FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	013/2021 (03/03/2021)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	CCS - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Área de Conhecimento:	FUNDAMENTOS DA ANESTESIOLOGIA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
Clareza e propriedade no uso da linguagem
Coerência e coesão textual
Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova
Domínio e precisão no uso de conceitos
Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa

Questão 1: **Valor (0,00 a 2,50)**

Um paciente de 53 anos é conduzido ao centro cirúrgico devido a uma hemorragia digestiva alta causada por úlcera gástrica. O paciente está sedado pois realizou uma endoscopia digestiva alta para diagnóstico do sangramento. Ele pesa 133 Kg e tem um pescoço curto e grosso e uma via aérea difícil já estabelecida. Apresenta FC = 133 bpm e PA = 90/60 mmHg. Está respirando espontaneamente e apresenta uma saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. O cirurgião está aguardando para o procedimento.
1.a) Como deve ser o manejo da via aérea desse paciente?
1.b) Durante a tentativa de intubação você chegou a uma situação de "não intubo e não ventilo". Que medida deve ser tomada?

Resposta Esperada:
1.a) Como deve ser o manejo da via aérea desse paciente?
Chave de Resposta – Definir Via aérea difíçil e descrever a pelo menos uma das principais técnicas de intubação para paciente com via aérea difícil já estabelecida. Quais sejam: intubação acordada por fibroscopia optica, utilização de vídeo laringoscopia, ou intubação retrógrada. Descrever as ações de acordo com o algoritmo de via aérea difícil (pode usar qualquer um) para o manejo adequado deste paciente. Destacando a importância de ter um plano b em caso de falha.
1.b) Durante a tentativa de intubação você chegou a uma situação de "não intubo e não ventilo. Que medida deve ser tomada?
Chave de Resposta: Situação NINO – não intubo, não oxigeno o paciente. É necessário lançar mão de via aérea cirúrgica de urgência. O candidato deve descrever como realizar uma traqueotomia seja cirúrgica, seja pela técnica de seldinger. Se possível destacar a importância do uso dos dispositivos supraglóticos.

Questão 2: **Valor (0,00 a 2,50)**

Uma paciente de 85 anos está sendo submetida a um artrodese de coluna cervical. Uma hora depois do início da cirurgia começa a presentar uma queda no CO2 no final da expiração, cai de 35 mmHg para 15 mmHg.
2.a) Quais as possíveis causas de redução do valor do CO2 na capnografia?
2.b) Qual a importância da capnografia durante uma eventual parada cardíaca?

Resposta Esperada:
2.a) Quais as possíveis causas de redução do valor do CO2 na capnografia?
Chave de resposta: Capnografia é a medida de CO2 no tempo ou no final da expiração representada graficamente através de onda contínua de formato característico. Seu valor normal vai de 35 a 45 mmHg e tem relação com a PaCO2 uma vez que a a diferença entre EtCo2 e PaCO2 e geralmente de 2 a 5 mmHg. A capnografia pode ajudar no diagnóstico precoce de condições clínicas subjacentes ou anormalidades técnicas tais como: obstrução parcial da via aérea, extubação acidental, desconexão do circuito de anestesia, estados hipermetabólicos. Permitindo a intervenção precoce antes que o dano ao paciente seja irreversível. A capnografia é útil para verificar a posição do Tubo endotraqueal (TET), dando informações sobre a produção de CO2, perfusão pulmonar, ventilação alveolar, padrões respiratórios e eliminação de CO2 do circuito de anestesia e do ventilador.
São causas de redução da ETCO2: diminuição da taxa metabólica em situações de hipotermia ou hipotireoidismo, alterações na eliminação como acontece no aumento do espaço morto do sistema de anestesia, hiperventilação, na redução do débito cardíaco, na parada cardíaca, redução na produção de CO2, vazamento ou oclusão do circuito, embolia pulmonar. Em situações em que ocorra aumento do relaxamento muscular, aumento da profundidade da anestesia ou durante manipulação cirúrgica do coração ou vasos torácicos.
2.b) Qual a importância da capnografia durante uma eventual parada cardíaca?
Chave de resposta: No momento em que o paciente apresenta parada cardíaca, estando ele intubado e monitorado com capnografia, percebe-se rapidamente a queda dos valores no capnógrafo, deve-se imediatamente pedir ajuda, checar pulso (pulso central como o pulso carotídeo) e ventilação, ação que não deve demorar mais do que dez segundos. Deve-se desligar o ventilador e fazer ausculta pulmonar, parar os anestésicos e iniciar compressões torácicas de alta qualidade, ou seja: profundidade de 5 a 6 cm e frequência de 100 a 120 por minuto deixando o tórax retornar completamente antes de cada nova

compressão. O Capnógrafo tem um papel importante durante a parada cardíaca porque permite medir a efetividade das manobras de ressuscitação cardiopulmonar uma vez que não apresenta artefatos mecânicos durante a RCP. Uma boa ressuscitação mostrará uma capnografia em torno de 11 mmHg. E o aumento súbito dos valores da capnografia indica o retorno da circulação espontânea com ressurgimento do débito cardíaco.

Questão 3: **Valor (0,00 a 2,50)**

Paciente de 58 anos, sexo masculino em uso de ácido acetilsalicílico (AAS), 100 mg/dia e clopidogrel, 75mg/dia, devido a uma intervenção coronariana percutânea e implante de stent farmacológico há oito meses, devido a uma angina. Faz uso de atenolol e sinvastatina. Será submetido a uma cirurgia para tratamento de aneurisma de aorta abdominal. Durante o procedimento, através do tromboelastograma foi diagnosticada plaquetopenia.
3.a) Que achados na tromboelastografia podem justificar esse diagnóstico?
3.b) Como deve ser o manuseio perioperatório desse paciente no que diz respeito ao uso de antiagregantes plaquetários e quanto tempo depois da retirada do cateter peridural podemos reiniciar o clopidogrel?

Resposta Esperada:
3.a) Que achados na tromboelastografia podem justificar esse diagnóstico?
Chave de Resposta: Quando ocorre redução das plaquetas a alteração no TEG será uma amplitude máxima (MA) reduzida, já no ROTEM vai apreaentar uma redução o MCF (máxima firmeza do coágulo.
3.b) Como deve ser o manuseio perioperatório desse paciente no que diz respeito ao uso de antiagregantes plaquetários e quanto tempo depois da retirada do cateter peridural podemos reiniciar o clopidogrel?
Chave de resposta: Comentar sobre a terapia de dupla antiagregação plaquetária que geralmente é feita com AAS e Clopidogrel. Como manusear essa questão e como pode ser feita uma terapia ponte se necessário. Destacar que qualquer alteração nessa terapia tem que ser feita de forma multidisciplinar com acerto entre anestesiologista, cirurgião, cardiologista e paciente visando, logicamente, o bem estar e a segurança de todos.

Questão 4: **Valor (0,00 a 2,50)**

O bloqueio dos nervos do pé pode ser realizado para uma variedade de procedimentos cirúrgicos que envolvem o pé, oferecendo uma boa analgesia pós-operatória com preservação da capacidade de deambulação do paciente. Portanto, uma ótima escolha para procedimentos ambulatoriais.
4.a) Quais os nervos envolvidos neste bloqueio?
4.b)Descreva a técnica para realização deste bloqueio.

Resposta Esperada:
4.a) Quais os nervos envolvidos neste bloqueio?
Chave de resposta: O bloqueio periférico a nível de tornozelo para realização de cirurgias no pé é o chamado penta bloqueio e envolve o bloqueio dos seguintes nervos: nervo fibular comum, nervo fibular superficial, nervo sural, nervo safeno, e nervo tibial.
4.b) Descreva a técnica para realização deste bloqueio.
Chave de Resposta: Com o paciente em decúbito dorsal horizontal e com a perna em rotação externa e tendo como referência o maléolo medial e o tendão do calcâneo faz-se a punção 4 a 5 cm acima do maléolo medial em direção póstero anterior rente ao tendão, utilizando-se bupivacaina o,375% ou ropivacaína 0,5% com um volume de 4 a 5 ml, para anestesiar o nervo tibial a esse nível, para o fibular profundo, toma-se como referência o os tendões extensores dos dedos do pe e do primeiro dedo do pé. Introduz-se a agulha perpendicular a pele entre os extensores do primeiro deod e dos demais dedos. Após o contato com periósteo, recua-se a agulha e administra-se o anestésico, com um volume de 3 a 4 ml. Para atingir o nervo fibular superficial e o nervo sural, faz-se a rotação interna da perna e uma infiltração subcutânea de 2 a 4 cm acima do maléolo lateral. Da crista da tíbia ao maléolo lateral para o nervo fibular superficial e do maléolo lateral ao tendão do calcâneo para o nervo sural. Utilizando um volume de 7 ml. Já o nervo safeno pode ser anestesiado tendo como referência a veia safena e o maléolo mdia, fazendo-se uma infiltração subcutânea 2 a 4 cm acima do maléolo em torno da veia safena injetar em torno de 5 ml.

NATAL, 19 de Julho de 2021 às 14:24.

Assinado digitalmente em 18/07/2021 21:42	Assinada digitalmente em 18/07/2021 21:50	Assinado digitalmente em 18/07/2021 23:17
ENIO CAMPOS AMICO	CRISTINA ROCHA DE MEDEIROS MIRANDA	FREDERICH MARCKS ABREU DE GOES
PRESIDENTE	1° EXAMINADOR	2° EXAMINADOR

SIGRH | Superintendência de Informática - | | Copyright © 2007-2021 - UFRN - sigrh02-producao.info.ufrn.br.sigrh02-producao