

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA ESCRITA – MASTOLOGIA

ASSINATURA DO CANDIDATO

LOTE

SEQ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015

Prova Dissertativa

(16/11/2014)

MASTOLOGIA



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 10 questões, numeradas de 1 a 10. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- As duas provas terão duração total de 5 horas.
- O candidato só poderá entregar a prova após 2 horas e 30 minutos de início da mesma.
- Utilize apenas **CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA PRETA**.
- **Não faça qualquer marca na tabela impressa na capa deste caderno.**
- **Sua identificação está impressa na página de rosto, que será destacada antes da correção. Não faça qualquer outro sinal ou marca que possa identificá-lo, pois acarretará anulação da prova.**
- Mantenha as respostas sem rasuras. Não passe corretivo na folha de respostas. Em caso de erro ao escrever, proceda da seguinte maneira: coloque a(s) palavra(s) entre parênteses e faça um traço horizontal no meio da palavra. Ex: (~~exame~~).
- As folhas de questões e respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Utilize, **apenas**, o espaço destinado na página. Tudo que estiver fora do espaço previsto para resposta não será considerado. Não será permitido o uso de calculadora.
- Para rascunho utilize, apenas, a folha em branco no final deste caderno, que **NÃO PODERÁ** ser destacada.
- Leia com cuidado cada uma das questões, atentando para o enunciado. As respostas devem ser **LEGÍVEIS E OBJETIVAS**. Responda apenas o que está sendo perguntado. O que não estiver relacionado com a pergunta, não será considerado.
- Somente será permitida a saída do candidato da sala de exames durante a prova quando acompanhado por um fiscal.
- Este caderno **DEVERÁ** ser entregue ao final da prova.
- Os cadernos de respostas que não forem entregues após 4 horas e 30 minutos do início da prova serão recolhidos.
- A prova dissertativa será divulgada pela *internet* nos *sites* ***<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/residencias-em-saude>*** a partir das 19 horas de 16/11/2014.

BOA PROVA!

1. Paciente 42 anos, G3 PV1 C2 A0, laqueada na última cesariana, comparece com queixa de aumento do número de dias (7 dias) e de moderado aumento da quantidade do fluxo menstrual desde há seis meses, sendo a última menstruação há 15 dias. Concomitantemente, queixa de episódios de fraqueza e falta de disposição para o trabalho. Tabagista, consome cinco cigarros ao dia desde os 20 anos de idade. Refere uso atual e prévio de vários tipos de pílulas anticoncepcionais orais combinadas e de anti-inflamatórios não-esteroidais para controle do ciclo prescritos em pronto-atendimentos, porém sem sucesso. Peso=98Kg, altura=1,61m. Ao exame clínico, descorada +/4+, difícil palpação de útero e anexos devido ao biótipo, exame ginecológico sem alterações. Citologia oncótica cervical (07/2014): alterações celulares inflamatórias. Mamografia (07/2014): BI-RADS 2. Ecografia pélvica transvaginal (09/2014): útero de 250cc, às custas de dois miomas 20mm de diâmetro cada, sendo um em parede posterior com componente submucoso, e outro fúndico intramural; anexos sem alterações.

A. CITE TRÊS MEDIDAS CLÍNICAS DE VALIA FRENTE A ESTE QUADRO.

B. ALÉM DE HISTERECTOMIA, PROPONHA OUTROS TRÊS POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA ESTA PACIENTE, SENDO AO MENOS UM CIRÚRGICO.

2. Paciente 28 anos, G4 PV1 A2, amenorreia referida de 11 semanas, sem início de pré-natal, comparece em pronto atendimento com queixa de sangramento vaginal e dor em baixo ventre há 4 dias, com piora há 12 horas, com queda do estado geral. Nega manipulação de colo ou cavidade uterina. Ao exame, apresenta-se descorada 2+/4+, FC=100bpm, PA=80x40mmHg, t=38,8°C, oximetria pulso=94% em ar ambiente, dor à manipulação de baixo ventre. Ao exame ginecológico apresenta sangramento moderado, colo uterino esvaecido com orifício interno aberto, útero aumentado para 14 semanas, secreção purulenta e fétida pelo orifício do colo uterino. Teste de gonadotrofina urinária positivo, com urina concentrada e fétida.

A. CITE TRÊS MEDIDAS DE SUPORTE QUE DEVEM SER PROVIDAS AINDA NO PRONTO ATENDIMENTO, PARA ESTABILIZAÇÃO DA PACIENTE.

B. APÓS A ESTABILIZAÇÃO DA PACIENTE, QUAL O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO? E QUAIS OS DOIS PRINCIPAIS FOCOS INFECCIOSOS SUSPEITADOS DOS QUAIS PODERIAM TER DERIVADO O PRESENTE QUADRO?

3. Paciente de 22 anos, G2 PV1 C1, último parto cesareana há 2 anos (peso 3825g), nega co-morbidades, nega patologia obstétrica prévia, nega vícios. Refere, como antecedente familiar, mãe com diabetes. Comparece para consulta de pré-natal às 23 semanas sem queixas, peso 93Kg, alt=1,59m, AU=24cm, BCF(+), sem edemas, sem outras alterações ao exame físico. Recebidos os exames do protocolo de primeira consulta:

A. VDRL=1:8. QUAL O EXAME CONFIRMATÓRIO E O MANEJO ESPERADO PARA A PACIENTE?

B. RESULTADO CONFIÁVEL DE GLICEMIA DE JEJUM DE 89MG/DL. QUAL A CONDUTA PRECONIZADA EM TERMOS DE MANEJO CLÍNICO E DE EXAMES?

4. Paciente de 17 anos, primigesta, IG 33s2d (A) / 31s5d (eco12s), comparece com queixa típica compatível com amniorrexe prematura pré-termo. Sem antecedentes pessoais ou obstétricos relevantes. Ao exame: AU = 32cm, apresentação pélvica, BCF = 140bpm, NST = padrão tranquilizador, dinâmica uterina: 1 contração fraca de 20 segundos a cada 10 minutos, edema tibial +/4+, ao exame especular: colo aparentemente grosso, posterior, impérvio, líquido claro com grumos pequenos.

A. QUAIS OS RISCOS POTENCIAIS RELACIONADOS A ESTE ATENDIMENTO? CITAR AO MENOS TRÊS, SENDO UM MATERNO E UM FETAL.

B. QUAIS AS PRINCIPAIS MEDIDAS TERAPÊUTICAS A SEREM IMPLEMENTADAS NA CONDUÇÃO DO CASO?

5. Paciente de 54 anos, menopausada, G4 PV3 C1 A0, tabagista, retorna em ambulatório para receber resultado de anátomo-patológico de conização: “carcinoma escamoso do colo uterino, invasão estromal de 4mm, extensão superficial de 5mm, margens ecto e endocervicais livres”. Ao exame clínico, peso 68Kg, alt=176cm, cicatriz mediana infraumbelical, área cruenta em colo uterino em cicatrização, paramétrios livres, útero e anexos sem outras anormalidades.

A. QUAL O ESTADIAMENTO DA NEOPLASIA?

B. DESCREVA SUSCINTAMENTE A TÉCNICA CIRÚRGICA PRECONIZADA NESTE CASO.

6. Paciente de 45 anos, G2 C2A0, comparece para consulta ambulatorial com queixa de nódulo em mama esquerda, indolor, de crescimento notado há dois meses, sem descarga papilar. Apresenta-se eumenorreica, sem uso de hormônios. Antecedentes oncológicos pessoais ou familiares negativos. Ao exame clínico: mamas de pequeno volume, ptose grau 1, assimétricas, sendo a direita de menores dimensões. Mama esquerda com abaulamento da pele na região do QSL à inspeção estática, identificada à palpação nodulação macrolobulada, bem delimitada e móvel, 55mm de diâmetro, consistência fibroelástica (porém heterogênea em diferentes áreas da lesão). Expressão das árvores ductais negativas bilateralmente. Mama direita semiologicamente normal. Axilas e fossas supraclaviculares bilateralmente livres. Pergunta-se:

A. QUAL A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA? E QUAIS EXAMES PROPEDEÚTICOS SOLICITARIA?

B. QUAL A CONDUTA DIAGNÓSTICA/TERAPÊUTICA?

7. Em relação às infecções de ferida operatória em tocoginecologia e mastologia:

A. QUAL A IMPORTÂNCIA, DO PONTO DE VISTA ONCOLÓGICO, DA PREVENÇÃO DAS MESMAS?

B. CITE MEDIDAS RELACIONADAS À REDUÇÃO DAS TAXAS DE INFECÇÃO, SENDO AO MENOS DUAS RELACIONADAS AO PRÉ-OPERATÓRIO, OUTRAS DUAS RELACIONADAS AO INTRA-OPERATÓRIO. QUANTO AO PÓS-OPERATÓRIO, CITE UMA MEDIDA ÚTIL E UMA MEDIDA CONSIDERADA FÚTIL PARA ESTA REDUÇÃO.

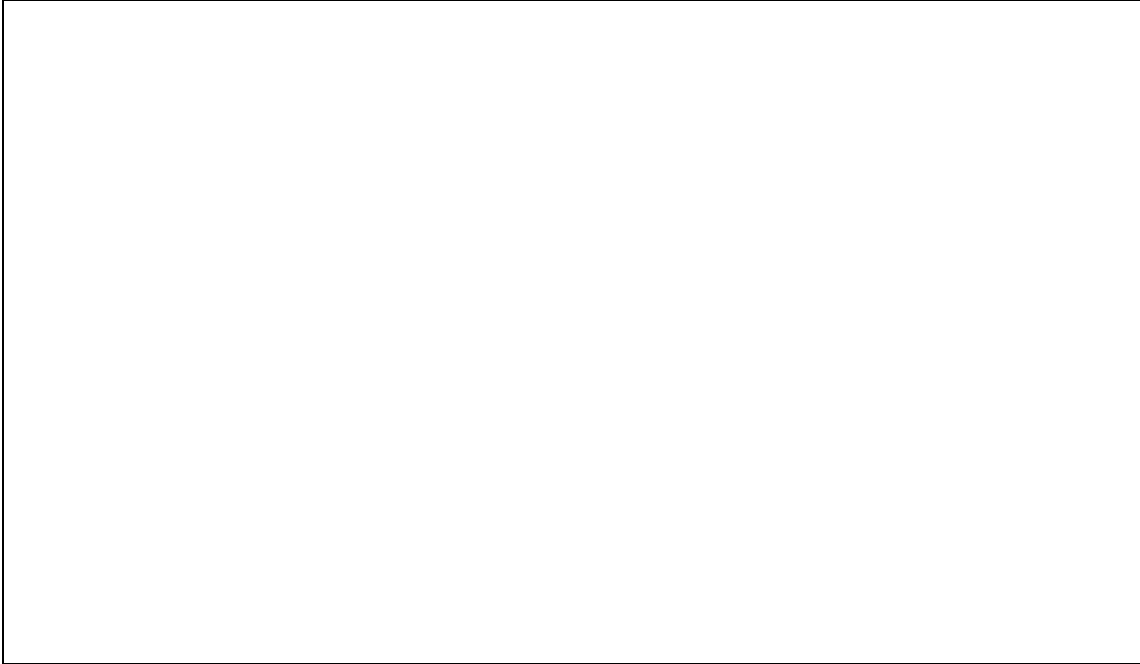
8. Paciente de 55 anos, com diagnóstico histológico por biópsia orientada por agulhamentomamográfico prévio de carcinoma ductal in situ de mama direita, comedo, GN3, receptores hormonais positivos (RE 90%, RP 90%).

A. CITE TRÊS FATORES QUE PODERIAM CONTRA-INDICAR CIRURGIA CONSERVADORA NESTE CASO.

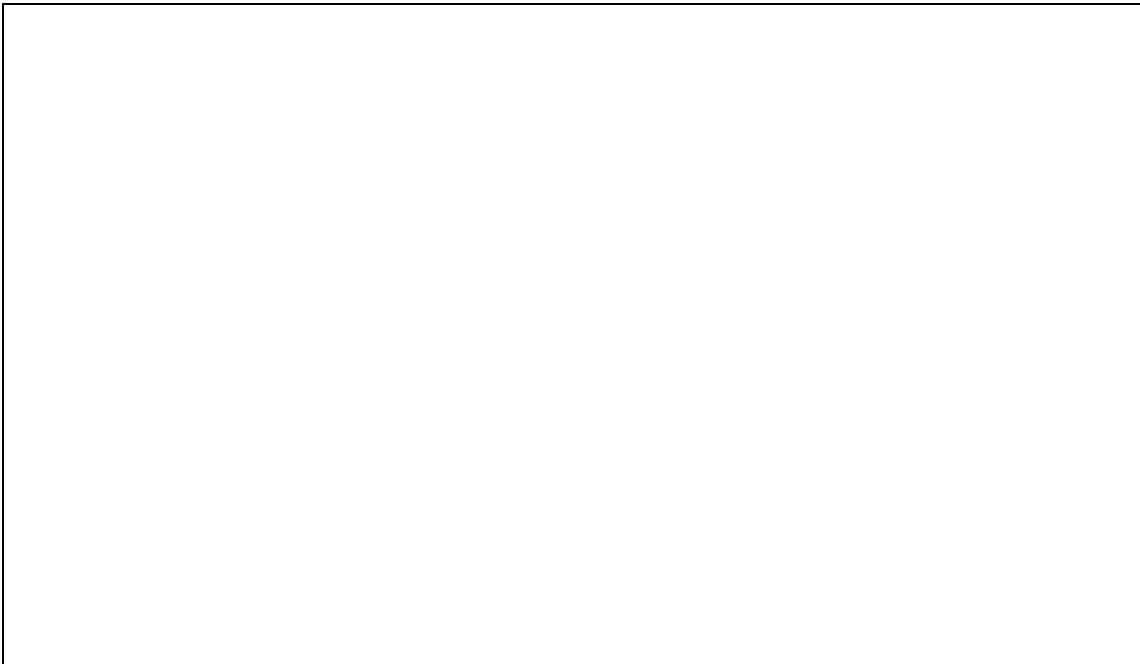
B. QUAL A SEQUÊNCIA TERAPÊUTICA PARA ESTE CASO?

9. A Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) pode ser secundária a uma infinidade de insultos como politrauma, queimaduras, pancreatite e pós-operatórios. Alguns pacientes evoluem para sepse, sepse grave e choque séptico. **PERGUNTA-SE:**

a) CITE OS CRITÉRIOS PARA ESTABELEECER O DIAGNÓSTICO DE SRIS.



b) DEFINA CHOQUE SÉPTICO



10. Mulher, 26a, apresentou no final de sua primeira gestação eclâmpsia com necessidade de cesariana de urgência e intubação traqueal por 5 dias, com boa evolução e alta hospitalar. Após 3 semanas, iniciou quadro de dispnéia aos esforços e sibilos, sendo atendida em pronto socorro por duas ocasiões, medicada e liberada com melhora dos sintomas. Retorna com as mesmas queixas. Exame físico: PA= 130x80mmg, FC= 110bpm, FR= 32irpm, Saturação de O₂ (ar ambiente)= 93%. Descorada (1+/4+), sudoreica e com presença de sibilos e respiração ruidosa à ausculta pulmonar.

A. QUAL É A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA? QUAL O EXAME COMPLEMENTAR PARA CONFIRMAÇÃO DE SUA HIPÓTESE?

B. QUAL É O TRATAMENTO IMEDIATO?

