

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, 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.
- No(s) item(ns) eventualmente constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunhos.

## PROVA OBJETIVA

Um homem com sessenta e dois anos de idade e 61 kg de peso foi submetido a gastrectomia subtotal por videocirurgia — uma gastrectomia subtotal a Billroth II —, ato sem intercorrências.

Julgue os próximos itens, a respeito do tratamento pós-operatório para o paciente objeto do quadro clínico antecedente.

- 1 Recomenda-se a prescrição de, no mínimo, 2.500 mL de solução fisiológica.
- 2 Para evitar a cetose de jejum, deve-se prescrever pelo menos 400 kcal, se mantida a dieta zero.
- 3 60 mEq de potássio são suficientes para manutenção, em dieta zero.
- 4 Deve-se administrar antibiótico profilático por 48 h.
- 5 A melhor maneira de evitar doença tromboembólica nesse paciente é administrar heparina de baixo peso molecular na dose de 2 mg/kg/dia.

De acordo com as recomendações vigentes sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico, julgue os itens que se seguem.

- 6 O banho antes da cirurgia é desnecessário.
- 7 A tricotomia deve ser feita na sala de cirurgia com aparelho elétrico.
- 8 O uso de *propés* é obrigatório para o controle do risco de infecção de sítio cirúrgico.
- 9 O uso de escova na antisepsia das mãos está contraindicado.
- 10 Tempo cirúrgico prolongado e técnica cirúrgica inadequada são fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico.

Paciente com quarenta e dois anos de idade procurou o serviço de endocrinologia por apresentar aumento da glândula tireoide e múltiplos nódulos, difusamente em ambos os lobos tireoidianos. A ausência de linfadenomegalia foi constatada pelo exame de ultrassom e verificado crescimento simétrico de ambos os lobos, tendo o maior dos nódulos 4 cm. A punção mostrou tratar-se de lesão classificada como Bethesda IV.

A respeito desse caso clínico e de aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 11 A maioria dos pacientes como o do caso clínico em tela são hipotireoideos com TSH alto.
- 12 Se o nódulo fosse classificado como Bethesda V ou VI, haveria indicação formal de tireoidectomia total.
- 13 As duas complicações mais temidas na tireoidectomia total são a lesão do nervo laríngeo recorrente e o hipoparatiroidismo.
- 14 A probabilidade de se achar carcinoma papilar em bócio multinodular tóxico é de 20%.
- 15 **Situação hipotética**: O médico cirurgião retirou um nódulo de 4 cm e solicitou a biópsia de congelação para análise. O resultado foi positivo para neoplasia maligna. **Assertiva**: Nessa situação, é obrigatória a tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal sistemático.

Julgue os seguintes itens, a respeito do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal.

- 16 Se a via anterior aberta for utilizada, a melhor técnica será a de Shouldice.
- 17 Pacientes jovens e assintomáticos podem ser manejados conservadoramente.
- 18 A tela deve ser colocada em ambos os tipos de cirurgia videoassistida, sistematicamente.
- 19 O uso da tela em cirurgia via anterior (Lichtenstein) tem menores taxas de recidiva e mais dor crônica pós-operatória.
- 20 A técnica de Lichtenstein deve ser utilizada para reparo da hérnia crural, com ou sem uso de tela.

Um paciente com vinte e três anos de idade, vítima de ferimento abdominal por arma branca, foi encaminhado ao pronto-socorro. Ele chegou consciente, sudoreico, com pele pálida e fria. Estava falando e recebeu oxigênio a 10 L/min via máscara. A ausculta torácica era normal, o pulso de 120 bpm, e a pressão arterial de 90 mmHg × 50 mmHg. Foram realizados dois acessos venosos nos membros superiores.

Com relação à conduta adequada para o atendimento do paciente objeto do caso clínico antecedente, julgue os itens que se seguem.

- 21 Deve-se infundir 1.000 mL lactato de Ringer.
- 22 Deve-se solicitar, imediatamente, sangue na proporção de 1:1:1 (plasma, hemácias e plaquetas).
- 23 O paciente deve ser levado para a realização da laparotomia exploratória, imediatamente.
- 24 É recomendado o uso de coloides na sala de cirurgia momentos antes da incisão cutânea.
- 25 O uso do tromboelastograma está fortemente indicado no transoperatório.

Com base no projeto Eras (europeu), criou-se, em 2005, o projeto Acerto, projeto nacional que visa a aceleração da recuperação pós-operatória.

Com relação às recomendações do projeto Acerto, julgue os itens subsequentes.

- 26 De acordo com as recomendações desse projeto, deve-se prescrever solução de maltodextrina clara entre 2 h e 6 h antes da operação.
- 27 O jejum pré-operatório aumenta a resistência à insulina antes e após o ato cirúrgico.
- 28 Para evitar infecção de sítio cirúrgico, deve-se realizar rotineiramente o preparo de cólon.
- 29 Deve-se evitar prescrever hidratação venosa no pós-operatório imediato de operações extraperitoneais não complicadas.
- 30 Quando for necessária a realização de hidratação venosa no pós-operatório, deve-se prescrever 45 mL/kg em 24 h.

Uma mulher com sessenta e seis anos de idade, hipertensa e com insuficiência cardíaca congestiva controlada, estava utilizando 75 mg de melocoxib de 12 h/12 h, havia cinco dias, para tratamento de lombalgia. Ela apresentou vários episódios de melena nas últimas 8 h, com lipotimia associada, antes de dar entrada no pronto-socorro. Ao ser atendida, a pressão arterial dela era de 75 mmHg × 60 mmHg; frequência cardíaca de 110 bpm em posição ortostática; pressão arterial 100 mmHg × 80 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm em posição supina. Os exames laboratoriais de urgência mostraram ureia = 120 mg/dL; creatinina = 1,0 mg/dL; hematócrito = 28% e hemoglobina = 9,2 g/dL. Após ressuscitação volêmica, a paciente foi encaminhada à unidade de endoscopia para a realização de videoendoscopia digestiva alta. Foi identificada uma úlcera no estômago, localizada na pequena curvatura, logo acima do piloro, de 14 mm de diâmetro, com presença de vaso visível e sangramento em porejamento. Foram aplicados três cliques hemostáticos com interrupção do sangramento.

Em relação ao caso clínico apresentado anteriormente, julgue os itens a seguir.

- 31 A classificação da úlcera seria Forrest IIA, com estratificação de risco, conforme o escore de Glasgow-Blatchford, com risco aumentado de ressangramento.
- 32 O tratamento com injetoterapia com solução hipertônica de adrenalina 1:10.000 na úlcera, antes da aplicação dos cliques hemostáticos, não aumenta a taxa de efetividade do controle do sangramento da aplicação dos cliques endoscópicos.
- 33 A paciente apresenta fatores de risco para ressangramento em virtude do quadro clínico e da classificação de Forrest, sendo indicada a realização de *second-look* endoscópico de forma obrigatória.
- 34 Em caso de ressangramento, a opção pelo tratamento cirúrgico é a mais indicada, em virtude das comorbidades associadas.
- 35 A abordagem cirúrgica mais adequada, caso fosse realizada, seria a ligadura do vaso nutridor da úlcera e a ressecção da lesão com confecção de piloromiotomia associada e ligadura do nervo vago.

Uma mulher com setenta anos de idade foi admitida no pronto-socorro, apresentando quadro de dor abdominal no flanco esquerdo, de início insidioso, nas últimas 24 h, associado a calafrios e febre que se intensificaram nas últimas 6 h. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome com identificação de processo inflamatório no sigmoide, com estenose circunferencial parcial, vários divertículos, sendo que havia bloqueio associado do epiplon (flegmão), sem pneumoperitônio ou líquido livre na cavidade. A paciente nunca realizou colonoscopia.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 36 Trata-se de quadro de diverticulite aguda que, pela classificação de Hinchey, é de estágio I.
- 37 É recomendado tratamento inicial com administração de antibióticos: combinação de cefotriaxona 2,0 g/dia + metronidazol 500 mg de 8 h/8 h, durante dez a quatorze dias, de acordo com a evolução clínica.
- 38 Nova avaliação tomográfica deverá ser realizada precocemente, caso haja piora clínica, ou sete dias após o início do tratamento antibioticoterápico.

- 39 Em virtude do quadro parcial de estenose circunferencial parcial, a colonoscopia deve ser realizada precocemente em torno de trinta dias, após o fim do tratamento antibioticoterápico para exclusão de neoplasia colorretal associada.
- 40 Há indicação de tratamento cirúrgico com realização de sigmoidectomia com anastomose colorretal, por videolaparoscopia, três meses após a resolução do quadro de diverticulite aguda.

Um homem com vinte e oito anos de idade, vítima de traumatismo abdominal por joelhada durante jogo de futebol, deu entrada no serviço de pronto-socorro com quadro de intensa dor abdominal, associado à rigidez abdominal. O exame físico do abdome mostrou descompressão brusca dolorosa. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda, com aumento da amilase cinco vezes o valor normal. Foi indicada a realização de tomografia computadorizada do abdome com contraste, que evidenciou a presença de hematoma em corpo do pâncreas, sinais de laceração parcial do corpo pancreático em sua superfície anterior, coleção de líquido no espaço subfêrnico esquerdo e junto ao pâncreas e ao polo inferior do baço. O paciente encontrava-se hemodinamicamente estável. Foi indicada a realização de laparotomia exploradora e, durante inventário da cavidade, foi identificada a secção parcial do corpo do pâncreas (25% do órgão) à esquerda, a 4 cm da formação da veia porta, em direção à cauda pancreática, sem exposição do ducto Wirsung, tendo-se identificado, ainda, hematoma superficial do polo superior do baço. Foi realizada rafia do pâncreas com pontos interrompidos, drenagem da cavidade com dreno tubo-laminar.

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

- 41 A abordagem cirúrgica mais adequada para esse caso clínico é a realização da exploração do hematoma, pancreatectomia corpo-caudal com sutura mecânica com grampeador linear vascular ou sutura contínua com prolene 3.0 e drenagem da cavidade com dreno tubo-laminar Jackson-Pradd, e conduta conservadora na abordagem da lesão esplênica, com sutura com pontos interrompidos, evitando-se, assim, a realização de esplenectomia.
- 42 A conduta adequada para remoção do dreno abdominal inclui a observação do débito do dreno abdominal diário e a dosagem da amilase do líquido drenado. Se esse débito estiver entre 50 mL e 100 mL, e se o teor da amilase for de no máximo 5 vezes o valor sérico do sangue, o dreno poderá ser removido.
- 43 A elevação contínua da amilase sérica e a leucocitose no pós-operatório, sem sinais de sepse, podem estar associadas ao desenvolvimento de pseudocisto pancreático, que deve ser tratado com laparotomia exploradora de forma precoce ou abordagem endoscópica, com a utilização de drenagem do pâncreas para o estômago por ecoendoscopia com colocação de *stent*.
- 44 A remoção do parênquima pancreático com a realização de pancreatectomia corpo-caudal nesse paciente não estaria associada ao desenvolvimento de insuficiência pancreática no pós-operatório.
- 45 Apesar de o paciente não ter apresentado instabilidade hemodinâmica durante a admissão, a indicação de laparotomia exploradora foi adequada, em virtude do grau da lesão pancreática.

Uma paciente com quarenta e seis anos de idade procurou consultório médico para receber orientações do cirurgião quanto à prevenção do câncer, exames periódicos e procedimentos cirúrgicos no aparelho digestório. Em relação aos antecedentes familiares, ela informou que sua irmã teve câncer de mama, sua prima materna teve câncer de tireoide e que sua mãe foi submetida a colectomia esquerda em virtude de adenocarcinoma colorretal aos sessenta e quatro anos de idade. A paciente apresentou os seguintes exames ao cirurgião:

- I endoscopia digestiva alta, revelando atrofia da mucosa do antro gástrico, com área de metaplasia intestinal incompleta sem displasia, um pólipó hiperplásico da parede posterior do antro de 8 mm de diâmetro, que foi removido, e *Helicobacter pylori* positivo;
- II ultrassonografia abdominal total com *doppler*, que evidenciou dois pólipos na parede posterior da vesícula biliar com fluxo ao *doppler*, sendo um de 11 mm e outro de 6 mm;
- III exames laboratoriais sem alteração nos valores dos marcadores tumorais (CEA, alfa-fetoproteína, CA19-9 e CA125).

Com base no caso clínico precedente, julgue os próximos itens.

- 46 As medidas de prevenção do câncer colorretal para essa paciente incluem a videocolonoscopia, que deverá ser realizada aos cinquenta anos de idade.
- 47 Em razão da localização e do tamanho dos pólipos da vesícula biliar e, para evitar o desenvolvimento de neoplasia na vesícula, deve-se indicar a colecistectomia videolaparoscópica.
- 48 Deve-se indicar a realização de videoendoscopia digestiva alta a cada cinco anos, para acompanhamento da metaplasia intestinal no antro com biópsias seriadas.
- 49 O pólipó hiperplásico de antro que foi removido é um achado não relacionado à atrofia da mucosa do antro e apresenta baixo risco de malignidade.
- 50 A paciente deve ser submetida à erradicação de *H. pylori*, com esquema tríplice de amoxicilina 2,0 g/dia, claritromicina 1,0 g/dia durante sete dias e esomeprazol magnésico 80 mg/dia na primeira semana, depois 40 mg/dia durante mais quatro semanas.

O projeto denominado Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (Acerto) é um programa fundamentado na medicina baseada em evidências, aplicada ao cuidado pré-operatório, que visa acelerar a recuperação pós-operatória de pacientes cirúrgicos. A respeito das recomendações desse projeto, julgue os próximos itens.

- 51 A intervenção nutricional imediata (internuti) via oral ou enteral, com fórmula hiperproteica com ou sem imunonutriente, deve ser iniciada de três a cinco dias antes da operação, na quantidade mínima de 500 mL a 1.000 mL para os pacientes de risco nutricional e por até dez dias para os desnutridos graves em cirurgias de médio e grande portes.
- 52 Para pacientes em estado hipermetabólico e(ou) desnutridos, com contraindicação para nutrição enteral por período superior a cinco dias, deve-se indicar a total nutrição parenteral e, se esse período de contraindicação for inferior a três dias, deve-se mantê-los sem nutrição parenteral e reavaliar as condições desses pacientes entre 24 h e 48 h, para início da nutrição enteral.

53 A administração de líquidos deve seguir critérios no pré-operatório que incluem reposição de perda sanguínea — ocorrendo perdas de até 5 mL/kg — ou, se o hematócrito estiver entre 25% e 30%, a reposição deverá ser feita com coloides na proporção de 1:2. No entanto, se não houver disponibilidade de coloides, far-se-á a reposição com cristaloides na proporção de 3:1.

54 Entre as condutas relacionadas com diminuição da resistência insulínica no pós-operatório e que podem diminuir a taxa de infecção no pós-operatório, está a ingesta de líquidos claros, liberada até 3 h antes do procedimento anestésico.

55 Em relação ao jejum e à alimentação no período pré-operatório, é recomendado: não permitir jejum prolongado; manter jejum para sólidos entre 6 h e 8 h antes da operação; prescrever bebida com carboidrato (maltodextrina) a 12%, 200 mL entre 2 h e 6 h antes da operação; ou bebida com maltodextrina e proteínas 6 h antes e novamente entre 2 h e 3 h antes da operação.

Tendo em vista que o controle clínico do paciente cirúrgico no pré-operatório e no pós-operatório está relacionado com o sucesso do tratamento cirúrgico e a diminuição dos riscos de complicações nos pós-operatórios, julgue os itens a seguir.

56 **Situação hipotética:** Um paciente portador de *stent* na artéria coronária direita, colocado há cinco anos, fazendo uso de AAS 100 mg/dia, será submetido a prostatectomia transuretral para tratamento de hiperplasia prostática. **Assertiva:** Nessa situação, a conduta adequada deve ser a suspensão da medicação sete dias antes da realização do procedimento cirúrgico.

57 **Situação hipotética:** Uma paciente de oitenta e quatro anos de idade, portadora de disfagia orofaríngea grave, em virtude de seqüela decorrente de acidente vascular cerebral isquêmico três meses atrás, em uso de clopidogrel 75 mg/dia e AAS 100 mg/dia, será submetida a gastrostomia endoscópica. **Assertiva:** Nessa situação, o adequado manejo do uso dos antiagregantes plaquetários inclui a interrupção do clopidogrel cinco dias antes do procedimento e a manutenção do uso do AAS.

58 O uso adequado dos hipoglicemiantes orais no pré-operatório deve ser feito de forma parcimoniosa, para evitar que a interrupção dessa medicação sem orientação promova desequilíbrio do controle glicêmico. A metformina deve ser interrompida 72 h antes do procedimento e readministrada após 48 h, com o paciente alimentando-se normalmente por via oral.

59 A profilaxia cirúrgica mediante o uso de antimicrobiano está associada à diminuição da infecção do sítio cirúrgico e deve ser utilizada dentro de uma hora antes da incisão, exceto para o caso de vancomicina e fluorquinolonas, em que é permitida a utilização 2 h antes.

60 As doses do antimicrobiano devem ser repetidas de acordo com a sua meia-vida, em cirurgias prolongadas. Se a meia-vida do antibiótico for menor do que uma hora, como ocorre com a cefalotina e a cefuroxima, recomenda-se a administração a cada 2 h; se a meia-vida for maior que uma hora, como a cefazolina e a cefoxitina, deve-se repetir a dose a cada 4 h.

Com relação à cicatrização de feridas, julgue os itens a seguir.

- 61 A duração do processo de cicatrização pode variar a depender do tipo de tecido em que estiver a ferida.
- 62 A vasodilatação com aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos leva a achados clínicos de inflamação.
- 63 Devido ao reduzido suprimento sanguíneo, a angiogênese, formação de novos vasos sanguíneos, não ocorre no ambiente de cicatrização.
- 64 Os fibroblastos dependem de fatores de crescimento para se proliferarem, mas não precisam deles para sobreviver.
- 65 No fechamento de ferida assistido por pressão negativa, há remoção de edema crônico, diminuição do fluxo sanguíneo local e estímulo do tecido de granulação.

A respeito de infecção e de antibioticoterapia, julgue os itens que se seguem.

- 66 Entre as infecções do sítio cirúrgico, as infecções incisionais são as mais comuns.
- 67 O tipo de ferida operatória não é um fator de risco importante para a ocorrência de infecção no sítio cirúrgico, mas sim o manuseio incorreto da ferida.
- 68 No sítio cirúrgico, os microrganismos exógenos que causam infecção são provenientes da equipe cirúrgica, ao passo que os microrganismos endógenos provêm apenas de bactérias existentes no próprio sítio cirúrgico.
- 69 A infecção que se desenvolve no tratamento com antibiótico já utilizado contra uma infecção anterior é chamada de superinfecção.
- 70 A resistência a antibiótico é um problema que tem se intensificado, ocorrendo principalmente em pacientes ambulatoriais.
- 71 A eritromicina é um antibiótico macrolídeo que tem atividade antiaeróbica em concentrações sistêmicas.

No que se refere a complicações cirúrgicas, julgue os itens subsequentes.

- 72 Hematoma presente em ferida operatória é uma coleção de sangue considerada normal e menos preocupante do que seromas.
- 73 Atelectasia é a complicação respiratória mais comum no pós-operatório.
- 74 Causam alto sangramento gastrointestinal no pós-operatório doença ulcerosa péptica, síndrome de Mallory-Weiss, erosão e varizes no estômago.
- 75 Lesão do ducto biliar ocasionada durante cirurgia da vesícula é considerada como de leve grau e de baixa complicação clínica.

Julgue os próximos itens, relativos à doença do refluxo gastroesofágico.

- 76 A funduplicatura parcial poderá ser utilizada nos casos em que o esôfago não estiver com a motilidade normal.
- 77 Não ocorre disfagia imediatamente após tratamento cirúrgico.
- 78 É incomum a ocorrência de óbito em cirurgia para tratamento da doença de refluxo gastroesofágico, e a mortalidade nesse contexto não aumenta entre pacientes com sessenta anos de idade.
- 79 Em geral, a mucosa do esôfago de Barrett tem configuração colunar.
- 80 Embora o trato respiratório seja afetado na doença do refluxo gastroesofágico, a fibrose pulmonar não está associada a essa doença.
- 81 As medidas de refluxo faríngeo têm alta sensibilidade para o diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico.

Em relação a patologias abdominais, julgue os itens a seguir.

- 82 A peritonite, inflamação do peritônio e da cavidade peritoneal, é menos frequente na infecção generalizada que na infecção localizada.
- 83 Embora a hérnia seja uma complicação clínica comum, existem hérnias cuja etiologia ainda permanece desconhecida.
- 84 Causas mais comuns de doença ulcerosa péptica incluem *Helicobacter pylori* e ingestão de anti-inflamatórios não esteroides.
- 85 O prolapso retal é causado pela eversão de parte da espessura da parede retal pelo ânus, o que é bastante comum.

Julgue os próximos itens, a respeito da parede torácica e da pleura.

- 86 A síndrome de Poland pode estar associada à síndrome de Möbius.
- 87 Síndrome do desfiladeiro torácico é a compressão dos vasos subclávios e dos nervos do plexo braquial na região superior do tórax.
- 88 Os cânceres de pulmão e de mama metastáticos são as doenças malignas que mais causam derrames pleurais malignos.
- 89 Mesotelioma é uma neoplasia frequente que provém das células mesoteliais que revestem as pleuras parietal e visceral.

No que se refere a hemograma, julgue o item seguinte.

- 90 A evolução tecnológica tem trazido como consequência a perda do valor diagnóstico de exames de rotina comumente feitos em laboratório, como, por exemplo, o hemograma.

Um homem com vinte e sete anos de idade foi atendido no pronto-socorro de um hospital geral, com história de aparecimento de dor abdominal em cólica na região epigástrica há 4 h, acompanhada de náuseas e hiporexia. Posteriormente, a dor migrou para a fossa ilíaca direita, tornando-se contínua e mais forte e o paciente referiu um episódio de vômito. O exame físico mostrou um bom estado geral, temperatura corporal de 37,5 °C e abdome dolorido à palpação da fossa ilíaca direita, com sinal de Blumberg presente.

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

- 91 O diagnóstico mais provável é uma diverticulite aguda de colo.
- 92 Deve-se submeter o paciente a exame de tomografia computadorizada para o esclarecimento do diagnóstico.
- 93 Deve-se considerar o diagnóstico diferencial de úlcera péptica perforada para o paciente.
- 94 Se for utilizado o escore de Alvarado e constatada a presença de 4 pontos para esse paciente, deve-se indicar laparotomia exploradora imediata.
- 95 Uma radiografia simples de abdome em posição ortostática poderá mostrar níveis hidroaéreos na fossa ilíaca direita nesse paciente.
- 96 Para o diagnóstico da doença, se for feita a contagem de leucócitos e o resultado for normal, deve-se indicar uma tomografia computadorizada de abdome, que apresenta um resultado mais preciso do que a ultrassonografia de abdome.

Um paciente vítima de acidente automobilístico por colisão frontal de veículos foi levado para o centro de atendimento de trauma. No exame inicial, constatou-se que ele estava lúcido, orientado no tempo e no espaço, hipotenso, taquicárdico, taquipneico, com dor abdominal difusa importante e escoriações na região toracoabdominal esquerda.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 97 Se, após a realização de reposição volêmica, o paciente continuar com instabilidade hemodinâmica, deve-se indicar a laparotomia exploradora.
- 98 Se um estudo radiográfico simples de tórax e abdome mostrar fraturas de arcos costais inferiores esquerdos, será grande a probabilidade de haver lesão esplênica nesse paciente.
- 99 O FAST (*focused assesment with sonography for trauma*) deve ser usado para pesquisar a ocorrência de pneumoperitônio nesse paciente.
- 100 O lavado peritoneal diagnóstico (LPD) é um exame não invasivo que poderá detectar especificamente uma lesão diafragmática esquerda nesse paciente.
- 101 Caso uma tomografia computadorizada realizada após reposição volêmica e estabilização hemodinâmica do paciente evidencie grande quantidade de líquido livre no abdome, haverá necessidade de se realizar laparotomia exploradora.
- 102 Caso tomografia computadorizada, feita após a estabilização hemodinâmica do paciente, mostre lesão de víscera maciça, será necessária a realização de laparotomia exploradora.

Um jovem com vinte e sete anos de idade foi submetido a laparotomia exploradora devido a ferimento abdominal por arma branca, com lesão de três alças intestinais de intestino delgado e hemoperitônio. Ele foi tratado com sutura das lesões intestinais e lavagem da cavidade, tendo boa evolução clínica. Após cinco anos desse episódio, começou a apresentar náuseas e vômitos, dor abdominal em cólica e, posteriormente, distensão abdominal importante e parada de eliminação de fezes e gases.

Com referência a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 103 O método diagnóstico por imagem mais indicado para esse paciente é a ultrassonografia de abdome.
- 104 Esse paciente deve ser submetido a laparotomia exploradora imediatamente.
- 105 De acordo com a história clínica, os ruídos hidroaéreos abdominais devem estar exacerbados nesse paciente.
- 106 O substrato fisiopatológico para explicar o quadro em tela é a presença de um íleo paralítico.
- 107 A presença de bridas e aderências entre alças intestinais é a causa mais provável para explicar esse caso clínico.
- 108 O diagnóstico mais plausível para esse caso clínico é obstrução intestinal mecânica alta.

O sistema venoso dos membros inferiores tem a função de recolher o sangue que já circulou pelos capilares e encaminhá-lo de volta ao coração. Esse sistema é mais complexo do que a circulação arterial e pode dar origem a várias patologias, entre elas a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (TEP). Considerando as características anatômicas, fisiológicas e patológicas desse sistema, julgue os seguintes itens.

- 109 Os riscos de TVP estão aumentados em pacientes oncológicos e em mulheres no ciclo grávido-puerperal.
- 110 O sinal de Homans é característico de tromboembolismo pulmonar.
- 111 A diminuição do número de plaquetas é um dos fatores da tríade de Virchow que provoca a trombose venosa.
- 112 As válvulas unidirecionais estão presentes nas veias do sistema venoso profundo e superficial dos membros inferiores.
- 113 A apresentação da TVP denominada *phlegmasia cerulea dolens* ocorre quando o processo trombótico acomete as veias superficiais e profundas do membro inferior.
- 114 O sistema venoso profundo dos membros inferiores tem origem na junção das veias safena magna e parva.

Uma mulher com vinte e cinco anos de idade, com história de tratamento para gastrite por três anos, apresentou dor súbita, contínua e severa em região epigástrica que rapidamente se espalhou por todo o abdome. No atendimento do pronto-socorro, a paciente apresentava-se gemente, ansiosa, taquicárdica e taquipneica. O exame físico revelou irritação peritoneal franca e abdome em tábua.

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

- 115 Para encontrar uma posição de alívio da dor abdominal, a paciente tenderá a assumir uma atitude de mudanças constantes de decúbito.
  - 116 O primeiro exame de imagem indicado para o diagnóstico desse caso clínico deve ser uma tomografia computadorizada de abdome.
  - 117 O sinal de Joubert pode ser encontrado no exame físico dessa paciente.
  - 118 O caso clínico em tela é típico de peritonite, sendo, inicialmente, de natureza séptica.
  - 119 A indicação do tratamento cirúrgico para essa paciente deve ser a mais precoce possível.
  - 120 Se o diagnóstico para o caso em tela for de úlcera gástrica perfurada, deve ser feita biópsia da lesão.
- 

Espaço livre

---