

GABARITO
PROCESSO SELETIVO ESPECIALIZAÇÃO ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA IDOR/IFOR 2022
PROVA ACESSO DIRETO (SEM PRÉ REQUISITO)

O principal motivo de insuficiência cardíaca na criança é:

comunicação interventricular

transposição dos grandes vasos da base

coarctação da aorta

persistência do canal arterial

Criança de 2 meses de idade é levada pelo pai ao serviço de emergência. Relata que a mesma está com febre há 48 horas, entre 38 e 38 graus celsius. Entre os episódios febris fica bem, ativa e mamando, sem outros sintomas ou relato de doença crônica. Exame físico sem alterações. Os exames que devem ser solicitados na abordagem inicial são:

hemograma, EAS e urocultura

punção lombar, PCR e tomografia de crânio

procalcitonina, ultrassonografia de abdome total e EAS

D-dímero, hemocultura e RX de abdome panorâmico

Ao levar uma criança para um parque infantil ou playground, os pais devem seguir as etapas do acrônimo em inglês S.A.F.E., para a prevenção de injúrias físicas por brinquedos inadequados ou sem manutenção. Essas etapas são:

Supervisão, Adulto, Quedas e Equipamento

Segurança, Atenção, Falhas e Estabilidade

Suporte, Adequação, Físico e Equilíbrio

Supervisão, Antecipação, Quedas e Equipamento

No quadro clínico da GNDA (glomerulonefrite difusa aguda) pós-estreptocócica, a sintomatologia clássica envolve:

hipertensão e hematúria

hipotensão e disúria

hematúria e nictúria

estragúria e proteinúria

Você recebe um escolar de 7 anos em seu consultório. A mãe está preocupada, pois o acha muito baixo, perto dos amigos. No manejo inicial para avaliar essa criança, além de confirmar se há realmente baixa estatura, a conduta mais apropriada é:

demarcar o alvo parental, calcular velocidade de crescimento e solicitar Rx de mão e punho esquerdo

solicitar dosagem de gonadotrofinas, hormônio de crescimento e fazer estadiamento de Tanner

dosar hormônio de crescimento e hormônios tireoidianos, solicitar Rx de crânio em AP e perfil

solicitar ultrassonografia de abdome total, Rx de joelho Ap e perfil, dosar insulina e cortisol

Pré-escolar, três anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro com história de febre (39°C) há 6 dias, “edema” no pescoço por quatro dias e conjuntivite não purulenta em ambos os olhos. Foi examinado por pediatra no início do quadro que prescreveu amoxicilina-clavulanato sem melhora. Exame físico: febril, adenomegalia cervical posterior esquerda medindo 2cm, sem sinais flogísticos, hiperemia de conjuntiva sem exsudato, edema de mãos e pés, lábios secos e fissurados. Nesse caso, deve ser instituído tratamento precoce com:

imunoglobulina

antifúngico

antimicrobiano

antiviral

Lactente de dois meses, apresenta lacrimejamento constante e involuntário desde o nascimento evoluindo com secreção purulenta unilateral à esquerda associada a discreta hiperemia conjuntival. Considerando a causa mais frequente, o tratamento imediato deve ser:

massagem

sondagem

intubação siliconizada

dacriocistorrinostomia

Escolar de sete anos apresenta exantema em face com lesões maculopapulares que logo confluíram para as regiões malares associado a palidez perioral. Dois dias depois, o quadro evoluiu com exantema em tórax, membros superiores e inferiores de aspecto rendilhado e, passadas duas semanas, ocorreu novo episódio exantemático após atividade física. Não há relato de febre no período. A melhor alternativa diagnóstica para o caso é:

eritema infeccioso

rubéola

roséola

mononucleose infecciosa

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, é levada ao ambulatório devido a queixa de cefaleia. A anamnese revela que a dor teve início há dois meses, com intensidade progressiva, atingindo todo o crânio, sendo mais intensa ao acordar e exacerbada ao tossir. Exame neurológico: discreta alteração do equilíbrio e da coordenação motora. Neste caso, a fim de esclarecer o diagnóstico está indicado a realização do seguinte exame complementar:

ressonância magnética de crânio

eletroencefalograma

tomografia computadorizada de crânio

análise do líquido

Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, adequado para idade gestacional (AIG), parto cesariana, Apgar 9/9. Apresenta taquipneia com esforço logo após o nascimento. A bolsa rompeu no ato operatório e o líquido amniótico era claro. No exame físico há taquipneia, FR 66irpm ausculta sem ruídos adventícios. RX evidencia trama vascular pulmonar aumentada. Na HGP: sem intercorrências. O diagnóstico mais provável é:

taquipneia transitória neonatal

síndrome de aspiração meconial

pneumonia neonatal

insuficiência cardíaca no recém nato

A publicação da portaria 1061 de 18 de maio de 2020 atualizou a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Deste modo, foi incluída como doença de notificação compulsória:

Doenças de Chagas Crônica

Varicela – caso grave internado ou óbito

Esporotricose

Acidente por animal peçonhento

Em 19/05/2021 a imprensa noticiou denúncia feita pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde da SMS de São Paulo, de dois casos de profissionais de saúde que omitiram já estarem imunizados com duas doses de vacina contra a COVID-19 para conseguirem novas aplicações de outro imunizante como, como dose de reforço num momento em que tal estratégia não era preconizada. A situação apresentada pela reportagem, de indivíduo vacinado com duas vacinas diferentes contra COVID-19, é denominada pelo Plano Nacional de Imunização contra COVID-19 como:

Intercambialidade

Evento Adverso

Evento Inusitado

Interoperabilidade

Desde o reconhecimento da pandemia pelo SARS-COV-2 (Novo Coronavírus) em 11 de março de 2020, muitos estudos e artigos científicos vem sendo desenvolvidos e muito se fala na imprensa bem como nas redes sociais, sobre a produção de vacinas contra o vírus e sobre o desenvolvimento de drogas eficazes para seu tratamento. Este cenário despertou o interesse, inclusive do público leigo, sobre o tema, mostrando a importância dos desenhos de estudos e colocando os médicos e demais profissionais da saúde muitas vezes frente a perguntas que, em outros tempos, não aconteciam. O desenho de estudo em que o pesquisador provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado de saúde, através da introdução de um esquema profilático ou terapêutico é o chamado:

estudo de Intervenção

estudo Caso-Controle

estudo de Coorte

estudo Ecológico

Paciente de 36 anos, portador de Lupus Eritematoso Sistêmico com acometimento de Sistema Nervoso Central, com história de tratamento recente com imunoglobulina e pulsoterapia com corticosteróide, foi internado há 20 dias com crises convulsivas. Apresentou rapidamente status epilepticus de difícil controle tendo sido intubado por rebaixamento do nível de consciência e para proteção de vias aéreas. Evoluiu com piora ventilatória, tendo realizado tomografia de de tórax com padrão compatível com Covid-19, o que foi confirmada posteriormente pelo RT-PCR Detectado para SARS-COV2. Fez uso de vários esquemas antibióticos. Evoluiu com Síndrome Respiratória Aguda Grave, necessitando de pronação e recrutamento alveolar, além de monitorização hemodinâmica. Apresentou disfunção cardíaca súbita grave com indicação de circulação por membrana extra-corpórea (ECMO) que, entretanto, não chegou a ser realizada pela rapidez com que evoluiu ao óbito, pouco mais de 16 horas depois da constatação de sua necessidade. A Causa Básica deste óbito a ser registrada da parte I é:

COVID-19

Neurolúpus

Síndrome Epilética Generalizada

Insuficiência Cardíaca

Para fim de Vigilância Epidemiológica e controle da cadeia de transmissão da COVID-19, a opção CORRETA quanto ao isolamento de casos confirmados da infecção, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde é:

Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial devem manter-se em isolamento até dez dias depois da coleta da amostra

Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial devem manter-se em isolamento até cinco dias depois da coleta da amostra

Indivíduos que desenvolvam Síndrome Respiratória Aguda Grave devem manter-se em isolamento por 28 dias, mesmo que recebam alta hospitalar

Indivíduos com síndrome gripal e confirmação laboratorial devem manter-se em isolamento por 14 dias, independente da remissão dos sintomas

A Revista Carta Capital repercutiu pesquisa do Ministério da Saúde, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstrando que “a cada uma hora um LGBTQI+ é agredido no Brasil. Entre 2015 e 2017, 24.564 notificações de violências contra essa população foram registradas, o que resulta em uma média de mais de 22 notificações por dia”. A violência interpessoal/autoprovocada que é de notificação compulsória imediata em até 24 horas em todo o território nacional é:

Violência Sexual

Tráfico de Pessoas

Violência decorrente de intervenção legal

Tortura

As arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* têm constituído um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Dengue é a mais antiga das arboviroses que circulam no Brasil tendo ocorrido em 1981 em Boa Vista (RR) a primeira epidemia documentada da doença no Brasil, que desde então tornou-se endêmica, com períodos de epidemias em alguns estados e cidades. Sobre a Dengue, é CORRETO afirmar que:

A amostra para isolamento viral, que identifica o sorotipo do vírus Dengue, deve ser coletada até o 5º dia de doença

Após a segunda infecção por Dengue o paciente desenvolve imunidade permanente

Existem evidências de que Dengue em gestantes causa mal formações congênitas

Idosos acima de 65 anos tem menor chance de desenvolver doença grave por deficiência do sistema imunológico

O indicador que tem no numerador o total de óbitos ocorridos no ano Y entre residentes da cidade A, e no denominador a população da cidade A, estimada para o meio do ano Y, multiplicado pela constante 1.000.000 (um milhão) é:

Coeficiente ?? =
$$\frac{\text{óbitos em residentes na cidade A no ano Y} \times 1.000.000}{\text{População estimada na cidade A no meio do ano Y}}$$

Coeficiente Geral de Mortalidade

Coeficiente Geral de Letalidade

Coeficiente de Mortalidade Proporcional

Coeficiente de Mortalidade Específico

Sobre os Ensaios Clínicos para a produção de vacinas (imunobiológicos), é correto afirmar que:

A Fase IV de Vigilância pós-comercialização monitora eventos adversos, morbidade e mortalidade a longo prazo

A Fase I tem como principal objetivo testar a eficácia

A Fase II tem como foco principal a toxicidade

A Fase III tem faz avaliação em larga escala após demonstração de segurança, independentemente da eficácia

No mês de maio de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através do Instituto Municipal de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman, notificou à Secretaria de Estado de Saúde uma Epizootia, relacionada ao diagnóstico laboratorial positivo para Raiva em cão proveniente da cidade de Duque de Caxias, fato de grande repercussão na mídia. No caso da exposição de uma pessoa a esse animal com diagnóstico laboratorial de Raiva, através de lambadura de pele íntegra, a recomendação de conduta correta no seu atendimento seria:

Não tratar e lavar com água e sabão

Esquema de pré-exposição com vacina antirrábica humana

Esquema de pós-exposição com soro antirrábico e vacina antirrábica humana

Esquema de re-exposição com vacina antirrábica humana

Em relação aos miomas uterinos, é CORRETO afirmar que:

a presença de mioma submucoso afeta a fertilidade e sua remoção pode tornar a mulher mais fértil

miomatose sempre impõe tratamento cirúrgico

miomas subserosos prejudicam a fertilidade natural da mulher e por isso devem ser removidos

mulheres com miomas na pós-menopausa devem ser tratadas cirurgicamente pelos riscos de hemorragia súbita

Durante o acompanhamento do trabalho de parto de gestante portadora de hipertensão arterial de termo, subitamente surgem hipertonia uterina persistente, sangramento vaginal e queixa de dor abdominal súbita, forte, contínua e persistente. O diagnóstico clínico e melhor conduta obstétrica são:

Descolamento prematuro da placenta – interrupção imediata pela via mais rápida

Descolamento prematuro da placenta – aguardar o parto normal

Rotura do seio marginal – aguardar o parto normal

Rotura do seio marginal – cesariana assim que possível

Uma jovem de 25 anos, com caracteres sexuais secundários normais, história de ciclos menstruais regulares em uso de medicação antidepressiva para tratamento de transtorno de ansiedade generalizada vem ao consultório relatando mastalgia contínua e amenorreia. Exame clínico sem alterações e teste para gravidez negativo e TSH normal. A causa provável de amenorreia e o exame que deveremos solicitar são:

Hiperprolactinemia – dosagem sérica da prolactina

Síndrome de ovários micropolicísticos (SOP) – ultrassonografia transvaginal e dosagem de FSH / LH

Tireoidite de Hashimoto – Dosagem de TSH/ Anti TPO / Anticorpo anti tireoglobulina

Hematometra – Ultrassonografia transvaginal

Mãe leva sua menina de 5 anos a emergência pediátrica por ela apresentar corrimento vaginal purulento. Na anamnese e exame clínico não há indicativos de abuso sexual. Nesse caso é importante considerar:

presença de corpo estranho

infecções sexualmente transmissíveis

trauma a cavaleiro

atividade masturbatória

Durante o acompanhamento de uma gestante com queixa de dor abdominal você evidencia o Sinal de Bandl e a presença dos ligamentos redondos retesados e desviados para frente. O diagnóstico e conduta mais apropriados nesta situação são:

Parto obstruído – cesariana imediata

Parto obstruído – utilizar fórceps de alívio

Acompanhamento normal – aguardar o parto transpélvico

Sofrimento fetal – avaliar vitalidade do feto pela cardiotocografia

Mulher de 60 anos apresenta exame clínico das mamas normal e mamografia de rotina revela presença de microcalcificações pleomórficas e agrupadas. A opção que descreve esse achado corretamente pelo sistema BI-RADS e a conduta terapêutica mais apropriada é:

BI-RADS 4 – devemos realizar estudo histopatológico

BI-RADS 3 – devemos repetir o exame em seis meses

BI-RADS 0 – é necessário realizar exame complementar

BI-RADS 1 – como o nódulo não é palpável, a paciente deverá manter rotina anual

É indicação absoluta de cesariana:

Malformações genitais como atresias e septos vaginais

Placenta grau III de Grannun

Rotura prematura das membranas ovulares em gestação de termo

Feto de 38 semanas com apresentação cefálica alta

Durante o período de apojadura puérpera procura assistência médica com queixa de apresentar mamas brilhantes, endurecidas, aumentadas de volume e extremamente doloridas. O diagnóstico e abordagem terapêutica mais apropriadas são:

Ingurgitamento mamário – manter o aleitamento exclusivo em livre demanda, massagear e ordenhar as mamas

Mastite - aplicação de calor local e iniciar antibióticos imediatamente

Ingurgitamento mamário – suspender a lactação e aplicar fazer compressão das mamas

Ingurgitamento mamário – analgesia com paracetamol e domperidona 20mg a cada 6 horas

Mulher já na pós-menopausa queixa-se de ressecamento e prurido vaginal, dispareunia, disúria e urgência urinária e nega sintomas vasomotores. Ao exame clínico apresenta índice de massa corpórea, exame das mamas e abdome normais, além de pressão arterial normal. Traz ainda mamografia e ultrassonografia transvaginal sem alterações. Nesse caso podemos oferecer com segurança para tratamento dos sintomas da paciente:

Estriol creme vaginal 2 vezes por semana

Estradiol e progesterona combinados por via oral

Suplementação de progesterona cíclica

Testosterona na forma de implante subcutâneo

Sobre o hormônio liberador de gonadotrofina hipotalâmica (GnRH), podemos afirmar que:

regula simultaneamente o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo-estimulante (FSH) na hipófise

apresenta secreção contínua e regular durante todo o ciclo ovulatório

apresenta meia vida longa e estável

não está envolvido na regulação da secreção e implantação da gonadotrofina coriônica humana (hCG)

Homem, 49 anos, ao receber transfusão de concentrado de hemácias apresenta lesões urticariformes nos braços e pernas sem febre ou sintomas respiratórios associados. A pressão arterial encontra-se 130 x 70 mmHg. A hipótese diagnóstica e a abordagem terapêutica inicial, respectivamente, são:

reação alérgica/ interrupção temporária da transfusão com administração de anti-histamínicos

reação anafilática/ interrupção definitiva da transfusão com administração de epinefrina subcutânea

doença do enxerto contra o hospedeiro/ trocar para um hemocomponente irradiado

contaminação bacteriana/ interrupção definitiva da transfusão e observação

A bradiarritmia que se caracteriza por aumento progressivo do intervalo PR até ocorrer o bloqueio do estímulo atrial é chamado de:

Bloqueio átrio ventricular de 2º grau tipo Mobitz I

Bloqueio átrio ventricular de 2º grau tipo Mobitz II

Bloqueio átrio ventricular de 1º grau

Bloqueio átrio ventricular total

Homem, 68 anos, portador de neoplasia de estômago, hemodinamicamente estável, é internado com quadro clínico compatível com tromboembolismo pulmonar confirmado pela angiotomografia de tórax. A MELHOR estratégia terapêutica neste caso é iniciar:

monoterapia com heparina de baixo peso molecular

heparina não fracionada associada a antagonista de vitamina K

monoterapia com antagonista de vitamina K

heparina de baixo peso molecular associada a um agente anti-Xa

Mulher de 35 anos se apresenta ao Serviço de Emergência com uma história de 3 dias de mal-estar geral e astenia, associado a rash cutâneo nos membros superiores e inferiores. Hoje pela manhã também relata febre não aferida. Sem comorbidades e não toma nenhuma medicação regularmente. Ao exame: temperatura de 38,5 ° C, FC 110bpm e regular, PA 90/50mmHg, FR 16ipm, Sat O2 95% no ar ambiente. Erupção cutânea petequial nas extremidades, palidez conjuntiva e extremidades frias. Sem outras alterações dignas de nota. Exames laboratoriais: Hb 7,5 g/dl, MCV 85fL, Leucometria 12,000/ µL (neutrófilos 950/ µL), plaquetas 10,000 /µL , INR 1,2, Relação PTT 1,1, fibrinogênio 220mg/dL, Na 137, K 4,3, Uréia 85, Creatinina 1,6mg/dL, bilirrubina total 4,0mg/dL, ALT 35, AST 65, FA 87. Realizado esfregaço de sangue abaixo. O MAIS provável diagnóstico é:

Púrpura Trombocitopênica Trombótica

Coagulação Intravascular disseminada

Síndrome mielodisplásica

Síndrome HELLP

Mulher de 20 anos é trazida o pronto-socorro com relato de cada vez ficar mais sem fôlego nas últimas horas. Refere uma sensação de "aperto" no peito. Ela tem história de asma tratada com uso regular de beclometasona inalatória e salbutamol conforme necessário. Hoje, ela usou seu inalador de salbutamol em várias ocasiões, mas proporcionou um alívio mínimo. Nunca foi internada anteriormente e não tem outras comorbidades. Sinais vitais: temperatura axilar 36,0 ° C, PA 110/60mmHg, FC 120bpm e regular, FR 25ipm, Sat O2 no ar ambiente de 94%. O exame físico revela dificuldade em completar frases com uma respiração completa. O exame respiratório é notável por sibilância expiratória generalizada. Gasometria arterial coletada: pH 7.43, pO2 82, pCO2 40, HCO3 22. Peak expiratory flow de 200 L/min (predito 450 L/min). Sobre o caso clínico é CORRETO afirmar que:

o manejo inicial de um paciente com asma aguda grave deve compreender as seguintes intervenções: oxigênio suplementar para manter a Sat O2 em torno de 94%, broncodilatadores com o objetivo de aliviar a broncoconstrição e corticoesteróides para reduzir a inflamação das vias aéreas

a história e os achados do exame físico desta paciente são sugestivos de uma asma estável crônica, uma condição caracterizada pela obstrução das vias aéreas por constrição do músculo estriado brônquico e que se caracteriza por ser irreversível.

qualquer asmático é suscetível a sofrer de uma exacerbação asmática, que pode ser causada por gatilhos alérgicos. O uso de medicamentos (por exemplo, AINEs ou β-bloqueadores) é responsável pela maioria dos casos de exacerbação da asma.

em situações em que há uma resposta insatisfatória à terapia inicial com broncodilatadores, há evidências científicas fortes para o uso de terapias adjuvantes, como magnésio intravenoso e aminofilina

Mulher, 52 anos, tabagista, desde os 19 anos, de 1 maço/dia, inicia tratamento com inibidor de enzima de conversão (IECA) para hipertensão arterial sistêmica. No terceiro dia de tratamento apresenta dor abdominal e náuseas associados a edema periorbitário e perioral. Sem lesões cutâneas, prurido, febre ou sintomas respiratórios. Feito o diagnóstico de angioedema induzido pelo uso de IECA. Isso se deve ao acúmulo de:

bradicinina

histamina

triptase

inibidor de C1

Após a reanimação hemodinâmica e a correção de distúrbios metabólicos graves é indicado o início de nutrição parenteral total (NPT) para paciente com sepse abdominal. A localização de inserção do cateter venoso central que permite uma melhor monitoração de infecções e maior facilidade para limpeza do curativo é na veia:

subclávia

jugular

femoral

cefálica

Homem de 71 anos é levado ao Departamento de Emergência com histórico de 3 dias de falta de ar. Ele relata tosse que tem se tornado cada vez mais produtiva de escarro esverdeado, diferente do que ele normalmente apresenta. Tem histórico de DPOC moderada e tem usado seus nebulizadores domésticos regularmente nos últimos dias, mas com poucos resultados. Sinais vitais: temperatura de 37,5 ° C, PA 110/70mmHg, FC 120bpm e regular, FR 32ipm, 87% de Sat O2 em ar ambiente. O exame físico revela um homem magro, com dispneia acentuada em repouso, sibilo polifônico generalizado. Gasometria arterial: pH 7.28, pO2 73, pCO2 65, HCO3 28. Sobre o caso clínico é CORRETO afirmar que:

o paciente preenche às indicações de ventilação não invasiva (VNI) que reduz o trabalho respiratório e pode, portanto, melhorar a acidose respiratória e reduzir a necessidade de ventilação invasiva.

oxigênio suplementar deve ser fornecido, com o objetivo de manter a saturação de O2 entre 96% e 100%.

a gasometria inicial mostra uma insuficiência respiratória acidótica do tipo hipoxêmica, com um HCO3 diminuído sugerindo exsoliação metabólica crônica. Antibióticos devem ser postergados devido à baixa probabilidade de uma exacerbação de causa infecciosa.

Mulher, 63 anos, com cirrose alcoólica e ascite volumosa, em uso diário de espironolactona 400mg, furosemida 160mg, está internada por descompensação clínica há 7 (sete) dias, com ascite refratária, oligúria e início de encefalopatia hepática. Os exames laboratoriais mostram: creatinina= 1,6 mg/dL; (0,9 mg/dL na entrada); líquido ascítico com hemácias= 300/mm3, leucócitos= 245/mm3 (52% de linfócitos, 41% neutrófilos e 7% de monócitos); proteína= 1,4 g/dL, e albumina= 0,7 g/dL. O diagnóstico provável é:

síndrome hepatorenal

peritonite bacteriana espontânea

lesão renal aguda intrínseca

fase inicial da síndrome de Budd-Chiari

Homem, relata que acordou a noite com cefaleia súbita, de grande intensidade, em facada, na região retro-orbital unilateral de curta duração associada a hiperemia conjuntival, rinorreia e fotofobia. O episódio se repetiu mais 2 vezes ao longo do dia. Durante os episódios tentou deambular e esfregar a cabeça para alívio dos sintomas. Na noite do início dos sintomas refere consumo de álcool e cigarro. O diagnóstico mais provável é:

cefaleia em salvas

hemicrania paroxística

SUNCT/SUNA

cefaleia em facadas

Sobre a avaliação clínica da urolitíase, é CORRETO afirmar que:

O exame de urina (urina tipo 1/sumário de urina e urocultura) normal não é suficiente para afastar pielonefrite associada

A terapia expulsiva apresenta melhores resultados para cálculos distais com 10 a 15mm de diâmetro

As medicações mais utilizadas na terapia expulsiva são anti-inflamatórios, opioides, inibidores da 5-alfa-redutase e inibidores da 5-fosfodiesterase
A melhora da dor indica passagem do cálculo e suspensão do tratamento

Paciente vítima de colisão automobilística em frente a unidade de pronto atendimento (UPA) é levado para atendimento nesta mesma unidade onde chega lúcido, pressão arterial 105x60 mmHg, frequência cardíaca 115 bpm, apresentando múltiplas escoriações em tronco e abdome à esquerda e hematoma em hipocôndrio esquerdo. Abdome não reativo à palpação. Realizada reposição volêmica parcimoniosa e ultrassonografia FAST com imagem a seguir. Após reposição: pressão arterial 120x75 mmHg, frequência cardíaca 100 bpm. Diante do caso, assinale a melhor conduta:

Regulação para serviço de referência em trauma com centro cirúrgico e equipe cirúrgica 24h para tomografia computadorizada com contraste endovenoso e observação com avaliação clínica e dosagem de hemoglobina seriadas

Regulação para serviço de referência em trauma com indicação cirúrgica de urgência por abdome agudo com choque hemorrágico

Regulação para serviço de referência em trauma para tomografia computadorizada sem contraste e alta após 6h de observação caso não se confirme pneumoperitônio

Manter paciente em UPA para observação com avaliação clínica, ultrassonografia e dosagem de hemoglobina seriadas

Paciente portador de adenocarcinoma gástrico, submetido há 2 anos a gastrectomia subtotal aberta, pT3N1, evoluindo com recidiva hepática, em primeira linha de quimioterapia paliativa há 2 meses. Vem ao pronto socorro com quadro de distensão abdominal, sem evacuar há 3 dias. Apresentou 1 episódio de êmese durante avaliação inicial. Tomografia computadorizada com contraste endovenoso identificou ponto de transição de calibre em íleo, estabilidade de lesão hepática, sem ascite. Sobre o quadro, neste momento, é CORRETO afirmar que:

Diante de provável suboclusão por bridas, o tratamento deve ser inicialmente conservador, com passagem de sonda nasogástrica, hidratação e correção de distúrbios hidroeletrólíticos

Diante de provável obstrução maligna em tratamento paliativo, deve ser iniciado haldol, corticoterapia e contra-indicada abordagem cirúrgica

Diante de provável hérnia intra-abdominal em defeito mesentérico, o tratamento deve ser cirúrgico por laparotomia

Diante de provável quadro de toxicidade medicamentosa da quimioterapia, o tratamento deve ser feito com antieméticos e corticoterapia

Gestante de 24 semanas comparece ao pronto socorro com queixa de dor abdominal periumbilical associada a náuseas e anorexia. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, febril, com dor à descompressão no ponto de McBurney. A melhor conduta é:

Realizar ultrassonografia e, confirmando-se a principal suspeita, indicar tratamento cirúrgico, incluindo a opção da via videolaparoscópica

Realizar ultrassonografia e, confirmando-se a principal suspeita, indicar tratamento cirúrgico, contra-indicando a via videolaparoscópica

Indicar tratamento clínico conservador com tratamento cirúrgico eletivo após parto

Realizar ressonância magnética e, confirmando-se a principal suspeita, indicar tratamento cirúrgico por mini-laparotomia mediana

Homem, 38 anos, portadora de hipotireoidismo em tratamento regular procura serviço médico com relato de diagnóstico de pneumonia comunitária grave há aproximadamente 4 semanas, em uso atual de amoxicilina com clavulanato há 10 dias. Anteriormente relata uso de 14 dias de cefalexina sem melhora. Refere astenia, febre e tosse produtiva durante este período, e há 5 dias notou dor pleurítica intensa à esquerda. Realizada tomografia de tórax que evidenciou hidropneumotórax de aspecto loculado, com espessamento e realce dos folhetos parietais, além de consolidação com escavação central no segmento basal anteromedial, compatível com pneumonia necrotizante. Sobre o caso clínico podemos afirmar que:

O empiema é uma infecção do espaço pleural caracterizada por um exsudato, que piora à medida que o fluido se torna mais turvo e espesso, podendo locular. Essas infecções são normalmente causadas por pneumonia estafilocócica ou fúngica

Os sintomas geralmente incluem sintomas constitucionais como mal-estar geral, febre, perda de apetite e perda de peso. Tosse e dispneia são raros.

Antibióticos e cuidados de suporte (reposição volêmica, oxigenioterapia e nutrição) são mandatórios, não sendo necessário na maioria dos casos drenagem torácica.

Com relação a torção de testículo, é CORRETO afirmar que:

No exame físico o achado mais consistente é a perda do reflexo cremastérico

Após 12h de início dos sintomas os danos são irreversíveis, sendo mais prudente realizar uma investigação complementar minuciosa antes de abordagem cirúrgica

A exploração contralateral com orquidopexia é reservada para crianças e adolescentes

Deve ser sempre realizada ultrassonografia doppler para confirmar o diagnóstico e evitar exploração cirúrgica fútil

Sobre o Sarcoma de Ewing é CORRETO afirmar que:

comumente acomete os ossos da pelve, úmero ou fêmur de homens jovens

sarcoma de Ewing e tumor neuroectodérmico primitivo são pequenos neoplasias benignas

é pouco sensível à quimioterapia e a radioterapia

a extirpação cirúrgica é raramente indicada

Sobre a diverticulite complicada é CORRETO afirmar que:

Os pacientes frequentemente apresentam dor abdominal, febre e leucocitose devido à inflamação associada do intestino delgado.

Abcessos pericolônicos ≥ 4 cm requerem sempre abordagem transabdominal por laparotomia.

Os estágios III e IV de Hinchey geralmente constituem condições emergências que requerem administração de antibióticos e drenagem percutânea imediata

Abcessos moderados não são passíveis de drenagem percutânea, podem ser tratados combinando antibióticos e observação clínica. Não é necessário controle com exames de imagem para garantir a resolução completa do quadro.

Mulher, 35 anos, com queixa de dor abdominal constante há cerca de 12h em abdome superior com irradiação para dorso, associada a inapetência e múltiplos episódios de vômitos. Nega cirurgias prévias. Está em bom estado geral, desidratada +/4+, afebril, anictérica, abdome flácido, doloroso em epigástrio, sem irritação peritoneal. Sobre o caso e a principal suspeita diagnóstica, é CORRETO afirmar que:

A confirmação diagnóstica deve ser feita com exame laboratorial, seguido de ultrassonografia para auxiliar em definição sobre conduta cirúrgica nesta internação

A confirmação diagnóstica deve ser feita com exame de tomografia computadorizada em 48h, que irá também definir a gravidade do quadro

Caso não apresente qualquer disfunção orgânica, após 12h de observação a paciente deve ser liberada com agendamento de retorno precoce ambulatorial

O tratamento inicial deve ser feito com expansão volêmica parcimoniosa e analgesia, evitando uso de opioides

Senhor de 71 anos, portador de hipertensão arterial crônica e diabetes, vem ao pronto socorro por saída de secreção purulenta por pequena lesão perineal. Ao exame físico, confuso, com orifício perianal com saída de secreção purulenta com área de hiperemia e crepitação no entorno se estendendo até raiz da coxa. É CORRETO afirmar sobre o caso que o paciente deve:

Ser encaminhado com urgência para o centro cirúrgico para drenagem e desbridamento, além de iniciar antibioticoterapia de amplo espectro

Ser submetido a passagem de sedenho frouxo após controle clínico do quadro infeccioso

Ser encaminhado inicialmente para colostomia de proteção associado ao tratamento da doença de base com imunobiológico

Iniciar com urgência antibioticoterapia associada a câmara hiperbárica e suporte nutricional parenteral