

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

ESPECIALIDADE: Cirurgia do Aparelho Digestivo (R3) - Área de Atuação Transplante de Fígado
Gastroenterologia (R3) - Área de Atuação Endoscopia Digestiva

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

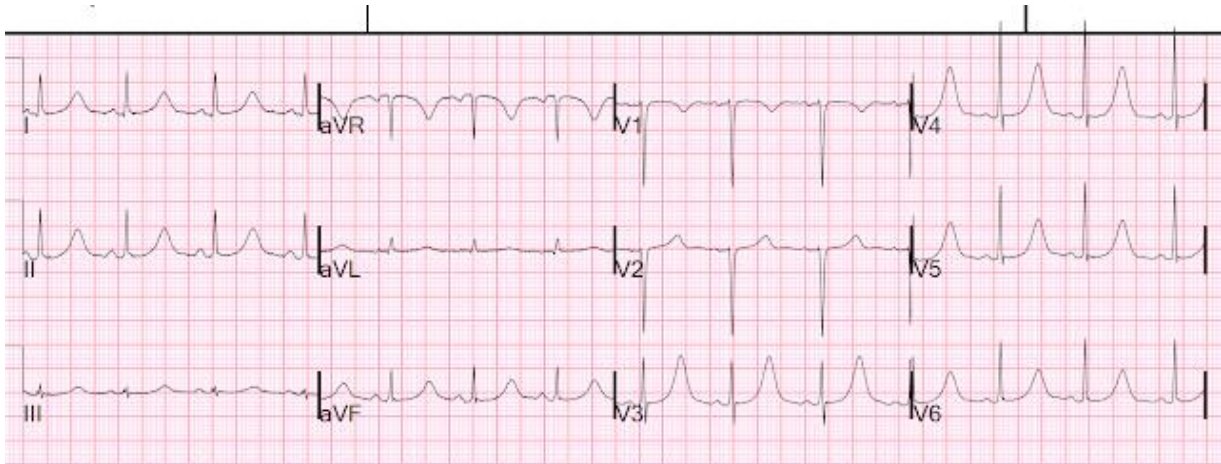
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

01. Paciente, 55 anos, internado na enfermaria de cirurgia por fístula enterocutânea de alto débito, fazendo terapia nutricional parenteral, apresenta as seguintes alterações eletrolíticas: Sódio: 133 mmol/L (Valor de referência: 135 -145mmol/L); Potássio: 2,7 mmol/L (Valor de referência: 3,5 -5,5mmol/L); Fósforo: 2,0 mg/dL (Valor de referência: 2,5 - 4,5mg/dL); Magnésio: 1,0 mg/dL (Valor de referência: 1,7 - 2,6mg/dL).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Sobre os distúrbios acima, é correto afirmar:

- A) O paciente apresenta hipofosfatemia leve, no entanto, a hipofosfatemia em paciente em terapia de nutrição parenteral pode ser um marcador de síndrome de realimentação, pois é a alteração laboratorial mais comum nesses casos.
- B) A hiponatremia requer tratamento com infusão de solução salina 3%, após cálculo da dose pela fórmula de Androgué. Deve-se respeitar o aumento de no máximo 8mEq em 24horas, pelo risco de síndrome de desmielinização osmótica.
- C) O paciente apresenta hipomagnesemia moderada, mas este caso não requer tratamento imediato, sendo mais importante corrigir primariamente a hipocalcemia. Deve ser realizada manutenção com 4-8g de sulfato de magnésio, diluídos em soro fisiológico, infundidos em 24h.
- D) O paciente apresenta hipocalcemia leve, sendo a via endovenosa preferencial para tratamento. Deve-se obedecer a velocidade mínima de 40mEq/hora e a concentração máxima de 20mEq/L em situações ameaçadoras à vida. Deve-se tratar prioritariamente a hipofosfatemia, pois a presença desta dificulta a correção da potassemia.
02. Homem, 63 anos, apresenta queixa de sangramento e perda ponderal de 12 kg nos últimos 3 meses. Antecedente de hipertensão arterial e hipotireoidismo. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão úlcero-vegetante no reto, a 4 cm da linha pectínea. Anatomopatológico: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. No estadiamento, a tomografia computadorizada de tórax foi normal e a de abdome mostrou lesão hepática de 14x11 cm, ocupando os segmentos V, VI, VII e VIII, com proximidade da lesão do ramo hepático direito, sem sinais evidentes de invasão vascular. Sobre esse caso, podemos afirmar que:
- A) Trata-se de uma lesão hepática sincrônica, que geralmente está associada a um comportamento tumoral mais favorável e com melhor prognóstico após a ressecção do que as lesões metacrônicas.
- B) Deve ser realizada radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes por se tratar de neoplasia de reto inferior seguido de cirurgia de preservação esfinteriana, e posteriormente, hepatectomia direita clássica.
- C) Após realização de radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes para a neoplasia de reto inferior, deve ser indicada realização de ressecção combinada do reto e da metástase hepática, fato este associado a menor tempo de internação hospitalar e mais rápida recuperação clínica.
- D) Devido ao paciente apresentar lesão hepática com grande carga tumoral e risco de progressão de doença, o tratamento da doença hepática deve ser priorizado, estratégia que ficou conhecida como "LIVER FIRST" para o tratamento das metástases hepáticas causadas pelo câncer colorretal.

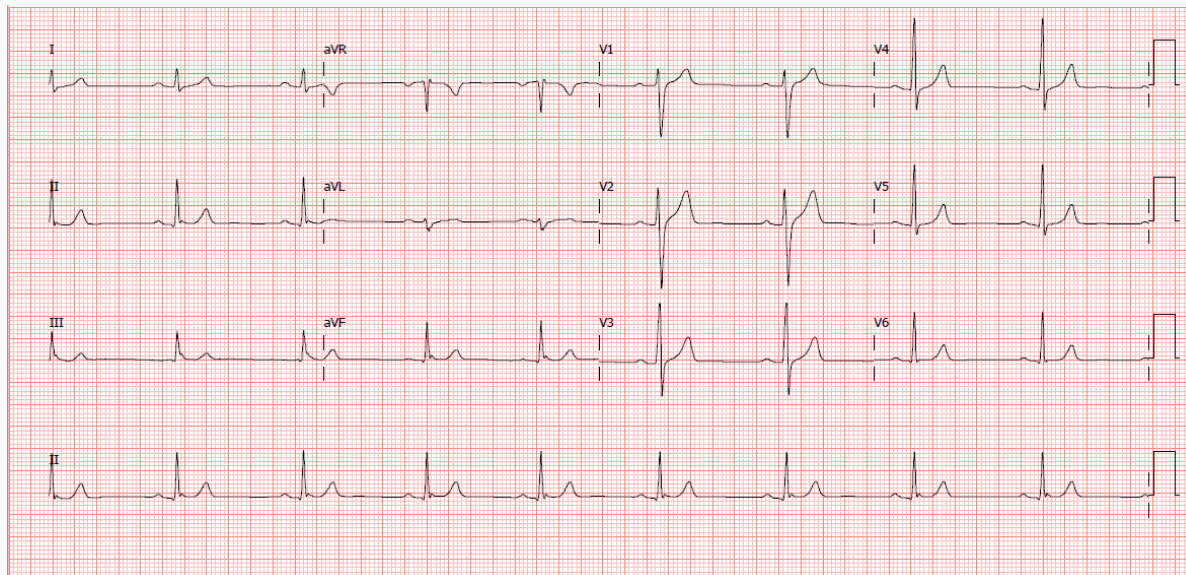
03. Paciente, 30 anos, admitido na sala de reanimação por politrauma (capotamento de carro com ejeção do veículo e perfuração toracoabdominal esquerda). Socorrista relata que acidente ocorreu há 02 horas da admissão. Não foi administrado ácido tranexâmico no pré-hospitalar. Chega ao hospital com seguintes parâmetros: Escala de coma de Glascow 13 (agitado); pupilas isocóricas e fotorreativas; presença de otorragia à D; FC 133bpm; FR 35irpm; SatO₂ 95% sob máscara reservatório; PA 80/50 mmHg; ausculta cardíaca com ritmo regular e bulhas normofonéticas; ausculta pulmonar reduzida à esquerda, com timpanismo à percussão até terço médio; redução da expansibilidade torácica; presença de crepitações sugestivas de fraturas múltiplas de arcos costais; tórax estável; presença de fraturas fechadas em úmero D e platô tibial esquerdo; fratura exposta de mão esquerda; pelve estável; múltiplas escoriações. E-FAST: ausência de deslizamento pleural à esquerda; deslizamento pleural à D com contusão pulmonar; presença de efusão pleural D associada; pericárdio livre; função biventricular normal. FAST (ver foto abaixo).



Sobre o paciente em questão, escolha a alternativa correta.

- A) Paciente com 02 pontos no ABC score e presença de contusão pulmonar direita e atelectasia à esquerda. Conduta imediata: deve-se proceder à intubação orotraqueal imediata, reposição volêmica com 1L de cristalóide e administração de ácido tranexâmico na dose de 2g, além de coleta de exames laboratoriais para avaliar transfusão posterior.
 - B) Paciente com choque hemorrágico classe IV e SHOCK INDEX 1,2; presença de pneumotórax à esquerda e hemotórax à direita, devendo realizar toracostomia bilateral. Deve ser realizada reposição volêmica vigorosa com solução balanceada e acionamento de protocolo de transfusão maciça na razão 2:1:1(CH:PFC:CP) pela pontuação de 03 no ABC score.
 - C) O paciente apresenta sinais de choque hemorrágico classe III, perda estimada de 2,5L. Necessita de reposição volêmica agressiva com soluções balanceadas. O ácido tranexâmico não apresenta mais benefício neste cenário, tendo evidências somente até 01hora do trauma. Deve ser realizada toracostomia imediata à esquerda, por quadro compatível com pneumotórax hipertensivo.
 - D) Paciente com choque hemorrágico classe III e 04 pontos no ABC score. Presença de pneumotórax à esquerda e hemotórax à direita, devendo-se realizar toracostomia bilateral. Deve-se iniciar protocolo de transfusão maciça na razão 1:1:1 (CH:PFC:CP) e administrar o ácido tranexâmico na dose de 1g.
- 04.** A antibioticoprofilaxia cirúrgica está consagrada como fator adjuvante na prevenção de infecções pós-operatórias. Sobre esse assunto, marque a alternativa correta.
- A) O antibiótico deve ser preferencialmente administrado na indução anestésica, não mais do que uma hora antes da incisão.
 - B) A escolha do antimicrobiano deve contemplar a microbiota do local cirúrgico, preferindo-se aqueles que são utilizados na terapêutica das infecções mais graves.
 - C) Os antibióticos escolhidos devem ser efetivos contra os patógenos esperados para aquele sítio cirúrgico e opta-se sempre por utilizar a medicação com maior espectro de ação.
 - D) Doses suplementares de antimicrobiano devem ser administradas para procedimentos com duração maior que cinco meias vidas da droga ou se houver perda sanguínea estimada superior a 800mL.

05. Paciente, 45 anos, hipertenso, diabético tipo II e dislipidemia, vem para avaliação ambulatorial pois será submetido à colecistectomia videolaparoscópica. Nega IAM e AVC prévios. Paciente completamente assintomático. Faz atividade física com caminhada de moderada intensidade em plano e em leve inclinação 05 vezes por semana. Completamente independente para as atividades. Realiza atividade sexual 02 vezes por semana. PA - 130/70mmHg. Faz uso de: losartana 100mg/dia, anlodipina 10mg/dia, atorvastatina 20mg/dia, dapaglifozina 10mg/dia e metformina 2g/dia. Exames laboratoriais: HbA1c 7,4% Creatinina 1,5mg/dL. ECG abaixo:



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

- De acordo com a 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia, usando o escore de Lee, qual é o risco cardíaco desse paciente e qual seria a conduta neste caso?
- A) Tem 01 fator de risco de Lee, baixo risco, devendo prosseguir com o procedimento cirúrgico.
 - B) Tem 02 fatores de risco de Lee, baixo risco, devendo prosseguir com o procedimento cirúrgico.
 - C) Tem 01 fator de risco de Lee, baixo risco, mas deve realizar avaliação complementar por ser diabético e hipertenso.
 - D) Tem 01 fator de risco de Lee, baixo risco, mas sendo necessária avaliação complementar com ECO estresse por ECG de base alterado.
06. O transplante hepático é o tratamento de escolha para pacientes com cirrose e descompensação da doença, para aqueles com insuficiência hepática fulminante e com carcinoma hepatocelular dentro dos critérios de Milão. Com relação ao transplante hepático, marque a alternativa correta.
- A) A infecção pelo vírus do HIV é uma contraindicação absoluta ao procedimento.
 - B) Doença maligna extra-hepática é uma contraindicação relativa ao procedimento.
 - C) Durante o implante, utilizando-se a técnica de Piggyback, são realizadas quatro anastomoses na seguinte ordem: veia cava, veia porta, artéria hepática e via biliar.
 - D) A trombose da artéria hepática e a trombose da veia porta são complicações vasculares relacionadas ao pós-operatório. A primeira, geralmente tratada com anticoagulação plena e com boa resolatividade, e a segunda, levando a uma causa importante de retransplante.
07. O tratamento do carcinoma hepatocelular pode variar de acordo com o tamanho e número dos tumores, função hepática, presença de sintomas relacionados ao tumor e disponibilidade nos serviços. Qual dos seguintes, **NÃO** é considerado um tratamento curativo para o carcinoma hepatocelular?
- A) Ablação percutânea.
 - B) Ressecção cirúrgica.
 - C) Transplante hepático.
 - D) Quimioembolização transarterial.

08. Sobre os traumas pancreáticos, marque a opção correta.
- A) O melhor exame para avaliar a integridade do ducto pancreático é a tomografia computadorizada de abdome superior com contraste.
 - B) As lesões pancreáticas devem ser sempre suspeitadas em casos de acidentes de carro ou bicicleta em que houve compressão epigástrica.
 - C) Ressecções pancreáticas maiores devem ser sempre consideradas, mesmo em pacientes instáveis, pois o atraso na resolução de uma lesão pancreática pode levar a quadros catastróficos de pancreatite.
 - D) As lesões pancreáticas são incomuns no trauma abdominal e aparecem normalmente de maneira isolada. Em apenas 10% dos casos, ocorrem associadas a lesões de outros órgãos, como fígado, estômago, baço, rins, cólon ou vasos.
09. Em 2021, o robô “Versius” chegou ao Brasil com a proposta de popularizar a cirurgia robótica. O primeiro modelo do equipamento, que tem origem britânica, foi instalado na Rede D’or São Luiz, que tem a proposta de oferecer um Centro de Treinamento para a qualificação de profissionais de todo o País. De acordo com a Sobracil, o “Versius” oferece vantagens para pacientes, médicos e hospitais. Nos casos das pessoas submetidas à cirurgia, a tecnologia reduz o risco de infecções, complicações e reinternações. Os resultados clínicos também são mais rápidos, o que reflete em menor tempo de hospitalização e um período mais curto para o pós-operatório. FONTE: Saude Business by informa market, 2022. (<https://www.saudebusiness.com/mercado/cirurgias-roboticas-ganham-espaco-e-prometem-ser-menos-invasivas>).
- Sobre a cirurgia robótica, assinale a opção correta.
- A) Uma das vantagens da cirurgia robótica é o número ilimitado de instrumentos disponíveis.
 - B) O cirurgião controla uma plataforma de câmera óptica estável, não necessitando portanto de um assistente de câmera.
 - C) O computador consegue eliminar metade dos tremores das mãos do cirurgião, sendo uma vantagem em relação à Cirurgia Videolaparoscópica.
 - D) O campo cirúrgico é apresentado ao cirurgião através de uma visão 4D, sendo portanto uma vantagem em relação ao campo bidimensional da cirurgia laparoscópica.
10. Uma paciente de 52 anos foi submetida a uma colecistectomia devido a colecistite aguda. No pós-operatório, ela apresentou dor abdominal. Realizou uma tomografia que evidenciou coleção em leito hepático. Foi puncionada e drenada com a saída de 300ml de secreção biliosa. Após a drenagem, foi indicada a realização de colangiografia retrógrada endoscópica que evidenciou vazamento do coto de ducto cístico. Qual é a intervenção mais apropriada?
- A) Antibioticoterapia para tratar abscesso sub-hepático.
 - B) Laparotomia exploratória com reparo direto do coto do ducto cístico.
 - C) Papilotomia endoscópica ampla com colocação de prótese no ducto hepático.
 - D) Observação e acompanhamento clínico para avaliação da resolução espontânea do vazamento.
11. Paciente, 30 anos, sexo feminino, no 1º dia pós-operatório de transplante hepático por cirrose hepática por hepatite autoimune. Após o primeiro pico de enzimas (transaminases) com 12 horas após a cirurgia, houve queda das transaminases seguida de novo pico com 24 horas de pós-operatório. Pode-se afirmar:
- A) trata-se do comportamento normal das enzimas no pós-operatório do transplante hepático, já que o órgão transplantado foi submetido a um período de isquemia.
 - B) trata-se de um quadro de rejeição aguda; a dose do imunossupressor deve ser dobrada e a curva de enzimas acompanhada a cada 6 horas.
 - C) a trombose vascular precoce não pode ser descartada, e um ultrassom doppler dos vasos hepáticos deve ser realizado imediatamente.
 - D) a disfunção do enxerto hepático é o diagnóstico mais provável e o paciente deve ser relistado para um novo transplante hepático.
12. Paciente de 45 anos apresenta crises de pancreatite aguda de repetição. A ressonância nuclear magnética de abdome mostra lesão de 4,2 cm em região corpo-caudal do pâncreas, sugestiva de tumor intraductal papilar mucinoso com acometimento de ducto pancreático principal. Qual a melhor conduta para o caso?
- A) Pancreatectomia Total.
 - B) Pancreatectomia corpocaudal.
 - C) Enucleação do tumor intraductal papilar mucinoso.
 - D) Ultrassom endoscópico com punção do cisto e coleta de material para análise.

13. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas podem ser classificados como funcionantes ou não funcionantes. O tratamento curativo deve ser feito com ressecção cirúrgica. Em qual dos casos abaixo, a cirurgia **NÃO** está indicada?
- A) Homem de 45 anos com tumor neuroendócrino de 3,0cm em cabeça de pâncreas.
 - B) Mulher, 77 anos, com tumor neuroendócrino grau I em cabeça de pâncreas de 0,7cm.
 - C) Homem de 33 anos com vários episódios de hipoglicemia e insulinoma de 0,7cm em cauda de pâncreas.
 - D) Mulher de 52 anos submetida a pancreatectomia corpo-caudal por tumor neuroendócrino há 01 ano, apresentando duas lesões hepáticas de 2,1cm e 1,5cm, hipercaptantes de contraste na fase arterial sugestiva de metástase em segmento II e III.
14. Mulher de 42 anos deu entrada em emergência com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito há 20 dias, associada a colúria, acolia fecal e icterícia flutuante. Não apresentava sinais de infecção ativa. Apresentava história de alergia a dipirona e passado de bypass gástrico laparoscópica para tratamento de obesidade há 03 anos. Inicialmente foi solicitado US abdominal que evidenciou vesícula repleta de cálculos e dilatação de vias biliares. Colangiorressonância evidenciou múltiplos cálculos em vesícula, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com colédoco com diâmetro máximo de 2,5cm e dois cálculos em seu interior de 1,8cm e 2,3cm. Dentre as abaixo, qual conduta **NÃO** se aplica para resolução do caso?
- A) Colectomia aberta seguida de exploração de via biliar com coledocotomia, retirada de cálculos e coledocorráfia.
 - B) Colectomia videolaparoscópica seguida de exploração de via biliar com retirada dos cálculos e derivação biliodigestiva em Y-de-Roux.
 - C) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com esfínteroplastia endoscópica com acesso por estômago excluído durante procedimento cirúrgico combinado, sem colectomia.
 - D) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com esfínteroplastia endoscópica com acesso por estômago excluído durante procedimento cirúrgico combinado, seguida por colectomia.
15. Paciente, 55 anos, sexo masculino, portador de cirrose hepática por vírus da hepatite B e álcool, diagnosticado há 3 anos e abstinência alcoólica desde então. História de ascite de difícil controle e três episódios de hemorragia digestiva alta maciça, em programa de ligadura elástica de varizes esofágicas e paracenteses semanais. No momento, sem encefalopatia, com ascite volumosa, icterícia ++/4+, sarcopênico. Exames laboratoriais: hemoglobina de 9,8 g/dL; leucócitos de 4590/mm³; plaquetas de 48500/mm³; bilirrubinas totais de 3,2 mg/dL; albumina sérica de 3,4 g/dL; RNI de 1,55; creatinina de 0,6 mg/dL; sódio sérico de 130 mmol/L. Ultrassonografia abdominal com doppler mostrou transformação cavernomatosa da veia porta. Assinale a alternativa correta.
- A) A hepatopatia crônica do paciente pode ser classificada como CHILD-PUGH C, e o transplante hepático deve ser oferecido como opção terapêutica com um estudo prévio do sistema portal com exame contrastado.
 - B) O transplante hepático está contraindicado devido a alta mortalidade em pacientes com cirrose hepática CHILD-PUGH C; portanto, deve ser conduzido clinicamente e anticoagulado pela trombose de veia porta.
 - C) Se a trombose estiver limitada aos segmentos intra-hepáticos da veia porta e caracterizada como trombose tumoral associada a um hepatocarcinoma, a trombectomia deve ser realizada no momento do transplante hepático.
 - D) O transplante hepático está contraindicado devido a alta mortalidade dos pacientes com cirrose hepática avançada, e o TIPS (Anastomose Porto-Sistêmica Intra-Hepática Transjugular) é a melhor opção terapêutica para tratar a ascite desse paciente.
16. Paciente, 30 anos, sexo feminino, com queixas de inchaço abdominal, náuseas e saciedade precoce após as refeições, sintomas que descreve de leve a moderada intensidade de 2 a 3 vezes por semana. Refere que melhora com uso de inibidores da bomba de prótons e evita a ingestão de líquidos durante as refeições. Pode-se afirmar:
- A) trata-se dos sintomas típicos da doença do refluxo gastroesofágico e podem estar associados aos sintomas extraesofágicos como tosse crônica e asma.
 - B) na doença do refluxo gastroesofágico, dois fatores são determinantes na fisiopatologia: a função do esfíncter esofágico inferior e a composição do suco gástrico refluído para o esôfago.
 - C) a estenose esofágica é uma das complicações da doença do refluxo gastroesofágico, e vem apresentando aumento na sua incidência apesar do uso dos inibidores da bomba de prótons.
 - D) o tratamento com inibidores da bomba de prótons oferece melhora dos sintomas da doença do refluxo gastroesofágico além da proteção anatômica que impede que o suco gástrico reflua para o esôfago.

17. Sobre o tratamento e prognóstico do tumor de estômago, marque o item correto.

- A) A recorrência do tumor de estômago após gastrectomia é alta e ocorre normalmente nos primeiros dois anos de pós-operatório. Os principais sítios de recorrência sistêmica são o fígado e os pulmões. A taxa de sobrevida em 5 anos, após a recorrência, é de aproximadamente 30%.
- B) A linfadenectomia tem um papel essencial no tratamento do adenocarcinoma gástrico, tanto para estadiamento quanto para a cura. Publicações recentes têm mostrado benefício de sobrevida nos pacientes submetidos a linfadenectomia a D3 (tronco celíaco e linfonodos periaórticos), apesar de um aumento considerável da morbidade pós-operatória.
- C) A ressecção endoscópica do câncer gástrico deve idealmente ser feita em adenocarcinomas do tipo intestinal, confinado à mucosa, não-ulcerado, sem invasão linfovascular e com menos de 2cm. Suas principais vantagens são: evitar a necessidade de uma gastrectomia e a precisa avaliação de possíveis metástases linfonodais, e sua maior desvantagem é o risco de ressecção incompleta.
- D) Pacientes com adenocarcinomas localmente avançados de estômago que são submetidos a ressecção R0 apresentam um benefício de sobrevida sobre pacientes submetidos a ressecções paliativas, enquanto o grupo submetido a ressecção paliativa apresenta sobrevida semelhante aos pacientes submetidos apenas à quimioterapia.

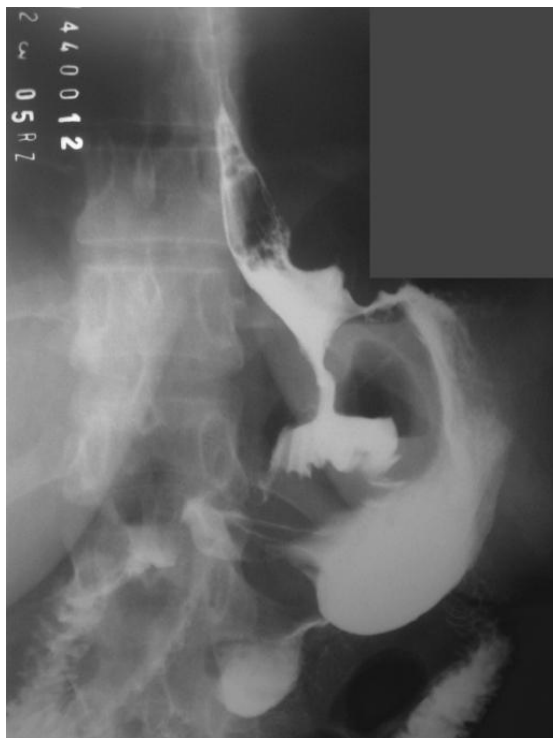
18. Sobre o diagnóstico e o tratamento da apendicite aguda, marque o item correto.

- A) O tratamento com antibioticoterapia deve ser feito quando há perfuração, devendo ser direcionado para a cobertura de germes anaeróbicos e gram negativos, sendo o *Bacterioides fragilis* e a *Pseudomonas aeruginosa* os mais isolados em culturas.
- B) A antibioticoterapia deve ser feita para todos os pacientes submetidos a apendicectomia. Nos portadores de apendicite perfurada ou gangrenosa, preferencialmente, por via endovenosa até a resolução do quadro febril: nos pacientes com apendicite não perfurada, por via oral, uma vez que há uma menor taxa de infecção de ferida operatória.
- C) O uso mais liberal de tomografia computadorizada para o diagnóstico de apendicite aguda foi associado a uma menor taxa de apendicectomias brancas (com apêndices normais à patologia), e tem se mostrado uma estratégia mais importante em pacientes idosos, nos quais o diagnóstico diferencial normalmente é mais difícil.
- D) Por se tratar de uma modalidade diagnóstica não invasiva e de baixo custo, a ultrassonografia deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita clínica de apendicite aguda antes de uma possível cirurgia, sendo os achados compatíveis com esse diagnóstico um apêndice de 7 mm ou mais no diâmetro anteroposterior, uma estrutura luminal não compressível e de parede espessada vista em secção cruzada ou a presença de apendicolito.

19. Paciente, 50 anos, encaminhado ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo por diagnóstico de Adenocarcinoma da junção esofagogástrica Siewert 3 para avaliação nutricional perioperatória. Queixa-se de inapetência, anorexia acentuada (tolerando somente alimentação líquida nas últimas 2 semanas pois não tem nenhuma vontade de se alimentar) e náuseas, além de astenia e adinamia. Relata perda ponderal de 15% do peso em 02 meses. Achados do exame clínico: palidez cutâneo-mucosa (2+/4+), emagrecido (IMC 18,5). Sem sinais de disseminação neoplásica à distância. Sem edema. Estadiamento tomográfico: Sem sinais de disseminação neoplásica à distância. Sobre a avaliação nutricional desse paciente, escolha a alternativa correta.

- A) A avaliação da força de preensão palmar não parece ter relação com desfechos pós-operatórios ou perda do status funcional pós-operatório. As evidências mostram que as alterações laboratoriais e antropométricas ocorrem antes das alterações funcionais, caracteristicamente tardias.
- B) Ferramentas de avaliação clínica isoladas não são validadas para identificar o risco nutricional do paciente, devendo também ser solicitada a pesquisa laboratorial com: albumina, hemograma, pré-albumina, transferrina e ferritina. Após resultados, estabelecer o planejamento terapêutico nutricional do paciente.
- C) Segundo o NRS-2002, o paciente tem risco nutricional e está desnutrido, segundo a Avaliação Subjetiva Global. Iniciar terapia parenteral imediata em ambiente hospitalar 14 dias antes do procedimento cirúrgico, além de avaliação hematimétrica e correção da anemia com terapia transfusional por anemia sintomática.
- D) Esse paciente está sob risco nutricional, de acordo com o NRS-2002 e em desnutrição, de acordo com a Avaliação Subjetiva Global, sendo indicada intervenção nutricional imediata. Nesse caso, a terapia recomendada é por via enteral, com terapia enteral imunomoduladora até 14 dias do procedimento cirúrgico.

20. Paciente pós-operatório tardio (5 anos) de gastroplastia em Y de Roux (bypass) para tratamento de obesidade mórbida apresenta reganho de peso importante no último ano. Durante a última consulta, paciente refere abandono das atividades físicas regulares e consumo excessivo de álcool. Realizou um exame contrastado por via oral exposto abaixo.



Assinale a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta para o caso.

- A) Fístula gastrogástrica e cirurgia para correção de fístula.
- B) Dilatação da anastomose gastrojejunal e endoscopia para esclerose com plasma de argônio.
- C) O reganho de peso, nesse caso, é a historia natural do pós-operatório e nenhum tratamento deve ser idealizado.
- D) Não há alterações no exame, o reganho do peso deve ser atribuído a não mudança dos hábitos e ao uso de álcool.