

E5

RESIDÊNCIA MÉDICA

Especialidades

Nutrologia



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

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E5**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **3 horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

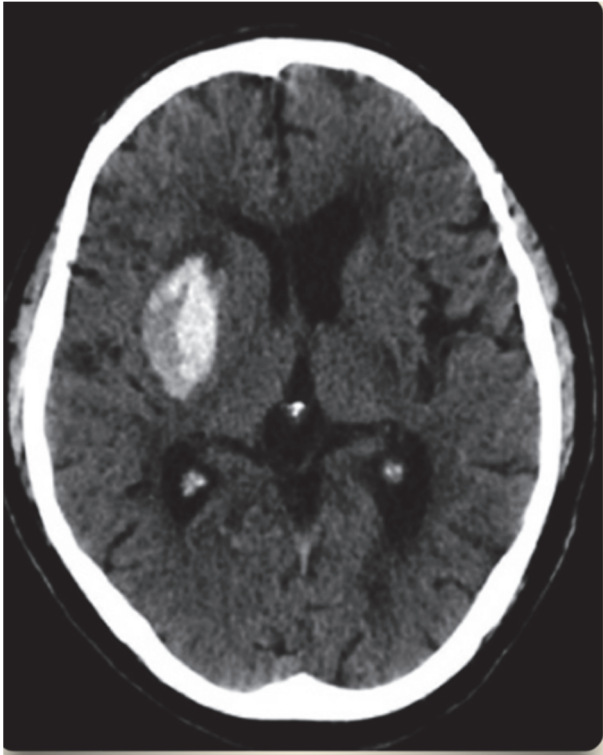
O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente  AU – Altura Uterina  AAS – Ácido Acetilsalicílico  BCF – Batimentos Cardíacos Fetais  BEG – Bom Estado Geral  bpm – Batimentos por Minuto  BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas  Cr – Creatinina  DU – Dinâmica Uterina  DUM – Data da Última Menstruação  FA – Fosfatase Alcalina  FC – Frequência Cardíaca  FR – Frequência Respiratória  GGT - Gamaglutamyltransferase  Hb – Hemoglobina  Ht – Hematócrito  HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual  IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%  IMC – Índice de Massa Corpórea  ipm – Incursões por Minuto  IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal  IST – Infecção Sexualmente Transmissível  mmHg – Milímetros de Mercúrio  MMII – Membros Inferiores  MV – Murmúrios Vesiculares  P – Pulso  PA – Pressão Arterial  pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>  PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva  pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>  POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>  PS – Pronto-Socorro  PSA – Antígeno Prostático Específico  REG – Regular Estado Geral  RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)  RN – Recém-nascido  Sat. – Saturação  Temp. – Temperatura axilar  TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase  TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase  TPO – Tireoperoxidase  TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH  TSH – Hormônio tireo-estimulante  TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral  U – Ureia  UBS – Unidade Básica de Saúde  USG – Ultrassonografia  UTI – Unidade de Terapia Intensiva  VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>  Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL  Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL  Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL  Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL  Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L  Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL  Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina  Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L  Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL  mulheres = 10 a 291 ng/mL  Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL  mulheres = 60 a 180 µg/dL  Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L  Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL  LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL  HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL  Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL  Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL  Lactato = 5 a 15 mg/dL  Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL  Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L  Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL  PSA = menor que 4 ng/mL  Sódio = 135 a 145 mEq/L  TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL  Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L  Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)  Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)  Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL  Amilase = 28 a 100 U/L  Lipase = inferior a 60 U/L  Ureia = 10 a 50 mg/dL  GGT: homens: 12 a 73 U/L  mulheres = 8 a 41 U/L  Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L  mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L  mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L  Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)  até 10 ng/mL (fumantes)  Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>  Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL  Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%  Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL  Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg  Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL  Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%  Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>  Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>  Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>  Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>  Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>  Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL  Reticulócitos = 0,5 a 2,0%  Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%  Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2  Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL  2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL  6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL  2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL  6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>  pH = 7,35 a 7,45  pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg  pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg  Base Excess (BE) = -2 a 2  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L  SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>  Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99  Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>		<p><b>Líquor (punção lombar):</b>  Células = até 4/mm<sup>3</sup>  Lactato = até 20 mg/dL  Proteína = até 40 mg/dL  Líquido pleural ADA = até 40 U/L  Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

## 01

Mulher, 72 anos de idade, é admitida na emergência devido a déficit neurológico focal há duas horas. A acompanhante refere antecedente de hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e fibrilação atrial. Faz uso de rivaroxabana 20 mg 1 vez ao dia. Refere que a última tomada do medicamento foi há seis horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 140x90 mmHg e FC de 84 bpm. A TC de crânio é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada é:

- (A) Administração de carvão ativado.
- (B) Hemodiálise.
- (C) Plasma fresco congelado.
- (D) Concentrado de complexo protrombínico não ativado.

## 02

Mulher, 75 anos de idade, em regime de hemodiálise ambulatorial por fístula arteriovenosa há 4 anos. Há três semanas, apresenta episódios de enterorragia intermitente mesmo sem heparina nas sessões de diálise. Endoscopia digestiva alta: gastrite erosiva leve. Colonoscopia: sem focos de sangramentos. Exame clínico: PA de 178x60 mmHg, descorada ++/4+, sopro sistólico em foco aórtico +++/4+, ejetivo, rude, com irradiação para o pescoço. A hemorragia digestiva é mais provavelmente relacionada à

- (A) embolia séptica.
- (B) isquemia mesentérica.
- (C) angiodisplasia intestinal.
- (D) neoplasia de intestino delgado.

## 03

Mulher de 60 anos de idade é interrogada sobre suas atividades habituais em primeira consulta. Refere que desde a morte do marido há dois anos, sente pouco interesse em arrumar a casa, o que fazia rapidamente. Tem dias melhores e dias piores e melhora nos fins de semana quando os netos a visitam. Nos demais dias, sente-se triste. O próximo passo mais adequado no manejo desta paciente é:

- (A) Introduzir mirtazapina 15 mg à noite.
- (B) Introduzir amitriptilina 25 mg à noite.
- (C) Aplicar questionário específico de depressão.
- (D) Encaminhar para avaliação de especialista.

## 04

Mulher, 68 anos de idade, comparece à consulta após internação por acidente vascular encefálico hemorrágico há um mês. Tem antecedente de fibrilação atrial crônica, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e doença renal crônica em hemodiálise. Faz uso contínuo de atenolol 50 mg/dia, losartana 50 mg/dia, insulina NPH e anticoagulação com varfarina. Na ocasião do evento, apresentava INR 2,1. Não ficou com sequelas neurológicas importantes e mantém funcionalidade preservada para atividades básicas e instrumentais de vida diária. A conduta mais adequada é:

- (A) Iniciar AAS 100 mg/dia.
- (B) Iniciar apixabana 5 mg/dia.
- (C) Ajustar alvo da varfarina para INR entre 1,5 e 2,0.
- (D) Indicar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo.

## 05

Mulher, 22 anos de idade, comparece com cansaço, adinamia e sonolência progressivos há três meses. Refere aumento recente do fluxo menstrual. Nega viagens recentes ou uso de medicações. Ao exame clínico, apresentou-se descorada +++/4+, com FC de 120 bpm, sem visceromegalias e com petéquias em membros inferiores.

• Hemograma:

Hb: 6,0 g/dL

Leucócitos: 800/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos: 200/mm<sup>3</sup>

Plaquetas: 15.000/mm<sup>3</sup>

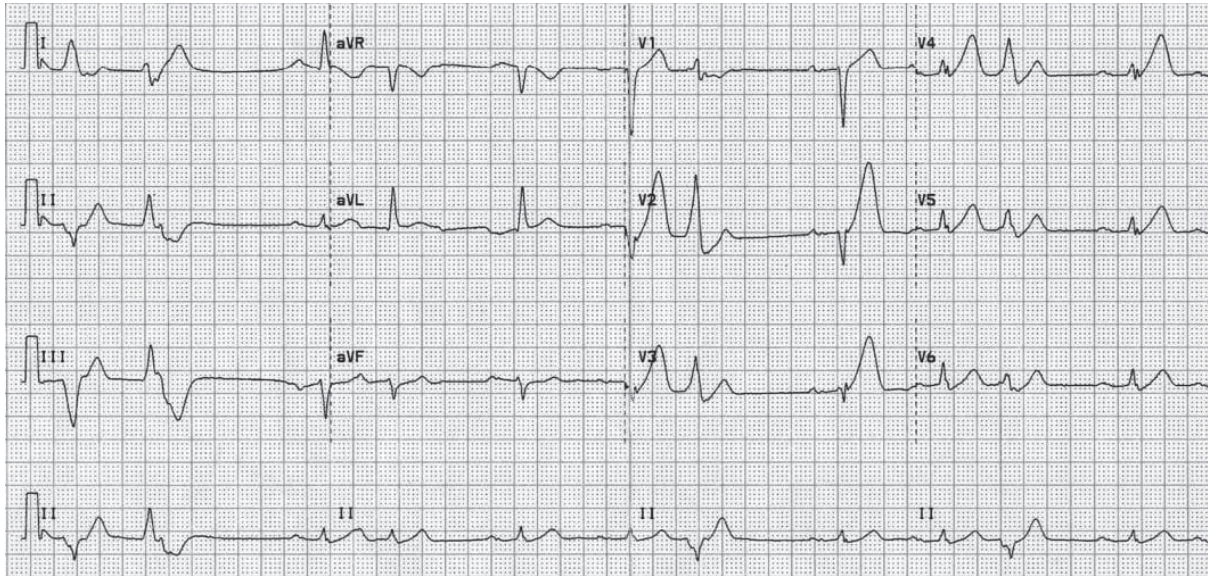
Reticulócitos: 15.000/mm<sup>3</sup>

Mielograma: não aspirável; biópsia de medula óssea: 20% de celularidade, sem excesso de blastos e sem elementos estranhos à medula, presença de clone HPN (hemoglobinúria paroxística noturna) quantificável em 2% de neutrófilos. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.
- (B) Anemia aplástica.
- (C) Hemoglobinúria paroxística noturna.
- (D) Mielofibrose primária.

## 06

Homem, 55 anos de idade, hipertenso e diabético, procura o departamento de emergência com dor torácica retroesternal em aperto com irradiação para mandíbula iniciada há 15 minutos. Ao exame clínico, apresentou diaforese, PA de 150x110 mmHg, FC de 60 bpm, FR de 20 ipm e SpO<sub>2</sub> de 95%. Ausculta pulmonar normal. Recebeu 300 mg de AAS e iniciou infusão de nitroglicerina. O eletrocardiograma inicial é apresentado a seguir:

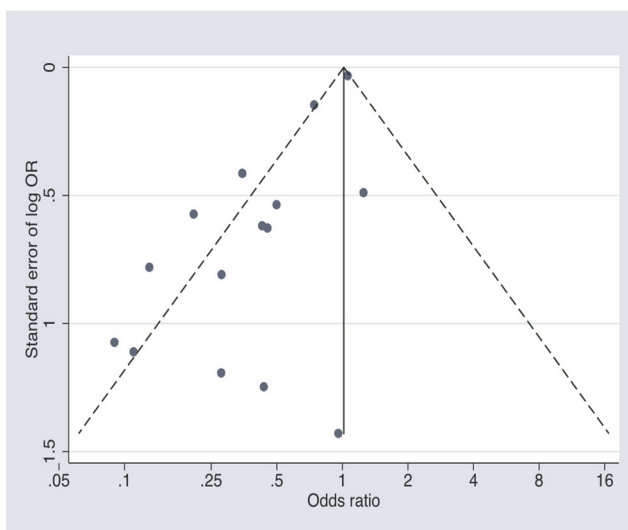


A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Atropina intravenosa.
- (B) Cineangiografografia.
- (C) Eletrocardiograma seriado.
- (D) Dosagem seriada de troponina.

## 07

Em uma metanálise de 15 estudos que avaliaram o uso de magnésio após infarto agudo do miocárdio, o gráfico a seguir é apresentado:



O gráfico indica que há

- (A) alta heterogeneidade.
- (B) viés de publicação.
- (C) efeito de subgrupo.
- (D) estudos de baixa qualidade.

## 08

Homem, 28 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa (pancolite) há 10 meses, em uso adequado de sulfassalazina 2 g/d e azatioprina 100 mg/dia, apresenta quadro de diarreia sanguinolenta cerca de 10 vezes ao dia há uma semana. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x70 mmHg; FC de 96 bpm; descorado ++/4+. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 8,9 g/dL
- Leucócitos: 7000/mm<sup>3</sup>
- Plaquetas: 220.000/mm<sup>3</sup>
- Proteína C reativa: 88 mg/dL

A conduta mais adequada é:

- (A) Infliximabe e antibioticoterapia empírica.
- (B) Infliximabe e aumentar dose de azatioprina.
- (C) Prednisona e aumentar dose de sulfassalazina.
- (D) Metilprednisolona e antibioticoterapia empírica.



## 09

Homem, 55 anos de idade, queixa-se de dor precordial aos esforços. Refere antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença renal crônica, dislipidemia e tabagismo de 40 anos-maço. Em uma passagem em pronto-socorro, realizou angiotomografia de coronárias com achado de placa aterosclerótica em primeira diagonal com redução luminal moderada a importante, na ocasião, com troponina normal. Reavaliado em consulta ambulatorial, foi introduzido anlodipino, com melhora completa do quadro anginoso. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Metoprolol.
- (B) Estatina de alta potência.
- (C) Cineangiografografia.
- (D) Cintilografia miocárdica.

## 10

Homem, 60 anos de idade, procura avaliação médica mesmo sem queixas, pois deseja realizar promoção de saúde. É ex-tabagista de 22 anos-maço e parou de fumar há 14 anos. Nega sintomas respiratórios e realiza atividade física regular (caminhada de 45 minutos, cinco vezes por semana). O rastreamento mais adequado é:

- (A) Colonoscopia a cada três anos.
- (B) Densitometria óssea a cada três anos.
- (C) Ultrassonografia de abdome total anual.
- (D) Tomografia de tórax de baixa radiação a cada cinco anos.

## 11

Paciente, 35 anos de idade, procura cirurgião plástico para implante de próteses de silicone. Nega comorbidades. Exames pré-operatórios: tempo de tromboplastina parcial ativada alargado, tempo de protrombina e tempo de trombina normais. Teste da mistura: não corrigiu o tempo alargado. O dado com maior probabilidade de ajudar no diagnóstico dessa condição é a presença de:

- (A) Abortamentos prévios.
- (B) Epistaxes recorrentes na infância.
- (C) Sangramento excessivo em extração dentária.
- (D) História familiar de trombozes.

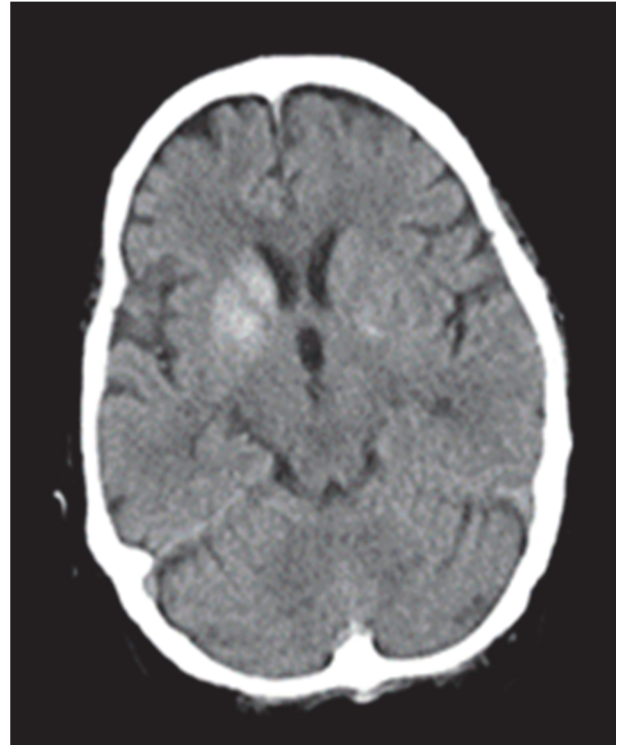
## 12

Mulher, 68 anos de idade, assintomática, realiza colonoscopia para rastreamento de câncer de cólon que mostra lesão polipoide de 1,2 cm em cólon transversos. Realizada polipectomia e exame anatomopatológico demonstra pólipos hiperplásicos. A colonoscopia deverá ser repetida em:

- (A) Três anos.
- (B) Cinco anos.
- (C) Dez anos.
- (D) Não será necessário repetir o exame.

## 13

Mulher, 55 anos de idade, sem acompanhamento médico regular ou medicações de uso contínuo, comparece no pronto-socorro por movimentos involuntários em membro superior e inferior esquerdos há oito horas, ao acordar. Exame clínico normal. Exame neurológico: hemibalismo e hemicoreia, sem outros achados ao exame neurológico. Tomografia de crânio sem contraste é apresentada a seguir:



O exame a ser feito e o tratamento mais adequados são, respectivamente,

- (A) glicemia sérica e haloperidol.
- (B) glicemia sérica e midazolam.
- (C) ressonância magnética de crânio com difusão e ácido acetilsalicílico.
- (D) ressonância magnética de crânio com difusão e trombectomia mecânica.

## 14

Mulher, 60 anos de idade, comparece para primeira consulta, não possui doenças conhecidas e é assintomática. Nega história familiar de câncer na família. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x80 mmHg, pulso de 80 bpm, rítmico. IMC de 26 kg/m². Além de rastreio para diabetes, dislipidemia, neoplasia de mama e cólon, está recomendado(a):

- (A) Doppler de carótidas.
- (B) Sorologia para sífilis.
- (C) Ultrassonografia de tireoide.
- (D) Dosagem de 25-hidróxi-vitamina D.

**15**

Homem, 58 anos de idade, histórico de febre reumática está internado para tratamento de endocardite infecciosa por *Streptococcus viridans*. Ecocardiograma transtorácico da admissão: vegetações em valva mitral associada à insuficiência mitral moderada. Após duas semanas de tratamento com antibioticoterapia, evoluiu com piora de congestão pulmonar e necessidade de doses crescentes de diuréticos de alça. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x70 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 28 ipm, Temp. 36,8 °C, SpO<sub>2</sub> 92% (com cateter nasal de O<sub>2</sub> 3 L/min). Ausculta pulmonar com estertores finos até 1/3 médio bilateral. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos. A conduta mais adequada no manejo deste paciente é:

- (A) Hidroclorotiazida oral.
- (B) Cirurgia cardíaca.
- (C) Dobutamina venosa.
- (D) Nitroglicerina venosa.

**16**

Mulher, 79 anos de idade, queixa-se de urgência urinária há seis meses, com piora gradual. Em algumas ocasiões, tem perda involuntária antes de chegar ao banheiro. Tem hipertensão arterial sistêmica e dois acidentes vasculares cerebrais isquêmicos prévios. Faz uso de anlodipino 5 mg por dia. Ao exame clínico, apresentou discreta hipertonía e hiperreflexia em braço e perna esquerdos. Mini Exame do Estado Mental (MEEM): 28/30. Urina tipo 1 normal. O diagnóstico mais provável para a queixa urinária é:

- (A) Fraqueza do assoalho pélvico.
- (B) Instabilidade do músculo detrusor.
- (C) Incontinência por transbordamento.
- (D) Bexiga hiperativa.

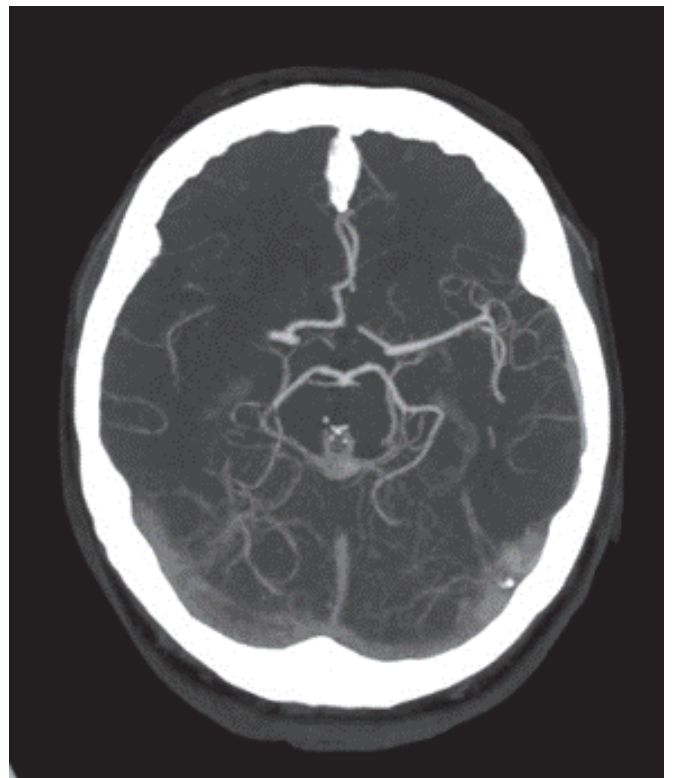
**17**

Homem, 56 anos de idade, comparece à consulta com queixa de cefaleia diária no período da manhã, principalmente ao acordar. Tem essa dor há alguns anos. A cefaleia é em peso bilateral de fraca a moderada intensidade. Nega foto e fonofobia. Faz uso esporádico de medicações analgésicas para dor (no máximo uma vez por semana). Está passando por problemas no trabalho, com muito estresse. Refere estar mais irritado, além de acordar sentindo-se cansado e sem energia. Refere que adormece em algumas reuniões de trabalho. Antecedentes: diabetes melito não insulino-dependente e hipertensão arterial. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x90 mmHg; peso de 102 kg; altura de 170 cm. Restante do exame normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Cefaleia tensional.
- (B) Hipertensão intracraniana idiopática.
- (C) Apneia obstrutiva do sono.
- (D) Arterite de células gigantes.

**18**

Homem, 62 anos de idade, com antecedente de tromboembolismo pulmonar, em uso de anticoagulação plena com enoxaparina subcutânea, é trazido ao pronto-socorro por dificuldade de movimentar o dimídio esquerdo de instalação súbita: o reconhecimento dos sintomas foi há três horas e foi visto bem pela última vez há cinco horas. A última dose administrada de enoxaparina foi há 14 horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x80 mmHg, FC de 80 bpm, FR de 20 ipm, Temp. de 36,5°C, glicemia capilar 80 mg/dL. Exame neurológico: desvio do olhar conjugado para direita, hemiplegia esquerda e síndrome de heminegligência. Tomografia de crânio: ASPECTS 8, sem outros achados relevantes. A angiotomografia arterial é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (B) Trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.
- (C) Alteplase e trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (D) Alteplase e trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.

## 19

Homem, 48 anos de idade, está internado na UTI em tratamento de hemorragia subaracnoide Hunt-Hess 4, escala de Fisher modificada 4, sob ventilação mecânica. Evoluiu no 6º dia de internação com suspeita de pneumonia associada à ventilação mecânica e foi iniciado esquema empírico com vancomicina 1 g 12/12h e ceftazidima 2 g IV 8/8h. No 3º dia de tratamento, mantém-se febril, sem drogas vasoativas.

• Exames laboratoriais:

Cr: 0,8 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Leucócitos: 15.700/mm<sup>3</sup> (80% segmentados, 3% bastonetes)

Plaquetas: 190.000/mm<sup>3</sup>

• Cultura do aspirado traqueal:

Material	Aspirado traqueal	
Microorganismo	Pseudomonas aeruginosa, 100.000 UFC	
Antibiótico	Interpretação	MIC (mg/mL)
Ceftazidima	Intermediário	<=1
Ciprofloxacina	Intermediário	0,25
Cefepime	Intermediário	<=1
Piperacilina-tazobactam	Intermediário	<=4
Imipenem	Intermediário	<=1
Meropenem	Sensível	1
Amicacina	Sensível	<=8
Colistina	Sensível	<=2
Ceftazidima-avibactam	Sensível	<=2

A conduta antimicrobiana mais adequada é:

- (A) Manter vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.
- (B) Manter vancomicina e associar amicacina.
- (C) Suspende vancomicina e manter ceftazidima.
- (D) Suspende vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.

## 20

Homem, 42 anos de idade, está internado na UTI com diagnóstico de pneumonia comunitária grave. Apresenta episódio súbito de agitação com a retirada do acesso venoso durante o plantão noturno. A equipe evitou a retirada do tubo orotraqueal. Ao exame clínico, apresentou PA de 180x110 mmHg, FC de 130 bpm, SpO<sub>2</sub> de 90%, FiO<sub>2</sub> de 60% (em modo pressão de suporte, Vc 8 mL/kg), FR de 35 ipm, Temp. de 36,5 °C. Tentativas verbais de contenção foram ineficazes no controle da agitação. A conduta imediata mais adequada é:

- (A) Contenção mecânica e haloperidol e midazolam intramusculares.
- (B) Contenção mecânica e haloperidol intramuscular.
- (C) Midazolam intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.
- (D) Haloperidol intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.

## 21

Mulher, 35 anos de idade, está internada na UTI há 24 horas com diagnóstico de choque séptico secundário à mediastinite descendente após desbridamento cirúrgico. Está em uso de ceftriaxona e clindamicina, dipirona, noradrenalina, fentanil, enoxaparina. Está em desmame de noradrenalina, com nadir de 0,05 mg/kg/min, porém nas últimas horas evoluiu com doses crescentes de vasopressor, chegando a 1 mg/kg/min, associada a tempo de enchimento capilar de 6 segundos, lívido grau ++/5+ e lactato sérico = 90 mg/dL. PA de 65x55 mmHg, FC de 150 bpm. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Choque vasoplégico.
- (B) Choque anafilático.
- (C) Tromboembolismo pulmonar maciço.
- (D) Disfunção miocárdica aguda.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 22 E 23

Homem, 43 anos de idade, sem comorbidades, comparece com náuseas, vômitos, edema periférico e dispneia há dois meses. Exames da admissão: Ur 152 mg/dL, Cr 4,7 mg/dL, hipoalbuminemia, urina I com proteinúria +++/4+ e radiografia de tórax com congestão pulmonar. Durante a investigação, foi confirmada proteinúria de 4,0 g/mg de creatinúria. Eletroforese de proteínas séricas: componente monoclonal de concentração de 2,0 g/dL, imunofixação de proteínas urinárias negativa e imunofixação sérica com componente monoclonal IgG Kappa, com dosagem de cadeias leves livres normal. Avaliação medular normal, com coloração para vermelho congo negativa, ressonância nuclear magnética sem lesões líticas e sem linfonodomegalias.

22

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Amiloidose AL.
- (B) Mieloma múltiplo assintomático.
- (C) Gamopatia monoclonal de significado renal.
- (D) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

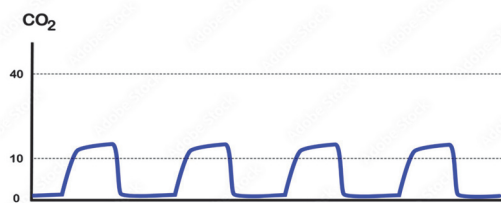
23

Em relação ao caso apresentado, o próximo exame mais adequado é:

- (A) Biópsia renal.
- (B) Biópsia de subcutâneo.
- (C) Repetir avaliação medular.
- (D) Não realizar investigação adicional.

24

Mulher, 45 anos de idade, é trazida à sala de emergência em parada cardiorrespiratória. Foram iniciadas as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e realizada intubação orotraqueal. Durante o primeiro ciclo de manobras da RCP com 110 compressões por minuto e 10 ventilações por minuto, a capnografia demonstra o seguinte traçado:



A conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a profundidade das compressões.
- (B) Aumentar a frequência das ventilações.
- (C) Aumentar o volume das ventilações.
- (D) Manter manobras de RCP.

25

Homem, 58 anos de idade, apresenta quadro de dispneia progressiva, poliartrite, epistaxe, hemoptise e perda de peso há três meses. Refere antecedente de asma controlada desde a infância. Ao exame clínico, apresentou sibilos esparsos e estertores crepitantes bilaterais.

• Exames laboratoriais:

Cr: 2,5 mg/dL

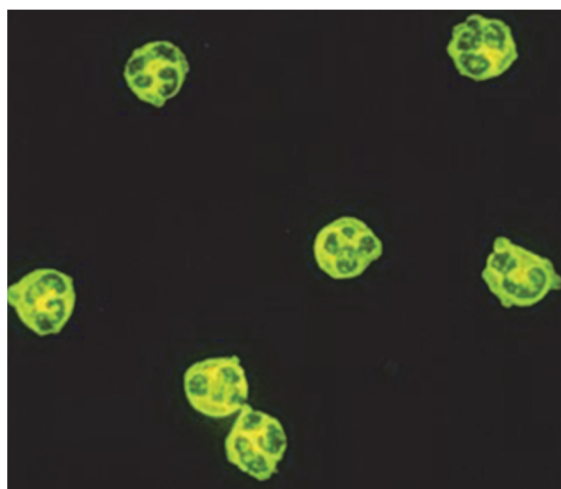
Urina tipo I: com hematúria +++/4+ e proteinúria +++/4+

Radiografia de tórax: infiltrados pulmonares difusos.

Tomografia de tórax de alta resolução: múltiplos nódulos cavitários bilaterais.

Biópsia renal: glomerulonefrite pauci-imune.

Foi solicitado o exame apresentado a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) Síndrome de Goodpasture.
- (C) Granulomatose com poliangiíte.
- (D) Granulomatose eosinofílica com poliangiíte.

26

Mulher, 38 anos de idade, refere que não voltou a apresentar ciclos menstruais após seis meses do término da amamentação do seu segundo filho. Queixa-se também de cefaleia leve, esporádica. Faz uso de sertralina, omeprazol e anlodipino. Ao exame clínico, apresentou galactorreia à expressão mamária bilateral. Na consulta, apresenta um exame de sangue com dosagem de prolactina sérica de 48 ng/mL (VR: 4,2 a 24,2 ng/mL). O próximo passo mais adequado é:

- (A) Solicitar ressonância magnética de hipófise.
- (B) Solicitar cortisol basal, TSH, T4 livre, ACTH, FSH e LH.
- (C) Suspender sertralina e reavaliar em três meses.
- (D) Suspender omeprazol e reavaliar em três meses.



27

Homem, 54 anos de idade, refere pirose há quatro meses. Realizou endoscopia digestiva alta há oito semanas que mostrou esofagite Los Angeles B. Está em uso de pantoprazol 40 mg duas vezes por dia desde então, associado a mudanças de estilo de vida, porém permanece com sintomas. A conduta mais adequada é:

- (A) pH-metria esofágica.
- (B) Associar domperidona.
- (C) Cintilografia de esvaziamento gástrico.
- (D) Trocar pantoprazol por esomeprazol.

28

Mulher, 40 anos de idade, apresenta febre alta e erupção cutânea há dois dias. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, PA de 90x60 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 24 ipm, SpO<sub>2</sub> de 94%, Temp. de 38,8 °C, *rash* difuso e lesão em mãos conforme imagem a seguir:



• Exames laboratoriais:

Cr: 1,8 mg/dL

Leucócitos: 17.000/mm<sup>3</sup> (10% de bastonetes)

Plaquetas: 95.000/mm<sup>3</sup>

Tempo de protrombina prolongado

Bilirrubina total: 3,2 mg/dL

O dado adicional da história com maior probabilidade de auxiliar no diagnóstico é:

- (A) Aplicação de ácido hialurônico.
- (B) Exposição sexual desprotegida.
- (C) Uso de absorvente interno.
- (D) Ingestão de frutos do mar.

29

Paciente em realização de protocolo de morte encefálica será submetido à prova de apneia. Gasometria pré-exame: PaO<sub>2</sub> de 210 mmHg; PaCO<sub>2</sub> de 40 mmHg. Após cinco minutos da desconexão do ventilador mecânico, sem incursões respiratórias, apresenta instabilidade hemodinâmica, que leva à reconexão imediata ao ventilador. Gasometria coletada antes da reconexão: PaO<sub>2</sub> de 200 mmHg e PaCO<sub>2</sub> de 57 mmHg. Pode-se concluir que o teste é:

- (A) Inconclusivo, deve-se repetir em 6 horas.
- (B) Positivo, deve-se repetir em 6 horas por outro examinador.
- (C) Inconclusivo, com necessidade de repetir o teste em CPAP.
- (D) Positivo, sem necessidade de repetição.

30

Mulher, 65 anos de idade, com dor em joelhos bilateralmente ao andar, levantar da cadeira e agachar. Nega febre e sintomas constitucionais. Antecedentes: hipertensão controlada e dislipidemia. Ao exame clínico, apresentou IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>, hipotrofia do quadríceps bilateralmente, aumento de volume dos joelhos, crepitações na flexão passiva bilateralmente. No joelho direito, há um discreto aumento de temperatura e pequeno derrame articular. Uso de combinação de diclofenaco + cafeína + carisoprodol + paracetamol quase diariamente nas últimas duas semanas. O tratamento mais adequado neste momento é:

- (A) Infiltração intra-articular com glicocorticoide.
- (B) Infiltração intra-articular com ácido hialurônico.
- (C) Glicocorticoide oral por cinco dias.
- (D) Condroitina e glicosamina oral por trinta dias.

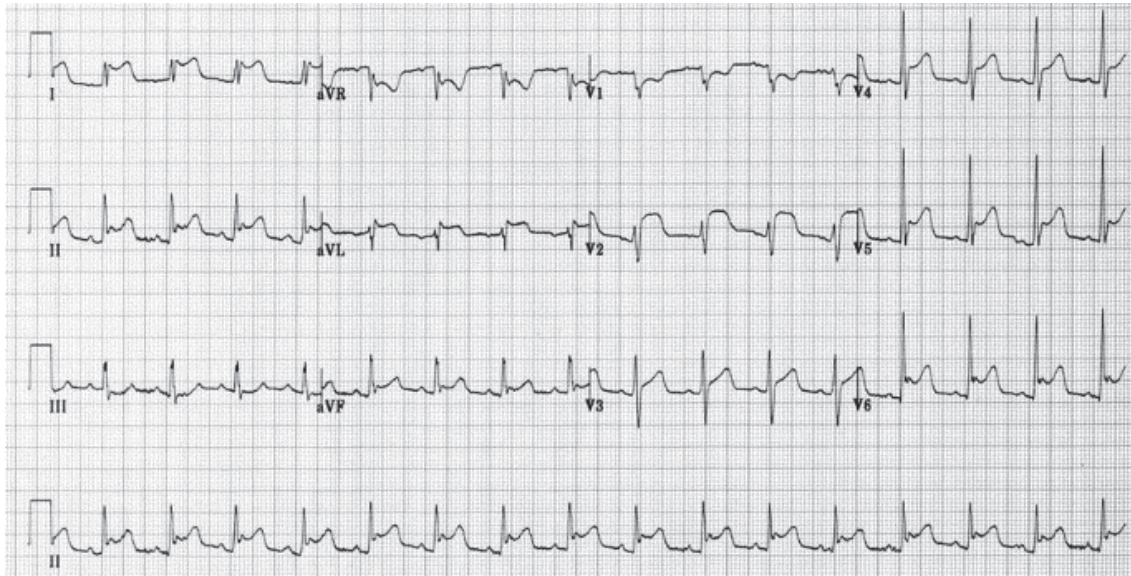
31

Homem, 40 anos de idade, ganhou 20 kg nos últimos anos. É assintomático e não usa medicações. Nega uso de álcool. Ao exame clínico, apresentou peso de 104 kg, altura de 1,70 m, IMC de 36 kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal de 122 cm, PA de 125x84 mmHg, FC de 80 bpm. Abdome globoso que dificulta a percussão e palpação. Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico e enzimas hepáticas dentro dos valores de referência. Ultrassom de abdome mostra esteatose moderada. FIB-4 de 1,1. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Repetir FIB-4 em dois anos.
- (B) Elastografia por Fibroscan®.
- (C) Ressonância hepática.
- (D) Ultrassom em seis meses.

32

Homem, 42 anos de idade, previamente saudável, comparece com queixa de dor torácica aguda retroesternal há seis horas. Nega dispneia, tosse ou febre. Troponina I ultrasensível: 100 ng/L (VR < 20 ng/L). O ECG é apresentado a seguir:



O próximo passo mais adequado na investigação deste paciente é:

- (A) Ressonância magnética cardíaca.
- (B) Cineangiografografia.
- (C) Angiotomografia torácica.
- (D) Ecocardiograma.

33

Homem, 70 anos de idade, com diabetes melito tipo 2 há oito anos, apresenta rebaixamento do nível de consciência. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, glibenclamida 15 mg/dia e sinvastatina 40 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou-se hidratado, não contactuando com o ambiente, sem resposta a estímulos dolorosos.

• Exames laboratoriais:

Glicemia capilar 33 mg/dL

Na<sup>+</sup>: 135 mEq/L

K<sup>+</sup>: 4,7 mEq/L

Cr: 3,1 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Após administração de glicose endovenosa, apresentou completa recuperação do nível de consciência, sem déficits neurológicos residuais. A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Alta hospitalar mantendo a dose dos medicamentos e orientando a não omitir refeições.
- (B) Alta hospitalar com redução da dose de glibenclamida para 5 mg/dia.
- (C) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por linagliptina.
- (D) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por gliclazida.

34

Mulher, 62 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, realizou tomografia de abdome sem contraste para avaliação de nefrolitíase, que detectou nódulo homogêneo de 3,5 cm em topografia de adrenal direita, com 8 Unidades Hounsfield. Ao exame clínico, apresentou PA de 125x80 mmHg, FC de 80 bpm, peso de 70 kg, altura de 1,60 m. Ausculta cardiopulmonar normal.

• Exames laboratoriais:

Cr: 1,0 mg/dL

K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L

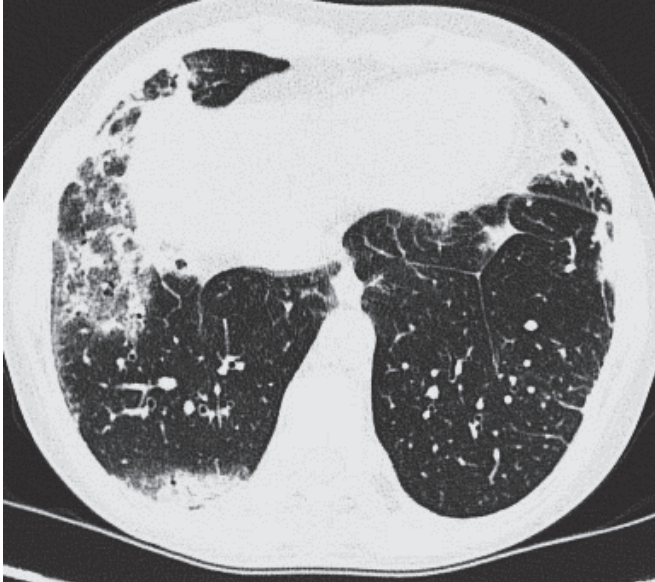
Na<sup>+</sup>: 138 mEq/L

Além do teste de supressão com dexametasona, faz(em) parte do(s) exame(s) a ser(em) solicitado(s):

- (A) Metanefrinas plasmáticas livres e urinárias fracionadas.
- (B) Coletas basais de aldosterona e renina.
- (C) Ressonância magnética de adrenal.
- (D) Nenhum exame adicional.

35

Mulher, 46 anos de idade, com artrite reumatoide soropositiva há cinco anos, fazendo uso de imunossupressão com infliximabe e com bom controle do quadro articular. Há cerca de três meses, iniciou tosse seca e dispneia aos pequenos esforços. Tomografia de tórax (corte supradiaphragmático) é apresentada na imagem a seguir:



Em relação ao caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Tuberculose pulmonar.
- (B) Aspergilose invasiva.
- (C) Nodulose reumatoide.
- (D) Pneumonia em organização.

36

Homem, 60 anos de idade, é internado para correção de hérnia umbilical eletiva. Refere antecedente de infarto agudo do miocárdio há três anos tratado com angioplastia de artéria coronária direita. Realiza atividades domiciliares diariamente, como deslocar móveis pesados, sem referir sintomas. Faz uso de AAS 100 mg 1 vez ao dia e atorvastatina 40 mg 1 vez ao dia. A conduta mais adequada no perioperatório é:

- (A) Manter AAS.
- (B) Suspende AAS.
- (C) Manter AAS e associar betabloqueador.
- (D) Suspende AAS e associar betabloqueador.

37

Em uma enfermaria, estão três pacientes: um com síndrome de Zollinger-Ellison, outro com pancreatite crônica e outro com doença celíaca. O achado com maior probabilidade de ser encontrado nos três é:

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Parestesia de membros inferiores.
- (D) Lesões hipercrômicas na pele.

38

Homem, 76 anos de idade, apresenta tonturas, dispneia e edema generalizado. Ao exame clínico, apresenta face conforme demonstrado na imagem a seguir:



Exame neurológico normal, PA de 88x55 mmHg, FC de 64 bpm, sinusal, descorado ++/4+; edema +++/4+ dos membros inferiores e aumento do volume abdominal compatível com ascite.

• Exames laboratoriais:

Albumina: 1,6 g/dL;

Ur: 60 mg/dL,

Cr: 1,3 mg/dL.

Urina tipo I: proteinúria +++/4+, leucócitos 2/campo, hemácias 3/campo.

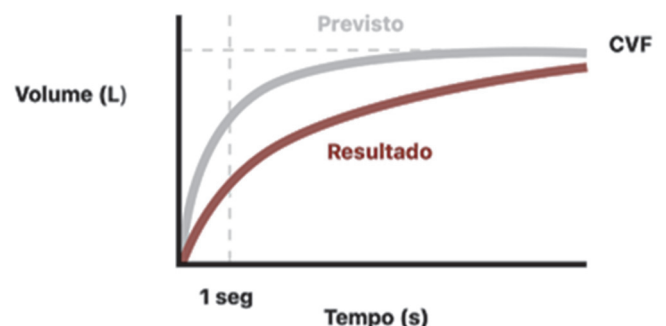
Ecocardiograma com fração de ejeção 0,6, septo 16 mm, radiografia de tórax com derrame pleural bilateral.

Em relação ao caso apresentado, o exame com maior probabilidade de chegar ao diagnóstico é:

- (A) ANCA.
- (B) BNP.
- (C) Crioglobulinas.
- (D) Imunofixação.

39

Observe o gráfico a seguir:



A espirometria apresentada tem maior probabilidade de ser encontrada em:

- (A) Fibrose pulmonar.
- (B) Miastenia gravis.
- (C) Asma.
- (D) Obesidade.



## 40

Mulher, 62 anos de idade, diabética tipo 2 em uso de metformina, gliclazida e insulina NPH 0,4 U/kg/dia, foi internada com diagnóstico de choque séptico de foco urinário. No 5º dia de UTI, recebeu dieta enteral a 20 mL/h (1,5 Kcal/mL; 84 g/L de proteína). Recebeu noradrenalina 0,1 µg/kg/min, tempo de enchimento capilar 3 segundos. Está em terapia substitutiva renal contínua há dois dias com balanço hídrico positivo acumulado de 7L. Abdomem com distensão moderada, sem evacuar há quatro dias. Glicemias 150-200 mg/dL nas últimas 24 horas, com insulina NPH SC 10 UI 8/8h.

• Exames laboratoriais:

Cr: 1,5 mg/dL  
 Ur: 150 mg/dL  
 Na<sup>+</sup>: 140 mEq/L  
 K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L  
 Lactato: 36 mg/dL

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter infusão da dieta enteral.
- (B) Manter infusão da dieta enteral e associar módulo proteico.
- (C) Aumentar infusão da dieta enteral.
- (D) Suspender infusão da dieta enteral.

## 41

Mulher, 40 anos de idade, sem comorbidades prévias ou histórico familiar relevante. Refere febre, dor torácica e dispneia progressiva há cinco dias. Refere infecção respiratória viral leve há duas semanas do início dos sintomas. Exame clínico: Temp. de 37,9 °C, PA de 75x42 mmHg, FC de 123 bpm. Ausculta pulmonar: estertores bibasais, com extremidades frias e enchimento capilar lentificado. Eletrocardiograma: ectopias ventriculares isoladas. Troponina I ultrasensível 12 ng/L (VR < 11 ng/L). O exame com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico etiológico é:

- (A) Cineangiogramia coronariografia.
- (B) Ecocardiograma transtorácico.
- (C) Biópsia endomiocárdica.
- (D) Cintilografia de perfusão miocárdica.

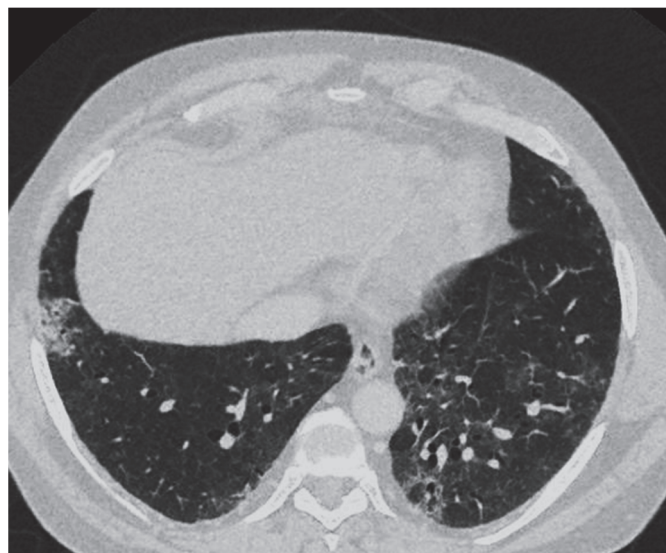
## 42

Homem, 50 anos de idade, comparece para consulta de promoção da saúde. Não sabe se foi vacinado para hepatite B, porém sabe que na infância teve hepatite. A melhor combinação de resultados para indicar vacinação para hepatite B é:

- (A) AntiHBc negativo, AntiHBs negativo.
- (B) AntiHBc negativo, AgHBs negativo.
- (C) AntiHBc positivo, AntiHBs negativo.
- (D) AntiHBc positivo, AgHBs negativo.

## 43

Homem, 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia, bem controlados. É ex-tabagista, com carga tabágica de 40 anos-maço, tendo cessado há 20 anos. Iniciou quadro de dispneia aos esforços ao subir ladeiras ou escadas e tosse seca frequente quando mudou de sala no trabalho há 2 meses. Refere que o local é úmido e com paredes escuras. Tomografia de tórax (corte supradiaphragmático) é apresentada na imagem a seguir:



O diagnóstico mais provável é:

- (A) Fibrose pulmonar idiopática.
- (B) Pneumonite de hipersensibilidade.
- (C) Pneumonia intersticial não-específica idiopática.
- (D) Bronquiolite linfocitária.

## 44

Homem, 81 anos de idade, comparece com a esposa que relata que o paciente se tornou muito teimoso e irritadiço nos últimos meses. Ela tem que repetir a toda hora as mesmas coisas e ele esquece recados ou compromissos. Não acompanha mais o noticiário da TV ou filmes. O paciente nega humor depressivo, mas tem perdido o interesse em sair de casa, encontrar os amigos, frequentar a igreja e festas da comunidade. Ele considera sua memória boa e não consegue se relacionar com as pessoas, principalmente as que não tem paciência com ele. Nega comorbidades. Sem alterações no exame físico geral e neurológico. Otoscopia normal. Mini-exame do estado mental: 29 pontos. Escala Geriátrica de Depressão (GDS) de 4. A conduta mais adequada para esclarecimento do caso é:

- (A) Audiometria.
- (B) Teste de Snellen.
- (C) Ressonância magnética de crânio.
- (D) Não são necessários exames adicionais.



## 45

Homem, 60 anos de idade, comparece com queixa de dispneia que começou hoje. Nega febre. Nunca foi a médicos por se sentir saudável. Não toma medicações e anda 5 km diariamente. Ao exame clínico, apresentou PA de 130x80 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 30 ipm, SpO<sub>2</sub> em ar ambiente 90%, exame pulmonar normal, ausculta cardíaca com hiperfonese de P2. Radiografia de tórax normal. Tomografia de pulmões: ausência de lesões parenquimatosas. Esta hipoxemia se deve mais provavelmente à(ao):

- (A) Congestão pulmonar.
- (B) Leitura errada do oxímetro.
- (C) Alteração vascular pulmonar.
- (D) Desvio da curva de dissociação de hemoglobina.

### TEXTO PARA AS QUESTÕES 46 E 47

Mulher, 30 anos de idade, transplantada hepática há seis meses após quadro de hepatite fulminante, apresenta tosse produtiva e febre há três dias, mal-estar e dispneia. Faz uso de prednisona, tacrolimus, micofenolato, omeprazol e insulina NPH duas vezes ao dia. Ao exame clínico, apresentou PA de 86x35 mmHg, FC de 130 bpm, FR de 35 ipm, Temp. de 38,5 °C. Estertores finos em base direita. SpO<sub>2</sub> de 90% em ar ambiente. Glicemia capilar *high*.

#### • Exames laboratoriais:

Hb: 10,0 g/dL  
 Leucócitos: 7750/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 388.000/mm<sup>3</sup>  
 Cr: 3,67 mg/dL  
 Ur: 103 mg/dL  
 Na<sup>+</sup>: 125 mEq/L  
 K<sup>+</sup>: 4,8 mEq/L  
 Cl<sup>-</sup>: 93 mEq/L  
 pH: 7,20  
 PCO<sub>2</sub>: 33 mmHg  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15 mEq/L  
 SBE: -12 mEq/L  
 Glicemia: 750 mg/dL  
 Lactato: 90 mg/dL

## 46

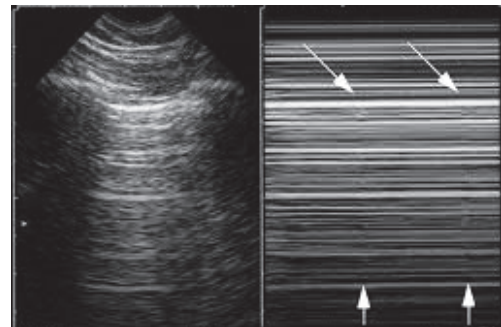
Além de acidose láctica, o distúrbio acidobásico associado é:

- (A) Acidose respiratória.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Cetoacidose diabética.
- (D) Não há distúrbio associado.

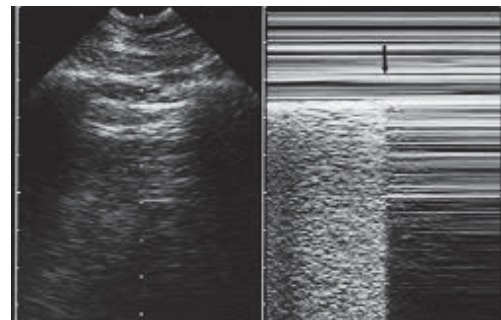
## 47

Assinale a alternativa que, mais provavelmente, corresponde ao achado ultrassonográfico compatível com a alteração clínica apresentada no sistema respiratório.

(A)



(B)



(C)



(D)



**48**

Mulher, 60 anos de idade, está em tratamento de leucemia mieloide aguda com quimioterapia intensiva. Foi internada em UTI por neutropenia febril, em uso de meropenem e vancomicina além de profilaxias com aciclovir e fluconazol. Hemoculturas parciais negativas. Mantém febre após o terceiro dia de antibioticoterapia e evoluiu com hipoxemia. TC de tórax com infiltrado pulmonar difuso com nódulos e sem sinal do halo. Galactomanana sérica negativa. Ao exame clínico, a seguinte lesão cutânea foi apresentada:



Em relação ao quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Candidíase invasiva.
- (B) Fusariose invasiva.
- (C) Aspergilose invasiva.
- (D) Esporotricose.

**49**

Mulher, 18 anos de idade, apresenta queixa de desequilíbrio e visão dupla há oito dias. Inicialmente, a paciente andava cambaleante, em seguida passou a necessitar de apoio para andar e, há um dia, é incapaz de ficar em ortostase. No mesmo período, notou visão dupla que melhorava ao ocluir qualquer um dos olhos. Três semanas antes do início dos sintomas, refere seis dias de febre e dores pelo corpo, sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais associados. Exame neurológico: força muscular grau V global, reflexos miotáticos abolidos, ataxia sensitiva nos quatro membros e paresia do VI nervo craniano à esquerda. Restante do exame sem outras alterações. O exame complementar mais indicado para se confirmar a hipótese diagnóstica é:

- (A) Eletroencefalografia.
- (B) Tomografia computadorizada de coluna cervical.
- (C) Ressonância magnética de encéfalo.
- (D) Painel molecular viral em líquido cefalorraquidiano.

**50**

Homem, 35 anos de idade, é admitido confuso e sonolento na sala de emergência. Ao exame clínico, apresentou vias aéreas pervias, FR de 36 ipm, SpO<sub>2</sub> de 95%, PA de 100x60 mmHg, FC de 130 bpm, temperatura axilar 41°C. Midríase bilateral com pouca reatividade pupilar. Não há lesões de pele nem rigidez de nuca. Exames laboratoriais: pH 7,20, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 15 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg, lactato de 25 mg/dL, Na<sup>+</sup> 148 mEq/L. Segundo sua acompanhante, o paciente é hígido e, até três horas atrás, não estava sentindo nada. O dado adicional de história mais provável de ser encontrado na conversa com sua acompanhante é:

- (A) Uso regular recreativo de cocaína.
- (B) Treino para triatlo em um dia muito quente.
- (C) Caminhada em um local com vegetação alta neste dia.
- (D) Almoço em restaurante japonês há duas horas.

**51**

Em relação à expectativa de perda de peso após cirurgia bariátrica e metabólica, é correto afirmar:

- (A) Espera-se que o paciente atinja o seu peso ideal calculado pela Tabela Metropolitana.
- (B) O nadir da curva de perda de peso ocorre aos 6 meses.
- (C) No primeiro mês a perda de peso esperada é de 20% do peso total.
- (D) A perda de peso após um ano varia, em média, de 60 a 80% do excesso de peso, dependendo de características individuais do paciente e tipo de cirurgia.

**52**

Em relação à perda de peso no preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica e metabólica,

- (A) deve ser obrigatória para todos os pacientes.
- (B) pode ajudar a reduzir a morbidade cirúrgica em pacientes com IMC acima de 60 kg/m<sup>2</sup>.
- (C) o balão intra-gástrico é o método mais utilizado para este fim.
- (D) farmacoterapia não está indicada uma vez que já houve falha anteriormente.

**53**

Homem, 56 anos de idade, refere dor em toda parte superior do abdome há 8 dias com piora à alimentação, acompanhada de náuseas e vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Apresenta febre há 2 dias. Nega colúria ou hipocolia fecal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia por via aberta, feita após surto de pancreatite aguda, há 6 anos. Já foi etilista, mas diz que parou de ingerir bebida alcoólica há 10 anos. Medicação em uso: anlodipino, enalapril, clortalidona e espironolactona. Está em regular estado geral, eupneico, icterico +/4+, afebril. Pulmão: murmúrio vesicular presente e simétrico. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas. Abdome: plano, normotenso, com dor à palpação em região epigástrica. Não tem sinais de irritação peritoneal.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,3 g/dL

Ht: 38%

Leucócitos: 13.450/mm<sup>3</sup> (sem desvio)

Creatinina: 1,36 mg/dL

Ureia: 62 mg/dL

Amilase: 1.218 U/L

Ultrassom de abdome: dilatação da via biliar intra-hepática, com colédoco no limite superior da normalidade, não se caracterizando ponto de obstrução.

Assinale a alternativa que apresenta o melhor exame para avaliar o paciente do caso descrito.

- (A) Colangiopancreatografia endoscópica.
- (B) Tomografia de abdome total.
- (C) Eletrocardiograma.
- (D) Colangiorressonância.

**54**

Mulher, 64 anos de idade, submetida à retossigmoidectomia com colostomia há 1 ano por tumor obstrutivo de sigmoide, refere sangramento vivo pela colostomia. Já apresentou 7 episódios de sangramento pela colostomia nos últimos 10 meses, sendo necessárias várias transfusões de sangue. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofágicas e gastropatia congestiva. A tomografia mostra grande quantidade de vasos venosos abdominais dilatados. O tratamento desta paciente deve incluir

- (A) tratamento endoscópico de varizes de cólon e betabloqueador.
- (B) embolização da veia mesentérica inferior e betabloqueador.
- (C) cirurgia de descompressão ázigo-portal e ligadura da veia mesentérica inferior.
- (D) colectomia esquerda com colostomia no transversos.

**55**

Mulher, 75 anos de idade, refere dor abdominal há 7 dias, acompanhada de anorexia, náuseas e vômitos. Há 1 dia, está sonolenta e só responde à dor retirando o membro. É diabética em uso de hipoglicemiantes orais e hipertensa. Diz que no ultrassom realizado há 30 dias tem litíase vesicular. Ao exame físico, apresentou mau estado geral, pálida, desidratada 3/4+, anictérica. FR de 30 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 85%, FC de 122 bpm, PA de 70x50 mmHg. Abdome distendido, com dor à palpação no ponto cístico. Qual é a conduta inicial mais adequada para esta paciente?

- (A) Intubação traqueal com sequência rápida e ventilação mecânica.
- (B) Ventilação com AMBU e máscara, sedação com propofol 1 mg/kg, succinilcolina 1 mg/kg e intubação traqueal.
- (C) Oxigênio por máscara, acesso venoso com reposição volêmica, noradrenalina 0,05 µg/kg/min, intubação traqueal, antibiótico.
- (D) Reposição volêmica com 1.000 mL de soro fisiológico, hemocultura, antibioticoterapia de amplo espectro e oxigênio por cateter nasal, 3 L/min.

**56**

Mulher, 35 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de dor na região lombar inferior direita. A dor iniciou-se há cerca de dois meses após levantar um objeto pesado. É descrita como contínua e latejante, piorando ao se inclinar para a frente ou levantar objetos. Ao exame físico, apresentou sensibilidade localizada na área do triângulo lombar inferior, associada a abaulamento redutível sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Qual é o tipo de hérnia mais provável desta paciente?

- (A) Spiegel.
- (B) Grynfelt-Lesshaft.
- (C) Obturatória.
- (D) Petit.

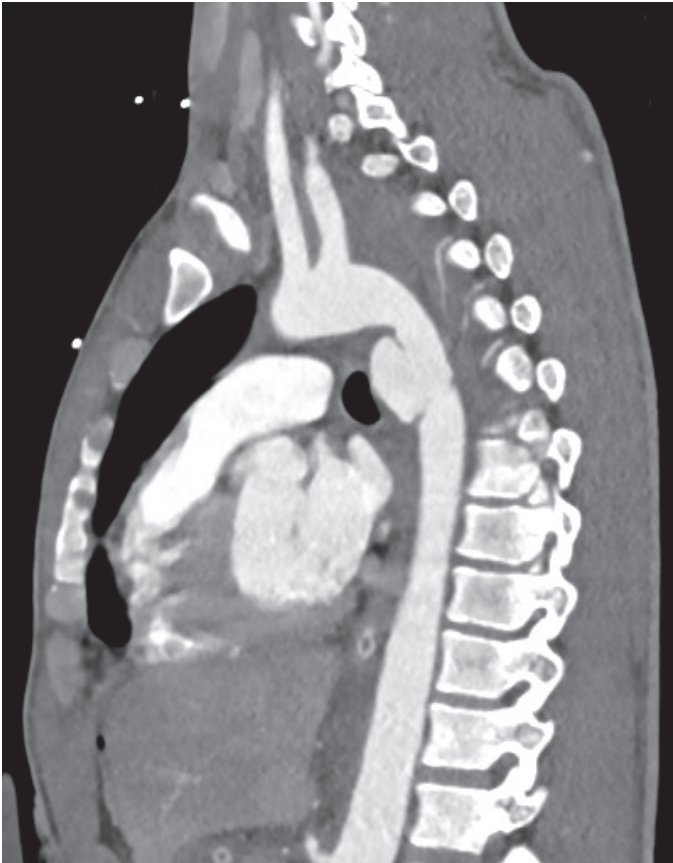
**57**

Paciente, 26 anos de idade, vítima de queda de motocicleta, comparece no pronto-socorro referindo dor em pé e perna à esquerda. Tinha deformidade do joelho esquerdo, a perna esquerda com aumento de diâmetro (2x). O pé esquerdo estava frio com ausência de pulsos pediosos e tibial. Você está num pronto-socorro que dista 120 km do centro de trauma e o tempo para remoção é de, no mínimo, 6 horas. No serviço em que você está, tem centro cirúrgico com anestesista de plantão. A melhor conduta para salvar o membro deste paciente é

- (A) imobilização do membro com fixador externo.
- (B) fasciotomia dos quatro compartimentos.
- (C) enfaixamento do membro e vasodilatador.
- (D) analgesia e transferência imediata.

58

Homem, 22 anos de idade, foi vítima de colisão moto X muro. Chega no hospital de helicóptero. Via aérea: intubado para transporte (midazolan e fentanil), em ventilação mecânica, com FR de 16 ipm. Sat. O<sub>2</sub> de 95%, murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico. PA de 70x60 mmHg, FC de 144 bpm. FAST positivo. Pelve fechada, clinicamente estável. Glasgow *coma score*: 3T. Tem abrasão na crista ilíaca esquerda e luxação do joelho esquerdo. Foi realizada a tomografia apresentada a seguir:



Durante a tomografia, a pressão arterial ficou inaudível. Pulso central: frequência de 150 bpm. Com este quadro clínico, deve-se realizar, imediatamente, a

- (A) laparotomia exploradora.
- (B) angiografia, para endoprótese de aorta.
- (C) passagem de REBOA.
- (D) toracotomia de urgência com clampeamento da aorta.

59

Quais são os limites anatômicos do triângulo lombar inferior?

- (A) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo externo.
- (B) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem lateral do músculo oblíquo interno.
- (C) Crista ilíaca, margem lateral do músculo quadrado lombar e margem lateral do músculo oblíquo externo.
- (D) Crista ilíaca, margem medial do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo interno.

60

Homem, 52 anos de idade, vítima de queda de altura. Ao exame físico, foi achado hematoma na região perineal e saída de sangue pelo meato uretral, conforme imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Sonda de Foley.
- (B) Cistostomia por punção.
- (C) Uretrografia retrógrada.
- (D) Toque retal; sonda de Foley se próstata palpável.

61

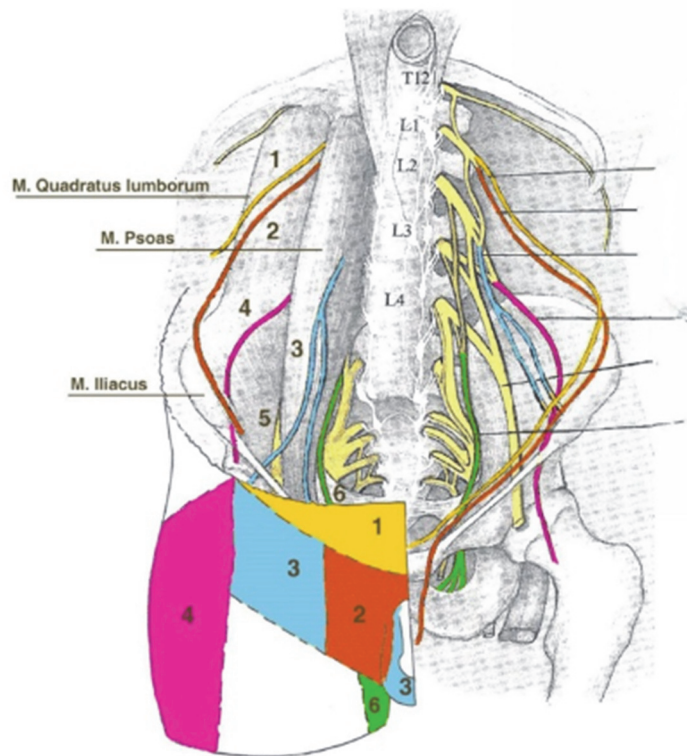
Homem, 25 anos de idade, refere que sofreu queda há 15 dias. Está com imobilização devido à fratura fechada de braço direito. Está tomando diclofenaco de sódio 50 mg em três tomadas diárias desde o evento. Toma ainda dipirona 1 g de 6 em 6 horas. Hoje, apresentou mal-estar, sudorese fria e dor abdominal em cólica. Apresentou também fezes amolecidas, enegrecidas e muito malcheirosas. Teve desmaio após a evacuação. Foi acionado o resgate que o trouxe para o pronto-socorro. Está pálido e sudorético. FR de 20 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 95%, PA de 90x70 mmHg, FC de 120 bpm, Glasgow: 15, neste momento. Tem ferimento de couro cabeludo na região occipital com 3 cm de extensão, agora sem sangramento significativo. O abdome é plano e normotenso com ruídos hidroaéreos presentes. Toque retal: melena. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta as medidas iniciais que devem ser tomadas.

- (A) Tomografia de crânio imediata.
- (B) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue e transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue, reanimação volêmica com 500 mL de soro fisiológico, endoscopia digestiva alta imediata.
- (D) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, dosagem de hemoglobina e hematócrito, reanimação volêmica com cristalóide e tomografia de crânio.



## 62

Homem, 45 anos de idade, submeteu-se à operação de reparo de hérnia inguinal direita pela técnica de Lichtenstein. No pós-operatório, evoluiu com dor persistente no local da cirurgia que se irradia para a região adjacente. A dor é descrita como sensação de queimação, formigamento, choque elétrico ou pontada, muitas vezes acompanhada de hipersensibilidade da região. No exame físico, a dor irradia para a área identificada como número 3 em azul na figura a seguir:



Qual é o nervo mais provavelmente acometido nesta condição?

- (A) Nervo íleo-hipogástrico.
- (B) Nervo femoral.
- (C) Nervo íleo-inguinal.
- (D) Nervo genitofemoral.

## 63

Homem, 50 anos de idade, é portador de hérnia incisional gigante, com perda de domicílio. Antecedentes: diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica. Índice de Tanaka de 50%, IMC de 40 kg/m<sup>2</sup>. Não tem complicações agudas, como encarceramento ou estrangulamento. O paciente tem histórico de múltiplas cirurgias abdominais, resultando em hérnia que ocupa grande parte do abdome. No exame físico, a hérnia é classificada como M3M4W3, pela classificação da Sociedade Europeia de Hérnia. Qual é a conduta mais apropriada para o tratamento deste paciente, neste momento?

- (A) Hernioplastia incisional mediana com reforço pré-aponeurótico, à Chevrel.
- (B) Gastroplastia para perda ponderal antes da hernioplastia.
- (C) Pneumoperitônio progressivo pré-operatório.
- (D) Reparo robótico por E-TAP (Endoscopic Totally Extraperitoneal).

## 64

Homem, 25 anos de idade, foi encaminhado ao pronto-socorro pelo serviço de radiologia. Durante tomografia de abdome de rotina, o radiologista identificou vesícula biliar com espessamento de parede e cálculos em seu interior, baço aumentado de tamanho e muitas veias intra-abdominais. O paciente negava dor abdominal, febre ou alteração do hábito intestinal. Estava em bom estado geral, afebril, anictérico, eupneico. FR de 12 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 96%, em ar ambiente, FC de 78 bpm, PA de 122x80 mmHg. Abdome plano, flácido, sem dor à palpação. Assinale a alternativa que apresenta a indicação para este paciente.

- (A) Antibioticoterapia sistêmica e colecistectomia de urgência.
- (B) Colecistectomia programada, com antibioticoterapia profilática.
- (C) Antibioticoterapia sistêmica e colecistostomia.
- (D) Antibioticoterapia sistêmica e colangiografia endoscópica com papilotomia pré-operatória.

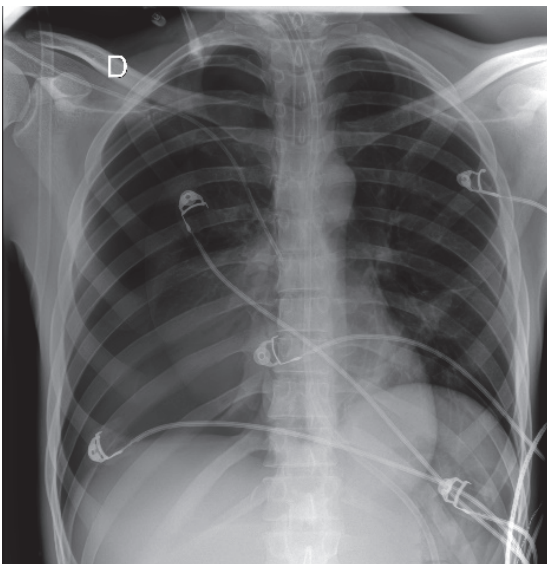
65

Mulher, 55 anos de idade, comparece no consultório com queixa de dor abdominal há vários meses. Descreve a dor como localizada na região da linha arqueada perto da borda lateral do músculo reto do abdome. A dor é intermitente, mas tem se tornado mais frequente e intensa nas últimas semanas. Piora com a atividade física e melhora com o repouso. No exame físico, observa-se e palpa-se protuberância na região da linha arqueada direita que aumenta de tamanho quando a paciente tosse ou faz manobra de Valsalva. Com suspeita de hérnia, decide-se solicitar exame para confirmar o diagnóstico. A ultrassonografia abdominal revela hérnia de Spiegel, caracterizada por protrusão de conteúdo abdominal através do espaço semilunar entre as fibras do músculo reto do abdome e a aponeurose lateral. A paciente está clinicamente estável e não apresenta sinais de estrangulamento ou obstrução intestinal. No tratamento cirúrgico desta condição, qual é o plano ideal para colocação da tela?

- (A) Pré-peritoneal.
- (B) Pré-aponeurótico, sobre a aponeurose anterior do músculo reto do abdome e do músculo oblíquo externo.
- (C) Intermuscular, entre o músculo oblíquo externo e o músculo oblíquo interno.
- (D) Intermuscular, entre o músculo oblíquo interno e o músculo transversos.

66

Após a passagem de cateter venoso em veia subclávia direita, foi feito o raio X de tórax apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta.

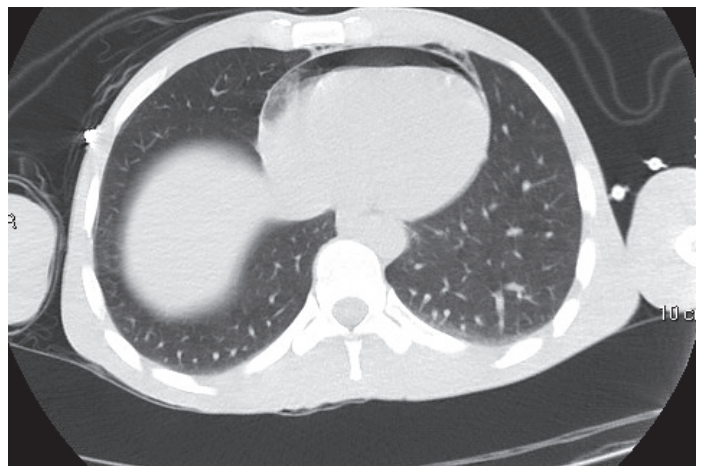
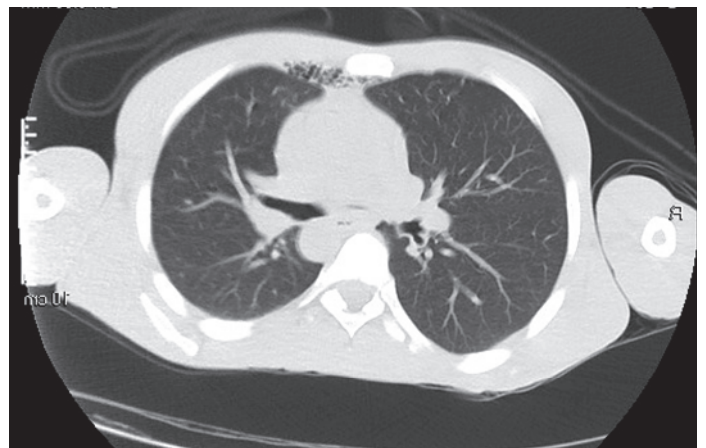
- (A) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e manter o cateter.
- (B) Retirada do cateter venoso e observação.
- (C) Videotoroscopia, com retirada do cateter sob visão direta.
- (D) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e retirada do cateter.

67

Homem, 29 anos de idade, foi vítima de ferimento por arma branca na região precordial.

- A: via aérea pérvia;
- B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação de O<sub>2</sub>: 96%;
- C: pressão arterial: 130x90 mmHg, frequência cardíaca: 85 bpm;
- D: Glasgow coma score: 15;
- E: ferimento inciso, de 2 cm de extensão, em região paraesternal esquerda, na altura do segundo espaço intercostal, sem sangramento ativo e sem sinais de entrada ou saída de ar.

Realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir:

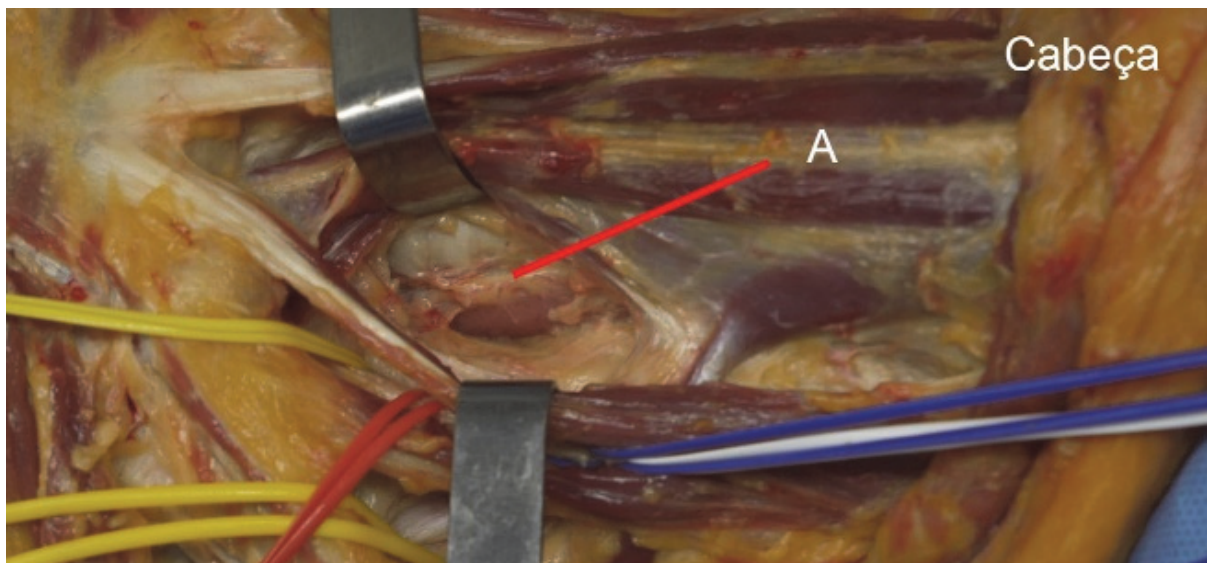


Em relação ao caso apresentado, qual deve ser a próxima conduta?

- (A) Janela pericárdica.
- (B) Monitorização clínica e observação clínica.
- (C) Drenagem torácica à esquerda.
- (D) Sutura do ferimento e vacinação antitetânica.

**68**

Observe a imagem a seguir:

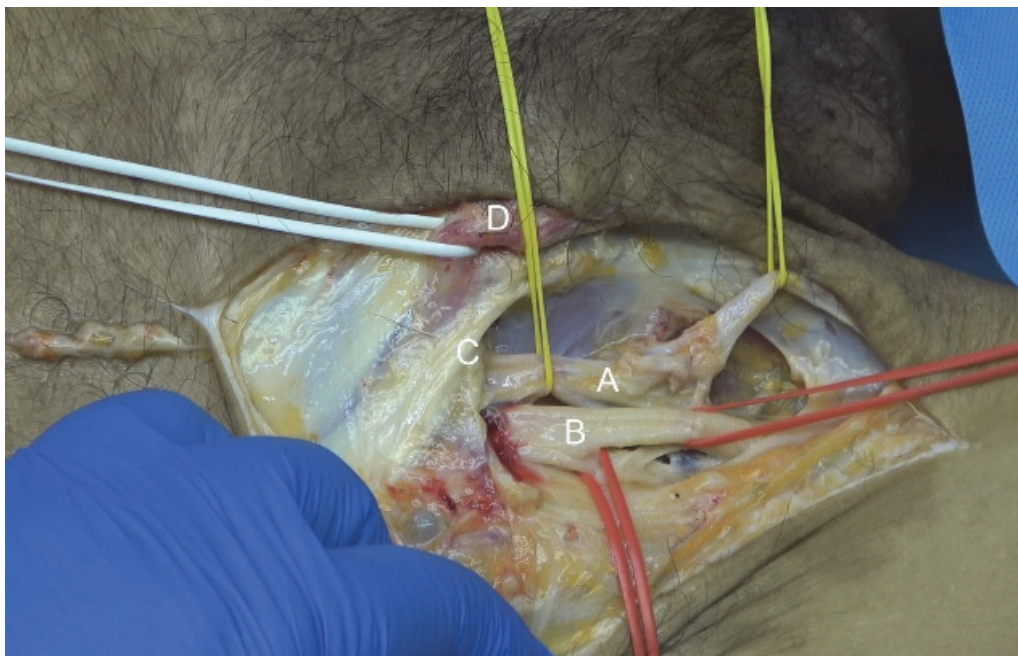


Em relação à imagem apresentada, a secção da estrutura apontada com a letra **A** causa:

- (A) Fístula quilosa.
- (B) Adução da prega vocal esquerda.
- (C) Elevação do diafragma esquerdo.
- (D) Abdução da prega vocal esquerda.

**69**

Observe a imagem a seguir:



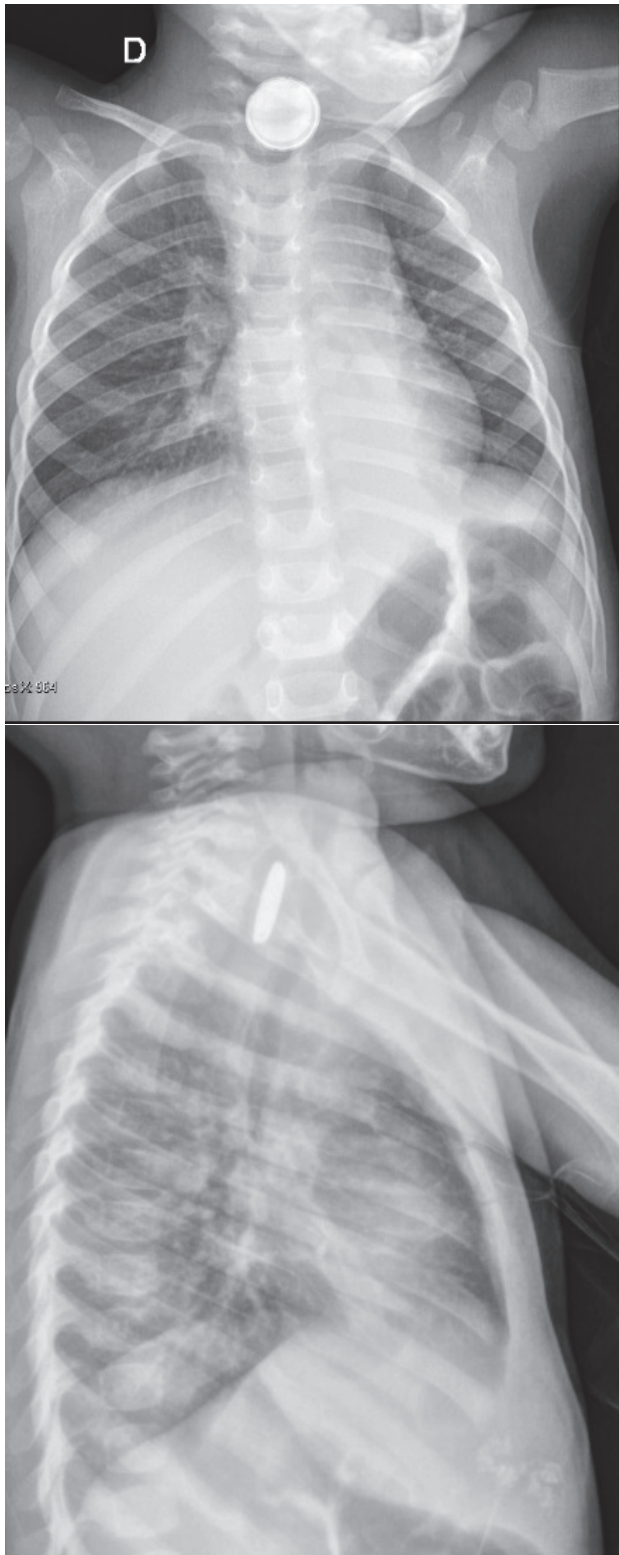
Em relação à imagem apresentada, qual é o local por onde se insinua hérnia crural?

- (A) Junto com a letra D.
- (B) Entre a letra C e a letra D.
- (C) Lateral em relação à letra B.
- (D) Medial em relação à letra A.



70

Criança engoliu uma bateria há 12 horas. Refere disfagia e sialorreia. Bebeu água, sem melhora. Realizou o raio X apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, qual a conduta?

- (A) Endoscopia imediata.
- (B) Cervicotomia exploradora.
- (C) Toracotomia posterolateral direita.
- (D) Endoscopia após jejum de 8 horas.

71

Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um paciente que caiu e bateu a cabeça é trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao exame físico, apresentou-se corado e eupneico, com FR de 14 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 95%, FC 100 bpm, PA de 160x90 mmHg, Glasgow coma score: 14. Tem um hematoma subgaleal do lado esquerdo. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir e a transferência para outro serviço foi solicitada.



Qual é o diagnóstico e que medidas devem ser tomadas para transferir este paciente com segurança?

- (A) Hematoma epidural – Intubação traqueal com sequência rápida, ventilação mecânica, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (B) Hematoma subdural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter em hipotensão controlada (permissiva).
- (C) Hematoma epidural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (D) Hematoma subdural – Intubação traqueal com sequência rápida, reanimação volêmica com 1.000 mL de Ringer lactato a 39 °C, manter pressão arterial dentro da normalidade.



## 72

Homem, 47 anos de idade, refere dor abdominal súbita em facada. Começou há 12 horas no epigástrio e logo irradiou para todo o abdome. Nega náuseas ou vômitos. Antecedentes: refere ser usuário de cocaína e toma 5 doses de pinga por dia. Está eupneico, mas desidratado. FC de 140 bpm, PA de 100x70 mmHg. Abdome com sinais de peritonite.

• Exames laboratoriais:

Hb: 15,8 g/dL

Ht: 45,6 %

Leucócitos: 8.150/mL

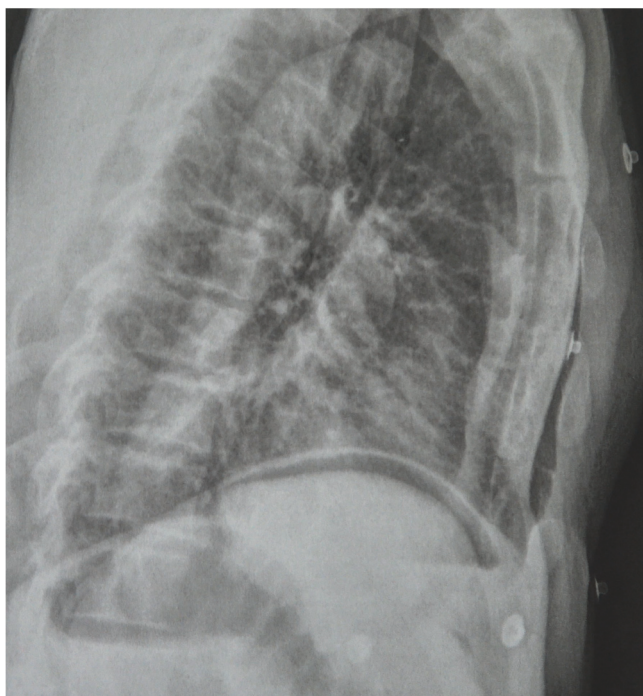
Ureia: 40 mg/dL

Creatinina: 1,17 mg/dL

Proteína C reativa: 1,7 mg/dL

Amilase: 250 U/L

Realizou a radiografia apresentada a seguir:



Quais devem ser as medidas clínicas iniciais e o tratamento?

- (A) Eletrocardiograma, enzimas cardíacas, analgesia, AAS, monitorização cardíaca e hidratação.
- (B) Reposição volêmica, monitorização e intervenção cirúrgica.
- (C) Jejum, reanimação volêmica, analgesia e observação clínica.
- (D) Jejum, reanimação volêmica com cristalóide, hemocultura, cultura de urina, antibioticoterapia empírica e observação clínica; tomografia em duas semanas.

## 73

Vítima de queda de altura, paciente comparece no pronto-socorro com sangramento perineal. Iniciada a reanimação por causa do sangramento perineal, o paciente foi levado ao centro cirúrgico. Observe o ferimento a seguir:

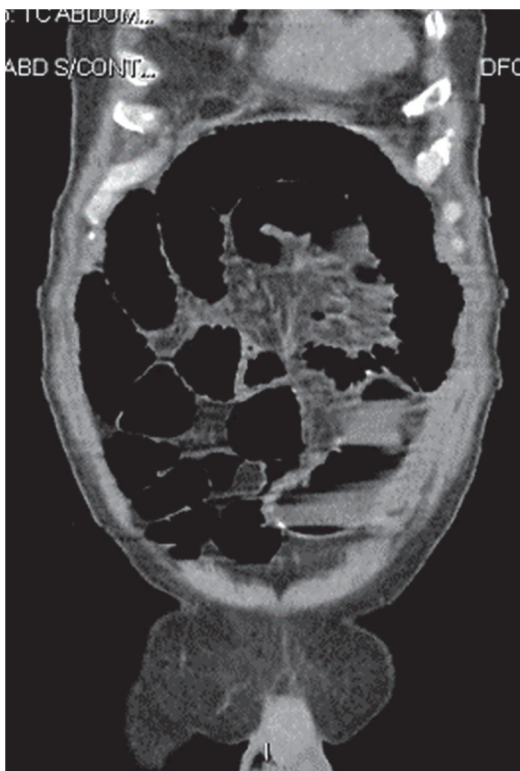


A conduta neste momento deve ser

- (A) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura do reto e o tamponamento da lesão.
- (B) avaliar o reto. Se não tiver lesão, fazer o debridamento e a sutura do ferimento.
- (C) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura primária do reto e o fechamento da lesão.
- (D) fazer colostomia em alça no cólon transversal e o fechamento da lesão perineal.

## 74

Homem, 73 anos de idade, refere dor abdominal difusa mais intensa no hipogástrio há 3 dias, anorexia e parada de evacuação. Há dois dias, começou a apresentar náuseas e vômitos. Nega disúria. Diabético e hipertenso, faz uso de metformina, gliclazida, captopril e sinvastatina. Nega cirurgias. Não fuma. Está em regular estado geral, descorado +/4+, desidratado, anictérico e afebril. Frequência respiratória: 17 ipm, saturação de O<sub>2</sub>: 96%, pressão arterial: 120x75 mmHg, frequência cardíaca: 112 bpm. O abdome está distendido e doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: fezes amolecidas de cor normal. Já foi iniciada hidratação venosa. Realizou a tomografia de abdome apresentada a seguir:



No cuidado deste paciente, quais devem ser os próximos passos?

- (A) Antibiótico e cirurgia.
- (B) Sonda nasogástrica, observação clínica por 24 horas e novo exame de imagem.
- (C) Hemocultura, antibiótico empírico e ultrassom de abdome superior.
- (D) Antibiótico, colangiorressonância e derivação da via biliar.

## 75

Homem, 30 anos de idade, autoagrediu-se com arma branca. Tem vários ferimentos em região cervical, na zona II, alguns com saída de ar. Está consciente e corado. FR de 20 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 98%, FC de 100 bpm, PA de 140x80 mmHg. Durante o atendimento, o paciente começou a ficar dispneico e agitado. Apresentou tosse com saída de sangue. Afastando os lábios da ferida, observou-se secção da traqueia. O paciente foi levado ao centro cirúrgico e anestesiado.



Qual é a técnica mais adequada para garantir a via aérea e como deve ser tratada a lesão cervical após o controle da via aérea?

- (A) Intubação com sequência rápida – Cervicotomia exploradora e traqueostomia pelo ferimento.
- (B) Intubação guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora e sutura da traqueia, com traqueostomia abaixo da sutura.
- (C) Intubação traqueal guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora com sutura da traqueia, sem traqueostomia.
- (D) Cricotireodostomia – Angiotomografia cervical, endoscopia e conversão da cricotireodostomia em traqueostomia.



76

Mulher, 28 anos de idade, comparece no pronto-socorro trazida do aeroporto, referindo dispneia há 2 semanas, associada à tosse seca e cansaço. Piora da dispneia há 48 horas. Está dispneica. FR de 24 ipm, FC de 135 bpm, PA de 130x90 mmHg, Sat.O<sub>2</sub> 90%, em ar ambiente. Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14,0 g/dL

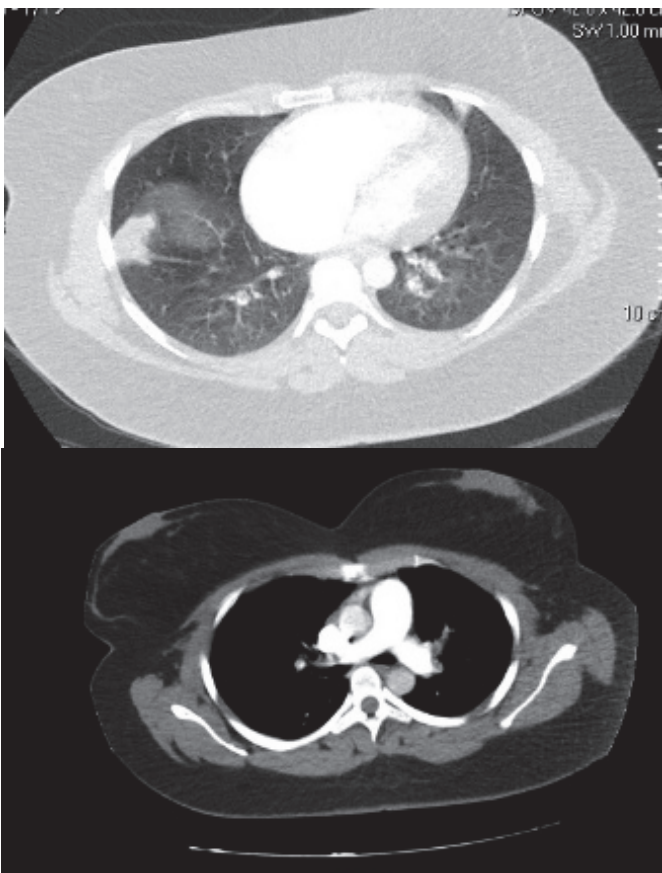
Ht: 42,2%

Leucócitos: 20.800/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 1%)

PCR: 6,3 mg/L

Dímero-D: > 20 ng/mL

A tomografia pode ser visualizada a seguir:

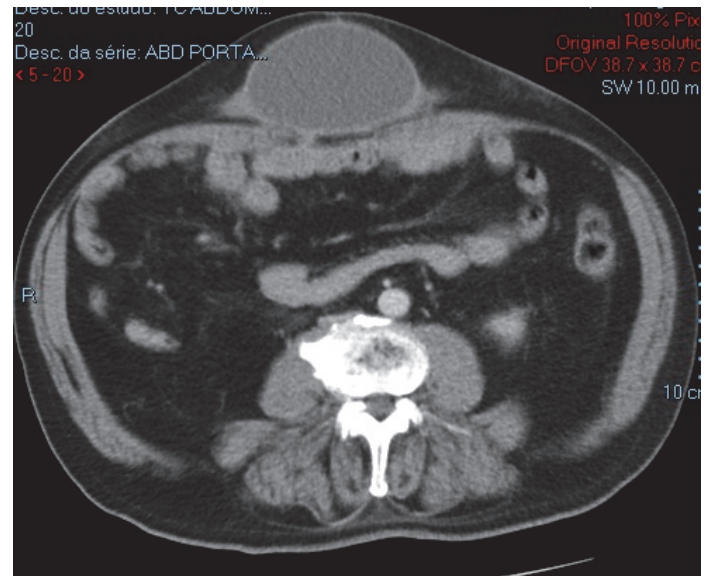


O tratamento desta paciente deve ser:

- (A) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.
- (B) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica, fisioterapia respiratória e enoxaparina 60 mg de 12/12 horas.
- (C) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória, enoxaparina 40 mg por dia.
- (D) Cateter de O<sub>2</sub>, furosemida 40 mg IV, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.

77

Paciente, 79 anos de idade, foi operado há dois anos por hérnia incisional. Foi colocada tela de polipropileno *onlay*. Cerca de seis meses após a operação, começou a sentir abaulamento no local da incisão. Ao exame físico, tem abaulamento de consistência cística, móvel. Foi feita punção com esvaziamento, por três vezes, nos últimos 3 meses, mas o abaulamento retorna. Realizou a tomografia apresentada a seguir:



Qual é a melhor conduta para tratar o problema descrito?

- (A) Ressecção do cisto e retirada da tela; reavaliação para necessidade de nova tela em 3 meses.
- (B) “Destelhamento” do cisto e sutura da pele, mantendo a tela no local.
- (C) Ressecção do cisto e retirada da tela, com colocação de nova tela no mesmo ato.
- (D) Punção, antibioticoterapia e uso de cinta abdominal.

78

Mulher, 40 anos de idade, foi submetida à funduplicatura há 10 anos por doença do refluxo com sintomas típicos. Recordase apenas de ter feito endoscopia antes de ser operada. Ficou bem clinicamente por 9 anos. Há 1 ano, refere disfagia para sólidos, tendo procurado atendimento em pronto-socorro no último mês. É hipertensa há 5 anos e no último ano, iniciou uso de hipoglicemiante oral para diabetes recém diagnosticado após ter ganho 12 kg em 2 anos. Qual o motivo mais provável da disfagia nesta paciente?

- (A) Acalasia.
- (B) Gastroparesia relacionada ao diabetes.
- (C) Adenocarcinoma da transição esofagogástrica.
- (D) Migração da funduplicatura.

**79**

Homem, 60 anos de idade, tabagista de longa data, realizou endoscopia digestiva alta por pigarro crônico, nega disfagia. Teve como achado uma lesão superficial elevada (tipo IIa) de esôfago a 20 cm da arcada dentária superior, medindo 1 cm. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma espinocelular. Realizou tomografia que não mostrou espessamento esofágico significativo ou enfisema pulmonar. Depois realizou PET-CT  $^{18}\text{F}$ -FDG com achado de hiper captação isolada na região do esôfago médio. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo.

- (A) Solicitar ecoendoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.
- (B) Encaminhar para oncologia clínica avaliar a possibilidade de tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia.
- (C) Esofagectomia com linfadenectomia.
- (D) Solicitar broncoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.

**80**

Bailarina, 22 anos de idade, chorosa e tensa, refere dor intensa e sangramento vivo em todas as evacuações há quatro semanas. Hábito evacuatório duas vezes por semana com fezes endurecidas. Há um mês refere evacuações uma vez por semana. Nega relações sexuais de qualquer espécie até hoje. Sem antecedentes pessoais ou familiares importantes. Tem muito medo de ser examinada. Ao exame físico, apresentou a seguinte inspeção anal:



Com relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O exame proctológico completo com toque retal e retoscopia guiam o tratamento.
- (B) A sintomatologia ocorre pela topografia da patologia ter origem endodérmica.
- (C) O diagnóstico diferencial de adenocarcinoma através de biópsia da região orientará a neoadjuvância.
- (D) O tratamento clínico é a melhor opção neste momento.

**81**

Em relação às complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgias bariátricas e metabólicas, é correto afirmar:

- (A) Analgesia efetiva, mobilização e deambulação precoce são essenciais para sua prevenção.
- (B) A ventilação não invasiva está formalmente contraindicada.
- (C) A prova de função pulmonar no pré-operatório é essencial para sua prevenção.
- (D) O tromboembolismo pulmonar é a complicação mais comum.

**82**

A cirurgia bariátrica e metabólica está contraindicada em

- (A) pacientes com transtorno psiquiátrico não controlado.
- (B) pacientes em insuficiência renal dialítica.
- (C) pacientes com hepatopatia crônica com *Model of End-Stage Liver Disease* (MELD) = 08.
- (D) pacientes com doença cardiopulmonar grave.

**83**

Paciente, 30 anos de idade, teve ingestão de soda cáustica aos 27 anos de idade. Evoluiu com estenose e está com alimentação exclusiva por gastrostomia. Tentou tratamento por dilatação endoscópica apresentando perfuração esofágica que foi tratada clinicamente com antibioticoterapia. Na avaliação endoscópica, tem estenose intransponível a 12 cm da arcada dentária superior junto ao músculo cricofaríngeo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Colonplastia com anastomoses no esôfago cervical e estômago por via retroesternal.
- (B) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago por via retroesternal.
- (C) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago pelo mediastino posterior.
- (D) Esofagectomia com gastroplastia e anastomose no esôfago cervical.

**84**

Em relação à gastrectomia laparoscópica para o tratamento do adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

- (A) Não existem evidências de alto nível que permitam recomendar seu uso fora de protocolos de pesquisa.
- (B) Pode ser recomendada nas lesões distais avançadas cT4a.
- (C) Está consagrada pelo uso e deve ser a via preferencial.
- (D) Está em desuso, sendo substituída pela via robótica.



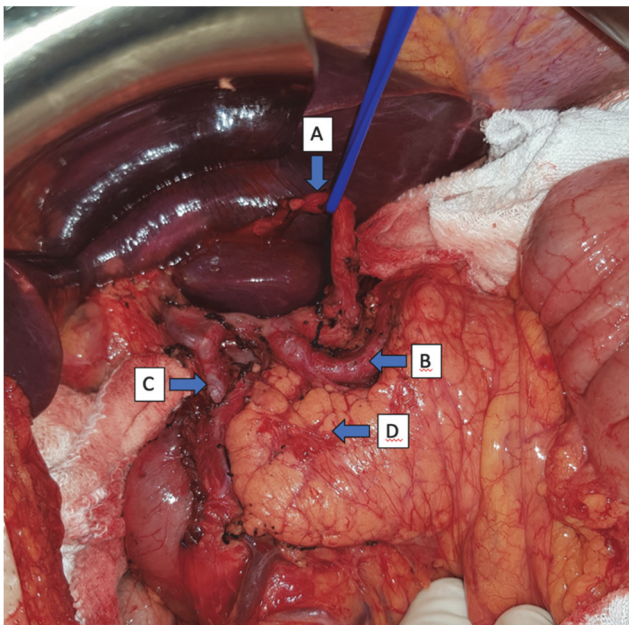
85

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) acomete grande parte da população ao redor do mundo com prevalência que pode chegar a 20% em diversos países. O manejo desta doença ainda é controverso, mas na atualidade existem grupos focados em padronizar o seu diagnóstico e o tratamento. Em relação à DRGE, assinale a alternativa correta.

- (A) A manometria auxilia no diagnóstico da DRGE através da medida da pressão de repouso do esfíncter inferior do esôfago.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo deve ser realizado em pacientes que apresentam hérnias hiatais mesmo sem a presença de esofagite erosiva.
- (C) Os consensos atuais da doença do refluxo gastroesofágico (Lyon e Lyon 2.0) utilizam além dos critérios pH-métricos, a presença de alterações endoscópicas específicas para definição da doença.
- (D) Os pacientes com sintomas atípicos da doença do refluxo, apresentam melhores respostas ao tratamento cirúrgico que ao clínico, devido ao refluxo não ácido que está muito presente nas queixas atípicas.

86

Ao término de uma gastrectomia total com linfadenectomia D2, o cirurgião principal solicitou ao residente do 2º ano que nomeasse as estruturas a seguir:



O residente, corretamente, respondeu o seguinte (A, B, C, D):

- (A) Artéria gástrica esquerda, artéria esplênica, artéria hepática comum, pâncreas.
- (B) Artéria hepática esquerda, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.
- (C) Artéria hepática acessória, artéria gástrica esquerda, artéria gastroduodenal, mesocólon transverso.
- (D) Artéria hepática acessória, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.

87

Homem, 32 anos de idade, hipertensão arterial de difícil controle. Em investigação para o quadro, foram diagnosticados tumores em ambas as adrenais, compatíveis com feocromocitomas, que foram operados com resolução do quadro de hipertensão. Também foi diagnosticado tumor em fossa posterior do crânio. Em exame de ressonância magnética de abdome, foram identificados inúmeros cistos em cabeça, corpo e cauda do pâncreas, compatíveis com neoplasias císticas serosas, bem como um nódulo sólido em cauda pancreática, hipervascularizado na fase arterial, com restrição à difusão e medindo 1,5 cm. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 1.
- (B) Neurofibromatose tipo 1.
- (C) Síndrome de Von Hippel-Lindau.
- (D) Esclerose tuberosa.

88

Mulher, 32 anos de idade, assintomática, é encaminhada para avaliação de nódulo hepático em ultrassonografia de rotina. Nega comorbidades, história familiar relevante ou etilismo. Usa anticoncepcional oral há 12 anos. Ao exame físico, apresenta-se anictérica, sem estigmas de hepatopatia crônica, palpação abdominal sem alterações. Laudo da ultrassonografia: nódulo hiperecogênico bem delimitado em segmento 7 medindo 5,5 cm. Apresenta ressonância magnética que mostra nódulo bem delimitado em segmento 7 medindo 5,6 cm com hipersinal homogêneo em T2. As fases contrastadas evidenciam lesão hipervascular com contrastação lenta e enchimento centrípeto. A respeito do caso, é correto afirmar:

- (A) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de hemangioma hepático, sendo a melhor conduta o seguimento clínico.
- (B) Trata-se de carcinoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção regrada do segmento 7.
- (C) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular. A conduta inicial, devido ao tamanho, baseia-se na suspensão dos anticoncepcionais orais, observação clínica e exames de imagem de controle em 6 meses.
- (D) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção cirúrgica devido ao risco de malignização e/ou ruptura.

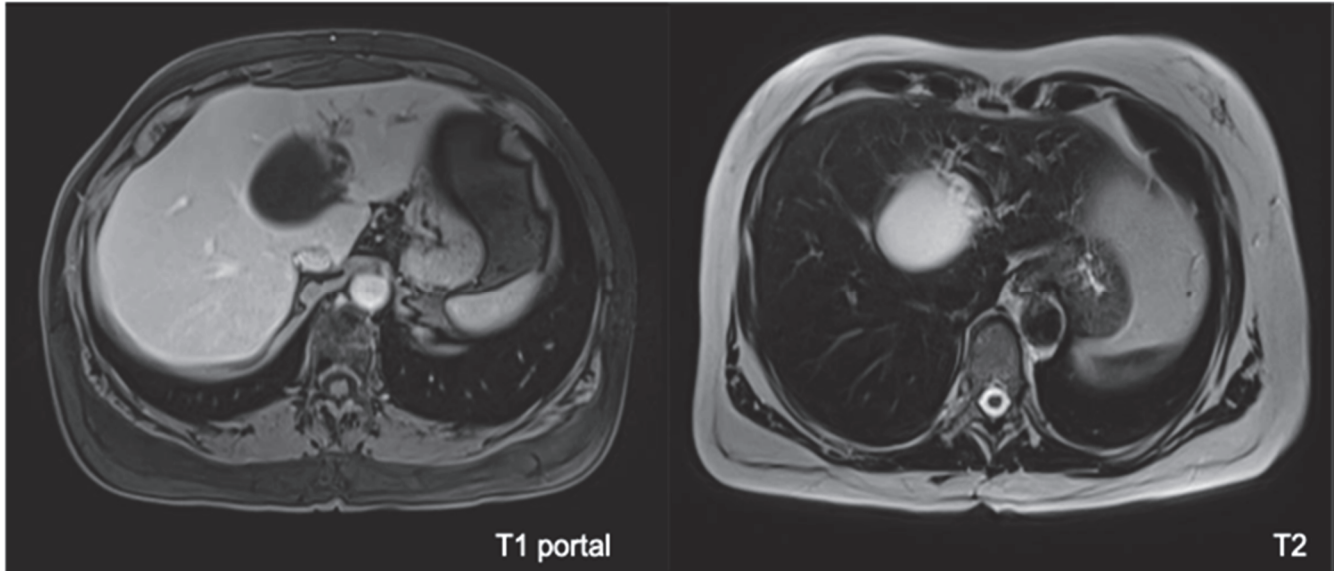
89

Em relação à etiologia da obesidade, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de problema comportamental.
- (B) A obesidade monogênica é bastante comum.
- (C) Há uma associação entre fatores genéticos e ambientais.
- (D) Os polimorfismos genéticos são raros.

## 90

Mulher, 50 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, refere cisto hepático diagnosticado há 10 anos em ultrassonografia de rotina, na ocasião com 3,5 cm. Fez seguimento com exames periódicos, os quais mostraram crescimento do cisto. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística medindo 6,5 cm no segmento 4, com paredes regulares, alguns septos finos e exercendo compressão na via biliar esquerda com dilatação dos ramos biliares intra-hepáticos. Não existem outros cistos hepáticos. Exames laboratoriais mostram bilirrubina normal, discreto aumento de enzimas canaliculares e CA19-9: 25 UI/mL (normal até 37 UI/mL). A ressonância magnética é apresentada a seguir:



Considerando as informações clínicas e as imagens, qual é o diagnóstico e a melhor conduta para essa paciente?

- (A) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (B) Cisto hepático simples, alcoolização do cisto.
- (C) Cisto hidático, injeção de solução salina hipertônica.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma biliar), hepatectomia esquerda.

## 91

A acalasia esofágica pode ser considerada o distúrbio motor mais frequente dentro das doenças esofágicas, causando grande perda da funcionalidade e qualidade de vida do paciente. Quanto ao tratamento da acalasia, assinale a alternativa que melhor representa o conhecimento atual sobre a doença.

- (A) O tratamento da acalasia depende das condições clínicas do paciente. Apesar de diversas alternativas, a cardiomiectomia cirúrgica é, ainda hoje, o tratamento padrão ouro na maioria dos casos.
- (B) A manometria de alta resolução apresentou uma grande evolução no conhecimento da doença. Através dela pode-se indicar o melhor tratamento possível para o paciente.
- (C) A recidiva da disfagia, após o tratamento da acalasia, está associada à progressão da doença, uma vez que o tratamento é paliativo na maioria dos casos.
- (D) A Cardiomiectomia Endoscópica (POEM) é o tratamento mais moderno da acalasia, apresentando resultados semelhantes à cardiomiectomia cirúrgica, sem aumento na taxa de refluxo gastroesofágico.

## 92

Homem, 63 anos de idade, no 7º dia pós-operatório de esplenectomia por suspeita de linfoma B de zona marginal esplênica. Retorna ao hospital com dor abdominal há 1 dia e febre sem calafrios. Ao exame físico, apresenta-se febril (Temp. de 38,2 °C), PA de 110x80 mmHg, FC de 96 bpm, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo, sem descompressão brusca. Realizou tomografia de abdome que mostrou coleção em topografia esplênica com volume aproximado de 70 mL. Qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica para o paciente?

- (A) Fístula pancreática, antibioticoterapia e drenagem da coleção por radiointervenção.
- (B) Sepse pós-esplenectomia, antibioticoterapia com coberturas para bactérias encapsuladas.
- (C) Trombose da veia porta com hematoma infectado em loja esplênica, antibioticoterapia e laparoscopia diagnóstica.
- (D) Fístula entérica, antibioticoterapia e laparotomia exploradora.

**93**

Homem, 59 anos de idade, hipertenso controlado, apresenta epigastria de longa data com piora há 2 meses, associada à perda de 1 kg no período. Realizou endoscopia digestiva alta sendo observada lesão elevada de 2 cm, sem ulceração, em antro gástrico. A biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado, tipo intestinal de Lauren. A ecoendoscopia demonstrou lesão restrita à mucosa (T1a), sem linfonodos suspeitos. A tomografia computadorizada não encontrou achados relevantes. Qual a melhor conduta?

- (A) Ressecção endoscópica.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

**94**

Homem, 56 anos de idade, assintomático. Realizou endoscopia digestiva alta de rotina que teve como achado incidental abaulamento subepitelial em grande curvatura de corpo alto do estômago. Na investigação com ecoendoscopia, notou-se lesão de 4 cm localizada na 4ª camada da parede gástrica. Realizada punção com agulha fina cujo anatomopatológico revelou tratar-se de neoplasia fusocelular, imunohistoquímica com CD117 positivo, índice mitótico de 3%. A melhor conduta é

- (A) endoscopia seriada a cada 6 meses, e se a lesão crescer acima de 5 cm, indicar cirurgia.
- (B) ressecção endoscópica.
- (C) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.

**95**

Mulher, 56 anos de idade, em pós-operatório tardio de *bypass* gástrico. Procura pronto atendimento com queixa de colúria, icterícia e febre há 1 dia. É atendida em sala de emergência com FC de 130 bpm, PAM de 58 mmHg, icterícia +/4+. Exames laboratoriais mostram leucocitose, alterações compatíveis com colestase e lesão renal aguda. Provas de coagulação normais, exceto por discreta plaquetopenia (95.000/mm<sup>3</sup>). Ultrassonografia de abdome identificou múltiplos cálculos em vesícula biliar, dilatação de via biliar intra e extra-hepática causada por cálculo biliar impactado em colédoco distal. Realizada ressuscitação volêmica, iniciados vasopressor e antibioticoterapia. Qual a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Drenagem biliar transparietohepática.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e limpeza da via biliar.
- (C) Colectomia, exploração da via biliar e drenagem com dreno de Kher.
- (D) Suporte intensivo e observação clínica.

**96**

Mulher, 54 anos de idade, no 9º dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de papila duodenal. Está em tratamento de infecção de sítio cirúrgico devido à fístula da anastomose pancreatojejunal. Hoje, apresentou episódio de taquicardia e débito de 100 mL de conteúdo hemático pelo dreno abdominal. Após expansão volêmica, houve melhora da taquicardia. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse momento.

- (A) Observação clínica.
- (B) Arteriografia.
- (C) Angiotomografia de abdome.
- (D) Laparotomia exploradora imediata.

**97**

Homem, 60 anos de idade, submetido à colecistectomia eletiva devido a pólipos em vesícula biliar há duas semanas. Relatório anatomopatológico mostrou adenocarcinoma da vesícula biliar, moderadamente diferenciado com invasão até a lâmina própria, margem do ducto cístico livre de neoplasia. Em relação ao diagnóstico, qual a conduta mais adequada nesse momento?

- (A) Quimioterapia adjuvante.
- (B) Seguimento clínico.
- (C) Ampliação da margem do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (D) Ressecção de via biliar extra-hepática, linfadenectomia do hilo hepático e anastomose biliodigestiva.

**98**

Mulher, 45 anos de idade, submetida à colecistectomia com colangiografia eletiva por calciose não complicada da vesícula biliar há 14 dias. Procedimento sem intercorrências. No 6º dia pós-operatório, procurou pronto-socorro com dor abdominal difusa. Submetida à laparoscopia diagnóstica com achado de coleperitônio devido à perda de ligadura do ducto cístico. Realizada limpeza do sítio cirúrgico, rafia do ducto cístico e drenagem da cavidade. Atualmente no 8º PO, paciente encontra-se em bom estado geral, com exames laboratoriais normais, porém apresenta débito de 240 mL de bile pelo dreno abdominal. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor conduta nesse momento?

- (A) CPRE com passagem de prótese biliar.
- (B) Laparoscopia, resutura da via biliar e drenagem da cavidade.
- (C) Anastomose biliodigestiva.
- (D) Drenagem transparietohepática da via biliar.

## 99

Homem, 72 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, dislipidemia e obesidade. Há 2 meses, com dor em hipocôndrio direito. Realizou ultrassonografia de abdome que mostrou massa em lobo hepático direito medindo 9,0x8,5 cm. Realizou tomografia de abdome com contraste endovenoso que evidenciou fígado com bordas rombas e contornos levemente lobulados, além de lesão hipervascular medindo 9,1x8,7 cm com clareamento rápido do meio de contraste ocupando os segmentos 5, 6 e 7. Exame físico sem estigmas de hepatopatia crônica.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,7 g/dL

Plaquetas: 160.000/mm<sup>3</sup>

Bilirrubinas totais: 0,9 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,5 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL

Albumina: 4,4 g/dL

Tempo de protrombina: 90% (INR= 1,1)

Sódio: 137 mEq/L

Alfafetoproteína: 42 ng/mL

Chlid-Pugh: A5

Model of End-Stage Liver Disease (MELD): 8

Endoscopia digestiva alta sem varizes esofagogástricas. Realizou volumetria com volume hepático total de 1.540 mL e volume do lobo esquerdo de 740 mL.

Considerando os dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, qual a melhor conduta para o paciente?

- (A) Embolização seletiva do ramo portal direito e posterior reavaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo.
- (B) Quimioembolização arterial do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante hepático.
- (D) Hepatectomia direita laparoscópica.

## 100

Mulher, 29 anos de idade, assintomática, realizou ultrassonografia de abdome solicitada pelo ginecologista que evidenciou nódulo hepático heterogêneo bem delimitado localizado em segmento 6 medindo 5,3 cm. Em uso regular de anticoncepcional oral há 8 anos. De acordo com o contexto clínico da paciente, qual o exame mais indicado para elucidação diagnóstica do nódulo hepático?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso.
- (B) Ressonância magnética de abdome superior, preferencialmente com contraste hepatoespecífico.
- (C) Perfil hepático e marcadores tumorais (CEA, CA19-9 e alfafetoproteína).
- (D) Biópsia hepática guiada por tomografia.

## 101

Homem, 45 anos de idade, com perda de 15% do seu peso habitual nos últimos 2 meses, evoluindo com queixa de epigastralgia, náuseas e vômitos com distensão abdominal há 10 dias, acompanhado de inapetência e fraqueza generalizada. Ao exame físico, apresentou peso de 45 kg, altura de 1,70 m e exame laboratorial com albumina igual a 2,1 g/dL. Qual é o Índice de Massa Corpórea (IMC) do paciente, estado nutricional e a melhor de via de suporte, respectivamente?

- (A) IMC = 15,5 kg/m<sup>2</sup>, desnutrição grave e terapia nutricional parenteral.
- (B) IMC = 15,5 kg/m<sup>2</sup>, desnutrição leve e terapia nutricional enteral por sonda nasoenteral locada na porção pós-pilórica.
- (C) IMC = 17,0 kg/m<sup>2</sup>, desnutrição moderada e terapia nutricional oral.
- (D) IMC = 17,0 kg/m<sup>2</sup>, eutrófico e terapia nutricional enteral associado à nutrição parenteral.

## 102

M.M.S, sexo feminino, 20 anos de idade. HPMA: Submetida a 22 procedimentos cirúrgicos anteriores, pós cirurgia inicial de apendicectomia por suspeita de apendicite aguda. Seguida de fístula digestiva e necrose intestinal extensa, resultando no intestino remanescente de 50 cm de jejuno + cólon transversal + cólon descendente + sigmoide + reto. Ao exame físico, apresentou regular estado geral, dispneia leve +/4+, afebril, anictérico, acianótico porém, hemodinamicamente estável em Unidade de Terapia Intensiva e curativo abdominal oclusivo com aspiração contínua inicial. IMC = 14,3 kg/m<sup>2</sup>.



De acordo com o quadro clínico do paciente apresentado, qual o possível diagnóstico e o suporte nutricional mais adequado neste momento?

- (A) Falência intestinal por síndrome de intestino curto e nutrição parenteral total.
- (B) Falência intestinal por síndrome de intestino curto e nutrição enteral associada à nutrição parenteral.
- (C) Insuficiência intestinal por síndrome de intestino curto e nutrição enteral.
- (D) Fístula digestiva entero-atmosférica e nutrição enteral associada à nutrição parenteral.



## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 103 A 105

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, portadora de fibrilação atrial com controle irregular, apresenta quadro de dor abdominal importante por 2 dias e foi admitida em unidade hospitalar com taquicardia, hipotensão e sinais de irritação peritoneal. Foi internada e submetida à laparotomia exploradora, com achado de necrose intestinal extensa e pus em cavidade peritoneal, sendo necessária enterectomia de 4,0 m de intestino delgado englobando a partir de 1,0 m de jejuno do ligamento de Treitz, íleo, válvula ileocecal, além do cólon ascendente e metade do cólon transversal num primeiro tempo com confecção de uma jejunostomia a 1,0 m do ligamento de Treitz e fístula mucosa do cólon transversal. Essa paciente ficou dependente de nutrição parenteral em regime hospitalar, sendo submetida à reconstrução de trânsito após 4 meses do quadro inicial.

**103**

Em relação ao diagnóstico mais provável do quadro inicial, a causa desta necrose intestinal extensa se deve à

- (A) isquemia não-oclusiva de nenhum vaso específico.
- (B) embolia de artéria mesentérica superior.
- (C) trombose da veia mesentérica inferior.
- (D) trombose da artéria mesentérica inferior.

**104**

Sobre o manejo nutricional dessa paciente após a confecção da jejunostomia e antes da reconstrução de trânsito intestinal, assinale a alternativa correta.

- (A) A ingesta oral de soluções ricas em sal pode ser mais eficiente para absorção nesse cenário, pois o jejuno absorve sódio contra gradientes eletroquímicos elevados.
- (B) Os líquidos isotônicos devem ser inicialmente preferidos à ingesta de água filtrada, sobretudo para melhor controle de ileostomias com alto débito.
- (C) Recomenda-se o aumento da ingesta oral da quantidade de líquidos em pacientes de acordo com o aumento do débito da jejunostomia para compensar as perdas pelo estoma.
- (D) Se a jejunostomia apresentar alto débito, o paciente deve ser orientado para ingestão oral de grande quantidade de água filtrada, evitando assim insuficiência renal.

**105**

A paciente apresentou déficit de vitamina B12 e necessidade de reposição. Qual alternativa melhor explica essa carência nutricional no caso em questão?

- (A) Pode ser explicada pela deficiência de fator intrínseco produzido ao longo do jejuno e íleo.
- (B) Pode ser explicada pela pouca tolerância às proteínas animais em pacientes após grandes ressecções intestinais.
- (C) Pode ser explicada por ausência do íleo distal em continuidade.
- (D) Pode ser explicada pelo consumo da vitamina B12 em sítio de medula óssea, diante da necessidade aumentada de eritrócitos na anemia.

**106**

Mulher, 28 anos de idade, sem antecedentes pessoais conhecidos, comparece à consulta ambulatorial acompanhada pela mãe a qual refere que há aproximadamente três meses iniciou quadro de adinamia, tontura, emagrecimento progressivo não quantificado mesmo com grande ingesta alimentar, diarreia esporádica, irregularidade menstrual e inflamação frequente na garganta. Ao exame físico, paciente encontra-se emagrecida, hipocorada, abdome flácido sem visceromegalias, orofaringe hiperemiada e presença de sinal de Russel. Em relação ao quadro apresentado, qual o possível diagnóstico?

- (A) Bulimia.
- (B) Doença de Crohn.
- (C) Anemia ferropriva.
- (D) Deficiência de vitamina B12.

**107**

Mulher, 34 anos de idade, aproximadamente 60 kg e 1,60 m de altura, vítima de ferimento por arma branca em abdome. Submetida à cirurgia abdominal de grande porte (laparotomia exploradora), onde foi realizada ressecção de cólon direito, rafia de lesão em duodeno, lavagem de cavidade abdominal e realizada peritoneostomia. Paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, em uso de noradrenalina 0,6 µg, vasopressina 0,02 UI/min, sedada, em ventilação mecânica e com tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, lactato sérico aumentado. Estava em jejum com sonda nasogástrica aberta, apresentando débito de 800 mL em 24 horas (aspecto bilioso). Devido à perspectiva de jejum prolongado, no 2º dia de pós-operatório, foi chamada equipe multiprofissional de terapia nutricional para introdução de terapia nutricional. Qual seria a conduta?

- (A) A dieta oral líquida sem resíduos.
- (B) A terapia nutricional está contraindicada neste momento.
- (C) O jejum oral e introdução de terapia nutricional enteral via sonda nasoenteral.
- (D) O jejum oral e introdução de terapia nutricional parenteral plena via cateter venoso central.

**108**

A Falência Intestinal (FI) é uma condição grave e complexa, caracterizada pela incapacidade do intestino de absorver adequadamente nutrientes e líquidos, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento de crianças e prejudicando a manutenção de um organismo saudável em adultos. Nesta condição de saúde, a suplementação intravenosa é necessária. Alguns pacientes têm FI crônica e necessitam receber Terapia Nutricional Parenteral (TNP) por meses ou anos. Nestes casos, a TNP prolongada leva a complicações metabólicas. Assinale a alternativa que corresponde à complicação metabólica associada ao uso prolongado de TNP.

- (A) Hipertensão intracraniana.
- (B) Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) Artrite de grandes e pequenas articulações.
- (D) Esteatose hepática/doença colestática hepática.

**109**

Mulher, 44 anos de idade, etilista, em situação de rua, usuária de drogas. HPMa: Diarreia com fezes líquidas há 2 meses (> frequência - 15 vezes/dia), com surgimento de lesões cutâneas discretas em MMSS e face há 1 semana, acompanhado por perda de memória e alterações de comportamento. Ao exame físico realizado na admissão hospitalar: lesões eritemato-descamativas em áreas fotoexpostas (dorso dos braços até cotovelos, face, região anterior das pernas e pés) com presença de área ulcerada em dorso da mão e bolha em dorso do pé, áreas de hiperpigmentação, descolorada (2+/4+), desidratada (2+/4+). Abdome plano, doloroso à palpação profunda difusamente, ruído hidroaéreo aumentado, sem sinais de irritação peritoneal e edema de membros inferiores 1+/4+.



## • Exames laboratoriais:

Exame	Valor de Ref.	Resultado				
		21/05	26/05	01/06	05/06	07/06
Uréia	10 a 50 mg/dL	71	55	23	23	21
Creatinina	0,50 a 0,90 mg/dL	1,19		0,83	0,75	0,82

Exame	Valor de Ref.	Resultado				
		21/05	26/05	01/06	05/06	07/06
Hemoglobina	12 – 16 g/dL	10,3	7,9	8,9	8,8	9,1
Hematócrito	35 – 47%	32	25,1	28	28	28,7

Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável, a principal deficiência de vitamina esperada e o melhor suporte nutricional neste momento, respectivamente.

- (A) Diarreia crônica, vitamina B1 (tiamina) e nutrição enteral.
- (B) Pelagra, vitamina B3 (niacina) e nutrição parenteral total.
- (C) Desidratação, vitamina C e nutrição oral.
- (D) Desnutrição grave, vitamina D e nutrição oral com suplemento.

**110**

Homem, 34 anos de idade, portador de cateter central para nutrição parenteral devido à doença de Crohn, em tratamento há 6 anos. Frequentemente, tem tido intercorrência da doença precisando suspender a dieta via oral, sendo a única opção a nutrição parenteral. Em relação à prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, assinale a alternativa correta.

- (A) A utilização de curativos com gaze estéril e micropore é superior aos curativos transparentes (ex: Tegaderm™) para prevenção de infecções.
- (B) A troca de cateteres a cada 72 horas é a melhor prática para prevenir infecções.
- (C) O uso de solução salina é preferível ao uso de soluções antimicrobianas para a limpeza do sítio de inserção do cateter.
- (D) A manutenção de uma técnica estéril rigorosa, durante a inserção do cateter, é crucial para reduzir a incidência de infecções.

**111**

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, com IMC igual a 30,9 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau I), sem comorbidades associadas, comparece no consultório com relato de dificuldade em perder peso há mais de 2 anos, mesmo com mudanças de estilo de vida. Realiza restrição calórica diária e exercício físico três vezes por semana, ambos supervisionados por nutricionista e professor de educação física. Deseja iniciar tratamento medicamentoso para obesidade. O paciente do caso descrito apresenta indicação para iniciar o uso?

- (A) Sim, pois apresenta IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> e história de falha do tratamento não farmacológico.
- (B) Sim, pois apresenta IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup>, não havendo a necessidade de se comprovar falha do tratamento não farmacológico.
- (C) Não, pois a indicação é somente para pacientes com IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, independente das comorbidades.
- (D) Não, pois a indicação é somente para pacientes com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

#### TEXTO PARA AS QUESTÕES 112 E 113

Homem, 67 anos de idade, em situação de rua, caquético, com desnutrição grave por falta de acesso à alimentação adequada, internou para compensação clínica em um hospital terciário. Contraindicado dieta oral pela equipe da fonoaudiologia por disfagia grave, sendo optado por passagem de Sonda Nasoenteral (SNE) em posição gástrica para início da terapia nutricional enteral. A enfermeira que realizou a passagem da SNE é experiente, tem certeza do posicionamento da mesma e prepara-se para instalar a dieta.

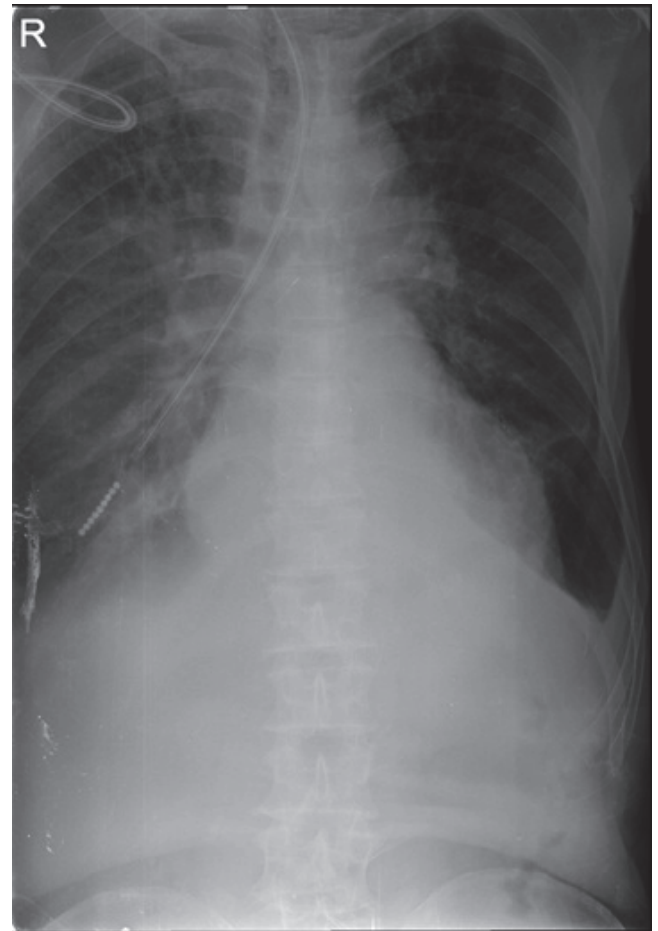
**112**

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta médica adequada.

- (A) Solicitar à enfermeira que coloque a porção proximal da SNE em um copo com água. Se não borbulhar, será um indicativo de que a sonda não está no pulmão e, portanto, poderá iniciar a infusão da dieta enteral.
- (B) Autorizar o início de dieta enteral, mesmo sem confirmação radiológica, pois trata-se de uma enfermeira experiente.
- (C) Solicitar a realização de radiografia de tórax com abdome superior para ter certeza do posicionamento da sonda, antes de liberar o início da dieta enteral.
- (D) Solicitar que a enfermeira faça o teste da ausculta em região epigástrica pela introdução de ar pela SNE e da aspiração do conteúdo gástrico pela mesma SNE, para liberar o uso da mesma que dispensa a confirmação radiológica.

**113**

O paciente na Unidade de Terapia Intensiva, sob sedação, foi submetido ao raio X de tórax com cúpula frênica, antes da infusão da dieta enteral:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta apropriada neste momento.

- (A) Suspender a infusão da dieta enteral porque a SNE está locada no brônquio fonte direito, sendo necessário a retirada e reintrodução da mesma guiada por endoscopia, posicionando a mesma em posição pós-pilórica, se possível.
- (B) Infundir a dieta enteral, uma vez que a SNE está locada em posição ideal.
- (C) Suspender a infusão da dieta enteral e tracionar a SNE até a orofaringe e, em seguida, reintroduzir novamente, liberando o seu uso sem a confirmação radiológica.
- (D) Suspender a dieta enteral e retirar a SNE pela dificuldade da reintrodução da mesma, optando pela gastrostomia endoscópica.



## 114

Paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, com antecedente de cirrose por hepatite C e em lista de transplante hepático, evoluiu com confusão, sonolência e manifestação do sinal de “asterixis” ou *flapping*, sendo internada para investigação do quadro clínico. Foi evidenciada infecção do trato urinário nos exames admissionais, além de disfunção renal aguda grave. Qual das alternativas representa a melhor conduta nesse cenário?

- (A) Lactulona, um prebiótico laxativo que diminui o pH colônico, pode ser associada à rifaximina, já que este antibiótico oral não é absorvível.
- (B) A combinação de aminoácidos L-ornitina e L-aspartato pode ser usada associada a uma oferta proteica mais restrita na faixa de 0,4-0,8 g/kg/dia.
- (C) Aminoácidos de cadeia ramificada devem ser usados de maneira protetora, combinados à oferta proteica mais agressiva na faixa de 2,0-2,5 g/kg/dia.
- (D) Glutamina parenteral na dose 1,0 mg/kg deve ser usada com objetivo de contribuir para o anabolismo proteico da paciente, exceto em caso de choque grave.

## 115

Mulher, 45 anos de idade, apresentou queixas de inchaço abdominal, gases, e alterações no hábito intestinal após um tratamento com antibióticos. Seus exames revelaram disbiose. Assinale a alternativa que descreve a abordagem correta para o tratamento da sua condição?

- (A) Uso exclusivo de suplementos vitamínicos sem alteração na dieta.
- (B) Introdução de uma dieta rica em alimentos processados e açúcares para aumentar a energia.
- (C) Suspensão completa de todos os alimentos sólidos e uso de apenas líquidos por um período prolongado.
- (D) Introdução de uma dieta rica em fibras, suplementação com probióticos e prebióticos, aumento da ingestão de líquidos e acompanhamento médico e nutricional.

## 116

Paciente com histórico de doença de Crohn estenosante, em tratamento irregular, foi submetido à cirurgia de urgência, devido a quadro de suboclusão por atividade de doença em íleo terminal. Após laparotomia exploradora, paciente teve alta com ileostomia terminal e orientação de dieta branda pobre em resíduos. O paciente não seguiu orientação dietética e apresentou alto débito pela ileostomia (maior que 2 litros em 24 horas). Trinta dias após a alta hospitalar, o paciente procura o pronto-socorro com queixa de boca seca, náusea, sonolência, fraqueza e perda ponderal de 6 kg. O eletrocardiograma na admissão mostra alargamento do complexo QRS. Qual o distúrbio hidroeletrólítico espera-se encontrar e como seria a correção?

- (A) Hipomagnesemia grave, reposição endovenosa.
- (B) Hiponatremia grave, hidratação oral.
- (C) Hipercalemia leve, reposição oral.
- (D) Ausência de distúrbio hidroeletrólítico.

## 117

Homem, 70 anos de idade, tabagista pesado e dependente de oxigênio domiciliar por DPOC, internado em UTI por queda da própria altura e fratura de colo de fêmur esquerdo. Segue em cateter nasal 1 L/min e aguarda procedimento ortopédico. Apresenta os seguintes dados antropométricos: altura 1,6 m, peso 40 kg, circunferência de panturrilha 24 cm. Relata perda de 5 kg nos últimos doze meses, baixa aceitação de dieta oral e prejuízo para banhar-se, vestir-se e alimentar-se. Cuidador relata internações frequentes por descompensação respiratória por episódios de pneumonia recidivante pela doença pulmonar obstrutiva crônica, com necessidade de vários ciclos de corticoterapia nos últimos 6 meses. A respeito desse caso, é correto afirmar:

- (A) Caso albumina sérica seja  $< 3,2$ , pode-se definir desnutrição grave para esse caso.
- (B) Por se tratar de fratura patológica, há critério para definição de osteoporose.
- (C) Há critérios para definição de sarcopenia.
- (D) Há critérios para definição de caquexia.

## 118

Medir a circunferência cervical em pacientes com obesidade pode ser um bom preditor para o diagnóstico de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Medidas acima de 48 cm aumentam a probabilidade de que o paciente tenha diagnóstico de SAOS. Além dessa medida, existem alguns fatores de risco que aumentam ainda mais a chance de o paciente apresentar SAOS. Que fatores de risco são esses?

- (A) Presença de diabetes, hipercolesterolemia e ser ronco habitual.
- (B) Presença de diabetes, ser ronco habitual e queixar-se de sufocamento ou sensação de falta de ar na maioria das noites.
- (C) Presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipercolesterolemia.
- (D) Presença de hipertensão arterial sistêmica, ser ronco habitual e queixar-se de sufocamento ou sensação de falta de ar na maioria das noites.

## 119

A respeito da microbiota intestinal humana, assinale a alternativa correta.

- (A) A diversidade da microbiota intestinal tende a ser maior em indivíduos que seguem uma dieta rica em alimentos processados e pobre em fibras.
- (B) A microbiota intestinal desempenha um papel crucial na digestão dos alimentos, na síntese de vitaminas e na modulação do sistema imunológico.
- (C) A microbiota intestinal é estática ao longo da vida e não sofre alterações significativas com mudanças na dieta ou no ambiente.
- (D) A microbiota intestinal é composta, exclusivamente, por bactérias benéficas que promovem a saúde.

**120**

Mulher, 36 anos de idade, sofreu um acidente de trânsito há 2 dias, foi resgatada e trazida ao pronto-socorro pela equipe paramédica em tempo hábil. Vítima de politrauma, hemodinamicamente estável com Glasgow de 10. Com avaliação multiprofissional, optou-se por início do suporte nutricional através do trato gastrointestinal pela Sonda Nasoenteral (SNE). O estado da face pós-trauma pode ser observado na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta uma contraindicação à passagem de sonda nasoenteral neste momento.

- (A) Disfagia.
- (B) Baixa aceitação de dieta via oral.
- (C) Risco para broncoaspiração.
- (D) Trauma de crânio com equimose periorbital de Guaxinim.

