

Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Vascular

O protocolo de Cirurgia Vascular será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Cirurgia Vascular. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com aneurismas de aorta maiores do que 5 cm, isquemia crítica de membro (após avaliação em emergência) ou estenose carotídea com indicação cirúrgica (se paciente apresentou AVC/AIT há menos de 6 meses) devem ter preferência no encaminhamento à Cirurgia Vascular, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.
Última revisão em 07 de maio de 2020.



Protocolo 1 – Tromboembolismo Venoso (TEV)

Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascular pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Esse manejo deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) ([quadro 1](#));
- suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) ([quadro 2](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva) por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia ou Medicina Interna:

- episódio de TEV idiopático¹ em pessoa com uma ou mais das seguintes características:
 - episódio de TEV ocorreu em pessoa antes dos 45 anos; ou
 - história familiar de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau; ou
 - TEV em sítio incomum² (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral).
- TEV recorrente (dois ou mais eventos tromboembólicos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento;
2. paciente em uso de anticoagulante (sim ou não);
3. apresenta episódios recorrentes de tromboembolismo venoso (sim ou não);
4. apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não). Se sim, descreva;
5. anexar laudo de exames realizados na investigação, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tromboembolismo idiopático:

- não explicado por fatores de risco transitórios nos últimos 3 meses: cirurgia, trauma, imobilização (restrição ao leito ou pessoa que passa a maior parte do dia na cama ou cadeira), gravidez ou puerpério, uso de anticoncepcional hormonal; e
- ausência de neoplasia ativa conhecida, diagnóstico de trombofilia ou história familiar de tromboembolismo venoso/trombofilias.

² Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.



Protocolo 2 – Insuficiência Venosa Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C3 a C5 – [quadro 3](#)) refratária ao tratamento conservador¹ na APS por 6 meses;
- úlcera venosa crônica (CEAP 6 – [quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- paciente com úlcera crônica e suspeita de etiologia não vascular (ex: vasculite, infecção, neoplasia).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
2. episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não). Se sim, descreva;
3. tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado;
4. anexar laudo de ecodoppler venoso, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento conservador para insuficiência venosa crônica consiste em, principalmente, uso regular de terapias compressivas, como meias ou ataduras elásticas, elevação dos membros inferiores, atividade física (ex. caminhadas e exercícios de flexão de tornozelo) e cuidados com a pele. A terapia sistêmica com medicações venoativas é controversa, mas pode ser benéfica para pacientes com sintomas refratários à terapia de compressão ou incapazes de tolerar a terapia de compressão.



Protocolo 3 – Doença Arterial Periférica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de isquemia crítica aguda do membro de início recente (dor constante em repouso, palidez, ausência de pulso, membro mais frio em relação ao contralateral, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena)¹;
- doença arterial crônica sintomática com claudicação que limita as atividades diárias refratária ao tratamento conservador por 6 meses (uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (ausência de pulsos, atrofia da musculatura, perda de pelos, presença de lesão trófica, presença de necrose, tempo de evolução, amputações prévias);
2. fatores de risco (HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, doença cardiovascular, síndrome metabólica);
3. tratamento realizado na APS (exercício, medicações em uso, com posologia, mudanças no estilo de vida);
4. anexar laudo de ecodoppler arterial, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Considerar avaliação em caráter emergencial se suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda de força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).



Protocolo 4 – Aneurisma da Aorta

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta;
- paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita de ruptura iminente, progressão/complicação aguda ou sintomas não controláveis.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- aneurisma sintomático não-roto da aorta abdominal, excluídas outras causas para os sintomas e não operados após avaliação em serviço de emergência;
- aneurisma da aorta abdominal assintomático:
 - com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou
 - com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em 6 meses); ou
 - em paciente com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou
 - para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na APS (ver periodicidade no [quadro 4](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Cardíaca:

- aneurisma da aorta torácica não-roto sintomático, excluídas outras causas para os sintomas e após avaliação em serviço de emergência;
- aneurisma da aorta torácica assintomáticos com diâmetro maior ou igual a 5,5 cm ou com crescimento maior que 0,5 cm no ano; ou maior que 4,5 cm para pacientes com síndromes genéticas¹ ou válvula aórtica bicúspide.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico);
2. descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
3. medicamentos em uso, com posologia;
4. anexar laudo de exames complementares, como raio-X de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
5. presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Marfan, Ehlers-Danlos vascular e síndrome de Turner. Loeys-Dietz pode indicar encaminhamento com diâmetros ≥ 4 cm.



Protocolo 5 – Doenças dos Vasos Extracranianos (Carótidas)

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT) agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%;
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular ou Neurocirurgia:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios pelo neurologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. presença de AVC ou AIT prévio (sim ou não). Se sim, descreva data do evento, quando conhecida;
2. anexar laudo de exame de imagem (TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. anexar laudo de ecocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. anexar laudo de ecodoppler de carótidas, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.



Apêndices – Quadros auxiliares

Quadro 1 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).

Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por 3 ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação a perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	- 2
Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP • 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até 4 horas. • 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

Quadro 2 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável).

Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1.5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1.5
TVP ou TEP prévio	1.5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP • Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência. • 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

**Quadro 3 – Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica.**

Classificação Clínica (C)	
C 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa
C 1	Teleangiectasias, veias reticulares
C 2	Veias varicosas
C 3	Edema
C 4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)
C 5	Classe 4 com úlcera prévia curada
C 6	Classe 4 com úlcera ativa
S	Sintomática, incluindo dor, prurido, irritação, sensação de peso, entre outros
A	Assintomática
Classificação Etiológica (E)	
EC	Congênita
EP	Primária
ES	Secundária (pós-trombótica, pós-traumática, entre outras)
EN	Sem causa identificada
Classificação Anatômica (A)	
AS	Veias superficiais
AD	Veias profundas
AP	Veias perforantes
AN	Sem localização identificada
Classificação Fisiopatológica (P)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PR,O	Refluxo e obstrução
PN	Sem causa fisiopatológica identificada

Fonte: Scovell e Alguire (2020).

Quadro 4 – Orientação para acompanhamento de aneurisma de aorta abdominal com ecografia.

Diâmetro do aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
> 2,5 a 2,9 cm	Repetir exame em 10 anos.
≥ 3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada 3 anos.
≥ 4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada 12 meses (acima de 4,5 cm, encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).
≥ 5,0 a 5,4 cm	Repetir exame a cada 6 meses (encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).

Fonte: Chaikof *et al.* (2018).