

PLANTÃO SES-PE

CAIO PAES



CIRURGIA GERAL



DIS SECA NDO

a prova



PERFIL DA PROVA

SES-PE

ESTATÍSTICAS	
PERIOPERATÓRIO E REMIT	11,19%
DOENÇAS BENIGNAS DAS VIAS BILIARES	8,30%
ABDOME AGUDO	7,58%
CÂNCER DE ESTÔMAGO	6,86%
HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL	5,78%
TRAUMA DE ABDOME E PELVE	5,05%
NEOPLASIAS HEPÁTICAS E ESPLÊNICAS	4,33%
DOENÇAS BENIGNAS DO ESTÔMAGO E DRGE	3,97%
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS – UROLOGIA	3,97%
DOENÇAS MALIGNAS DAS VIAS BILIARES	3,97%
NEOPLASIAS DE COLON, RETO E CANAL ANAL	3,97%
AVALIAÇÃO INICIAL DO TRAUMA	3,61%
OBSTRUÇÃO INTESTINAL	3,61%
TRAUMA DE TÓRAX	2,89%
CIRURGIA PLÁSTICA	2,89%



PERFIL DA PROVA

SES-PE

PREDOMINÂNCIA DE CASOS CLÍNICOS

Decisão de conduta e
indicação cirúrgica

Classificações e
nomenclaturas

Temas modernos e
diretrizes



Pegadinhas de prova





NUTRIÇÃO PERIOPERATÓRIA



Triagem e avaliação nutricional

Triagem (Risco): NRS-2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*)

Etapa 1 - Triagem inicial

- O IMC do paciente é $< 20,5$ kg/m²?
- O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?
- O paciente teve redução da ingestão alimentar na última semana?
- O paciente está gravemente doente? (Ex.: está em UTI)

SIM

Etapa 2 - Triagem final

- **Estado nutricional** (0–3): combina IMC, perda de peso recente e redução de ingestão
- **Gravidade da doença** (0–3): estresse metabólico da condição clínica (infecção grave, trauma, grande cirurgia etc.)
- **Idade** ≥ 70 anos: +1 ponto

≥ 3 pontos =
risco nutricional
→ indicar plano
nutricional



Avaliação do Estado Nutricional



Avaliação do estado nutricional

Avaliação subjetiva global (AGS)

- **HISTÓRIA (ANAMNESE) E EXAME FÍSICO**
- Alteração do peso, ingesta alimentar, sintomas TGI, doença metabólica...
- Gordura subcutânea, massa muscular, edema ou ascite

A → Bem nutrido

B → Desnutrido moderado

C → Desnutrido grave

Proteínas séricas

PROTEÍNA	TEMPO DE MEIA VIDA
Proteína ligada ao retinol	10 horas
Pré-albumina	24 - 48 horas
TRANSFERRINA < 200	08 dias
ALBUMINA < 3	20 dias

Perda de peso não intencional

- $\geq 5\%$ 1 mês
- $\geq 7,5\%$ 3 meses
- $\geq 10\%$ 6 meses



Imunonutrição

Risco nutricional submetidos a cirurgia de grande porte → **imunonutrição oral pré-operatória - 7 a 10 dias antes do procedimento**

Adiar a cirurgia

1ª Escolha (Preferencial)

Via Oral + Suplementação

2ª Escolha (Se a 1ª falha)

Terapia Nutricional Enteral
Ingesta oral insuficiente
($< 60\%$ das necessidades)

3ª Escolha (Exceção)

Nutrição Parenteral (NPT)

Dieta oral imunomoduladora:
ARGININA, ÁCIDOS GRAXOS
ÔMEGA-3, NUCLEOTÍDEOS

Dieta enteral padrão: **Hiperproteica** e Hipercalórica

Dieta oligomérica:
intolerância, má absorção, diarreia persistente



(SES-PE 2023 ACESSO DIRETO) - Homem, 78 anos, peso histórico de 62 kg, diagnosticado recentemente com adenocarcinoma gástrico. Refere perda de 5 kg no último mês. Em relação ao NRS (2002) e à conduta nutricional, é CORRETO afirmar que:

- a) O NRS é 3, e não há necessidade de suporte nutricional.
- b) O NRS é 4, e devemos iniciar NPT pré-operatória.
- c) O NRS é 5, e devemos iniciar dieta por SNE.
- d) O NRS é 6, e devemos iniciar pré-op por 7-10 dias.
- e) O NRS é 7, e devemos iniciar nutrição enteral precoce no pós-op.





PANCREATITE AGUDA



CIRURGIA GERAL



Highlights pancreatite aguda

- CÁLCULOS BILIARES (40%) E ALCOOLISMO (35%)

DOR, epigástrica ou periumbilical, “em barra”,
que geralmente irradia para dorso, náuseas ou vômitos

Desidratação, taquicardia, hipotensão,
alteração do nível de consciência

Equimoses no flanco (Sinal de Gray Turner),
periumbilical (Sinal de Cullen) e Fox

Elevação acima de 3x amilase e lipase
(+ sensível)

USG de abdome
Tomografia de abdome com contraste
*48/72h



Highlights pancreatite aguda

- CÁLCULOS BILIARES (40%) E ALCOOLISMO (35%)

TRATAMENTO - LEVE

- Reposição volêmica “moderada” e guiada por metas (SRL)
- Analgesia + oxigenação
- *Alimentação precoce*: iniciar VO dentro de 24 horas

TRATAMENTO - GRAVE

- Tratamento da leve + medidas de suporte (IOT, DVA, HD)
- Nutrição enteral
- Necrose infectada → ATB e estratégia “*step-up*”: drenagem percutânea ou endoscópica primeiro; necrosectomia minimamente invasiva se necessário

Colecistectomia na internação → leve
Se necrose grave → resolução/organização



Escores de gravidade

CRITÉRIOS DE RANSON	
Ranson (alcoólica ou outra)	Ranson (causa biliar)
À admissão Idade > 55 anos Leuco > 16.000/mm ³ TGO > 250 U/l Glicemia > 200 mg/dl LDH > 350 U/l	À admissão Idade > 70 anos Leuco > 18.000/mm ³ TGO > 250 U/l Glicemia > 220 mg/dl LDH > 400 U/l
Às 48 horas PO ₂ < 60 mmHg Déficit de bases > 4 mEq/l Sequestro de fluidos > 6L Hematócrito (queda) > 10% Aumento da BUN > 5 mg/dl Cálcio < 8 mg/dl	Às 48 horas PO ₂ Not available Déficit de bases > 5 mEq/l Sequestro de fluidos > 4L Hematócrito (queda) > 10% Aumento da BUN > 2 mg/dl Cálcio < 8 mg/dl

CRITÉRIOS DE GLASGOW/IMRIE	
Idade	> 55 anos
Leucócitos	> 15.000mm ³
PaO ₂ *	< 60 mmHg
DHL**	> 600 U/L
AST ou ALT***	> 200 U/L
Albumina	< 3,2g/dl
Cálcio	< 2mmol/L
Glicemia	> 180 mg/dl
Ureia	45 mg/dl

RANSON

- Total de 11 (10) critérios → cada um vale 1 ponto
- ≥ 7 pontos → mortalidade ~100%
- ≥ 3 critérios = doença grave

GLASGOW ≥ 3 critérios positivos =
pancreatite **GRAVE**
APACHE II ≥ 8 pontos =
pancreatite grave



Complicação	Tempo (Class. Atlanta)	Características (TC)	Tratamento
Coleção Fluida Aguda	< 4 semanas	Fluido homogêneo, peripancreático, sem parede definida	Observação (maioria regride espontaneamente)
Coleção Necrótica Aguda	< 4 semanas	Conteúdo heterogêneo (líquido + necrose), sem parede	Suporte. ATB se necrose infectada. Evitar drenagem precoce; intervir só se infecção com piora clínica
Pseudocisto Pancreático	> 4 semanas	Fluido homogêneo, com parede espessa e realçada (cápsula)	Drenagem (Endo/Cir) apenas se sintomático ou complicado
Necrose Encapsulada (WON)	> 4 semanas	Conteúdo heterogêneo (debris/necrose), com parede realçada	Drenagem/Necrosectomia (Step-up) apenas se infectada/sintomática



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 52 anos, etilista, tratado por pancreatite aguda há 8 semanas, retorna ao ambulatório de seguimento sem apresentar queixas. Relata boa aceitação de dieta, nega dor, náuseas, vômitos ou febre. Apresentava durante o internamento uma tomografia de abdome com moderada quantidade de líquido livre peripancreático sem presença de gás ou necrose. Exame de acompanhamento ambulatorial abaixo para acompanhamento. Diante do quadro apresentado pelo paciente e do exame de acompanhamento, qual é a conduta mais apropriada?

- a) Drenagem endoscópica guiada por ultrassom endoscópico, para reduzir o risco de complicações.
- b) Drenagem percutânea, já que o tempo > 6 semanas define pseudocisto maduro e há baixa probabilidade de resolução espontânea.
- c) Observação com reavaliação clínica e imagem.
- d) Pancreatectomia distal profilática.
- e) Antibioticoterapia profilática e acompanhamento ambulatorial.





HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL



CIRURGIA GERAL



Hérnias

HÉRNIA INGUINAL INDIRETA

Localizada **lateralmente** aos vasos epigástricos inferiores

Se anuncia pelo anel inguinal interno

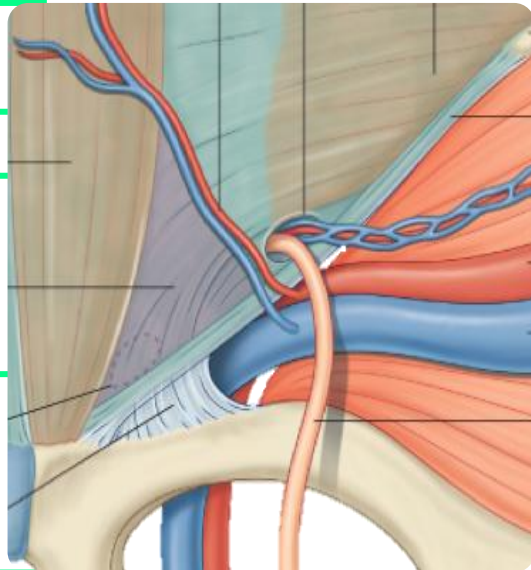
HÉRNIA INGUINAL DIRETA

Localizada **medialmente** aos vasos epigástricos inferiores

HÉRNIA FEMORAL

Abaixo do ligamento inguinal – CANAL FEMORAL

TRIÂNGULO DE HESSELBACH

I – Indireta	Com anel inguinal interno normal Ex: hérnia da infância	
II – Indireta	Com anel inguinal interno dilatado (> 2cm)	
III – Defeito na parede posterior	a. Direta b. Indireta – Anel inguinal dilatado, invadindo medialmente a fáscia transversalis do triângulo de Hesselbach c. Femoral	
IV – Recidivante	a. Direta b. Indireta c. Femoral d. Mista/Combinada	



Hérnia inguinal e femoral

• TRATAMENTO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

REDUTÍVEL

ENCARCERADA

ESTRANGULADA

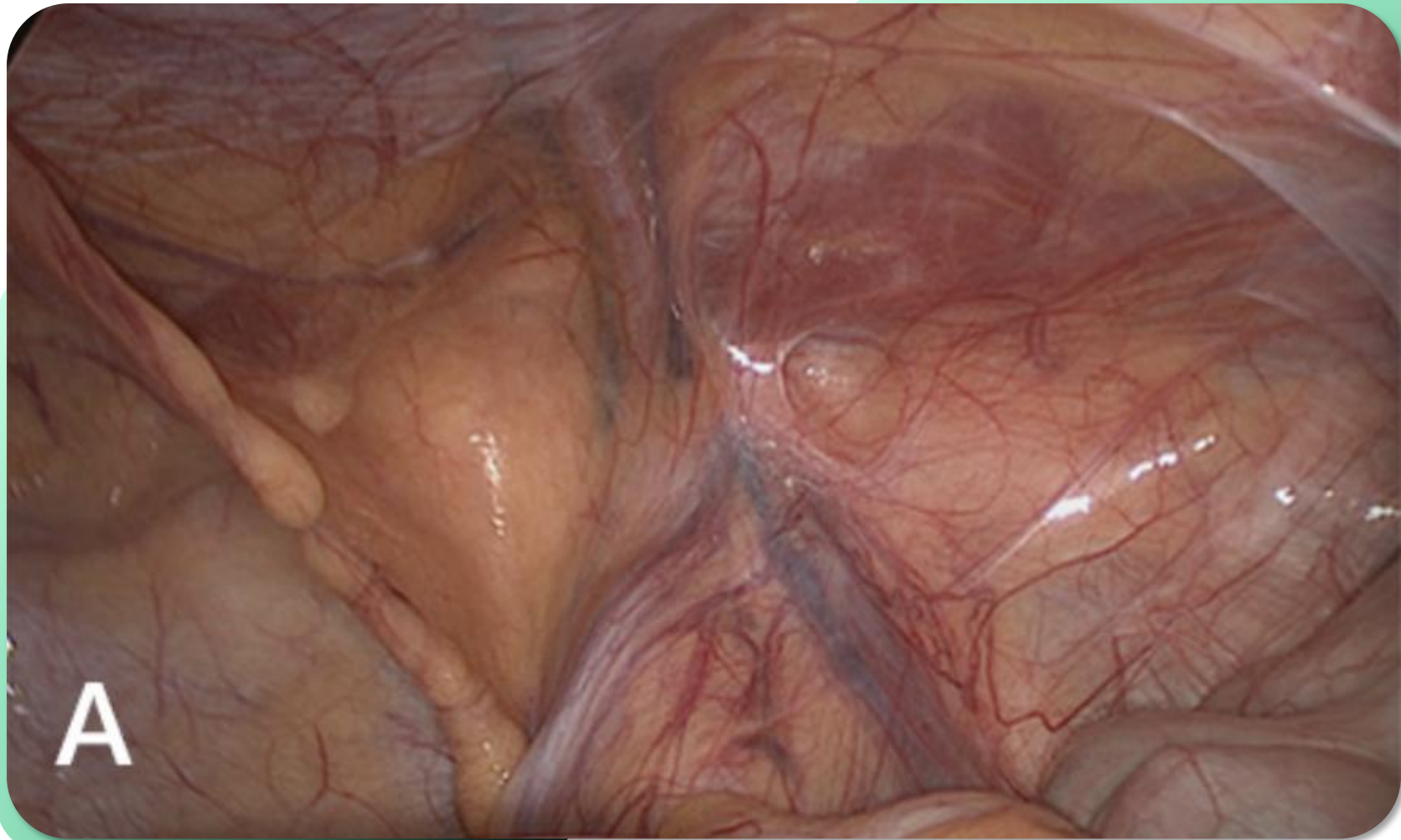
LICHTENSTEIN

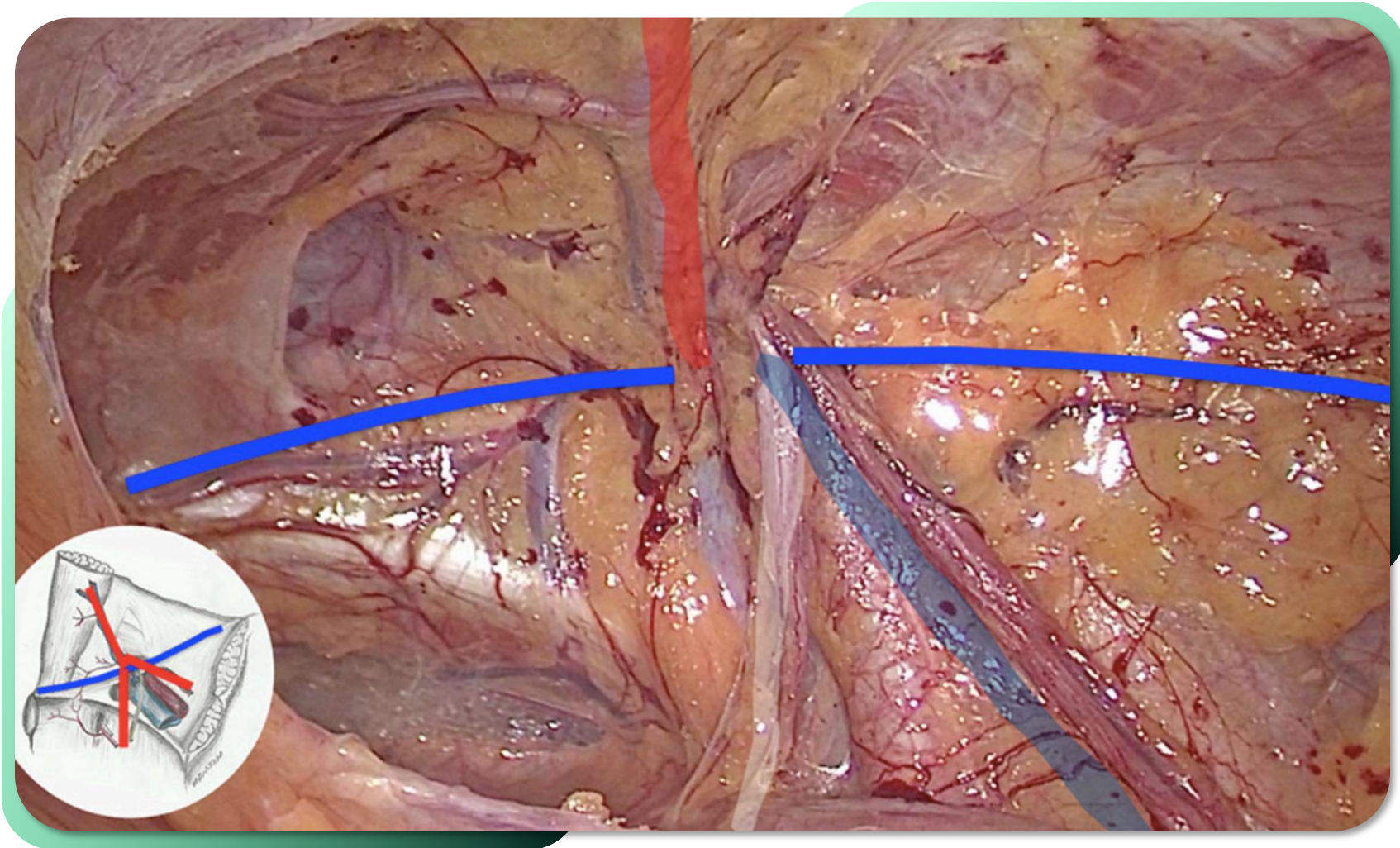
ESPERA VIGILANTE

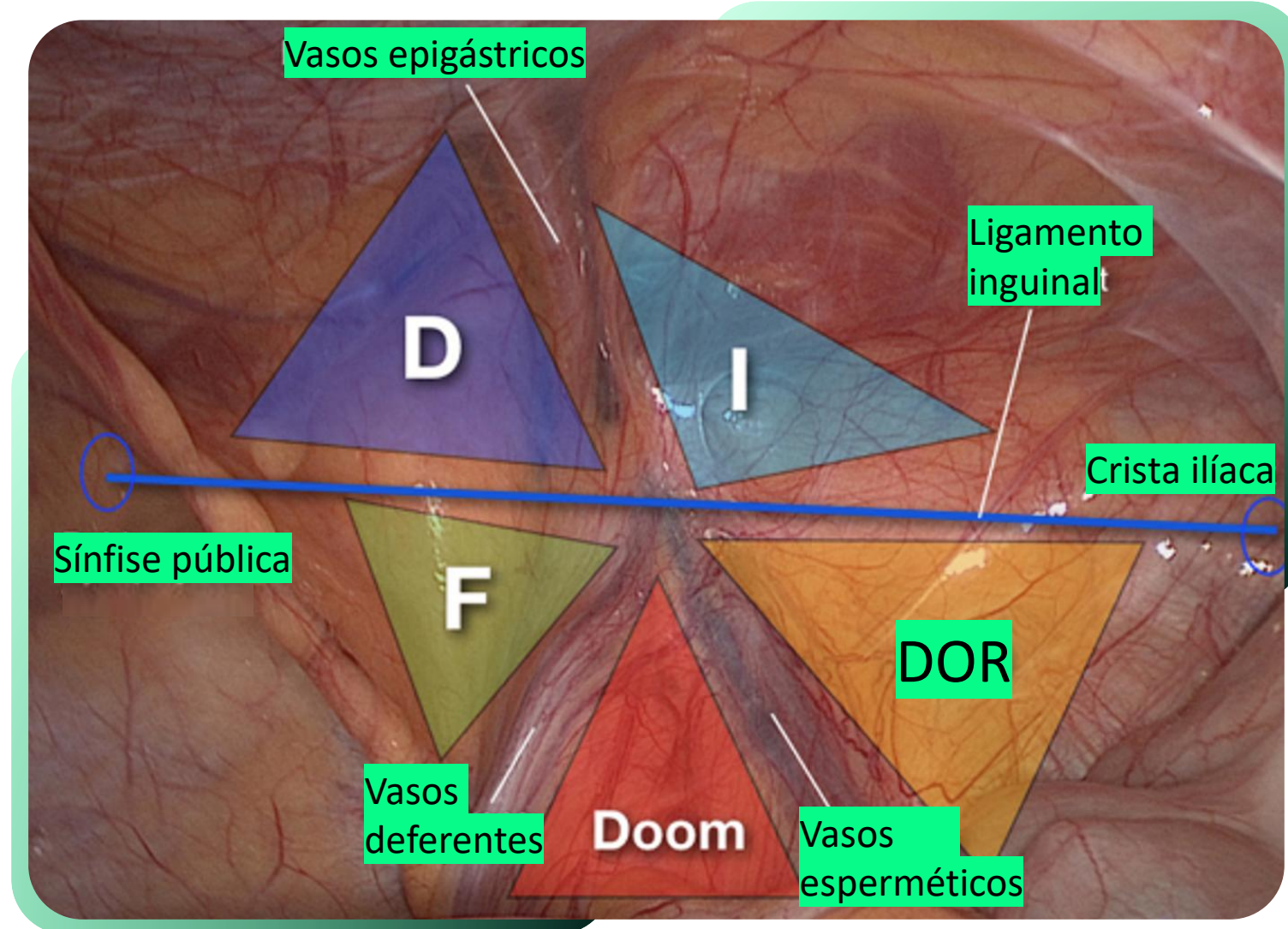
Idosos, assintomáticos ou minimamente sintomáticos, **risco cirúrgico elevado**

- Precoce (< 6 a 8 horas) → redução manual
- Prolongado (> 6 a 8 horas, obstrução) → cirurgia de urgência = INGUINOTOMIA

VLP/ROBÔ









(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Na visão laparoscópica da hernioplastia inguinal, qual triângulo está localizado entre o ducto deferente e os vasos espermáticos?

- a) Hérnia inguinal direta.
- b) Dor.
- c) Hérnia inguinal indireta.
- d) Femoral.
- e) Doom.



CÂNCER COLORRETAL



CIRURGIA GERAL

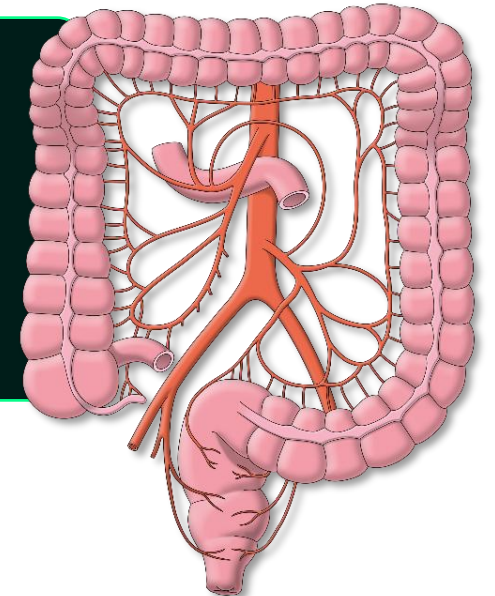


Neoplasia colorretal

**Assintomática
nos estágios
iniciais**

**Alteração do
hábito
intestinal, dor
abdominal,
massa retal ou
abdominal e
hematoquezia**

- **Tumores do Cólon Direito:** Sangramentos macro ou microscópicos (maioria)
- **Tumores do Cólon Esquerdo:** Obstrução Intestinal
- **Tumores de Reto:** Hematoquezia, com ou sem tenesmo e fezes com muco



COLONOSCOPIA

CEA

**ESTADIAMENTO
tomografia de
tórax e abdome/
pelve**

Retais: USG
endorretal ou
ressonância de
pelve. **(invasão do
mesorreto)**

Ressecção
cirúrgica →
(margem de 5 cm)
e linfadenectomia
(mínimo de 12
linfonodos)



Neoplasia colorretal

• RASTREAMENTO

Grupo	Início
Risco médio	45 anos 50 anos (SUS)
Alto risco (história familiar, síndromes hereditárias, DII)	40 anos ou 10 anos antes do caso-índice (o que vier primeiro) <i>principalmente se parente com < 60 anos</i> colonoscopia a cada 5 anos
Síndrome de Lynch (HNPCC) <i>*lembrar de endométrio e ovário</i>	20–25 anos ou 2–5 anos antes da idade do caso mais jovem na família colonoscopia a cada 1–2 anos (vigilância vitalícia)
Polipose Adenomatosa Familiar (FAP)	10–12 anos colonoscopia anual até indicar colectomia profilática EDA por volta de 20–25 anos



QUADRO-RESUMO PARA RISCO MÉDIO	
Teste fecal imunoquímico (FIT)	50–75 anos
Sangue oculto nas fezes (g-FOBT)	50–75 anos
Sigmoidoscopia flexível	50–75 anos
Colonoscopia	50–75 anos



Tabela bônus

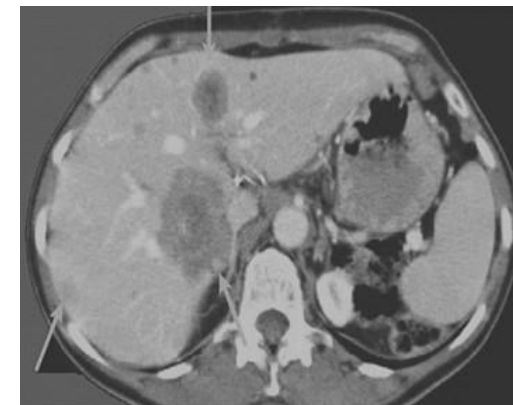
TRATAMENTO CÂNCER DE RETO	
RETO ALTO (> 10-15cm – intraperitoneal)	Regra geral: tratar como cólon . Cirurgia <i>upfront</i> (operar primeiro) com ressecção anterior do reto e excisão mesorretal <i>Quimio-radioterapia pré-operatória não é recomendada de rotina</i>
Reto médio (> 5–10 cm; extraperitoneal)	Cirurgia: Ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal Localmente avançado: Quimiorradioterapia antes da cirurgia
Reto baixo (0–5 cm; extraperitoneal)	Estádio inicial (tumores restritos à parede, sem linfonodos): Cirurgia: Amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles) com colostomia definitiva + excisão total do mesorreto
	Localmente avançado (tumores que ultrapassam a parede e/ou com linfonodos regionais): Quimiorradioterapia antes da cirurgia
Canal anal (carcinoma espinocelular)	Esquema Nigro: quimiorradioterapia definitiva do canal anal → radioterapia pélvica + 5-fluorouracil e mitomicina Cirurgia para persistência ou recidiva
Cirurgias para doença localmente muito avançada (qualquer altura) COM ACOMETIMENTO DE ESTRUTURAS (útero, bexiga..) = Exenteração pélvica	

INDICAÇÃO DE RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA
Restrito à mucosa ou só à camada submucosa superficial
Sem metástase em linfonodos ou à distância
Sem invasão linfática/ vascular/ perineural
Grau bem ou moderadamente diferenciado
Até 2cm



(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Mulher, 67 anos, hipertensa e diabética, fez colonoscopia que evidenciou lesão neoplásica em reto alto. A tomografia de estadiamento evidencia as alterações na imagem abaixo. A paciente possui um filho do sexo masculino, com 40 anos. Ele tem indicação de realizar colonoscopia para screening de câncer de cólon agora?

- a) Sim, o recomendado para população em geral é iniciar aos 40 anos.
- b) Não, ele só precisa realizar colonoscopia com 10 anos a menos que o diagnóstico da mãe (57 anos).
- c) O histórico de câncer dos tios e avós não influenciam nessa resposta.
- d) Sim, como história positiva de parente de primeiro grau, é recomendado começar o screening aos 40 anos.
- e) Não, como a mãe dele possui mais de 60 anos, ele só necessita iniciar o screening aos 50 anos.





TRAUMA DE ABDOME



CIRURGIA GERAL



Trauma de abdome

**CONTUSO OU
PENETRANTE?**

- Sinais de peritonite
- Evisceração, empalamento
- Hematêmese ou sangramento retal

**INSTABILIDADE
HEMODINÂMICA**

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

TRAUMA CONTUSO

**USG FAST
LPD**

INSTÁVEL

ESTÁVEL

TC ABDOME E PELVE

Positivo = Laparotomia
Negativo = Outra causa de
instabilidade?

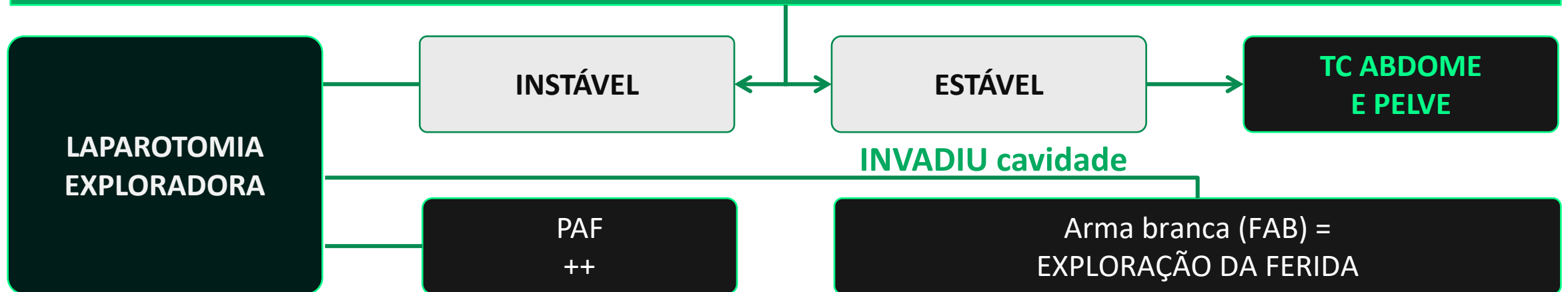
Hepático e Esplênico – conservador+
Pneumoperitônio ⚠️
Lesão diafragmática (VLP)

**LESÃO DE
VÍSCERA?**



Trauma de abdome

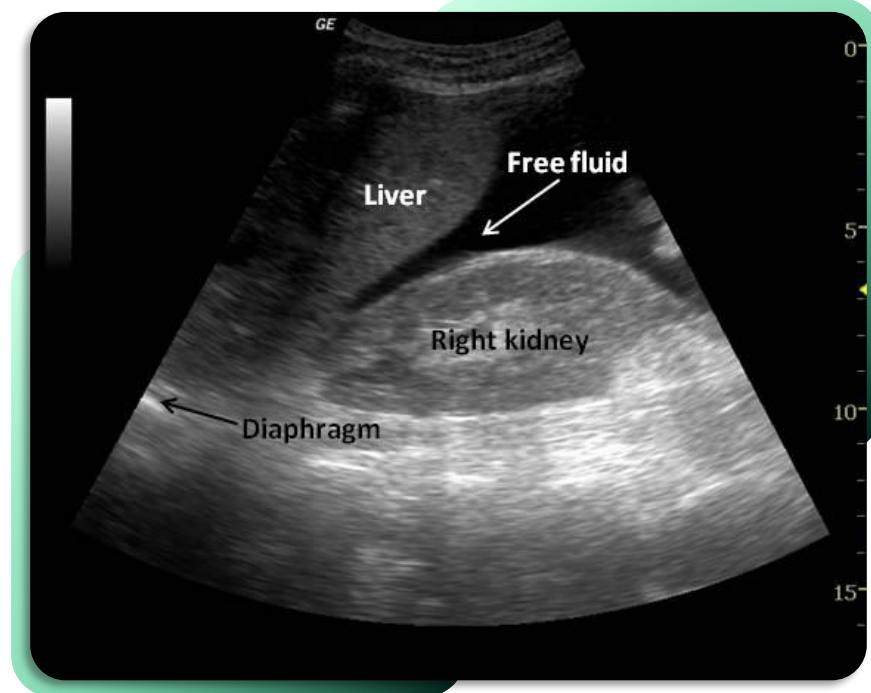
TRAUMA PENETRANTE



LESÕES DE VÍSCERAS

QUEM MANDA É A HEMODINÂMICA
GRANDE TENDÊNCIA A TRATAMENTO CONSERVADOR
(Se condições hospitalares) Blush/Extravasamento de
contraste TC (*mesmo alto GRAU*) → **ANGIOEMBOLIZAÇÃO**

QUAL A CIRURGIA?
Laparotomia
exploradora/
controle de danos





(SES-PE 2024.2 R3 CIR) - Na condução do diagnóstico e tratamento do trauma abdominal penetrante, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A presença de evisceração ou instabilidade hemodinâmica obriga à laparotomia exploradora.
- b) O lavado peritoneal diagnóstico (LP tem sido menos usado, embora tenha uma ótima sensibilidade para diagnóstico de lesão de víscera oca retroperitoneal.
- c) A TC tem uma excelente sensibilidade para diagnóstico de lesões do fígado e baço.
- d) A laparoscopia é a melhor opção diagnóstica para identificar lesões de diafragma.
- e) A TC com contraste em paciente estável suplanta, nos dias atuais, o FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), o LPD e a exploração digital na avaliação inicial desses pacientes.



CÂNCER DE PÂNCREAS



Adenocarcinoma ductal

FATORES DE RISCO

Idade; sexo masculino; Obesidade, tabagismo, pancreatite crônica e diabetes

CLÍNICA

Icterícia + **sinal de Courvoisier-Terrier** + sinais de alarme + surgimento de DM. Emagrecimento

DIAGNÓSTICO

USG, TC, CPER, USG endoscópico
CA 19.9 = AUXILIAR no diagnóstico clínico e vigilância da evolução

A cabeça do pâncreas é o local mais comum (70%)

Neoplasias periampulares (cabeça do pâncreas, colédoco distal, papila duodenal e 2ª porção do duodeno)

Sinal de Courvoisier-Terrier:
Vesícula palpável e indolor

Síndrome de Trousseau:
Tromboflebite migratória



Tratamento

**Duodenopancreatectomia
(Whipple)**



Para tumores ressecáveis
na porção cefálica

**Pancreatectomia
corpo-caudal**



Para tumores ressecáveis
no corpo ou cauda

**Tumores borderline -
Quimioterapia e
radioterapia neoadjuvante**



**VMS/veia porta $\geq 180^\circ$ ou
oclusão reconstruível
contato $< 180^\circ$ com artéria
mesentérica superior ou
tronco celíaco**



**Tumores irressecáveis devem ser
submetidos à terapia paliativa**

- AMS ou tronco celíaco $> 180^\circ$, envolvimento da aorta, ou oclusão venosa (VMS/porta) não reconstruível; Metastáticos

Tratamento cirúrgico paliativo:

Consiste na derivação biliar cirúrgica (derivação biliodigestiva) e anastomose gastrojejunal



(SES-PE 2023 R3 CIR) - Em relação às quimioterapias neoadjuvantes mais modernas para os tumores do pâncreas, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Serve para erradicar doença metastática oculta.
- b) Serve para facilitar uma ressecção a R0 que normalmente seria difícil (tumores boderlines).
- c) Dá informações sobre a biologia do tumor quanto a resposta à quimioterapia, embasando seu uso no pós-operatório.
- d) Pode transformar um tumor irressecável em ressecável.
- e) É contraindicada, quando há invasão vascular e se antecipa a necessidade de ressecção vascular.



DIVERTICULITE AGUDA



CIRURGIA GERAL



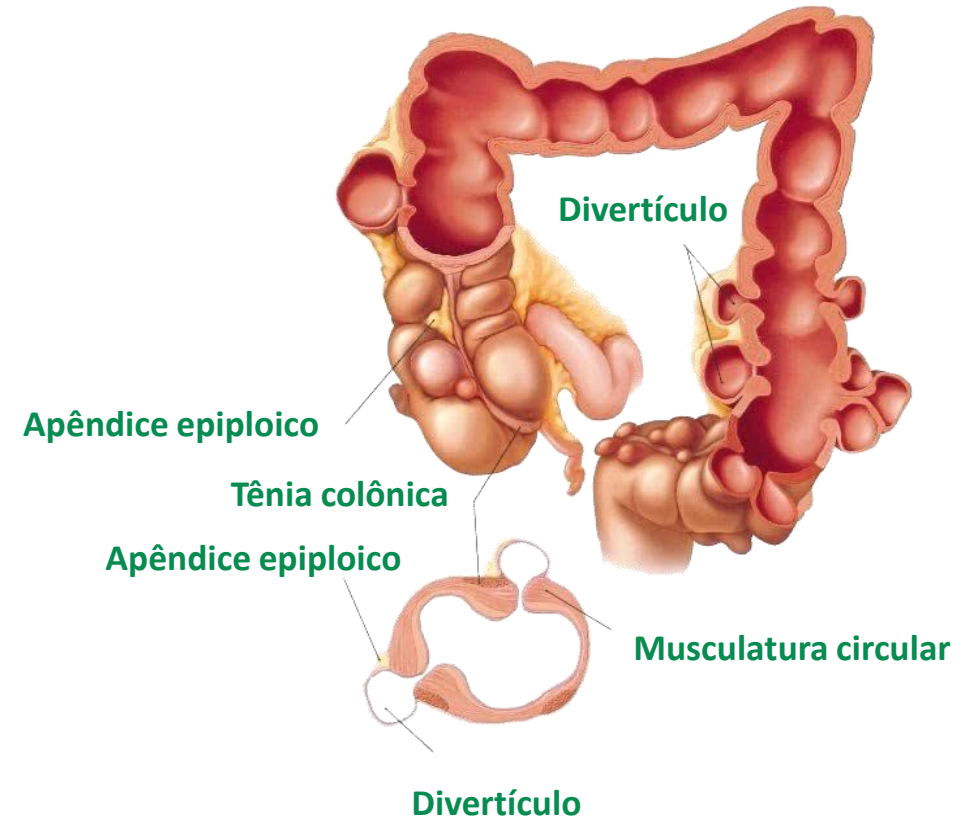
Diverticulite aguda

- **COMPLICAÇÃO DA DOENÇA DIVERTICULAR**

50-60 anos, dieta ocidental (carne vermelha, gordura, refinados), obesidade, menos fibra/ frutas/ integrais, tabagismo

Dor abdominal QIE (sigmoide), alteração do hábito intestinal, anorexia, náusea, febre e urgência urinária. Distensão

NÃO complicada X complicada
(abscesso, fístula, obstrução, perfuração livre)



TOMOGRAFIA COM CONTRASTE
***evitar colonoscopia**



Diverticulite aguda

• CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO

	Classificação de Hinchey Modificada	TRATAMENTO
0	Diverticulite clinicamente leve	AMBULATORIAL – ATB/AINE + sintomáticos <i>*idosos, comorbidade, imunossupressão</i>
Ia	Inflamação pericólica confinada ou flegmão	
Ib	Formação de abscesso pericólico ou mesocólico (< 4-5 cm) na proximidade do processo inflamatório primário	DRENAGEM + ATB internação
II	Abscesso intra-abdominal, pélvico ou retroperitoneal, abscesso distante do processo inflamatório primário	
III	Peritonite purulenta generalizada	CIRURGIA
IV	Peritonite fecal generalizada	



SE LIGA!



• TRATAMENTO



HINCHEY 3



Preferência atual:

Ressecção do sigmoide com **anastomose primária ± ileostomia de proteção** em pacientes estáveis

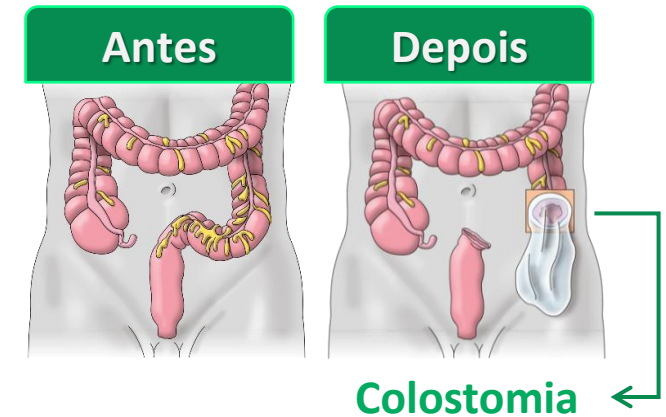


Hartmann:

Reservado para instabilidade grave ou alto risco de deiscência



Lavagem laparoscópica:
Não é mais recomendada





(SES-PE 2025 R3 CIR) - Em relação à diverticulite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) As classificadas como Hinchey III e IV requerem ambas tratamento cirúrgico.
- b) A não complicada (TC normal ou fleimão sem coleção) pode ser conduzida pelo tratamento clínico com ou sem antibióticos.
- c) A diverticulite aguda é um diagnóstico clínico, não necessitando de TC com contraste, salvo se começar a apresentar quadro de choque séptico na sua evolução.
- d) A presença de gás livre não requer, obrigatoriamente, tratamento cirúrgico.
- e) A colectomia não deveria ser realizada após o primeiro surto de diverticulite aguda não complicada.



DOENÇAS BENIGNAS DAS VIAS BILIARES



Coledocolitíase

- CÁLCULO IMPACTADO NO COLÉDOCO

Dor em HCD



Icterícia



Colestase



Elevação enzimas hepáticas

Avaliação inicial = USG + Lab (Hemograma, BT, Lipase...)

- Cálculo visível
- BT > 4 + dilatação (6-8mm)

SIM

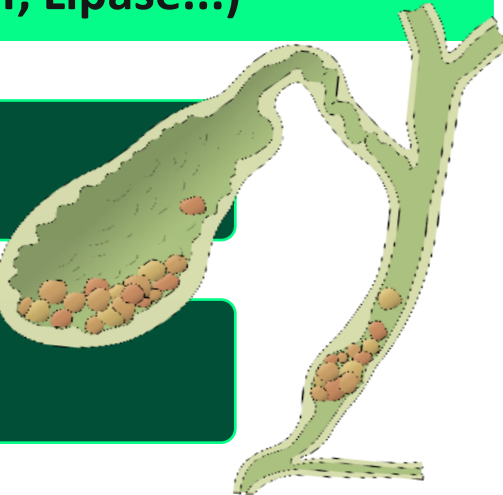
CPRE +
COLELAP

SIM

CÁLCULO VISÍVEL

NÃO

RNM ou USG endoscópico



Outras causas

NÃO

~~COLANGITE E
PANCREATITE~~

Inicialmente AST/ALT
→ padrão colestático
FOSFATASE ALCALINA
e GGT



Colangite aguda

- **OBSTRUÇÃO DAS VIAS BILIARES + INFECÇÃO**

Critérios Diagnósticos da Colangite Aguda (TG18)	
A. Inflamação Sistêmica	Sinais Clínicos e Laboratoriais de Resposta Inflamatória Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e/ou Calafrios Leucócitos $< 4.000/\text{mm}^3$ ou $> 10.000/\text{mm}^3$ e/ou PCR $\geq 1 \text{ mg/dL}$
B. Colestase	Sinais Clínicos e Laboratoriais de Obstrução Biliar Icterícia, Bilirrubina Total $\geq 2 \text{ mg/dL}$, e/ou elevação de FA, GGT, AST/ALT
C. Imagem	Dilatação das vias biliares. Evidência da etiologia (causa) na imagem (ex: Cálculo na via biliar – Coledocolitíase, estenose, <i>stent</i>)

CLÍNICA

- **Tríade de Charcot:** Dor + febre + icterícia
- **Pêntade de Reynolds:** Tríade de Charcot + hipotensão + confusão mental

Diagnóstico Suspeito de Colangite Aguda

- Presença de **UM** item da Categoria A + B OU C

Diagnóstico Definitivo de Colangite Aguda

- Presença de **UM** item da Categoria A + B + C



Colangite aguda

- FALTA A IMAGEM?

USG

Conclusiva = estratificação

Não conclusiva

COLANGIORNM

Não Conclusiva

Diagnóstico diferencial X CPRE/Colangiografia



Colangite aguda

Grau I (Leve)	Sem disfunção orgânica, responde bem ao suporte	• Suporte Clínico (Hidratação, Analgesia) • Antibioticoterapia Imediata (EV)	Drenagem Biliar: NÃO é necessária inicialmente, a CPRE de forma eletiva (após resolução do quadro)
Grau II (Moderada)	Presença de 2+ fatores (Leucocitose/leucopenia, febre alta $\geq 39^{\circ}\text{C}$, idade ≥ 75 anos, bilirrubina ≥ 5 mg/dL, hipoalbuminemia)		Drenagem Biliar: Indicada e Precoce (nas primeiras 24 a 48 horas) CPRE (Endoscópica) é o método preferencial
Grau III (Grave)	Associada a Disfunção Orgânica (Ex: Choque, alteração da consciência, falência renal/respiratória)	• Ressuscitação Imediata (Suporte circulatório/respiratório) • Antibioticoterapia de Amplo Espectro (EV)	Drenagem Biliar: Urgente após estabilização hemodinâmica inicial Drenagem Biliar Percutânea Trans-hepática – DBP OBS: O tratamento do cálculo é adiado



(SES-PE 2023.2 R3 CIR) - Nos dias atuais, a principal causa de colangite é a seguinte:

- a) Tumor de cabeça de pâncreas.
- b) Tumor de Klatskin.
- c) Coledocolitíase.
- d) Colangite biliar primária.
- e) Colangite esclerosante primária.



CÂNCER DE ESÔFAGO

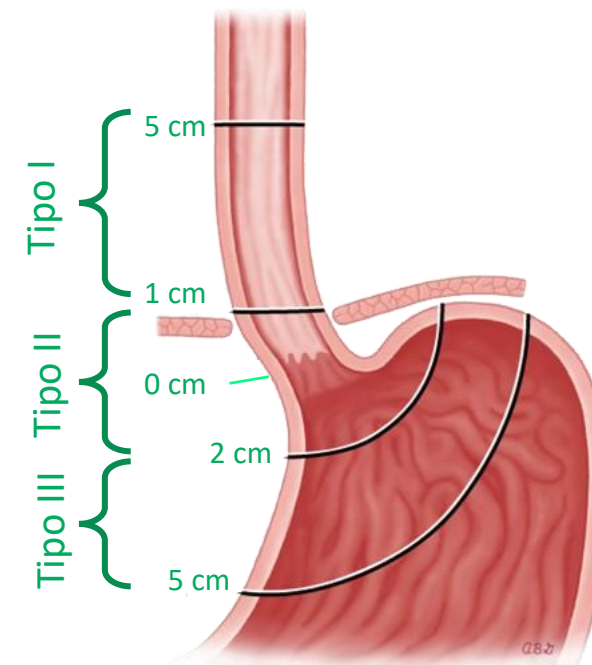


CIRURGIA GERAL



Neoplasia de esôfago

TÓPICO	ESSÊNCIA
Fatores de risco	Tabagismo e álcool (sinergia); bebidas muito quentes ($\geq 65\text{ }^{\circ}\text{C}$); obesidade/DRGE/Barrett ($\uparrow$ risco de adenocarcinoma). Menos comuns: acalasia, tilose, síndrome de Plummer-Vinson
Tipos histológicos / localização	Carcinoma espinocelular (CEC) - mais ligado a fumo/álcool, típico de terço médio/proximal . Adenocarcinoma (AC) - mais ligado a DRGE/Barrett/obesidade, típico do distal/JEG
Epidemiologia	Alta letalidade; homens > mulheres (~2:1)
Quadro clínico	Disfagia progressiva, perda de peso ; odinofagia, dor torácica; tosse/rouquidão (invasão do laríngeo recorrente)
Diagnóstico	EDA com biópsias múltiplas
Exames de imagem (estadiamento)	USG endoscópico, TC tórax/abdome ; PET-CT (complementar); broncoscopia quando suspeita de fístula/lesões altas
Estadiamento	TNM (AJCC/UICC) ; cTNM com USGE/TC/PET-CT; TEG Siewert I–II estadiados como esôfago . Contato com o pericárdio NÃO é critério de irresssecabilidade





Neoplasia de esôfago

• TRATAMENTO

Ressecção Endoscópica:
Mucosectomia SUPERFICIAIS
classificados como **T1a** (que invadem até a lâmina própria) e **sem acometimento linfonodal (N0)**

- **Tratamentos Paliativos**
(extensão/irressecabilidade T4 do tumor) - intervenções endoscópicas com **stents** ou **dilatação**, que permitem uma melhora da disfagia;
gastrostomia
- **Terapia fotodinâmica**, ou
- **Radioterapia**

NÃO INDICADO: Tamanho > 2cm, alto ou intermediário grau de diferenciação e invasão linfovascular

Esofagectomia (com margens de segurança 5CM) com Linfadenectomia

- NEOADJUVÂNCIA**
- Estágio **potencialmente ressecável** $\geq$ cT2 e/ou N+ (T2: tumor invade a muscular própria)

Siewert	Tratamento
Tipo I	Esofagectomia (abordagem tipo câncer de esôfago; geralmente via torácica)
Tipo II	Gastrectomia total ou proximal com ressecção do esôfago distal (abordagem trans-hiatal; depende da extensão esofágica)
Tipo III	Gastrectomia total com linfadenectomia D2 + ressecção trans-hiatal do esôfago distal



(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Qual das condições clínicas abaixo NÃO é uma boa indicação de esofagectomia?

- a) Tumor de esôfago abaixo da veia ázigos.
- b) Tumor de Junção esogafago-gastrica Siewert tipo I.
- c) Dolicomegaesôfago.
- d) Tumor de esôfago acima da veia ázigos.
- e) Tumor de Junção esôfago-gástrica Siewert tipo III.



PERIOPERATÓRIO



Fisiologia da resposta ao trauma

"LUTA OU FUGA"

**REQUER
ENERGIA**

GLICOSE

Via rápida

Glicogenólise

Quando acaba o estoque de glicose

**Gliconeogênese
Proteólise e Lipólise**

E QUEM CAI?

INSULINA!!!

**Músculos (Proteínas) $\xrightarrow{\text{PROTEÓLISE}}$ AA + Corpos Nitrogenados
(Balanço Nitrogenado Negativo)**

Lipídeos $\xrightarrow{\text{LIPÓLISE}}$ Glicerol + Ácidos Graxos



REMIT

- **PRINCIPAL CONTROLE HORMONAL**

CORTISOL

- Grande “hormônio do estresse”
- Gliconeogênese

GLUCAGON

Glicogenólise e gliconeogênese

ALDOSTERONA

- Maior retenção de Na^+ (e água)
- Aumenta excreção de K^+ e H^+ → alcalose metabólica

HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (ADH)

Oligúria funcional



REMIT

• FASES

EBB

1ª FASE
HIPOdinâmica
primeiras 24-72h

- “Sinônimo de CHOQUE”
- “Preservação de energia”
- Hipotermia, Baixo DC
- Baixo consumo O₂



FLOW

2ª FASE
HIPERdinâmica
após 24-72h

- Intenso catabolismo
- Inflamação
- Hipermetabolismo
- Febre





(SES-PE 2022.2 ACESSO DIRETO) - Sobre a resposta endócrino-metabólica induzida pelo trauma, na fase Ebb, qual destas alterações NÃO é esperada?

- a) Hipercalemia.
- b) Hipoglicemia.
- c) Taquicardia.
- d) Leucocitose.
- e) Febre.





ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO



Avaliação inicial

X

*eXsanguinating
hemorrhage*

"Treat first what kills first"

A

Airway

Via aérea + coluna cervical

B

Breathing

O₂ SUPLEMENTAR?! O₂ dirigido -
SpO₂ < 94%, obstrução, ou ?
ALVO 94–98%

C

Circulation

+ Cateteres periféricos (16G);
intraósseo; Cristaloides 250-500ml
ou 10ml/kg, PTM 1:1:1;
Hipotensão permissiva;
PAS alvo 90mmHg*

D

Disability

Escala de coma de Glasgow
Grave (≤ 8), Moderado (9-12),
Leve (13-15)

E

Exposure

Exposição total - controle
hipotermia (< 35°C)

Metas e acompanhamento (sinais, lactato/base déficit, **diurese**)



X: Controle de Hemorragia Exsanguinante e **C:** Circulação

*“One on **the floor** and four more”*

Tórax, peritônio,
pelve e retroperitônio,
ossos longos e
compartimentos
musculares + **the floor**

Pressão direta, curativo
compressivo, **torniquete**;
empacotamento
(packing) de feridas

**Pelvic binder/lençol
circunferencial ao nível dos
trocanteres (4-6L)
*Fêmur 2L**

Torniquete: (5 a 8 cm) proximal < 2h seguro;
após > 6h = síndrome de reperfusão

AC. TRANEXÂMICO → 2g EV (ou 1g + 1g),
idealmente < 3h pós-trauma



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 28 anos, vítima de colisão moto-carro, é admitido no pronto-socorro cerca de 40 minutos após o trauma. Encontra-se agitado, pálido, sudoreico e com dificuldades para falar frases completas. Ao exame inicial, observa-se sangramento ativo pulsátil em ferimento extenso de coxa esquerda, fratura exposta visível e extremidades frias. Sinais vitais aferidos: FC 146bpm, PA 80x42mmHg, FR 28irpm, SpO2 90% em uso de máscara de oxigênio. Diante do quadro exposto, qual seria a conduta imediata mais adequada?

- a) Avaliação pupilar e escala de Glasgow.
- b) Aplicação de torniquete proximal ao ferimento da coxa.
- c) Acesso venoso calibroso e reposição volêmica.
- d) Intubação orotraqueal com sequência rápida.
- e) Punção torácica bilateral de alívio.



MANEJO UROLITÍASE



CIRURGIA GERAL



Manejo urolitíase

Localização do cálculo	Tamanho (chave)	Tratamento de 1ª linha
URETER	≤ 10 mm	Observação + analgesia ± tamsulosina (5–10 mm)
URETER	> 10 mm	Ureteroscopia com litotripsia
RIM (pelve/cálices)	≤ 10 mm	Ureterorrenolitotripsia
RIM (pelve/cálices)	> 20 mm ou coraliforme	NEFROLitotomia percutânea (1ª linha)
Tamsulosina (para ureter distal)	> 5 mm	0,4 mg VO 1x/dia por 4-6 semanas

LECO - Cálculo renal ≤ 20 mm; baixa densidade do cálculo ($\approx$ HU ≤ 1.000), distância pele-pedra curta
X Gravidez (absoluta)

Outras importantes: **coagulopatia/ anticoagulação** não suspensa, ITU não controlada, obesidade/malformações esqueléticas, obstrução distal ao cálculo

Há complicação?

- **Sepse OU rim obstruído com ITU/anúria** (inclui pielonefrite obstrutiva, choque séptico, etc.)
- **Emergência: DESOBSTRUÇÃO imediata (duplo J ou nefrostomia)**, ATB e **adiar** o tratamento definitivo do cálculo até resolver a infecção



(SES-PE 2023.2 R3 CIR) - Em relação aos cálculos renais, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A incidência de cálculos de estruvita, ácido úrico e cistina juntos é mais frequente do que os cálculos de oxalato de cálcio (sem contar com os de fosfato de cálcio).
- b) A tansulozina facilita a passagem de cálculos pelo ureter, a depender de seu tamanho.
- c) O melhor exame para seu diagnóstico é a TC helicoidal sem contraste.
- d) No caso de sépsis urinária, a retirada imediata do cálculo não é necessária, mas sim a drenagem.
- e) A ureteroscopia é uma opção a ser utilizada para a retirada de cálculos do ureter. A retirada total ou parcial deve ser seguida da colocação de um stent tipo duplo J.



DRGE



CIRURGIA GERAL



Doença do refluxo gastroesofágico

- Queimação retroesternal/pirose
- Regurgitação
- Dor/desconforto abdominal
- Disfagia para sólidos
- Rouquidão
- **Aspiração**

**SINTOMAS ATÍPICOS →
MICROASPIRAÇÕES**
Tosse, disfonia, dispneia,
laringoespasma

- Disfagia ou odinofagia
- Perda ponderal involuntária
- Sangramento gastrointestinal (hematêmese/melena) ou anemia ferropriva
- Vômitos persistentes/inexplicados
- Dor torácica
- > 50 ANOS – triagem Barret

PHMETRIA 24H

EDA → EXCLUSÃO DE NEOPLASIA
***REFRATÁRIOS OU SINAIS DE ALARME**

Tratamento empírico
4-8 semanas com IBP

**FUNDOPLICATURA À NISSEN OU
TOTAL**

DRGE complicada (estenose, úlcera
esofágica)

MUDANÇA ESTILO DE VIDA

TRATAMENTO CIRÚRGICO



(SES-PE 2023.2 R3 CM) - Em relação à doença do Refluxo Gastresofágico (DRGE), é INCORRETO afirmar que:

- a) Quando os sintomas indicam o diagnóstico de DRGE, o tratamento pode ser iniciado sem a realização de exames.
- b) A endoscopia digestiva alta é padrão-ouro para diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico.
- c) Os inibidores da bomba de prótons, os medicamentos mais potentes para redução da produção de ácido gástrico, normalmente constituem o tratamento mais eficaz para o refluxo gastroesofágico e para a esofagite erosiva causadas por refluxo gastroesofágico.
- d) Os sintomas clássicos da DRGE são pirose e regurgitação.
- e) Os sintomas extra esofágicos incluem tosse, laringite, asma ou erosão dental.



SÍNDROME DE MIRIZZI



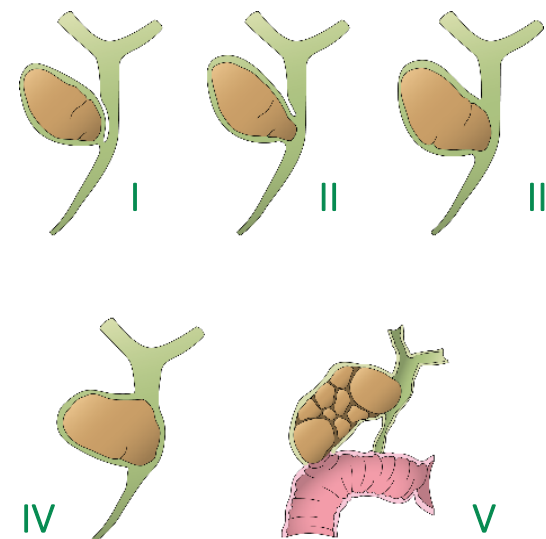
CIRURGIA GERAL



Síndrome de Mirizzi

Tipo de Mirizzi	Descrição da Lesão (Fístula Colecistobiliar)
Tipo I	Compressão externa do ducto hepático comum - cálculo impactado no colo/infundíbulo (Sem fístula)
Tipo II	A fístula envolve menos de um terço da circunferência do ducto biliar comum
Tipo III	Envolvimento de entre um terço e dois terços da circunferência do ducto biliar comum
Tipo IV	Destruição da parede inteira (total) do ducto biliar comum
Tipo V	Fístula entérica

- **Tipo I:** Colecistectomia
- **Tipo II:** Colecistectomia + fechamento da fístula
- **Tipo III:** Coledocoplastia ou anastomose bilioentérica
- **Tipo IV e V:** Roux-en-Y hepaticojejunostomia





(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Quando observamos, na presença de colelitíase sintomática, a presença de fístula colecistobiliar e colecistoentérica podemos diagnosticar:

- a) Síndrome de Bouveret.
- b) Íleo biliar.
- c) Síndrome de Mirizzi tipo V.
- d) Coledocolitíase Primária.
- e) Cisto de colédoco.



CIRURGIA BARIÁTRICA



CIRURGIA GERAL



Indicação cirúrgica

- CONSENSO BARIÁTRICO BRASILEIRO



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM N° 2.429, DE 25 DE ABRIL DE 2025 (*)



Indicações cirurgia bariátrica

- O QUE MUDOU?

Contraindicações ABSOLUTAS	Contraindicações RELATIVAS
Gravidez (adiar até o puerpério)	Planejamento de gestação nos próximos 12–18 meses (adiar)
Abuso de álcool/drogas não tratado	Doenças clínicas descompensadas potencialmente otimizáveis (IC, DPOC, DM descontrolado)
Incapacidade de aderir ao seguimento/dietas/cuidados (sem rede de apoio)	Transtornos psiquiátricos/alimentares em tratamento e estáveis → avaliar caso a caso
Doença/metabolismo controláveis clinicamente (sem falha clínica)	Idade extrema com alta carga de comorbidades → decisão individual pela equipe
Condição anestésico-cirúrgica proibitiva não corrigível	Câncer ativo não controlado (avaliar timing; exceções oncológicas)
Transtorno psiquiátrico grave descompensado (psicose aguda, ideação suicida)	Uso crônico de imunossupressores/corticoides – otimizar risco/benefício



Indicações cirurgia bariátrica

• O QUE MUDOU?

Tema	Como era (CFM 2.131/2015 e/ou 2.172/2017)	Como ficou (CFM 2.429/2025)
Status das normas	2.131/2015 (bariátrica) e 2.172/2017 (metabólica) vigentes separadamente.	Unifica e revoga 2.131/2015 e 2.172/2017, consolidando tudo em uma única norma. (Portal Médico)
IMC 30–35 (indicações)	Metabólica para DM2 refratário com critérios rígidos (ex.: parecer de dois endocrinologistas, idade 30–70 anos , < 10 anos de DM2). (Portal da Câmara dos Deputados)	Amplia elegibilidade: além de DM2 , inclui DCV grave com lesão de órgão-alvo , DRC precoce por DM2 , AOS grave , doença hepática gordurosa com fibrose , indicação de transplante , DRGE com indicação cirúrgica , osteoartrose grave . Remove exigência de tempo de doença/endócrino. (Portal Médico)
Idade (adultos)	Limites explícitos para metabólica (geralmente 30–70 anos). (Portal da Câmara dos Deputados)	Sem restrição etária rígida para adultos elegíveis nos critérios clínicos. (Portal Médico)
Adolescentes	16–18 anos : possível com critérios/consentimento; < 16 anos : experimental (CEP/CONEP). (CFM Sistemas)	Passa a reconhecer cirurgia a partir de 14 anos em obesidade grave (IMC > 40) com complicações, com avaliação multidisciplinar e consentimento dos responsáveis; 16–18 seguem critérios de adultos. (Portal Médico)
Técnicas – recomendadas	Reconhecia bypass em Y-de-Roux e sleeve , entre outras. (CFM Sistemas)	Reforça como altamente recomendadas : Bypass em Y-de-Roux e gastrectomia vertical (sleeve) . (Portal Médico)
Técnicas – não recomendadas	Banda gástrica ajustável e Scopinaro constavam como reconhecidas; jejunoileal proscria. (CFM Sistemas)	Passam a NÃO ser recomendadas : banda ajustável e Scopinaro , por resultados e complicações; mantém proscrição de jejunoileal. (Portal Médico)



(SES-PE 2023 ACESSO DIRETO) - Dentre as comorbidades abaixo, qual delas, associada à obesidade grau II, NÃO consta como indicativa de cirurgia bariátrica?

- a) Infertilidade.
- b) Doença arterial coronariana.
- c) Doença hemorroidária.
- d) Transtorno obsessivo-compulsivo grave.
- e) Esteatose hepática moderada.



PROCTOLOGIA



Doença	Principais características	Principal tratamento (SBCEP)
Hemorroida interna	Acomete plexo acima da linha pectínea ; sangramento vermelho vivo e/ou prolapso por graus I - IV	• Conservador (fibras, medidas locais) • Para graus II–III, ligadura elástica é efetiva • Cirurgia (ex.: hemorroidectomia Ferguson/Milligan e Morgan) nos refratários/III–IV
Hemorroida externa (inclui trombose)	Nódulo doloroso perianal, pele recoberta; dor aguda quando trombosada	• Manejo guiado pelos sintomas • Na maioria, tratamento clínico (analgesia, banhos de assento, laxativos) • < 72h excisão do trombo
Abscesso perianal	Dor, tumefação, calor, possível flutuação ; febre variável	Incisão e drenagem imediata + ATB terapia
Fissura anal	Dor anal intensa à evacuação, sangramento e espasmo do EAI; crônica quando > 6–8 semanas, com papila/pectínea e plicoma sentinela	• Escalonar: medidas clínicas + tópicos (BCC ou nitrato) → toxina botulínica • Crônica refratária = esfincterotomia lateral interna
Fístula anorretal	Trajeto entre canal anal/reto e pele; origem frequente pós-abscesso; classificar simples vs. complexa e relação com esfíncter	• Fistulotomia nas simples • Complexas, técnicas poupadoras de esfíncter (p.ex., seton, LIFT, retalho endorretal)



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 45 anos é atendido no pronto-socorro por queixa de dor (EVA 3) em região anal e tumoração local que surgiu há 4 dias. Relata apresentar dificuldade para defecar e classifica suas fezes como Bristol 1. Nega febre ou secreção. Ao exame proctológico, evidenciado nódulo doloroso, firme, de coloração azulada em região anal. Diante do quadro, qual a conduta mais apropriada?

- a) Trombectomia cirúrgica.
- b) Hemorroidectomia aberta.
- c) Antibioticoterapia.
- d) Tratamento conservador, incluindo analgésicos e banho de assento.
- e) Ligadura elástica.



OBSTRUÇÃO INTESTINAL



Manejo da obstrução intestinal

**Se não há sinal de obstrução intestinal complicada,
o primeiro tratamento a ser tentado é clínico!**

MANEJO CLÍNICO SISTÊMICO

- Dieta zero
- Passagem de Sonda Nasogástrica (SNG) ou Orogástrica, ABERTA:
 - Hidratação Venosa
 - Correção de Distúrbios Hidroeletrolíticos (DHE)
 - Antibióticos com cobertura para Gram-negativos e anaeróbios (translocação bacteriana)
- Ciprofloxacino ou ceftriaxona + metronidazol

TEMPO IDEAL –
3 A 5 DIAS
***CUIDADO!**

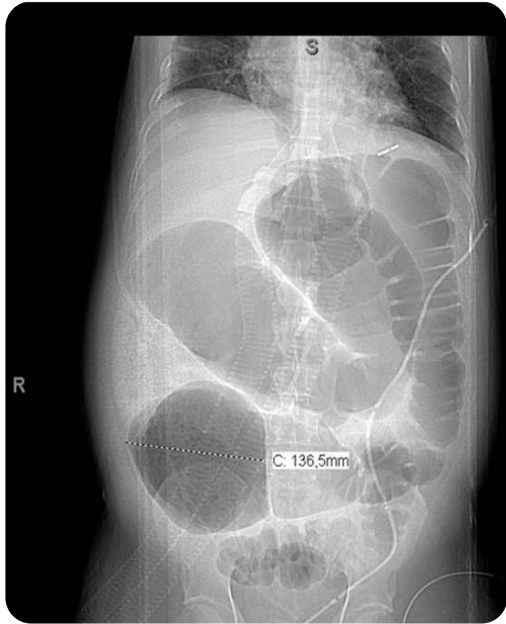


- Se falha → **Tratamento cirúrgico**
- **Tratamento da causa**

***Diâmetro cecal
> 10–12 cm e
dilatação > 6 dias;
Sinais de
“sofrimento”**



Tipo	Tratamento específico (linha de frente)
Aderências/bridas	Suporte ; considerar contraste hidrossolúvel ; adesiolise laparoscópica/aberta se estrangulamento /isquemia, perfuração ou falha do manejo conservador em 24–48h
Íleo biliar (<i>gallstone ileus</i>)	Enterolitotomia (remoção do cálculo) + colecistectomia + fechamento da fístula
Vólvulo de sigmoide/ceco	Sigmoide : descompressão endoscópica + sonda retal e colectomia eletiva ; isquemia/perfuração → ressecção de urgência Ceco : preferir hemicolectomia direita (ou cecopexia em selecionados/instáveis)
Pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie)	Medidas de suporte ; neostigmina IV com monitorização; descompressão colonoscópica se falha/contraindicação; cecostomia percutânea se refratária/recorrente





(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Homem 88 anos, Alzheimer e acamado. Apresenta distensão abdominal, desconforto e vômitos. O Rx é sugestivo de Ogivie. Qual condição abaixo é necessária para indicar o tratamento de descompressão colonoscópica?

- a) Diâmetro cecal de 12 cm.
- b) Sinais de toxicidade sistêmica.
- c) Hipotensão.
- d) Sinal de Blumberg.
- e) Sinal do empilhamento de moedas.



CÂNCER GÁSTRICO



CIRURGIA GERAL



Tabela resumo GIST

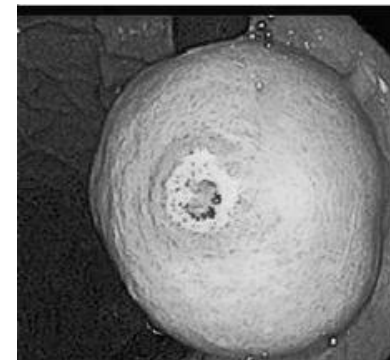
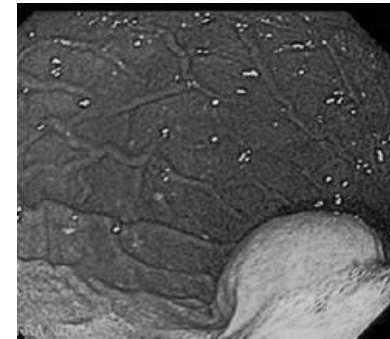
Conceito	Tumor mesenquimal subepitelial ; células intersticiais de Cajal Mutações ativadoras em KIT ou PDGFRA
Localização	Estômago (40-60%) > jejuno/íleo (25-30%) ; menos comum: duodeno, cólon/reto, esôfago
Clínica	Assintomático/incidental é comum Sintomas: sangramento GI (melena/hematêmese ou anemia), dor/empachamento, massa abdominal; ruptura, obstrução ou perfuração
Imagem	TC abdome/pelve com contraste ; Endoscopia + EUS (ecoendoscopia) - com biopsia
Imuno-histo	CD117 (KIT) + em ~95%; DOG1 + (muito útil, inclusive quando KIT -); CD34 + (60-70%) Desmina/S100 geralmente negativos
Índices de proliferação	Índice mitótico > 5/5 mm ² Ki-67 > 10% costuma correlacionar com pior prognóstico
Tratamento (localizado)	Cirurgia R0 sem ruptura é o pilar Sem linfadenectomia ampla Ressecções parciais (gástricas/segmentares) - pequenos, exofíticos...
Imatinibe	Tumor grande/limítrofe ressecabilidade / preservação = neoadjuvante ALTO RISCO = adjuvante Metastático





(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Paciente, sexo masculino, 64 anos, evoluindo com hemorragia digestiva alta. Foi submetido a endoscopia com biópsia, imagens abaixo. A biópsia evidenciou mucosa gástrica normal. Realizou tomografias que não evidenciaram outras alterações em tórax ou abdome. Menos de 48h após a endoscopia evoluiu com nova hemorragia digestiva alta com hematêmese, tentado nova endoscopia, mas não foi possível controlar o sangramento por via endoscópica. Qual a melhor opção terapêutica para o caso? Qual o provável diagnóstico?

- a) Gastrectomia em Cunha. GIST gástrico.
- b) Gastrectomia total. Adenocarcinoma gástrico polipóide.
- c) Gastrorrafia. Lesão de Dieulafoy.
- d) Gastrectomia parcial com vagotomia troncular. Úlcera péptica.
- e) Gastrotomia e rafia de variz. Hipertensão portal segmentar.





ANESTESIOLOGIA



Highlights intubação de sequência rápida

"O paciente está em risco de aspiração de conteúdo gástrico"

✗ Succinilcolina se
risco de hipercalemia

✗ Ventilação com máscara facial = insuflação gástrica = risco de aspiração

"Pacientes criticamente enfermos
correm risco de desenvolver
hipotensão"

Etomidato
(A droga de ESCOLHA)
Não afeta PA e PIC

**Propofol e midazolam
(droga a serem EVITADAS):**
Potente vasodilatador e
depressor miocárdico

Cetamina =
Aumento PA e FC (efeito
simpatomimético). **Cuidado:** pode
causar depressão miocárdica,
levando ao colapso cardiovascular

Capnografia para confirmação!



(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Homem, 53 anos. Vítima de espancamento. Apresenta-se combativo e com sinais de trauma de face. Oferecido O2 com máscara e saturação ficou em 90%. Após 20 min, desorientou e SatO2 foi para 85%. Indicado TC de crânio após intubação com sequência rápida. Em relação a esse procedimento, qual sedativo abaixo, de acordo com o ATLS, não afeta negativamente a pressão arterial e intracraniana?

- a) Succinilcolina.
- b) Etomidato.
- c) Alfentanila.
- d) Rocurônio.
- e) Propofol.



TRAUMA TORÁCICO



CIRURGIA GERAL



Highlights armadilhas do “B”

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO	HEMOTÓRAX MACIÇO	TAMPONAMENTO CARDÍACO
Mecanismo de válvula unidirecional → ar entra no espaço pleural	Mais de 1,5L de sangue no espaço pleural	Compressão do coração devido a um acúmulo de sangue no saco pericárdico - Choque obstrutivo
Dor torácica, sinais de desconforto respiratório, taquicardia , Hipotensão , murmúrio vesicular abolido , timpanismo à percussão, desvio contralateral da traqueia, enfisema subcutâneo e turgência/distensão da veia jugular	Ausulta respiratória abolida e macicez à percussão no lado afetado. Veias do pescoço colabadas por hipovolemia grave	Ventrículo direito Tríade de Beck (30-40% dos casos): Turgência jugular, hipofonese de bulhas e hipotensão arterial Ultrassonografia FAST Murmúrio presente
IMEDIATA descompressão → Toracocentese no quinto espaço intercostal OU 2 linha hemiclavicular; Toracostomia digital como alternativa de emergência no 5º EIC	Indicação de toracotomia em bloco cirúrgico: Débito > 1500mL de imediato; Perda sanguínea contínua com débito de 200-300mL/h nas próximas 2-4 horas Decisão é guiada pela fisiologia (choque) e pela continuidade do sangramento	Pericardiocentese guiada por ultrassom pode ser usada apenas como medida temporizadora de curto prazo
DRENAGEM TORÁCICA FECHADA EM SELO D'ÁGUA (5EIC)		Intervenção operatória

PACIENTE ESTÁVEL =
TC DE TORAX

CONTUSÃO PULMONAR
IMPORTANTE =
Ventilação mecânica.
Se leve = analgesia +
fisioterapia



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Em relação ao tratamento do pneumotórax, qual das condutas abaixo NÃO está de acordo com o ATLS 11º edição 2025?

- a) Pneumotórax pequeno, mesmo em paciente assintomáticos, deve ser tratado com drenagem torácica.
- b) Em pneumotórax hipertensivo, não devemos mais indicar a punção com Jelco 14 na linha hemiclavicular. O correto seria indicar logo a drenagem torácica no 5º espaço intercostal.
- c) A toracostmia digital, que seria fazer uma pequena incisão no tórax e usar o dedo para dissecar e entrar na cavidade pleural, pode ser usada no pneumo ou hemotórax hipertensivo.
- d) Num pneumotórax aberto, a drenagem torácica deve ser feita por uma incisão diferente da ferida traumática.
- e) Podemos usar drenos menores, de tamanho 14 Fr, para a drenagem torácica de pneumotórax.



Gabarito

1	D	11	B
2	C	12	A
3	E	13	B
4	D	14	C
5	B	15	D
6	E	16	D
7	C	17	A
8	C	18	A
9	E	19	B
10	B	20	A