

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA*

DISCIPLINA CIRURGIA II

6º PERÍODO

2o. Semestre de 2014

GD: Conceitos de conveniência operatória. Avaliação clínica pré-operatória

Questão 1: J.S.O, gênero masculino, 58 anos, com diagnóstico recente de adenocarcinoma de próstata sendo indicado tratamento cirúrgico (prostatectomia radical). Procurou o seu cardiologista para avaliação “pré-operatória”.

Relata IAM há oito meses, em uso regular de diltiazem e AAS; nega sintomas recentes de angina (precordialgia, dispnéia aos esforços).

Exame físico: PA:135 x 90mmHg; FC:80bpm com ritmo cardíaco regular; Ecocardiograma: fração de ejeção: 64%

ECG: distúrbio de repolarização ventricular.

- a) Discuta: quem deve realizar a avaliação clínica pré-operatória?
- b) Este paciente foi classificado como ASA II. O que isto significa? Discuta sobre importância desta classificação.
- c) Quais exames pré-operatórios são necessários? Pode-se realizar a cirurgia logo?

Questão 2. A.T.N, gênero feminino, 70 anos, portadora de insuficiência mitral grave com sintomas de insuficiência cardíaca no repouso (Classe IV da NYHA); indicado operação cardiovascular para troca valvar. HP: hipertensa crônica, em uso de Captopril (50mg/TID), Anlodipina (10mg/MID) e Carvedilol (15 mg BID).

- a) Quem deve indicar a operação? Quais os problemas caso o cardiologista indique a cirurgia?
- b) Como avaliar o risco cirúrgico desta paciente? Em que baseia-se este risco?
- c) Qual o risco desta paciente segundo à Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA)? Justifique.
- d) É possível reverter este risco? O que é reversibilidade do risco?

Questão 3. Paciente 54 anos, gênero masculino, hipertenso em uso de Captopril (25mg/TID) e DMNID em uso regular de Metformina (850mg/dia), com quadro de dor abdominal, icterícia progressiva e emagrecimento. Sem complicações relacionadas às comorbidades.

- a) Quais possíveis hipóteses diagnósticas?
- b) Após a definição diagnóstica, o cirurgião optou pela realização da operação (duodenopancreatectomia). Discuta a indicação cirúrgica e a decisão operatória.
- c) Discuta sobre o vulto da operação.
- d) Como decidir o momento operatório? Quais aspectos deve-se avaliar?
- e) Em relação aos medicamentos utilizados, quais medidas devem ser tomadas?

Questão 4. Paciente J.S.V, 27 anos, gênero masculino, inicia com quadro de anorexia, dor abdominal na região epigástrica e náuseas há 24 horas. Evoluiu com vômitos e febre (Tax= 37,9°C). Admitido no Pronto Socorro com dor difusa à palpação do abdome, sem defesa, ausculta cardíaca e respiratória

sem alterações. PA: 120x80mmHg, FC:92bpm; Tax=37,4°C (em uso de antitérmico). Após algumas horas evoluiu com localização da dor na FID.

- a) Discuta: qual o provável diagnóstico?
- b) Qual o tratamento indicado? Justifique
- c) Existe diferença em operação de urgência e emergência (momento operatório)
- d) Existe alguma classificação ASA específica neste caso? Qual?
- e) É necessário solicitar o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido)? Discuta o assunto.

Questão 5: Paciente gênero masculino, 42 anos, procurou o ambulatório de Cirurgia para avaliação, pois está com doença por refluxo gastroesofágico (DRGE), esofagite de refluxo e epitélio metaplásico de Barrett (com displasia de baixo grau, diagnosticada há 1 ano). Relata uso regular de omeprazol (40mg/MID) há 6 anos.

No momento, sem sintomas dispépticos ou emagrecimento, com apetite preservado. HP: tabagista desde os 20 anos de idade, tendo interrompido o hábito há 45 dias, devido uma tosse seca e “falta de ar”; HAS e DMNID, em uso regular de: metformina (850mg/MID), hidroclorotiazida (25mg/MID), AAS (100mg/MID). Relata fazer controle clínico semestral com o seu cardiologista.

- a) Existe indicação para operação? Discuta as indicações para realização de cirurgia na DRGE.
- b) Após submeter-se a nova endoscopia digestiva alta foi diagnosticado a presença de displasia de alto grau focal. O paciente demonstra não querer ser operado. Como devemos expor a necessidade de tratamento cirúrgico?
- c) Conforme relatado, sua última consulta com o cardiologista foi há 7 meses e os exames também são desta data. É necessário realizar novos exames? Caso seja necessário, quais exames devemos solicitar? Discuta o tempo de validade dos exames pré-operatórios.
- d) Após a suas explicações sobre a operação, o paciente relata preferência pela abordagem laparoscópica. Quais são as vantagens desse acesso? Quais são principais contra-indicações absolutas e relativas? Quais os riscos desta abordagem para o paciente em questão, considerando as suas comorbidades?
- e) Em relação aos medicamentos usados, como proceder no pré-operatório?

GD - Preparo pré-operatório

Questão 1: F.S.O, gênero masculino, 44 anos de idade, com diagnóstico de hérnia inguinal direita sendo indicado tratamento cirúrgico eletivo. Durante a admissão hospitalar, informou estar com algúria associada a urina escura, sendo solicitado exames laboratoriais devido a suspeita de infecção urinária (confirmada pelos exames).

- a) Qual deve ser a conduta do cirurgião? Discuta.
- b) Caso a operação fosse em caráter emergencial, havendo estrangulamento herniário, qual a melhor conduta? Está indicado antibiótico profilático?
- c) Após a resolução do quadro clínico, deve-se solicitar novos exames pré-operatórios? Quais?

Questão 2: M.H.S.T, gênero feminino, 62 anos, portadora de Doença de Chagas, procurou o Pronto Socorro com relato de tonteira e constipação intestinal há uma semana. HP: fibrilação atrial crônica, com episódio prévio de trombose venosa profunda recente. Atualmente em uso de: Marevan, Furosemida, Espironolactona, Captopril, AAS, Amiodarona e Digoxina. Ao exame físico: hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, dispnéica, jugular ingurgitada, pulsos finos (FC: 66bpm, PAS= 78mmHg), abdome ascítico, indolor à palpação, edema (2+/4+). Realizada radiografia de abdome em decúbito dorsal que mostrou: presença de cólon reduntante, com ar até o sigmóide, havendo a parada nesse local e ausência de ar no reto; alguns níveis hidroaéreos (não realizou radiografia em ortostatismo). Optado por realizar uma retossigmoidoscopia: aparelho não progrediu após 20 cm da borda anal. A paciente permaneceu sem evacuar a despeito da realização de clister glicerinado e do uso de laxantes. Os exames mostraram: K+: 5,6 mEq/L, RNI: >10, creatinina:1,35mg/dL, uréia:54mg/dL.

- a) Como deve ser o preparo pré-operatório diante das alterações encontradas?
- b) Durante a observação no Pronto Socorro, a paciente apresentou piora clínica significativa, com descompensação dos parâmetros clínicos, optando-se por tratamento cirúrgico de emergência. Qual é a classificação ASA?
ASA IIIe
- c) Em relação aos medicamentos, qual a conduta? Quais cuidados o anestesista deve ter com a paciente em uso destas drogas?
- d) Como deve ser a monitoração peroperatória da paciente?
Realizar cateterismo vesical para monitorar débito urinário; inserir cateter central para monitorar pressão venosa central e cateter de monitoração intrarterial (PIA - esse último discutível); monitorar com ECG contínuo.

Questão 3. T.C.S, gênero feminino, 52 anos, atendida no ambulatório de Ginecologia, devido a presença de uma massa endurecida na mama direita

notada há 8 meses. A propedêutica da paciente revelou tratar-se de um tumor de mama avançado com a presença de metástases em linfonodos axilares. Foi indicada a operação: mastectomia direita radical.

- a) Quais os exames pré-operatórios devem ser solicitados? Justifique.
- b) Durante a consulta, a paciente relata muito medo da anestesia geral e do resultado estético após o procedimento. Como proceder para diminuir as aflições da paciente?
- c) A operação foi programada para às 8:00 horas. Quando deve ser realizada a internação hospitalar? Quais as orientações necessárias em relação ao jejum?

Questão 4. I.S.C, gênero feminino, 54 anos, natural de Curvelo/MG, relata quadro de constipação há 4 anos, com piora progressiva e necessidade diária de usar laxativos e clister glicerinado, sem boa resposta. Solicitados os seguintes exames complementares: enema opaco (mostrou dolico megasigmóide) e colonoscopia (provável dolico cólon). Após reavaliação pelo cirurgião foi programado tratamento cirúrgico.

- a) Qual a etiologia mais provável para o quadro clínico e desta paciente?
- b) Quais exames específicos pré-operatórios devem ser solicitados para avaliação desta etiologia e das suas possíveis complicações?
- c) Existe a necessidade de algum preparo especial para a operação? Como ele deve ser feito? Discuta.
- d) Durante a operação, pode ser optado por uma colostomia temporária. Quando isto deve ser abordado? Como fazer adequadamente?

Questão 5: J.C.P, gênero masculino, 81 anos, admitido no Pronto Socorro com quadro de obstrução intestinal (dor e grande distensão abdominal, vômitos, parada de evacuar há 8 dias). Relata HAS (em uso de Captopril 25mg/TID, Hidroclorotiazida 50mg/dia, Propanolol 40mg/BID), tabagista há 60 anos (20 maços/ano) e apresenta insuficiência cardíaca compensada (FE= 58%), secundária a hipertensão arterial. Após propedêutica indicado cirurgia de urgência.

- a) Quais exames devem ser solicitados na avaliação clínica pré-operatória?
- b) Quando deve ser feita a tricotomia do campo operatório? Como proceder?
- c) Este paciente deve ser submetido ao cateterismo vesical de demora? Quais as principais indicações?
- d) Qual a conduta em relação a suspensão do tabagismo deve ser adotada? Discuta.

GD - Resposta orgânica ao trauma (ROT)

Questão 1: G.C.P, gênero masculino, 58 anos, foi submetido a esofagectomia com reconstrução jejunal devido à neoplasia esofágica.

- a) Existe diferença em relação ao aporte hídrico (soroterapia) no pós-operatório imediato? Discuta baseado na resposta orgânica ao trauma.
- b) No pós-operatório, nas primeiras 24 horas a diurese foi de 600ml. Considerando que o peso do paciente é 80Kg, a diurese está adequada? Justifique. Explique qual a melhor conduta.
- c) O cirurgião responsável pela operação foi indagado pelo acadêmico de Medicina sobre liberar a dieta do paciente apenas quando este voltar a apresentar ruídos hidroaéreos. Qual deve ser a resposta? Discuta.
- d) Discuta: o que é o íleo adinâmico funcional. Quais as causas da sua ocorrência no pós-operatório?

Questão 2: P.F.C.S, gênero feminino, 12 anos, admitida no Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) com relato de dor abdominal há 3 dias inicialmente na região periumbilical, com piora da intensidade e localização da dor na fossa ilíaca direita há cerca de 12h. Apresentou 2 picos febris de 38,0°C. Nega comorbidades e uso de medicamentos. Ao exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, em decúbito lateral com flexão dos MMII; FC:108bpm; FR:20irpm, PA:110x70mmHg; palpação abdominal profunda com defesa localizada na FID.

- a) Qual o provável diagnóstico deste paciente? Cite outros diagnósticos diferenciais.
- b) Você solicitaria algum exame pré-operatório? Justifique.
- c) Decidido pela operação de urgência, o cirurgião tem várias opções cirúrgicas: técnica (aberta com incisão mediana infraumbilical, incisão específica localizada na FID ou abordagem laparoscópica). Discuta estas diferentes abordagens e suas repercussões na ROT?
- d) Quais medidas podem ser adotadas pelo cirurgião e pelo anestesista para modular a ROT? Justifique.

- e) No PO o que ocorre com o balanço nitrogenado desta paciente? Explique o que é balanço nitrogenado negativo.

Questão 3: P.V.S, gênero feminino, 64 anos, peso atual 44Kg, altura 1.62m, com história de emagrecimento (10Kg) nos últimos 3 meses, associado com dor abdominal, episódios de diarreia e constipação intestinal. HP: hipotireoidismo iatrogênico (secundário à tireoidectomia por carcinoma papilífero da tireóide) e HAS controlados. Em uso regular de hormônio tireoidiano e Captopril. Diagnosticado adenocarcinoma de cólon ascendente, foi submetida a colectomia direita alargada, sob anestesia geral combinada com bloqueio peridural alto, sem intercorrências durante a operação. Extubação na sala de cirurgia e encaminhada à sala de recuperação no Bloco Cirúrgico. Exames: glicemia peroperatória=350mg/dL e no pós-operatório imediato=382mg/dL. Volume urinário nas primeiras seis horas de pós-operatório: 130mL.

- a) Discuta sobre a anestesia escolhida para a operação e suas implicações na ROT.
- b) Discuta sobre monitoração perioperatória, associação com a ROT e repercussão no pós-operatório.
- c) Como deveriam estar o TSH, T3 e T4 livre desta paciente após a operação?
- d) Existe alguma implicação na ROT o emagrecimento da paciente? Poderia dificultar a extubação da paciente? Discuta atitudes que podem minimizar esta complicação.

Questão 4. L.M.P, gênero feminino, 82 anos, admitida no HRTN com relato de queda de própria altura, com dor intensa na pelve, membro inferior esquerdo rodado lateralmente e encurtado. Suspeitada pelo ortopedista, foi confirmada uma fratura de colo do fêmur, após realização da radiografia. Indicado tratamento cirúrgico eletivo (artroplastia). No 2º DPO apresentou 2 picos febris (37,8° C).

- a) O que ocorre com a diurese nos primeiros dias de pós-operatório? Explique.
- b) No pós-operatório imediato (POI) a paciente apresentou hiperglicemia. Qual é a provável causa? Discuta.
- c) A febre no PO pode ser resultado da ROT? O que causaria elevação da temperatura? Quais outras causas possíveis?

Questão 5. I.G.S.M, 29 anos, gênero masculino, 74 kg, vítima de queimadura por álcool em sua residência. Durante a admissão no PS apresentava queimaduras de terceiro grau em todo o membro superior direito e algumas queimaduras de segundo grau no tórax e na mão direita.

- a) Discuta sobre a magnitude da ROT neste paciente?
- b) Comente sobre as alterações dos seguintes hormônios na ROT neste caso: cortisol, insulina, testosterona, ADH?
- c) Os níveis de insulina também alteram no trauma cirúrgico?
- d) Resuma as diferentes fases na ROT.

GD: Nutrição e cirurgia

Questão 1: G.G.M, gênero masculino, 54 anos, admitido no Pronto Atendimento do HRTN com quadro de dor abdominal aguda, em faixa, no andar superior do abdome, com vômitos e sinais de irritação peritoneal difusa durante o exame físico. Dados vitais: FC=112 bpm, PA=80 x 40mmHg; emagrecido, com panículo adiposo e massa muscular escassos, abdome distendido, edema em tornozelos. Informa saciedade precoce e perda excessiva de peso nos últimos meses, além de ingerir cerca de um litro de cachaça por dia.

- a) Quais são as principais hipóteses diagnósticas?
- b) Como classificaria este paciente quanto ao grau de nutrição? Quais são os principais indicadores do estado nutricional?
- c) Você indicaria a terapia nutricional neste paciente, neste momento?
- d) Discuta o impacto do estado nutricional na resposta orgânica ao trauma e na evolução do paciente.
- e) Este paciente apresenta fatores de risco para o desenvolvimento de síndrome da realimentação. Explique o que é esta síndrome, quais as alterações encontradas e como evitá-la.

Questão 2: S.Z.P, gênero feminino, 56 anos, internada para ser submetida a operação devido neoplasia de estômago. Paciente relata hiporexia há um ano, com perda de peso (não sabe precisar quanto) e saciedade precoce. Nega outras comorbidades. Solicitada avaliação pela equipe cirúrgica de nutrição, constando os seguintes dados: paciente em regular estado geral, panículo adiposo preservado, peso atual= 49Kg, altura= 1,60m, albumina= 3,2g/dL.

- a) É possível fazer o diagnóstico nutricional com estas informações disponíveis? Justifique.
- b) Quais outras informações são importantes? O que constitui a avaliação global subjetiva?

Questão 3: M.A.J, 56 anos, altura: 1,58m, feminino, melanoderma, atendida pelo cirurgião de plantão no Hospital das Clínicas com relato de dor abdominal, hiporexia, náuseas e vômitos há 3 meses, associada com emagrecimento de 8 kg (peso anterior 65 kg) nos últimos 2 meses. Ao exame, desidratada (3+/4+), hipocorada (1+/4+), anictérica, PA= 120 x 75 mmHg, FC=88 bpm, BNRNF, MVF s/ RA, abdome flácido, indolor à palpação, com presença de massa palpável em região de hipocôndrio direito de aspecto endurecido, sem pulsações e móvel à inspiração.

Duas ultrassonografias abdominais mostram apenas litíase biliar; TC de abdome mostra ausência de área de continuidade entre estômago e pâncreas, além de dois nódulos hepáticos. Endoscopia digestiva alta (EDA) mostra lesão gástrica, cuja biópsia diagnosticou adenocarcinoma de estômago (Bormann tipo III).

- a) Qual é o provável diagnóstico nutricional desta paciente?
- b) Calcule o IMC para esta paciente? Qual o diagnóstico baseado neste índice? Cite vantagens e desvantagens deste parâmetro.
- c) Essa paciente é candidata a terapia nutricional pré-operatória?
- d) Como realizar a terapia nutricional pré-operatória? (discuta: via a ser utilizada, tempo, etc...).
- e) Que condutas devem ser tomadas no per e pós-operatório desta paciente, considerando os aspectos nutricionais, caso seja submetida a gastrectomia total? Discuta o momento de liberação da dieta no pós-operatório de grandes procedimentos.

Questão 4: E.S.T, gênero masculino, 56 anos, com relato de dor ao evacuar, com alteração do hábito intestinal e hematoquezia há 1 ano. Realizou colonoscopia há seis meses que mostrou uma lesão infiltrativa, vegetante e estenosante no reto. Confirmado diagnóstico adenocarcinoma de reto após biópsia da lesão. Etilista e tabagista. Nega comorbidades.

Durante a avaliação nutricional pré-operatória, o paciente relatou que o seu peso habitual era 75Kg, mas emagreceu muito nos últimos 6 meses (± 20 kg). Contudo, após ser submetido a radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes iniciadas há 6 semanas, notou melhora do apetite e ganho de peso concomitante, além da melhora dos sintomas gastrointestinais. Queixa disfunção leve na execução das tarefas diárias. O exame físico mostrou perda de gordura subcutânea e de massa muscular importantes, sem edema. Peso atual= 58kg.

- a) Qual o provável diagnóstico nutricional deste doente?
- b) Qual a importância em saber que o paciente vem ganhando peso e que não apresenta sintomas gastrointestinais nos últimos 15 dias?
- c) Está indicada nutrição pré-operatória? Se sim, por qual via? Por quanto tempo?

Questão 5: A.R.V, gênero masculino, 70 anos, internado para operação devido um tumor de laringe. Relata que, há 10 anos, apresenta sensação de corpo estranho na faringe, acompanhada de odinofagia e disfagia. Evoluiu com dispnéia ao repouso e

estridor há 2 meses, sendo realizada traqueostomia de urgência. Etilista e tabagista. Informa perda de 3Kg no último ano, e HAS em uso de captopril (25mg/BID).

- a) Considerando a perda de peso pequena (3Kg/ano) este paciente deve ser submetido a avaliação nutricional pré-operatória? Explique.
- b) A família interroga qual deve ser o horário da última refeição do paciente, considerando que ele será operado às 7h, e se ele pode beber água antes da operação. O que deve ser explicado à família?
- c) O tempo de jejum pré-operatório pode interferir na evolução do pós-operatório? Explique.
- d) Considerando que o paciente será submetido a laringectomia total, qual é o tipo de nutrição ideal no pós-operatório? Quando deve ser iniciada?
- e) Após o início da dieta, o paciente evolui com distensão e desconforto abdominal, no 2ºDPO. Qual a hipótese diagnóstica? Que conduta deve ser tomada.

GD - Assistência Médica Pós-operatória

Questão 1: Quais as fases do pós-operatório?

Questão 2: Quais deverão ser os principais itens a serem avaliados à admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica?

Questão 3: Quais são os critérios de alta da sala de recuperação pós-operatória?

Questão 4: Quais são as complicações do pós-operatório imediato mais freqüentes?

Questão 5: Quais são os objetivos da assistência médica no pós-operatório imediato?

Questão 6: Quais são os objetivos do registro no prontuário médico da evolução médica pós-operatória?

Questão 7: Discutir a importância de registrar na prescrição médica:

- a) nome completo do paciente;
- b) número do leito/registo;
- c) data/horário;
- d) nome legível do médico.

Questão 8: Quais são os itens de uma prescrição completa pós-operatória? (incluindo cuidados pós-operatórios, medicamentos e hidratação venosa)

Questão 9: Quais são os aspectos e fatores a serem avaliados para definir o momento adequado da realimentação pós-operatória?

Questão 10: Quais são as diferenças dos drenos e cateteres? Quais são seus objetivos? Dê exemplos e cite alguns cuidados com esses dispositivos.

Questão 11: Quais são as características de um curativo ideal (cobertura de uma ferida cirúrgica)?

Questão 12: Quais são os analgésicos mais empregados no pós-operatório? Quais medicamentos são efetivos na prevenção e tratamento das náuseas e vômitos pós-operatórios?

Questão 13: Antissecreção, antibioticoprofilático e heparinoprofilaxia. Quando empregar?

Questão 14: Paciente JMD, de 56 anos, 60Kg, do sexo feminino, submetida a gastrectomia total com linfadenectomia radical e jejunostomia no tratamento de carcinoma do terço médio do estômago. Trata-se de paciente tabagista (20

maços/ano), com DPOC, em uso crônico de corticóide (faz acompanhamento com a reumatologia). Procedimento cirúrgico sem intercorrências ou complicações. Considerando veias superficiais de difícil punção, foi feita punção venosa central no peroperatório (jugular interna) pelo anestesiológico. Optado por deixar dreno de penrose no leito pancreático em decorrência da dissecação radical dos linfonodos (risco de fístula pancreática). Recebe alta da sala de recuperação pós-anestésica para a enfermaria de cuidados intermediários em boas condições.

Faça a prescrição para o 1º. DPO, considerando que no pós-operatório imediato a paciente evoluiu bem, apresentando boa diurese e BH zerado nesse período. Ao exame encontra-se em boas condições de hidratação e sem sinais de complicações clínico-cirúrgicas

GD: Hidratação venosa pós-operatória

Questão 1. L.S.P, gênero feminino, 42 anos de idade, portadora de HAS em uso regular de Losartan (50 mg/dia), com quadro de dor abdominal súbita na região epigástrica, de forte intensidade com piora progressiva. Admitida no Pronto Atendimento, sendo diagnosticada úlcera péptica perfurada e indicado operação de urgência via laparoscópica. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. Dados: peso= 56kg, altura= 1,58m.

Dados complementares:

- Dados na manhã do 1ºDPO (referentes ao POI): Diurese= 700mL em 12h; Vômitos biliares.
- Dados na manhã do 2ºDPO (referentes ao 1ºDPO): Diurese= 1700mL em 24h.
- Dados na manhã do 3ºDPO (referentes ao 2ºDPO): Diurese= 2700 mL em 24h.
- Dados na manhã do 4ºDPO (referentes ao 3ºDPO): afebril, diurese= 3100mL em 24h.
- Dados na manhã do 5ºDPO (referentes ao 4ºDPO): afebril, diurese= 1950mL em 24h.:
 - a) Faça a prescrição da solução de hidratação para o pós-operatório imediato (considere apenas as necessidades diárias).
 - b) Quais as necessidades de água, calorias e eletrólitos no 1DPO desta paciente?
 - c) Comente sobre o volume urinário nos distintos dias.
 - d) É possível fazer-se o balanço hidroeletrólítico do dia da operação? Comente.

Questão 2. E.M.S, 27 anos, 70 kg, altura 1,78m, gênero masculino, vítima de queda de motocicleta com fratura exposta de MID; foi submetido a redução da fratura e estabilização da mesma para posterior operação definitiva de fixação interna com placa e parafusos. Nega uso de medicamentos ou comorbidades.

- a) Faça o balanço hídrico no 2ºDPO (referente ao 1ºDPO).
- b) Prescreva a hidratação venosa para o 3ºDPO (incluindo a velocidade de infusão)

Questão 3. C.S.T, 44 anos, gênero feminino, 67 Kg e 1,62m de altura, portadora de cardiopatia chagásica controlada, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico (Borrmann IV) é submetida tratamento cirúrgico eletivo (gastrectomia total) sem intercorrências no peroperatório.

- a) Calcule as necessidades diárias de água, eletrólitos e calorias desta paciente?
- b) Considere o balanço hídrico do peroperatório zerado e faça a prescrição do pós-operatório imediato (POI).
- c) No POI (nas últimas 18 horas), a paciente apresentou 800ml de diurese, alguns vômitos (cerca de 500mL) e um pico febril isolado (38,5°C). Calcule o balanço hídrico.
- d) Prescreva a hidratação venosa para o 1ºDPO.

Questão 4. S.Z.O, gênero masculino, 74 anos, peso atual: 70 Kg, altura 1,70m, foi submetido a duodenopancreatectomia para tratamento cirúrgico de neoplasia da cabeça do pâncreas. Ato operatório sem intercorrências, com duração de 5:30h. (5h. de cavidade abdominal aberta). Diurese peroperatória de 930mL, tendo recebido durante a operação 5.000mL de líquidos (essencialmente cristalóides).

- a) Discuta a hidratação peroperatória.
- b) Faça a prescrição para hidratação no pós-operatório imediato.
- c) Porque não se deve, em geral, repor potássio no pós-operatório imediato?
- d) Calcule o balanço hídrico referente ao POI, considerando os seguintes dados na manhã do 1ºDPO: diurese= 800mL; ausência de perdas extras.
- e) Faça a prescrição para hidratação venosa do 1ºDPO.

Questão 5: P.V.S, gênero feminino, 26 anos, 56 kg, primigesta, é submetida a cesariana de urgência devido trabalho de parto devido rotura de membranas amnióticas há 18 horas, e apresentação fetal pélvica. Realizado profilaxia com

5.000.000 UI de penicilina cristalina. Procedimento sem intercorrências materno-fetais.

- a) Na prescrição de hidratação pós-operatória devem ser levados em conta os medicamentos recebidos pelo paciente? Explique.
- b) Qual eletrólito presente na penicilina. Qual quantidade?

GD- CIRURGIA NO IDOSO

QUESTÃO 1: Defina “idoso”

QUESTÃO 2: A cirurgia do idoso apresenta aspectos marcantes. Quais são eles?

QUESTÃO 3: Quais as afecções cirúrgicas mais comuns no paciente idoso? (Eletivas e emergenciais).

QUESTÃO 4: Quais alterações nutricionais são características do idoso? E quais as suas conseqüências em um paciente idoso que vai ser operado?

QUESTÃO 5: M.E.C, gênero feminino, 79 anos, apresenta-se para avaliação médica com história de litíase biliar sintomática (já teve 3 episódios de cólica biliar). A ultrassonografia realizada há 4 meses evidenciou litíase biliar não-complicada. Paciente nega outras comorbidades e uso de medicamentos.

- a) Discuta a seguinte afirmativa: “Doutor, vim consultar porque estou com pedra na vesícula e a minha médica (clínica) disse que eu não deveria operar devido a minha idade. Ah.... mas tenho que lhe dizer também, que meu vizinho é médico e disse-me que deveria operar. Já não entendo mais nada!”
- b) Caso esteja indicado o tratamento cirúrgico, quais exames complementares de rotina devem ser solicitados no pré-operatório?
- c) Caso esta paciente apresente uma colecistite aguda, haveria mudança na conduta pré-operatória?
- d) Classifique a paciente quanto ao nível de risco para ocorrência de evento tromboembólico. Existe indicação de profilaxia para tromboembolismo? Descreva a melhor estratégia de profilaxia.

- e) Que modificações pulmonares ocorrem durante o envelhecimento, capazes de tornar o idoso mais susceptível a atelectasias?

QUESTÃO 6: I.F.S, 82 anos, gênero masculino, diabético, submetido a hernioplastia inguinal. No pós-operatório, evoluiu com estado confusional agudo, sendo diagnosticado *delirium*, sendo necessária internação hospitalar mais prolongada devido a este quadro.

- a) Como deve ser a avaliação do estado mental do paciente?
- b) Quais seriam os dois diagnósticos diferenciais mais importantes com o *delirium*?
- c) Qual teria sido a melhor opção anestésica para este doente?
- d) Qual são os fatores etiopatogênicos do *delirium*?
- e) Quais fatores de risco este paciente apresenta para desenvolvimento de úlceras de decúbito?
- f) Quais medidas podem ser tomadas para evitá-las e como deve ser feito o condicionamento do paciente para o pós-operatório?
- g) Está indicada profilaxia para tromboembolismo?
- h) Paciente evoluiu no pós-operatório com relato de débito urinário ausente. Quais fatores podem estar relacionados a este fato e como deve ser a abordagem do paciente?

QUESTÃO 7: E.P.N, gênero masculino, 74 anos, melanodérmico, admitido na UPA Centro-sul, com o seguinte quadro clínico: dor no hipocôndrio direito, febre, náuseas e vômitos há 4 horas; relata que a dor iniciou-se após o almoço e que vem aumentando progressivamente desde então. Nega irradiação da dor ou crises prévias. É hipertenso e diabético há muitos anos, em uso irregular de hidroclorotiazida (25mg/dia), propranolol (40mg/dia) e insulina (20U de NPH e regular s/n). Nega etilismo e tabagismo. Ao exame: peso: 62Kg, PA= 150x100mmHg, FC= 96bpm, FR= 24irpm. Tax= 37,8°C., corado, desidratado (+/4+), acianótico e anictérico. AR: MVF s/ RA; ACV: BNRNF, SS I/VI; AD: dor à palpação do hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, peristaltismo presente, sem massas palpáveis ou visceromegalias. AGU: ndn. AL: ndn. A glicemia capilar à admissão: 300mg/dL.

- a) Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- b) Quais são os exames complementares que ajudariam a definir esse diagnóstico?

- c) Decidido pelo cirurgião pela abordagem cirúrgica, quais são os exames pré-operatórios de rotina que deveriam ser solicitados, considerando a idade do paciente?

- d) O paciente poderia ser submetido a essa operação apresentando esses valores de PA e glicemia capilar? Comente os valores ideais destes parâmetros para este caso.

- e) O paciente permanece com vômitos, apesar da terapia antiemética prescrita. Como seria a prescrição deste paciente antes da operação? Existe indicação para terapia nutricional pré-operatória?

- f) Está indicado o emprego de antimicrobianos neste caso? Qual tipo (profilático ou terapêutico)?

- g) Em qual categoria de risco para TVP/TEP este paciente se enquadraria? Estaria indicada profilaxia com heparina?

- h) Como deve ser feito o condicionamento deste paciente para o pós-operatório?

- i) Comente a abordagem no pré, per e pós-operatório em relação aos medicamentos em uso por esse paciente.

- j) Quais são as complicações esperadas no pós-operatório desse paciente?
- k) No 1º DPO, o paciente apresentava-se taquicárdico, levemente dispnéico e febril. A radiografia de tórax mostrou atelectasia laminar em base de pulmão esquerdo. Quais são as modificações no aparelho respiratório do idoso que o deixa mais susceptível a este tipo de complicação?
- l) Quais são as modificações nos sistemas cardiovascular, nervoso e renal no paciente idoso? Quais são as complicações que ele está mais sujeito a apresentar por conta dessas modificações?

QUESTÃO 8: Relacione as principais alterações endócrino-metabólicas do envelhecimento que influenciam a resposta orgânica ao trauma no paciente idoso.

GD - Cirurgia na Grávida

I- Considerando as alterações anatomofisiológicas da gestação, como estão na paciente grávida: (responder em casa e discutir nos GDs apenas as dúvidas)

1. Débito cardíaco
2. Frequência cardíaca
3. Pressão arterial
4. Volume sanguíneo
5. Consumo de oxigênio
6. pCO₂
7. pH arterial
8. Hematócrito e volume plasmático
9. Contagem de leucócitos
10. Coagulabilidade
11. Contagem de plaquetas
12. Tônus do esfíncter esofágico inferior
13. Motilidade gastrointestinal
14. Hábito intestinal
15. Motilidade da vesícula biliar
16. Filtração glomerular
17. Provas de função renal
18. Risco de ITU

Questão 2 : F.M.O, R.E.D., gênero feminino, 32 anos, G4P3A0, grávida (12^a semana de gestação), iniciou quadro de dor abdominal há 1 semana, tipo cólica no hipocôndrio direito, intensa, que melhora apenas parcialmente com uso de analgésicos, acompanhada de náuseas e vômitos. Nega febre e icterícia.

- a) Qual é a principal hipótese diagnóstica? Quais são os principais diagnósticos diferenciais?
- b) Quais os exames complementares você solicitaria para definir o diagnóstico?
- c) Qual seria a melhor conduta, caso se confirme a sua suspeita diagnóstica? Justifique.
- d) Mesmo com uso adequado dos analgésicos, as cólicas se tornam recorrentes. Qual a sua conduta?

Questão 3 : R.M.F, 24 anos, G1P0A0, encontra-se na 21^a semana de gestação. Iniciou com quadro de anorexia e dor epigástrica que se localiza posteriormente em flanco direito. Relata febre não termometrada e alguns vômitos. Exames laboratoriais : Leucograma= 17.628 leucócitos com 7% de bastonetes. Urina rotina sem alterações.

Ao exame, apresenta sinais de irritação peritoneal à palpação da FID sugestiva de apendicite aguda.

- a) Qual a sua conduta?
- b) Esse é um bom momento para operar a grávida? Porque?
- c) Quais os principais cuidados a serem tomados nesse caso?
- d) Caso a operação seja realizada pela via videolaparoscópica, quais os cuidados necessários?

Questão 4 : J.A.S.C, 37 anos, G5P3A1, IG : 19 semanas e 3 dias.
Encaminhada ao ambulatório de anestesiologia para avaliação pré-operatória devido neoplasia de mama (mastectomia radical).

- a) Como abordar a questão “estômago cheio”?
- b) Com relação a saturação de O₂, quais as modificações e cuidados necessários?

Questão 5: B.S.C, 34 anos, grávida (18^a semana de gestação), inicia com dor epigástrica e alguns vômitos recorrentes. Endoscopia digestiva alta revela uma neoplasia gástrico (histologia adenocarcinoma indiferenciado, tipo difuso de Laurén). Estadiamento pré-operatório revela lesão gástrica de grandes proporções, sem sinais de irrecesibilidade, e sem evidências de metástases à distância.

- a) Quais motivos nesta situação justificam o diagnóstico desses tumores em fases mais avançadas?
- b) Qual seria a melhor conduta nesse caso?
- c) Caso essa paciente estivesse com um câncer colorretal, qual seria a melhor conduta terapêutica?
- d) E se essa paciente com um tumor colorretal estivesse na 27^a semana de gestação, como proceder?

Questão 6 : Hemorragias pós-parto.

- a) Quais são as principais causas de hemorragia pós-parto ?
- b) Dentre as causas citadas acima, qual a mais comum ? Quais são os fatores de risco para essa causa específica.
- c) Qual o tratamento inicial deve ser feito para a causa acima ?
- d) O que mais deve ser feito em caso de persistência do sangramento após as medidas iniciais ?

GD – Cirurgia do Paciente Oncológico

QUESTÃO 1: A.P.C, 47 anos, gênero masculino, procedente de Capelinha, com relato de eliminação de fezes em fita há 14 meses. Há 24 horas, apresentou um episódio de hematoquezia, razão pela qual procurou o Pronto Socorro. Nega comorbidades e uso de medicamentos. Tabagista, etilista e relata uso freqüente de *crack*. HF de câncer colorretal em tio e prima. Ao exame, encontra-se emagrecido e com abdome doloroso à palpação profunda em flancos.

Colonoscopia mostrou lesão úlcero-infiltrativa, obstrutiva no reto médio, estenosante, a 8cm da borda anal. Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. CEA 2,4.

- a) Que exames devem ser solicitados para estadiar este tumor? Discuta o que é estadiamento clínico, cirúrgico e patológico?
- b) O paciente apresenta fatores de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal? Quais?
- c) O uso de drogas ilícitas relatado pelo paciente deve ser abordado? Discuta.
- d) Como abordar o paciente em relação à possibilidade de realização de uma ostomia durante a operação?
- e) Comente sobre os objetivos da cirurgia oncológica.
- f) Caso o paciente apresente a doença em fase avançada, com metástases à distância, o tratamento cirúrgico ainda deve ser considerado?
- g) O que é CEA? Qual sua utilidade? Considere os níveis de CEA deste paciente e Discuta.

Questão 2 – M.G.S.P, gênero feminino, 29 anos, com relato de ter notado há 5 anos um tumor na vulva e ter sido submetida à ressecção desse tumor e à radioterapia adjuvante. Não sabe informar o resultado histopatológico da lesão. Há 1 ano, notou um tumor semelhante na face interna da coxa direita, com rápido crescimento.

Submetida a biópsia que diagnosticou mostrou um lipossarcoma mixóide. Durante tentativa de ressecção da lesão, foi visto extenso comprometimento vascular, impossibilitando a ressecção e levou à interrupção da operação.

Há 1 mês teve dengue, que foi curada, *sic*, porém a doente mantém febre constante desde então.

Ao exame: BEG, corada, hidratada, febril. Presença de grande tumor em coxa direita, ulcerado, com sangramento ativo e área de necrose de 15 x 15 cm. Edema em pé direito. Dor intensa na parte proximal da coxa. Após avaliação e discussão do caso com a equipe de Cirurgia Vascular foi decidida pela

amputação do membro, uma vez que a revascularização após a ressecção tumoral seria inviável.

- a) A paciente se mostrou muito triste com a decisão da equipe e perguntou sobre outras opções terapêuticas. Comente sobre tratamento cirúrgico oncológico incompleto e excessivo.
- b) Discuta os conceitos de operabilidade, ressecabilidade, ressecabilidade com finalidade curativa e ressecção curativa.
- c) O que é “termo de amputação”?
- d) Caso existam metástases à distância, a amputação continua sendo o procedimento de escolha? Caso não seja, que tipo de tratamento oncológico poderia ser feito?
- e) No pós-operatório a paciente evoluiu com dor crônica no membro fantasma. Comente os princípios de controle da dor em paciente oncológicos.

Questão 3 – J.F.C, 54 anos, gênero feminino, com história de dor na região lombar há 4 meses, sem emagrecimento, alterações de hábitos intestinal e urinário. Propedêutica identificou uma massa retroperitoneal volumosa com sinais de invasão da veia cava inferior e do pedículo renal direito (sem diagnóstico histopatológico). História pregressa: tireoidectomia parcial com hipotireoidismo em uso de 50 µmc de Puran®. Internada para procedimento cirúrgico.

- a) Como deve ser abordada a possibilidade de ser uma neoplasia maligna durante o preparo da paciente?
- b) Quais são as particularidades da relação médico-paciente oncológico?
- c) Como deve-se fazer o acompanhamento do paciente com câncer?
- d) Em caso de falta de possibilidade terapêutica, quais são os principais objetivos do tratamento médico?
- e) Quais são as indicações para realizar uma operação paliativa?
- f) Conceitue e discuta sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Questão 4: Paciente 60 anos, gênero feminino, natural de Cordisburgo/MG, com história de dor abdominal na região epigástrica e no hipocôndrio direito há 1 ano. Relata piora progressiva e associação com náuseas, vômitos e icterícia. Há 20 dias foi diagnosticado uma neoplasia na papila duodenal. Internada para o tratamento cirúrgico. Ao exame: emagrecida, corada, hidratada, icterícia (2+/4+); PA= 125 x 80mmHg, abdome sem visceromegalias ou massas palpáveis. HP: HAS (em uso de Anlodipina® 2,5mg/MID) e alérgica a penicilina.

- a) Como deve ser feito o preparo psicológico desta paciente e da sua família?
- b) Como deve ser o preparo nutricional desta paciente?
- c) A paciente demonstrou pouco interesse em conhecer sobre a sua doença. Qual deve ser a conduta do médico frente à falta de interesse da paciente em saber o diagnóstico?

Questão 5: C.S.T, 65 anos, gênero masculino, com relato de dor epigástrica em queimação há 4 anos, com piora nos últimos meses, associada com perda de peso de 10% do seu peso habitual. Submetido a EDA com biópsia, quando foi diagnosticado um adenocarcinoma gástrico. O estadiamento clínico da lesão (sistema TNM) foi T3N1M0. O paciente portador de HAS controlada (uso de Hidroclorotiazida 25mg/MID).

Programado realização procedimento cirúrgico eletivo.

- a) O que é o sistema TNM? Qual a importância e o significado no prognóstico do paciente? Discuta.
- b) Como deve ser feito o preparo pré-operatório desta paciente? Quais medidas são importantes para evitar complicações pós-operatórios?
- c) Como deve ser abordada a possibilidade de ressecção completa do estômago desta paciente e as suas consequências?

GD - Cirurgia no Paciente com Doença Pulmonar Fisioterapia Respiratória

QUESTÃO 1 : Quais os fatores de risco associados com complicações pulmonares relacionados com o paciente e/ou com o procedimento ?

Os fatores de risco podem ser relacionados ao paciente ou ao procedimento.

Relacionados ao paciente:

Relacionados ao procedimento:

QUESTÃO 2 : A.F. L, gênero masculino, 58 anos, leucodérmico, com história de abaulamento em região ínguino-escrotal esquerda, tendo indicação de correção cirúrgica (diagnóstico de hérnia inguinal não-complicada). Queixa-se de tosse há alguns meses, acompanhada de escarro claro. Nega comorbidades. Tabagista de 25 anos-maço. Nega etilismo. Ao exame: peso: 70Kg, PA: 126x86mmHg, FC: 78bpm, FR: 20 irpm. Tax: 36,5°C. Está corado, hidratado, acianótico e anictérico. AR: tórax globoso, com discreto aumento do diâmetro antero-posterior; presença de sibilos inspiratórios difusos. ACV: BNRNF. AD: abaulamento em região ínguino-escrotal esquerda; ausência de visceromegalias. AGU: ndn. AL: ndn.

- a) Qual é a principal hipótese diagnóstica?
- b) Qual é o principal dado do exame clínico que reforça esta hipótese?
- c) Quais são os exames complementares que deveriam ser solicitados, baseados na história clínica do paciente?
- d) Quais são os exames pré-operatórios de rotina que deveriam ser solicitados, considerando a idade do paciente?
- e) Quais são as estratégias para prevenção de complicações pulmonares no pós-operatório?
- f) paciente foi submetido a hernioplastia por via laparoscópica, sob anestesia geral. Quais são os riscos decorrentes deste procedimento para o aparelho respiratório? Qual é o tipo de anestesia ideal neste paciente?

- g) No pós-operatório imediato, após a extubação, o paciente apresentou hipoventilação. Quais são os fatores que podem ter contribuído para este evento?

QUESTÃO 3 : S.B.M, gênero feminino, 39 anos, feodérmica, será submetida à gastroplastia (operação bariátrica). Apresenta obesidade classe III e apnéia obstrutiva do sono. Nega outras comorbidades. Nega etilismo e tabagismo. Ao exame: peso= 120Kg; altura= 1,73m IMC= 40kg/m²; PA= 130 x 84mmHg, FC= 72bpm, FR= 18irpm. Tax= 36,5°C. Está corada, hidratada, acianótica e anictérica. AR: MVF. ACV: BNRNF. AD: abdome globoso; sem visceromegalias. AGU: ndn. AL: ndn.

- a) Quais são os fatores que aumentam o risco desta paciente apresentar complicações pulmonares no pós-operatório?
- b) Como deve ser feito o condicionamento desta paciente para o pós-operatório?
- c) Em qual categoria de risco para TVP/TEP este paciente se enquadraria? Estaria indicada profilaxia com heparina?
- d) Quais são as complicações pulmonares que podem ocorrer no pós-operatório dessa paciente, levando-se em conta a localização da operação?
- e) Quais são as medidas per e pós-operatórias que auxiliariam na redução da incidência de complicações pulmonares nesta paciente?

QUESTÃO 4 : R.C.V., gênero masculino, 75 anos, está em avaliação pré-operatória para ressecção de câncer de pulmão.

- a) Quais são os exames que poderiam prever se há comprometimento da função pulmonar o que tornaria o ato operatório proibitivo?
- b) Quais são os dados ao exame clínico que oferecem informação mais precoce quanto a um possível diagnóstico de DPOC?

GD: PACIENTE HIPERTENSO E CARDIOPATA

Questão 1 - Paciente 64 anos, sexo masculino, após exame de PSA aumentado é submetido a propedêutica, sendo diagnosticado com adenocarcinoma de próstata (Gleason 6 no exame histopatológico). O paciente é hipertenso crônico bem controlado com Enalapril 20mg BID + Hidroclorotiazida 25mg MID, tabagista 20anos/maço, e deverá ser submetido a prostatectomia. Ao exame à internação, bom estado geral, normocorado, hidratado, PA:130x90mmHg, FC: 80bpm, FR: 16irpm, abdome livre, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações.

- Este paciente possui risco cirúrgico aumentado devido à hipertensão? Em que situações a hipertensão tem maior influência no risco cirúrgico?
- Devem ser solicitados exames para investigar lesão de órgão-alvo? Quais?
- A medicação anti-hipertensiva deve ser suspensa no pré-operatório? Como é feito este manejo?

Questão 2 - Comente sobre as variações da PA durante:

- A indução anestésica (laringoscopia e intubação endotraqueal)
- O procedimento cirúrgico

Diversos estímulos peroperatórios podem causar elevações transitórias da pressão arterial. O aprofundamento do nível de anestesia pode suprimir essas elevações, mas têm como efeitos colaterais a depressão miocárdica e o retardo no despertar da anestesia. Técnicas alternativas podem ser usadas para inibir as elevações da PA.

- A recuperação anestésica

Questão 3 - MRS, 58 anos, sexo feminino, G3P3A0, obesa (IMC=33,4kg/m²) com queixas de dor abdominal em cólica no quadrante superior direito, associadas a náuseas e vômitos, além de febre (Tax: 38,8°C). A paciente é hipertensa em uso de Captopril 25 mg TID, Hidroclorotiazida 25mg BID e Nifedipina retard 20mg TID, diabética em uso de Metformina 850mg BID. Ao exame, paciente normocorada, hidratada, anictérica, afebril, sinal de Murphy negativo, palpação abdominal profunda do hipocôndrio direito dolorosa, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Hemograma mostrando leucocitose (GL=15.500cel/mm³) sem desvio à esquerda, Hg 13,5g/dL, Ht 42%; bilirrubina total = 0,9mg/dL; enzimas hepáticas sem alterações.

- Quais as hipóteses diagnósticas?

- b) Que exames devem ser solicitados para confirmá-las?
- c) Há indicação cirúrgica? Se sim, operaria esta paciente caso os níveis pressóricos fossem 180x120mmHg?
- d) Caso decida por adiar o procedimento, em quanto tempo esse poderia ser remarcado?
- e) Que adaptações ocorrem no organismo do paciente hipertenso que o tornam mais susceptível a complicações?
- f) Quais são as complicações mais comuns nestes pacientes?

Questão 4 - SVA, 45 anos, G2P2A0, com história de sangramento uterino devido a mioma intramural de 10 cm de diâmetro com repercussão hemodinâmica (Hb = 9,0mg/dL nos últimos meses). Optado por tratamento cirúrgico com realização de histerectomia. A paciente apresenta doença valvular moderada, seqüela de doença reumática. Ao exame, paciente hipocorada (2+/4+), hidratada, PA:120X80mmHg, FC: 76bpm, FR:18irpm, abdome livre, RCR, em 2T, com B1 hiperfonética, com sopro (ruflar) protodiastólico de média intensidade com reforço pré-sistólico em borda esternal esquerda inferior, ausculta respiratória sem alterações.

- a) Qual é a doença valvular desta paciente?
- b) Deve-se fazer profilaxia antibiótica no pré-operatório?
- c) Como deve ser o manejo da frequência cardíaca no pré-operatório?
- d) Quais as principais complicações pós-operatórias no paciente com doença cardíaca?
- e) Considerando as principais complicações, como deve ser feita a monitoração de pacientes com alto risco cardiovascular no pós-operatório?
- f) Esta paciente evolui com crise de arritmia no pós-operatório imediato, mas sem repercussões hemodinâmicas. Quais são os pontos importantes da conduta?

Questão 5 - Paciente 18 anos, com insuficiência renal crônica dialítica recebe indicação de transplante renal pelo nefrologista. A paciente é hipertensa e portadora de insuficiência cardíaca classe II da NYHA consequente a miocardiopatia de causa desconhecida. A paciente usa os seguintes medicamentos: Captopril 25mg TID e Carvedilol 12,5mg BID.

- a) A paciente apresenta indicadores clínicos de aumento do risco de complicações cardiovasculares. De qual categoria? Explique a utilidade destes indicadores.

- b) Quais exames devem ser solicitados no pré-operatório? O ecocardiograma é necessário?
- c) Qual a classificação de risco anestésico (ASA) desta paciente?
- d) O risco cirúrgico desta paciente para este procedimento é proibitivo?
- e) Como proceder em relação aos medicamentos utilizados pela paciente?

Questão 6 - Paciente 57 anos, sexo masculino, tabagista, hipertenso em uso de Hidroclorotiazida 25mg BID, com história de fibrilação atrial, com queixa de constipação e diarreia alternantes. Há sangue oculto positivo nas fezes e por isso, é submetido a colonoscopia sendo feito o diagnóstico de carcinoma de cólon com indicação de tratamento cirúrgico. O paciente faz uso de Marevan contínuo há um ano.

- a) Como avaliar a capacidade funcional desta paciente? O que são METs?
- b) Como deve ser a conduta clínica pré-operatória desta paciente?
- c) Qual é o risco cardiovascular deste procedimento cirúrgico?
- d) Deve ser feito o uso profilático de betabloqueadores?
- e) Caso o paciente fizesse uso de droga antiarrítmica, esta deveria ser mantida no pré-operatório?
- f) Como proceder em relação à terapia anticoagulante?
- g) Quanto tempo antes do procedimento cirúrgico deve ser suspenso o consumo de cigarros para redução do risco cardiovascular?

GD - PACIENTE ICTÉRICO, ETILISTA E HEPATOPATA

Questão 1 - Paciente do sexo feminino, 69 anos, comparece ao PA com queixa de dor em cólica no hipocôndrio direito de forte intensidade, que se irradia para a região lombar direita e vem acompanhada de náuseas e vômitos. Relata febre com calafrios. Nega sintomas urinários. Fez uso de Buscopam® oral, mas não obteve alívio da dor. Queixa-se também de prurido em todo o corpo. É hipertensa e faz uso de Captopril 25mg BID. Ao exame: corada, desidratada, icterica 3+/4+, febril (38,2°C), taquipnéica (FR-28irpm), FC 120bpm. PA 150x90mmHg. Abdome doloroso à palpação profunda, sem irritação peritoneal. US abdominal mostrou coledocolitíase com dilatação importante das vias biliares intra e extra-hepáticas, cálculo no colédoco de 2,4cm, presença de barro biliar.

- a) Quais são as hipóteses diagnósticas? Que tríade de sinais é característica desta afecção?
- b) Foi optado pelo tratamento clínico por 10 dias com Ampicilina antes da abordagem cirúrgica. Comente.
- c) Por que o paciente icterico apresenta maior probabilidade de complicações perioperatórias?
- d) Que cuidados pré-operatórios devem ser tomados para evitá-las?
- e) Qual deve ser a conduta em relação ao uso do Captopril no pré, per e pós-operatório?
- f) Como deve ser a abordagem do prurido intenso?

Questão 2 - Paciente 49 anos, sexo masculino, ex-etilista pesado (parou há três anos), admitido para ressecção de lesão hepática metastática em lobo D (foco primário no cólon). Informa que há dois anos apresentou dor abdominal e hematoquezia, ocasião em que foi realizado diagnóstico de adenocarcinoma de cólon, sendo submetido a sigmoidectomia. Durante o acompanhamento, foram observadas duas lesões hepáticas secundárias no lobo E. Iniciou tratamento quimioterápico e, há um ano, foi submetido a hepatectomia esquerda. Ao fim da QT, há três meses, foi feita nova TC que evidenciou lesão focal em lobo hepático direito medindo 3,6 x 4 cm.

- a) Por que há indicação de ressecção cirúrgica das metástases neste paciente?
- b) A hepatectomia esquerda realizada há um ano, por si só, aumenta o atual risco cirúrgico do paciente?
- c) E a história de alcoolismo crônico e pesado, interrompido há três anos?
- d) O paciente será submetido a hepatectomia direita dos segmentos VI e VII, e colecistectomia. Que exames pré-operatórios devem ser feitos? Os resultados podem contra-indicar o procedimento?

Questão 3 - Paciente de 46 anos, sexo masculino, relata que há dois meses começou a apresentar icterícia associada a náuseas, vômitos e perda de peso. Nega febre. Relata também colúria e dor abdominal constante. Há três dias, iniciou com diarreia volumosa e por isso procurou o serviço médico. É hipertenso em uso de Propranolol e Nifedipina. Apresenta hemiplegia à esquerda há cinco anos (seqüela de três episódios de AVE). US de abdome: dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, hepatocolédoco com abrupta redução do calibre em 1/3 distal. Provas de função hepática: TGO: 222U/L TGP: 192U/L FA: 557U/L GGT: 127U/L BbT: 29,7mg/dL RNI: 1,35

- a) Quais são as hipóteses diagnósticas mais prováveis?
- b) Que exames devem ser feitos para confirmá-las/descartá-las?
- c) Caso o tratamento seja cirúrgico, o paciente precisa de terapia nutricional pré-operatória? Discuta as possibilidades.
- d) Que cuidados devem ser tomados tendo em vista os resultados das provas de função hepática deste paciente?
- e) Como deve ser o esquema básico de hidratação para o paciente icterico?

O paciente deve ser hidratado de forma a manter diurese de 100mL/h, o que corresponde à administração de 1 a 2L de soro a mais do que a hidratação que um paciente anictérico requer. Podemos calcular: 35-40mL/kg de água + 1-2L.

- f) Que fatores de risco para tromboembolismo este paciente apresenta? Está indicado o uso de heparinoprofilaxia?
- g) Está indicada a antibioticoprofilaxia?

Questão 4 - Paciente do sexo feminino, 40 anos, apresenta cirrose hepática por vírus C com hipertensão porta e varizes esofágicas de grande calibre. É também diabética tipo II há quatro anos. Chegou ao PA com quadro clínico e ecográfico compatível com apendicite aguda. Ao exame: Corada, hidratada, acianótica, anictérica, orientada. Abdome levemente ascítico, com pequena hérnia umbilical, doloroso à palpação principalmente em fossa ílica direita. MMII edemaciados, presença de dermatite ocre.

- a) A paciente foi classificada como Child B. O que isso significa? Comente sobre a classificação de Child-Pugh.
- b) Por que o paciente hepatopata tem maior risco de apresentar complicações operatórias?
- c) O acadêmico que está acompanhando a operação sugere que se aproveite e se opere também a hérnia umbilical da paciente. Como proceder?
- d) No pós-operatório a paciente evoluiu com confusão mental e tremores de extremidades. Como esta complicação poderia ter sido evitada?

Questão 5 – Paciente de 59 anos, sexo feminino, será submetida a operação para confecção de neobexiga para tratamento de incontinência urinária por hiperatividade detrusora refratária a todas as outras formas de tratamento. É obesa e etilista pesada (500mL de destilados por dia). Nega tabagismo ou uso de drogas ilícitas.

- a) Como deve ser o preparo pré-operatório desta paciente? Que exames devem ser solicitados e quais os resultados esperados?
- b) Qual deve ser a conduta caso a paciente apresente hepatite alcoólica ativa?
- c) Comente sobre a interrupção da ingestão de álcool no pré-operatório. O que deve ser feito para evitar que a paciente desenvolva síndrome de abstinência alcoólica?
- d) Por que os pacientes alcoolistas apresentam maior incidência de complicações peri-operatórias?

GD - PACIENTE DIABÉTICO E HIPERTIREOIDEO

Questão 1 - Paciente de 50 anos, sexo masculino, comparece ao consultório com o resultado de ultrassonografia de tireóide evidenciando nódulo. Relata que o exame foi solicitado por um médico do trabalho, como rotina da empresa. É diabético tipo II há cinco anos, em uso de Metformina 850mg MID. É também hipertenso, em uso de Captopril 50mg BID, mas não faz controle há um ano. Resultado da ultrassonografia: nódulo único, de margens irregulares, com microcalcificações, sem linfadenomegalias. Ao Doppler: presença de vascularização central.

- a) Quais são os achados ultrassonográficos que apontam para a benignidade ou malignidade do nódulo?
- b) Qual a próxima conduta a ser realizada?
- c) Supondo que o paciente deva ser operado, quais são os exames pré-operatórios a serem solicitados?
- d) A operação poderia ser realizada caso o paciente apresente glicemia em jejum de 200mg/dL e a glicohemoglobina 9%? Justifique. Qual a conduta ideal?
- e) Comente a respeito do pedido indiscriminado de exames de rotina.

Questão 2 - Paciente de 34 anos com diagnóstico de doença de Graves, em uso de Metimazol há dois anos, comparece ao consultório para dizer que deseja ser “operada da tireóide”, pois ficou sabendo que não pode engravidar. Nega outras comorbidades e alergias. Trouxe consigo exame recente que mostrou TSH suprimido e T4/T3 elevados.

- a) Esta paciente tem indicação para tireoidectomia? Quais são as maiores indicações atuais?
- b) Caso haja indicação cirúrgica, como deve ser o preparo pré-operatório? Ela pode ser operada na semana seguinte?
- c) Caso esta paciente fosse submetida a operação de urgência não-tireoidiana, como deveria ser o preparo pré-operatório imediato?
- d) No 2º DPO de tireoidectomia, a paciente relata estar sentindo câimbras e refere estar um pouco fraca. Qual é a principal hipótese diagnóstica? E a melhor conduta?

Questão 3 - Paciente do sexo feminino, 49 anos, será submetida a laparoscopia para retirada de três miomas uterinos intramurais e um subseroso. Tem *diabetes mellitus* e está mal controlada com insulina NPH. Além disso, apresenta hipotireoidismo, em uso de levotiroxina.

Ao exame: PA 150x90mmHg. Glicemia 178mg/dL.

- a) Que outros exames devem ser feitos para pesquisar a presença de lesão de órgãos alvo nesta paciente?
- b) Como deve ser feito o controle da glicemia no pré e no per-operatório? Que níveis são considerados seguros?
- c) A fundoscopia desta paciente mostrou retinopatia diabética não-proliferativa moderada a grave, e a proteinúria de 24h foi de 6,58g. Estes resultados alteram a conduta cirúrgica?
- d) Que cuidados anestésicos devem ser tomados?
- e) Quais são as complicações pós-operatórias mais comuns nos pacientes diabéticos?
- f) Qual é o nível ideal da pressão arterial para esta paciente? Que medidas pré-operatórias são necessárias mediante a observação de hipertensão arterial não-controlada e/ou outra alteração da avaliação clínica cardiovascular? De que forma uma avaliação cardiovascular adequada em um paciente diabético pode repercutir no prognóstico do mesmo?

Questão 4 – Paciente de 44 anos, sexo feminino, com doença de Plummer, é vítima de acidente automobilístico e é admitida no Pronto Socorro com quadro de taquicardia, palidez cutâneo-mucosa, pele quente, sudorese, agitação psicomotora. PA 150x90 mmHg. Radiografia de abdome mostrou pneumoperitônio.

- a) Quais são as hipóteses diagnósticas? Que importante diagnóstico diferencial deve ser feito?
- b) Trata-se de um caso de urgência? Há indicação cirúrgica?
- c) Que exames devem ser solicitados? Que resultados são esperados em relação aos hormônios tireoidianos?
- d) Como proceder em relação aos níveis destes hormônios no perioperatório?
- e) Cite fatores desencadeadores das crises tireotóxicas.

Questão 5 - BRC, 56 anos, com sintomas de infecção urinária de repetição, deverá ser submetido a tratamento cirúrgico para ressecção de câncer de bexiga. O paciente apresenta ainda *diabetes mellitus* tipo II em uso de Metformina 850mg BID. É tabagista há 35 anos. Ao

exame, está normocorado, hidratado, PA:130X90mmHg, FC:70bpm, FR:14irpm, abdome livre, RCR, em 2T, sem sopros, MVF, sem RA, glicemia capilar de 290mg/dL.

- a) Qual é o exame reflete melhor o controle glicêmico do paciente?
- b) Quais exames pré-operatórios devem ser solicitados para este paciente?
- c) Discuta o melhor tipo de anestesia neste paciente.
- d) Deve-se internar este paciente quanto tempo antes do procedimento cirúrgico?
- e) O paciente é usuário de Metformina. Este medicamento deve ser suspenso antes do procedimento? Por que?
- f) Como controlar a glicemia no pós-operatório?
- g) Quando voltar com o hipoglicemiante oral?

GD - DISTÚRBIOS HIDRO-ELETROLÍTICOS E ÁCIDO-BÁSICO

QUESTÃO 1: J.M.S, gênero masculino, 65 anos vem apresentando vários episódios de vômitos nas últimas três semanas. Ao exame físico encontra-se apático, estável hemodinamicamente, com respiração lenta. À endoscopia digestiva alta foi evidenciada obstrução pilórica. Os seguintes exames laboratoriais foram solicitados: Na 130 mEq/L, Cl 83 mEq/L, K 3,0 mEq/L, pH 7,49, PaCO₂ 52 mmHg, Bicarbonato 32 mEq/L, BE + 6.

- Qual é o distúrbio ácido básico e hidroeletrólítico?
- Descreva a fisiopatologia dos distúrbios acima.
- Como deverá ser feito o tratamento deste paciente?

QUESTÃO 2: M.A.C, 15 anos, gênero masculino, 55 kg, vítima de acidente automobilístico há 5 dias, do qual resultaram muitas lesões corporais inclusive traumatismo craniano, motivo pelo qual está internado. Ele está confuso e apresenta poliúria (4 litros/dia). Ao exame físico apresenta PA = 120 x 80 mmHg (deitado, sentado ou em pé); mucosas coradas, sem edema periférico; FC = 80 bpm, Tax. = 36,5°C. Exames complementares: Na⁺ = 155 mEq/L, Glicose = 180 mg/dL, uréia = 60 mg/dL.

- Calcule a osmolaridade plasmática
- Qual é a causa da poliúria?
- Como esta a quantidade total de sódio no organismo deste paciente?
- Qual deve ser o tratamento deste paciente?

QUESTÃO 3: Paciente de 52 anos, gênero masculino, diabético em uso pré-operatório de insulina NPH. No terceiro dia pós-operatório de gastrectomia, apresentou elevação da temperatura (38,5°C), taquipnéia, poliúria, náuseas e múltiplos episódios de vômitos. À radiografia de tórax foi evidenciada consolidação em base direita. Os exames mostraram uréia de 56 mg/dL, creatinina de 1,8 mg/dL, sódio de 132 mEq/L, potássio de 3,2 mEq/L, cloro de 95 mEq/L, glicemia de 366 mg/dL. A gasometria arterial mostrou pH de 7,05; PaCO₂; 29 mmHg, PaO₂ de 70 mmHg, bicarbonato de 10 mEq/L, BE - 15.

- Qual é o distúrbio ácido básico e hidroeletrólítico?
- Calcule o ânion-gap.
- Qual o diagnóstico clínico?
- Como deverá ser feito o tratamento deste paciente?

- acidose metabólica parcialmente compensada (CO₂ de 29 mmHg). Hiponatremia e hipocalemia.

- b) $AG = Na^+ - (HCO_3 + Cl^-) = 132 - (10 + 95) = 27$ (elevado)
- c) Cetoacidose diabética e pneumonia
- d) Cetoacidose diabética: insulina regular + hidratação com cristalóides. Pneumonia: antibioticoterapia

QUESTÃO 4: Paciente gênero masculino, 58 anos, fumante inveterado, internado com provável diagnóstico de neoplasia pulmonar. O exame admissional mostrou sódio plasmático de 125 mEq/L.

- a) Qual é o diagnóstico mais provável do distúrbio e a causa?
- b) Como deve ser feito o tratamento deste paciente?

QUESTÃO 5: Paciente do sexo masculino, 62 anos, 70 Kg, diabético, submetido a gastrectomia total, evolui no 4º DPO com febre, taquicardia e taquipnéia. Diagnóstico clínico-radiológico = pneumonia. Exames laboratoriais revelam: Glicemia = 450mg%; Sódio = 121 mEq/L; Cloro = 88mEq/L; Potássio = 7,4 mEq/L.

- a) Qual é o distúrbio hidro-eletrolítico?
- b) Qual é o tratamento adequado?

Antibioticoprofilaxia em Cirurgia e Risco Ocupacional

1. Quais são os princípios da profilaxia antibiótica?
2. Qual é o conceito de profilaxia antibiótica?
3. Quem deve receber antibióticos profiláticos?
4. Quando devemos usar profilaxia antibiótica em operações limpas?
5. Quais são os antibióticos mais usados para profilaxia de infecção cirúrgica?
6. Discutir as vias de administração e a posologia da antibioticoprofilaxia em operação.
7. Quais são as medidas de precaução-padrão que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde com o objetivo de evitar infecções ocupacionais?

Questão 8 - Aluno do quinto ano de medicina cortou o dedo ao manipular um bisturi contendo sangue, enquanto auxiliava seu professor de Cirurgia Ambulatorial. O status sorológico do paciente em relação ao vírus HIV é desconhecido. Qual deve ser a conduta imediata neste caso?

Discuta sobre o assunto.

GD Complicações Pós-Operatórias

Questão 1. Paciente 11 anos, sexo masculino. Apresenta história de doença por refluxo gastroesofágico desde os 2 anos, sendo tratado com Omeprazol sem melhora. pHmetria esofágica de 24h feita há 1 ano mostrou refluxo patológico. Hoje se encontra no 40º DPO da operação de Nissen via laparoscópica e vem apresentando quadro de disfagia persistente com regurgitações pós-prandiais mesmo com dieta pastosa. Tolerava bem a dieta líquida. No esofagograma foi identificada estenose na transição esofagogástrica com passagem de contraste para a câmara gástrica por canal estreito (1/3 distal do esôfago).

- A) O que caracteriza a DRGE?
- B) Quais são as indicações cirúrgicas em pacientes com DRGE? A indicação cirúrgica foi bem feita neste caso?
- C) Quais são as “complicações/sequelas” digestivas pós-operatórias específicas desse caso mais importantes?
- D) Qual é a incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios em geral, excluindo-se causa mecânica como neste caso?
- E) Como abordar náuseas e vômitos no pós-operatório? Ação preventiva *versus* terapêutica.

Questão 2. Paciente de seis anos, sexo feminino, no 6º DPO de apendicectomia de urgência, evolui com abdome doloroso e muito distendido, hiperemia na região da fossa ilíaca direita, próximo à ferida operatória. Neste mesmo dia, foi diagnosticada infecção incisional superficial, pela presença de volumoso abscesso de parede com deiscência do primeiro ponto da sutura. Paciente em jejum e ainda sem eliminar flatos ou evacuar.

CD: Foi realizado a drenagem da FO com saída de aproximadamente 50 mL de secreção purulenta.

- A) Além do abscesso, qual é o outro provável diagnóstico?
- B) Em quanto tempo o trato digestivo recupera os movimentos no pós-operatório? O íleo pós-operatório do paciente foi prolongado?
- C) Comente as principais causas de febre no pós-operatório.

Questão 3. Paciente 26 anos, sexo feminino, G1P1A1, peso 86kg, altura 1,60m. 1º DPO de **cesariana**, queixa-se de dor e edema em panturrilha esquerda. Nega dispnéia ou febre. Ao exame, PA: 140X80mmHg, FC:104bpm, hipocorada (+/4+), anictérica e acianótica, mamas lactentes sem alterações, ferida operatória sem sinais flogísticos,

lóquios hemorrágicos de volume normal, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, panturrilha esquerda edemaciada e com calor local.

- A) Qual a principal hipótese diagnóstica?
- B) Quais exames você pediria para esta paciente após a avaliação primária?
- C) Quais são os principais fatores de risco para essa doença, e dentre eles, quais a paciente apresentava?

Paciente evolui com quadro de dispnéia súbita, taquipnéia e taquicardia (FC128bpm). Sem alterações na ausculta pulmonar. Afebril.

D) Qual é a hipótese diagnóstica?

E) Marque dentre as alternativas, qual é o primeiro teste que você pediria para confirmar a sua hipótese diagnóstica. Discuta o porquê da alternativa que você marcou, e porque não as outras alternativas.

- i. Cintilografia pulmonar
- ii. Teste D-dímero
- iii. Angio TC
- iv. Arteriografia pulmonar

Questão 4. Paciente 64 anos, sexo feminino, 5º DPO de drenagem de abscesso em coluna tóraco-lombar, evolui com queixa de dor supra-púbica intensa e sem diurese após retirada do cateter vesical de demora. Ao exame, palpa-se massa no hipogástrio.

- A) Qual é o diagnóstico mais provável?
- B) Quais são os diagnósticos diferenciais?
- C) Quais são os fatores de risco para essa complicação? Essa é mais comum em quais tipos de operações?
- D) Como tratá-la?

A paciente evolui nos próximos dias com recidiva do quadro, sendo diagnosticada com bexiga neurogênica (complicação devido à doença de base) e precisando de cateterismo vesical de alívio freqüente.

- E) Qual é o risco da realização repetida deste procedimento?
- F) Como diagnosticá-la? Qual é o quadro clínico e laboratorial?
- G) Em caso de quadros repetidos, como escolher o antimicrobiano?

Questão 5: Paciente de 25 anos, com diagnóstico de doença celíaca há 6 anos. Na época do diagnóstico, relatou episódios persistentes de diarreia, com emagrecimento de 19Kg. Após adoção de dieta isenta de glúten, houve ganho ponderal de 6Kg, não havendo novo ganho de peso desde então. Há três meses, vem apresentando episódios de vômitos, com perda de peso, saciedade precoce, sendo diagnosticado pinçamento aorto-mesentérico, por angioTC. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou grande dilatação de estômago e duodeno. Optado por tratamento cirúrgico (duodenojejunostomia). Avaliação pré-operatória mostrou desnutrição grave, sendo optado por nutrição parenteral central pré-operatória. Após uma semana de NP, a operação foi realizada sem intercorrências. No 2ºDPO, paciente evolui com taquidispnéia, hipoxemia (SpO2:94%) e febre (38,4°C). Realizada radiografia de tórax que mostrou infiltrado bilateral.

- A) Qual é a principal hipótese diagnóstica?
- B) Como confirmar a hipótese diagnóstica?
- C) Qual é o principal agente responsável?
- D) Como evitar este tipo de complicação? Quais são os fatores de risco?
- E) Discuta sobre as possíveis complicações da nutrição parenteral.

Questão 6: Sobre a hipotermia responda:

- A) Quais as causas mais comuns de hipotermia durante o procedimento cirúrgico e
- B) Quais são os pacientes mais susceptíveis a desenvolver hipotermia?
- C) Quais são as complicações que um paciente pode sofrer devido a hipotermia?

Questão 7: Paciente de 60 anos, com diagnóstico antigo de Doença de Chagas, comparece ao hospital com queixa de tonteira e constipação há uma semana, com parada de eliminação de flatos, inclusive. Apresenta fibrilação atrial crônica, com relato de episódio de trombose venosa profunda recente. Está em uso das seguintes medicações: marevan, furosemida, espironolactona, captopril, AAS, amiodarona, digoxina. Ao exame físico: hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, dispnéica, jugular ingurgitada, pulsos finos (FC:63bpm, PA sistólica:74mmHg), abdome ascítico, indolor à palpação e edema (2+/4+).

Realizada radiografia de abdome em decúbito que mostrou: cólon redundante, com presença de ar em toda a extensão até o sigmóide, havendo ausência de ar no reto. Presença de níveis (não realizou radiografia em ortostatismo). Realizada retossigmoidoscopia: aparelho não progrediu após 20cm da borda anal. Assim, optou-se por tratamento cirúrgico. Os exames no pré-operatório mostraram: K+: 5,15 mEq/L, RNI: >10, creatinina:1,35mg/dL, uréia:54mg/dL. Radiografia de tórax: cardiomegalia. Realizada sigmoidectomia com colostomia (operação à Hartmann). No pós-operatório imediato, paciente evoluiu com dispnéia, sudorese profusa, taquicardia. Á ausculta pulmonar: crepitações bilaterais nos dois terços inferiores dos pulmões.

- A) Qual é a hipótese diagnóstica para a complicação pós-operatória?
- B) Explique como a resposta orgânica ao trauma contribuiu para esta complicação.
- C) Explique como é possível prevenir esta complicação.

GD Infecções Cirúrgicas

Caso Clínico 1 - Paciente de seis anos, sexo feminino, no 4º DPO de apendicectomia de urgência, evolui com abdome doloroso e muito distendido, hiperemia na região da fossa ilíaca direita, próximo à ferida operatória. Neste mesmo dia, foi diagnosticada infecção incisional superficial, pela presença de volumoso abscesso de parede com deiscência do primeiro ponto da sutura. Paciente em jejum e ainda sem eliminar flatus ou evacuar.

CD: Drenagem da FO com saída de aproximadamente 50 mL de secreção purulenta, colocação de dreno de penrose. Curva térmica domiciliar. Retorno ambulatorial.

- A) Compare infecção cirúrgica do paciente e infecção do sítio cirúrgico?
- B) Classifique o procedimento cirúrgico (apendicectomia) quanto ao grau de contaminação?
- C) Como são classificadas as infecções do sítio cirúrgico? A complicação do paciente se enquadra em qual subtipo?
- D) Quais são os microorganismos mais prevalentes nas infecções do sítio cirúrgico? E nesse caso?
- E) Como fazer o diagnóstico dessa complicação pós-operatória?
- F) Comente o tratamento realizado. Por que não foi empregado antimicrobiano?
- G) Por que foi empregado um dreno de penrose? A curva térmica pode ser útil?

Caso Clínico 2 - Paciente de 44 anos, enfermeira do centro cirúrgico, obesa, apresenta abdome em avental. Diabética compensada encontra-se no pré-operatório de dermolipectomia abdominal. Qual das medidas preventivas abaixo **não deve** ser realizada no pré-operatório desta paciente com o objetivo de reduzir o risco de infecção no sítio cirúrgico? Discutir cada uma das medidas preventivas abaixo.

- a) utilizar antibiótico profilático pré-operatório (cefaloridina, 01 comp. VO, 6/6h, 5 dias antes da operação)
- b) respeitar o tempo mínimo de 5 minutos para degermação das mãos, antebraços e cotovelos dos cirurgiões
- c) reduzir o trânsito de pessoas na sala de operação
- d) reduzir o tempo de internação pré-operatório e o tempo cirúrgico *
- e) evitar a tricotomia desnecessária e realizar degermação pré-operatória

- **Considere os fatores de risco para as infecções incisionais**

1. Quais são os fatores que diminuem a defesa local?
2. Quais são os fatores que diminuem a defesa sistêmica?

GD Complicações Pós-Operatórias

Questão 1. Paciente 11 anos, sexo masculino. Apresenta história de doença por refluxo gastroesofágico desde os 2 anos, sendo tratado com Omeprazol sem melhora. pHmetria esofágica de 24h feita há 1 ano mostrou refluxo patológico. Hoje se encontra no 40º DPO da operação de Nissen via laparoscópica e vem apresentando quadro de disfagia persistente com regurgitações pós-prandiais mesmo com dieta pastosa. Tolerava bem a dieta líquida. No esofagograma foi identificada estenose na transição esofagogástrica com passagem de contraste para a câmara gástrica por canal estreito (1/3 distal do esôfago).

- A) O que caracteriza a DRGE?
- B) Quais são as indicações cirúrgicas em pacientes com DRGE? A indicação cirúrgica foi bem feita neste caso?
- C) Quais são as “complicações/sequelas” digestivas pós-operatórias específicas desse caso mais importantes?
- D) Qual é a incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios em geral, excluindo-se causa mecânica como neste caso?
- E) Como abordar náuseas e vômitos no pós-operatório? Ação preventiva *versus* terapêutica.

Questão 2. Paciente de seis anos, sexo feminino, no 6º DPO de apendicectomia de urgência, evolui com abdome doloroso e muito distendido, hiperemia na região da fossa ilíaca direita, próximo à ferida operatória. Neste mesmo dia, foi diagnosticada infecção incisional superficial, pela presença de volumoso abscesso de parede com deiscência do primeiro ponto da sutura. Paciente em jejum e ainda sem eliminar flatos ou evacuar.

CD: Foi realizado a drenagem da FO com saída de aproximadamente 50 mL de secreção purulenta.

- A) Além do abscesso, qual é o outro provável diagnóstico?
- B) Em quanto tempo o trato digestivo recupera os movimentos no pós-operatório? O íleo pós-operatório do paciente foi prolongado?
- C) Comente as principais causas de febre no pós-operatório.

Questão 3. Paciente 26 anos, sexo feminino, G1P1A1, peso 86kg, altura 1,60m. 1º DPO de **cesariana**, queixa-se de dor e edema em panturrilha esquerda. Nega dispnéia ou febre. Ao exame, PA: 140X80mmHg, FC:104bpm, hipocorada (+/4+), anictérica e acianótica, mamas lactentes sem alterações, ferida operatória sem sinais flogísticos,

lóquios hemorrágicos de volume normal, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, panturrilha esquerda edemaciada e com calor local.

- A) Qual a principal hipótese diagnóstica?
- B) Quais exames você pediria para esta paciente após a avaliação primária?
- C) Quais são os principais fatores de risco para essa doença, e dentre eles, quais a paciente apresentava?

Paciente evolui com quadro de dispnéia súbita, taquipnéia e taquicardia (FC128bpm). Sem alterações na ausculta pulmonar. Afebril.

D) Qual é a hipótese diagnóstica?

E) Marque dentre as alternativas, qual é o primeiro teste que você pediria para confirmar a sua hipótese diagnóstica. Discuta o porquê da alternativa que você marcou, e porque não as outras alternativas.

- i. Cintilografia pulmonar
- ii. Teste D-dímero
- iii. Angio TC
- iv. Arteriografia pulmonar

Questão 4. Paciente 64 anos, sexo feminino, 5º DPO de drenagem de abscesso em coluna tóraco-lombar, evolui com queixa de dor supra-púbica intensa e sem diurese após retirada do cateter vesical de demora. Ao exame, palpa-se massa no hipogástrio.

- A) Qual é o diagnóstico mais provável?
- B) Quais são os diagnósticos diferenciais?
- C) Quais são os fatores de risco para essa complicação? Essa é mais comum em quais tipos de operações?
- D) Como tratá-la?

A paciente evolui nos próximos dias com recidiva do quadro, sendo diagnosticada com bexiga neurogênica (complicação devido à doença de base) e precisando de cateterismo vesical de alívio freqüente.

- E) Qual é o risco da realização repetida deste procedimento?
- F) Como diagnosticá-la? Qual é o quadro clínico e laboratorial?
- G) Em caso de quadros repetidos, como escolher o antimicrobiano?

Questão 5: Paciente de 25 anos, com diagnóstico de doença celíaca há 6 anos. Na época do diagnóstico, relatou episódios persistentes de diarreia, com emagrecimento de 19Kg. Após adoção de dieta isenta de glúten, houve ganho ponderal de 6Kg, não havendo novo ganho de peso desde então. Há três meses, vem apresentando episódios de vômitos, com perda de peso, saciedade precoce, sendo diagnosticado pinçamento aorto-mesentérico, por angioTC. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou grande dilatação de estômago e duodeno. Optado por tratamento cirúrgico (duodenojejunostomia). Avaliação pré-operatória mostrou desnutrição grave, sendo optado por nutrição parenteral central pré-operatória. Após uma semana de NP, a operação foi realizada sem intercorrências. No 2ºDPO, paciente evolui com taquidispnéia, hipoxemia (SpO2:94%) e febre (38,4°C). Realizada radiografia de tórax que mostrou infiltrado bilateral.

- A) Qual é a principal hipótese diagnóstica?
- B) Como confirmar a hipótese diagnóstica?
- C) Qual é o principal agente responsável?
- D) Como evitar este tipo de complicação? Quais são os fatores de risco?
- E) Discuta sobre as possíveis complicações da nutrição parenteral.

Questão 6: Sobre a hipotermia responda:

- A) Quais as causas mais comuns de hipotermia durante o procedimento cirúrgico e
- B) Quais são os pacientes mais susceptíveis a desenvolver hipotermia?
- C) Quais são as complicações que um paciente pode sofrer devido a hipotermia?

Questão 7: Paciente de 60 anos, com diagnóstico antigo de Doença de Chagas, comparece ao hospital com queixa de tonteira e constipação há uma semana, com parada de eliminação de flatos, inclusive. Apresenta fibrilação atrial crônica, com relato de episódio de trombose venosa profunda recente. Está em uso das seguintes medicações: marevan, furosemida, espironolactona, captopril, AAS, amiodarona, digoxina. Ao exame físico: hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, dispnéica, jugular ingurgitada, pulsos finos (FC:63bpm, PA sistólica:74mmHg), abdome ascítico, indolor à palpação e edema (2+/4+).

Realizada radiografia de abdome em decúbito que mostrou: cólon redundante, com presença de ar em toda a extensão até o sigmóide, havendo ausência de ar no reto. Presença de níveis (não realizou radiografia em ortostatismo). Realizada retossigmoidoscopia: aparelho não progrediu após 20cm da borda anal. Assim, optou-se por tratamento cirúrgico. Os exames no pré-operatório mostraram: K+: 5,15 mEq/L, RNI: >10, creatinina:1,35mg/dL, uréia:54mg/dL. Radiografia de tórax: cardiomegalia. Realizada sigmoidectomia com colostomia (operação à Hartmann). No pós-operatório imediato, paciente evoluiu com dispnéia, sudorese profusa, taquicardia. Á ausculta pulmonar: crepitações bilaterais nos dois terços inferiores dos pulmões.

- A) Qual é a hipótese diagnóstica para a complicação pós-operatória?
- B) Explique como a resposta orgânica ao trauma contribuiu para esta complicação.
- C) Explique como é possível prevenir esta complicação.

Antibioticoprofilaxia em Cirurgia e Risco Ocupacional

1. Quais são os princípios da profilaxia antibiótica?
2. Qual é o conceito de profilaxia antibiótica?
3. Quem deve receber antibióticos profiláticos?
4. Quando devemos usar profilaxia antibiótica em operações limpas?
5. Quais são os antibióticos mais usados para profilaxia de infecção cirúrgica?
6. Discutir as vias de administração e a posologia da antibioticoprofilaxia em operação.
7. Quais são as medidas de precaução-padrão que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde com o objetivo de evitar infecções ocupacionais?

Questão 8 - Aluno do quinto ano de medicina cortou o dedo ao manipular um bisturi contendo sangue, enquanto auxiliava seu professor de Cirurgia Ambulatorial. O status sorológico do paciente em relação ao vírus HIV é desconhecido. Qual deve ser a conduta imediata neste caso?

Discuta sobre o assunto.