



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM
CIRURGIA GERAL (CIRURGIA DIGESTIVA E CIRURGIA DO TRAUMA)

EDITAL N.º 16/2012 – PROPESP

27 de janeiro de 2013

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

BOLETIM DE QUESTÕES

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTE.

- 1 Este BOLETIM DE QUESTÕES contém 50 QUESTÕES OBJETIVAS (Cirurgia Geral). Cada questão apresenta cinco alternativas, identificadas com as letras **(A)**, **(B)**, **(C)**, **(D)** e **(E)**, das quais apenas uma é correta.
- 2 Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA destinado à marcação das respostas das questões.
- 3 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se o seu nome e seu número de inscrição conferem com os dados contidos no CARTÃO-RESPOSTA. **Caso exista algum problema, comunique-o imediatamente ao fiscal de sala.**
- 4 A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita com caneta esferográfica de **tinta preta ou azul**.
- 5 O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas. Não é permitida a utilização de qualquer espécie de corretivo. O Cartão só será substituído se contiver falha de impressão.
- 6 O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento considerado na avaliação. O BOLETIM DE QUESTÕES deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito da correção.
- 7 Ao término da prova, devolva ao fiscal de sala todo o material relacionado no item 2 e assine a LISTA DE PRESENÇA. A assinatura do seu nome deve corresponder àquela que consta no seu documento de identificação.
- 8 O tempo disponível para a prova é de **quatro horas, com início às 14h00 e término às 18h00**, observado o horário de Belém-PA.
- 9 Reserve os 30 minutos finais para a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



CIRURGIA GERAL

- 1** Jorge, 24 anos, vítima de queda de moto com capacete, chega ao PA do Hospital Metropolitano, consciente, agitado, referindo sentir dor abdominal, encontra-se dispneico, FR= 24 ipm, Sato2= 90% em ar ambiente, PA= 90 x 40 mmHg, e FC= 120 bpm. Quais as melhores condutas iniciais a serem tomadas?
- (A) Colar cervical + monitorização + acesso venoso central + SF 0,9% 2000 ml.
(B) Acesso venoso central + SF 0,9% 2000 ml + sondagem vesical de demora Acesso venoso central + Droga vasoativa como Noradrenalina+ sondagem vesical de demora.
(C) Colar cervical + Aporte de oxigênio + acesso venoso periférico calibroso + SF 0,9% 2000ml + monitorização.
(D) Acesso venoso central + SF 0,9% 2000 ml + sondagem vesical de demora.
(E) Acesso venoso periférico + Radiografias do trauma + Cirurgia, imediatamente.
- 2** O mesmo paciente da questão anterior, após as medidas iniciais corretas, evolui com melhora discreta dos sintomas. Neste momento, encontra-se consciente, mantendo dor abdominal, melhora da dispneia, FR= 20 ipm, Sato2= 94% com máscara de O₂, PA= 100 x 50 mmHg, FC= 110 bpm. São exemplos de condutas adicionais a serem implementadas:
- (A) SF 0,9% 1000 ml + concentrado de hemácias + Rotina radiológica do trauma + avaliação da cirurgia geral para laparotomia exploradora.
(B) SF 0,9% 1000 ml + Noradrenalina + TC de abdômen.
(C) Noradrenalina + USG de abdômen (FAST).
(D) Rotina radiológica do trauma + TC de abdômen.
(E) TC de abdômen e FAST.
- 3** Um paciente, ♂, 45 anos, é vítima de acidente motociclístico, colisão moto x carro. Não usava capacete de proteção. É admitido na sala de emergência do Hospital Metropolitano, onde você está de plantão. Ele chega torporoso, com PA = 80x40 mmHg e FC = 130bpm. A ausculta pulmonar está presente e é simétrica, e não havia evidências de hemorragia externa importante na cena do trauma. Após a estabilização da coluna cervical e medidas de reposição volêmica, permanece hipotenso. Radiografias de tórax na sala de trauma não mostraram alterações. Neste momento, poderiam ser adotadas para diagnóstico da causa do choque:
- (A) Tomografia computadorizada de crânio e Radiografia de coluna cervical.
(B) Radiografias de abdome e coluna cervical.
(C) Lavado peritoneal diagnóstico e Tomografia computadorizada do abdome.
(D) Ultra-sonografia do abdome e Radiografia de bacia.
(E) Tomografia computadorizada de abdome e de tórax.
- 4** Com relação ao suporte nutricional parenteral, assinale a alternativa correta:
- (A) Deve ser a via preferencial para suporte nutricional na pancreatite aguda.
(B) A relação caloria/nitrogênio deve ser aumentada nos casos de sepse grave.
(C) A oferta de ácidos graxos ômega-6 aumenta a produção de óxido nítrico, com possibilidade de ocorrer instabilidade hemodinâmica.
(D) Devemos oferecer aporte calórico preferencialmente com lipídios, associado a albumina exógena para pacientes gravemente desnutridos.
(E) A sobrecarga de hidratos de carbono deve ser evitada, principalmente nos pacientes portadores de doença pulmonar crônica.
- 5** Na síndrome do intestino curto ocorre:
- (A) Diminuição da absorção de vitamina B12 nos pacientes com ressecção do íleo terminal.
(B) Aumento de episódios diarreicos pela utilização de dieta elementar.
(C) Aumento do ciclo entero-hepático de sais biliares.
(D) Hipogastrinemia compensatória.
(E) Intolerância à glicose por aumento do glucagon.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 6** Com relação ao suporte nutricional, assinale a alternativa **incorreta**:
- (A) Um paciente oncológico adulto em pré-operatório deve receber cerca de 35 Kcal/kg/dia.
 - (B) A necessidade de proteína do paciente oncológico adulto com estresse grave é de cerca de 1,5 a 2,0 g/kg/dia.
 - (C) A instabilidade hemodinâmica é um parâmetro utilizado para interromper a nutrição enteral.
 - (D) A baixa estimulação enteral, pela inexistência de nutrientes no lúmen intestinal, é a responsável pelo aumento compensatório da colecistoquinina e do pH gástrico, favorecendo o crescimento bacteriano.
 - (E) A depleção de fósforo diminui a competência imunológica por interferir na fagocitose.
- 7** A doença de Caroli ou dilatações císticas das vias biliares intra-hepáticas é classificada como Todani
- (A) I.
 - (B) II.
 - (C) III.
 - (D) IV.
 - (E) V.
- 8** O tratamento indicado para paciente portador de cistos fusiformes de colédoco é:
- (A) Ressecção do cisto com confecção de hepático-jejunoanastomose em Y de Roux.
 - (B) Ressecção do Cisto com ligadura do ducto hepático comum.
 - (C) Apenas seguimento, sendo a cirurgia indicada nos caso de transformação maligna.
 - (D) Introdução de prótese por CPRE.
 - (E) Punção dos cistos para drenagem dos mesmos, com colocação de dreno de Kher.
- 9** Paciente de 40 anos, submetida a colecistectomia aberta por colecistite aguda complicada evolui no 15º dia de pós-operatório com icterícia progressiva, colúria e acolia fecal. Perfil laboratorial coleostático com elevação de BT às custas de BD e de enzimas canaliculares. Realizado USG de abdome com achado de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, confirmada por colangiorrressonância que determinou ectasia de hepatocolédoco sem evidência de cálculos. As hipóteses de diagnóstico e de conduta são:
- (A) Hepatite viral e conduta expectante.
 - (B) Síndrome de Mirizzi e Exploração das vias biliares.
 - (C) Coledocolitíase residual e Exploração das vias biliares.
 - (D) Ligadura inadvertida de colédoco e Exploração das vias biliares.
 - (E) Coledocolitíase e CPRE com papilotomia endoscópica.
- 10** Em relação às doenças das vias biliares, é **falso** afirmar que:
- (A) A colangite esclerosante pode cursar com icterícia coleostática sem dilatação das vias biliares.
 - (B) Os cistos de vias biliares são condições pré-neoplásicas das mesmas.
 - (C) A tríade de Charcot composta de febre, dor abdominal e icterícia é diagnóstico clínico de colangite.
 - (D) Na pêntrade de Reynaud, a drenagem das vias biliares constitui procedimento de urgência.
 - (E) Durante exploração das vias biliares, as anastomoses colédoco-duodenais são preferidas às hepático-jejunoanastomoses por serem menos mórbidas em longo prazo.
- 11** O tratamento mais adequado para úlcera duodenal perfurada é:
- (A) Rafia da úlcera + vagotomia seletiva.
 - (B) Rafia da úlcera + antrectomia + reconstrução em Y de Roux.
 - (C) Rafia da úlcera + limpeza e drenagem da cavidade peritoneal por vídeolaparoscopia.
 - (D) Gastrectomia subtotal a 2/3 + rafia da úlcera com reconstrução à Billroth II.
 - (E) Rafia da úlcera + Gastroenteroanastomose + vagotomia troncular.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



12 Qual o tratamento inicial mais adequado para paciente portador de DRGE?

- (A) Medidas comportamentais + inibidores de bomba de prótons.
- (B) Antagonista H₂ + procinéticos.
- (C) Tratamento cirúrgico através de esofagogastropenia.
- (D) Antrectomia com reconstrução do trânsito digestivo em Y de Roux.
- (E) Antiácidos + procinéticos.

13 O tratamento cirúrgico mais adequado para os portadores de DRGE é:

- (A) Esofagogastropexia (Lind) associada à vagotomia superseletiva por vídeolaparoscopia.
- (B) Esofagogastropexia (Short Floopy Nissen) + hiatoplastia por vídeolaparoscopia.
- (C) Antrectomia com reconstrução do trânsito por gastrojejunostomia em Y de Roux.
- (D) Esofagogastropexia (técnica de Nissen por laparotomia).
- (E) Esofagogastropexia pela técnica de Lind.

14 Paciente de 50 anos, ♂, com HAS secundária moderada, diabetes tipo II controlada por insulina e obesidade mórbida. Qual o grau de risco anestésico segundo a classificação ASA?

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

15 A Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica – SIRS é caracterizada pela presença de, pelo menos dois dos seguintes parâmetros:

- (A) Hipertermia, arritmia cardíaca, taquipneia, leucocitose.
- (B) Hipertermia, taquicardia, bradipneia, leucocitose.
- (C) Hipotermia, bradicardia, taquipneia, leucopneia.
- (D) Hipotermia, taquicardia, taquipneia, leucocitose.
- (E) Hipertemia, taquicardia, taquipneia, leucopneia.

16 São complicações da Nutrição Enteral no pós-operatório, **exceto**:

- (A) Vômitos.
- (B) Íleo-paralítico.
- (C) Diarreia.
- (D) Insuficiência renal.
- (E) Pneumonia por aspiração.

17 Leia as afirmativas sobre as complicações da Apendicite Aguda abaixo listadas:

- I A infecção da ferida operatória é a complicação mais frequente.
- II A peleflebite é uma complicação gravíssima que predispõe ao aparecimento de abscesso piogênico do fígado.
- III Os abscessos intraperitoniais, decorrentes da apendicite aguda, quando bem localizados, podem ser drenados, por via percutânea, direcionada por ultrassonografia ou tomografia.
- IV As fístulas estercorais provenientes do coto apendicular, geralmente têm alto débito.

As verdadeiras são:

- (A) I e II.
- (B) II e IV.
- (C) I e IV.
- (D) I, II e III.
- (E) III e IV.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



18 JR, ♀, 64 anos, apresentando há 4 dias dor abdominal em FE e FIE, com febre e reação peritoneal localizada na mesma topografia. Refere também pneumatúria.

Qual a hipótese diagnóstica para esse quadro?

- (A) Diverticulite perforada.
- (B) Litíase renal.
- (C) Cisto de ovário roto.
- (D) Carcinoma de bexiga.
- (E) Volvo de sigmoide.

19 Não é sinal clínico da estenose hipertrófica do piloro:

- (A) Ondas de Kussmaul.
- (B) Palpação da oliva pilórica.
- (C) Vômitos biliosos.
- (D) Perda de peso.
- (E) Apetite voraz.

20 As punções da veia subclávia apresentam complicações. Dentre as citadas abaixo, identifique a mais frequente.

- (A) Trombose venosa provocada pelo cateter.
- (B) Embolia gasosa.
- (C) Embolia aérea.
- (D) Lesão do duto torácico.
- (E) Lesão da crossa da aorta.

21 Em relação à cicatrização das feridas, identifique o local onde a cicatriz terá menor tensão.

- (A) Perna – região tibial anterior.
- (B) Ombro.
- (C) Esterno.
- (D) Dorso.
- (E) Região frontal.

22 Dos sintomas e sinais do Abdome Agudo abaixo enunciado, identifique a opção que **não** é verdadeira.

- (A) A peristalse aumentada e frequente com baixo tom em paciente com dor abdominal, fala a favor de obstrução mecânica.
- (B) A localização da dor é o sintoma mais importante.
- (C) O aumento da tensão abdominal – difusa – é um sinal fiel de peritonite.
- (D) A dor abdominal de início súbito e de forte intensidade sugere quadro de perfuração de úlcera ou isquemia intestinal.
- (E) A presença de vômito de aspecto fecaloide fala a favor de obstrução intestinal baixa com válvula íleocecal incompetente.

23 Paciente de 60 anos tem adenocarcinoma de esôfago distal. Após estadiamento, não há sinais de doença à distância e ao TC de tórax, observa-se significativo espessamento de parede esofágica, próximo à cárdia.

Qual a melhor alternativa terapêutica?

- (A) Ressecção endoscópica, complementada por rádio-ablação.
- (B) Radioterapia mais esvaziamento cervical e mediastinal.
- (C) Rádio e quimioterapia neo-adjuvante, seguida de esofagectomia + gastectomia proximal.
- (D) Gastectomia total + linfadenectomia à DII.
- (E) Uso de anticorpo monoclonal anti-HER2.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 24** Paciente de 65 anos, com adenocarcinoma de papila duodenal, sem evidência de doença metastática à distância. Nesse caso, a melhor conduta é
- (A) Gastroduodenopancreatectomia.
 - (B) Prótese endoscópica autoexpansiva.
 - (C) Rádio e quimioterapia.
 - (D) Gastroentero anastomose, anastomose bileodigestiva.
 - (E) Imunoterapia.
- 25** Paciente de 50 anos foi submetida à endoscopia digestiva alta com diagnóstico de lesão infiltrativa de corpo gástrico. Biópsias múltiplas evidenciaram gastrite clínica e *H. pylori* +++/+++. A melhor conduta é:
- (A) Gastrectomia total com linfadenectomia à DII.
 - (B) Tratamento de *H. pylori*, seguido de inibidor de bomba de próton por 60 dias e nova endoscopia ao término do tratamento.
 - (C) Esquema tríplice e nova endoscopia com biópsia. Se *H. pylori* persistir, indicar cirurgia.
 - (D) Nesse caso não há necessidade de erradicar *H. pylori*. Tratar exclusivamente com inibidor de bomba de próton por 8 (oito) semanas.
 - (E) Considerar a hipótese de linfoma. Utilizar imunohistoquímica e, se necessário, repetir endoscopia e biópsia.
- 26** É **incorreto** afirmar sobre infecções anorretais de transmissão sexual:
- (A) O tratamento da proctite gonocócica é igual ao utilizado para tratar as infecções urogenitais.
 - (B) O melhor tratamento para proctite por *chlamydia trachomatis* é ofloxacina 400mg via oral, de 12/12h por 7 (sete) dias.
 - (C) Os genótipos mais comuns de papilomavírus humano que causam condiloma acuminado são 6 e 11.
 - (D) Um terço dos pacientes não tratados com sífilis anal progridem para cura espontânea.
 - (E) Um terço dos pacientes não tratados com sífilis anal progridem para sífilis terciária.
- 27** É **incorreto** afirmar acerca do tratamento da estenose anal:
- (A) A dilatação manual como tratamento isolado resulta em altas taxas de incontinência.
 - (B) A técnica house flap com a rotação em s para estenose grave tem alta taxa de sucesso.
 - (C) As complicações mais comuns da técnica em s são infecção e deiscência.
 - (D) O risco de incontinência no tratamento cirúrgico da estenose anal é pequeno.
 - (E) A esfinterotomia interna lateral tem baixas taxas de sucesso.
- 28** É **incorreto** afirmar sobre ressecção eletiva na doença diverticular:
- (A) Não existe consenso na literatura com relação à indicação cirúrgica na doença diverticular do cólon não complicada.
 - (B) Em pacientes com história pregressa de episódios de diverticulite, a ressecção eletiva deve ser considerada porque a diverticulite complicada está associada a índices elevados de morbimortalidade.
 - (C) Cirurgia eletiva é justificada em pacientes jovens após 1 (uma) crise de diverticulite.
 - (D) Está sempre indicada em pacientes imunodeprimidos após um episódio de diverticulite.
 - (E) Está indicada após avaliação endoscópica, após episódio agudo que revela estreitamento, edema ou deformidade.
- 29** Assinale a afirmativa correta:
- (A) No tratamento do adenocarcinoma de pâncreas, a quimioterapia adjuvante sempre deve ser indicada após as ressecções cirúrgicas em virtude de sua elevada quimiossensibilidade.
 - (B) O prognóstico das neoplasias pancreáticas de cauda são melhores quando comparados com o das neoplasias de cabeça pancreática.
 - (C) A variante fibrolamelar dos hepatocarcinomas são caracterizadas por menor comprometimento funcional do parênquima hepático circunjacente.
 - (D) O principal fator de risco para o desenvolvimento dos hepatocarcinomas corresponde à exposição às aflatoxinas.
 - (E) O transplante hepático encontra-se proscrito no tratamento dos hepatocarcinomas.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 30** Paciente de 62 anos, ♀, submetida a colecistectomia videolaparoscópica por colecistite aguda, chega ao consultório com o seguinte resultado do exame anatomo-patológico da vesícula biliar: adenocarcinoma do fundo da vesícula com profundidade de invasão até camada muscular da mucosa. Nesse caso, o cirurgião deve:
- (A) Considerar tratada a paciente e iniciar seguimento a cada 3 meses.
 - (B) Apenas indicar a remoção cirúrgica da cicatriz do porto umbilical, compreendendo todas as camadas da parede abdominal.
 - (C) Indicar complemento cirúrgico com remoção do leito hepático referente aos segmentos V e IVb, bem como realizar linfadenectomia regional e ressecção das cicatrizes de todos os portos da cirurgia prévia.
 - (D) Indicar complemento cirúrgico com hepatectomia direita alargada, com linfadenectomia regional e ressecção das cicatrizes de todos os portos realizados.
 - (E) Encaminhar ao oncologista para programação de quimioterapia e radioterapia adjuvantes.
- 31** Paciente, ♂, 55 anos, realizou colonoscopia por apresentar sangramento retal, sendo detectada presença de lesão ulcerada, friável, distante 5 cm da borda anal. Na tomografia computadorizada, observa-se borramento da gordura perirretal aumento dos linfonodos próximos. Foi realizada biópsia e o resultado confirmou se tratar de um adenocarcinoma.

Qual seria a melhor conduta neste caso?

- (A) Retossigmoidectomia.
 - (B) Amputação abdominoperineal do reto.
 - (C) Radioterapia Exclusivamente.
 - (D) Neoadjuvância + retossigmoidectomia.
 - (E) Neoadjuvância + amputação abdominoperineal do reto
- 32** Qual conduta tomaria no caso de um paciente com tumor de aproximadamente 8 cm, em compartimento anterior da coxa:
- (A) Enucleação da lesão.
 - (B) Biópsia excisional no sentido longitudinal da coxa.
 - (C) Biópsia incisional no sentido transversal da coxa.
 - (D) Biópsia excisional no sentido transversal da coxa.
 - (E) Biópsia incisional no sentido longitudinal da coxa.
- 33** Paciente de 48 anos realizou colonoscopia de rotina sendo encontrado, no cólon descendente, próximo ao ângulo hepático, lesão vegetante ocupando metade da circunferência do cólon e outra, no ceco, ulcerada, de aproximadamente 2 cm. Foram realizadas biópsias que confirmaram tratarem-se de adenocarcinomas ambas as lesões. Os exames de estadiamento não mostram doença avançada.

A conduta adequada nessa situação é

- (A) Colectomia total com ileoreto anastomose.
 - (B) Colectomia direita e esquerda, mantendo transverso.
 - (C) Colectomia total com ileostomia.
 - (D) Quimioterapia e posteriormente colectomia total.
 - (E) Colectomia esquerda com ressecção segmentar do ceco.
- 34** São considerados como benefícios da linfadenectomia no câncer gástrico, **exceto**:
- (A) Adequado estadiamento.
 - (B) Prognóstico.
 - (C) Diminuição recidiva.
 - (D) Aumento da ressecabilidade.
 - (E) Aumento da recidiva pela manipulação.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 35** Paciente evoluindo com megaesôfago grau II será beneficiado com qual procedimento abaixo:
- (A) Cirurgia de Merendino.
 - (B) Esofagectomia.
 - (C) Cardiomiectomia.
 - (D) Cardiomiectomia com funduplicatura.
 - (E) Gastrectomia proximal.
- 36** A radiografia convencional através do RX de tórax, de abdome e da seriografia esôfago-estômago-duodeno, teve seu uso disseminado por décadas, explorando a perspicácia e a experiência dos radiologistas que buscavam sinais indiretos do acometimento pancreático. Dos sinais abaixo, qual **não** faz parte da pancreatite aguda?
- (A) Derrame pleural, principalmente à esquerda.
 - (B) Aumento do espaço gastrocólico.
 - (C) Rebaixamento do ângulo de Treitz.
 - (D) Sinal de Cut Off (distensão segmentar do cólon).
 - (E) Apagamento da 2ª válvula do Houston.
- 37** Em relação ao diagnóstico laboratorial da pancreatite aguda, é **incorreto** afirmar:
- (A) A elevação da amilase é detectável em 6 a 12h.
 - (B) A sensibilidade da hiperamilase para o diagnóstico de pancreatite aguda é superior a 85%. No entanto, há casos de pancreatite aguda com amilase normal.
 - (C) Na pancreatite aguda decorrente de hipertriglicemia a amilase pode estar falsamente normal, devido à presença de um inibidor associado à elevação dos triglicérides.
 - (D) A elevação da amilase sérica está diretamente relacionada à gravidade da pancreatite aguda.
 - (E) Há alguns marcadores, ainda pouco utilizados, como: interleucina 6 e 8, peptídeo ativador de trissinogênio (TAP) e fosfolipase A.
- 38** Em relação ao risco de antibióticos na pancreatite aguda, é **incorreto** afirmar:
- (A) O principal substituto para infecção pancreática e/ou peripancreática é a presença de necrose em sua extensão.
 - (B) O risco de infecção aumenta também com a duração da doença, podendo atingir até 70%, por volta da terceira semana.
 - (C) Na pancreatite aguda leve, sem necrose, não há nenhum motivo para o uso de antimicrobiano, nem mesmo profilático.
 - (D) Devemos usar antibiótico em todos os pacientes com pancreatite aguda para evitar infecção da necrose. E o antibiótico de escolha é o Imipenen – Cilostatin.
 - (E) Os patógenos podem atingir o tecido necrótico por via hematogênica, linfática ou por translocação bacteriana através do trato gastrointestinal.
- 39** Nas afirmativas abaixo, relacionadas a fatores preditivos de trauma abdominal, assinale verdadeiro (V) ou falso (F), identificando a sequência:
- () A presença de fratura pélvica é o fator isolado que mais frequentemente está relacionado à concomitância de lesões intra-abdominais.
 - () A chance de um paciente com fratura pélvica apresentar lesão abdominal é 21 vezes maior quando comparado a pacientes sem fratura.
 - () Paciente com tórax flácido apresenta pouca chance de lesão abdominal.
 - () Pacientes com fraturas de ossos longos e da coluna vertebral, tem grande possibilidades de lesão abdominal.
 - () Baixa pontuação na escala de coma de Glasgow (abaixo de 8) não é fator preditivo de lesão abdominal.
- (A) V, F, V, V, F
 - (B) F, F, F, F, V
 - (C) V, V, F, V, F
 - (D) V, V, F, V, V
 - (E) V, V, V, V, V



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 40** Em relação à hérnia inguinal, é correto afirmar:
- (A) É mais frequente em mulheres.
 - (B) O deslizamento é observado em 60% dos casos.
 - (C) A colocação de prótese é obrigatória.
 - (D) Esforços para urinar, tossir e evacuar devem ser controlados no pré-operatório.
 - (E) A cirurgia está contraindicada em pacientes Child A.
- 41** Em relação à Técnica de *Gilbert*, é correto afirmar:
- (A) Existe a colocação de tela pré-peritoneal, somente.
 - (B) É colocada tela intraperitoneal, somente.
 - (C) São colocadas telas em espaço pré-peritoneal e sobre a parede posterior.
 - (D) É posicionada tela sobre a parede posterior.
 - (E) É opcional a colocação de tela.
- 42** Quanto à retocolite ulcerativa inespecífica, é correto afirmar:
- (A) A pancolite é a forma topográfica mais frequente.
 - (B) Os corticoides se constituem em medicamentos de primeira escolha para o tratamento.
 - (C) A utilização de Azatioprina está indicada na refratariedade à sulfa.
 - (D) A mesalazina na dose de 3,6g/dia deve ser iniciada na fase aguda.
 - (E) Adalimumabe e infliximabe devem ser iniciados precocemente em caso de resposta insatisfatória à sulfa.
- 43** Em relação ao tratamento nas doenças inflamatórias intestinais, é correto afirmar:
- (A) Na Doença de Crohn não deve prevalecer o critério econômico nas ressecções.
 - (B) É recomendada a preservação do reto nas intervenções primárias na RCUI.
 - (C) O emprego do tratamento cirúrgico tem diminuído com o advento dos medicamentos biológicos.
 - (D) O metronidazol tem sua indicação antimicrobiana reservada para os casos de comprometimento anorretal.
 - (E) No megacólon tóxico a conduta mais prudente é a estabilização clínica com preparo para operação eletiva.
- 44** Paciente de 28 anos, vítima de acidente automobilístico, deu entrada no pronto-socorro hemodinamicamente instável, com múltiplas escoriações sobre o tórax e abdome. Apresentava, ainda, hematoma sobre a sínfise púbica, instabilidade de bacia e uretrorragia. Ao toque retal, não se conseguia definir com clareza a próstata. Em relação ao quadro apresentado, qual a lesão uretral suspeita e qual seria a melhor opção de tratamento?
- (A) Uretra bulbar – anastomose primária.
 - (B) Uretra prostática – cistostomia.
 - (C) Uretra prostática – anastomose primária.
 - (D) Uretra membranosa – cistostomia.
 - (E) Uretra bulbar – cistostomia.
- 45** A tríade característica da fissura anal crônica é:
- (A) Prolapso / sangramento / dor.
 - (B) Papila hipertrófica / fissura / plicoma.
 - (C) Plicoma / sangramento / fissura.
 - (D) fissura / plicoma / prolapso.
 - (E) Sangramento / dor / fissura.
- 46** Paciente submetido à Laparotomia exploradora teve como diagnóstico operatório apendicite aguda com peritonite franca. Qual das alternativas abaixo seria a melhor conduta?
- (A) Colocação de dreno de penrose na fossa ilíaca direita + fechamento da cavidade.
 - (B) Lavagem exaustiva da cavidade e colocação de dreno tubular na fossa ilíaca direita + perionostomia.
 - (C) Limpeza mecânica da cavidade e considerar peritonostomia com reintervenções programadas.
 - (D) Colocação de 04 drenos tubulares (1 em cada quadrante do abdome) + fechamento da cavidade.
 - (E) Colocação de 04 drenos tubulares (1 em cada quadrante do abdome) + peritonostomia.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2013
EDITAL N.º 16 – PROPESP, DE 06/12/12
RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 47** Paciente ♂, 18 anos, 60kg, é submetido à apendicectomia, com achados intra-operatórios de peritonite difusa (cerca de 1500ml, com saturação venosa central de oxigênio (Svo2) de 72%, pressão venosa central (PVC) + 12 mmHg, Lactato 18mg/dl e débito urinário (DU) = 2300ml. A correta proposta para a hidratação de manutenção é:
- (A) 1950ml nas 24h, ou, aproximadamente, 82ml/h.
 - (B) 2200ml/24h, ou, aproximadamente, 100ml/h.
 - (C) Ofertar líquido extra, preferencialmente colóide, pois a Svo2 e a PVC ainda não estão nos valores-alvo.
 - (D) Reduzir a infusão de fluidos EV para evitar anasarca e congestão pulmonar, iniciando-se ingesta oral o mais precoce.
 - (E) Estimular a diurese com diurético de alça, pois o BH foi muito positivo para as primeiras 24h de pós-operatório.
- 48** Paciente de 60 anos foi submetido à gastrectomia total por neoplasia e, no terceiro dia do pós-operatório, observa-se redução do volume urinário, apresentando sódio sérico = 138 mEq, preservando estabilidade hemodinâmica. A hipótese diagnóstica é:
- (A) Hiponatremia euvolêmica e síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIHAD).
 - (B) Hiponatremia hipovolêmica associada à HIHAD.
 - (C) Diabetes insipidus nefrogênico com hiponatremia dilucional.
 - (D) Diabetes insipidus central com hiponatremia dilucional.
 - (E) Hiponatremia por síndrome paraneoplásica.
- 49** Durante o primeiro pós-operatório de cirurgia para ressecção de tumor do mediastino, mulher de 45 anos, apresenta fibrilação atrial de alta resposta (FAAR). Os exames iniciais são os seguintes: CPK: 30, CKMB: 10, Troponina < 0,5, ECG com irregularidade R-R, sem alteração do ST/T, Na = 136, K = 2,6 Meq, Ph = 7,4, PaCO2 = 34, PaO2 = 80, HCO = 20, BE = -3, SO2 = 98%. A conduta é:
- (A) Reposição de potássio por via digestiva, até níveis de 3 a 3,5 mEq/l.
 - (B) Reposição de potássio EV (endovenoso), em bolus, até cessar a arritmia.
 - (C) Reposição de potássio EV na ordem de 28 mEq/h, durante 24 horas, para um total de 80-100 mEq nesse período (24h).
 - (D) Reposição de potássio EV, na ordem de 10-20 mEq/h, durante 8-12 horas, num total de 120-160 mEq nesse período (8-12h).
 - (E) Reposição de potássio em solução isotônica com 10 ml de KCL para cada 100ml da solução diluída.
- 50** São causas da hipernatremia:
- (A) Uso de diurético de alça e administração de bicarbonato de sódio.
 - (B) Desidratação e hipermagnesemia.
 - (C) Desidratação e anemia.
 - (D) Balanço hídrico positivo > 2000ml/24h.
 - (E) Secreção inapropriada de hormônio antidiurético.