



Redação Científica

Tema Livre

Jose Sebastião dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/1570824915028727>

Redação Científica

Tema Livre

- Versão resumida de artigo científico;
- Apresentação oral ou em mural: depende do autor ou da comissão científica;
- O resumo escrito deve ser enviado com a devida antecedência para apreciação e aprovação;
- Pode ser estruturado, com a citação de seus ítems: introdução (?), objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Redação Científica

Estrutura do Tema Livre

- Título do tema livre
- Nome dos autores
- Local onde foi desenvolvido o trabalho
- Espaço de 8 a 11 / 10 a 12 cm, 200 a 250 palavras
- Introdução: relevância da questão
- **Objetivos**
- **Métodos**
- **Resultados**
- **Conclusões**

Redação Científica

Regras para elaboração de Tema Livre



JOPADDI 2015
XXVI JORNADA PAULISTA DE ATUALIZAÇÃO EM DOENÇAS DIGESTIVAS

Regras para apresentação do Pôster

- Dimensão máxima do pôster - 0,90cm de largura x 1,20m de altura
- Local da exposição: Área Expositiva – Hotel JP
- Fixação dos pôsteres: 26 de março às 10h30
- Retirada dos pôsteres: 28 de março às 16h30

REGULAMENTO

- 6) Todos os "abstracts" devem ser submetidos em Português no formato Word e devem conter no máximo 2500 caracteres com espaço, incluindo o título e a apresentação dos autores. Solicitamos que utilizem fonte do tipo Times New Roman em tamanho 10 pt.
- 7) Título: completo em letras MAIÚSCULAS, negrito, justificado a esquerda. Os autores deverão estar justificado(s) a esquerda, com o nome completo em letra maiúscula, iniciando pelo nome do autor principal. O apresentador(a) deverá estar com o nome grifado. Os nomes deverão estar separados com ponto e vírgula em cada nome deverá constar a numeração sobrescrita informando a Instituição pertencente.
- 8) O "abstract" deve ser apresentado em um único parágrafo, dividido nas seguintes sessões:
 - a) O trabalho no contexto em que se insere
 - b) Objetivos
 - b) Materiais e Métodos
 - c) Resultados incluindo dados e estatística, quando apropriado
 - d) Conclusões
- 9) O nome da agência de fomento ou empresa que deram suporte à investigação deve ser mencionado no final do "abstract".
- 10) Não é aceitável afirmar que os resultados serão apresentados e/ou discutidos durante a apresentação do pôster.
- 11) Se o abstract não seguir as instruções acima ele será desconsiderado.
- 12) O resultado da seleção de "abstracts", assim como as informações a respeito das regras para confecção do pôster, serão publicados no site www.oxfordeventos.com.br/jopaddi
ATÉ DIA 18/03/2015

Redação Científica

Exemplo de Tema Livre

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ACALASIA DA CÁRDIA: COMPARAÇÃO ENTRE A ESOFAGIOMIOTOMIA ISOLADA E A ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ASSOCIADA À FUNDOPLICATURA

GUSTAVO DE ASSIS MOTA¹; RICARDO BRANDT DE OLIVEIRA²; RAFAEL KEMP²; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; JOSÉ EDUARDO BRUNALDI¹; JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS².

1-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

2-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: A extensão da miotomia e a necessidade ou não de adição de fundoplicatura no tratamento cirúrgico para acalasia da cárdia com megaesôfago não avançado ainda são objetos de estudo. **Objetivo:** Comparar os resultados do tratamento cirúrgico da acalasia da cárdia no megaesôfago não avançado entre esofagomiotomia distal isolada (EMI) e esofagocardiomiotomia associada à fundoplicatura anteroposterior (ECF). **Método:** Os pacientes tratados com EMI (n=15) e ECF (n=15) foram submetidos à avaliação clínica mediante classificação da disfagia, questionário clínico específico para acalasia, questionário de qualidade de vida relacionada à saúde e estudo funcional do esôfago com cintilografia e esvaziamento esofágico, impedanciomanometria de alta resolução, pHmetria de 24h, no pré e no mínimo aos 3 meses após a operação. **Resultados:** Os grupos ECF e EMI foram semelhantes nos parâmetros clínicos, epidemiológicos e na maioria dos parâmetros funcionais. O tempo cirúrgico da EMI foi menor em comparação à ECF (p=0,0005). Houve melhora significativa da disfagia, com 93% dos pacientes classificados como Visick I ou II nos dois grupos. Houve redução da retenção de material radiativo no esôfago (p<0,0001) e queda nas pressões residual, de repouso e do índice residual de pressão do esfíncter esofágico inferior (p<0,0001), nos dois grupos. O tempo de exposição ácida do esôfago distal não se alterou nos dois grupos. Adicionalmente, os resultados pós-operatórios dos grupos EMI e ECF, quando comparados, foram equivalentes. **Conclusão:** A miotomia curta sem fundoplicatura parece ser suficiente para o tratamento da acalasia da cárdia com megaesôfago não avançado, o que reforça o interesse sobre a sua utilização por via endoscópica (miotomia peroral endoscópica).

Redação Científica

Exemplo de Tema Livre

IMPACTO NOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS E NOS CUSTOS HOSPITALARES DO EMPREGO DO SELANTE DE FIBRINA NA ANASTOMOSE PANCREATOJEJUNAL APÓS RESSECÇÃO DUODENOPANCREÁTICA

ALBERTO FACURY GASPAR^{1,;} RAFAEL KEMP²; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS²

1-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

2-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: Os benefícios do emprego do selante de fibrina no reforço de anastomoses pancreatico-jejunais, após ressecção duodenopancreática, visando a redução da incidência de fístula pancreática pós operatória (FPPO), ainda são questionáveis. **Objetivo:** Avaliar a influência do emprego do selante de fibrina na anastomose pancreatico-jejunal, após duodenopancreatectomia, na incidência de fístula, bem como suas consequências clínicas e os custos hospitalares. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de 62 pacientes consecutivos submetidos a duodenopancreatectomia, divididos em dois grupos: 31 pacientes utilizando o selante de fibrina (GCS) e 31 pacientes sem o emprego de selante (GSS). As variáveis estudadas foram agrupadas em epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, com destaque para a incidência de fístula pancreática, classificada segundo a definição do *International Study Group on Pancreatic Fistula*, suas complicações pós operatórias catalogadas segundo a classificação de *Clavien* e suas repercussões na assistência e nos seus custos avaliados pelo método de absorção com rateio simples de todas as despesas, exceto a despesa com medicamentos, tratada de forma separada. **Resultados:** Os grupos foram homogêneos para os parâmetros epidemiológicos, clínicos, e laboratoriais e não foram registradas diferenças significativas na comparação da evolução pós operatória e dos indicadores assistenciais hospitalares. Por outro lado, os custos hospitalares foram mais elevados no GCS, em relação ao GSS ($p < 0,0001$). **Conclusão:** O emprego do selante de fibrina, no reforço da anastomose pancreatico-jejunal, em pacientes submetidos a duodenopancreatectomias, nas condições estudadas, não melhorou os resultados clínicos e assistenciais e ainda aumentou os custos hospitalares.

Suporte: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP

Redação Científica

Exemplo de Tema Livre

A INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM LAPAROTÔMICA E ENDOSCÓPICA NOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS E NOS CUSTOS DO TRATAMENTO PALIATIVO DOS TUMORES DA CONFLUÊNCIA BILIOPANCREÁTICA

JORGE RESENDE LOPES JÚNIOR²; RAFAEL KEMP¹; JOSÉ EDUARDO BRUNALDI²; ALBERTO FACURY GASPAR²; JOSÉ CELSO ARDENGHI¹; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA² ; JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS¹

1-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

2-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: Os tumores avançados da confluência biliopancreática (TCBP) apresentam-se frequentemente com obstrução biliar, que pode ser tratada de forma paliativa, por meio do acesso laparotômico, videolaparoscópico ou endoscópico. **Objetivo:** Estudar a influência da abordagem laparotômica e endoscópica nos resultados assistenciais e nos custos do tratamento paliativo dos TCBP. **Método:** Estudo retrospectivo de prontuários dos pacientes portadores de TCBP submetidos à palição endoscópica e/ou laparotômica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC FMRP-USP), no período de 2002 a 2013, com análise de variáveis epidemiológicas, clínicas, assistenciais e dos custos do tratamento. **Resultados:** Dentre os 150 pacientes com TCBP estudados, 61,33% foram submetidos à derivação das vias biliares por laparotomia (TL) e 38,66% por via endoscópica (TE). Os grupos foram homogêneos para a maioria das variáveis epidemiológicas e clínicas antes dos procedimentos. As taxas de complicações precoces foram equivalentes na comparação dos grupos (55,17% para TE e 40,1% para TL), porém as complicações tardias foram mais frequentes no grupo TE (20,68% para TE e 10,34% para TL), o que se associou principalmente às recorrências das obstruções biliares. O custo médio do procedimento no grupo TE (R\$3.854,00) foi maior que no TL (R\$3.191,00) ($p=$). Por outro lado, o custo médio total para o grupo TE (R\$11.150,00) foi menor que o do grupo TL (R\$14.700,00) ($p=$). **Conclusão:** A combinação das vantagens das duas modalidades de tratamento paliativo para os TCBP (maior eficácia na redução da colestase no grupo TL e menores tempo de internação e custo global no grupo TE) é uma meta a ser atingida, e o acesso videolaparoscópico é uma alternativa a ser explorada.

Suporte: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP e Fundação Waldemar Barnsley Pessoa

Redação Científica: Exemplo de Tema Livre

PROTOCOLO PARA ACESSO AO TRATAMENTO DAS HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE HIERARQUIZADA E REGULADA

DANIEL MARTONE¹; RAFAEL KEMP²; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; WILSON SALGADO JUNIOR²; JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS²

1-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

2-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: O perfil dos pacientes e as características anatômicas das hérnias de parede abdominal (HPA) influenciam na seleção do tipo de serviço para o tratamento. **Objetivo:** Elaborar e aplicar protocolo para acesso ao tratamento das HPA em rede de atenção à saúde, hierarquizada e regulada. **Método:** O mapa de recursos assistenciais para tratamento das HPA na rede regional de saúde de Ribeirão Preto (RRSRP) e sua produção assistencial foram obtidos mediante dados secundários do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Mediante associação de características demográficas, epidemiológicas, clínicas, sociais e anatômicas das hérnias, elaborou-se um protocolo para encaminhamento das HPA na rede assistencial, o qual foi aplicado em auditoria dos pacientes em lista de espera para cirurgia, bem como naqueles tratados no Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HC-FMRP-USP), entre junho de 2012 a junho de 2014. **Resultados:** Há 25 hospitais na RRSRP que realizam tratamento das HPA e nos anos de 2008 e 2012, foram realizadas, respectivamente, 1697 e 1418 operações para o sistema público e 1621 e 1652 para o suplementar. Na lista de espera para tratamento da HPA, havia 255 casos, dos quais, 77 (30%) foram excluídos (9 falecidos, 9 relacionados em duplicata, 37 já operados, 14 sem condições para tratamento cirúrgico e 8 desistiram do tratamento). Dos 178 casos remanescentes, 14 (7,8%) poderiam ser tratados ambulatorialmente, 54 (30,3%) internados em hospitais de média complexidade sem terapia intensiva, 39 (21,9%) internados em hospitais de média complexidade com terapia intensiva e 71 (39,8%) em hospitais de elevada complexidade. Dentre os 167 pacientes operados e selecionados para aplicação do protocolo, 139 (83,23%) foram submetidos a cirurgia eletiva e 28 (16,77%) a cirurgia de urgência. Dentre esses, 7 (4,2%) poderiam ter sido tratados em regime ambulatorial, 63 (37,8%) internados em hospital de média complexidade sem CTI, 56 (33,5%) em hospital de média complexidade com CTI e 41 (24,5%) em hospital de elevada complexidade. Nessa amostra, 10 (5,98%) dos pacientes necessitaram de mais recursos assistenciais do que o previsto no protocolo. **Conclusão:** O coeficiente de cirurgias para a população da região estudada está dentro do esperado, mas a gestão clínica e a ordenação do acesso podem ser aprimoradas, mediante adoção de protocolo clínico e de regulação.

Suporte: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP

Redação Científica

Exemplo de Tema Livre

ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS GERENCIAIS E OPERACIONAIS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA.

JOÃO ALMIRO FERREIRA FILHO¹; RAFAEL KEMP²; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; WISON SALGADO JUNIOR²; JOSÉ EDUARDO BRUNALDI¹; JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS²

1-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

2-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Introdução: A indicação da Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP) tem aumentado ao longo do tempo, o que justifica a adoção de estratégias que reduzem o tempo de espera para a sua realização. **Objetivo:** Avaliar a adoção de estratégias gerenciais e operacionais para ampliar o acesso à realização da GEP. **Método:** Foram estudados os prontuários dos pacientes submetidos à GEP entre os anos de 2008 a 2013, nos Centros Cirúrgico (GEPCC, n=63) e de Endoscopia (GEPCE, n=72) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mediante coleta de dados demográficos, gerenciais, clínicos e de custos. **Resultados:** Os grupos estudados eram equivalentes nos aspectos demográficos e clínicos. Entre o ano de 2008 a novembro de 2011 todas a GEP foram realizadas no Centro Cirúrgico (média de 1,3 procedimento/mês). Por outro lado, entre novembro de 2011 a outubro de 2013, as GEP passaram a ser realizadas predominantemente no Centro de Endoscopia (média de 3,1 procedimento/mês). No grupo GEPCC, 62,1% dos pacientes estavam ou foram internados, todos os procedimentos foram realizados com esterilização dos endoscópios e presença de anestesiológicos (82,2% com anestesia geral). No grupo GEPCE, todos os procedimentos foram realizados com desinfecção de alto nível dos endoscópios, o anestesiológico esteve presente em 2,8% dos procedimentos e apenas 25% dos pacientes foram internados. A duração média do tempo de ocupação da sala cirúrgica, em minutos, foi significativamente maior no grupo GEPCC (74,6) em comparação ao registrado no grupo GEPCE (48,17). O Custo médio para a realização da GEP foi significativamente menor no grupo GEPCE (R\$ 1179,65) que no grupo GEPCC (R\$ 1915,56). A incidência de complicações foi semelhante nos grupos estudados: GEPCC (6,4%) e GEPCE (4,8%). **Conclusão:** Os resultados clínicos foram equivalentes na comparação dos grupos estudados e reforçam a adoção das práticas operacionais e gerenciais que ampliam o acesso à GEP, sobretudo em regime ambulatorial.

Suporte: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP

Redação Científica

Exemplo de Tema Livre

CONTRIBUIÇÃO À CONSOLIDAÇÃO DO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA NECROSE PANCREÁTICA DELIMITADA E INFECTADA

JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS¹; RAFAEL KEMP¹; JORGE RESENDE LOPES JÚNIOR²; JOSÉ EDUARDO BRUNALDI²; ALBERTO FACURY GASPAR²; TIAGO MAGALHÃES CARDOSO²; AJITH KUMAR SANKARANKUTTY²; JORGE ELIAS JÚNIOR¹; JOSÉ CELSO ARDENGHI¹

1- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

2- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Introdução: A abordagem minimamente invasiva para tratamento da necrose pancreática delimitada e infectada (NPDI) mediante acesso percutâneo, laparoscópico ou endoscópico é cada vez mais empregada como alternativa à abordagem laparotômica, mas as experiências ainda são limitadas. **Objetivo:** Auditar os resultados da abordagem minimamente invasiva para tratamento da NPDI mediante o acesso percutâneo e/ou endoscópico. **Metodologia:** Análise retrospectiva de informações coletadas a partir de prontuários dos pacientes submetidos à necrosectomia endoscópica e/ou percutânea (NEP) na presença de infecção ou sintomas persistentes de necrose pancreática bem delimitada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de 2006 a 2014. A necrosectomia foi realizada através do acesso endoscópico (AE) sob visão direta, com o endoscópio convencional ou terapêutico, e/ou através do acesso percutâneo (AP), guiado por ecografia ou tomografia, via trans-mural até o interior da cavidade com necrose e secreção. **Resultados:** Foram tratados 21 pacientes consecutivos, com média de idade de 44,71 anos (10-73), após tempo mediano de 59 dias do início do quadro de pancreatite aguda com necrose. O diâmetro médio da NPDI foi de 10,80cm (5-24,5). A drenagem foi realizada via trans-gástrica em 9 pacientes (42,85%), trans-duodenal em 9 (42,85%) e percutânea em 2 (14,28%). O número médio de procedimentos de AE foi de 5,72 (1-16) e de 2,33 (1-5) para os casos de AP. Ocorreram complicações relacionadas aos procedimentos do AE em 1 paciente (5,55%) e nenhuma relacionada à via percutânea. Nenhum paciente necessitou de intervenção laparotômica ou laparoscópica adjuvantes. Os tempos medianos de internação hospitalar foram de 20,5 dias (0-83) para o grupo AE e de 47 (37-75) dias para o AP. Ocorreram 3 mortes (14,28%), secundárias à Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica de foco abdominal. **Conclusão:** A abordagem minimamente invasiva, mediante acesso percutâneo e/ou endoscópico, pode ser considerada como a primeira opção para o tratamento da NPDI.

Suporte: Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP e Fundação Waldemar Barnsley Pessoa



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**