



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA



Vista aérea FMRP e HCFMRP



Disciplina: RCG 321 – Clínica e Técnica Cirúrgicas

Organização

Prof. Dr. Lourenço Sbragia Neto

Coordenadores: Prof. Dr. Lourenço Sbragia Neto

Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

2018

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| OBJETIVOS GERAIS | 4 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 4 |
| ATIVIDADES | 4 |
| DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR GRUPOS | 8/9 |
| CONEÚDOS A SEREM DESENVOLVIDOS | 8 |
| ROTEIROS PARA AS ATIVIDADES | 10 |
| MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE CASOS PARA DISCUSSÃO INTERATIVA | 13 |
| FREQUÊNCIA | 30 |
| AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE | 30 |
| AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA | 30 |
| ROTEIRO PARA A AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA..... | 31 |
| BIBLIOGRAFIA PARA A DISCIPLINA | 32 |
| ELENCO DE DOCENTES E MÉDICOS COLABORADORES | 34 |
| BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 35 |

INTRODUÇÃO

A Disciplina RCG 321 – Clínica e Técnica Cirúrgicas tem duração de 75 horas, integra a etapa clínica do curso médico, desenvolve-se com ênfase: a) na compreensão de processos relacionados às doenças mais frequentes de abordagens clínica e cirúrgica, b) no conhecimento das estratégias de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e, c) na aquisição das habilidades técnicas para execução dos procedimentos cirúrgicos básicos e necessários à preservação da vida.

As metodologias adotadas privilegiam ações e interações. A aquisição do conhecimento de conteúdos organizados em apresentações na forma de vídeos, textos ou bibliografia disponibilizados pode ser obtida na plataforma Moodle do Stoa (ambiente virtual de aprendizagem em apoio às disciplinas da Universidade de São Paulo). A aplicação do conhecimento dar-se-á mediante participação ativa e interativa da análise crítica de casos estruturados e preparados pelos docentes e estudantes, bem como de práticas, predominantemente simuladas, planejadas nos Laboratório de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e de Simulação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Adicionalmente, está previsto o reconhecimento da organização e das atribuições dos diferentes ambientes de atenção à saúde do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, que possibilitam o manejo das doenças de abordagem clínico-cirúrgico, mediante visitas monitoradas nos Centros Cirúrgico, de Terapia Intensiva e Endoscopia, nas Enfermarias e nos Ambulatórios Cirúrgicos.

As atividades estão centradas no desenvolvimento de atitudes e comportamentos para frequentar e atuar nos diferentes ambientes da clínica cirúrgica visando a coleta das informações dos pacientes, dos acompanhantes e dos registros dos prontuários eletrônicos, mais a aquisição de habilidades técnicas básicas para a execução de procedimentos de pequeno porte e essenciais à manutenção da vida.

Nesse processo deverá ser contemplado o reconhecimento da evolução cronológica das doenças com perspectiva de manejo cirúrgico, suas possibilidades de diagnósticos anatômico, sindrômico e, quando possível, etiológico, nos diferentes componentes da rede de atenção do sistema de saúde, bem como os fundamentos das abordagens diagnóstica e terapêutica, com ênfase nas alterações e nos cuidados perioperatórios.

OBJETIVOS GERAIS

- Identificar eventos fisiopatológicos, metabólicos, éticos, psicológicos e sociais envolvidos nos procedimentos de investigação e tratamento das principais síndromes de manejo clínico e cirúrgico;
- Identificar necessidades e ocorrências perioperatórias e conhecer os princípios do seu manejo.
- Desenvolver habilidades técnicas para execução dos procedimentos cirúrgicos básicos e necessários à preservação da vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver comportamentos e atitudes para frequentar e atuar no ambiente cirúrgico, nas enfermarias, nos centros de procedimentos e terapia intensiva e nos ambulatórios;
- Reconhecer os aspectos éticos, psicológicos e sociais da relação médico-paciente no processo de adoção dos meios para o diagnóstico e o tratamento cirúrgico;
- Reconhecer e saber usar o instrumental cirúrgico básico de diérese, dissecação, hemostasia, exposição, apreensão e síntese, bem como emprego de sondas e drenos;
- Saber executar os procedimentos cirúrgicos básicos e de apoio à preservação da vida: acesso às vias aéreas, ao sistema vascular, às vias urinárias e digestivas;
- Conhecer as necessidades de cuidados perioperatórios (medidas profiláticas e manejo da dor, da infecção, dos distúrbios hídricos, eletrolíticos, ácido base, de coagulação e da nutrição perioperatória e insuficiências orgânicas, dentre outras) e os princípios do manejo de intercorrências associadas à investigação e ao tratamento cirúrgico.

ATIVIDADES

- **Estudo por meio das aulas expositivas gravadas** e disponibilizadas na plataforma Moodle do Stoa e da **bibliografia indicada e disponibilizada**;
- **Estudo de casos preparados e apresentados pelos docentes e colaboradores para análise crítica e interativa com os estudantes.** A estruturação dos casos será elaborada visando a aplicação dos conhecimentos acumulados e disponibilizados nas aulas gravadas e na bibliografia disponível, com abordagem de aspectos da clínica cirúrgica (investigação, preparo e princípios do tratamento e do manejo perioperatório). As diferentes etapas de desenvolvimento e da estruturação dos casos serão objeto de formulação de questões para análise e respostas dos estudantes, mediante emprego de dispositivos para interatividade e, na sequência, os

docentes farão comentários baseados em evidências centradas em consensos, diretrizes e metanálises. As respostas dos estudantes serão registradas para o componente formativo a avaliação.

- **Estudo de casos preparados e apresentados pelos estudantes para análise crítica e interativa com os docentes e colaboradores. O caso a ser estruturado pelos estudantes será selecionado** pelas diferentes Divisões do Departamento de Cirurgia, dentre os pacientes internados para serem submetidos a tratamento cirúrgico, preferencialmente, na primeira semana de oferta da Disciplina. No primeiro dia da Disciplina, o paciente é apresentado pela Divisão, para os grupos de 7 a 8 estudantes. Na primeira semana, com o apoio da Divisão, **os estudantes estruturam a apresentação dos casos considerando aspectos relativos:** à anamnese, ao exame físico, aos diagnósticos sindrômico, anatômico, etiológico, às investigações laboratorial e de imagem, aos princípios da terapêutica clínica e cirúrgica e às ocorrências perioperatórios (medidas profiláticas e manejo da dor, da infecção, dos distúrbios hídricos, eletrolíticos, ácido base, de coagulação e da nutrição, das questões éticas e de reabilitação, dentre outros). Os estudantes, preferencialmente, no dia anterior e, por meio eletrônico, enviam o caso estruturado para o docente, o qual faz os ajustes cabíveis, tomando como referência a aplicação dos conteúdos da disciplina disponibilizados nas aulas gravadas e na bibliografia disponível e envia para a secretária da Disciplina inserir no sistema de interação. As diferentes etapas de evolução do caso possibilitará: a) ao docente identificar componentes para análise interativa com estudantes para emissão de juízo de valor qualitativo (por exemplo: as informações registradas sobre a profilaxia da trombose venosa profunda podem ser consideradas: 1.Exemplares, 2.Adequadas, 3.Parcialmente adequadas ou 4.Inadequadas); b) aos estudantes, na sequência, selecionar a melhor alternativa, em 30 segundos; c) ao sistema interativo apresentar as respostas do conjunto de estudantes, em tempo real, para todos os presentes; d) aos estudantes e ao docente emitirem comentários, mediante apresentação de metanálises, diretrizes e consensos atualizados, com definição pelo docente do melhor juízo e e) o registro das respostas dos estudantes para o componente formativo a avaliação.

- **Visitas aos ambientes da Clínica Cirúrgica**

- **Visita à Beira do Leito e Análise dos Casos dos Pacientes de Enfermaria:**

Trata-se de **momento de interação** entre docentes, colaboradores da equipe de saúde, estudantes, pacientes e acompanhantes conduzido pela exposição sumária,

pelos estudantes da história clínica com os achados positivos, em ordem cronológica, antecedentes pessoais e familiares e achados físicos **relevantes**. com as respectivas medidas adotadas nos diferentes serviços por onde o paciente passou na rede assistencial do sistema de saúde. Na oportunidade, quando possível, estabelecer o(s) diagnóstico(s) sindrômico(s), anatômico(s) e etiológico(s); relacionar os achados relevantes dos exames bioquímicos e de imagem para avaliar o paciente e a doença e registrar a evolução clínica, as complicações, a prescrição, os exames e procedimentos de rotina do período perioperatório;

- **Práticas p/ pequenos grupos** com desenvolvimento das técnicas cirúrgicas básicas.

CONTEÚDOS A SEREM DESENVOLVIDOS

Conteúdos para o desenvolvimento de habilidades cognitivas:

- Reação orgânica e metabólica ao trauma cirúrgico
- Hidratação, equilíbrio eletrolítico e ácido-base – distúrbios e manejo das alterações
- Biologia da cicatrização
- Profilaxia das infecções cirúrgicas, assepsia e antisepsia
- Diagnóstico e manejo da infecção de sítio cirúrgico
- Profilaxia da trombose venosa profunda
- Bases da anestesia – Bloqueios e anestésicos locais
- Princípios do tratamento das feridas agudas e crônicas
- Princípios do tratamento das queimaduras
- Abordagem das vias aéreas e suas aplicações
- Vias de acesso vascular e suas aplicações
- Vias de acesso ao sistema respiratório e à cavidade torácica e suas aplicações
- Vias de acesso ao sistema digestivo e à cavidade abdominal e suas aplicações
- Acesso às vias urinárias e suas aplicações

Conteúdos para o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, comportamentos e atitudes:

- Visita aos os ambientes de ensino
- Lavagem das mãos/paramentação/preparo do campo operatório
- Conhecimento dos instrumentos cirúrgicos, materiais de sutura, sondas e drenos
- Montagem de uma mesa cirúrgica básica
- Prática de pontos e nós em pregos e compressas.
- Diérese e síntese em modelos de simulação
- Punção venosa periférica/acesso venoso central/dissecção venosa
- Punção abdominal
- Fundamentos para videolaparoscopia
- Capacitação em simuladores de videocirurgia
- Acesso as vias aéreas, urinárias e torácicas em simuladores

Ambientes de Ensino

- Laboratório de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental

- Laboratório de Simulação
- Ambulatórios
- Enfermarias
- Centros de Exames e Procedimentos
- Centro Cirúrgico
- Centro de Terapia Intensiva
- Plataforma Moodle
- Salas para discussão de casos (Anfiteatro no 10º andar do Depto. de Cirurgia e Anatomia – HCFMRP-USP)

ROTEIROS PARA AS ATIVIDADES

Roteiro de Visita ao Ambulatório

Descrever e apresentar os principais componentes do Ambulatório: Balcão de agendamento, sala de espera e sanitários para pacientes e acompanhantes, sanitários para funcionários, salas de pré e pós-consulta, consultórios e sala de procedimentos com a infraestrutura básica.

1. Agendamento do paciente: verificar se o sistema de acesso é feito pela regulação do sistema de saúde com ou sem apoio especializado, se o agendamento é por horário e os problemas de saúde são compatíveis com a atribuição do ambulatório;
2. Verificar se há priorização no atendimento a portadores de necessidades especiais, idosos e gestantes, dentre outros;
3. Acompanhar os atendimentos e observar a sua natureza: primeiro atendimento ou retorno, observar questões relacionadas ao profissionalismo médico (identificação e atribuição dos profissionais, mapeamento e manejo de necessidades específicas do caso, dentre outras);
4. Definir o plano de investigação e tratamento e as conformidades entre a evolução da doença e o tempo;
5. Identificar critérios para redirecionamento do paciente para outros componentes da rede de saúde, tratamento cirúrgico (avaliação pelo ambulatório de risco anestésico cirúrgico) ou de acompanhamento.

Roteiro de Visita à Enfermaria

Descrever e apresentar os principais componentes da enfermaria: sala de precificação e evolução, sala de exames e curativos, leitos hospitalares especializados e de isolamento, salas de apoio administrativo, refeitório.

1. Verificar a necessidade de internação e a forma de acesso: programado, de urgência, com ou sem regulação do sistema de saúde e se o problema de saúde é compatível com a atribuição da enfermagem;
2. Verificar o apoio ao acolhimento de portadores de necessidades especiais, idosos e gestantes, dentre outros;
3. Acompanhar visita à beira do leito e observar questões relacionadas ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e ao profissionalismo médico (identificação e manejo de necessidades específicas do caso, dentre outras);
4. Caracterizar cronologicamente o plano de investigação e tratamento e a conformidade entre a evolução da doença e os tempo encontrados;
5. Identificar critérios para alta hospitalar, retorno às atividades laborais, seguimento e redirecionamento do paciente para outros componentes da rede de saúde.

Roteiro de Visita ao Centro de Endoscopia

Descrever e apresentar os principais componentes do Centro de Endoscopia: recepção, sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários, sala de preparo para exame, salas de exame, unidade de limpeza e desinfecção de materiais e endoscópios, sala de recuperação pós-anestésica e estruturas de apoio: almoxarifado e administração.

1. Agendamento do paciente: verificar se o agendamento é por horário, se há priorização no atendimento a portadores de necessidades especiais, crianças, idosos e gestantes, termo de consentimento livre e esclarecido e preparo para o exame endoscópico;
2. Acolhimento/Recepção:preparo pré-exame e entrevista (Roteiro da entrevista:motivo do exame, problemas correlacionados à doença, medicações em uso, comorbidades);
3. Preparo na sala de exame: punção venosa, anestesia tópica, monitoramento, suplementação de oxigênio, sedação endovenosa;
4. Exame endoscópico: composição da equipe para execução do exame, observação de um exame endoscópico;
5. Recuperação pós-procedimento, critérios de alta e resultado do exame.

Roteiro de Visita ao Centro Cirúrgico

Descrever e apresentar os principais componentes do Centro Cirúrgico: vestiários, central de materiais e esterilização, sala de recepção pré anestesia, área de escovação, salas operatórias, sala de recuperação pós-anestésica, unidade de terapia intensiva pós-operatória e estruturas de apoio:conforto e administração.

1. Sala de Recepção Pré-Anestesia: identificar a origem do paciente (internado ou domicílio), a doença e a operação a ser realizada; termo de consentimento livre e esclarecido, observar o preparo do paciente na enfermaria ou domicílio e na recepção realizados pelas equipes cirúrgica, de enfermagem e da anestesiologia.
2. Central de materiais e esterilização: observar como é feito a limpeza, a desinfecção, a esterilização e o acondicionamento dos materiais cirúrgicos e endoscópicos.
3. Sala operatória: observar a mesa de instrumentais cirúrgicos, os equipamentos anestésicos, a modalidade de acesso cirúrgico empregada, o monitoramento do pacientes e a disposição da equipe cirúrgica e anestésica.
4. Recuperação pós-anestésica: observar a prescrição pós-operatória, o monitoramento pela equipe médica e de enfermagem e os critérios de alta do local.

Roteiro de Visita ao Centro de Terapia Intensiva

Descrever a ambiência e apresentar os principais componentes do centro de terapia intensiva: área de acesso de pacientes e familiares, leitos gerais e de isolamento, composição das equipes de profissionais, proporção esperada de leitos e profissionais por leito, ambientes de prescrição e evolução, recursos tecnológicos previstos e disponíveis e estruturas de apoio: conforto e administração.

1. Definição do local-centro ou unidade de terapia intensiva, critérios de acesso para pacientes e profissionais nos ambientes de internação, critérios de gravidade empregado para os pacientes, perfil geral dos pacientes internados, procedimentos e monitoramento empregados para a maioria dos pacientes do centro de terapia intensiva;
2. Aspectos da interface da equipe do centro de terapia intensiva com as demais equipes do hospital, com destaque para as atribuições e manejo dos doentes: evolução, prescrição e investigação de intercorrências e condutas;
3. Apresentar aspectos do processo assistencial: humanização, transporte do paciente, prevenção e controle de infecção, biossegurança, notificação de eventos adversos graves, descarte de resíduos;, critérios de alta do centro de terapia intensiva;
4. Apresentação de registros e ou indicadores de avaliação do desempenho e qualidade do funcionamento do centro de terapia intensiva;
5. Emprego do termo livre de consentimento esclarecido e diretivas antecipadas de vontade dos pacientes (testamento vital).

É indispensável o uso do avental branco em todas as atividades desenvolvidas no Departamento de Cirurgia e Anatomia. Não é permitido o uso de sandálias, chinelos e bermudas.

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE CASOS PARA DISCUSSÃO INTERATIVA

DISCIPLINA RCG321-CLÍNICA E TÉCNICA CIRÚRGICA

Estudo de Casos



Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica: Estudo de Casos

- Mulher, 48 anos de idade, admitida em hospital terciário porque “passou mal” (prostração, dor abdominal e febre) durante ressonância nuclear magnética do abdome, agendado ambulatorialmente. Referia, **há 2 meses, dor de forte intensidade no epigastrio e hipocôndrio direito, com duração de aproximadamente 90 minutos**, que piorava no período pós-prandial e era associada a náuseas e vômitos esporádicos. **Há 35 dias apresentou colúria, icterícia, calafrios e episódios febris com melhora espontânea e foi encaminhada da atenção básica para Hospital de Urgência terciário, com exames de sangue. Nos últimos dias houve recorrência e agravamento de todos os sintomas. Perdeu 7kg desde início do quadro.**
- Antecedentes: hipertensão com uso de antagonista do sistema renina-angiotensina-25mg/dia e hidroclorotiazida 50 mg/dia. Nega etilismo e tabagismo.
- Achados Físicos: Regular estado geral, hipocorada +2/+4, desidratada +/4+, icterícia +3/+4, acianótica, afebril.
- Frequência respiratória: 28 incursões por minuto; frequência cardíaca: 122 batimentos por minuto; tempo de enchimento capilar < 3 seg.
- Abdominal: distensão discreta, dor à palpação difusa, mais intensa no flanco direito e hipocôndrios direito e esquerdo, sem sinais de peritonismo.
- Extremidades: presença de cicatriz de úlceras, dermatite ocre e dermatoesclerose.

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

A história clínica apresentada pode ser considerada

como:

1. Exemplar
2. Adequada
3. Parcialmente adequada
4. Inadequada

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

A história clínica apresentada pode ser considerada como **parcialmente adequada**. Os seguintes registros, dentre outros, não forma mencionados:

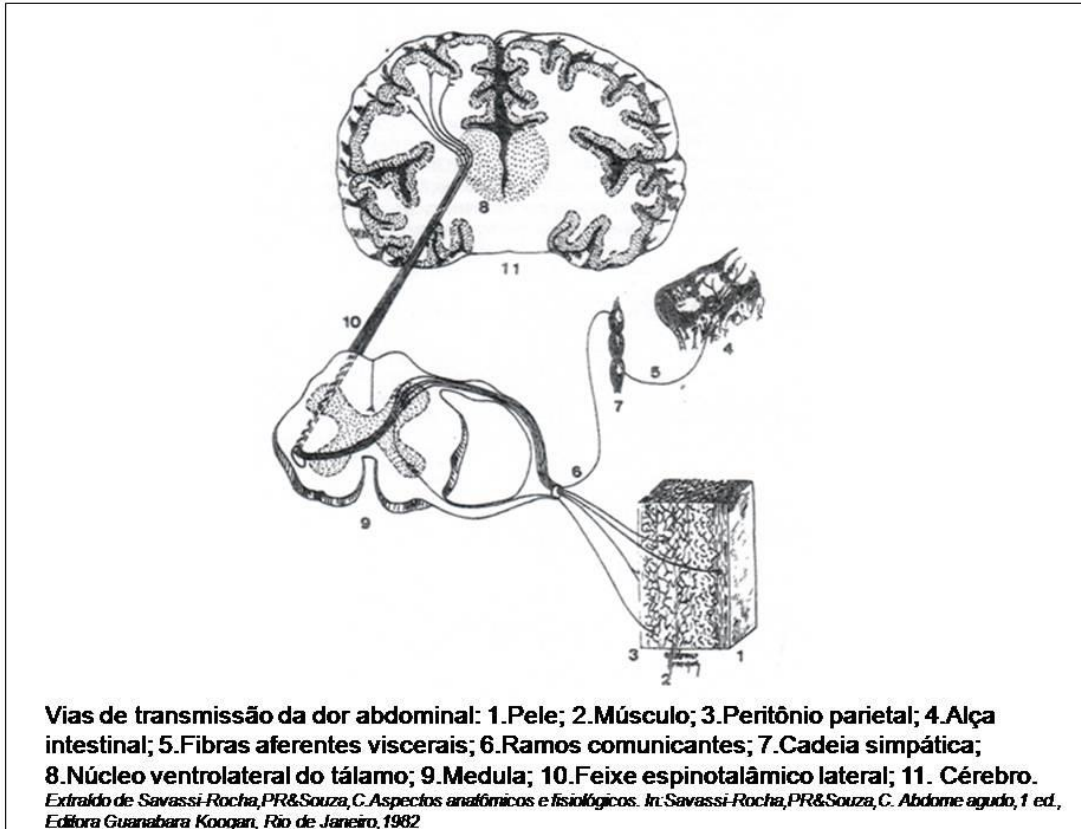
- Irradiação e fatores de melhora da dor;
- Colúria e prurido;
- Índice de massa corporal e pressão arterial;
- Diagnóstico clínico, investigação e tratamento na atenção básica;
- Diagnóstico clínico, investigação e tratamento no atendimento prévio do hospital terciário.

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

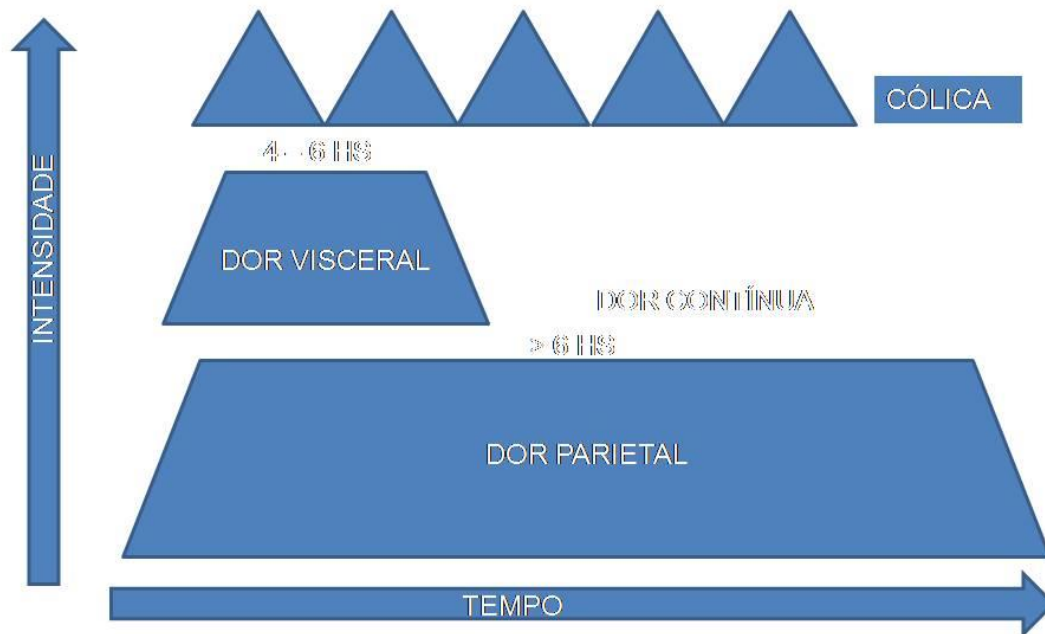
A dor abdominal descrita é melhor caracterizada

como:

1. Visceral verdadeira
2. Somática
3. Visceral Referida
4. Cólica



Característica da dor abdominal



Adaptado de: Strasberg, Steven. *New England Journal of Medicine*. 358(26):2804-2811, 2008

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Trata-se de dor visceral verdadeira:

- Dor persistente
- Efeitos autonômicos secundários (náuseas e vômitos)
- Ausência de peritonismo

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Com base na história clínica e no conhecimento da epidemiologia, o diagnóstico anatômico pode incluir prioritariamente:

- 1- Fígado
- 2- Vias biliares: acessória e principal
- 3- Pâncreas
- 4- Duodeno (região ampolar e periampolar)

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

**A história clínica comporta quantos diagnósticos
sindrômicos?**

1- Um

2- Dois

3- Três

4- Quatro

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Tomando como base a **prevalência das doenças digestivas, a anamnese e o exame físico, o diagnóstico anatômico que pode subsidiar o início da investigação é:**

- Vesícula biliar e o hepatocolédoco

Os diagnósticos sindrômicos possíveis são:

- Abdome agudo;
- Colestase;
- Colangite/hepatite
- Síndrome consuptiva

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Trata-se de dor visceral verdadeira:

- Dor persistente
- Efeitos autonômicos secundários (náuseas e vômitos)
- Ausência de peritonismo

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Cerca de um mês após o início dos sintomas (**dor abdominal, colestase, febre e calafrios**), a paciente foi encaminhada da atenção básica para Hospital de Urgência terciário, com exames de sangue:

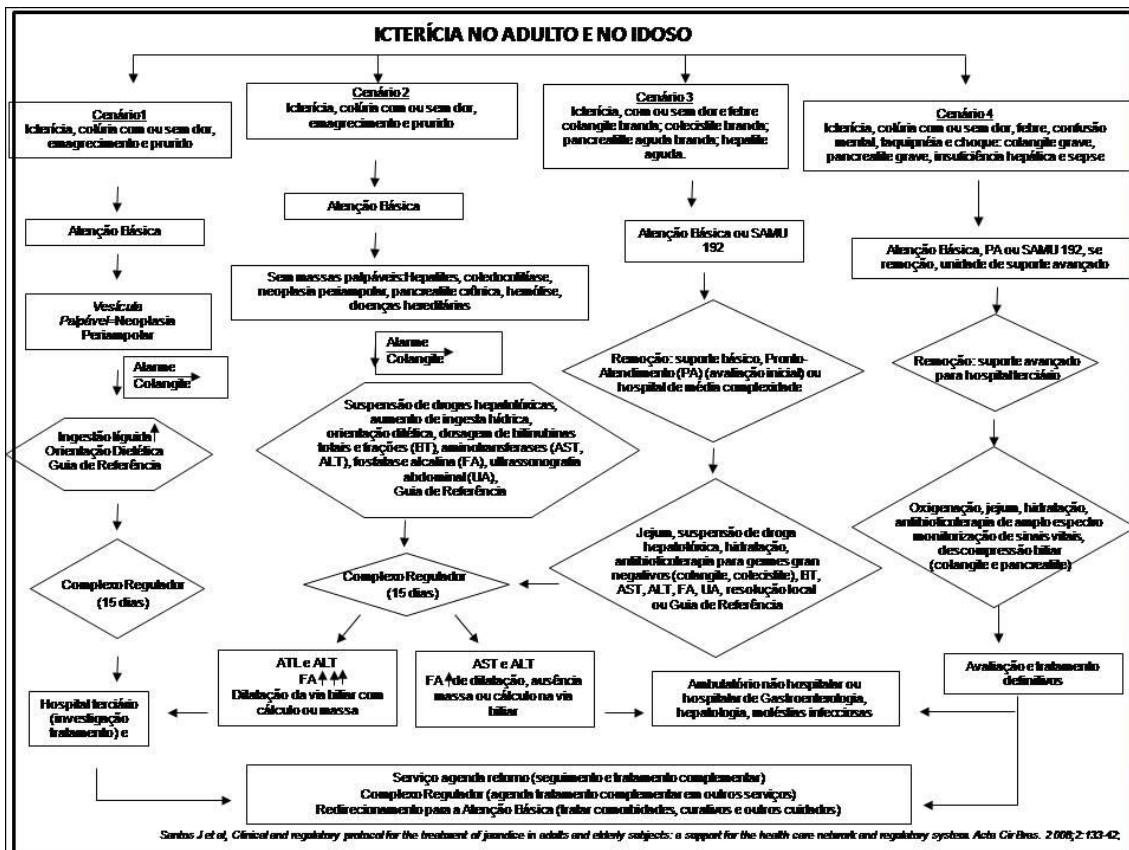
- Hemograma: Hemoglobina: 9,4 g/dl; Hematócrito: 28%; Leucócitos: 7.000 cel./ml, sem bastonetes ; Plaquetas: 305.000 cel./ml.;
- Tempo de Protrombina ou Índice internacional normalizado: 1,15;
- Uréia: 13 mg/dl (até 45); Creatinina: 0,74 mg/dl (até 1,3);
- Amilase: 41 U/L (até 100);
- Aminotransferases: AST ou TGO: 28U/L (até 37U/L) e ALT ou TGP: 23 U/L (até 41U/L);
- Bilirrubinas total: 1,3 mg/dL (0,20 a 1,00), direta:1,2mg/dL (0,00 a 0,20)

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica: Estudo de Casos

O médico regulador poderia ordenar melhor o acesso da paciente da atenção básica para o hospital mediante as seguintes informações:

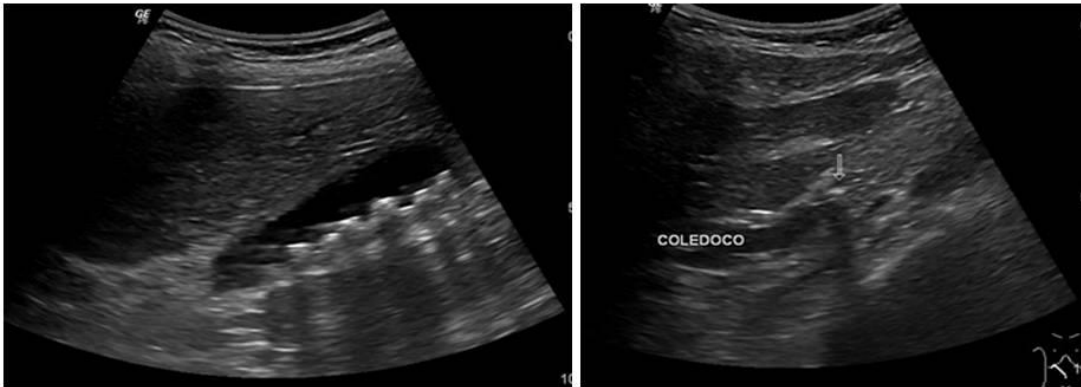
- 1- Nível de consciência e condição cardiorespiratória
- 2- Ultrasonografia de abdome
- 3- Fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase
- 4- eletrólitos e glicemia

15



Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

Cerca de um mês atrás, quando foi admitido no Hospital de Urgência terciário, a paciente trazia exame ultrasonográfico de abdome que revelava colelitíase e coledocolitíase (colédoco de até 1,1 cm).

**Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos**

Considerando a história clínica de cerca de um mês (**dor abdominal, colestase, febre e calafrios**) e os achados do exame ultrasonográfico fica estabelecido o diagnóstico etiológico de doença calculosa da vesícula biliar com provável migração de cálculos para o colédoco, provocando dor, colestase e colangite. Neste contexto o, o manejo mais apropriado de imediato é:

1. Antibioticoterapia para germes gran negativos por cerca de uma semana
2. Antibioticoprofilaxia e remoção da vesícula biliar e dos cálculos do colédoco
3. Correção da anemia e antibioticoterapia de amplo espectro
4. jejum, hidratação, antibioticoterapia e drenagem da via biliar

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

➤ Paciente recebeu alta do hospital de urgência com programação de Ressonância Nuclear Magnética de ambulatório

- Na vigência de exame ambulatorial referia mal estar intenso e dor abdominal de forte intensidade.
- **Achados Físicos:** Regular estado geral, decorada +2/+4, desidratada +/4+, icterícia +/4+, Frequência respiratória: 28ipm; FC: 122 bpm; PA: ?;TEC < 3 seg. Abdomen levemente distendido e doloroso à palpação difusa e dor mais intensa no flanco e hipocôndrios direito. Extremidades: presença de cicatriz de úlceras, dermatite ocre e dermatoesclerose.

Exames Bioquímicos

• Hemograma:

Hemoglobina: 6,9 g/dl; Hematócrito: 20% ; Glóbulos brancos: 11.700 (mielócitos:1%; metamielócitos:0; bastonetes:2%; Neutrófilos:88%); Plaq: 288.000/ml

Tempo de Protrombina: 1,5 (INR)

Creatinina: 0,82 mg/dl

Uréia: 26 mg/dl

Albumina: 2,6 g/dl (3,5 – 4,8)

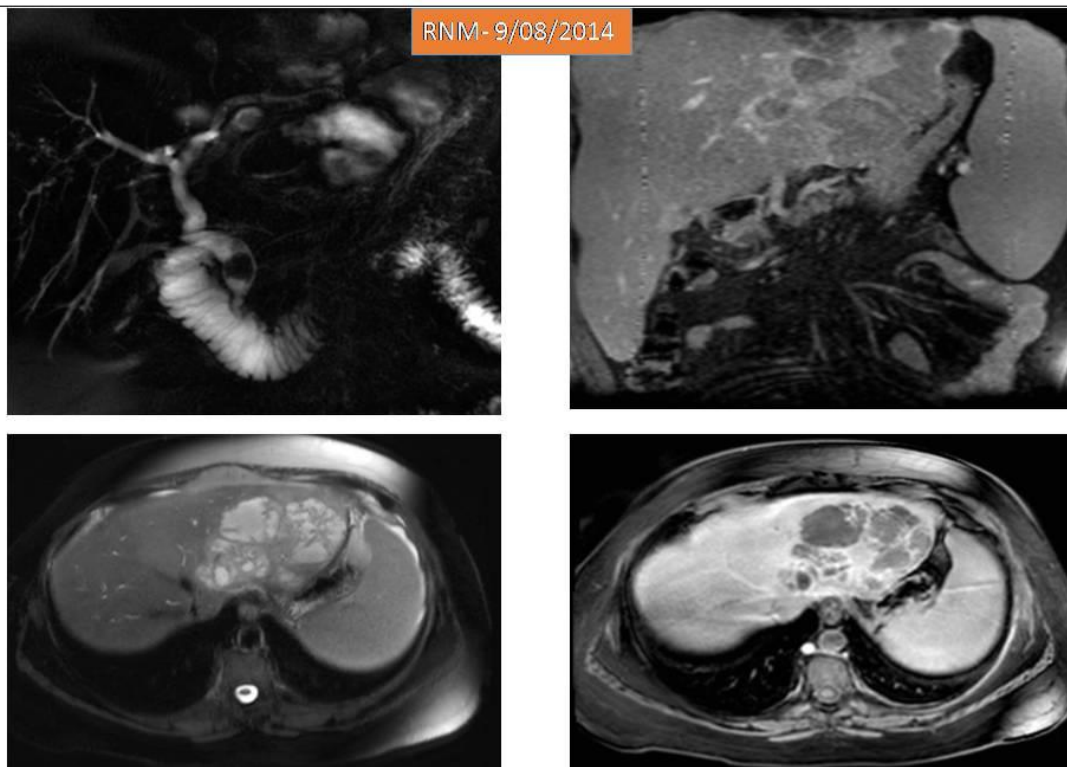
Glicemia: 193 mg/dl (70 – 100)

Proteína C reativa: 31,21 mg/dl (até 1)

Bilirubinas totais: 3,5 mg/dl (até 1,2)

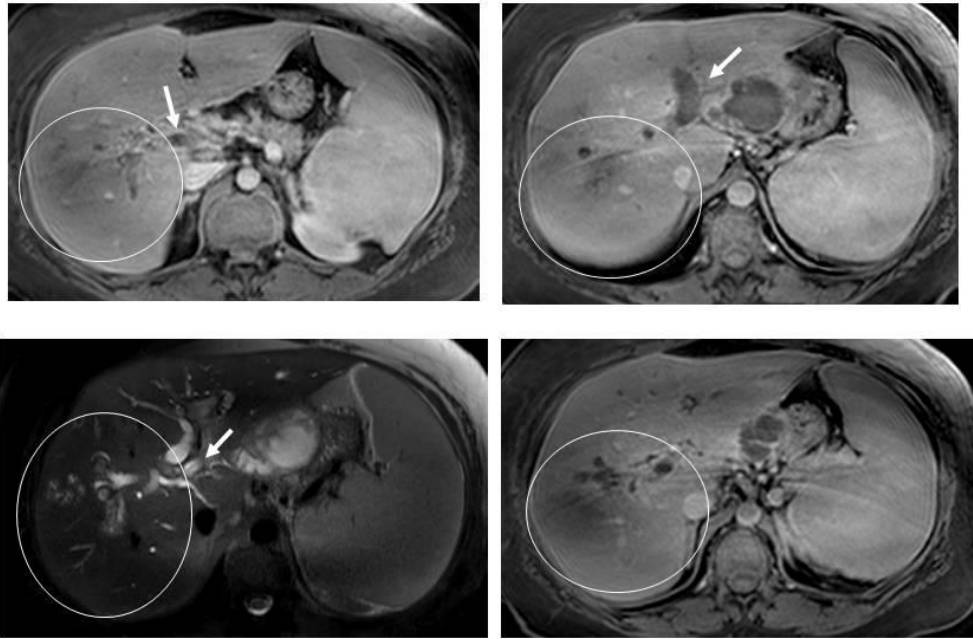
Bilirubina direta: 2,45 mg/dl (até 0,8)

Fosfatase alcalina: 561 U/l (até 300)



Coledocolitíase com dilatação das vias biliares à montante. Sinais de colangite no lobo direito e formação de extenso abscesso hepático no lobo esquerdo. Hepatoesplenomegalia. Trombose da veia porta

RM- 9/08/2014

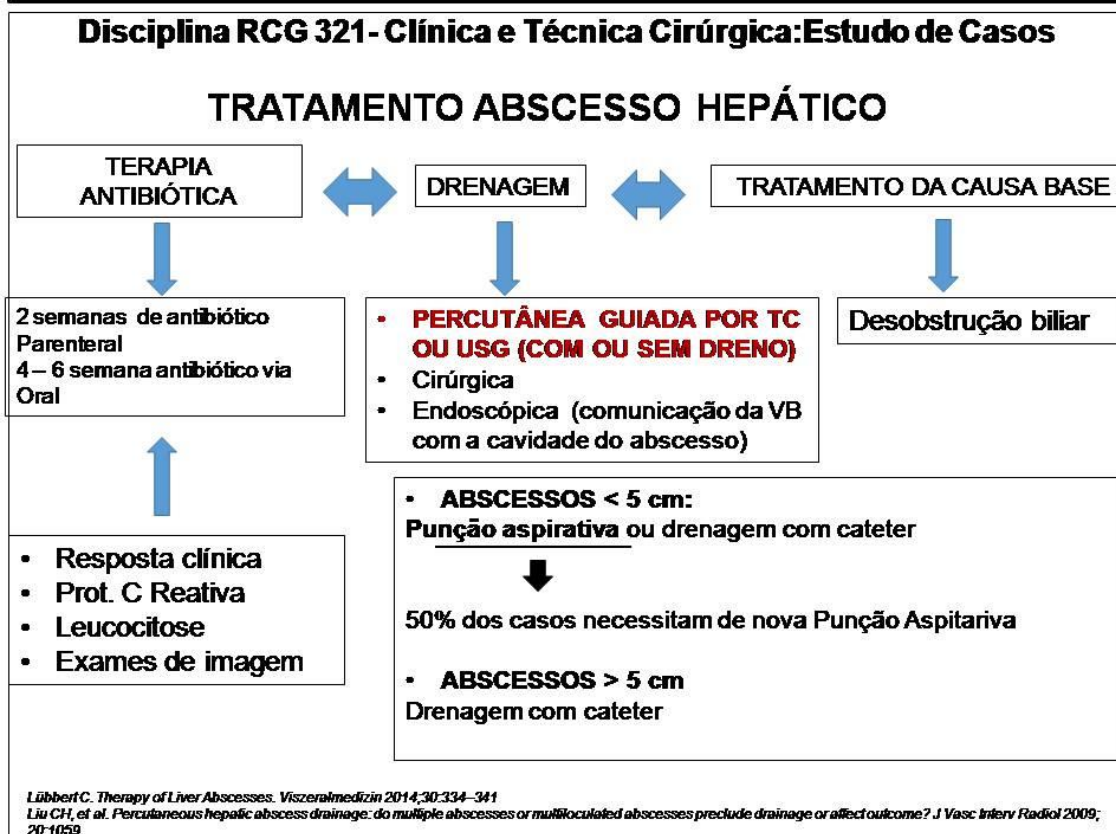
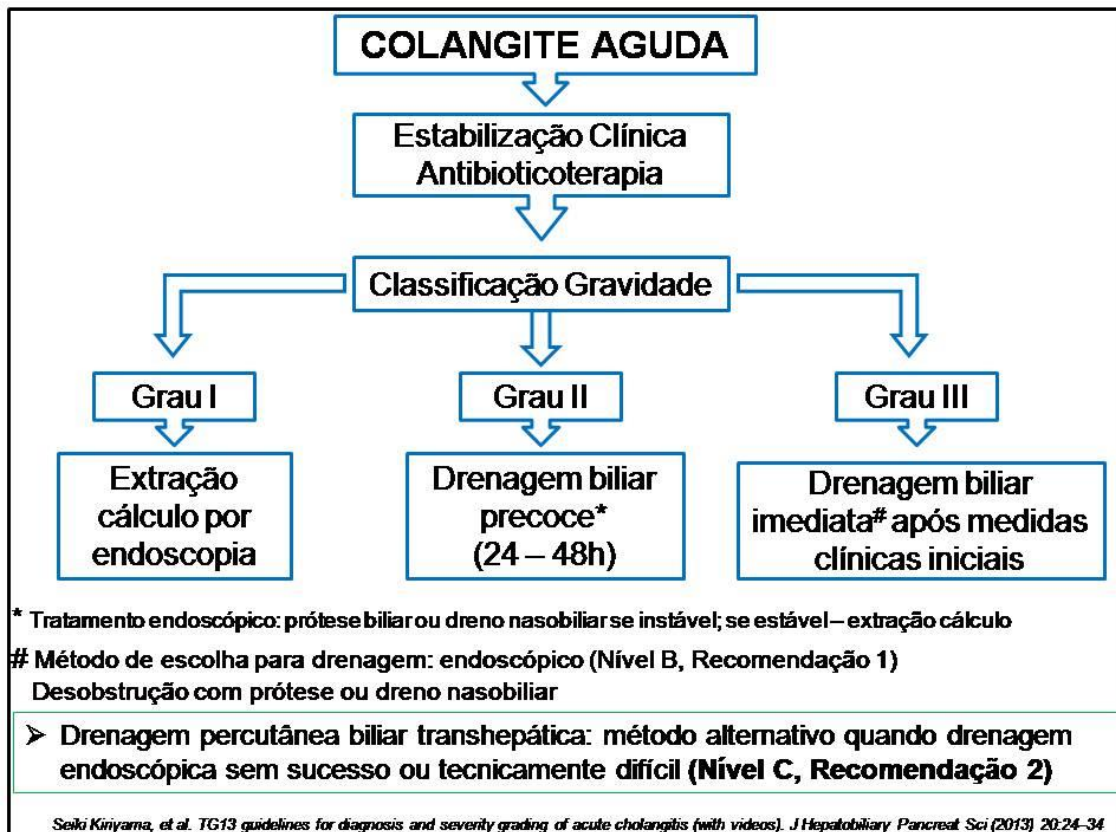


Coledocolitíase com dilatação das vias biliares à montante. Sinais de colangite no lobo direito (círculo) e formação de extenso abscesso hepático no lobo esquerdo. Hepatoesplenomegalia. Trombose da veia porta (setas brancas).

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica: Estudo de Casos

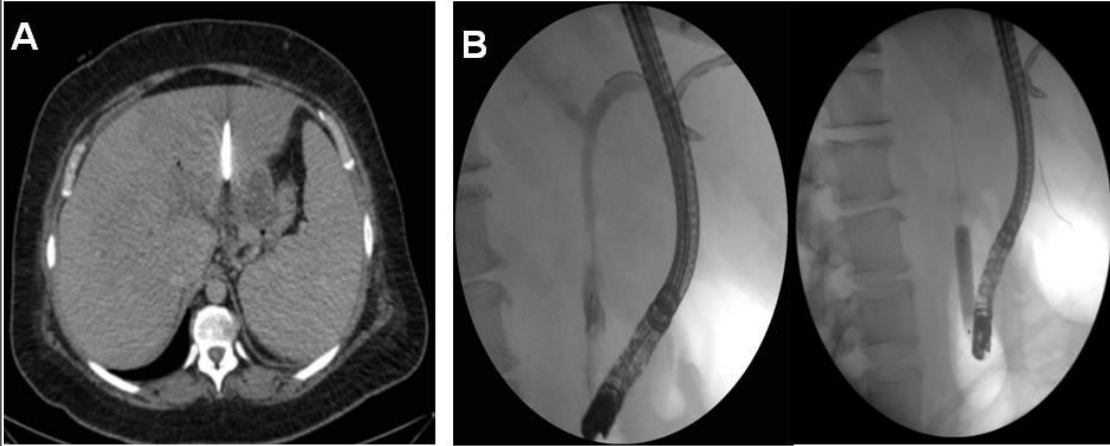
Qual o próximo passo?

1. Jejum, hidratação, antibioticoterapia para germes gram negativos e positivos por cerca de uma semana.
2. Antibioticoprofilaxia para germes gram negativos e anaeróbios, remoção da vesícula biliar e dos cálculos do colédoco.
3. Jejum, hidratação, antibioticoterapia para germes gram negativos e anaeróbios, drenagem do abscesso hepático e da via biliar.
4. Correção da anemia, antibioticoterapia de amplo espectro e hepatectomia.

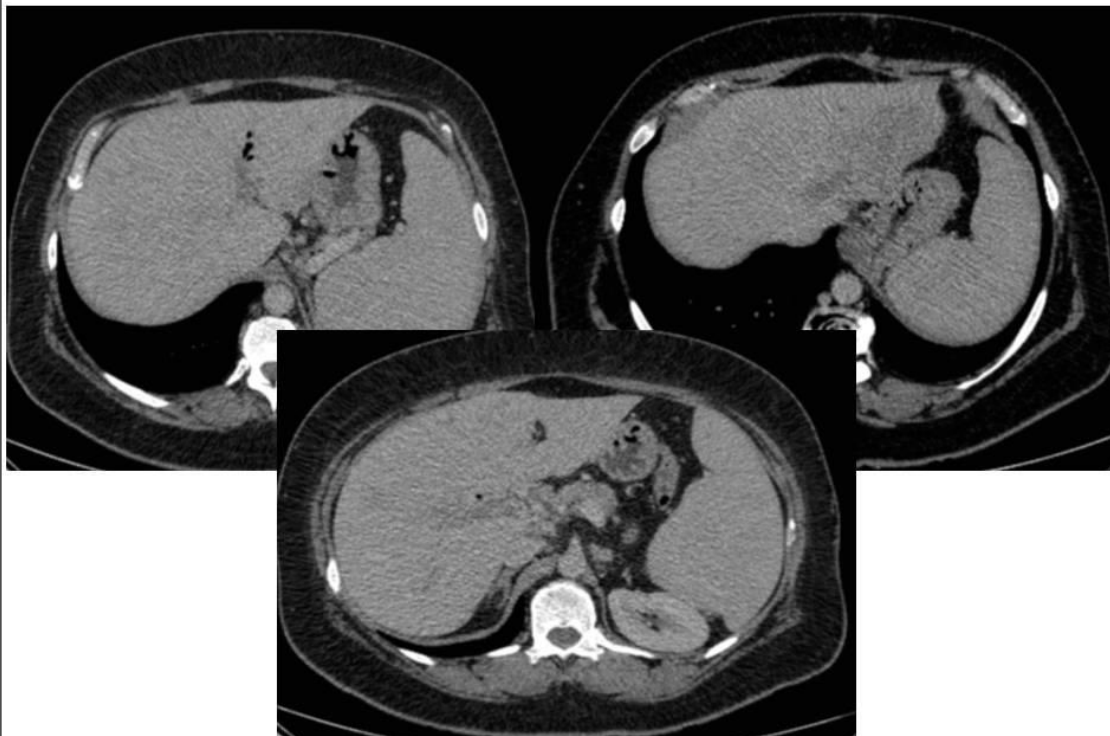


Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

- **A- Drenagem percutânea (12/08/14)** de abscesso hepático no lobo esquerdo, com saída de material francamente purulento e colocação de dreno 14F.
- **B-Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (13/08/14):**



B-Colédoco com 10mm de diâmetro, cálculo de 12 mm de diâmetro impactado junto à papila. Esficterotomia e dilatação com balão hidrostático para até 12 mm de diâmetro.

**CONTROLE TOMOGRÁFICO EM 10/09/2014
Resolução do abscesso**

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos**Trombose da Veia Porta****Fatores Locais:**

- Cirrose (Hipercoagulação, hipertensão portal)
- Tumores
- Infecção
- Trauma (pós procedimentos cirúrgicos, endovasculares)

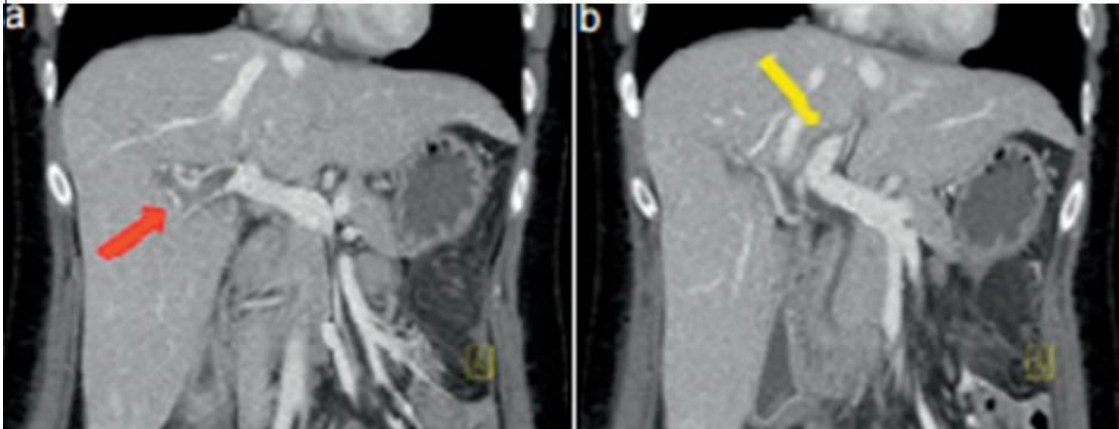
Fatores Sistêmicos:

- Trombofilia (doenças mieloproliferativas, deficiência de proteína C , S, Antithrombin III, plasminogênio, dentre outros)
- Doenças autoimunes e reumatológicas (hepatite autoimune, doença reumática, lupus)
- Outros: gravidez recente, uso de anticoncepcional.

Syed Abdul Basit, et al. Port.al Vein Thrombosis. Clin Liver Dis 19 (2015) 199–221

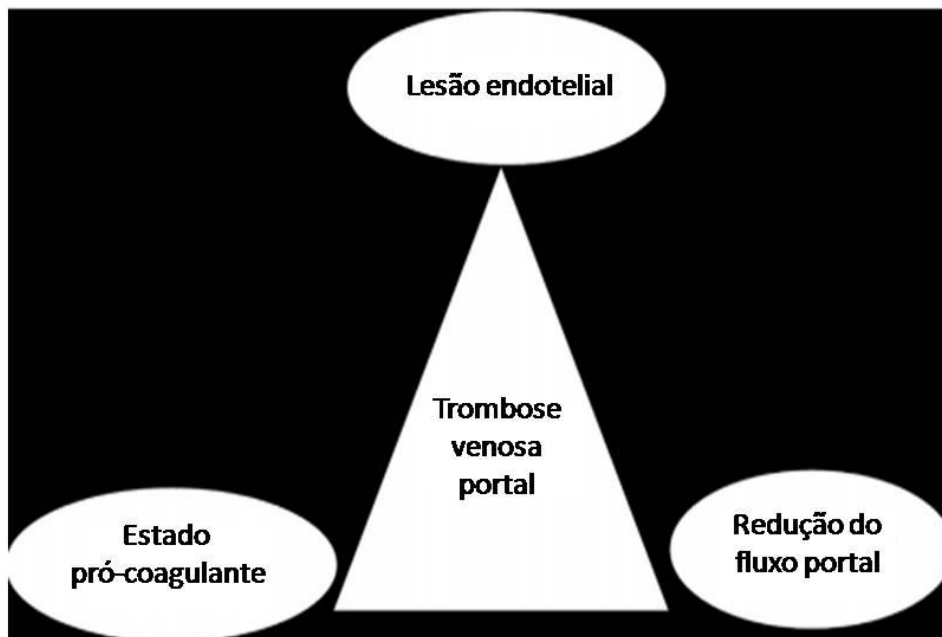
Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos**Em relação à trombose da veia porta:**

1. Iniciar anticoagulação no momento do diagnóstico.
2. Iniciar anticoagulação após resolução do abscesso.
3. Não há indicação de anticoagulação (ausência de sintomas)
4. Há indicação de profilaxia de alto risco.



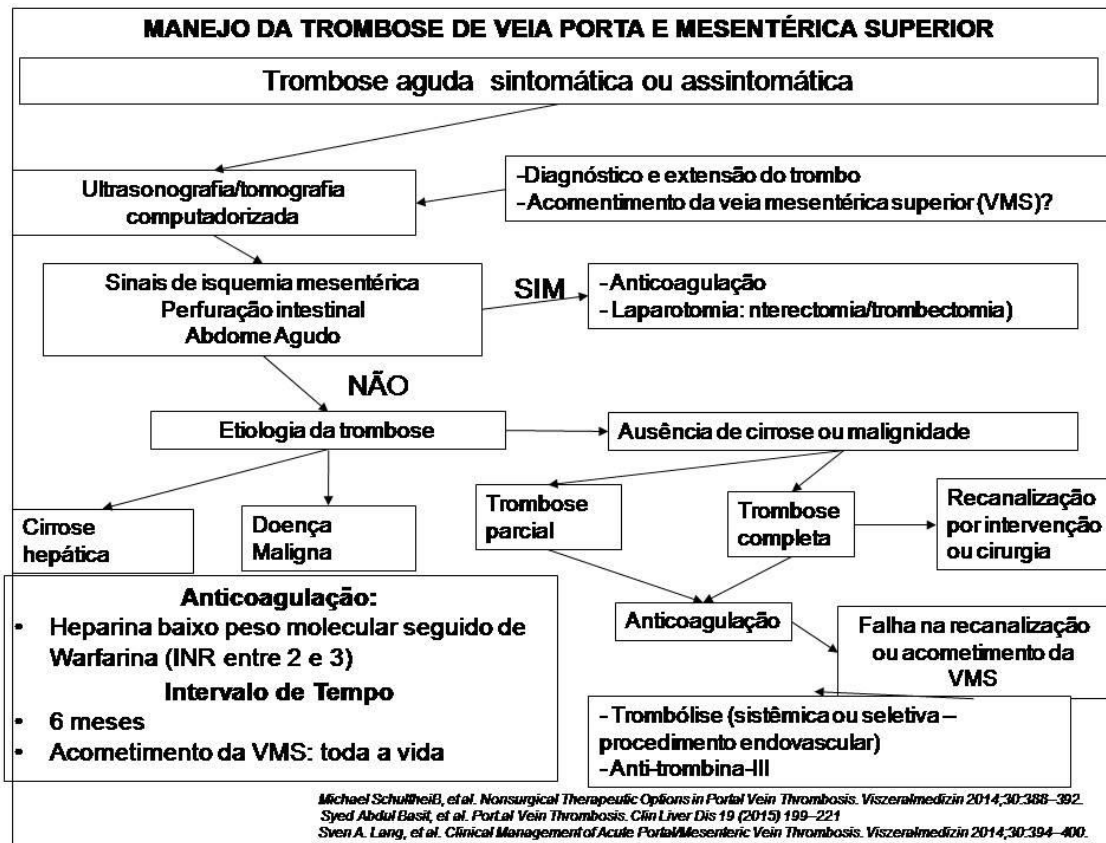
Trombose intra-hepática do ramo portal logo após colectomia laparoscópica (seta vermelha). Ramo portal esquerdo ainda é patente (seta amarela). Iniciada a anticoagulação terapêutica.

Lang AS, Loss M, Wohlgemuth, Schlitt H. Clinical management of acute portal/mesenteric vein thrombosis. Gastr.Med.Surg., Viszeralmedizin 2014; 30: 394-400.



Triade de Virchow para trombose da veia porta.

Chawla Y K, Bodh V. Portal vein thrombosis. J Clin Exp Hepatol 2015; 5(1), 22-40.



Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica: Estudo de Casos

EVOLUÇÃO

15/08/14: Realizado redrenagem do abscesso hepático em lobo esquerdo, com saída de 250 ml de secreção purulenta.

Alta em 19/08/14.

21/08/14: Exames normais-Bilirrubinas totais: 0,58 mg/dl; BD: 0,18 mg/dl; Fosfarase alcalina: 187U/L; Hemoglobina: 14,1mg/dl; GB: 5.000 (sem desvio); Proteína C reativa: 0,48, Albumina: 3,9g/dl

26/08/14: Retirado o dreno abdominal no retorno ambulatorial para programar colecistectomia

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

A análise crítica do acesso da paciente aos serviços de saúde (procedimentos e tempos adotados para o encaminhamento da atenção básica para o hospital de urgência e deste para o eletivo), permite inferir que houve:

1. Negligência
2. Imperícia
3. Imprudência
4. Iatrogenia

Disciplina RCG 321- Clínica e Técnica Cirúrgica:Estudo de Casos

A análise crítica dos tempos e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a paciente, após admissão no hospital de urgência e eletivo), permite inferir que houve:

1. Negligência
2. Imperícia
3. Imprudência
4. Iatrogenia



FREQUÊNCIA

Frequência: Cada atividade prevista equivale a uma presença.

AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

A avaliação terá um componente formativo para acompanhamento do processo ensino-aprendizagem e outro somativo para juízo global e de síntese do progresso no desenvolvimento das habilidades, atitudes e retenção do conhecimento:

Componente Formativo:

- **Prova Teórica, com metodologia Interativa:** Aplicação dos conhecimentos de técnica e clínica cirúrgica (peso de 20%), seguida de devolutiva;

Componente Somativo:

- **Prova Teórica, com metodologia interativa:** Questões de múltipla escolha com quatro alternativas para resposta e uma correta (peso de 40%), seguida de devolutiva;
- **Prova Prática:** Estações objetivas e estruturadas para avaliação de comportamentos e habilidades técnicas (peso de 40%) seguida de devolutiva.
- **Recuperação:** Estudantes com média final inferior a 5 (cinco) e superior a 3 (três), desde que tenham presença superior a 70% das atividades, poderão realizar a recuperação, que constará de prova teórica e prática do conteúdo ministrado. A nota final da aprovação corresponderá a nota destas provas mais a nota da disciplina regular, dividida por 2, que deverá ser igual ou superior 5 (cinco). As provas de recuperação terão as seguintes características.
- **Prova Teórica, com metodologia interativa:** Questões de múltipla escolha com quatro alternativas para resposta e uma correta (peso de 60%), seguida de devolutiva;
- **Prova Prática:** Estações objetivas e estruturadas para avaliação de comportamentos e habilidades técnicas (peso de 40%), seguida de devolutiva.

AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA

A Disciplina RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica será avaliada pelos estudantes de acordo com os objetivos, conteúdos e práticas oferecidos.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA

1. Com base no conjunto de atividades desenvolvidas, atribua uma **NOTA** de zero (0) a dez (10) para a **avaliação global da disciplina RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica**
2. Com base no conjunto de atividades desenvolvidas, atribua um **CONCEITO** para **avaliação geral da Disciplina RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica**

| | | | | |
|---------|------|---------|-----|-------|
| Péssimo | Ruim | Regular | Bom | Ótimo |
| | | | | |

3. Como você avalia as **atividades abaixo relacionadas** da disciplina:

| Atividade | Péssimo | Ruim | Regular | Bom | Ótimo |
|--|---------|------|---------|-----|-------|
| Aulas gravadas | | | | | |
| Visita ao Ambulatório | | | | | |
| Visita à Enfermaria | | | | | |
| Visita ao Centro Cirúrgico | | | | | |
| Visita ao Centro de Endoscopia | | | | | |
| Visita ao Centro de Terapia Intensiva | | | | | |
| Visita à beira do leito | | | | | |
| Atividades Práticas nos Laboratórios de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e de Simulação | | | | | |
| Reunião e Discussão Interativa de Casos | | | | | |

4. Qual a avaliação sobre a **sua participação** (presença, interesse, engajamento) na Disciplina **RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica**?

| | | | | |
|---------|------|---------|-----|-------|
| Péssimo | Ruim | Regular | Bom | Ótimo |
| | | | | |

5. Destaque os **aspectos MAIS POSITIVOS** da Disciplina **RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica**.

.....

6. Destaque os **aspectos MAIS NEGATIVOS** da Disciplina **RCG-321-Clínica e Técnica Cirúrgica**.

.....

7. Utilize, se quiser, o espaço abaixo para **fazer eventuais críticas, sugestões ou outros comentários sobre aspectos específicos ou gerais**

.....

BIBLIOGRAFIA PARA A DISCIPLINA:

O paciente cirúrgico - relação médico paciente. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 252-8. Ceneviva R, Castro e Silva Jr O. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Assepsia e antissepsia técnicas de esterilização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 265-73. Moriya T, Módena JLP. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 274-86. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Leonel EP, Castro e Silva Jr O. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Equilíbrio hidroeletrólítico e hidratação no paciente cirúrgico. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 287-300 Ceneviva R, Vicente YAMVA. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Equilíbrio ácido-base Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 301-11 Évora PRB, Garcia LV <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 430-6. Feres O, Parra RS <http://www.fmrp.usp.br>

Choque Circulatório. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 437-48. Vicente WV de A, Rodrigues AJ, Silva Júnior JR <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 449-64. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr J, Castro e Silva Jr O. <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Cuidados e complicações pós-operatórias. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 465-8. Stracieri LDS. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Complicações respiratórias no pós-operatório. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 469-76. Rodrigues AJ, Évora PRB, Vicente WVA. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Trombose venosa pós-operatória. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 477-86. Piccinato CE <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Infecção em cirurgia e cirurgia das infecções Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 487-90. Rocha JJR. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Santos JS, Kemp R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;2011;44(1): 2-17. <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Takachi Moriya T, Vicente YMVA, Tazima MFGS. Instrumental cirúrgico. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 18-32. <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Tazima MFGS, Vicente YAMV, Moriya T. Laparotomia. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 33-8. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Tirapelli LF, Castro e Silva Jr O. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto) 2011; 44(1):39-50. <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Rocha JJR. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 51-6. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Cologna AJ. Cistostomia. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 57-62 <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Ricz HMA, Mello-Filho FV, Conti de Freitas LC, Mamede RCM. Traqueostomia. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 63-9. <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 70-8. Cipriano FG, Dessote LU. Drenagem Pleural. <http://www.fmrp.usp.br/revista> site: www.queroinstrumentar.com.br

Moodle Stoa – Curso RCG 321 Clínica e Técnica Cirúrgica 2016: ementa, artigos, aulas em vídeos.

Goffi, F. S. **Técnica cirúrgica**: bases anatômicas e fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

Santos, J. S. et al. Protocolo Clínico e Regulação: Acesso à Rede de Saúde. 1ª ed., RJ. Elsevier, 2012, v. 1, p. 3-7.

Townsend, C. M. et al. **Sabiston tratado de cirurgia**: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>

acesse aqui os periódicos e cadastrar-se. Especial atenção para as seguintes bases de dados: **Medicine, Micromedex e Jamaevidence**

ELENCO DE DOCENTES E MÉDICOS COLABORADORES

| | |
|--|---------------------------------------|
| Prof.Dr. Aduino Cologna* | Urologia |
| Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty | Cirurgia Digestiva |
| Prof. Dr. Alfredo Jose Rodrigues | Cirurgia Cardiovascular e Torácica |
| Prof. Dr. Anibal Basile Filho | Centro de Terapia Intensiva |
| Dr. Antônio Antunes Rodrigues Júnior*** | Urologia |
| Prof. Dr Benedito Oscar Colli | Neurocirurgia |
| Prof. Dr.Carlos Eli Piccinato* | Cirurgia Vascular e Endovascular |
| Dra Cinara Silva Feliciano*** | Comissão Controle Infecção Hospitalar |
| Prof. Dr. Edwaldo Edner Joviliano | Cirurgia Vascular e Endovascular |
| Prof. Dr. Takachi Moriya* | Cirurgia Vascular e Endovascular |
| Prof. Dr.Énio Mente | Cirurgia Digestiva |
| Dr.Federico Enrique Garcia Cipriano*** | Cirurgia Cardiovascular e Torácica |
| Prof. Dr. Jayme Adriano Farina Junior | Cirurgia Plástica |
| Prof. Dr. João Abrão | Anestesiologia |
| Prof. Dr. Jose Joaquim Ribeiro da Rocha | Coloproctologia |
| Prof. Dr. José Sebastião dos Santos | Cirurgia Digestiva |
| Prof. Dr. Lourenço Sbragia Neto | Cirurgia Pediátrica |
| Dr. Lycio Umeda Dessotte*** | Cirurgia Cardiovascular e Torácica |
| Prof. Dr. Luis Vicente Garcia | Anestesiologia |
| Prof. Dr. Luiza da Silva Lopes | Neuroanatomia |
| Profª. Drª. Mª de Fátima G. Sorita Tazima | Cirurgia Pediátrica |
| Profª. Drª. Mª Auxiliadora Martins** | Centro de Terapia Intensiva |
| Dr. Marcelo Lourencini Puga | Centro de Terapia Intensiva |
| Dr. Marley Ribeiro Feitosa *** | Coloproctologia |
| Prof. Dr. Maurício Serra Ribeiro | Cirurgia Vascular e Endovascular |
| Prof. Dr. Omar Feres | Coloproctologia |
| Prof. Dr. Orlando de Castro e Silva Júnior | Cirurgia Digestiva |
| Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Evora | Cirurgia Cardiovascular e Torácica |
| Prof. Dr. Pedro Soler Coltro** | Cirurgia Plástica |
| Prof. Dr. Rafael Kemp | Cirurgia Digestiva |
| Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis | Urologia |
| Dr.Sidney José Mori Fernandes*** | Cir Vasc e Endovascular |
| Prof. Dr. Silvio Tucci Junior | Urologia |
| Prof. Dra Valeria Paula Sassoli Fazan | Neuroanatomia |
| Dr. José Eduardo Brunaldi *** | Cirurgia Digestiva |
| Dra. Adriana Cristina do Nascimento Godinho*** | Cirurgia Digestiva |
| Dr. Fábio Antônio Percim Volpe *** | Cirurgia Pediátrica |

***Docentes colaboradores **Docente FAEPA ***Médicos colaboradores**

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Avaliação Institucional da Universidade de São Paulo-2010-2014. Disponível nos sites: <http://gvr.uspdigital.usp.br/cpa> e <http://www.usp.br/gvr/cpa-comissao-permanente-de-avaliacao/>

Bollela, V.R., Senger M. H., Tourinho F., S., V., Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes:da teoria à prática Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(3): 293-300.

Burguess AW, McGregor DM, Mellis CM, Applying established Guidelines to team-based learning programs in medical schools: A systematic review. Acad Med. 2014; 19:1-11.

Harvey F et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376(9756): 1923-58.

Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação,Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília:DiárioOficial da União, 2001.

Mitre, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , 2008v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec

Santos, J. S.; Kemp, R. ; Sankarankutty, A. K. Experiência com Avaliação Objetiva e Estruturada em Clínica Cirúrgica na FMUSP - Ribeirão Preto. In: Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério; Renata Mahfuz Daud-Gallotti; Luiz Ernesto de Almeida Troncon; Milton de Arruda Martins. (Org.). Avaliação Prática de HAbilidades Clínicas em Medicina. 1ªed.São Paulo: Atheneu, 2012, v. 1, p. 1-315.

Venturelli J. Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OPAS/OMS, 1997. (Série Paltex Salud y Sociedad; n. 5, 2000).

Resolução CFM nº 1.995/2012 (Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70)