

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HBASE e HRAS

Aplicação: 2014

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

CADERNO DE PROVA OBJETIVA



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos

OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Acerca da anatomia colorretal, julgue os itens subsequentes.

- 1 As veias retais média e inferior drenam sangue para a veia mesentérica inferior e, assim, para a circulação portal.
- 2 A veia mesentérica superior, que é um marco anatômico para cirurgias do cólon esquerdo, localiza-se à esquerda do ângulo de Treitz.

Julgue os itens que se seguem, relativos ao tumor estromal gastrointestinal (GIST).

- 3 O GIST ocorre com maior incidência no intestino delgado.
- 4 No trato gastrointestinal, o GIST apresenta-se frequentemente na forma de hemorragia digestiva.
- 5 O mesilato de imatinibe é o tratamento de primeira escolha para o GIST, sendo o único meio de promover a remissão completa nos pacientes com GIST primário.
- 6 Os pacientes com GIST devem ser submetidos à linfadenectomia de rotina para evitar recidiva da doença.
- 7 O GIST origina-se da célula intersticial de Cajal.
- 8 A proteína c-kit ou tirosino-quinase, também denominada CD 117, é um marcador tumoral do GIST.

Com relação ao tratamento cirúrgico da obesidade severa (cirurgia bariátrica), julgue os itens seguintes.

- 9 A hérnia de Petersen é uma causa importante de obstrução intestinal no pós-operatório de *bypass* gástrico em Y de Roux.
- 10 A gastrectomia vertical em manga (*vertical sleeve gastrectomy*) é uma técnica que associa a restrição gástrica ao desvio intestinal.
- 11 O balão intragástrico, cujo uso constitui método temporário de perda de peso, é introduzido por endoscopia e utilizado para perda de peso pré-operatória.

Um paciente de vinte anos de idade foi atendido em um pronto-socorro apresentando dor, havia doze horas, inicialmente mal localizada no quadrante superior do abdome. Ele relatou perda de apetite e dor em fossa ilíaca direita. No exame clínico, o paciente apresentou irritação peritoneal em fossa ilíaca direita. O resultado do leucograma evidenciou 14.000 leucócitos, com desvio à esquerda.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 12 Se for indicado tratamento cirúrgico para esse paciente, a cirurgia poderá ser realizada por via aberta, por meio de incisão mediana do tipo McBurney, também denominada incisão de Rockey-Davis.
- 13 Esse paciente apresenta o sinal de Rovsing positivo, ou seja, descompressão brusca dolorosa no quadrante inferior direito.
- 14 O paciente deve iniciar tratamento com antibióticos de amplo espectro e ser submetido a tratamento cirúrgico.

De acordo com a classificação de Nyhus, julgue os próximos itens, relativos às hérnias da região inguinal e femoral.

- 15 A técnica de Shouldice é um exemplo de técnica livre de tensão, a qual deve ser utilizada para hérnias do tipo III C.
- 16 A hérnia do tipo III A deve ser tratada preferencialmente pela técnica de McVay.
- 17 O saco herniário da hérnia do tipo III B localiza-se lateralmente aos vasos epigástricos.

Um paciente de vinte e cinco anos de idade sofreu acidente automobilístico e foi levado ao pronto-socorro com colar cervical, em prancha rígida, e com acesso venoso em membro superior direito. Ao chegar ao pronto-socorro, ele estava consciente e apresentava dispneia, desvio da traqueia para a direita e hipotensão de 90 mmHg × 50 mmHg. O paciente não apresentou fraturas faciais ou corpo estranho em cavidade oral.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 18 No exame inicial, é provável que esse paciente apresente hipertimpanismo à percussão do hemitórax esquerdo.
- 19 A conduta adequada inicial é a drenagem torácica esquerda fechada em selo d'água.
- 20 Uma traqueostomia de emergência deve ser realizada para melhorar o quadro clínico do referido paciente.
- 21 Para definição da conduta terapêutica adequada, esse paciente deve ser encaminhado à radiologia para a avaliação precisa do quadro de dificuldade respiratória.

A respeito da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), julgue os itens subsequentes.

- 22 O achado incidental e isolado de hérnia de hiato no exame endoscópico não está obrigatoriamente vinculado ao diagnóstico de DRGE.
- 23 A realização de pHmetria prolongada ou de vinte e quatro horas é indicada para pacientes com sintomas típicos de DRGE, caso a endoscopia não tenha revelado dano à mucosa esofágica, e para pacientes com manifestações atípicas extra-esofágicas, sem a presença de esofagite.
- 24 A técnica de Toupet é considerada a melhor técnica anti-refluxo, visto que ela envolve o esfôago completamente (360 graus).
- 25 Mesmo em pacientes que apresentem resultado normal na endoscopia, a possibilidade diagnóstica da DRGE não deve ser excluída pelo médico.

Um paciente de sessenta e cinco anos de idade foi atendido em hospital apresentando dor no quadrante inferior esquerdo do abdome, sintoma que se manifestava havia uma semana. Ele apresentava bom estado geral, mas dor recorrente e constipação crônica. No exame clínico, foi detectada dor localizada no quadrante inferior esquerdo e descompressão brusca dolorosa. O resultado do exame laboratorial apresentou 14.000 leucócitos, sem desvio à esquerda. Na tomografia computadorizada do abdome, evidenciou-se processo inflamatório do sigmoide classificado como Hinchey I.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 26 Nesse caso, deve-se indicar tratamento de emergência, com a realização de retossigmoidectomia e colostomia a Hartmann.
- 27 O tratamento inicial de escolha é a antibioticoterapia de largo espectro contra bactérias gram-negativas e anaeróbias.
- 28 A colonoscopia deve ser realizada imediatamente para a definição do tratamento adequado a esse paciente.

Acerca da anatomia humana, julgue os seguintes itens.

- 29 As veias gástricas direita e esquerda drenam sangue diretamente para a veia cava inferior.
- 30 A artéria gastroepiploica esquerda é um ramo da artéria esplênica.

Julgue os itens a seguir, relativos ao processo de cicatrização das feridas cirúrgicas.

- 31 Desnutrição, diabetes melito, obesidade, deficiência de vitaminas, sépsis e deficiência de oligoelementos são fatores sistêmicos que alteram o processo de cicatrização das feridas cirúrgicas.
- 32 A deficiência do fator XIII da coagulação sanguínea não está relacionada com o retardo da cicatrização das feridas cirúrgicas.
- 33 Os fibroblastos, responsáveis pela produção de colágeno e glicoproteínas do tecido conectivo da matriz extracelular, promovem a aproximação das bordas da ferida e são fundamentais no processo de cicatrização.
- 34 No início do processo cicatricial da ferida cirúrgica, a baixa concentração do lactato estimula a produção de colágeno.
- 35 Diversos fatores locais e sistêmicos podem provocar alterações no processo normal de cicatrização, ocasionando retardo ou prolongamento do processo cicatricial. Entre os medicamentos com esse efeito, destacam-se os glicocorticoides, os anti-inflamatórios não esteroidais, a colchicina, a ciclosporina e a penicilamina.

Com relação à apendicite aguda em gestantes, julgue os próximos itens.

- 36 Mulheres gestantes desenvolvem apendicite aguda menos frequentemente que mulheres não gestantes da mesma faixa etária.
- 37 Em virtude do atraso no diagnóstico de apendicite aguda na gravidez, a incidência de perfuração do apêndice é maior em mulheres gestantes do que em mulheres não gestantes.
- 38 A abordagem laparoscópica para apendicectomia é bem tolerada pelo feto e pela mãe, contudo a frequência de complicações nesse procedimento é maior que por meio de via aberta.
- 39 A apendicite aguda é a segunda causa não obstétrica mais frequente de abdômen agudo durante a gravidez.

Um paciente de quarenta e seis anos de idade foi admitido no pronto-socorro com quadro de hematemese, sem instabilidade hemodinâmica associada. Ao exame físico, apresentou pressão arterial de 100 mmHg × 70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, sem alteração importante da medida hemodinâmica na mudança de decúbito. Após o estabelecimento do acesso venoso, o médico aplicou soro fisiológico 0,9% e encaminhou o paciente à unidade de endoscopia digestiva. O paciente foi submetido a uma videoendoscopia digestiva alta que revelou a presença de lesão umbilicada de aspecto submucoso, com ulceração central e coágulo aderido. O coágulo foi exaustivamente irrigado com soro fisiológico 0,9%, mas não se descolou da úlcera. A lesão localizava-se na parede posterior do fundo gástrico, apresentava aspecto endoscópico sugestivo de GIST gástrico e media, aproximadamente, 3,0 cm × 2,5 cm de diâmetro. O paciente foi submetido, ainda, a uma tomografia computadorizada de abdome, que também sugeriu a presença de GIST gástrico.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 40 Em casos como o descrito, a disseminação metastática ocorre por contiguidade ou de forma hematogênica, sendo o fígado e o peritônio os locais mais frequentemente acometidos por metástases.
- 41 O fundo gástrico é o local do estômago que o GIST gástrico aparece com mais frequência.
- 42 As lesões descritas no caso em apreço usualmente são assintomáticas e constituem achado de exame endoscópico. Essas lesões apresentam sintomas como dor abdominal ou sangramento gastrointestinal, somente quando crescem ou ulceram.
- 43 O tratamento cirúrgico do GIST gástrico consiste na ressecção da parede gástrica acometida pela lesão, com margem de segurança de pelo menos 3,0 cm de borda livre sem acometimento tumoral.

Um paciente hepatopata, portador de cirrose em virtude de consumo de álcool e de hepatite crônica, ocasionada por hepatite B, sem hipertensão portal associada, *Child A*, procurou atendimento médico para a avaliação periódica de seguimento da doença hepática. O paciente foi submetido à tomografia computadorizada de abdome com contraste, que revelou tumoração de 4,0 cm, hipervascularizada, de aspecto irregular, localizada no segmento VI. Observou-se que os níveis séricos de alfafetoproteína — 2.000 ng/mL — encontravam-se elevados. A biópsia hepática orientada por tomografia computadorizada revelou hepatocarcinoma.

De acordo com o caso clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 44 No caso clínico em apreço, a realização da biópsia hepática foi imprescindível para estabelecer o diagnóstico de hepatocarcinoma.
- 45 Nesse caso, o melhor tratamento será o cirúrgico, devendo-se optar pela segmentectomia em vez da lobectomia direita, visto que, em virtude da função hepática do paciente, existe risco de insuficiência hepática no pós-operatório da lobectomia.
- 46 Os locais mais frequentes de metástases do hepatocarcinoma são os pulmões e os linfonodos da região peri-hilar e do tronco celíaco.
- 47 Embora o hepatocarcinoma seja geralmente assintomático, o portador desse tumor pode apresentar sintomas como dor abdominal associada ou não à hepatomegalia, febre e piora da função hepática, seguida de hemorragia digestiva ou ascite.

Um homem de trinta e cinco anos de idade, esportista, procurou atendimento médico, queixando-se de desconforto em região inguinal direita, iniciado havia aproximadamente dois anos. O paciente relatou que, inicialmente, o desconforto estava associado ao intumescimento da região inguinal durante a realização de esforços físicos. Referiu, ainda, que o desconforto regredia nos momentos de repouso. No exame do canal inguinal, observou-se que, quando o paciente realizava manobra de valsava, o saco herniário fazia contato com a polpa digital.

Com relação à situação hipotética apresentada e aos aspectos a ela relacionados, julgue os itens de 48 a 53.

- 48 Como o paciente em questão não apresentou histórico de cirurgia prévia e condições de risco para recidiva da hérnia, deve-se optar pela realização de um reparo convencional sem uso de tela.
- 49 A hipótese diagnóstica para o caso em consideração é de hérnia inguinal direta associada à fraqueza da aponeurose da fâscia *transversalis* no triângulo de Hasselbach.

- 50 Entre os procedimentos convencionais utilizados para tratamento das hérnias inguinais, o que apresenta menor taxa de recidiva é a técnica de Shouldice.
- 51 A antibioticoprofilaxia pré-operatória não deve ser utilizada de forma rotineira em portadores de hernioplastias, sendo recomendada apenas nos casos de alto risco de infecção.
- 52 Caso um paciente submetido à hernioplastia inguinal prévia convencional apresente recidiva, ele deverá ser submetido a uma nova hernioplastia inguinal com colocação de tela preferencialmente por via laparoscópica.
- 53 Para o tratamento das hérnias inguinais, em relação à taxa de recidiva, não há diferença significativa entre a colocação de tela por via aberta ou por via laparoscópica. No entanto, a hernioplastia inguinal laparoscópica apresenta maior risco de complicações graves em relação ao procedimento com colocação de tela por via aberta.

Um homem deu entrada no pronto-socorro referindo episódios de hematêmese. O paciente foi submetido à avaliação hemodinâmica, cujos resultados revelaram pressão arterial de 80 mmHg × 60 mmHg e frequência cardíaca de 110 bpm em decúbito dorsal, com queda dos níveis pressóricos e aumento da frequência cardíaca em posição supina. O paciente disse que, havia sete dias, fazia uso de anti-inflamatório — diclofenaco sódico 150 mg/dia. Ele foi submetido à endoscopia digestiva, cujo resultado revelou presença de uma úlcera com vaso visível na parede posterior do bulbo duodenal, com aproximadamente 15 mm de diâmetro. O médico realizou injetoterapia com solução de adrenalina 1:20000, 14 mL.

No que se refere a esse caso clínico e aos aspectos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 54 A alta dose de inibidor de bomba de prótons melhora o resultado do tratamento dos pacientes com úlcera péptica sangrante ou com estigmas endoscópicos de elevado risco de ressangramento em decorrência da prolongada e marcada elevação do pH intragástrico.
- 55 Conforme a classificação de Forrest, o paciente em questão apresenta úlcera Ib e, nesse caso, o tratamento deve ser endoscópico, já que essa terapêutica apresenta baixo risco de ressangramento.
- 56 No mundo ocidental, as principais causas de hemorragia digestiva alta são, respectivamente, erosões gastroduodenais, úlceras pépticas e esofagites.
- 57 Caso haja recidiva do ressangramento após a primeira terapêutica endoscópica, o paciente em questão deverá ser submetido a tratamento cirúrgico.

Um paciente procurou atendimento médico referindo episódios crônicos de queimação e dor retroesternal, às vezes acompanhado de regurgitação, além de episódios de disfagia. Disse, ainda, fazer uso, de forma irregular, de inibidor de bomba de prótons. O paciente foi submetido à videoendoscopia digestiva alta, cujo resultado, revelou esofagite erosiva provocada por refluxo Los Angeles do tipo C, associado à hérnia hiatal por deslizamento de 3,5 cm e anel de Schatsky.

Acerca desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 58 Estenose péptica, hemorragia digestiva alta por úlcera péptica esofágica, esôfago de Barret e carcinoma epidermoide de esôfago são complicações associadas à doença do refluxo gastroesofágico.
- 59 Nos pacientes portadores de doença de refluxo gastroesofágico, a presença de hérnia hiatal por deslizamento não está associada ao aumento do refluxo gastroesofágico.
- 60 Como o paciente em questão apresenta quadro de esofagite complicada, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico.

No que diz respeito à solicitação de exames complementares na prática médica, julgue os itens que se seguem.

- 61 A radiografia do tórax é dispensada na maioria dos casos de tuberculose pulmonar com resultado positivo na baciloscopia de escarro.
- 62 Na hipótese clínica de abdome agudo inflamatório por úlcera perforada, o exame radiológico para confirmação diagnóstica é o de raio X simples de abdome.
- 63 Nos casos de urgências médicas, a solicitação do hemograma completo requer pelo menos quatro horas de jejum para que os diagnósticos diferenciais não sejam falsos-positivos.
- 64 A acurácia da ultrassonografia abdominal para o diagnóstico de apendicite aguda depende do gênero, da constituição corporal do paciente, do tempo evolutivo da doença e da experiência do radiologista.
- 65 Caso o apêndice cecal não seja visualizado em exame de tomografia do abdome, com contraste, é afastado o diagnóstico de apendicite aguda com base na ausência da inflamação periapendiceana.

Julgue os itens seguintes acerca de viroses e infestações parasitárias em fases agudas.

- 66 Os sintomas da hantavirose incluem mialgia, cefaleia, febre alta, náuseas, vômitos, diarreia, petéquias, edema pulmonar, hipotensão arterial e insuficiência respiratória aguda.
- 67 A leishmaniose visceral é caracterizada por diversos sintomas, como, por exemplo, febre intermitente com semanas de duração, hepatoesplenomegalia, astenia, anorexia e gengivorragias ou hemorragias digestivas.
- 68 Costuma-se diagnosticar a ascariíase em crianças acometidas por dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, anorexia e manchas claras e circulares no rosto, conhecidas pela designação “panos”.
- 69 No estabelecimento do diagnóstico de estrogiloidíase, levam-se em consideração diversos sintomas, entre os quais se incluem dor e distensão abdominal, pruridos e manchas eritematosas na pele, flatulência, anemia, náuseas e vômitos.
- 70 Para que o diagnóstico de amebíase intestinal seja estabelecido, são importantes os seguintes sintomas: emagrecimento, febre com calafrios, dor abdominal em cólicas e diarreia sanguinolenta ou com muco nas fezes.

Com relação às lesões provocadas por acidentes pessoais, julgue os itens subsecutivos.

- 71 Os bloqueios anestésicos tronculares em quirodáctilos para tratamento de ferimentos múltiplos devem ser realizados com uso de lidocaína 2% e adrenalina, em razão do maior tempo de duração da anestesia e da diminuição do sangramento.
- 72 Um paciente que apresenta policontusões torácico-abdominais por ter caído de uma moto, ainda que não sejam encontrados inicialmente sinais de comprometimento clínico, deverá ser mantido em observação no setor de emergência.
- 73 No tratamento das feridas contusas, faz-se a sutura e orienta-se o paciente a usar pomada sobre os pontos.
- 74 Nas lesões por mordeduras de cães desconhecidos, indica-se a aplicação de duas doses da vacina antirrábica, com intervalo de três dias entre elas.
- 75 Sangramentos traumáticos de varizes superficiais de membros inferiores, na maioria das vezes, requerem, além da manutenção do garrote até cessar o sangramento, rafia com pontos simples de suturas com náilon.
- 76 Ferimentos com vidros estilhaçados em regiões palmares em que o paciente não consegue flexionar ativamente os quirodáctilos devem ser imediatamente suturados, e a vítima deverá ser encaminhada ao ambulatório de ortopedia.

No que se refere a situações comuns de clínica-geral a que, por vezes, está exposto o cirurgião, julgue os itens que se seguem.

- 77** Perda sanguínea originada além do ângulo duodeno-jejunal de Treitz, pode ser classificada como hemorragia digestiva baixa.
- 78** Para melhor controle sobre variáveis metabólicas, principalmente aminoácidos, íons e glicemia, a nutrição parenteral total é indicada aos pacientes submetidos a reoperações com anastomoses intestinais, mesmo na vigência de trânsito intestinal funcionante.
- 79** Nos casos de coagulação intravascular disseminada, indica-se transfusão emergencial com sangue estocado.
- 80** A profilaxia com enoxaparina subcutânea é contraindicada no pós-operatório de cirurgias extensas, dado o alto poder desse medicamento de provocar hemorragias.
- 81** Em casos emergenciais de sangramentos no parênquima pulmonar, a toracotomia a céu aberto deve ser a medida preferencial, se comparada à drenagem torácica.
- 82** A pacientes vítimas de ferimentos penetrantes no abdome, por arma branca, é indicada, antes de tudo, a realização de radiografia do tórax, em pé, na busca do diagnóstico de pneumoperitônio.

Os ambientes insalubres apresentam uma variedade de patógenos contaminantes responsáveis por uma série de doenças infecciosas. A respeito desse tema, julgue os itens subsequentes.

- 83** Os anticorpos são agentes sanguíneos da imunidade adquirida.
- 84** A pele e o epitélio das mucosas atuam como barreiras físicas da imunidade natural.

A capacidade de responder adequadamente determinadas agressões à homeostasia, sejam elas de natureza cirúrgica, traumática ou infecciosa, é um componente denominado resposta endócrino-metabólica ao trauma, fundamental aos seres humanos. Com relação a esse assunto, julgue os seguintes itens.

- 85** Somado a estímulos provenientes da ferida operatória ou traumática, o desequilíbrio na circulação, mesmo que transitório, leva o sistema nervoso simpático a tornar-se hiperativo e a estimular a medula adrenal à liberação de epinefrina para preservar a perfusão tecidual.
- 86** Em razão não só do aumento do potássio no soro gerado pelas lesões teciduais, mas também da ação do ACTH, a aldosterona, sintetizada na zona glomerulosa da suprarrenal é liberada pela ação da angiotensina I sob o estímulo da hipovolemia.
- 87** Em resposta ao trauma, a glicose é utilizada como fonte energética primordial pelas hemácias, pelos leucócitos recrutados para os sítios de lesão tecidual e pelo sistema nervoso central.

Julgue os próximos itens, relativos à anatomia humana.

- 88** O platisma, considerado o peritônio cervical, possui características de músculos da face, tem origem em porções subcutâneas de partes superiores do tórax e do ombro e insere-se na mandíbula.
- 89** A região tenar é a face medial próxima ao quinto quirodáctilo esquerdo, na posição anatômica.
- 90** A denominada bainha dos retos, se dissecada na parte correspondente aos terços superior, médio e inferior do abdome, apresenta diferentes camadas aponeuróticas.

O fator de risco mais importante para câncer de cólon e reto é a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino. Além disso, a idade também é considerada um fator de risco, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam proporcionalmente à idade. Considerando a importância epidemiológica do câncer colorretal, julgue os itens a seguir.

- 91** Na população em geral, o pico de incidência de pólipos benignos ocorre por volta dos cinquenta anos de idade, ao passo que o pico de incidência do câncer colorretal ocorre aos sessenta anos de idade.
- 92** Após os cinquenta anos de idade, a realização de retossigmoidoscopia e a pesquisa de sangue oculto nas fezes são estratégias de prevenção primária para redução da mortalidade por câncer colorretal, que visam a detecção precoce de pólipos intestinais e tumores em estágio inicial.
- 93** De acordo com os critérios clínicos de Amsterdã modificados para o diagnóstico do câncer colorretal não associado a polipose, deve-se pesquisar, durante a avaliação da história familiar de paciente com câncer colorretal, o câncer de endométrio, o de intestino delgado, o de uréter e o da pelve renal.
- 94** A sequência adenoma-carcinoma é amplamente aceita na literatura médica, porém, como é válida apenas para as síndromes de polipose intestinal, verifica-se que a maioria dos cânceres “de novo” surge da mucosa intestinal previamente normal.

Um homem de trinta e quatro anos de idade, vítima de acidente automobilístico frontal, foi atendido em emergência hospitalar. Após a estabilização do quadro, o paciente foi submetido à tomografia contrastada de abdome, cujo resultado evidenciou líquido livre na cavidade, trauma esplênico grau IV, fratura da pelve e hematoma pélvico extenso. Os achados da laparotomia exploradora indicaram em torno de 1.500 mL de sangue na cavidade, trauma esplênico grau IV, laceração do íleo terminal e hematoma pélvico. Optou-se pela realização de esplenectomia total, colestomia direita com ostomia à Mickulicz, cistostomia cirúrgica e fixação externa dos ossos da pelve. O paciente recebeu, ainda, 4.500 mL de cristalóide e 900 mL de concentrado de hemácias. Na UTI, apresentou choque, insuficiência respiratória, acidose metabólica e oligúria.

Com base no caso clínico apresentado e considerando os múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 95 No referido caso clínico, o compartimento líquido extracelular pode aumentar para até 60% a massa corpórea do paciente, devido ao edema resultante do aumento da pressão hidrostática microcapilar, cuja ampliação compensa a redução da permeabilidade capilar.
- 96 Caso haja redução da massa corpórea magra, o suporte nutricional planejado para o paciente deve oferecer um aporte superior ao gasto energético total, ou seja, maior que 50 kcal/kg/dia, para garantir a recomposição das reservas proteicas do paciente e interromper o estado catabólico.
- 97 Em um paciente em estado grave, observa-se que a massa corporal é distribuída em cerca de 30% de gordura, 30% de massa corporal magra e 30% de líquido extracelular.
- 98 Nesse caso, quando a terapia nutricional for parenteral, além do esquema de reposição sob demanda, insulina regular deve ser fornecida na relação 1 unidade para cada 10g de glicose.
- 99 Nesse caso, o aporte de proteínas de 2,5 g/kg/dia proporcionará a reposição necessária de aminoácidos no protocolo de terapia nutricional do paciente, sem o risco de provocar complicações metabólicas.
- 100 A maioria dos pacientes críticos não toleram fórmulas enterais com osmolaridade maior que 300-400 mOsm/L, principalmente aqueles em estado crítico.

Com relação ao colangiocarcinoma hilar, julgue os itens a seguir.

- 101 Quanto mais alta for a lesão, maior será a necessidade de avaliação da extensão proximal da lesão por colangiografia percutânea.
- 102 A ressecção cirúrgica é contraindicada em caso de invasão do ramo portal homolateral.
- 103 A ressecção do segmento I é recomendada nas lesões Bismuth II e III ressecável, com a finalidade de reduzir a recorrência local.
- 104 A colangiorressonância magnética oferece imagem da árvore biliar intra e extra-hepática com boa resolução, sendo o método inicial de escolha para diagnóstico do colangiocarcinoma hilar.

Acerca dos cuidados e do suporte oferecidos no pós-operatório, julgue os itens de 105 a 110.

- 105 O quadro clínico da síndrome do compartimento abdominal, comumente observada em politraumatizados, é variável, podendo apresentar desde desconforto respiratório até choque. Desse modo, a descompressão cirúrgica deve ser indicada assim que a pressão intravesical exceder 10 mmH₂O.

- 106 Apesar de as cirurgias bariátricas minimamente invasivas possibilitarem recuperação mais rápida, o risco de insuficiência respiratória e atelectasia/pneumonia é 1,5 vez maior que o risco presente nas cirurgias abertas.
- 107 Nos casos de pacientes que necessitem de transfusão de sangue em grande quantidade, deve-se estabelecer uma relação entre unidades de plasma e concentrado de hemácias a serem transfundidas correspondente a 2:5.
- 108 Os sangramentos digestivos provenientes das anastomoses intestinais são eventos frequentes e associados à evolução autolimitada. Para o controle adequado dessa complicação, raramente há a necessidade de ressecção e de reanastomose.
- 109 A prevenção da falência hepática pós-operatória é feita com a manutenção da bilirrubina total pré-operatória inferior a 2 mg/dL, com o emprego de estratégias para controle de sangramentos intra-operatórios e com a limitação da ressecção a, no máximo, 80% do parênquima, em pacientes sem cirrose.
- 110 Considere que um paciente com TVP e TAP/INR de 2,7, no sétimo dia de anticoagulação oral plena com warfarina, em pós-operatório de cirurgia ortopédica de grande porte, tenha sofrido embolia pulmonar. Nesse caso, deve-se instalar o filtro de veia cava inferior.

A respeito das neoplasias malignas do estômago, julgue os itens subsecutivos.

- 111 Em geral, os linfomas MALT gástricos dos estágios III e IV não são adequadamente tratados apenas com a erradicação de *H. pylori*, sendo necessária a realização de quimioterapia.
- 112 Para o tratamento de tumores bem diferenciados, com diâmetro menor que 3 cm, tipos 0-I, 0-IIa e 0-IIb, sem ulceração e sem sinais de invasão, é indicada a ressecção endoscópica do câncer gástrico precoce.
- 113 As estações linfonodais 7, 8a, 9 e 11p estão incluídas na linfadenectomia D2, independentemente da localização do tumor.
- 114 De acordo com a *Japanese Gastric Cancer Association*, adenocarcinomas que invadem até a camada muscular própria da parede gástrica dispensam a linfadenectomia D2 durante a realização do tratamento cirúrgico.
- 115 Até 48% dos pacientes que sofreram linfadenectomia D0-1 persistem com a doença linfonodal residual pós-gastrectomia, conforme o critério T e o grau histológico.
- 116 A realização da quimioterapia perioperatória em portadores de adenocarcinoma dos estágios II e III não impede a progressão da doença em 40% dos casos. Desse modo, os pacientes que completam o tratamento não têm maior sobrevida em relação àqueles submetidos à cirurgia imediata.

Julgue os itens seguintes, referentes às hérnias inguinais.

- 117 As técnicas Shouldice e Lichtenstein, utilizadas para tratamento das hérnias inguinais, são consideradas reparos sem tensão.
- 118 As hérnias inguinais diretas surgem lateralmente aos vasos epigástricos inferiores.
- 119 Recomenda-se a aplicação da técnica de McVay para os casos de hérnia do tipo IIIC de Nyhus.
- 120 A técnica de Bassini consiste na sutura dos músculos oblíquo interno e transversal ao ligamento inguinal. Nessa técnica, o funículo espermático deve ser deslocado posteriormente, para uma posição entre a linha de sutura e a fáscia transversal.



cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos