



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS

RESPOSTA(S) AO(S) RECURSO(S) CONTRA O GABARITO PRELIMINAR DA PROVA OBJETIVA

CONCURSO/PROCESSO SELETIVO: PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2022 (EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021)

DISCIPLINA/ESPECIALIDADE: CIRURGIA GERAL

QUESTÃO	RESULTADO DA ANÁLISE	PARECER DA BANCA ELABORADORA
23	INDEFERIDO	Duração de cirurgias superiores a 4 horas são fator de risco para aumento de infecções de sítio cirúrgico, estando então a alternativa A errada; Infecções incisionais superficiais são mais frequentes do que as profundas, estando então a alternativa B errada; Antibioticoprofilaxia não está indicada em pacientes com feridas limpas sem inserção de prótese, estando portanto, a alternativa C errada. Feridas traumáticas abertas são feridas contaminadas, estando a alternativa D errada. Quanto a febre no pós operatório, esta acontece em até 2/3 dos pacientes e sua causa é infecção em até 1/3 dos pacientes e são distribuídas em Infecção de Sítio Cirúrgico, Infecção do Trato Urinário, Infecção relacionado a cateter venoso e Pneumonia. A Infecção de Sítio Cirúrgico é a terceira causa de infecção hospitalar mais comum. Desta maneira, considerando todas as causas de febre, independente se pós-operatório imediato ou recente, a a maioria dos pacientes tem febre não relacionadas a Infecção de Sítio Cirúrgico, estando desta forma, CORRETA a alternativa E. Fonte: 1) TOWSEND, C.; BEAUCHAMP, D.; EVERS, B.M.; MATTOX, K.L. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 309-346. 2) TOWSEND, C.; BEAUCHAMP, D.; EVERS, B.M.; MATTOX, K.L. TEXTBOOK OF SURGERY: THE BIOLOGICAL BASIS OF MODERN SURGICAL PRACTICE, TWENTY FIRST EDITION, 2022. 238-281
27	INDEFERIDO	O ATLS 10ª edição, indica que pacientes inconscientes devem receber via aérea definitiva (tubo na traquéia com balonete insuflado), o que já exclui as alternativas A e E. A via aérea cirúrgica (cricodireoidostomia e traqueostomia) está indicada quando há presença de edema de glote, fratura de laringe hemorragia orofaríngea grave que obstrua a via aérea ou quando o tubo não puder ser alocado entre as cordas vocais. A traqueostomia não é uma opção recomendável na emergência pelo risco de sangramento, ser tecnicamente mais difícil e requerer um maior tempo para sua execução, o que invalida a alternativa C. No texto, fica claro a obstrução de via aérea pelo “bastante sangue em face e boca e restos de vômito na boca” o que sem aspiração impossibilita a Intubação Orotraqueal com segurança e não consta no texto e nem nas opções de alternativa qualquer referência sobre aspiração tornando a Cricotireoidostomia (alternativa D) a opção mais segura e portanto a única correta para a questão. Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA . Advanced Trauma Life Support - ATLS. 10 ed. , 2018. 22-39.
28	INDEFERIDO	De acordo com a Escala de Coma de Glasgow, as pontuações são feitas da seguinte forma: Portanto, se o paciente apresenta abertura ocular aos estímulo doloroso recebe 2 pontos, palavras inapropriadas recebe 3 pontos e se localiza a dor recebe mais 5 pontos, totalizando 10 pontos, sendo correta desta maneira, a alternativa C. Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA . Advanced Trauma Life Support - ATLS. 10 ed. , 2018. 102 - 124.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS

29	INDEFERIDO	Para crianças abaixo de 14 anos, o cálculo de volume a ser infundido é: 3ml de RL x Peso em Kg x SCQ RL: ringer lactato SCQ: superfície corporal queimada Do resultado encontrado, metade deve ser feito nas primeiras 8h da queimadura e a outra metade nas 16h subsequentes. A questão refere que a Criança de 10 anos, 48kg apresenta apresenta queimadura de ambos os membros superiores (18%) e Região Anterior do Tórax (9%). O Calculo feito é: $3 \times 48 \times 27 = 3.888$. Desta maneira o volume a ser feito é 1.944ml em horas, sendo a alternativa D a correta. Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA
32	DEFERIDO	Na carcinogênese do adenocarcinoma gástrico, é fato que a bactéria H.pylori tem papel bem documentado. Por resistir em meio ácido devido sua capacidade de conversão de ureia em amônia através da enzima urease, consegue penetrar sob a camada de muco protetor gástrico e iniciar um processo inflamatório, que evolui para cronicidade, atrofia de mucosa e metaplasia intestinal. Devido a atrofia epitelial, a redução na síntese de gastrina e do próprio HCL torna o meio gástrico mais alcali, promovendo uma maior conversão de ureia em amônia, tóxica até mesmo para o H.pylori. Daí ser tão comum biópsias de pacientes portadores de adenocarcinomas gástricos, virem com H. pylori (-). A resposta portanto, não afirma que a referida bactéria não tenha papel importante como iniciadora do processo. Apenas indica que, no momento em que o pH alcaliniza, temos maior dificuldade de identifica-la em biópsia. Entretanto, visto a possibilidade de distintas e corretas interpretações, julgamos mais adequado a anulação da questão. Fontes: 1) M Clyne, et al. Helicobacter pylori requires an acidic environment to survive in the presence of urea. Infect Immun. 1995 May. 2) Watanabe H. Intestinalmetaplasia – the effect of Acid on the gastric mucosa and gastric carcinogenesis. J Toxicol Pathol. 2010. 3) Sachs G, et al. The gastric biology of Helicobacter pylori. Annu Rev Physiol. 2003.
33	INDEFERIDO	O caso clínico se refere a paciente 52 anos, constipada crônica, evoluindo com anemia, síndrome consuptiva e alteração do hábito intestinal no último mês. Neste caso, a colonoscopia deverá ser o exame de escolha para investigação da suposta hipótese aventada. Alternativa “B” correta. Em relação a alternativa “D”, apesar da colonoscopia ser recomendada a partir dos 50 anos, não seria esta a justificativa para a solicitação do exame. Afinal, não seria uma indicação “preventiva”, mas sim motivada por sintomas. Além disso, não haveria uma “elevada suspeita” para doença inflamatória intestinal nesta paciente. Fontes: 1) Wing Yan Mak, et al. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meet west. Journal of Gastroenterology and Hepatology. Vol. 35, 2019. 2) Loftus Jr , E.V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology, vol. 126. 2004. 3) Instituto Nacional do Câncer – Prevenção e detecção precoce www.inca.gov.br
34	INDEFERIDO	A alternativa correta “A”, indica um tumor de reto localizado (sem mencionar status linfonodal) a 15 cm da borda anal, ou seja, um tumor de reto alto. Para tanto, não há recomendação de tratamento neoadjuvante necessariamente, sendo os tumores de reto alto tratados conforme tumores de sigmoide com cirurgia, seguida ou não de quimioterapia adjuvante a depender da análise histopatológica da peça. O tratamento com quimio e radioterapia neoadjuvantes, se aplica aos tumores de reto médio e baixo localmente avançados ou pelo tamanho “T” ou pela suspeita de comprometimento linfonodal “N”, podendo ser indicada nos tumores de reto alto com suspeita de comprometimento linfonodal “N”. Ademais, a foto em preto e branco não poderia gerar confusão, uma vez que todas as alternativas mencionavam diferentes abordagens para uma mesma doença. Fontes: 1) Lopes, A. et al. Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia. A.C.Camargo Cancer Center. 2017. 2) Hoff, P.M.G. et al. Tratado de Oncologia, 2013. 3) Wilkinson, N. Management of Rectal Cancer. Surg Clin North Am. 2020.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS**

36	INDEFERIDO	<p>Nos pacientes com pancreatite leve, a melhora do quadro ocorre, na maioria das vezes apenas com tratamento clínico: jejum, reposição hídrica e analgesia. Dessa maneira, a alternativa A está incorreta. A necrosectomia está indicada apenas em caso de necrose infectada, tornando a alternativa C incorreta. Em pacientes com pancreatite aguda leve, a alimentação por via oral é recomendada quando o paciente estiver com fome e com melhora da dor abdominal, náuseas ou vômitos. Pode ser necessário a introdução de dieta enteral se o paciente não tolerar a dieta oral. Em pacientes com doença grave, pode-se aguardar 72h para tentativa de dieta oral. Caso não tolere, pode-se iniciar a enteral. Comparada com a via parenteral, a enteral está associada a menor risco de complicações e menor risco de falência de múltiplos órgãos, complicações infecciosas pancreáticas e mortalidade. Dessa maneira, a alternativa D está incorreta. Nos casos de pancreatite aguda biliar associada a conlangite aguda, deve-se realizar a CPRE (Colangiopancreatografia Restrógrada Endoscópica) precocemente, tornando a alternativa E incorreta. Nos casos de pancreatite aguda biliar, independente da gravidade, é recomendado a realização da colecistectomia por videlaparoscopia preferencialmente, na mesma internação, após estabilização do quadro clínico, independente se quadro leve, moderado ou grave. Salvguardo se faz a pacientes que evoluam com complicações locais, onde se espera a resolução ou estabilização do quadro, realizando a cirurgia assim que possível, na mesma internação. Fontes: 1) Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, Tsiotos GG, Vege SS; Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013 Jan;62(1):102-11. 2) ROHDE, L.; OSVALDT, A.B. Rotinas em Cirurgia Digestiva. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 523-534. Nos pacientes com pancreatite leve, a melhora do quadro ocorre, na maioria das vezes apenas com tratamento clínico: jejum, reposição hídrica e analgesia. Dessa maneira, a alternativa A está incorreta. A necrosectomia está indicada apenas em caso de necrose infectada, tornando a alternativa C incorreta. Em pacientes com pancreatite aguda leve, a alimentação por via oral é recomendada quando o paciente estiver com fome e com melhora da dor abdominal, náuseas ou vômitos. Pode ser necessário a introdução de dieta enteral se o paciente não tolerar a dieta oral. Em pacientes com doença grave, pode-se aguardar 72h para tentativa de dieta oral. Caso não tolere, pode-se iniciar a enteral. Comparada com a via parenteral, a enteral está associada a menor risco de complicações e menor risco de falência de múltiplos órgãos, complicações infecciosas pancreáticas e mortalidade. Dessa maneira, a alternativa D está incorreta. Nos casos de pancreatite aguda biliar associada a conlangite aguda, deve-se realizar a CPRE (Colangiopancreatografia Restrógrada Endoscópica) precocemente, tornando a alternativa E incorreta. Nos casos de pancreatite aguda biliar, independente da gravidade, é recomendado a realização da colecistectomia por videlaparoscopia preferencialmente, na mesma internação, após estabilização do quadro clínico, independente se quadro leve, moderado ou grave. Salvguardo se faz a pacientes que evoluam com complicações locais, onde se espera a resolução ou estabilização do quadro, realizando a cirurgia assim que possível, na mesma internação. Fontes: 1) Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, Tsiotos GG, Vege SS; Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013 Jan;62(1):102-11. 2) ROHDE, L.; OSVALDT, A.B. Rotinas em Cirurgia Digestiva. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 523-534.</p>
----	-------------------	--