

Residência Médica PUC-SP 2025

Resposta aos recursos

PROVA: Área Básica/Acesso Direto

- **Clínica Médica**

Questão: 7 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A resposta correta desta questão é a alternativa C (padrão homogêneo AC-1) isso ocorrer devido associação deste padrão com o anti Dna - auto anticorpo bastante específico no Lúpus Eritematoso Sistêmico. O padrão pontilhado fino denso é o padrão mais comumente encontrado em pessoas saudáveis, não portadoras de Lúpus.

Referências - Livro da sociedade Brasileira de Reumatologia 3ªed., <https://www.anapatterns.org>, VI Consenso Brasileiro de autoanticorpos em célula HEp-2

Questão: 9 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O caso clínico apresentado sugere como hipótese clínica tuberculose pleural. Porém a paciente apresenta tosse seca não conseguindo expectorar facilmente e derrame pleural importante. Nesse caso a toracocentese com investigação bioquímica (glicose e proteína e ADA) associado a Celularidade do líquido pode fechar o diagnóstico de tuberculose, além de afastar outras doenças. E se possível a biopsia pleural. Essas seriam o melhor caminho para a investigação desse caso.

O escarro induzido poderia ser realizado, já que no caso a paciente apresenta tosse seca, porém requer local adequado de coleta e inalação com solução salina hipertônica, poderia ser um exame acrescentado, porém não realizado isoladamente numa paciente com derrame pleural volumoso.

Precisamos considerar também que o caso em questão avalia além da hipótese diagnóstica a habilidade e conhecimento do Ultrassom de tórax, o que justifica estar correta a resposta c.

Referências bibliográficas

Relevance of Lung Ultrasound in the Diagnosis of Acute Respiratory Failure*: The BLUE Protocol

Daniel A. Lichtenstein, MD, FCCPa dlicht@free.fr · Gilbert A. Mezière, MD

CHEST Volume 134, Issue 1p117-125 July 2008. DOI: 10.1378/chest.07-2800

<http://chestjournal.chestpubs.org/site/misc/reprints.xhtml>

https://www.youtube.com/watch?v=Xf-5PhkCsyA&ab_channel=DrMarcoGuedes-Cirurgi%C3%A3oGeral

Manual de Recomendações para o controle da tuberculose. 2ª edição atualizada.

Brasília -DF 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Questão: 11 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão anulada.

Questão: 12 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

DOS 4 ARTIGOS CITADOS, APENAS O DE JANKOVIC, J & TAN, E.K (2020), VEIO COM A REFERENCIA COMPLETA E, MESMO ASSIM NÃO CITA RELACAO ENTRE TRANSTORNOS FACTICIOS OU OBSESSIVOS COMPULSIVOS. PORTANTO NÃO HÁ COMO CONSIDERAR ESSA ALTERNATIVA COMO CORRETA COMO SOLICITA O RECURSO.

Questão: 13 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

RECURSO NÃO ACEITO

A assertiva está em acordo com as seguintes referências bibliográficas:

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021 – página:196 : "Paciente com dor torácica aguda e supradesnívelamento persistente do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana e necessidade de reperfusão imediata".

Tratado de cardiologia SOCESP por Jatene, Ieda Biscegli; Ferreira, Joao Fernando Monteiro; Drager, Luciano Ferreira; Franken, Marcelo; Moretti, Miguel Antonio. Publicado em 2022 –

página:686 "Vale ressaltar que o aparecimento de bloqueio completo de ramo esquerdo supostamente novo associado a precordialgia típica e prolongada deve ser considerado infarto agudo do miocárdio equivalente à presença de supradesnivelamento do segmento ST, portanto, com total indicação de terapia de reperfusão. Essa forma de apresentação eletrocardiográfica tem sido apontada como uma das principais causas de retardo ou mesmo de não realização desse tratamento."

Questão: 15 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Em relação ao seu recurso, tenho a informar que a questão está embasada no Sanford Guide, cujo texto coloco a seguir. Realmente o assunto é bastante complexo, mas à luz do conhecimento atual, baseada nas referências citadas agora no texto, só há uma alternativa correta. E não é uma possibilidade, é fato comprovado em publicação científica certificada. Segue o texto da fonte : Anticoagulation

☑ COVID-19 infection is associated with a hypercoagulable state. Results from several large studies comparing prophylactic to therapeutic anticoagulation suggest benefit of therapeutic anticoagulation in patients with moderate but not severe infection. Patients hospitalized for COVID-19 who require supplemental oxygen but not highflow nasal cannula or ventilatory support are more likely to survive to discharge.

without requiring organ support with therapeutic compared to prophylactic heparin. Overall survival was not improved with therapeutic compared to prophylactic heparin. Severely ill patients (e.g., ICU level care, high-flow oxygen) do not benefit from therapeutic anticoagulation and may be harmed by bleeding risks. References: N Engl J Med. 2021;385:790-802 and N Engl J Med. 2021; 385:777-789). Link to NIH guidelines here. De tal forma, solicito que a questão seja mantida como originalmente formulada. Fernando J. G. Ruiz.

Questão: 19 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão Anulada.

O caso apresentado é típico de Trombocitemia Essencial (TE) e no próprio enunciado é citado que o paciente tem esse diagnóstico. A doença é agrupada entre as Neoplasias Mieloproliferativas e cursa com plaquetose, esplenomegalia e em alguns casos hemorragias, conforme o caso descrito.¹

As plaquetas de pacientes com TE apresentam várias possíveis alterações de função, com hiperatividade (maioria dos casos) e hipofunção em 10 a 20% dos casos.

As principais alterações relacionadas à hipofunção, são o "Storage pool disease" (SPD) por ativação plaquetária, deficiência de conteúdo de grânulos densos, alterações de glicoproteínas da membrana plaquetária (Ib e IIb-IIIa entre outras) que afetam a ligação com o fator de Von

Willebrand (VW), com o colágeno e com o fibrinogênio. Os testes de agregação plaquetária são hipogregantes em parte dos pacientes (com epinefrina por exemplo), denotando disfunção plaquetária.^{2,3,4,5,6,7,8}

Tais pacientes, com TE e plaquetas hipofuncionantes apresentam riscos de sangramentos, em geral leves, mas em alguns casos, graves, podendo ser fatais.^{9,10,11,12}

Esse risco hemorrágico ocorre paradoxalmente, em geral, em pacientes com número mais elevado de Plaquetas (>1.000.000/mm³).¹³

Tais sangramentos podem ser cutâneo mucosos, como petéquias, equimoses, epistaxes, metrorragia e nos pacientes com TE, mais frequentemente ocorrem no trato gastrointestinal (4 a 13%) como no caso apresentado.^{9,10,11,12,13,14,15}

Outra possível causa de sangramentos seria a síndrome de Von Willebrand adquirido (em inglês – AVWS) que teria a ligação do fator com o excesso de plaquetas e este então teria sua degradação mediada pela enzima ADAMTS13. A falta do fator levaria a sangramentos pela alteração da adesão e agregação plaquetária.^{16,17,18}

Outra possibilidade de alteração da função plaquetária, não citada no caso, seria a utilização de antiagregantes plaquetários pelo paciente. Isso é bem frequente nesses pacientes, principalmente naqueles com mais de 60 anos.

Conforme citado acima, vê-se que a plaquetopatia na TE é multifatorial.

O caso em questão apresenta sangramento grave, um sangramento grave coloca em risco a vida do paciente e, por isso, necessita ser tratado.

Dentre os possíveis tratamentos, teríamos:

- utilização de 1 unidade de Concentrado de Plaquetas para cada 10 Kg de peso (80 Kg = 8 Unidades), que atenderia à indicação, ou seja, disfunção (hipofunção plaquetária) provável com sangramento grave (**Alternativa A**); Uma das indicações de transfusões de plaquetas é a presença de sangramento e disfunção plaquetária conhecida ou provável.^{4,19,20,21}

- antifibrinolíticos – deveria ser associado, mas seria insuficiente em um sangramento grave (Não havia essa alternativa na questão);

- Outra possível conduta seria o tratamento da síndrome de VW adquirido (AVWS). É importante lembrar que essa não é a única possível explicação para hemorragias em um paciente com TE. Conforme citado acima pode ocorrer “storage pool disease”, alteração de glicoproteínas na membrana, entre outras.

A AVWS ocorreria por alteração dos multímeros de VW pela ligação com o excesso de plaquetas e isso afetaria a conformação dos multímeros, facilitando sua degradação pela enzima ADAMTS13 e posterior consumo pelas plaquetas.^{16,17,18}

O tratamento dessa síndrome, poderia ser realizado com a Desmopressina-DDAVP, mas em casos leves, a depender do estoque do fator em células endoteliais (Não havia alternativa com Desmopressina);^{16,17,18}

Outra forma de se tratar a AVWS seria a administração de FVIII/FvW na dose de 40 mg por Kg de peso (3200UI) como está na **alternativa D**.^{16,17,18}

A questão é que esse fator (VIII/VW) não se encontra disponível em qualquer centro e para se ter certeza da AVWS, testes como dosagem do fator de VW e da atividade do cofator da ristocetina, deveriam ser realizados. A realização desses testes demandaria tempo que o caso não permitia, pois era um paciente com sangramento agudo e grave. Fazer a administração do Fator, não resolveria a disfunção plaquetária, que poderia ser decorrente dos defeitos das plaquetas de origem neoplásica e não decorrente da AVWS.

Para tratamento da AVWS, a citoredução seria uma outra opção, mas novamente o tempo não permitiria. Poderia ser feita com hidroxiureia, mas demoraria alguns dias para ser obtida e se tratava de um sangramento grave. Trombocitaférese também permitiria a citoredução, mas seriam necessárias algumas sessões em alguns dias, e o tratamento do caso teria que ser imediato.

Quanto às demais alternativas da questão, temos:

- **Alternativa C** - Crioprecipitado - tem como única indicação a reposição de fibrinogênio, não seria necessária no caso;

- **Alternativa B** - Plasma - não há indicação pois não há falta de fatores de coagulação, TP e TTPa estão normais;

Em suma, o que temos é que alguns pacientes com TE sangram e isso pode ocorrer por haver alguma disfunção plaquetária, a transfusão de plaquetas empírica seria a melhor conduta e por isso a alternativa A foi definida como a correta.²¹

Os Guidelines americanos, ingleses, europeus tem como indicação da transfusão de Plaquetas, situações com hemorragias graves associadas a suspeita de disfunção plaquetária como no caso em questão.^{19,20,22}

Por fim, é prática de hematologistas a transfusão de plaquetas quando um paciente tem hemorragia grave e se suspeita de disfunção plaquetária, como no caso em questão. (Experiência do autor)

Apesar do exposto, a conduta aplicando o fator de Von Willebrand poderia surtir efeito se essa fosse a causa do sangramento.

Por esse motivo considero a anulação da questão.

Referências bibliográficas:

1. TEFFERI, Ayalew; PARDANANI, Animesh. Essential thrombocythemia. *New England Journal of Medicine*, v. 381, n. 22, p. 2135-2144, 2019.

6

2. ANDREWS, Robert K.; BERNDT, Michael C.; ELALAMY, Ismael. Platelets: from function to dysfunction in essential thrombocythaemia. *Eur Haematol Oncol*, v. 7, n. 2, p. 125-31, 2011.

3. KAYWIN, Paul et al. Platelet function in essential thrombocythemia: Decreased epinephrine responsiveness associated with a deficiency of platelet α -adrenergic receptors. *New England Journal of Medicine*, v. 299, n. 10, p. 505-509, 1978.

4. DUPUIS, Arnaud et al. Platelet δ -storage pool disease: an update. *Journal of clinical medicine*, v. 9, n. 8, p. 2508, 2020.

5. MICHIELS, Jan J. et al. The paradox of platelet activation and impaired function: platelet-von Willebrand factor interactions, and the etiology of thrombotic and hemorrhagic manifestations in essential thrombocythemia and polycythemia vera. In: *Seminars in thrombosis and*

hemostasis. Copyright© 2006 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA., 2006. p. 589-604.

6. LEONCINI, G. et al. Platelets of patients affected with essential thrombocythemia are abnormal in plasma membrane and adenine nucleotide content. *European journal of haematology*, v. 44, n. 2, p. 116-120, 1990.

7. Practical Hemostasis and Thrombosis

Chapter 11

Qualitative Platelet Disorders

Eti A. Femia, Gian Marco Podda, Marco Cattaneo

First published: 11 November 2016

<https://doi.org/10.1002/9781118344729.ch11>

8. ALIOTTA, Alessandro et al. Thrombocytopathies: not just aggregation defects—the clinical relevance of procoagulant platelets. *Journal of clinical medicine*, v. 10, n. 5, p. 894, 2021.

9. FINAZZI, Guido; BUDDE, Ulrich; MICHIELS, Jan Jacques. Bleeding time and platelet function in essential thrombocythemia and other myeloproliferative syndromes. *Leukemia & lymphoma*, v. 22, n. sup1, p. 71-78, 1996.

10. Finazzi G, Carobbio A, Thiele J, et al. Incidence and risk factors for bleeding in 1104 patients with essential thrombocythemia or prefibrotic myelofibrosis diagnosed according to the 2008 WHO criteria. *Leukemia* 2012;26:716-719.

11. TEFFERI, Ayalew et al. A long-term retrospective study of young women with essential thrombocythemia. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2001. p. 22-28.

12. MITUS, Anna J. et al. Hemostatic complications in young patients with essential thrombocythemia. *The American Journal of Medicine*, v. 88, n. 4, p. 371-375, 1990.

13. TEFFERI, Ayalew; VANNUCCHI, Alessandro Maria; BARBUI, Tiziano. Essential thrombocythemia: 2024 update on diagnosis, risk stratification, and management. **American journal of hematology**, 2024.

14. PALANDRI, Francesca et al. Bleeding in essential thrombocythaemia: a retrospective analysis on 565 patients. *British journal of haematology*, v. 156, n. 2, p. 281-284, 2012.

15. GANGAT, Naseema et al. One thousand patients with essential thrombocythemia: the Mayo Clinic experience. *Blood cancer journal*, v. 14, n. 1, p. 11, 2024.

16. FRANCHINI, Massimo; MANNUCCI, Pier Mannuccio. Acquired von Willebrand syndrome: focused for hematologists. **Haematologica**, v. 105, n. 8, p. 2032, 2020

17. FRANCHINI, Massimo; MANNUCCI, Pier Mannuccio. Acquired von Willebrand syndrome: focused for hematologists. **Haematologica**, v. 105, n. 8, p. 2032, 2020

18. MITAL, Andrzej et al. Prevalence of acquired von Willebrand syndrome during essential thrombocythemia: a retrospective analysis of 170 consecutive patients. **Pol Arch Med Wewn**, v. 125, n. 12, p. 914-920, 2015.
19. ESTCOURT, Lise J. et al. Guidelines for the Use of Platelet Transfusions A British Society for Haematology Guideline [em linha].
20. GARRAUD, O. et al. Platelet transfusion in adults: An update. *Transfusion clinique et biologique*, v. 30, n. 1, p. 147-165, 2023.
21. NICOL, Christophe et al. Hemorrhage in essential thrombocythemia or polycythemia vera: epidemiology, location, risk factors, and lessons learned from the literature. *Thrombosis and Haemostasis*, v. 121, n. 05, p. 553-564, 2021.
22. WOOD, E. M. et al. An update on indications for platelet transfusion. **ISBT Science Series**, v. 11, n. S2, p. 170-176, 2016.

• **Cirurgia Geral**

Questão: 21 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recomendação WSES: “Doentes com abscessos periapendiculares devem ser tratados por punção percutânea guiada por métodos de imagem (Rec. 1B).Sartelli et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2013, 8:3. Na nova revisão: “Sugerimos tratamento não operatório com antibióticos e, se disponível, drenagem percutânea para apendicite complicada com abscesso periapendicular, em locais onde a experiência laparoscópica não está disponível (Rec. 2B), também consta: “Os pacientes tratados com drenagem percutânea e antibióticos tiveram uma taxa significativamente menor de recorrência de AA, chance significativamente menor de receber uma apendicectomia de intervalo e significativamente menos complicações pós-operatórias. Além disso, os pacientes tratados com drenagem percutânea foram significativamente menos indicados para receber uma apendicectomia de intervalo posteriormente”. Di Saverio et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2020, 15:27, assim a nova revisão tem recomendação (2B) FRACA e não superou o grau de recomendação anterior (1B) FORTE. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 22 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Usualmente, pacientes com câncer de reto baixo são tratados com quimioterapia e radioterapia simultaneamente. Depois, eles ficam sem nenhum tratamento por dois meses, período em que o efeito da radioterapia continua a atingir o tumor. Em seguida, fazem a Excisão Total do

Mesorreto (ETM). A ETM é considerada o padrão ouro para a maioria dos cânceres de reto médio e baixo. Este procedimento envolve a remoção completa do tecido adiposo que envolve o reto, contendo vasos sanguíneos e linfáticos que podem abrigar células cancerígenas. A precisão desta técnica ajuda a garantir que todas as células cancerígenas sejam removidas, reduzindo significativamente o risco de recorrência local. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 23 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A VATS é um procedimento pouco invasivo, que permite a lavagem e remoção da fibrina da cavidade pleural, bem como a colocação de um dreno torácico bem-posicionado sob visão direta e, quando utilizada precocemente, reduz a necessidade de outros procedimentos cirúrgicos. Deve ser o procedimento inicial de escolha se a ultrassonografia de tórax evidenciar septações ou loculações. REVISTA MEDICA DE MINAS GERAIS 2014, 24:suppl. Parapneumonic pleural effusion: the clinical-surgical aspects and literature review. Pereira, RR et al.

Questão: 25 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A questão solicita o próximo passo do tratamento e na alternativa A está grafado APENAS corticosteróides intravenosos e repouso intestinal, quando o enunciado sugere possível megacolon tóxico de tratamento cirúrgico, tornando mandatória a alternativa C: “consulta cirúrgica de emergência para POSSÍVEL colectomia. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 27 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

“Indicações do plasma fresco congelado:...Tratamento de HEMORRAGIA EM HEPATOPATAS com déficits de múltiplos fatores e alterações de testes da coagulação.:Usualmente, considera-se como alteração significativa TP ou TTPa com razão superior a 1,5 vezes o valor normal. O uso de complexo protrombínico associado pode aumentar a eficácia do tratamento com o PFC na correção da coagulopatia“. FMRP-USP Protocolos transfusionais II: Transfusão de plasma fresco congelado. Dos componentes apresentados a escolha é o PFC. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 29 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

“O status nutricional de pacientes submetidos a cirurgias abdominais influencia diretamente no desfecho pós-operatório (PO). Sempre que possível, deve-se optar pela via alimentar mais fisiológica para aporte calórico, sendo a via enteral (VE) escolhida na impossibilidade da via oral

(VO). No entanto, a tolerabilidade da VE é muitas vezes limitada APÓS CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE, o que restringe o aporte calórico ofertado por essa via. Nesse contexto, principalmente em pacientes com ELEVADO RISCO NUTRICIONAL, é necessário instituir meios complementares de aporte calórico, a exemplo da NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP)". A questão é clara: "grande cirurgia abdominal" e "alto risco de desnutrição", o que indica a nutrição parenteral pela impossibilidade de administração por outras vias. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 32 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Conhecer as indicações para a intervenção cirúrgica é essencial para cuidar de pacientes com lesões traumáticas graves. Para o trauma torácico penetrante, a toracotomia de reanimação imediata (a chamada toracotomia de emergência) é indicada para a atividade elétrica sem pulso testemunhada (sobrevida global 4% a 5% para feridas por arma de fogo e 18% a 24% para as por arma branca). A toracotomia urgente (dentro de 1 a 4 horas após a admissão) é indicada para: drenagem inicial do tubo torácico > 1.500 mL, evidência de sangramento em andamento a uma taxa de 200 a 300 mL/h, vazamento maciço de ar ou tamponamento cardíaco. Para o trauma abdominal, as indicações para laparotomia incluem instabilidade hemodinâmica, peritonite no exame físico ou evisceração. Também deve ser considerada à exploração para aqueles pacientes com abdome que não pode ser avaliado clinicamente (por exemplo, devido ao estado mental alterado, à lesão distrativa e administração de sedativos). Durante a avaliação das extremidades, os sinais maiores de lesão arterial incluem hemorragia pulsátil, hematoma expansivo/pulsátil, pulsos distais ausentes ou evidências sugerindo isquemia de extremidade (palidez, paralisia). Os chamados sinais menores incluem hematoma não expansivo, déficit do nervo periférico, histórico de hemorragia pulsátil no momento da lesão e hipotensão inexplicável. Qualquer paciente que apresenta sinais maiores de lesão vascular deve passar por uma exploração imediata, pois o valor preditivo positivo do exame físico para lesões arteriais se aproxima de 100%. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 33 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A maioria das lesões torácicas pode ser tratada com toracostomia drenagem fechada; apenas 10% a 15% dos traumas torácicos requerem intervenção cirúrgica. A fisiologia do tamponamento classicamente requer apenas 50mL de sangue no espaço pericárdico e é caracterizada clinicamente pela Tríade de Beck (distensão venosa jugular, sons cardíacos abafados, hipotensão), ocasionalmente com pressão de pulso estreitada e presença de derrame no exame FAST. Pacientes com fisiologia de tamponamento devem receber administração agressiva de volume porque dependerão de sua pré-carga para gerar débito cardíaco. A pericardiocentese descompressiva pode ser realizada em caso de trauma, mas muitas vezes é uma medida temporizadora. O manejo cirúrgico definitivo neste cenário de trauma envolve uma janela pericárdica. A incidência relatada de lesão de grandes vasos em trauma torácico penetrante é de apenas 4%, já que a maioria desses pacientes sangra antes da apresentação. Ferimentos por arma de fogo no mediastino devem levantar suspeita e o diagnóstico pode ser

confirmado com angiotomografia. Se presente, a exploração urgente é necessária. Lesão pulmonar que requer intervenção cirúrgica é mais comumente encontrada em trauma penetrante. A maioria dessas lesões pode ser tratada com tractotomia pulmonar (para lesões penetrantes não hilares) ou ressecções grampeadas não anatômicas. O hemotórax evacuado inadequadamente pode resultar em infecção secundária (empiema pós-traumático) ou fibrotórax. Infelizmente, os antibióticos profiláticos não parecem prevenir o desenvolvimento secundário de infecção neste cenário. Os drenos torácicos muitas vezes não têm sucesso na remoção do sangue coagulado e deve-se considerar a exploração cirúrgica para pacientes com hemotórax retido. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 36 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Em qualquer paciente traumatizado, a primeira prioridade é garantir ABC, vias aéreas, respiração e circulação estáveis, o que pode incluir intervenções de emergência (por exemplo, toracostomia com drenagem fechada). Neste paciente com sinais vitais estáveis, o passo inicial é realizar uma avaliação primária e secundária – um breve exame físico da cabeça aos pés. Um erro comum no cenário de trauma penetrante é a falha na identificação de lesões múltiplas. Os locais comuns para lesões penetrantes perdidas podem ser nas costas, na axila ou no períneo, portanto, uma pesquisa completa da cabeça aos pés é fundamental. A maioria dos pacientes pode estar estabilizada o suficiente para ser submetida a uma avaliação secundária, mas quaisquer problemas identificados na avaliação primária devem ser resolvidos imediatamente. Uma vez identificadas todas as lesões, elas podem ser encaminhadas para diagnóstico por imagem ou reparo operatório. Tanto a radiografia de tórax quanto o FAST podem ser usados como complementos à avaliação, mas não substituem a necessidade de uma avaliação do paciente da cabeça aos pés. Na avaliação inicial de um paciente traumatizado, as prioridades são: 1. identificar todas as feridas, 2. determinar se uma intervenção urgente para salvar a vida está indicada e 3. determinar se são necessários testes adicionais. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 39 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Pacientes estáveis, sem sinais graves de lesão vascular ou das vias aéreas, podem ser tratados com observação, com testes diagnósticos apropriados. A tomografia computadorizada tem sensibilidade semelhante à exploração operatória para identificar lesões vasculares e de tecidos moles. A tomografia computadorizada também pode fornecer informações valiosas sobre possíveis lesões no esôfago ou na traqueia, que podem orientar o uso seletivo de estudos adicionais para avaliar essas estruturas. As lesões esofágicas são frequentemente assintomáticas e a morbidade aumenta significativamente se o reparo for adiado além de 24 horas. A esofagografia com contraste ou esofagoscopia é recomendada para todas as lesões da Zona II que rompem o platisma e apresentam resultados de exame físico ou tomografia computadorizada relativos a uma lesão esofágica. Da mesma forma, a broncoscopia flexível pode ser usada seletivamente com base em qualquer exame ou achado de tomografia

computadorizada relativo a lesão das vias aéreas. Com a precisão da TC, a broncoscopia e a endoscopia digestiva alta não são obrigatórias. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

Questão: 40 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O hemotórax retido é um problema relativamente comum entre pacientes que apresentam hemotórax de volume moderado ou grande com trauma contuso ou penetrante. Embora apenas a observação seja uma opção, isso acarreta o risco de desenvolver empiema ou fibrotórax. Se ainda houver uma quantidade significativa de sangue coagulado na cavidade torácica que não for adequadamente drenada pelo dreno torácico inicial, existem várias opções de tratamento. Isso inclui a colocação de um segundo dreno torácico (ou a remoção e substituição do dreno torácico inicial) em uma posição melhor para evacuar a coleção de fluidos ou a administração de terapia lítica local para tentar quebrar o coágulo e permitir a drenagem através do dreno torácico. Embora possam ser eficazes em casos selecionados, têm sido associados a taxas de insucesso relativamente altas. Como o hemotórax retido provavelmente consiste em sangue coagulado, é improvável que um cateter “pigtail” de pequeno calibre consiga uma drenagem adequada. Tem havido uma tendência ao aumento do uso precoce de VATS para evacuar o hematoma e colocar um dreno torácico bem posicionado sob visualização direta. Esta abordagem também pode ser útil se houver suspeita de lesão associada ao diafragma que possa ser reparada simultaneamente. A esternotomia mediana não seria indicada para evacuação de hemotórax retido. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

• Pediatria

Questão: 52 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão anulada.

Questão: 55 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão anulada.

• Medicina Preventiva e Social

Questão: 68 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso negado. referência: Cardoso RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 24º de junho de 2015 [citado 2º de dezembro de 2024];10(35):1-10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1117> (Figura02).

Questão: 79 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão anulada.

• Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 81 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso não aceito. Variações anatômicas são inúmeras e não devem ser consideradas como regras. Não acato o recurso.

Questão: 82 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A conduta frente a uma biópsia com diagnóstico de LIEAG deverá ser a EZT, pois somente com toda a zona de transformação retirada é possível afirmar que a paciente é portadora de carcinoma in situ. Imaginem se na peça da histerectomia ficar caracterizado que há áreas da neoplasia que infiltra o estroma. Teremos um subtratamento, pois essa não é a conduta para Carcinoma infiltrativo de colo uterino. Portanto o tratamento para a leiomiomatose uterina ficará postergado para depois do EZT.

Questão: 83 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A confidencialidade é um direito do paciente adolescente e gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde. Em nosso país, o sigilo é regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica.

Questão: 85 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso não aceito. A avaliação do FSH é necessária, da forma como foi apresentada. A dosagem do Estradiol é redundante, mas não é incorreta.

Questão: 86 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso não aceito. A alternativa D afirma: Há indicação de se proceder novo teste não treponêmico, com metodologia diferente do primeiro, para evitar a situação de falso positivo do teste rápido. Ou seja, está ERRADA!

Questão: 88 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso negado. O FEBRASGO POSITION STATEMENT Diagnóstico de precisão das lesões mamárias Número 4 – Abril 2023 não apresenta a mesma conclusão que a referência de 11 anos atrás apresentada pelo candidato.

Questão: 93 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso negado. Não é isso que encontra-se consignado no Santos et al. Vacinação na mulher. Cap. 10. Recomendações SOGESP, 2021

Questão: 94 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso não aceito, pois contradiz o que está explícito nas Recomendações SOGESP (Hirakawa et al. Lacerações perineais no parto. Diagnóstico e conduta. Recomendações SOESP vol. 11, 2022.)

Questão: 96 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Recurso indeferido. Essa frase da alternativa D: "Uma vez que o tecido cicatricial é removido conjuntamente com os cotilédones placentários, membranas ovulares e miométrio acometido, a incidência do EPA nas gestações subsequentes não é significativa." está *ipsis literis* na página 5 do FEBRASGO POSITION STATEMENT Manejo do espectro da placenta acreta Número 9 – Setembro 2021