UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE

RESIDÊNCIA MÉDICA 2013

PROGRAMAS

Endoscopia

UNIRIO

JANEIRO/2013

COSEA/PROGRAD

1) As contraindicações **ABSOLUTAS** para o uso de trombolíticos são:

a) HAS grave e AVE hemorrágico.
b) Neoplasia maligna cerebral e cirurgia de grande porte com qualquer intervalo de tempo.
c) Punção venosa de subclávia e gravidez.
d) AVE hemorrágico e TCE < 3 meses.
e) Gravidez e úlcera péptica.

2) Para a diferenciação do mecanismo causal de hiponatremia, no quadro de hemorragia subaracnoide, entre síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético e síndrome perdedora de sal, deve ser considerado

a) volemia.
b) níveis de natremia.
c) não é possível esta diferenciação.
d) níveis de pressão arterial.
e) níveis de uréia.

Analise o quadro clínico descrito e responda às questões nos 3, 4 e 5

Paciente chega à Emergência com o seguinte quadro clínico:
Torporoso, taquidispneico, apresentando sinais de desidratação
SV: PA= 100x 60 mmHg, FC=100bpm, FR=28irpm, Tax=38°C
Ex. Físico: RCR, B4, SS 2+/6+ em foco aórtico.
Abdome distendido difusamente, doloroso às palpações superficial e profunda, descompressão dolorosa. Peristalse inaudível.

Realizados exames complementares que demonstraram os seguintes parâmetros:
Hemograma: 16000 leucócitos
(12 bastões, 2 metamielócitos e 1 mielócito, 96000 plaquetas, Ht 45%, Hb 15 g/dl).
INR: 1,3 PTTa: 45s/28s
Ureia= 120 mg/dl, Creatinina= 1, 8 mg/dl
Na= 147 meq/l, K=5,2 meq/l, Cl=110 meq/l
Glicemia=220mg/dl
Gasometria: pH= 7,31, PO2 = 60mmHg em ar ambiente, PCO2 =28mmHg
Bicarbonato =16 mmol/l, BE= - 8 mmol/l, Lactato = 4 mmol/l, Sat =91%

3) Esse paciente é classificado como:

a) Infecção.
b) Sepse.
c) Sepse grave.
d) Choque séptico.
e) SIRS.

4) Devem ser consideradas condutas para as próximas 3 horas:

a) Colher hemoculturas, iniciar antibioticoterapia e avaliar tratamento de possível foco cirúrgico.
b) Nessa primeiras horas, apenas, tratamento conservado.
c) Colher culturas e aguardar seus resultados para iniciar antibiioticoterapia.
d) Iniciar a terapêutica com antibióticos sem coleta de hemoculturas.
e) Colher hemoculturas e iniciar antibioticoterapia e aguardar melhora para discutir conduta cirúrgica.

5) A proposta para reposição volêmica é de

a) 10 ml/kg de peso.
b) 20 ml/kg de peso.
c) 30 ml/kg de peso.
d) 40 ml/kg de peso.
e) Não há indicação de volume.

6) Após uma laparotomia, que revelou uma apendicite perfurada, tratada com apendicectomia, o paciente vai para o CTI e seus primeiros dados hemodinâmicos revelam

PAM = 60 mmHg; IC: 4,5 L/min; IRVS: 960 dynes/sec/cm^5/m^2;
DO_2i = 458 ml/min; PVC= 6 cmH_20; $SVcO_2$= 53%;
actato 7mmol/dL; ΔPP de 18%.

Nesse caso, a conduta é

a) Dobutamina.
b) Noradrenalina.
c) Vasopressina.
d) Noradrenalina+dobutamina.
e) Reposição volêmica.

7) O paciente apresentou melhora do quadro hemorrágico. Novos dados hemodinâmicos, após 1000 ml de cristaloides, revelaram

PAM = 65; IC = 5,3; IRVS=830; DO_2i = 516; PVC =10;
$SvCO_2$=61%; Lactato = 5,4 mmol/dL; ΔPP = 7%.
O volume urinário era neste momento de 50ml/h.

Para melhorar a PA, deve-se administrar

a) Reposição volêmica.
b) Noradrenalina.
c) Dobutamina.
d) Transfusão de hemácias.
e) Vasopressina.

8) O critério RIFLE avalia

a) o grau de falência multiorgânica.
b) a gravidade do politraumatizado.
c) o prognóstico de desfecho dos pacientes críticos.
d) o grau de sedação do paciente crítico.
e) a insuficiência renal.

9) Com relação à embolia gordurosa, é **CORRETO** afirmar que

a) as manifestações clínicas são específicas.
b) as manifestações mais frequentes são em pacientes idosos.
c) o sintoma característico é a presença de cianose.
d) não existe essa doença.
e) a manifestaçao clínica mais comum implica em petequias subconjuntivais.

10) A frequência/minuto que deve ser mantida nas compressões torácicas durante manobras de reanimação cardiopulmonar, segundo as diretrizes do ACLS, é igual a

a) 100.
b) 80.
c) 150.
d) 50.
e) 120.

11) As causas de choque obstrutivo são:

a) Sepse e tamponamento cardíaco.
b) Pneumotórax e tamponamento cardíaco.
c) Pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco.
d) Hemorragia e pneumotórax hipertensivo.
e) IAM e sepse.

12) Sobre os critérios diagnósticos da Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto, é **CORRETO** afirmar que:

a) Relação P/F < 300 e início insidioso.
b) Infiltrado pulmonar sempre unilateral e relação P/F < 200.
c) Sinais de disfunção cardíaca e relação P/F <200.
d) Relação P/F < 200 e início súbito.
e) Início agudo e sinais de disfunção pulmonar.

13) A antibióticoterapia empírica para o tratamento de peritonite bacteriana espontânea está indicada quando a análise do líquido ascítico de um paciente cirrótico revelar

a) aumento dos níveis de adenosina deaminase (ADA).
b) relação proteína do líquido/proteinemia > 1.
c) contagem de polimorfonucleares > 250 cels/mm^3.
d) glicose < 50 mg%.
e) gram negativo em hemocultura.

14) Paciente de 62 anos foi atendido no setor de emergência, com queixa de dor torácica de forte intensidade associada à sudorese. Eletrocardiograma realizado apresentou supradesnível do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF. Para esse caso, o diagnóstico é de

a) IAM de parede inferior.
b) IAM de parede lateral.
c) IAM de parede anterior.
d) IAM de parede ânterosseptal.
e) IAM do ventrículo direito.

15) É considerada uma droga antiarrítmica da classe IC:

a) Amiodarona.
b) Propafenona.
c) Metoprolol.
d) Procainamida.
e) Lidocaína.

16) Uma mulher de 32 anos com história de uso de drogas intravenosas chega ao hospital com febre e taquicardia, além de sibilos e roncos. O início das queixas foi inferior a 5 dias. Apesar da ausência de sopro na ausculta cardíaca, suspeitou-se de endocardite infecciosa, sendo solicitado um ecocardiograma, que revelou vegetação em válvula tricúspide. O microorganismo mais, frequentemente, associado a esse quadro é

a) Streptococcus viridans.
b) *Staphylococcus epidermis*.
c) Bacilos gram-negativos.
d) Enterococcus faecium.
e) Staphylococcus aureus.

17) Uma paciente chega à emergência com fibrilação atrial com data de início indeterminada e frequência ventricular de 146 bpm. Encontra-se sonolenta e com PA de 75x48 mmHg. O tratamento mais adequado, nesse caso, é

a) digital IV.
b) reposição volêmica.
c) betabloqueador intravenoso.
d) cardioversão elétrica.
e) diltiazem intravenoso.

18) Um homem de 35 anos tem estenose aórtica significativa. Dos achados abaixo, o que confere pior prognóstico para o paciente é:

a) Síncope.
b) ICC.
c) Angina.
d) Edema de MMII.
e) Sopro sistótico em diamante.

19) Um homem de 59 anos queixa-se de dor torácica intensa, que se irradia para as costas. Seus pulsos radiais são desiguais e o paciente está hemodinamicamente estável. No RX de tórax, encontra-se alargamento do mediastino. O diagnóstico mais provável da causa dessa dor é

a) Infarto agudo do miocárdico.
b) Pneumotórax.
c) Dissecção aguda de aorta.
d) Embolia pulmonar.
e) Síndrome de Tietze.

20) Das drogas abaixo, aquela que **NÃO** tem utilidade no atendimento da parada cardiorrespiratória é

a) Atropina.
b) Adrenalina.
c) Amiodarona.
d) Hidrocortisona.
e) Vasopressina.

21) Em relação à hemorragia digestiva varicosa, é **CORRETO** afirmar que

a) a hemorragia digestiva decorrente de varizes esofágicas sempre é de pequena monta e, frequentemente, não necessita de reposição volêmica ou de sangue.
b) o *Shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) é indicado em pacientes nos quais a hemorragia por varizes não pode ser controlada ou em quem o sangramento recorre, apesar da terapia endoscópica e farmacológica combinadas.
c) profilaxia antimicrobiana pode ser usada por até 14 dias, sendo recomendado o uso de amicacina ou gentamicina.
d) o tamponamento com balão é usado como medida definitiva por, no máximo 7 dias, nos pequenos sangramentos e naqueles em que não há necessidade de complementação endoscópica.
e) o paciente com hemorragia digestiva varicosa deve receber antagonista do receptor da histamina (ranitidina) em infusão contínua na dose de 10 mg/h, após 150 mg em *bolus* venoso.

22) A insuficiência adrenal é ocorrência comum nos quadros sépticos. A condição que **NÃO** pode ser imputada como causadora de insuficiência adrenal na sepse é

a) ação direta ou indireta de agentes infecciosos.
b) indução por fármacos, como etomidato e cetoconazol.
c) indução por nutrição enteral ou nutrição parenteral sem glutamina.
d) hemorragia – distúrbio da coagulação, como na síndrome de Waterhouse-Friderichsen.
e) diminuição da liberação de corticotrofina, inibida pelas citocinas liberadas durante a sepse.

23) Na intoxicação aguda por acetaminofem, com dose superior a 10 gramas, a droga que tem indicação com o objetivo de evitar a falência hepática é conhecida como

a) Aacetilcisteína.
b) Naloxone.
c) Flumazenil.
d) Glucagon.
e) Metilprednisolona.

24) Na caracterização da gravidade de um paciente em estado de mal-asmático, os indicadores mais apropriados são

a) febre e hipoglicemia.
b) sibilos intensos e audíveis em todo o tórax e $PaCO_2 < 40$ mmHg.
c) silêncio torácico e $PaO_2 < 80$ mmHg.
d) sibilos intensos e audíveis em todo o tórax e $PaO_2 < 80$ mmHg.
e) silêncio torácico e $PaCO_2 > 90$ mmHg.

25) A ventilação não invasiva (VNI) é alternativa terapêutica para insuficiência respiratória nos últimos anos, sendo especialmente útil na seguinte situação:

a) Influenza A.
b) Edema agudo de pulmão.
c) Angina instável por hipoxemia.
d) Coma por intoxicação exógena.
e) Coma por TCE.

26) Num paciente grande queimado, com 60% da superfície corporal afetada e hipotensão arterial, o procedimento reposição volêmica, nas primeiras 24 horas, é

a) reposição, usando apenas coloides na dose de 50 ml/kg.
b) reposição volêmica, usando, apenas, cristaloides na dose de 100 ml/kg.
c) reposição volêmica com cristaloide, não ultrapassando de 20 ml/kg, além de iniciar precocemente a infusão de noradrenalina.
d) fazer a reposição volêmica com cristaloide, não ultrapassando de 20 ml/kg e iniciar precocemente a infusão de dopamina.
e) fazer a reposição com cristaloides, objetivando a estabilidade hemodinâmica (PAM > 65 + diurese > 0,5 ml/kg/hora) e associar droga vasopressora, se necessário.

27) O antibiótico que **NÃO** possui atividade contra anaeróbios é o (a)

a) Clindamicina.
b) Meropenem.
c) Metronidazol.
d) Amicacina.
e) Vancomicina.

28) A substância vasoativa, que possui melhor ação inotrópica é conhecida como

a) Dopexamina.
b) Noradrenalina.
c) Dobutamina.
d) Vasopressina.
e) Efedrina.

29) O traumatismo crânio encefálico (TCE) é responsável pela morte de milhões de pessoas. Em relação à fisiopatologia, monitorização e tratamento do TCE, é **INCORRETO** afirmar que

a) radicais livres de oxigênio, liberação de hormônios neuroexcitatórios e hiperprodução de interleucinas são eventos relacionados à fisiopatologia da isquemia pós-traumática.
b) pacientes com TCE e tomografia de crânio normal têm indicação de receber monitorização de pressão intracraniana quando tiverem mais de 40 anos, pressão sistólica < 90 mmHg e postura de descerebração.
c) pacientes com TCE e sinais de herniação podem receber hiperventilação mesmo sem estarem monitorados com cateter de bulbo jugular.
d) a pressão de perfusão cerebral é definida como a diferença entre a pressão arterial média e a pressão intracraniana.
e) hematoma epidural, lesão axonal difusa e contusões intraparenquimatosas são injúrias secundárias que levam a hipertensão intracraniana e óbito em grande parte dos doentes.

30) Um dos cuidados, após a parada cardíaca ressuscitada com sucesso, é com a temperatura corporal. A hipotermia é um tratamento que melhora o prognóstico neurológico desses pacientes. Em relação à hipotermia, é **INCORRETO** afirmar que

a) a hipotermia deve ser induzida imediatamente após a ressuscitação, mantendo-se a temperatura central do paciente a 30 °C por 72 horas às custas de infusão de soro gelado e de dispositivos de superfície.
b) plaquetopenia, elevação de enzimas pancreáticas e infecção são complicações que podem ocorrer durante a hipotermia.
c) sedação e uso de bloqueadores neuromusculares ajudam a controlar tremores induzidos pela hipotermia.
d) a diminuição da temperatura central leva à vasoconstrição periférica, redução da pressão venosa central e aumento da diurese.
e) cuidados no reaquecimento são relativos, principalmente, à infusão e ao volume e ao controle de distúrbios eletrolíticos.

31) Em relação à pancreatite aguda, é **CORRETO** afirmar que:

a) SARA é responsável por até 80% dos óbitos em pancreatite aguda.
b) A ecografia abdominal é o exame complementar “gold standard” para diagnóstico de necrose pancreática.
c) A infusão generosa de volume mantém o espaço intravascular adequado e deve ser rotina, uma vez que o sequestro de líquido para o terceiro espaço pode ser de até 1/3 do volume plasmático.
d) Idade acima de 65 anos, glicemia > 200 mg/dl e TGP > 250 U/dl são alguns dos critérios de Ranson nas primeiras horas do diagnóstico de pancreatite.
e) Hipertrigliceridemia, hipotermia e hipocalcemia são causas de pancreatite aguda.

32) Um paciente realizou arteriografia e recebeu 15.000 U de heparina durante o procedimento. Em seguida, apresentou sangramento no local de punção. A conduta imediata mais indicada para esse caso é infundir a seguinte quantidade de protamina intravenosa:

a) 3000 mg.
b) 150 mg.
c) 300 mg.
d) 1500 mg.
e) 100 mg.

33) Em relação à ventilação mecânica, é **CORRETO** afirmar que

a) a ventilação controlada por volume (VCV) garante o fornecimento de um volume corrente pré-determinado em todas as ventilações e é ciclada pelo tempo.
b) a ventilação controlada por pressão (PCV) consiste na aplicação de uma pressão positiva crescente nas vias aéreas e o tempo inspiratório termina, ao se atingir o valor máximo de pressão pré-determinado.
c) a ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV) alterna ventilações espontâneas auxiliadas com pressão de suporte com ventilações mandatórias, exclusivamente, cicladas com volume.
d) a ventilação com pressão de suporte (PSV) é uma modalidade espontânea de ventilação, consistindo na aplicação de uma pressão positiva constante durante a inspiração, ciclada pelo fluxo.
e) o modo CPAP (pressão positiva contínua em vias aéreas) consiste na aplicação de uma pressão positiva contínua durante a inspiração, levando a um aumento do volume corrente e diminuição do trabalho ventilatório.

34) Em relação à coagulação intravascular disseminada (CIVD), é **INCORRETO** afirmar que

a) níveis séricos baixos de fibrinogênio são característicos da doença e aparecem na maioria dos pacientes com CIVD.
b) manifestações hemorrágicas graves ocorrem, apenas, na minoria dos pacientes com CIVD; as manifestações trombóticas são as mais comuns.
c) o diagnóstico de CIVD é feito a partir da suspeita da doença em um paciente de risco, mais a dosagem de plaquetas, tempos de coagulação, produtos de degradação da fibrina e do fibrinogênio.
d) a gravidade da CIVD está diretamente relacionada com as disfunções orgânicas e a mortalidade dos pacientes com sepse.
e) a reposição de plaquetas e fatores de coagulação está indicada nos pacientes com manifestações hemorrágicas graves.

35) Dos elementos abaixo, aquele que **NÃO** corresponde a um indicador de via aérea difícil é conhecido como

a) Mallampati 3 ou 4.
b) Imobilidade do pescoço.
c) Retrognatia.
d) Distância tireomental menor que 6 cm.
e) Ausência de dentes.

36) O exame complementar ao diagnóstico, considerado padrão diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, é

a) Telerradiografia de tórax.
b) Cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.
c) Arteriografia pulmonar.
d) Ecocardiograma transtorácico.
e) Dímero D.

37) Os sinais e os sintomas mais frequentemente encontrados na síndrome da embolia gordurosa são:

a) Petéquias, alterações respiratórias e manifestações neurológicas.
b) Taquicardia, febre e manifestações neurológicas.
c) Petéquias, alterações respiratórias e anemia.
d) Alterações respiratórias, icterícia e trombocitopenia.
e) Petéquias, alterações respiratórias e insuficiência renal aguda.

38) A assertiva que está em **DESACORDO** quando do diagnóstico ou tratamento das lesões traumáticas do duodeno é a seguinte:

a) As lesões do tipo II correspondem à hematoma, comprometendo mais de uma porção duodenal ou laceração < 50% da circunferência.
b) A complicação significativa é o desenvolvimento de uma fístula duodenal, que ocorre entre 5% a 15% dos pacientes.
c) As fístulas duodenais geralmente são tratadas por fistulectomia cirúrgica precoce.
d) O reparo cirúrgico depende da gravidade, grau da lesão e do tempo decorrido do acidente até a operação.
e) Para a maioria das lesões de grau I ou II diagnosticadas, nas primeiras 6 horas, o reparo pode ser primário.

39) Você está operando um paciente vitima de acidente de moto com traumatismo abdominal fechado. Durante a laparotomia, na exploração abdominal, encontrou um hematoma subcapsular do fígado com aproximadamente 33% da área de superfície, que penetrava intraparenquimatoso com diâmetro de sete centímetros. Ao término da operação, você escreve no relato operatório a classificação desta lesão como grau

a) I (um).
b) II (dois).
c) III (três).
d) IV (quatro).
e) V (cinco).

40) A classificação de Borrmann foi descrita em 1926 e permanece útil até hoje, principalmente, para descrição dos achados endoscópicos. Assim, quando a classificação é de um Borrmann do tipo III, os achados encontrados são

a) lesões polipoides ou fungiformes.
b) lesões difusamente infiltrativas.
c) as lesões não se encaixam em qualquer categoria.
d) lesões ulceradas com infiltração para dentro da parede gástrica.
e) lesões ulceradas rodeadas por bordos elevados.

41) Você está de plantão na emergência de um grande hospital, quando dá entrada uma mulher de 45 anos, pesando 65 Kg, com queimaduras do segundo grau superficial e profundo em metade do tronco anterior e posterior à esquerda e metade do membro superior esquerdo. Após os cuidados iniciais de atendimento ao trauma, você deve calcular a área queimada e a ressuscitação hídrica pela fórmula de Parkland, que correspondem, respectivamente, a

a) 22,5 % e 5850 ml.
b) 33,5 % e 8710 ml.
c) 36,0 % e 9360 ml.
d) 40,5 % e 10530 ml.
e) 45,0 % e 9000 ml.

42) Há altíssimo risco de câncer colorretal não relacionado à doença polipoide na

a) Doença de Cowden.
b) Síndrome de Lynch.
c) Síndrome de Gardner.
d) Síndrome de Turcot.
e) Síndrome de Peutz-Jeghens.

43) Paciente masculino, 55 anos, portador de cirrose hepática e hepatite tipo C, ascítico, apresentando circulação colateral abdominal e história pregressa de hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofagianas. Mantinha quadro clínico estável, sem grandes intercorrências ou alterações hemodinâmicas significativas, até evoluir, há quatro dias, com queda importante e progressiva do estado geral, sem causa clínica aparente, acompanhada de náuseas, vômitos, anorexia e dor significativa em hipocôndrio direito, porém sem irritação peritoneal.

Diante o quadro clínico descrito acima, a sua hipótese diagnóstica é

a) Tumor estromal do estômago.
b) Pseudocisto do pâncreas.
c) Cistoadenocarcinoma pancreático.
d) Carcinoma Hepatocelular.
e) Colecistite crônica.

44) Você examina um paciente, de 67 anos, com queixa de "emagrecimento, diarreia e fraqueza". Quando do exame físico, observa significativa anemia ++/4, dor e massa palpável fixa no quadrante inferior direito do abdome. Os sinais vitais e as funções fisiológicas estão normais e estáveis.

Considerando o quadro clínico descrito acima, é **CORRETO** afirmar que

a) o quadro, provavelmente, trata de um tumor de ovário.
b) o quadro é sugestivo de tumor de pâncreas com metástases peritoneais.
c) o paciente deve ser submetido à videolaparoscopia diagnóstica.
d) o quadro tem indicação para uma colonoscopia e tomografia computadorizada do abdome.
e) o quadro sugere neoplasia e, neste caso, a quimioterapia deve ser indicada prioritariamente.

45) Paciente, do sexo masculino, 32 anos, com dor abdominal em fossa ilíaca direita há 6 dias, dá entrada no pronto socorro agitado, taquipneico, hipotenso, sinais de irritação peritonial difusa. Ultrassonografia demonstrou tratar-se de peritonite difusa. As medidas que podem influenciar no prognóstico deste paciente são

a) hidratação venosa com 1000 ml de cristaloide rápida, antibioticoterapia para gram negativo e anaróbio no pronto socorro, cirurgia imediata, após essas manobras.
b) hemotransfusão com concentrado de hemácias e plasma, cirurgia imediata.
c) cirurgia imediata.
d) 12 horas de antibioticoterapia para gram negativos e anaeróbios, cirurgia após 2 doses de antibióticos.
e) hidratação venosa com cristaloide de maneira rápida, cirurgia após a hidratação inicial.

46) Mulher de 69 anos com colecistite crônica calculosa apresenta dor abdominal em barra súbita, associada a náuseas e vômitos. No segundo dia, fica levemente ictérica e tem piora da dor. Procura hospital onde é diagnosticada pancreatite aguda leve com amilase e lipase aumentadas. A bilirrubina total é de 2,1 e a direta de 1,5. O procedimento que **NÃO** deverá ser realizado neste momento para esta paciente é

a) Colecistectomia com drenagem da via biliar com dreno em T.
b) Ecoendoscopia.
c) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
d) Colangioressonância.
e) Ultrassonografia abdominal.

47) Mulher de 72 anos com colecistite crônica escleroatrófica. Apresenta dor abdominal associada à perda de peso há 6 meses. Queda importante do estado geral há 30 dias, com aparecimento de icterícia há 15 dias. Ultrassonografia abdominal demonstrou dilatação de vias biliares intra-hepática. O procedimento que **NÃO** deverá ser realizado para esta paciente é

a) Colocação de prótese biliar.
b) Drenagem externa das vias biliares por punção percutânea trans-hepática.
c) Cirurgia de Hepp-Cuinaud
d) Segmentectomia associada a hepaticojejunoanastomose.
e) Coledocojejunoanastomose.

48) Mulher de 71 anos, hipertensa e diabética, apresenta icterícia de padrão obstrutivo há 8 semanas, associada à perda de peso importante.Ultrassonografia abdominal demonstra dilatação das vias biliares extra e intra-hepática, sinal do duplo cano do fuzil, e vesícula bem distendida com cálculos no seu interior. Há 3 dias apresenta febre, que, nas últimas 12 horas, chegou a 39ºC. Ao exame físico, apresenta sinal de Curvoisier Terrier, PA de 90 X 40 mm Hg e calafrios. O que você faria de imediato:

a) Hidratação venosa, antibioticoterapia venosa, CT de abdômen para diagnóstico.
b) Hidratação venosa, antibioticoterapia venosa, CPRE com colocação de stent na via biliar.
c) Vitamina K, CT de abdomen para diagnóstico e planejamento da cirurgia.
d) Hidratação venosa, vitamina K, antibioticoterapia venosa, Colangioressonância para planejamento da terapêutica.
e) Endoscopia digestiva alta para biópsia da papila, CT para visualização da cabeça do pâncreas para planejamento cirúrgico, vitamina K, hidratação venosa.

49) Paciente masculino, 58 anos, com quadro de melena há 4 meses, sem perda de peso, hematócrito de 31% e hemoglobina de 8,1g/dl. Submetido à endoscopia digestiva que evidencia abaulamento extrínseco da mucosa antral, com umbilicação central na lesão que mede aproximadamente 4 cm. O procedimento que **NÃO** está indicado para este paciente é

a) Ecoendoscopia com biópsia da lesão.
b) Tomografia computadorizada abdominal.
c) Exérese da lesão gástrica – gastrectomia atípica.
d) Antrectomia com linfadenectomia a D1.
e) Ressonância magnética abdominal.

50) Paciente masculino, 53 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico superficial tipo 3 de antro. A ecoendoscopia determinou ser um T1. A melhor opção terapêutica para este paciente é

a) Exérese da lesão por endoscopia.
b) Quimioterapia.
c) Antrectomia com linfadenectomia a D2.
d) Exérese da lesão gástrica – gastrectomia atípica.
e) Radioablação local da lesão.