou tomografia computadorizada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o caso e as imagens apresentados, assinale a alternativa correta.

(A) Embora haja coleção nas imagens, a localização anatômica torna improvável a disseminação mediastinal.

(B) Existe, nas imagens, uma coleção acometendo o espaço entre a fáscia alar e a fáscia pré-vertebral.

(C) Existe coleção, nas imagens, acometendo o espaço submandibular e o *danger space*.

(D) A coleção ocupa os espaços bucal, mastigatório, parafaríngeo e retrofaríngeo.

QUESTÃO 02

Paciente de 28 anos é submetido à exploração cirúrgica por ferimento penetrante na porção superior da região cervical lateral esquerda, com hematoma em expansão. A abordagem é realizada por incisão ao longo da borda anterior do músculo esterno-cleidomastóideo e é visualizado sangramento de lesão na veia jugular interna no nível II.

Nesse contexto, é correto afirmar que o nervo que está em risco de ser lesado, se não dissecado nessa topografia, é o nervo

(A) hipoglosso, que atravessa a bifurcação carotídea e segue inferiormente junto à parede anterior da bainha carotídea.

(B) acessório, que cruza a veia jugular interna antes de dirigir-se à face profunda do esternocleidomastoideo.

(C) vago, que sai da bainha carotídea nesse nível e cruza superficialmente a veia jugular interna.

(D) frênico, que cruza a veia jugular interna no nível II antes de seguir sobre o músculo escaleno anterior.

QUESTÃO 03

Paciente de 45 anos apresenta nódulo tireoidiano único, sólido, de 2,4 cm, restrito ao lobo direito. Encontra-se eutireoidiano, sem histórico de exposição à radiação, antecedentes familiares de câncer de tireoide ou linfonodos cervicais suspeitos. A punção aspirativa por agulha fina foi classificada como Bethesda IV (suspeito para neoplasia folicular).

Sobre a interpretação do resultado e a conduta mais indicada, assinale a alternativa correta.

(A) Pelo alto risco de carcinoma folicular, está indicada tireoidectomia total.

(B) A PAAF deve ser repetida, pois uma nova amostra permite demonstrar invasão capsular ou vascular e diferenciar adenoma de carcinoma folicular.

(C) A lobectomia direita é uma opção adequada para diagnóstico definitivo e tratamento inicial.

(D) Na ausência de características nucleares do carcinoma papilífero, o nódulo pode ser considerado de baixo risco e acompanhado com ultrassonografias periódicas.

QUESTÃO 04

Paciente de 67 anos, tabagista, encontra-se em estadiamento de carcinoma pulmonar potencialmente ressecável. O PET-CT demonstra nódulo único de 1,6 cm na cauda da parótida direita, bem delimitado e com captação de FDG com SUV máximo de 14. Não existem outras lesões suspeitas para metástases, e o paciente não apresenta dor ou paralisia facial.

Quanto à interpretação desse achado e a conduta adequada, é correto afirmar que

(A) o elevado SUV estabelece o diagnóstico de metástase parotídea, devendo a doença pulmonar ser classificada como metastática.

(B) a captação intensa de FDG permite diferenciar uma neoplasia maligna de um tumor benigno da parótida, mas não diferencia metástase de tumor primário.

(C) a ausência de paralisia facial e o aspecto bem delimitado sugerem neoplasia benigna, permitindo acompanhamento radiológico sem investigação adicional.

(D) tumores benignos parotídeos podem apresentar intensa captação de FDG, devendo ser realizada investigação com ultrassonografia e PAAF.

QUESTÃO 05

Paciente de 61 anos apresenta massa cervical esquerda há seis semanas, associada à perda de 6 kg e sudorese noturna. A tomografia cervical mostra linfonodos atípicos aumentados, homogêneos e não necróticos nos níveis IV e V, sem evidência de tumor primário. O hematologista encaminhou o paciente para biópsia excisional por suspeita de linfoma.

Nesse caso, qual é a conduta inicial mais adequada?

(A) Realizar PAAF guiada por ultrassonografia, reservando a biópsia excisional para eventual proliferação linfoide não classificável.

(B) Realizar a biópsia excisional, pois o conjunto clínico-radiológico torna improvável uma metástase linfonodal.

(C) Preferir *core biopsy* inicial, pois a suspeita de linfoma dispensa a investigação citológica.

(D) Realizar PET-CT, pois o padrão de captação permite estabelecer a etiologia da massa.

QUESTÃO 06

Paciente de 58 anos encontra-se no 2º dia pós-operatório de ressecção de tumor de orofaringe por cirurgia transoral robótica (TORS), sem traqueostomia prévia. Na enfermaria, passa a apresentar sangramento vivo e súbito pela boca, com eliminação de coágulos em moderada quantidade. Ao exame: consciente; orientado; PA: 110 x 70 mmHg; FC: 102 bpm; FR: 20 ipm; SpO_2: 94% em ar ambiente.

Considerando o exposto, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar intubação orotraqueal imediata na enfermaria para proteção da via aérea e posterior transferência ao centro cirúrgico.

(B) Encaminhar imediatamente ao centro cirúrgico para abordagem com preparo para via aérea difícil e acesso cirúrgico de urgência.

(C) Encaminhar para angiotomografia cervical de urgência para identificação do vaso sangrante e posterior embolização por radiologia intervencionista.

(D) Prescrever antifibrinolítico venoso, aplicar compressa com adrenalina local e reavaliação. Encaminhar ao centro cirúrgico se houver persistência do sangramento.

QUESTÃO 07

Um homem de 58 anos é internado por icterícia progressiva há três semanas, com colúria e fezes de coloração normal. Ao exame, há ascite moderada e circulação colateral abdominal, sem dor ou massa palpável no hipocôndrio direito e sem febre. Os exames mostram: bilirrubina total: 8,4 mg/dL; bilirrubina direta: 6,1 mg/dL; aspartato-aminotransferase: 96 U/L; alanina-aminotransferase: 54 U/L; fosfatase alcalina e gama-glutamiltransferase discretamente elevadas; desidrogenase láctica normal; contagem de reticulócitos e haptoglobina normais; e albumina de 2,6 g/dL com razão normalizada internacional de 1,8. A ultrassonografia demonstra fígado atrófico de contornos irregulares, sem dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas e sem coledocolitíase.

Com relação à fisiopatologia bioquímica da icterícia nesse caso, é correto afirmar que

(A) o predomínio da bilirrubina conjugada indica obstrução ao fluxo biliar não demonstrada pela ultrassonografia, sendo a lesão hepatocelular apenas coadjuvante no quadro.

(B) a conjugação pela UDP-glicuronosiltransferase é a primeira etapa a se esgotar na lesão hepatocelular, permanecendo preservada a excreção canalicular.

(C) a bilirrubina não conjugada, por ser hidrossolúvel, é filtrada e eliminada na urina, o que explica a colúria desse padrão.

(D) há predomínio da bilirrubina conjugada, pois a excreção canalicular é a etapa mais comprometida, com regurgitação dessa fração para o sangue.

QUESTÃO 08

Uma mulher de 55 anos, na perimenopausa, é investigada por anemia. Relata metrorragia intermitente, há oito meses, e nega dor abdominal, perda ponderal, melena ou hematêmese. Nega também uso de anti-inflamatórios não esteroidais e de anticoagulantes, e o sangramento uterino encontra-se em investigação pela ginecologia. Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina: 9,6 g/dL (valor de referência: 12,0–16,0 g/dL); volume corpuscular médio: 72 fL (valor de referência: 80–100 fL); ferritina: 6 ng/mL (valor de referência: 15–150 ng/mL) e saturação de transferrina: 7% (valor de referência: 20–50%). A colonoscopia é normal. Na endoscopia digestiva alta, identifica-se lesão subepitelial de 1,2 cm no corpo gástrico, recoberta por mucosa íntegra e sem ulceração. A ecoendoscopia demonstra lesão hipoecoica homogênea, originada da quarta camada, com margens regulares, sem espaços císticos, focos hiperecogênicos ou linfonodos perigástricos aumentados.

De acordo com as recomendações atuais para o manejo de lesões subepiteliais gástricas, qual é a conduta mais apropriada em relação à lesão gástrica?

(A) Obter amostra por biópsia com agulha guiada por ecoendoscopia.

(B) Realizar ressecção endoscópica de espessura total.

(C) Manter vigilância periódica com endoscopia e ecoendoscopia.

(D) Realizar ressecção laparoscópica em cunha com margens livres.

QUESTÃO 09

Um homem de 50 anos apresenta pseudomixoma peritoneal secundário à neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau, confirmada histologicamente. O estadiamento não evidencia doença extra-abdominal. O índice de carcinomatose peritoneal é 14 e o paciente apresenta bom estado funcional, com *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* 1.

Nesse caso, é correto afirmar que a

(A) citorredução CC-0/CC-1 associada à HIPEC com mitomicina C é o tratamento de escolha para o caso.

(B) PIPAC (quimioterapia aerossolizada pressurizada) associada à citorredução é a primeira linha.

(C) citorredução pode ser dispensada quando se realiza a HIPEC, uma vez que a quimioterapia aquecida esteriliza nódulos peritoneais de até 10 mm.

(D) hemicolectomia direita acrescenta benefício de sobrevida e deve ser realizada na presença de disseminação peritoneal de tumor mucinoso de baixo grau.

QUESTÃO 10

Um homem de 48 anos apresenta constipação progressiva há 20 anos, com evacuações a cada 8 a 10 dias e dois episódios prévios de fecaloma. Duas sorologias realizadas por métodos distintos são reagentes para a doença de Chagas. O enema opaco demonstra acentuado alongamento e dilatação do sigmoide, associados a megarreto, sem evidência de obstrução mecânica.

Considerando o diagnóstico diferencial entre megacólon chagásico e constipação por trânsito lento associada à dolicossigmoide, qual achado funcional é o mais específico do comprometimento entérico pela doença de Chagas?

(A) Retenção difusa de marcadores radiopacos ao longo do cólon após cinco dias, com esvaziamento retal preservado.

(B) Redução das contrações propagadas de alta amplitude após estímulo alimentar, com trânsito segmentar normal.

(C) Contração paradoxal do músculo puborretal durante a tentativa de evacuação, com esforço evacuatório adequado.

(D) Ausência do reflexo inibitório retoanal, com pressão de repouso e contração voluntária preservadas.

QUESTÃO 11

Um homem de 40 anos foi submetido, há oito meses, à ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) para tratamento de fístula anal transesfincteriana alta. Evoluiu com nova drenagem purulenta por um orifício próximo à cicatriz interesfincteriana. A ressonância magnética demonstra obliteração do componente transesfincteriano original e persistência de trajeto curto da linha pectínea até o espaço interesfincteriano, sem trajetos secundários ou coleções. O paciente apresenta escore de Wexner igual a zero.

Qual é a conduta mais adequada para essa recidiva?

(A) Repetição da ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) pela mesma incisão.

(B) Fistulotomia do trajeto interesfincteriano residual.

(C) Retalho de avanço endorretal com fechamento do orifício interno.

(D) Sedenho frouxo e nova ressonância magnética em seis meses.

QUESTÃO 12

Uma mulher de 70 anos apresenta dor e abaulamento irredutível na região inguinal direita há dois dias. Refere náuseas, mas mantém eliminação de fezes e flatos, sem distensão abdominal. Ao exame, observa-se pequena massa dolorosa abaixo do ligamento inguinal, com hiperemia local.

Qual tipo de hérnia justifica a manutenção da eliminação de fezes e flatos, apesar dos sinais de estrangulamento?

(A) Hérnia de Littre.

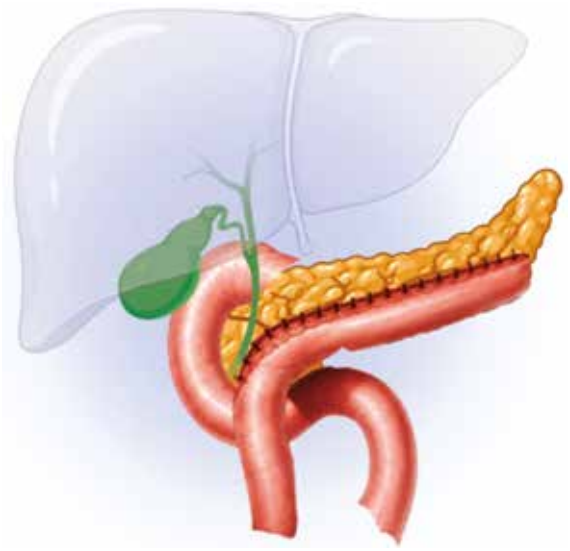
(B) Hérnia de De Garengeot.

(C) Hérnia de Richter.

(D) Hérnia de Maydl.

QUESTÃO 13

Um homem de 46 anos, com pancreatite crônica de etiologia alcoólica, apresenta dor abdominal incapacitante e refratária, com uso diário de opioide e três internações no último ano. Está abstêmio há 14 meses. A colangiopancreatorressonância demonstra ducto pancreático principal dilatado, com calibre de 9 mm em toda a extensão e aspecto de sucessão de dilatações e estenoses, com cálculos intraductais, sem massa inflamatória na cabeça do pâncreas e sem estenose do colédoco ou do duodeno. O tratamento clínico prévio não proporcionou alívio sustentado. A figura a seguir representa o procedimento realizado:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando as informações e imagem apresentadas, é correto afirmar que o procedimento representado na figura é a operação de

(A) Frey.

(B) Puestow.

(C) Beger.

(D) Whipple.

QUESTÃO 14

Um homem de 54 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica, Child-Pugh B (8 pontos), apresenta o segundo episódio de hemorragia digestiva por varizes esofágicas, apesar de profilaxia secundária otimizada com ligadura elástica e betabloqueador não seletivo. Após estabilização hemodinâmica e controle endoscópico do sangramento, é indicada a colocação de TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular).

Sobre os princípios hemodinâmicos, as complicações e as limitações das derivações portossistêmicas, nesse contexto, assinale a alternativa correta.

(A) A encefalopatia hepática que pode surgir após o TIPS decorre principalmente da estenose precoce da prótese.

(B) A derivação esplenorrenal distal de Warren está indicada preferencialmente nos casos de ascite refratária.

(C) A função cardíaca melhora após o TIPS devido à redução do retorno venoso e da pré-carga.

(D) O TIPS precipita deterioração da função hepática em pacientes com reserva funcional limitada.

QUESTÃO 15

Uma mulher de 58 anos apresenta dor em fossa ilíaca esquerda há três dias, febre de 38,2 °C e leucocitose de 16.400/mm^3. Está hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia computadorizada demonstra espessamento do sigmoide, densificação da gordura pericólica e coleção pericólica confinada de 6 cm, com realce parietal e acessível à punção percutânea, sem pneumoperitônio e sem líquido livre à distância.

De acordo com a classificação de Hinchey modificada (Wasvary, 1999; Kaiser e colaboradores, 2005), assinale a alternativa correta.

(A) O quadro corresponde ao estágio Ib, e a antibioticoterapia deve ser associada à drenagem percutânea guiada por imagem, indicada pelo diâmetro e pela acessibilidade da coleção, e não pelo estágio.

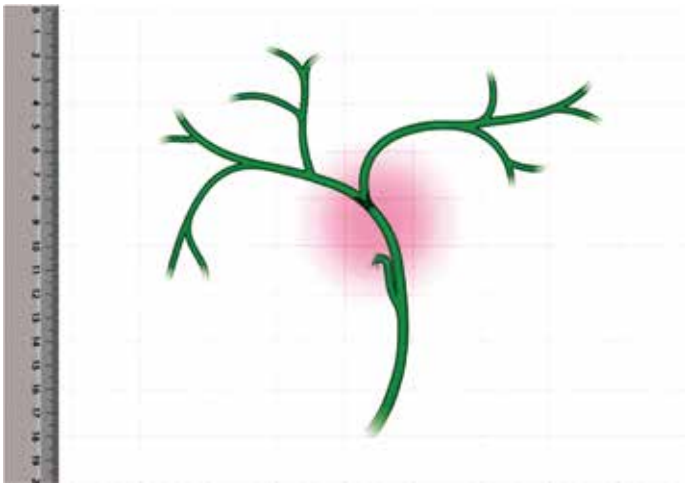
(B) O quadro corresponde ao estágio II, porque a classificação modificada reserva o estágio I às formas sem coleção e classifica como II todo abscesso demonstrado pela tomografia.

(C) O quadro corresponde ao estágio Ib, situação em que a drenagem percutânea está contraindicada pelo risco de fistulização, restando a antibioticoterapia isolada ou a ressecção do sigmoide.

(D) O quadro corresponde ao estágio Ia, porque a classificação modificada emprega o diâmetro da coleção para separar os estágios Ia e Ib, reservando o Ib aos abscessos maiores que 5 cm.

QUESTÃO 16

Uma mulher de 44 anos evolui, três semanas após colecistectomia videolaparoscópica, com icterícia progressiva, colúria e prurido, sem febre. A bilirrubina total é de 9,2 mg/dL, com predomínio da fração direta, e a fosfatase alcalina está quatro vezes acima do limite superior. A figura a seguir representa o achado colangiográfico:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Segundo a classificação de Bismuth, é correto afirmar que esse achado corresponde a

(A) I.

(B) II.

(C) III.

(D) IV.

QUESTÃO 17

Homem de 42 anos, em investigação de adenocarcinoma estenosante do cólon ascendente, apresenta, à colonoscopia, lesão séssil de 30 mm no sigmoide, de superfície regular, sem ulceração, depressão ou convergência de pregas, cuja biópsia revela adenoma tubular com displasia de alto grau; o reto está livre de lesões. A imuno-histoquímica do tumor do cólon ascendente mostra perda de expressão de MSH2 e MSH6, com preservação de MLH1 e PMS2, e o painel germinativo identifica uma variante patogênica no gene *MSH2*. Antes da cirurgia eletiva, procura o pronto-socorro com quadro de obstrução intestinal, a tomografia confirma obstrução do cólon direito por tumor, sem perfuração ou metástases à distância. Encontra-se hemodinamicamente estável, com baixo risco operatório.

Nesse cenário, qual é a conduta cirúrgica mais apropriada?

(A) Colectomia direita associada à sigmoidectomia, com anastomoses primárias em ambos os segmentos.

(B) Colectomia total com anastomose ileorretal primária.

(C) Proctocolectomia total com anastomose de bolsa ileal ao canal anal.

(D) Colectomia direita com anastomose primária e, posteriormente, ressecção endoscópica da lesão do sigmoide.

QUESTÃO 18

Uma mulher de 26 anos, sexualmente ativa e sem uso de método de barreira, apresenta dor pélvica, há 10 dias, corrimento vaginal e dor à mobilização do colo do útero. Evolui com dor intensa no hipocôndrio direito, de caráter pleurítico, que piora com a inspiração profunda. As aminotransferases, a bilirrubina e a fosfatase alcalina estão normais, e a ultrassonografia não demonstra colelitíase, espessamento da parede vesicular ou dilatação das vias biliares. Indicada laparoscopia por suspeita de abdome agudo, encontram-se os achados representados na figura a seguir, sem líquido purulento livre, sem alterações da vesícula biliar e sem apendicite:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é o agente etiológico mais frequentemente associado a esse quadro?

(A) *Treponema pallidum*

(B) *Chlamydia trachomatis*

(C) *Trichomonas vaginalis*

(D) *Mycobacterium tuberculosis*

QUESTÃO 19

Homem de 58 anos, em uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, é submetido a laparotomia de emergência por abdome agudo perfurativo com cerca de 12 horas de evolução. Após aspiração do conteúdo extravasado e lavagem da cavidade, identifica-se úlcera perfurada de 3,5 cm na parede anterior da primeira porção do duodeno, ocupando a maior parte da parede anterior do bulbo, com bordas fibróticas e friáveis, e acentuada deformidade local. A tentativa de aproximação das bordas provoca laceração do tecido, e a omentopexia isolada é considerada insuficiente diante da extensão da perda de substância. Observa-se ainda intenso processo fibrótico envolvendo a região posterior do bulbo, sem plano seguro de dissecção em relação à cabeça pancreática e à via biliar distal. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável após a ressuscitação inicial.

Nesse contexto, qual é a conduta operatória mais apropriada?

(A) Cobertura do defeito duodenal com retalho de tecido vascularizado, exclusão pilórica temporária por sutura transgástrica, gastrojejunostomia e drenagem regional.

(B) Desbridamento das bordas até tecido viável, duodenorrafia transversal em dois planos e reforço da linha de sutura com retalho pediculado do omento maior.

(C) Antrectomia com inclusão da área ulcerada, fechamento do coto duodenal e reconstrução do trânsito por gastrojejunostomia à Billroth II.

(D) Duodenopancreatectomia cefálica com ressecção em bloco da lesão e reconstrução pancreática, biliar e digestiva no mesmo tempo operatório.

QUESTÃO 20

Paciente feminina, 55 anos, com antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 e insulino-dependente, vem ao pronto-socorro com queixa de ferida em pé direito há 3 dias, com piora hoje. Sinais vitais: T: 38,1 ºC; FC: 92 bpm; PA: 116 × 78. Não se queixa de dor. Ao exame clínico, membro inferior direito com edema 2+/4+, úlcera com saída de secreção purulenta em planta do pé e crepitação à palpação. Pulsos femoral e poplíteo palpáveis e distais ausentes.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante do quadro atual e da imagem apresentados, assinale a alternativa correta com relação à conduta adequada.

(A) Radiografia do pé direito e angiotomografia de membros inferiores antes de programar revascularização e debridamento da lesão.

(B) Arteriografia armada com possibilidade de revascularização do membro e debridamento da lesão.

(C) Amputação transtibial convencional com fechamento do coto de amputação.

(D) Amputação transtibial e manter coto de amputação aberto inicialmente.

QUESTÃO 21

Paciente masculino, 75 anos, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e infarto agudo do miocárdio, com necessidade de angioplastia com Stent da artéria coronária descendente anterior, há 4 anos, vem em primeira consulta ambulatorial encaminhado por cardiologista. Atualmente, está em tratamento de tabagismo com redução da carga tabágica pela metade nos últimos 6 meses (atual: meio maço/dia). Queixa-se de dor em panturrilhas ao caminhar, principalmente em ladeiras ou após 2 quadras, necessitando parar devido à dor intensa e limitante. Ao exame clínico, não apresenta lesões tróficas, tem rarefação de pêlos, pulsos femorais palpáveis e demais ausentes em membros inferiores. Musculatura hipotrófica em panturrilhas.

Diante dessas queixas, é correto afirmar que a melhor conduta a ser adotada é:

(A) estudo radiológico com angiotomografia dos membros inferiores e posterior revascularização fêmoro-poplítea com veia safena magna.

(B) estudo radiológico com angiotomografia dos membros inferiores e posterior revascularização endovascular com Stent.

(C) otimização dos medicamentos (antiplaquetários, estatinas, analgesia), interrupção do tabagismo e atividade física supervisionada.

(D) otimização dos medicamentos (antiplaquetários, estatinas, analgesia), interrupção do tabagismo e introdução de anticoagulante oral de ação direta em dose terapêutica anticoagulante conforme peso do paciente e função renal.

QUESTÃO 22

Paciente masculino, 62 anos, chega no pronto-socorro com quadro de hemiparesia esquerda principalmente em membro superior há 1 dia. Evento teve duração de aproximadamente 10 horas e, no momento, não há mais déficits neurológicos. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, há 3 anos, e tireoidectomia total por carcinoma papilífero há 2 anos. Ao exame clínico, PA: 148 × 82 mmHg e ausculta-se sopro em região cervical anterior direita. Realizou exames: eletrocardiograma: ritmo sinusal, sinais de infarto antigo em parede inferior; ecocardiograma: hipocontratilidade em parede inferior; angiotomografia cervical/crânio: sem áreas de infarto cerebral, presença de estenose em bulbo carotídeo direito com extensão para artéria carótida interna (estenose de 40%) e artéria carótida externa (estenose 70%).

Frente ao exposto, o plantonista do pronto-socorro aciona equipe de cirurgia vascular que opta pela seguinte conduta:

(A) endarterectomia carotídea direita de emergência e fechamento com patch de pericárdio bovino.

(B) programar endarterectomia carotídea direita e fechamento com patch de pericárdio bovino em 48 horas.

(C) programar angioplastia carotídea direita com stent em 48 horas.

(D) tratamento clínico (antiplaquetários, estatinas) e otimização dos medicamentos anti-hipertensivos.

QUESTÃO 23

Paciente masculino, 48 anos, está no 4º dia de pós-operatório de transplante capilar. Antecedente de pré-diabetes. Paciente busca o pronto-socorro por edema em membro inferior esquerdo de início agudo. Ao exame clínico, edema em membro inferior esquerdo 2+/4+, dor à manipulação do membro, todos os pulsos presentes. Plantonista do pronto-socorro opta por solicitar ultrassom doppler do membro acometido. No entanto, antes da realização do exame, paciente evoluiu de forma súbita com hemiparesia direita e afasia.

Diante do quadro exposto, assinale a alternativa que apresenta a melhor hipótese e exames a serem solicitados.

(A) Ataque isquêmico transitório. Exames: angiotomografia de crânio/cervical, ultrassom doppler carótidas e ultrassom doppler do membro acometido.

(B) Embolia arterial paradoxal. Exames: angiotomografia de crânio/cervical, ecocardiograma transesofágico e ultrassom doppler do membro acometido.

(C) Tromboembolismo pulmonar e microembolização para territórios arteriais. Exames: ultrassom doppler do membro acometido, angiotomografia de tórax (protocolo TEP) e angiotomografia de crânio/cervical.

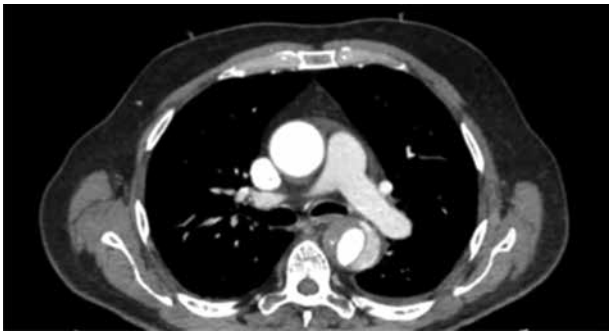
(D) Acidente vascular cerebral por complicação do quadro de pré-diabetes. Exames: angiotomografia de crânio/cervical, ecocardiograma transtorácico, ultrassom doppler carótidas e ultrassom doppler do membro acometido.

QUESTÃO 24

Paciente masculino, 70 anos, é trazido por familiares ao pronto-socorro com quadro de dor torácica com irradiação para o dorso de forte intensidade há poucas horas. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e revascularização do miocárdio com 3 pontes com substituto vascular (artéria torácica interna e veia safena magna). Ao exame clínico: extremidades com perfusão adequada, PA: 172 × 98 mmHg; FC: 96 bpm; abdome sem alterações. Exames: eletrocardiograma: taquicardia sinusal; troponina dentro do parâmetro de normalidade. Paciente recebe analgésicos simples e opióides fracos e realiza angiotomografia de tórax apresentada a seguir e, após exame tomográfico, paciente relata novo quadro álgico em tórax:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante desse quadro clínico, qual conduta deve ser empregada?

(A) Interposição de prótese de dácron em aorta ascendente com auxílio de circulação extra-corpórea, visto que esternotomia prévia não contraindicaria nova abordagem torácica.

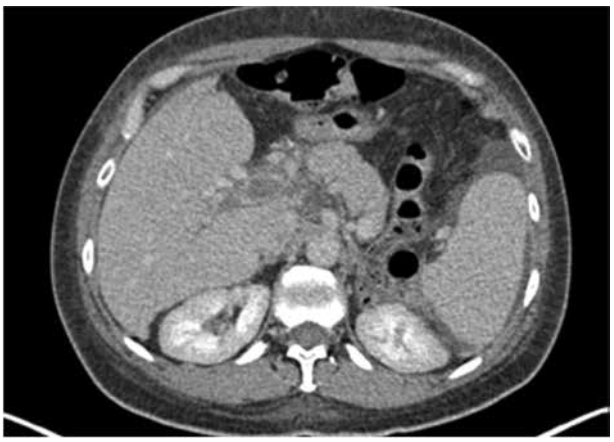
(B) Correção endovascular com endoprótese fenestrada em aorta ascendente recobrindo ponto de entrada da dissecção e obliteração da luz falsa, já que o paciente tem uma esternotomia prévia e a fenestração não impediria o fluxo sanguíneo para os ramos do arco aórtico.

(C) Correção endovascular com endoprótese em aorta descendente recobrindo ponto de entrada da dissecção e obliteração da luz falsa com intuito de normalização dos sinais vitais como frequência cardíaca e pressão arterial e também melhor controle da dor.

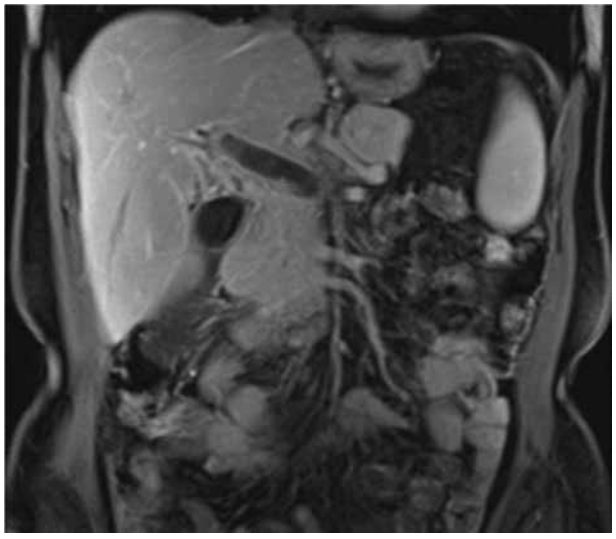
(D) Tratamento conservador com internação em unidade de terapia intensiva e amplo controle de frequência cardíaca e pressão arterial, além de analgesia.

QUESTÃO 25

Paciente feminina, 52 anos, vai ao pronto-socorro com quadro de dor, há 2 dias, em região lombar direita, irradiando para flanco direito e andar superior do abdômen. Dor de moderada intensidade. Antecedente de nefrolitíase e transtorno de ansiedade. Ao exame clínico, abdômen plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, descompressão brusca negativa, dor à palpação em flanco direito e epigástrio. Exames: Hb: 13,3; Ht: 37,9; Leucograma: 7.470 sem desvio; Plaquetas: 227 mil; Cr: 0,73; U: 55; Na: 143; K: 4,2; TGO: 41; TGP: 47; FA: 84; GGT: 53; PCR: 110; INR: 1,01. Ultrassom abdominal: dilatação mínima em vias biliares. Diante do resultado do ultrassom, foram feitos os seguintes exames de imagem:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando as informações e imagens apresentadas, assinale a alternativa correta com relação à conduta inicial a ser adotada.

(A) Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e pesquisa de trombofilia.

(B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

(C) Fibrinólise sistêmica com rtPA (ativador do plasminogênio tecidual recombinante).

(D) Acesso transhepático e angioplastia da veia porta.

QUESTÃO 26

Um recém-nascido a termo apresenta desconforto respiratório intenso logo após o nascimento. Ao exame, observa-se abdome escavado e redução do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Após intubação e passagem de sonda orogástrica, realiza-se a radiografia apresentada. Em ventilação mecânica, com FiO_2 de 70%, mantém saturação pré-ductal de 88%, hipotensão e lactato de 4,5 mmol/L. O ecocardiograma a seguir demonstra hipertensão pulmonar importante, com fluxo predominantemente da direita para a esquerda pelo canal arterial:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o diagnóstico mais provável, qual é a conduta mais adequada quanto ao momento da correção cirúrgica?

(A) Realizar a correção nas primeiras horas, após descompressão gástrica e suporte circulatório inicial, utilizando a redução das vísceras herniadas como medida para reverter a hipertensão pulmonar e a hipoxemia.

(B) Programar a correção após 48 horas de suporte intensivo, mantendo ventilação protetora e tratamento circulatório, adotando esse intervalo como critério suficiente de adaptação neonatal para realização segura do procedimento.

(C) Adiar a correção enquanto se otimiza o suporte respiratório e hemodinâmico, reavaliando oxigenação, pressão arterial, diurese e lactato, utilizando a estabilização fisiológica como critério para definir o momento do procedimento.

(D) Adiar a correção até a normalização da pressão pulmonar ao ecocardiograma e a suspensão dos fármacos vasoativos, adotando a resolução completa dessas alterações como requisito para realização segura do procedimento.

QUESTÃO 27

Uma criança de 4 anos apresenta dor abdominal intermitente e dois episódios de vômitos após possível ingestão de esferas magnéticas no dia anterior. Está hemodinamicamente estável, com discreta dor à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografias em duas incidências mostram três esferas justapostas em topografia de intestino delgado, além do alcance da endoscopia digestiva alta, sem dilatação de alças ou pneumoperitônio.

Após acionar a cirurgia pediátrica, qual princípio deve orientar a conduta?

(A) A intervenção deve depender da ausência de progressão nas radiografias seriadas, pois sintomas leves, sem sinais peritoneais, permitem inicialmente acompanhar o trânsito dos objetos.

(B) A intervenção deve depender da confirmação tomográfica de lesão intestinal, pois a ausência de pneumoperitônio reduz a probabilidade de complicações que exijam retirada dos objetos.

(C) A presença de sintomas deve motivar avaliação para retirada imediata dos ímãs, pois a ausência de sinais peritoneais ou pneumoperitônio não exclui lesão intestinal relevante.

(D) A justaposição dos ímãs deve favorecer acompanhamento radiográfico inicial, pois sua união reduz a possibilidade de aprisionamento de paredes intestinais entre os objetos durante a progressão.

QUESTÃO 28

Uma criança de 4 anos, submetida a ressecção intestinal extensa, recebe nutrição parenteral por cateter central de inserção periférica (PICC) há 21 dias. Permanece afebril, sem alterações no sítio de inserção, edema do membro ou dificuldade de infusão. O cateter está bem posicionado e funcionante, e a previsão é de manutenção da nutrição parenteral por mais três semanas. Durante a visita, discute-se a necessidade de substituir o dispositivo pelo tempo de permanência.

Qual é a conduta mais adequada para reduzir o risco de complicações relacionadas ao acesso?

(A) Manter o PICC com cuidados de manutenção e avaliação diária de sua necessidade e funcionamento, indicando retirada ou substituição conforme evolução clínica.

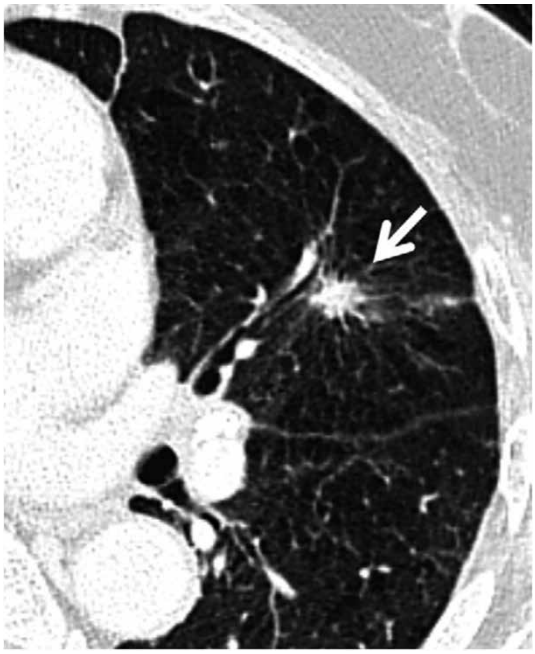
(B) Substituir o PICC por nova punção em outro membro, utilizando técnica asséptica e mantendo avaliação diária do sítio de inserção e da permeabilidade do novo dispositivo.

(C) Trocar o PICC sobre fio-guia, preservando o território venoso disponível e mantendo avaliação diária do sítio de inserção e da permeabilidade do novo dispositivo.

(D) Manter o PICC após hemoculturas pareadas e Doppler do membro, repetindo esses exames semanalmente para identificar colonização do dispositivo ou trombose venosa assintomática.

QUESTÃO 29

Um homem de 61 anos foi submetido a uma tomografia computadorizada de tórax, durante investigação em pronto-socorro, após um trauma leve do tórax. O exame revelou um nódulo pulmonar sólido, não calcificado, de 11 mm, localizado no lobo superior esquerdo, conforme apontado na imagem a seguir.



(MacMahon H *et al.* Radiology. 2017;284(1):228-243)

O paciente é ex-tabagista (28 maços-ano), cessou o hábito há 15 anos, apresenta enfisema centrolobular discreto e não possui história prévia de neoplasia. Com base nas recomendações para o manejo de nódulos pulmonares incidentais, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de tomografia computadorizada de controle em seis meses é necessária para reavaliar as características da lesão e, de acordo com os achados evolutivos, definir a necessidade de PET/CT ou biópsia.

(B) A realização de PET/CT, biópsia ou combinação dessas estratégias deve ser considerada devido à morfologia do nódulo, às comorbidades e ao contexto clínico do paciente.

(C) As características da imagem aumentam a probabilidade de malignidade, porém, de acordo com as recomendações, o diâmetro do nódulo continua sendo o principal determinante da estratégia diagnóstica inicial.

(D) O risco clínico relativamente baixo e a ausência de sintomas respiratórios favorecem o acompanhamento tomográfico seriado, a despeito de outras características radiológicas.

QUESTÃO 30

Paciente feminina, 77 anos, com quadro de tosse e dispneia há 2 meses, com piora nos últimos 3 dias. Relata cansaço progressivo nas últimas semanas e redução da força mastigatória ao longo das refeições, com recuperação após breve repouso. Antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Realizou o seguinte exame de tomografia de tórax:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a localização da lesão mediastinal e a manifestação clínica associada, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Tumor de células germinativas mediastinal.

(B) Timoma associado à *miastenia gravis*.

(C) Linfoma com comprometimento mediastinal.

(D) Bócio com extensão intratorácica.

QUESTÃO 31

Paciente, 55 anos, internado em unidade de terapia intensiva, há 3 dias, por quadro de pneumonia. Inicialmente, devido ao quadro de derrame pleural parapneumônico, foi submetido à drenagem torácica à esquerda, além de intubação orotraqueal. No entanto, evolui com piora clínica, piora dos parâmetros em ventilação mecânica e sinais de sepse. $PaO_2/FiO_2 < 200$. Tomografia computadorizada de tórax evidencia dreno deslocado inferiormente e posterior ao achado de coleção loculada (lobo inferior esquerdo).

Diante desse cenário, é correto afirmar que a melhor conduta a ser adotada é:

(A) nova drenagem torácica, desta vez guiada por imagem (tomografia computadorizada), e posicionar o dreno em coleção loculada.

(B) realizar, na própria unidade de terapia intensiva, troca do dreno por outro de maior calibre e injetar fibrinolíticos pelo dreno.

(C) cirurgia com decorticação pulmonar.

(D) cirurgia com lobectomia inferior esquerda.

QUESTÃO 32

Um homem de 68 anos, portador de DPOC grave, encontra-se em ventilação mecânica invasiva no modo volume assistido-controlado (VCV). Está sedado, porém apresenta queda progressiva da pressão arterial (PA 82 × 48 mmHg) e aumento do esforço inspiratório. Os parâmetros do ventilador são: volume corrente: 500 mL; frequência respiratória: 24 irpm; fluxo inspiratório: 40 L/min; PEEP: 5 cmH_2O; FiO_2: 40%. Na análise gráfica do ventilador, observa-se que o fluxo expiratório não retorna à linha de base antes do início da inspiração seguinte. Dessa forma, qual é o ajuste ventilatório mais adequado?

(A) Aumentar a frequência respiratória para reduzir a $PaCO_2$.

(B) Aumentar a PEEP para 12 cmH_2O.

(C) Aumentar o fluxo inspiratório e reduzir a frequência respiratória.

(D) Reduzir o fluxo inspiratório para prolongar o tempo inspiratório.

QUESTÃO 33

Um paciente com doença arterial periférica apresenta úlcera crônica em membro inferior, com perfusão tecidual reduzida e evolução insatisfatória, apesar de cuidados locais adequados. Considerando os mecanismos envolvidos na cicatrização, qual alteração decorrente da baixa oferta de oxigênio contribui mais diretamente para a persistência da ferida?

(A) Redução da hidroxilação do colágeno, da atividade bactericida dos neutrófilos e da capacidade proliferativa dos fibroblastos.

(B) Redução da angiogênese induzida por hipóxia, da migração de neutrófilos e da degradação da matriz extracelular pelos fibroblastos.

(C) Aumento da síntese de colágeno pelos fibroblastos, associado à redução da resposta inflamatória e da formação de novos capilares.

(D) Aumento da atividade bactericida dos neutrófilos, associado à menor deposição de colágeno e à redução da proliferação fibroblástica.

QUESTÃO 34

Um paciente é submetido a enxertia cutânea sobre uma ferida adequadamente preparada. Nas primeiras horas após o procedimento, o enxerto ainda não apresenta circulação própria estabelecida. Qual característica do leito receptor favorece mais diretamente a sobrevivência inicial do enxerto e sua posterior integração?

(A) Superfície com vascularização preservada e pequeno hematoma subjacente, permitindo nutrição inicial por difusão até o estabelecimento da circulação definitiva.

(B) Camada residual de fibrina entre o enxerto e o leito, permitindo difusão de nutrientes enquanto ocorre formação progressiva de novos vasos sanguíneos.

(C) Tecido de granulação exuberante e espesso, permitindo maior acúmulo de exsudato e ampliando a superfície disponível para neovascularização do enxerto.

(D) Superfície vascularizada e com contato íntimo com o enxerto, permitindo embebição plasmática e posterior conexão entre vasos do enxerto e do leito.

QUESTÃO 35

Uma mulher de 47 anos foi encaminhada pelo ginecologista após realizar uma ultrassonografia de tireoide durante um *check-up* de rotina. Encontra-se assintomática, apresenta TSH dentro da faixa de normalidade e não possui história familiar de câncer de tireoide nem exposição prévia à radiação cervical.

A ultrassonografia evidenciou os seguintes achados:

– Nódulo 1: sólido, hipoecoico, totalmente envolto por tecido tireoidiano, com margens bem delimitadas, formato mais largo do que alto, sem microcalcificações, medindo 1,2 cm.
– Nódulo 2: espongiforme, medindo 2,3 cm, com halo completo, margens bem delimitadas, formato mais largo do que alto, sem microcalcificações.
– Ausência de linfonodos atípicos.

Considerando a estratificação ultrassonográfica do risco de malignidade e os critérios para indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a classificação de risco e a conduta corretas para os nódulos 1 e 2.

(A) Suspeita intermediária, com PAAF por medir ≥1,0 cm; muito baixa suspeita, podendo ser puncionado ou apenas acompanhado.

(B) Alta suspeita, com PAAF por medir ≥1,0 cm; muito baixa suspeita, podendo ser puncionado ou apenas acompanhado.

(C) Suspeita intermediária, com PAAF por medir ≥1,0 cm; baixa suspeita, com PAAF por medir >1,5 cm.

(D) Suspeita intermediária, não havendo indicação de PAAF, sendo recomendado acompanhamento ultrassonográfico periódico; muito baixa suspeita, podendo ser submetida a PAAF ou apenas acompanhada clinicamente.

QUESTÃO 36

Homem de 27 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística, com fratura fechada da diáfise femoral esquerda. No segundo dia de internação, evolui com dor intensa e aumento de volume da coxa esquerda, sendo indicado e realizado o procedimento cirúrgico ilustrado a seguir:



Procedimento cirúrgico realizado no membro acometido

(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando as informações e a imagem apresentadas, é correto afirmar que a fisiopatologia da condição tratada pelo procedimento é

(A) elevação da pressão dentro do compartimento osteofascial acima da pressão de perfusão capilar, com colapso da microcirculação e isquemia muscular e nervosa, ainda que os pulsos distais permaneçam palpáveis.

(B) elevação da pressão dentro do compartimento osteofascial acima da pressão arterial sistólica, com interrupção do fluxo no eixo arterial principal, sendo a ausência de pulso distal o sinal mais precoce.

(C) oclusão traumática aguda da artéria femoral, com interrupção do fluxo arterial distal e consequente isquemia muscular e nervosa do membro.

(D) formação de trombo no sistema venoso profundo do membro, favorecida pela estase e pela lesão endotelial do trauma, com edema e empastamento decorrentes da obstrução do retorno venoso.

QUESTÃO 37

Homem de 35 anos, 70 kg, sofre queimadura por chama em incêndio domiciliar, com resgate imediato e sem confinamento em ambiente fechado. Dá entrada 2 horas após o acidente, consciente, sem rouquidão, sem escarro carbonáceo e sem queimaduras em face ou pescoço. Apresenta queimaduras profundas de segundo grau em tronco anterior e membro superior direito, estimadas em 30% da superfície corporal, não circunferenciais. Foi iniciada reposição volêmica com Ringer lactato calculada pela superfície corporal queimada, com sonda vesical de demora para monitorização.

Na sexta hora de reposição, encontra-se com pressão arterial de 118 × 76 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm e débito urinário de 20 mL/h, equivalente a 0,3 mL/kg/h, nas últimas 2 horas.

Diante desses parâmetros, a conduta adequada é

(A) administrar 1.000 mL de cristaloide em bolus, em infusão rápida.

(B) aumentar de forma gradual a velocidade de infusão do cristaloide.

(C) manter a velocidade atual de infusão do cristaloide e reavaliar o débito urinário na hora seguinte.

(D) associar albumina humana à reposição volêmica em curso.

QUESTÃO 38

Homem, 57 anos, assintomático e sem alteração do exame físico, com PSA de 23 ng/mL em exame de rotina, repetido com intervalo de 2 semanas com resultado de 29 ng/mL. Ressonância magnética da próstata identificou nódulo de 2,3 cm à direita, PI-RADS 5, sem sinais de extensão extracapsular, invasão das vesículas seminais ou linfonodos pélvicos suspeitos. Biópsia da próstata com adenocarcinoma usual da próstata ISUP 5.

Considerando as informações apresentadas, qual é a próxima etapa mais apropriada no manejo desse paciente?

(A) Solicitar PET-CT com PSMA para estadiamento antes da definição terapêutica.

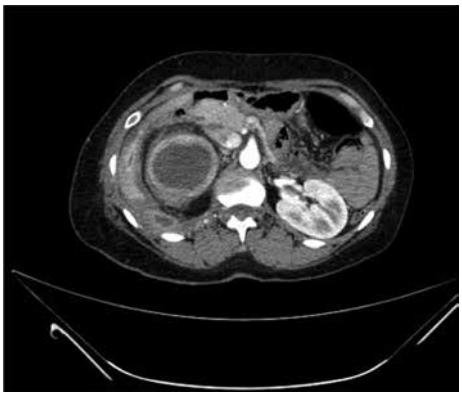
(B) Indicar tratamento cirúrgico com linfadenectomia pélvica, dispensando exames adicionais de estadiamento.

(C) Tratamento com antibiótico e solicitar novo exame de PSA 2 semanas após o término da antibioticoterapia.

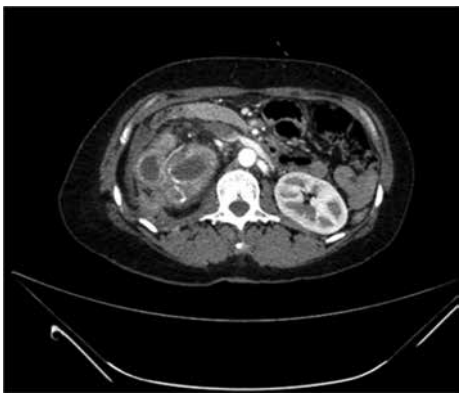
(D) Iniciar bloqueio hormonal associado ao docetaxel em caráter neoadjuvante e realizar o estadiamento após 3 meses de tratamento.

QUESTÃO 39

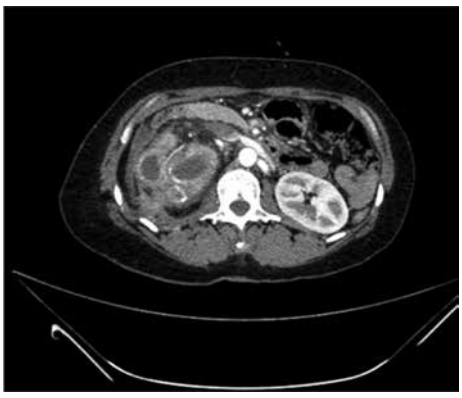
Mulher, 58 anos, procura atendimento devido à perda ponderal de 8 kg nos últimos seis meses, dor lombar direita contínua, hematúria intermitente e episódios recorrentes de febre. Refere múltiplos tratamentos prévios para infecção urinária nos últimos dois anos. Ao exame físico, apresenta dor à palpação do flanco direito. Exames laboratoriais: Hb: 9,8 g/dL; leucócitos: 12.500/mm^3; PCR: 8 mg/dL; Cr: 1,1 mg/dL. Realizou tomografia computadorizada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A partir dos dados e das imagens apresentados, qual o tratamento indicado para essa paciente?

(A) Nefroureterectomia radical.

(B) Nefrectomia parcial.

(C) Nefrectomia radical.

(D) Antibioticoterapia exclusiva.

QUESTÃO 40

Mulher, 52 anos, com diagnóstico de cálculo coraliforme renal direito, é submetida a nefrolitotripsia percutânea eletiva. Urocultura, 2 semanas antes da cirurgia, estava negativa. Punção e dilatação sem intercorrências. Poucos minutos após o início da litotripsia a paciente evolui com piora hemodinâmica, PA: 90 × 65 mmHg e FC: 120 bpm. Débito da irrigação se manteve claro.

Diante desse cenário, qual a conduta mais adequada?

(A) Suspender o procedimento e solicitar angiografia renal com embolização de urgência, assumindo lesão vascular como causa mais provável da instabilidade hemodinâmica.

(B) Prosseguir com a litotripsia percutânea, uma vez que a fragmentação e retirada do cálculo é a principal fonte de contaminação bacteriana e sua remoção completa é a forma mais eficaz de controlar o foco séptico.

(C) Suspender imediatamente o procedimento, deixar cateter de nefrostomia para drenagem da via urinária, iniciar medidas de ressuscitação hemodinâmica e antibioticoterapia de amplo espectro.

(D) Suspender o procedimento, retirar todos os dispositivos e reprogramar novo tratamento após estabilização clínica.

QUESTÃO 41

Homem, 25 anos, foi submetido à orquiectomia radical direita por via inguinal devido a lesão testicular sólida. O exame anatomopatológico identificou carcinoma embrionário (80%) e tumor do saco vitelino (20%). Exames laboratoriais: alfa-fetoproteína > 620 ng/mL; β-hCG: 240 mUI/mL; DHL: 480 U/L. Tomografia de abdome total evidenciou conglomerado linfonodal interaortocaval de 5,8 cm. O paciente foi submetido a três ciclos de BEP (bleomicina, etoposídeo e cisplatina), evoluindo com normalização completa dos marcadores tumorais. A tomografia de reestadiamento, realizada quatro semanas após o término da quimioterapia, demonstra massa residual retroperitoneal interaortocaval de 1,2 cm.

Considerando o exposto, qual a conduta mais adequada neste momento?

(A) Radioterapia de resgate por se tratar de tumor seminomatoso.

(B) Vigilância ativa com tomografia e marcadores tumorais em 3 meses.

(C) PET-CT para avaliar a viabilidade tumoral da massa residual.

(D) Linfadenectomia retroperitoneal para ressecção da lesão residual.

QUESTÃO 42

Homem, 68 anos, foi submetido à biópsia prostática transretal guiada por ultrassonografia, há 3 dias, devido à suspeita de neoplasia prostática. Procura o pronto-socorro apresentando disúria, piora do estado geral e hematúria macroscópica com eliminação de pequenos coágulos desde o procedimento. Ao exame físico, encontra-se confuso; PA: 90 x 58 mmHg; FC: 126 bpm; FR: 28 irpm, T: 38,2 ºC e TEC: 4 segundos. Os exames laboratoriais demonstram: Hb: 11,8 g/dL; leucócitos: 21.500/mm^3; plaquetas: 12.0000/mm^3; lactato: 4,6 mmol/L; creatinina: 2,1 mg/dL; PCR: 12 mg/dL. USG com coágulo intravesical, sem distensão vesical significativa.

Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada?

(A) Choque hemorrágico secundário à hematúria pós-biópsia, devendo-se iniciar transfusão de cristaloide e concentrado de hemácias e angiografia com embolização.

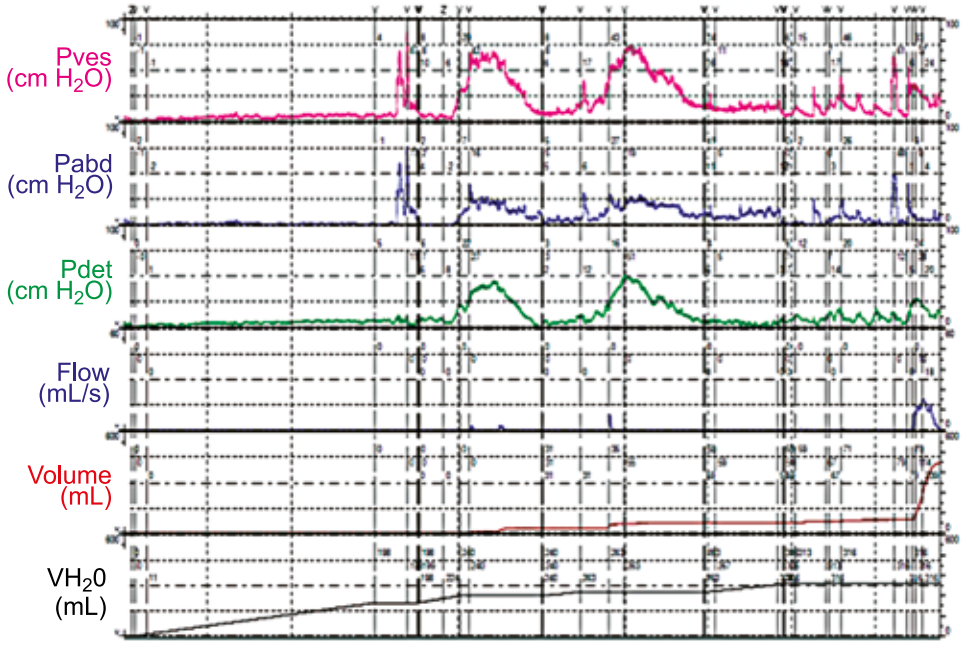
(B) Sepse com instabilidade hemodinâmica secundária à infecção do trato urinário pós-biópsia, devendo-se iniciar ressuscitação hemodinâmica, coleta de culturas e antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro.

(C) Lesão renal aguda secundária à retenção urinária por coágulos, devendo-se realizar cistostomia suprapúbica de urgência antes de qualquer outra medida.

(D) Síndrome inflamatória sistêmica secundária à manipulação do trato urinário, devendo-se manter hidratação venosa e observação clínica.

QUESTÃO 43

Mulher, 67 anos, apresenta, há 2 anos, perda urinária precedida por forte desejo miccional. Foi submetida à avaliação urodinâmica, cujo traçado encontra-se a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Adote: Pves: pressão vesical; Pabd: pressão abdominal; Pdet: pressão detrusora; Flow: fluxo em mL/s; Volume: volume urinado; VH_2O: volume infundido

Considerando o exposto, assinale a alternativa que apresenta, respectiva e corretamente, a causa da incontinência urinária e o diagnóstico urodinâmico.

(A) Por urgência e hiperatividade do detrusor durante a fase de enchimento.

(B) Aos esforços e deficiência esfincteriana na fase de enchimento vesical.

(C) Por urgência e hipersensibilidade vesical sem hiperatividade do detrusor.

(D) Mista e baixa complacência vesical na capacidade cistométrica máxima.

QUESTÃO 44

Gestante de 32 semanas é admitida no pronto-socorro após colisão automobilística, a 60 km/h, ela estava com cinto de segurança e o tempo de extricação foi de 45 minutos. Ao exame inicial, encontra-se consciente e orientada, referindo dor abdominal difusa. Os sinais vitais mostram: PA: 110 × 70 mmHg; FC: 108 bpm; FR: 22 ipm e $SatO_2$: 98%. O útero é compatível com a idade gestacional, sem sangramento vaginal evidente. Há deformidade em coxa direita com pulsos distais presentes. O FAST evidencia líquido livre na cavidade abdominal. Durante a avaliação, o traçado cardiotocográfico demonstra desacelerações tardias recorrentes.

Considerando as alterações fisiológicas da gestação e o atendimento inicial ao trauma, assinale a alternativa correta.

(A) A presença de pressão arterial normal praticamente exclui choque hemorrágico materno significativo, uma vez que a gestação aumenta a reserva volêmica materna.

(B) A cardiotocografia indica sofrimento fetal agudo que é explicado pelo choque hemorrágico da gestante.

(C) O feto está em sofrimento agudo e a causa mais provável é contusão uterina direta no momento do acidente.

(D) O achado cardiotocográfico exclui sofrimento fetal, pois a gestante não está em choque.

QUESTÃO 45

Homem, 28 anos, é admitido no pronto-socorro após queda de árvore de 3 metros. Durante a queda, houve trauma no flanco e dorso esquerdos contra um galho. Após reposição volêmica inicial, FC: 88 bpm; PA: 118 × 78 mmHg; FR: 14; $SatO_2$: 96%. A tomografia computadorizada de abdome evidencia hematoma perirrenal esquerdo, extravasamento ativo de contraste no polo inferior do rim esquerdo na fase arterial e sem lesões viscerais associadas.

De acordo com as informações apresentadas, é correto afirmar que a melhor conduta é

(A) explorar cirurgicamente o retroperitônio, pois a presença de sangramento arterial renal constitui indicação de laparotomia exploradora.

(B) indicar laparotomia exploradora e nefrorrafia imediata, uma vez que a presença de extravasamento arterial contraindica tratamento não operatório.

(C) manter tratamento conservador com observação clínica e tomografias seriadas, pois a estabilidade hemodinâmica é suficiente para afastar necessidade de qualquer intervenção.

(D) realizar angiografia com possibilidade de embolização seletiva do ramo arterial sangrando ativamente na ausência de outras indicações de laparotomia.

QUESTÃO 46

Homem, 28 anos, motociclista, vítima de colisão frontal da motocicleta contra a lateral de automóvel, trafegando a 50 km/h há cerca de 30 minutos. Chega imobilizado em prancha rígida e com colar cervical. Ele responde adequadamente às perguntas, refere intensa dispneia e está sem sangramentos externos evidentes. Os sinais vitais mostram FR: 32 ipm; $SatO_2$: 88% com máscara não reinalante a 15 L/min. Ao exame físico, há redução da expansibilidade e do murmúrio vesicular, além de crepitações à palpação em hemitórax à direita e estase jugular, PA: 80 × 50 mmHg; FC: 138 bpm; TEC: 5 segundos. Pulsos periféricos finos. Abdome flácido e indolor à palpação superficial e pelve estável. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Escala de coma de Glasgow: AO 4, RV 5, RM 6.

Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa correta com relação à adequada sequência de condutas no atendimento a esse paciente.

(A) Intubação orotraqueal seguida de drenagem torácica em selo d'água para corrigir o déficit ventilatório causado pelo tórax instável.

(B) Radiografia de tórax e drenagem torácica em selo d'água se confirmado o diagnóstico de pneumotórax.

(C) Fast para confirmar o diagnóstico de hemotórax maciço e drenagem torácica como tratamento imediato.

(D) Drenagem torácica em selo d'água imediata sem necessidade de descompressão torácica de alívio.

QUESTÃO 47

Mulher, 45 anos, trazida ao serviço de emergência após colisão frontal de automóvel contra um muro a 70 Km/h, estava sem cinto de segurança. Socorristas informam que havia deformidade no volante e paciente se queixava de falta de ar e dor torácica no local. Está em prancha rígida e colar cervical. No atendimento primário foram identificados hematomas em tórax anterior e sinais de pneumotórax à esquerda, sendo realizada drenagem torácica com saída de ar e 200 mL de sangue. Ao exame: PA: 120 × 70; FC: 110; FR: 18 e $SatO_2$: 97%. Após as medidas iniciais a paciente se manteve estável e foi solicitado eletrocardiograma, que identificou alterações inespecíficas da repolarização ventricular e troponina T 22 ng/L (VR <14). Nega comorbidades e medicamentos de uso contínuo.

Nesse caso, é correto afirmar que as condutas relacionadas à condição cardiológica são

(A) internação em enfermaria para realizar eletrocardiograma e troponina T, em 12 horas, para definir necessidade de ecocardiograma.

(B) solicitar troponina T, em 1 hora, e realizar cateterismo cardíaco se o resultado for 10% superior ao inicial.

(C) internação em UTI para monitorização cardíaca contínua e realização de ecocardiograma transtorácico.

(D) analgesia e alta hospitalar, pois são alterações esperadas neste mecanismo de trauma, e retornar se a dor torácica persistir por 24 horas.

QUESTÃO 48

Homem, 28 anos, é admitido no pronto-socorro vítima de atropelamento por veículo a 60 km/h. Encontra-se pálido, sudoreico, FC: 138 bpm; PA: 78 × 42 mmHg e TEC: 6 segundos. Apresenta dor intensa à palpação da pelve, sínfise púbica não é palpável e há instabilidade pélvica. Após realização das medidas iniciais, foi aplicado um estabilizador pélvico ao nível dos trocânteres maiores e iniciada transfusão de hemocomponentes. O FAST é negativo e a radiografia de tórax não demonstra alterações. A radiografia da pelve evidencia diástase da sínfise púbica de 5 cm e alargamento da articulação sacroilíaca direita. Foi realizado tamponamento extraperitoneal associado à fixação cirúrgica da pelve. Nas primeiras horas do pós-operatório o paciente persiste hemodinamicamente instável após transfusão balanceada adequada.

Qual a conduta adequada neste momento?

(A) Transfusão de plasma e plaquetas até correção da coagulopatia causada pelo choque hemorrágico.

(B) Angiografia com embolização para controle do sangramento de vasos pélvicos.

(C) Reoperação imediata para refazer o tamponamento pélvico com maior quantidade de compressas e agentes hemostáticos.

(D) Realizar angiotomografia de corpo inteiro para pesquisar foco de sangramento oculto.

QUESTÃO 49

Mulher, 45 anos, é admitida no pronto-socorro de um hospital, com total capacidade diagnóstica e terapêutica, após colisão automobilística a 80 km/h, passageira do veículo com cinto de segurança. Está em prancha rígida e com colar cervical. Ao exame inicial, encontra-se hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow de 14 e sem déficit neurológico focal. Não apresenta sinais de intoxicação, lesões distrativas dolorosas ou déficit motor e sensitivo.

Quanto à avaliação da coluna cervical, qual é a conduta mais adequada?

(A) Retirar o colar cervical se tomografia de crânio descartar lesões intracranianas e se não houver dor à palpação da coluna cervical.

(B) Retirar o colar cervical se não apresentar dor à palpação de região cervical e a rotação do pescoço a 45° para a direita e esquerda.

(C) Realizar radiografias dinâmicas em flexão e extensão para excluir instabilidade ligamentar antes da retirada do colar.

(D) Solicitar tomografia computadorizada da coluna cervical para definir sobre a retirada do colar cervical.

QUESTÃO 50

Homem, 34 anos, sofreu choque elétrico enquanto realizava manutenção em uma rede elétrica de 1200V. Segundo testemunhas, permaneceu em contato com a fonte de energia por alguns segundos antes de ser arremessado ao solo. Chega ao serviço de emergência cerca de 1 hora após o acidente. Apresenta lesões compatíveis com ponto de entrada da corrente elétrica na palma da mão direita e em planta do pé esquerdo, fala normalmente e está com máscara não reinalante com fluxo de 15L/min e colar cervical. Ao exame: FR: 18 irpm; $SatO_2$: 98%; murmúrio vesicular presente bilateralmente; PA: 132 $\times$ 84 mmHg; FC: 104 bpm; pulsos periféricos presentes; pupilas isocóricas e fotorreagentes. Escala de coma de Glasgow: AO 4, RV 5, RM 6.

Nesse caso, após a conclusão da avaliação primária, qual é a conduta mais adequada?

(A) Avaliar risco de rabdomiólise com coleta de cálcio total, CPK, fósforo e gasometria venosa.

(B) Administrar gluconato de cálcio como profilaxia para arritmia secundária a rabdomiólise.

(C) Iniciar hidratação vigorosa se houver alteração da coloração urinária que indique mioglobinúria.

(D) Monitorização eletrocardiográfica contínua se o eletrocardiograma da admissão apresentar alterações.

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.