

CONCURSO 2021 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA



IFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO
COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

1ª ETAPA – PROVA B2

Prova a ser realizada pelos candidatos aos seguintes Programas de Residência Médica:

- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular
- Urologia

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas quarenta questões.
- Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, assine-o e leia atentamente as instruções para seu preenchimento; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- Cada questão proposta apresenta cinco opções de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma opção assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- Não é permitido copiar as opções assinaladas no CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O tempo máximo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de duas horas e o tempo mínimo é de uma hora.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o cartão de respostas usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul (preferencialmente) ou preta.
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.

FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO QUADRO
“EXAME GRAFOTÉCNICO”

Saúde não é tudo, mas tudo é nada sem saúde.

Sócrates

01 Assinale a opção que contenha a definição de retocele.

- (A) Deformidades na musculatura do reto após cirurgias plásticas da parede abdominal.
- (B) Prolapso de toda a parede do reto pelo canal anal.
- (C) Deformidades na parede do reto que surgem após radioterapia.
- (D) Prolapso da parede retal anterior para dentro da vagina.
- (E) Prolapso dos órgãos intra-abdominais pelo afastamento da musculatura dos retos.

02 O fator que pode contribuir para o desenvolvimento da síndrome de Wilkie é a

- (A) perda de peso.
- (B) exposição solar.
- (C) fibrilação atrial.
- (D) hipotensão arterial.
- (E) trombocitose.

03 Homem, 46 anos, nota aumento do volume da coxa direita com dor em extremidade do membro inferior homolateral e procura assistência médica. É solicitada imagem de ressonância magnética de coxa e exames de sangue. O laudo da ressonância é bastante sugestivo de sarcoma de partes moles pela evidência de massa em compartimento posterior da coxa de aproximadamente 10 cm de diâmetro, próximo ao nervo ciático. Com relação a esse quadro, assinale a opção correta.

- (A) A punção aspirativa com agulha fina é o método de escolha para diagnóstico da massa sugestiva de sarcoma por ser minimamente invasiva e realizada com anestesia local.
- (B) Nesses tumores com até 10 cm, está indicada a abordagem cirúrgica primária com possível amputação de membro inferior devido ao envolvimento do nervo ciático.
- (C) Está indicada biópsia por agulha tipo Trucut para confirmação diagnóstica e aguardar laudo histopatológico para seguir no tratamento do paciente.

(D) A biópsia excisional estará indicada caso a punção aspirativa com agulha fina não seja conclusiva.

(E) Na confirmação de sarcoma de baixo grau por algum método de biópsia, o paciente deverá ser encaminhado para iniciar quimioterapia neoadjuvante e avaliação de cirurgia de resgate.

04 Em relação aos melanomas cutâneos, assinale a opção correta.

(A) Melanoma nodular costuma apresentar crescimento horizontal mimetizando o carcinoma basocelular pigmentado.

(B) Melanoma do tipo acral é bastante raro e costuma acometer tronco e membros superiores.

(C) Melanoma *in situ* devem ser ressecados com margem mínima de 2 cm pelo risco de lesões satélites.

(D) Melanoma do tipo superficial é o mais comum em negros e pardos.

(E) Melanoma do tipo lentigo maligno ocorre mais comumente em idosos nas áreas de exposição solar, tipo cabeça e pescoço.

05 A patologia que representa a causa mais frequente de hemorragia digestiva alta, sendo responsável por aproximadamente 40% de todos os casos é chamada:

(A) esofagite.

(B) gastrite por estresse.

(C) síndrome de Mallory-Weiss.

(D) úlcera péptica.

(E) varizes gastroesofágicas por hipertensão portal.

06 Sobre a doença diverticular do cólon, é correto afirmar que

- (A) a diverticulite em cólon direito é predominante em pacientes imuno comprometidos.
- (B) após o segundo episódio de diverticulite de sigmoide, o paciente deverá ser tratado com cirurgia de colectomia segmentar e colostomia terminal sem anastomose primária pelo risco de fístula.
- (C) a diverticulite complicada com abscesso é tratada com laparotomia em todos os casos pelo alto risco de peritonite fecal.
- (D) fístula colovesical são mais comuns em mulheres que nos homens.
- (E) paciente com diverticulite não complicada pode ser manejado ambulatorialmente com antibiótico oral e restrição de dieta.

07 O aneurisma visceral mais frequentemente observado é o de artéria

- (A) renal.
- (B) hepática.
- (C) esplênica.
- (D) gástrica.
- (E) mesentérica.

08 O tratamento eletivo do aneurisma de aorta abdominal está indicado quando

- (A) o diâmetro transversal máximo é $\geq 5,5$ cm
- (B) o diâmetro longitudinal máximo é igual a 5cm.
- (C) cresce 3mm em seis meses.
- (D) cresce 7mm em um ano.
- (E) são aneurismas fusiformes.

09 Na transecção da aorta torácica, o exame que é mais frequentemente realizado na atualidade e é suficiente para o planejamento cirúrgico é

- (A) angiografia torácica.
- (B) ecocardiograma torácico.
- (C) RX de tórax.
- (D) angiotomografia torácica.
- (E) ecocardiograma transesofágico.

10 No trauma vascular, assinale a opção que é indicação de intervenção imediata.

- (A) História de sangramento moderado
- (B) Hematoma em expansão
- (C) Pulso palpável, diminuído
- (D) Fratura proximal
- (E) Ferida penetrante

11 Assinale a opção correta em relação à bacteriúria assintomática.

- (A) Na presença de um cateter vesical de demora, constitui uma infecção de trato urinário (ITU) associada ao cateter.
- (B) Deve ser rastreada em pacientes com cateter vesical de demora.
- (C) Deve ser tratada como uma infecção de trato urinário (ITU) não complicada.
- (D) Não deve ser rastreada em pacientes com cateter vesical de demora, exceto gestantes.
- (E) Nunca evolui para uma infecção de trato urinário (ITU).

12 A conduta recomendada em pacientes em vigência de anticoagulação com hematúria macroscópica e sem história recente de trauma ou infecção concomitante é

- (A) nenhuma avaliação é necessária.
- (B) realizar tomografia de vias urinárias e cistoscopia.
- (C) realizar exame de urina simples, citologia urinária e cistoscopia.
- (D) executar coagulograma, citologia urinária e cistoscopia.
- (E) analisar citologia urinária, cistoscopia e tomografia de vias urinárias.

13 Homem, 35 anos, apresenta-se com queixa de dor peniana e detumescência imediata durante relação sexual. Ao exame físico, percebe-se sangue no meato uretral. O próximo passo deve ser

- (A) uretrografia retrógrada.
- (B) exploração cirúrgica imediata.
- (C) uretrocistoscopia.
- (D) tomografia computadorizada de pelve.
- (E) colocação de cateter vesical de demora.

14 Os subtipos de papilomavirus humano (HPV) responsáveis por desenvolver tumores malignos em pênis e ânus são os seguintes:

- (A) 6 e 11.
- (B) 13 e 14.
- (C) 16 e 18.
- (D) 26 e 28.
- (E) 31 e 28.

15 O tipo histológico mais comum nas neoplasias penianas é conhecido como

- (A) papulose bowenoide.
- (B) carcinoma de células escamosas.
- (C) melanoma.
- (D) sarcoma de Kaposi.
- (E) carcinoma verrucoso.

16 Sabe-se que a hipertensão intracraniana é fator preponderante no desfecho desfavorável dos pacientes com traumatismo craniano. Nesse particular, é correto afirmar que

- (A) hipotensão arterial, bradicardia e irregularidade respiratória (triade de Cushing) são manifestações de hipertensão intracraniana.
- (B) o nervo facial é o nervo mais frequentemente afetado na síndrome de hipertensão intracraniana.
- (C) o aumento da pressão intracraniana (PIC) leva à elevação da pressão de perfusão cerebral (PPC) e do fluxo sanguíneo cerebral (FSC).
- (D) a hiperventilação reduz a PaCO₂ e, como consequência, a pressão intracraniana (PIC) através de vasoconstrição e redução no volume sanguíneo intracraniano.
- (E) herniações cerebrais ocorrem precocemente na síndrome de hipertensão intracraniana.

17 O fármaco hipnótico utilizado na assistência para intubação sem repercussão negativa sobre a pressão arterial ou pressão intracraniana, mas que pode deprimir a função suprarrenal denomina-se

- (A) propofol.
- (B) tiopental.
- (C) diazepam.
- (D) cetamina.
- (E) etomidato.

18 Após trauma cranioencefálico em paciente geriátrico, o anestesiológista confirmou com familiares que o paciente utilizava dabigatrana (Pradaxa®) regularmente, um inibidor direto da trombina. Assim, a fim de reverter anticoagulação, inicia tratamento com

- (A) idarucizumab.
- (B) sulfato de protamina.
- (C) vitamina K.
- (D) fator VIIa.
- (E) plasma fresco.

19 Os procedimentos anestésicos, incisões cirúrgicas no abdome e uso de narcóticos pós-operatórios podem provocar alterações nos pacientes operados. A complicação respiratória mais comum no pós-operatório das cirurgias abdominais é

- (A) o derrame pleural.
- (B) a pneumonia.
- (C) a atelectasia.
- (D) o pneumotórax.
- (E) o infarto pulmonar.

20 Rapaz dá entrada na emergência do HUAP (Hospital Universitário Antônio Pedro) com relato de traumatismo abdominal fechado. Tomografia mostra hematoma no parênquima hepático, sem líquido livre na cavidade peritoneal. Não apresenta outras alterações tomográficas. Evolui com estabilidade hemodinâmica, sem anemia clínica ou laboratorial. É tratado, portanto, conservadoramente. Posteriormente apresenta quadro clínico de hemorragia digestiva alta, dor no quadrante superior direito e icterícia. A principal hipótese diagnóstica nesse caso é

- (A) hemobilia.
- (B) *hemosuccus pancreaticus*.
- (C) lesão de Dieulafoy.
- (D) ectasia vascular gástrica antral.
- (E) síndrome de Mallory-Weiss.

21 Paciente, 75 anos, é atendido no serviço de emergência com relato de ser portador de distúrbios psiquiátricos tratados com drogas psicotrópicas, havendo ainda história de início súbito de dor abdominal intensa, vômitos e constipação. Exame do abdome mostra acentuada distensão e timpanismo aumentado à percussão. Radiografias abdominais revelam um cólon sigmoide marcadamente dilatado parecendo um tubo dobrado, com seu ápice no quadrante superior direito. Observa-se nível hidroaéreo no cólon dilatado e ausência de gás no reto. Clister opaco mostra o ponto da obstrução com a deformidade patognomônica em “bico de pássaro”. A hipótese diagnóstica para esse caso é

- (A) volvo de cólon sigmoide
- (B) diverticulite de cólon sigmoide.
- (C) neoplasia de cólon.
- (D) perfuração de víscera oca.
- (E) hérnia inguinal encarcerada.

22 Pacientes cirúrgicos desnutridos têm cicatrização prejudicada, resposta imunológica alterada, catabolismo aumentado, disfunção orgânica e retardo na recuperação. Como consequência, possuem morbidade e mortalidade maiores. O suporte nutricional perioperatório visa atender às necessidades calóricas e de determinados nutrientes para melhorar a cicatrização de feridas, diminuir o risco de infecção e prevenir a perda proteica. Essa terapêutica deve ser considerada para todos os pacientes de acordo com as avaliações clínicas e protocolos pertinentes durante o período perioperatório. Porém, complicações podem advir em decorrência dessa conduta. A modalidade de nutrição que tem sido associada a taxas aumentadas de translocação bacteriana, níveis aumentados de citocinas pró-inflamatórias, aumento da disfunção pulmonar e comprometimento da função hepática e resposta imunológica é a

- (A) cateter de jejunostomia.
- (B) via oral.
- (C) cateter nasojejunal.
- (D) cateter de gastrostomia.
- (E) via parenteral total.

23 Homem, 45 anos, procura o ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário Antônio Pedro, queixando-se de sintomas como fadiga, fraqueza, fome, tremor e taquicardia. Refere também apatia, irritabilidade, ansiedade, confusão, excitação, perda de orientação, visão turva e delírio. Disse que esses sintomas encontram-se presentes há anos. Relata ainda ganho de peso significativo, coincidindo com o início dos sintomas. Por fim, explica que diversas vezes foi atendido em unidade básica de saúde com constatação de hipoglicemia que melhorava com administração de glicose. Sabendo-se que se trata do tumor neuroendócrino pancreático funcional mais comum, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) glucagonoma.
- (B) insulinoma.
- (C) somatostatina.
- (D) gastrinoma.
- (E) vipoma.

24 Homem, 70 anos, foi submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução a Billroth II no Hospital Universitário Antônio Pedro. Queixa-se de náuseas, vômitos, sensação de plenitude epigástrica, cólicas abdominais e frequentemente diarreia explosiva. Informa que esses sintomas ocorrem cerca de 20 a 30 minutos após as refeições. A hipótese diagnóstica para esse caso é de

- (A) gastrite de refluxo alcalino.
- (B) síndrome de alça aferente.
- (C) síndrome de alça eferente.
- (D) síndrome de Dumping.
- (E) atonia gástrica.

25 Mulher, 70 anos, é atendida na emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro com queixa de dor no quadrante inferior esquerdo do abdome iniciada há dois dias. Desde então, passou a apresentar constipação, anorexia, náuseas, febre e urgência urinária. Nega sintomas abdominais prévios ou emagrecimento. Exame físico revela paciente eutrófica, com distensão abdominal e dor à palpação no local da dor relatada. Um discreto “plastrão” também é palpado nessa topografia. O hemograma mostra leucocitose com desvio a esquerda e PCR (proteína C reativa) significativamente aumentada. Com base nessas informações, a principal hipótese diagnóstica e o exame a ser solicitado para confirmação são

- (A) pielonefrite / ultrassonografia abdominal total.
- (B) neoplasia de cólon / clister opaco.
- (C) diverticulite do cólon sigmoide / tomografia computadorizada de abdome e pelve.
- (D) abscesso tubo-ovariano / ressonância nuclear magnética abdome e pelve.
- (E) volvo do cólon sigmoide / colonoscopia.

26 Homem, 70 anos, diabético, dá entrada na emergência relatando febre, icterícia e dor no hipocôndrio direito onde a palpação é dolorosa. Ultrassonografia demonstra uma área arredondada, no lobo direito do fígado, sem septos, menos ecogênica que o fígado circunjacente e que continha gás no seu interior. Não são encontradas alterações nas vias biliares. A tomografia computadorizada com contraste venoso demonstra achados semelhantes aos da ultrassonografia. Com base nesses dados, o planejamento terapêutico deve ser iniciar de antibióticos

- (A) via oral de amplo espectro imediatamente seguida de drenagem per cutânea da vesícula biliar.
- (B) venosos de amplo espectro imediatamente seguida de drenagem percutânea do abscesso hepático.
- (C) venosos de amplo espectro imediatamente seguida de drenagem endoscópica das vias biliares.

- (D) via oral de amplo espectro imediatamente seguida de drenagem cirúrgica do abscesso hepático.
- (E) venosos de amplo espectro imediatamente e observar a resposta terapêutica.

27 Mulher, 70 anos, é atendida na emergência com queixa de dor abdominal tipo cólica, distensão abdominal e vômitos. Não apresenta qualquer sintoma sugestivo de hérnia da parede abdominal. Refere que na semana anterior apresentou icterícia, colúria e acolia fecal, que regrediram espontaneamente. A tomografia computadorizada mostra obstrução no íleo distal a alguns centímetros da válvula ileocecal. Além disso, constata-se a presença de aerobilia. Com base nessas informações, a principal hipótese diagnóstica é de

- (A) abscesso hepático.
- (B) úlcera perfurada.
- (C) hérnia congênita.
- (D) íleo biliar.
- (E) pseudocisto infectado de pâncreas.

28 A apresentação clássica da colangite é a da tríade de Charcot, com febre com calafrios, icterícia e dor no quadrante superior direito do abdome. Todos os três achados são observados em menos de 50% dos pacientes, sendo a icterícia a mais variável. Quando a infecção começa a se agravar, dois achados adicionais se unem à tríade de Charcot para configurar a pêntade de Reynolds. Esses achados são

- (A) insuficiência hepática e hipotensão.
- (B) alterações do estado mental e hipotensão.
- (C) discrasia sanguínea e insuficiência hepática.
- (D) insuficiência hepática e insuficiência renal.
- (E) discrasia sanguínea e insuficiência renal.

29 O abscesso esplênico é uma doença incomum, porém potencialmente fatal, com incidência de 0,7% em séries de autópsia. A taxa de mortalidade varia de 15% a 20% em pacientes previamente saudáveis com lesões uniloculares a 80% para abscessos múltiplos em pacientes imunocomprometidos. Fatores que predisõem ao abscesso esplênico incluem neoplasias malignas, policitemia vera, endocardite, trauma prévio, hemoglobinopatias, infecções do trato urinário, uso de drogas intravenosas e AIDS. Aproximadamente 70% dos abscessos esplênicos resultam da disseminação hematogênica, como na endocardite, osteomielite e uso de drogas intravenosas. A disseminação também pode ocorrer de forma contígua a partir de infecções locais do cólon, rim ou pâncreas. Costumam se manifestar com sintomas inespecíficos como dor abdominal vaga, febre, peritonite e dor torácica pleurítica. A esplenomegalia não é típica. A tomografia computadorizada é o método de escolha para o diagnóstico; entretanto, o diagnóstico também pode ser feito com ultrassonografia. O tratamento depende se o abscesso for unilocular ou multilocular. Essas duas situações são tratadas respectivamente, com

- (A) drenagem percutânea + antibióticos e esplenectomia sem antibióticos.
- (B) esplenectomia + antibióticos e drenagem percutânea + antibióticos.
- (C) drenagem percutânea + antibióticos e esplenectomia + antibióticos.
- (D) esplenectomia + antibióticos e drenagem percutânea sem antibióticos.
- (E) antibióticos apenas, em ambas as situações.

30 Quando se trata de abdome agudo uma história clínica minuciosa é essencial para formular um diagnóstico preciso e traçar o planejamento terapêutico adequadamente. Os avanços tecnológicos em métodos de imagens não podem e nunca substituirão um médico qualificado examinando à beira do leito. As perguntas devem revelar o início, caráter, localização, duração, irradiação e cronologia da dor. O início súbito de dor excruciante é compatível com a

- (A) obstrução geniturinária.

- (B) obstrução intestinal sem perfuração visceral.
- (C) hemorragia digestiva alta.
- (D) hemorragia digestiva baixa.
- (E) perfuração intestinal ou embolização arterial com isquemia.

31 Mulher, 58 anos, com relato de aparecimento de nódulo em região cervical anterior, realiza ultrassom cervical que evidencia nódulo medindo 2,0 cm em lobo esquerdo da tireoide. É, então, submetida à punção aspirativa por agulha fina com diagnóstico de carcinoma papilífero. Não se visualizaram linfonodos cervicais ao ultrassom realizado há cerca de 40 dias. A conduta correta é

- (A) fazer a tireoidectomia parcial direita e iodoterapia ablativa adjuvante.
- (B) realizar a tireoidectomia parcial direita com esvaziamento radical modificado ipsilateral ao nódulo.
- (C) realizar a tireoidectomia subtotal, deixando 4g de tireoide na tentativa de manter a paciente eutireoidiana sem uso de levotiroxina.
- (D) proceder a tireoidectomia total, esvaziamento central e lateral bilateral profiláticos.
- (E) indicar a tireoidectomia total e proceder o esvaziamento cervical do nível VI apenas se houver linfonodomegalia palpável no intraoperatório.

32 As gastrostomias endoscópicas tem ganhado espaço nos últimos anos como uma via alimentar alternativa para diversas patologias. Entretanto, as seguintes condições impedem a realização desse procedimento:

- (A) câncer da cárdia e ascite.
- (B) sobrevida menor que quatro semanas e obstrução gástrica distal.
- (C) coagulopatia grave e laparotomia recente.
- (D) ascite e diálise peritoneal
- (E) presença de derivação ventrículo-peritoneal e cirurgia abdominal prévia.

33 Em relação ao pneumoperitônio, que nas cirurgias laparoscópicas é responsável por algumas alterações fisiológicas, é correto afirmar que a insuflação do gás carbônico na cavidade peritoneal

- (A) não altera a ventilação, porque os pacientes estão sob anestesia geral e respirando com ventiladores apropriados.
- (B) não altera o retorno venoso.
- (C) aumenta a pressão intracraniana.
- (D) não altera a perfusão renal.
- (E) diminui a pressão venosa central.

34 Rapaz, 22 anos, é trazido pelo resgate médico com história de trauma (auto x poste). Segundo relato de acompanhantes, houve uma grande desaceleração no momento do impacto. O paciente, ao dar entrada na unidade de saúde, evolui rapidamente com quadro de hipotensão e insuficiência respiratória. Realiza radiografia de tórax que evidencia alargamento mediastinal. Baseado na história do trauma e nos achados radiológicos, pode-se afirmar que

- (A) o provável diagnóstico é de lesão de veia cava superior e uma flebografia deve ser realizada após ressuscitação volêmica.
- (B) trata-se de uma provável lesão de traqueia e o paciente deve ser submetido a traqueostomia.
- (C) o paciente apresenta provável lesão de átrio direito e deve ser submetido a pericardiocentese.
- (D) deve ser aventada a hipótese de ruptura completa da aorta e, caso o paciente apresente melhora do quadro hemodinâmico, uma tomografia computadorizada do tórax deve ser realizada.
- (E) os achados são compatíveis com lesão de artéria pulmonar e o mesmo deve ser submetido a uma toracotomia a direita.

35 Paciente, 60 anos, encontra-se no sétimo dia de pós-transplante hepático por esteato-hepatite não alcoólica (NASH), apresentando elevação gradual das bilirrubinas e aminotransferases a partir do quinto dia do transplante. A primeira conduta nesse caso é

- (A) realizar colangiorressonância.
- (B) aumentar a dose de imunossupressores.
- (C) iniciar antibióticos.

- (D) administrar ganciclovir.
- (E) realizar biópsia hepática.

36 Rapaz, 22 anos, dá entrada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda de moto ocorrida há aproximadamente uma hora. Refere que durante o acidente sofreu trauma no abdome com o guidão da moto. Apresenta-se estável hemodinamicamente e refere dor abdominal intensa. Na unidade, é solicitada radiografia simples do abdome que revela presença de ar desenhando a sombra renal direita. Esse sinal sugere a ocorrência de

- (A) ruptura de víscera oca intraperitoneal.
- (B) ruptura hepática.
- (C) ruptura de víscera oca retroperitoneal.
- (D) ruptura renal.
- (E) hemoperitônio.

37 Um paciente será submetido a uma colectomia direita por videolaparoscopia devido a um câncer de colón ascendente. Assinale a opção mais indicada para o uso de antibioticoterapia profilática.

- (A) Faz-se uma dose no pré-operatório e se continua por mais 24 horas.
- (B) Deve-se fazer uma única dose intravenosa até trinta minutos antes da incisão na pele.
- (C) Administra-se dose única no pré-operatório e se continua por mais 48 horas no pós-operatório.
- (D) Faz-se uma única dose intravenosa no momento da incisão de acesso cirúrgico.
- (E) Recomenda-se fazer antibioticoterapia por mais de seis dias.

38 Todo paciente com fratura exposta deve

- (A) ser submetido a estabilização do esqueleto com um fixador externo.
- (B) receber antibiótico venoso na primeira hora.
- (C) ser submetido a estabilização do esqueleto com um fixador externo.
- (D) receber a limpeza imediata da ferida com soro fisiológico abundante.
- (E) ter o segmento imobilizado com tala de gesso.

39 O nervo mediano é responsável pela atividade motora do músculo:

- (A) extensor curto do polegar.
- (B) adutor do polegar.
- (C) primeiro interósseo.
- (D) oponente do polegar.
- (E) extensor longo do polegar.

40 No atendimento pré-hospitalar de vítimas de queimaduras deve-se:

- (A) cobrir as feridas com curativo seco.
- (B) cobrir as feridas com curativo úmido.
- (C) fazer analgesia com opioide intramuscular.
- (D) fazer analgesia com opióide subcutâneo.
- (E) irrigar as feridas com solução salina fria.

