



UFPE

Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Pernambuco



Processo Seletivo Residência Médica 2010

Coordenação de Residência Médica

AVALIAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA ÁREA BÁSICA: CIRURGIA GERAL

GRUPO III

LEIA COM ATENÇÃO

- 01** Só abra este caderno após ler todas as instruções e quando for autorizado pelos fiscais da sala.
 - 02** Preencha os dados pessoais.
 - 03** Autorizado o início da prova, verifique se este caderno contém 20 (vinte) questões; se não estiver completo, exija outro do fiscal da sala.
 - 04** Todas as questões desta prova são de múltipla escolha, apresentando uma só alternativa correta.
 - 05** Ao receber a folha de respostas, confira o nome da prova, seu nome e número de inscrição. Qualquer irregularidade observada, comunique imediatamente ao fiscal.
 - 06** Assinale a resposta de cada questão no corpo da prova e só depois transfira os resultados para a folha de resposta.
 - 07** Para marcar a folha de respostas, utilize apenas caneta esferográfica preta e faça as marcas de acordo com o modelo (■).
- A marcação da folha de resposta é definitiva, não admitindo rasuras.**
- 08** Só marque uma resposta para cada questão.
 - 09** Não risque, não amasse, não dobre e não suje a folha de respostas, pois isso poderá prejudicá-lo.
 - 10** Se a Comissão verificar que a resposta de uma questão é dúbia ou inexistente, a questão será posteriormente anulada e os pontos a ela correspondentes, distribuídos entre as demais.
 - 11** Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem prestar esclarecimentos sobre os conteúdos das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir.
 - 12** Não será permitido o uso de telefones celulares, bips, pagers, palm tops ou aparelhos semelhantes de comunicação e agendas eletrônicas, pelos candidatos, durante a realização das provas.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 2 HORAS

Nome _____

Identidade _____

Órgão Exp.: _____

Assinatura _____

COMISSÃO DE PROCESSOS
SELETIVOS E TREINAMENTOS
Fone: (81) 3412-0800
Fax: (81) 3412-0808



Teórico-Prática – Grupo III

- 01.** Paciente de 32 anos de idade, morador da zona rural de Canhotinho (PE), com uma renda familiar (3 pessoas) de R\$ 350,00 (mês), foi submetido em 2002 a uma gastroplastia redutora com reconstituição em Y de Roux proximal, para o tratamento de uma obesidade severa (Peso = 226Kg, IMC = 59) e das comorbidades de diabetes mellitus descompensada, hipertensão arterial, embolia pulmonar e apnéia do sono. O paciente apresentou neste período uma perda de peso significativa (cerca de 120Kg), que estacionou há 2 anos. Neste período, o paciente apresentou diversos internamentos na Clínica Cirúrgica para tratamento de deficiências vitamínicas e de ferro. Há cerca de 3 semanas o referido paciente deu entrada novamente, com um quadro de alopecia, cabelos finos, quebradiços e despigmentados, astenia, sonolência, letargia e anasarca. O paciente encontra-se com 102Kg e relata 3-4 evacuações/dia. A família refere que diariamente o paciente ingere seu complemento vitamínico (2 comprimidos). Qual o diagnóstico mais provável para este paciente?
- Desnutrição protéica.
 - Déficit de zinco.
 - Déficit de Vit. B12.
 - Déficit de cálcio.
- 02.** Após 40 dias de nutrição enteral através de sonda, o paciente (da questão 1) encontrava-se sem queixas e de alta hospitalar. Após 3 meses em sua residência, retornou ao hospital com o mesmo quadro clínico anterior, e novamente foi internado e nutrido através de sonda enteral. Qual a conduta mais indicada para o referido paciente, neste momento?
- Colocar uma banda gástrica.
 - Converter a gastroplastia proximal em distal.
 - Realizar uma “Scopinarização”.
 - Realizar reposição oral de nutrientes com rígido controle nutricional, antes de indicar o tratamento cirúrgico.
- 03.** Paciente de 53 anos de idade, hipertensa, diabética e com um passado de infarto agudo do miocárdio há 5 anos, é atendida no ambulatório de Cirurgia Geral, com diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). O tratamento clínico não tem aliviado os sintomas. Seu IMC é de 55 e a endoscopia digestiva alta apresenta uma esofagite severa, com uma histologia de processo inflamatório intenso, mas sem epitélio colunar ou câncer. Qual a melhor indicação para este caso?
- Funduplicatura a Nissen.
 - Bypass gástrico a Fobi Capella.
 - Banda gástrica ajustável.
 - Gastroplastia vertical a Mason.
- 04.** Paciente do sexo feminino, com 48 anos de idade, dá entrada na Emergência com um quadro de dor abdominal de forte intensidade e náusea. Na história clínica foram identificados problemas familiares, e no exame físico se encontrou um abdome doloroso, mas sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais revelam amilase de 3400IU/L. O laudo ultrassonográfico foi de colelitíase com canalículos biliares normais, e a tomografia de abdome mostrou um edema pancreático discreto. Após 72 horas de internamento, a paciente encontrava-se clinicamente assintomática e com amilase e demais exames laboratoriais normais. Qual a melhor conduta para esta paciente?
- Colecistectomia aberta com exploração de vias biliares.
 - Colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia transoperatória.
 - Alta, com orientação alimentar e dieta sem gordura.
 - Colangiografia endoscópica retrógrada com papilotomia e colocação de *stent* pancreático.
- 05.** Paciente hepatopata crônico, de etiologia alcoólica, apresenta uma hérnia umbilical de grande volume e uma ascite importante, que vem sendo controlada nos últimos 6 meses com diuréticos e restrição absoluta de sal. Há cerca de 24 horas começou a drenar ascite através de um pequeno orifício na hérnia. O fluido drenado é amarelo citrino, sem odor, mas em quantidade suficiente para que seja trocado o curativo a cada 30 minutos. Qual a melhor conduta para esta paciente?
- Programar para 6 semanas a hernioplastia umbilical associada a um *shunt* peritoneovenoso.
 - Paracentese e antibioticoterapia oral ambulatorial.
 - Manter o tratamento com diurético e restringir ingestão de sal em domicílio.
 - Internar o paciente, iniciar antibioticoterapia venosa, diurético, e, durante o mesmo internamento, realizar hernioplastia umbilical.
- 06.** Paciente de 26 anos de idade deu entrada na Emergência do Hospital da Restauração após um acidente automobilístico. Logo após sua admissão foi entubado, pois se encontrava com o status mental bastante alterado. Apresentava, na ocasião: PA=82/60, FC=135, gasimetria com pH=7,10, pCO₂=55, pO₂=72 e BE=(-)15. Os demais exames mostraram um infiltrado pulmonar difuso em ambos os hemitórax e a ultrassonografia, líquido livre em cavidade abdominal. Após a administração de 2 litros de Ringer, sua FC se mantém em 135 e a PA em 90/60. Qual a melhor conduta para esta paciente?
- Repetir nova ressuscitação com 2 litros de Ringer.
 - Angiografia pélvica.
 - Laparotomia exploradora.
 - Tomografia computadorizada de tórax.

- 07.** Paciente de 56 anos de idade, do sexo masculino, apresenta-se com uma dor abdominal de forte intensidade, seguida de febre há 48 horas, PA=80/40mmHg, FC=130, e uma gasimetria compatível com acidose metabólica. Ao exame físico nota-se irritação peritoneal difusa em todo o abdome. Após a realização de uma tomografia computadorizada, foi feito um diagnóstico de diverticulite perforada com peritonite e o paciente foi levado ao Centro Cirúrgico para uma laparotomia exploradora. Durante a cirurgia foi identificada uma peritonite fecal difusa, com cerca de 2 litros de secreção purulenta em todo o abdome, e uma perfuração em cólon sigmóide. O cirurgião realizou uma retossigmoidectomia abdominal com colostomia a Hartmann e lavagem exaustiva da cavidade peritoneal com soro fisiológico. Dentre os esquemas antimicrobianos abaixo relacionados, qual o mais adequado para o referido paciente?
- A) Amicacina e metronidazol.
 - B) Kefazol em dose única.
 - C) Kefazol e metronidazol.
 - D) Clindamicina e metronidazol.
- 08.** Após 5 dias de evolução, o paciente da questão 7 encontra-se clinicamente assintomático, aceitando bem a dieta pastosa, com a colostomia funcionando bem. Está há 72 horas sem febre e o leucograma apresenta discreta leucocitose sem desvio à esquerda. No entanto, o resultado da cultura e antibiograma demonstrou o crescimento de uma *Klebsiella sp* resistente a todos os antibióticos testados. Qual a conduta mais apropriada para o caso?
- A) Reoperar o paciente para nova lavagem abdominal e trocar o esquema antibiótico.
 - B) Trocar o esquema antibiótico para imipenem e metronidazol.
 - C) Acrescentar ciprofloxacino ao esquema inicial.
 - D) Manter a conduta e observar a evolução.
- 09.** Paciente de 62 anos, vítima de uma agressão por arma branca, foi submetido a uma laparotomia exploradora, na qual foi realizada uma esplenectomia e aposição de um dreno Blake de 24F, em decorrência de uma lesão em cauda de pâncreas. O débito do dreno é de cerca de 350ml/dia, com um nível de amilase de 20.000U/ml. O paciente se encontra no 7 DPO evoluindo sem intercorrências. Qual a conduta mais apropriada para o caso, neste momento?
- A) Zerar a dieta, iniciar nutrição parenteral total e terapia com somatostatina.
 - B) Colocar sonda enteral após o ângulo de Treitz e iniciar dieta enteral.
 - C) Aplicar cola de fibrina através do dreno.
 - D) Indicar laparotomia e realizar uma pancreatectomia distal.
- 10.** Paciente de 10 anos de idade é submetido a uma esplenectomia decorrente de um trauma fechado de abdome, fruto de um acidente automobilístico. Durante a laparotomia, apenas a lesão de baço foi identificada. O paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar no 7 DPO. Com relação ao risco de morte em decorrência da infecção pós-esplenectomia, é correto afirmar que:
- A) é maior quando a esplenectomia é realizada por trauma abdominal fechado.
 - B) é maior nos paciente mais velhos.
 - C) diminui à medida que aumenta o intervalo da esplenectomia.
 - D) é menor em adultos que fazem uso profilático de penicilina.
- 11.** Paciente de 40 anos de idade, vítima de um acidente automobilístico, apresenta-se hipotenso e com importante distensão abdominal. A ultrassonografia de abdome revela grande quantidade de líquido livre na cavidade e o paciente é submetido a uma laparotomia exploradora. O achado operatório é de uma grande laceração em lobo direito de fígado e cerca de 3 litros de sangue no abdome. Após a ligadura dos vasos visivelmente sangrantes, o abdome é "empacotado" com 12 compressas. O sangramento parece estar controlado e a fâscia abdominal é fechada. O paciente é mantido entubado. Dentre os indicadores abaixo relacionados, qual o que menos influenciará na indicação de uma reoperação?
- A) Bilirrubinas.
 - B) Número de concentrado de hemácias para manutenção da pressão arterial.
 - C) pH arterial.
 - D) Tempo de protrombina.
- 12.** Dez horas após sua entrada na UTI, o paciente da questão 11 continua hipotenso, com abdome tenso e dificuldade para ventilar. O hematócrito está estável. É feita uma hipótese diagnóstica de Síndrome compartimental. Dentre as alternativas abaixo, qual a que não está relacionada à Síndrome compartimental do abdome?
- A) Pressão intravesical > 30mmHg.
 - B) Oligúria.
 - C) Pressão inspiratória elevada.
 - D) Output cardíaco aumentado.
- 13.** Após 15 dias, o paciente da questão 11 vem se recuperando de maneira satisfatória, quando desenvolve um quadro de dor em quadrante superior direito, icterícia e queda no hematócrito. A tomografia computadorizada mostra uma vesícula biliar bastante distendida, com presença de contraste venoso em seu interior. Dentre as alternativas abaixo relacionadas, qual a que melhor se enquadra na condução, diagnóstico e tratamento do referido paciente?
- A) Colangiografia endoscópica retrógrada.
 - B) Colectostomia percutânea.
 - C) Colectomia videolaparoscópica com colangiografia transoperatória.
 - D) Arteriografia hepática com embolização.

14. Um homem de 35 anos de idade, com traumatismo cranioencefálico por PAF, com escala de coma de Glasgow 3, é intubado e transferido para o CTI onde, 24 horas após, permanece sem reflexos corneais ou pupilares, e sem resposta a estímulos algícos supra-orbitais. O teste de apneia é positivo. A fim de que se possa declarar o paciente em morte encefálica e candidato a doador de órgãos para transplante, necessita-se de:
- A) dois exames clínicos de morte encefálica com três horas de intervalo e um exame de Doppler transcraniano demonstrando ausência de fluxo sanguíneo cerebral.
 - B) um exame clínico de morte encefálica e um EEG demonstrando isoeletricidade em todas as derivações.
 - C) dois exames clínicos de morte encefálica com seis horas de intervalo e um EEG demonstrando isoeletricidade em todas as derivações.
 - D) presença de decorticação e descerebração.
15. Um homem é submetido a uma laparotomia exploradora, devido a ferimento penetrante do abdome por projétil de arma de fogo, com lesão de duodeno, sendo realizada rafia primária da lesão. Posteriormente, foi iniciada alimentação parenteral total, devido à evolução para uma fístula duodenal de alto débito. Os sinais vitais permaneceram estáveis e o débito urinário normal, quando, no 14º dia de pós-operatório, é re-explorado, sob anestesia geral, para drenagem de abscesso intracavitário. Durante a cirurgia foi mantida NPT. Na sala de recuperação pós-anestésica, seis horas após a cirurgia, o paciente está estável e o débito urinário é adequado, entretanto ele se mantém comatoso, com respiração espontânea. Qual a(s) causa(s) mais provável desse quadro clínico?
- A) Hipoglicemia.
 - B) Coma hiperosmolar não-cetótico.
 - C) Hiperidratação.
 - D) Hipoventilação e hipoxemia.
16. Uma paciente de 57 anos de idade apresenta, há 24 horas, quadro de dor em hipocôndrio direito com icterícia, febre e calafrios. Tax=38,5°C e PA=135 x 85mmHg. A ultrassonografia mostra vesícula de paredes normais, com cálculos no seu interior, e moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A bilirrubinemia total é de 6mg%, com 4,5mg% da fração direta, e há leucocitose de 15.500células/mm³ com 10% de bastões e 0% de eosinófilos. Qual a conduta inicial a ser tomada?
- A) Hidratação e antibioticoterapia venosa.
 - B) Drenagem transparietoepática.
 - C) Colectomia com drenagem a Kehr.
 - D) Colectomia com anastomose biliodigestiva.
17. Um paciente de 46 anos de idade, com história de doença de Chagas, é admitido na Emergência com febre, 21.000 leucócitos, taquicardia, hipotensão, oligúria, dor, distensão abdominal e diarreia com sangue. O diagnóstico presuntivo é de megacólon tóxico. A conduta terapêutica inicial mais adequada para este caso, é:
- A) anticolinérgicos, transfusão sanguínea e observação.
 - B) passagem de sonda nasogástrica, antibióticos e jejum.
 - C) colectomia total, ileostomia de Brooke e bolsa de Hartman.
 - D) nutrição parenteral total e corticoterapia.
18. Homem de 41 anos de idade, com 70kg, apresenta queimaduras de 2º e 3º graus, envolvendo toda a perna esquerda, a metade da perna direita, todo o braço esquerdo e a metade da cabeça. Também há lesão por inalação. Indique a superfície corpórea total queimada e a ressuscitação hidroeletrólítica aproximada.
- A) 32% e infusão de 250ml/h de Ringer lactato.
 - B) 50,5% e infusão de 400ml/h de soro fisiológico.
 - C) 40,5% e infusão de 350ml/h de Ringer lactato.
 - D) 60,5% e infusão de 700ml/h de Ringer lactato.
19. Paciente do sexo masculino, com 52 anos de idade, tentou suicídio com ingestão de ácido muriático líquido há aproximadamente 12 horas. Apresenta insuficiência respiratória, leucocitose, hiperuricemia e elevação de fosfatase alcalina. Foi realizada EDA, cuja classificação endoscópica de Zargar foi grau IIa. Assinale a alternativa incorreta, a cerca deste caso.
- A) A EDA está contra-indicada após 72 horas da ingestão do ácido, pelo risco de perfuração.
 - B) No protocolo de atendimento inicial, além de avaliação de vias aéreas, oximetria de pulso, monitorização da diurese e hidratação, inclui-se a introdução de substâncias neutralizantes, a fim de minimizar a progressão das lesões.
 - C) De acordo com a classificação de Zargar em grau IIa, a dieta pode ser liberada após a realização da EDA, utilizando-se IBP, antibiótico com cobertura para anaeróbios.
 - D) Após a avaliação da otorrinolaringologia, está indicada a EDA tanto em adultos quanto em crianças entre 12 e 36 horas após a ingestão da substância.
20. Paciente de 37 anos de idade apresenta-se com icterícia obstrutiva secundária a uma lesão iatrogênica das vias biliares há 03 meses (Bismuth 1), por uma colectomia laparoscópica. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.
- A) A reconstrução cirúrgica é a única opção para o tratamento deste paciente.
 - B) A reconstrução da árvore biliar deverá ser, sempre (nestes casos), por uma anastomose hepatocolédoco término-terminal.
 - C) Os melhores resultados na reconstrução da árvore biliar, ocorrem quando da identificação imediata da lesão.
 - D) A cirrose biliar secundária não está associada com as lesões iatrogênicas da via biliar principal.