



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO  
Comissão Permanente de Processo Seletivo - CPPS  
**ESPELHO DE PROVA DA ESCRITA**

**EDITAL: 062/2014**

**DISCIPLINA:** Princípios de Técnica Operatória. Clínica Cirúrgica. Cirurgia Ambulatorial. Urgência e Emergência. Anatomia. Habilidades. Clínicas. Medicina de Família e Comunidade.

Questão 01) Solicitar avaliação pré-operatória cardiovascular e prova de função pulmonar. Suspender a glibenclamida no dia anterior à cirurgia. Manter as outras medicações. Uso de antibioticoterapia profilática deve ser avaliado. Por tratar-se de cirurgia limpa, mas em paciente diabético e com uso de material sintético, deverá usar antibioticoprofilaxia. Realizar a cirurgia pela manhã. Assegurar que o paciente tem acesso a transporte, ajuda efetiva da família e retaguarda de apoio em casos de intercorrências.

**REFERÊNCIAS:**

**CIRURGIA AMBULATORIAL.** José Antônio Gomes de Souza e Armando de Oliveira e Silva. Editora Atheneu. 1999

**Current Diagnosis and Treatment. Surgery.** Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

**Schwartz's Principles of Surgery,** 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

**Membros da Banca Examinadora**

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

*João José de Medeiros*

*Adelino Medeiros*

*Luiz Antonio Silva da Cunha Lima*

Questão 02)

Incisão na projeção cutânea do canal inguinal. Identificação do anel superficial e abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo. Liberação da aponeurose do oblíquo externo expondo medialmente a bainha do reto, lateralmente os ligamentos inguiniais e íleo-púbico e inferiormente o tubérculo púbico onde o cordão espermático é isolado e reparado. Dissecção da parede posterior do canal inguinal até identificação dos vasos epigástricos inferiores. Dissecção e tratamento do saco herniário. A seguir é colocada uma tela de polipropileno na parede posterior do canal inguinal de tamanho e formato apropriados (geralmente 6 cm x 10 cm). A tela é fendida longitudinalmente para que permita a passagem frouxa, mas justa, do cordão espermático. A sutura da tela é iniciada fixando-se a sua extremidade ínfero-medial sobre o tubérculo púbico, ultrapassando o mesmo em 2cm . A seguir a sutura aproxima a borda lateral da tela ao ligamento inguinal, até o nível do anel profundo. Neste momento é realizada a abertura da tela para envolver o cordão espermático. Prossegue-se com a sutura da borda medial da tela na aponeurose do músculo oblíquo interno, com pontos separados ou chuleio até o anel profundo. Ultrapassando o orifício profundo, os dois ramos da tela, fendida, são sobrepostos e fixados com 2 ou 3 pontos ao ligamento inguinal, "abraçando" e mantendo o cordão em sua posição natural (ponto de Lichtenstein), construindo desta forma um novo anel profundo e o reforço da parede posterior sem tensão. Todas as suturas da tela são realizadas com fio de polipropileno 2-0. Após a revisão adequada da hemostasia, as bordas da aponeurose do músculo oblíquo externo são aproximadas com sutura em chuleio. Sutura do tecido subcutâneo com pontos separados de catgut simples 3-0 e a pele com pontos de mononylon 4-0.

REFERÊNCIAS:

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Taulatore de Medeiros

Albino Pedreira

Luciana Fontes Silva da Cunha Lima

Questão 03)

A resposta esperada pelo candidato deve ser como a descrita : São cirurgias realizadas com objetivo de evitar o câncer em situações onde se está bem estabelecido como alto risco. Exemplos: Mastectomia bilateral, na presença de mutação do BRCA1 ou 2. Ooforectomia bilateral mutação do BRCA 1, no câncer familiar ovariano. Tireoidectomia no MEN 2A e 2B, no carcinoma medular tireoidiano familiar nom-MEN (FMTC) e proctocolectomia total na HNPCC.

REFERÊNCIAS:

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Franco Jose de Medeiros

Aldo Medeiros

Luciana Fontes Silva da Cunha Lima

Questão 04)

Para tais pacientes, uma Pancreaticojejunostomia longitudinal (procedimento Puestow) é apropriado. A descrição é a que se segue:

Incisão arqueada do abdome superior;

Abertura da bolsa omental;

Punção com agulha do ducto pancreático dilatado;

Incisão longitudinal do ducto pancreático incluindo a cabeça, corpo e cauda do pâncreas;

Remoção de cálculos, se houver;

Criação de alça de jejuno proximal em Y de Roux;

Anastomose látero-lateral do ducto pancreático aberto, à alça jejunal e

Drenagem externa da anastomose (opcional).

**REFERÊNCIAS:**

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

**Membros da Banca Examinadora**

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

*Paulo José de Medeiros*

*Aldeoberto Medeiros*

*Luciana Foutes Silva da Cunha Lima*

Questão 05)

As vítimas de trauma necessitam de uma abordagem precisa, rápida, sistemática, a fim de garantir a sua sobrevivência. O sistema Advanced Trauma Life Support (ATLS), desenvolvido pelo Comitê de American College of Surgeons no Trauma representa a melhor abordagem atual do paciente gravemente ferido. A seqüência de avaliação inclui exame primário, reanimação, exame secundário, e gestão definitiva. O curso manual e provedor de ATLS publicado pelo Comitê de ACS no Trauma é a diretriz aceita para a pesquisa primária. O levantamento preliminar é uma avaliação rápida para detectar lesões gravíssimas após a ABCDE: via aérea, respiração, circulação, incapacidade e exposição / meio ambiente.

A - Airway –Via aérea e controle da coluna cervical : Proteção da via aérea contra obstrução (vômito, corpo estranho, desabamento da língua etc.) e controle da coluna cervical (imobilização temporária, que pode ser realizado simplesmente segurando a cabeça do paciente) ou com uso de colar cervical. Os pacientes com ferimentos graves na cabeça, uma alteração do nível de consciência, ou a Escala de Coma de Glasgow (ECG), de 8 ou menos, geralmente, exigem a colocação de uma via aérea definitiva. Intubação orotraqueal ou nasotraqueal pode ser tentada com as precauções da coluna cervical. Dependendo do caso, a via aérea definitiva deve ser conseguida com a realização da cricotireoidostomia ou a traqueostomia

B - Breathing –Respiração e Ventilação : Avaliação da expansibilidade pulmonar, que pode estar prejudicada por hemotórax ou pneumotórax fraturas múltiplas de costelas (tórax instável), etc. Uma vez que a via aérea foi estabelecida, é necessário ter certeza de que oxigenação e ventilação é adequada. Examine o paciente para determinar o grau de expansão torácica, sons respiratórios, taquipnéia, crepitação de fraturas de costela, enfisema subcutâneo, e a presença de penetração ou feridas abertas. Imediatamente lesões pulmonares que devem ser detectados e tratados precocemente incluem pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável, e hemotórax maciço com risco de vida. O que se segue são exemplos de lesões pulmonares fatais e seu tratamento:

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Fábio Lore de Medeiros

Aldeblom Pedreira

Luciana Fontes Silva da Cunha Lima

1. O pneumotórax hipertensivo: Esta condição ocorre quando o ar fica preso no espaço pleural sob pressão. Os efeitos nocivos resultam principalmente de desvios do mediastino, comprometimento do retorno venoso, e oclusão potencial das vias aéreas. Os achados clínicos consistem em hipotensão na presença de veias do pescoço distendidas, diminuído ou ausente respiração soa no lado afetado, hiperressonância à percussão e traqueal afastem do lado afetado. A cianose pode ser uma manifestação tardia. O tratamento de emergência consiste em inserção de uma agulha de grande calibre ou cânula intravenosa plástico (angiocath) através da parede torácica para o espaço pleural no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular para aliviar a pressão e converter o pneumotórax hipertensivo a um pneumotórax simples.

2. Pneumotórax aberto: Essa condição resulta de uma ferida aberta da parede torácica com a livre comunicação entre o espaço pleural e da atmosfera. Com a expansão do tórax durante a respiração, o ar se move para dentro e para fora da abertura da parede torácica, em vez de através da traquéia, produzindo hipoventilação que podem ser rapidamente fatal. O tratamento de emergência consiste em vedar a ferida com uma compressa esterilizada oclusiva fixa em três lados, para atuar como uma válvula de tipo vibração ou com qualquer material, se nada estéril está disponível. O tratamento definitivo requer a colocação de um dreno de tórax para reexpandir o pulmão e fechamento cirúrgico do defeito. Intubação das vias aéreas com ventilação mecânica com pressão positiva pode ser útil no maciço pneumotórax aberto.

3. O tórax instável: Múltiplas fraturas de costelas, resultando em um segmento de livre flutuação da parede torácica pode produzir um movimento paradoxal que prejudica a expansão pulmonar. Em pacientes com tórax instável, contusão pulmonar associada à lesão é comum e muitas vezes é a principal causa de insuficiência respiratória. A lesão é identificada por uma inspeção cuidadosa e palpação durante o exame físico. Pacientes com grandes segmentos de costelas fraturadas quase sempre exigirá entubação endotraqueal e ventilação mecânica, tanto para otimizar a troca gasosa. Portanto, a maioria dos pacientes com tórax instável exigirá um acompanhamento em uma unidade de terapia intensiva.

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Paulo José de Medeiros

Aldebrasil Pereira

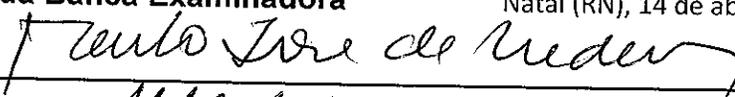
Luciana Furtos Silva da Cunha Lima

C - Circulation – Circulação Sangüínea e controle da Hemorragia: Avaliação e controle de perda sangüínea por hemorragias, lesões cardíacas e outras causas de baixo débito cardíaco. A Hemorragia de feridas de superfície livre acessível é geralmente evidente e pode ser controlada, na maioria dos casos, por pressão e a elevação do ponto de sangramento local. Pressão firme e precisa sobre a artéria principal na axila, espaço antecubital, pulso, virilha, espaço poplíteo, ou no tornozelo pode ser suficiente para o controle temporário de hemorragia arterial distal a esses pontos. Quando todas as outras medidas falharem, um torniquete pode ser necessário para controlar a hemorragia maior de feridas extensas ou grandes vasos em uma extremidade. Incapacidade de gerir um torniquete corretamente pode causar vascular irreparável ou dano neurológico. Por esta razão, o torniquete deve ser usado somente quando necessário, e deve ser mantido exposto e afrouxado pelo menos a cada 20 minutos durante 1 ou 2 minutos, enquanto o paciente está em trânsito. Se algum grau de choque está presente, pelo menos, duas linhas intravenosas periféricas de calibre 14-16 devem ser estabelecida, geralmente na fossa antecubital. Se o acesso venoso não pode ser obtido por punção venosa periférica ou central, uma dissecação venosa da veia safena magna, no tornozelo utilizando um tubo de extensão angiocath ou intravenosa com a ponta cortada pode ser realizada. Uma amostra de sangue para o tipo de reação cruzada e deve ser enviada a partir da linha venosa.

Assim que é inserido na primeira linha intravenosa, infusão de cristalóides rápida deve começar. Os pacientes adultos deve ser dada 2 L de Ringer lactato ou soro fisiológico. Para crianças, o volume inicial cristalóide administrada deve ser de 20 ml / kg. Os pacientes que experimentam uma resposta transitória deve receber uma infusão adicional de 2 L de cristalóide. Após isto, transfusão de hemoconcentrados. Para cada administração de duas primeiras unidades de concentrado de glóbulos vermelhos, é importante administrar também plasma fresco ou plasma congelado fresco (FFP) para evitar a coagulopatia no paciente politransfundido.

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.







D - Disability - Déficit Neurológico- Um breve exame neurológico deve ser documentado para avaliar grau de comprometimento neurológico do paciente. Muitos fatores podem contribuir para alterações nos níveis de consciência e devem ser considerados em conjunto com lesões do sistema nervoso central em todos os pacientes traumatizados. Para além do trauma direto, as causas que mais contribuem comumente para alteração de estado mental nos pacientes vítimas de trauma são intoxicação alcóolica, outros estimulantes do sistema nervoso central ou depressivos, cetoacidose diabética, acidente vascular cerebral, e choque hipovolêmico. O diagnóstico diferencial depende de uma história cuidadosa e exame físico completo, com especial atenção para o exame neurológico com documentação de pontuação da Escala de coma Glasgow do paciente. Sinais de lateralização também pode sugerir evidência de um efeito de massa intracraniana ou carótida ou lesão da artéria vertebral, enquanto a perda de motora distal e / ou função sensorial pode ajudar a localizar potenciais lesões na medula espinal.

E - Expositure - A exposição do paciente é indispensável sobretudo para que não passem despercebidas lesões da face posterior do corpo e do períneo. É importante que a roupa do paciente seja seccionada, e não retirada. A tentativa da retirada pode provocar lesões por movimentação de focos de fraturas, que devem. Avaliar outras lesões que ainda não foram avaliadas e proteger o paciente contra hipotermia (retirando roupas molhadas, aquecendo o paciente).

#### REFERÊNCIAS:

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Antonio Jose de Medeiros

Adelmo Pedreira

Luciana Fantes Silva da Cunha Lima

Questão 06)

Além de comentar resumidamente o atendimento inicial ao trauma, o candidato também deverá falar sobre as alterações metabólicas e endócrinas do trauma e a necessidade de suporte ventilatório e de oxigenoterapia. No caso, há necessidade de intubação orotraqueal e internação em unidade de queimados. Além disto, precisa fazer o cálculo da superfície de área queimada, que no caso é de 27%, calculando a hidratação nas primeiras 24 horas, usando a fórmula de Parkland, explicando como realizar a administração da volemia.

REFERÊNCIAS:

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Luís Tore de Medeiros  
Aldebaran  
Luciana Foutes Silva da Cunha Lima

Questão 07)

O diagnóstico clínico é de diverticulite aguda. O candidato deve sugerir a solicitação de exames complementares para avaliar o quadro clínico (laboratoriais) e tomografia computadorizada de abdomen, para avaliar a graduação de Hinchey para diverticulite perforada ou abscedada. Não deve solicitar enema baritado ou colonoscopia, pelo risco de perfuração do divertículo.

**REFERÊNCIAS:**

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition.  
Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill  
Education. New York

**Membros da Banca Examinadora**

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

Paulo Tore de Medeiros  
Aldemir Pedreira  
Juciana Fontes Silva da Cunha Lima

Questão 08)

O tratamento deve ser baseado na GRADUAÇÃO DE HINCHEY PARA DIVERTICULITE

Estágio I: abscesso pericólico ou mesentérico. Nesta situação, além das medidas de reposição volêmica, a antibioticoterapia deverá ser instituída, com uso de fármacos de largo espectro de ação, voltado para Gram negativos e anaeróbios. instituir jejum e acompanhamento.

Estágio II: abscesso pélvico bloqueado. Além das medidas anteriores, poderá ser realizada punção e drenagem percutânea dos abscessos, caso não regrida com ATB.

Estágio III: peritonite generalizada purulenta. Além das medidas anteriores, está indicada a laparotomia exploradora, colectomia pela técnica de Hartmann

Estágio IV: peritonite fecal generalizada. Além das medidas anteriores, está indicada a laparotomia exploradora, colectomia pela técnica de Hartmann

**REFERÊNCIAS:**

Current Diagnosis and Treatment. Surgery. Thirteenth edition. Gerard M Doherty. Editora Mc Graw Hill LANGE. 2010

Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition. McGraw-Hill Education. New York

Membros da Banca Examinadora

Natal (RN), 14 de abril de 2015.

        Fábio José de Medeiros          
        Abel M. Pedreira          
        Duciana Fontes Silva da Cunha Lima