

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA OBTIDOS NO EXTERIOR - 2013

RESPOSTAS AOS RECURSOS DA PROVA TEÓRICA DE CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 10 - Resposta aos sete recursos referentes à questão de número 10.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 23 sobre “mordidas e picadas”, em sua página 557, infere-se que o tratamento deve ser constituído pela extração do carrapato, limpeza e antisepsia do ferimento e imunização para o tétano, sem uso de antibióticos. No mesmo subcapítulo, o autor refere que, “caso o carrapato tenha se incrustado por menos de 24 horas, o risco de transmissão de infecção será muito pequeno”. Porém, na mesma referência, em sua página 558, afirma que ***“há controvérsia quanto à adoção do tratamento profilático em uma vítima de picada de carrapato para prevenção da doença de Lyme”***.

O Guia de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 2005, página 334, é explícito quando afirma que ***“não é recomendada a antibioticoterapia profilática para pessoas não doentes que tenham sido recentemente picadas por carrapatos, pois apenas contribui para atrasar o início dos primeiros sintomas, caso venham a desenvolver a doença”***.

Já, o Informe técnico “Febre Maculosa Brasileira” do Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac, Estado de São Paulo, 2002, afirma que ***“não existem estudos conclusivos sobre a eficácia da antibioticoprofilaxia para os expostos”***.

Pelo exposto, considerando que o uso de antibiótico profilático nas picadas recentes de carrapato permanece controverso, **admitimos como aceitáveis as alternativas B e C da questão de número 10.**

RECURSO DEFERIDO: QUESTÃO ANULADA.

QUESTÃO 11 - Resposta aos quatro recursos referentes à questão de número 11.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 12 sobre “Princípios de Pré-operatório e Operatório”, em suas páginas 249, 250 e 251, pode-se observar a afirmação de que ***“Casos com feridas contaminadas (classe III) requerem preparo mecânico ou antibióticos parenterais tanto com atividade aeróbica e anaeróbica. Deve-se tomar uma abordagem desse tipo nos***

casos de uma operação abdominal de emergência, como na suspeita de apendicite....”

No mesmo subcapítulo, ***“Profilaxia com Antibióticos”***, o autor afirma que ***“Casos com feridas sujas ou infectadas geralmente requerem o mesmo espectro de antibióticos, que pode ser continuado no período pós-operatório nos quadros de infecção continuada ou tratamento tardio.”***

A Classificação do Conselho de Pesquisa Nacional de Feridas Operatórias e Taxas de Infecção de Ferida, tabela 12-10, página 249 da mesma referência bibliográfica citada, também classifica a ferida com ***“inflamação bacteriana aguda, sem pus”***, como uma ferida ***“suja e infectada”***.

Na Tabela 12-11, ***“Profilaxia Antimicrobiana para Intervenção Cirúrgica”***, página 250 da mesma referência bibliográfica citada, o autor sugere, entre outros esquemas, o uso de ***“cefazolina + metronidazol”*** para ser usado na apendicectomia, não perfurada. Na página 1257, da mesma referência bibliográfica citada acima, o autor afirma: ***“Antibióticos pré-operatórios cobrem a flora colônica aeróbica e anaeróbica. Para pacientes com apendicite não perfurada, uma dose única pré-operatória de antibióticos reduz as infecções pós-operatórias da ferida e a formação de abscesso intra-abdominal”***. Porém, esta afirmação não determina a proibição da continuidade do uso de antibióticos no período pós-operatório, devendo levar-se em conta a avaliação da equipe cirúrgica em relação aos aspectos inflamatórios e infecciosos do sítio cirúrgico. Ainda nesse viés, na página 249, da citada referência, subcapítulo ***“Profilaxia com Antibióticos”***, o autor afirma que ***“O antibiótico apropriado deve ser escolhido anteriormente à operação e administrado antes que seja feito a incisão na pele (tabela 12-11). Dosagens repetidas devem ocorrer em um intervalo apropriado, em geral três horas para casos abdominais ou duas vezes a vida média do antibiótico (tabela 12-12). A profilaxia perioperatória com antibiótico deve geralmente ser continuada além do dia da operação”***.

Analisando a questão de número 11, percebe-se que o enunciado foi claro ao solicitar a alternativa que representa, **ENTRE ELAS**, o melhor esquema de antibióticos a ser usado para tratar um paciente com apendicite aguda não complicada e submetido à apendicectomia. Em nenhuma das alternativas, excetuando-se a de letra A, está representada uma associação de antibióticos com cobertura concomitante para os patógenos comuns presentes na microbiota do cólon, aeróbio e anaeróbios. Sobre o uso continuado de antibióticos no período pós-operatório das apendicites agudas não complicadas, ele não está proscrito, podendo ser realizado de acordo com a avaliação, pelo cirurgião, do sítio cirúrgico e do próprio apêndice cecal.

RECURSO INDEFERIDO: GABARITO MANTIDO.

QUESTÃO 08 - Resposta aos quatro recursos referentes à questão de número 08.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 47 sobre *“Estômago”*, em sua página 1165, pode-se observar a afirmação de que *“Além da inflamação aguda, a inflamação crônica do duodeno pode levar a episódios recorrentes de cicatrização, seguidos de reparo e cicatriz, por fim levando à fibrose e à estenose da luz duodenal”*. No mesmo parágrafo, também, se pode observar a afirmação de que *“Nessa situação, a obstrução é acompanhada de vômitos indolores de grandes volumes de conteúdos gástricos...”*, ou seja, alimentares e sem bile.

Na mesma referência bibliográfica citada, em seu capítulo 71, página 1929, *“Cirurgia Pediátrica”*, no subcapítulo *“Estenose Hipertrofica do Píloro”*, o autor afirma que *“A estenose hipertrofica do píloro (EHP) é um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns da primeira infância, com incidência de 1:3000 a 4000 nascidos vivos. É mais comum entre 2 a 8 semanas de vida. Na EHP, a hipertrofia dos músculos circulares do píloro causa obstrução do esvaziamento gástrico.”*.

Pelo exposto, a EHP é uma doença da primeira infância, distinta do caso apresentado na questão de número oito, constituindo-se pela hipertrofia dos músculos circulares do píloro e não pela cicatrização e fibrose do duodeno.

RECURSO INDEFERIDO: GABARITO MANTIDO.

QUESTÃO 04 - Resposta ao recurso referente à questão de número 04.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 49, sobre *“O Apêndice”*, no subcapítulo *“Neoplasias”*, em sua página 1263, pode-se observar a afirmação de que: *“A hemicolectomia direita é recomendada para tumores não carcinóides com mais de 1 cm”*.

Observa-se que o candidato se refere aos tumores carcinóides, em seu recurso.

RECURSO INDEFERIDO: GABARITO MANTIDO.

QUESTÃO 06 - Resposta ao recurso referente à questão de número 06.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 46, sobre *“Hemorragia Gastrointestinal Aguda”*, no subcapítulo *“Avaliação Inicial”*, em sua página 1127, pode-se observar a afirmação de que: *“O hematócrito não é um parâmetro útil para a avaliação do grau de hemorragia, em casos agudos,*

porque a proporção entre os eritrócitos sanguíneos (ERTs) e o plasma perdido inicialmente é constante.”.

Observa-se que o candidato que apresentou o recurso requer, também, como correta a alternativa B. Pelo exposto acima, extraído da referência bibliográfica sugerida, não encontramos cabimento no pleito.

RECURSO INDEFERIDO: GABARITO MANTIDO.

QUESTÃO 12 - Resposta ao recurso referente à questão de número 12.

De acordo com a referência bibliográfica sugerida para área de cirurgia, SABISTON - TRATADO DE CIRURGIA – A BASE BIOLÓGICA DA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA, no capítulo 43, sobre “Parede Abdominal, Umbigo, Peritônio, Mesentérios, Omento e Retroperitônio”, no subcapítulo “Ascite/ascite Quilosa”, em sua página 1072, pode-se observar a afirmação de que: ***“O linfoma é a neoplasia mais comum associada à ascite quilosa, embora a ascite quilosa também esteja associada ao câncer de ovário, cólon, rim, próstata, pâncreas e estômago.”.***

Assim, a referida questão tem um enunciado perfeitamente claro, não levando dúvidas ao solicitado, ou seja, qual a **neoplasia mais comumente associada a um paciente adulto com ascite indolor, cuja paracentese revela líquido leitoso de elevada composição proteica e lipídica.**

RECURSO INDEFERIDO: GABARITO MANTIDO.