PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Gerência de Rede Ambulatorial Especializada – GERAE/DMAC

Considerando a alta prevalência de doenças vasculares e a necessidade de priorização de casos graves para garantir acesso em tempo oportuno, o SUS Belo Horizonte passa a adotar este protocolo na atenção primária e secundária, em conjunto com outras medidas que buscam ampliar o acesso ao diagnóstico e terapêutica necessária.

1. **DOENÇA VARICOSA**: Trata-se de doença benigna cuja mortalidade é praticamente zero. Entretanto, em algumas situações, causa perda de qualidade de vida. Uma boa parte das pessoas que procuram o tratamento o faz por questão estética ou por medo de trombose (não há correlação científica comprovada de que varizes causam trombose). Também não evolui sempre para úlceras, uma vez que cerca de 40-50% da população mundial tem varizes e somente 1% tem úlceras.

Em todos os pacientes, avaliar a classe clínica **CEAP** (C- clínica; E- etiologia; A- anatômico; P- fisiopatologia) para cada membro

- CEAP 1: Telangectasias e varizes reticulares menores que 2 mm
- CEAP 2: Veias varicosas maiores que 4 mm de diâmetro
- CEAP 3: Veias varicosas maiores que 4 mm de diâmetro associada a edema
- CEAP 4: Dermatoesclerose e hiperpigmentação ocre em porção distal da perna
- CEAP 5: Úlcera de estase cicatrizada
- CEAP 6: Úlcera de estase ativa

Avaliar eventos prévios: varicorragia, tromboflebite (número de episódios), ulceração.
Avaliar dor (se limitante; se há correlação com a classe CEAP)

- Indicar tratamento intervencionista somente em **CEAP 3, 4, 5, 6**

  - **ATENÇÃO: não solicitar duplex scan para adiantar, pois pode retardar o atendimento pelo especialista. Caso o usuário seja encaminhado para cirurgia, o exame será solicitado na consulta pré-operatória e realizado pelo prestador executante**.

  - Considerar que os pacientes com idade avançada, portadores de co-morbidade (DM, ICC, IRC, OBESIDADE GRAVE), com varizes de MMII, deverão ser avaliados e orientados pelos médicos de família ou clínicos, pois esses casos não se beneficiarão da intervenção do especialista.

  - Os pacientes com CEAP1 ou que desejam fazer escleroterapia não deverão ser encaminhados ao especialista. Este procedimento não é oferecido pelo SUS para estes casos. A orientação deve ser feita pelos médicos de família ou clínicos.

  - Pacientes com dores nos MMII, avaliar com critério os pulsos, ver se a dor correlaciona-se com as varizes, afastar causas como lombalgia, osteoartrose.

  - Excepcionalmente os casos de CEAP 2 apresentando varizes tributárias volumosas deverão ser encaminhados para tratamento intervencionista. Nestes casos deverão ser acompanhado de relatório médico.

.

Considerando a alta prevalência da doença, para autorização de realização da cirurgia, serão priorizados os casos segundo distribuição abaixo:

- **Classificação de prioridades para cirurgia:**

  - **Prioridade alta: CEAP 4 ,5 e 6**
  - **Prioridade média: CEAP 3**
  - **Prioridade baixa: CEAP 2**

- **Distribuição percentual de cirurgias disponíveis de acordo com CEAP:**

  CEAP 4,5 e 6: 40% das vagas disponíveis

  CEAP 3: 40% das vagas disponíveis

  CEAP 2: 20% das vagas disponíveis

2. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA: O risco maior deste paciente é de óbito e não de amputação.. Em cinco anos, 30% morrem por eventos cardiovasculares (contra 10% da população geral da mesma faixa etária) e somente 1 a 2% são amputados.

2.1 - Claudicação Intermitente:

Avaliar o grau de limitação do paciente quanto às tarefas diárias (se deixa de realizar alguma atividade etc.)

Determinar os fatores de risco:

tabagismo – diabetes - hipertensão - hipercolesterolemia - hipertrigliceridemia

- Palpar pulso e determinar pela palpação o nível de obstrução:
  - Sem Pulso femoral: doença aorto-ilíaca
  - Com pulso femoral e sem pulso poplíteo e podais: doença fêmoro-poplítea
  - Com pulso femoral e poplíteo e sem pulsos podais: doença infra-poplítea
- Determinar o índice tornozelo-braço e anotar também a pressão absoluta (atenção secundária).
- **Pedir duplex scan ou arteriografia (atenção secundária) apenas nos casos que caracterizam claudicação limitante ou quando o índice tornozelo braço pode estar falsamente positivo (IRC).**
- Tratamento: Encaminhar sempre como primeira medida para o tratamento fisioterápico (NASF orienta como executar caminhada) e interromper tabagismo.

  Devem ser iniciados

a) Sinvastatina (mesmo com níveis de triglicérides e colesterol normais) ou atorvastatina (LME-SES)

b) AAS 100 mg após almoço (considerar Omeprazol se houver história de doença gastroduodenal)

c) Inibidores da enzima conversora de angiotensina: Enalapril 5mg MID (mesmo com níveis pressóricos normais).

Observação : Intervenção convencional ou endovascular, será exceção e deverá ser avaliada caso a caso (atenção secundária e terciária)

2.2 – Doença arterial periférica assintomática: paciente sem dor, mas ao exame físico observa-se alguma alteração dos pulsos:

Determinar os fatores de risco:

Tabagismo – diabetes - hipertensão - hipercolesterolemia - hipertrigliceridemia

- Palpar pulso e determinar pela palpação o nível de obstrução:
  - Com pulso femoral e sem pulso poplíteo e podais: doença fêmoro-poplítea.
  - Com pulso femoral e poplíteo e sem pulsos podais: doença infra-poplítea.

- Determinar o índice tornozelo-braço e anotar também a pressão absoluta (atenção secundária).
- Pedir duplex-scan (especialista) nos casos que o índice tornozelo-braço pode estar falsamente positivo (IRC).

- Tratamento: Orientar caminhada e interromper tabagismo. Devem ser iniciados:

a). Sinvastatina (mesmo com níveis de triglicérides e colesterol normais)ou atovastatina (LME).

b) AAS 100 mg após almoço (considerar Omeprazol se houver história de doença gastroduodenal).

c). Inibidores da enzima conversora de angiotensina: Enalapril 5mg MID (mesmo com níveis pressóricos normais).

Observação : Intervenção convencional ou endovascular, será exceção e será estudado caso a caso (atençâo secundária ou terciária).

2.3 - Isquemia Crítica: a isquemia crítica tem poucas possibilidades de ser avaliada em ambulatório, mas servem como orientação diagnóstica os seguintes itens:

- Dor em repouso: a dor em repouso é quadro dramático, com alívio somente por meio de analgésicos potentes, atrapalha o sono do paciente e interfere na alimentação. O paciente mantém o membro pendente. Paciente que dorme e alimenta-se normalmente e a dor passa com analgesia simples não é dor em repouso.
- Lesão trófica: presença de ferida seca, sem granulação, com bordas necróticas, dolorosa em qualquer região principalmente do pé ou necrose de todo ou parte do artelho.
- Após determinar se o paciente tem dor em repouso associada ou não à lesão trófica, deve-se determinar o índice tornozelo-braço e anotar também a pressão absoluta (atenção secundária).

ATENÇÃO : Não pedir duplex scan ou arteriografia "para adiantar", pois irá retardar a intervenção necessária. Encaminhar para internação via urgência.

3- **ANEURISMA ARTERIAL**: os aneurismas têm impacto em saúde pública semelhante ao câncer de próstata ou de mama (número de mortes semelhantes). Em cerca de 80% se localizam na aorta abdominal e sua complicação é a ruptura. Neste caso o diâmetro é o maior preditor de ruptura e morte.

Orientações no aneurisma de aorta abdominal:

- Diâmetros menores que 4,5 mm na mulher e 5,5 mm no homem poderão ser acompanhados com medidas seriadas a cada 6 meses com segurança, o índice de ruptura é menor que 0,5% em cinco anos.
- Diâmetros maiores que 5,5 cm são cirúrgicos se o paciente apresenta expectativa de vida superior a um ano e devem ser encaminhados a serviço de referência para tratamento. Neste caso, já solicitar a tomografia (atenção secundária) . O índice de ruptura é de 5 a 10% em 1 ano e aumenta à medida que o diâmetro aumenta.

- Pacientes com aneurismas sintomáticos, com dor epigástrica ou lombar, mesmo com diâmetros menores que 5,5 cm também devem ser encaminhados ao serviço de referência para tratamento(Via Urgência).

➢ Orientações quanto ao aneurisma ilíaco:

- Diâmetros menores que 2,5 mm poderão ser acompanhados com medidas seriadas a cada 6 meses com segurança.
- Diâmetros maiores que 3,5- 4,0 cm são cirúrgicos se o paciente apresenta expectativa de vida superior a um ano e devem ser encaminhados a serviço de referência para tratamento. Neste caso, já solicitar a tomografia (atenção secundária).

➢ Orientações quanto ao aneurisma poplíteo: neste caso, o risco maior é a isquemia com perda do membro e não a ruptura.

- Qualquer diâmetro deve ser considerado cirúrgico e deve ser encaminhado a serviço de referência para tratamento.

➢ Orientações quanto ao aneurisma de aorta torácica:

- Aorta Descendente:
- Diâmetros menores que 6,0 mm poderão ser acompanhados com medidas seriadas a cada 6 meses, com segurança.
- Diâmetros maiores que 6,0 cm e devem ser encaminhados a serviço de referência para tratamento.

➢ Aneurisma Aorta Ascendente:

- Diâmetros menores que 7,0 mm poderão ser acompanhados com medidas seriadas a cada 6 meses, com segurança.
- Diâmetros Maiores que 7,0 cm, devem ser encaminhados a serviço de referência para tratamento.

Outras localizações: Discutir caso a caso

- Iniciar tratamento clínico naqueles que serão acompanhados:

  - Sinvastatina (mesmo com níveis de triglicérides e colesterol normais) ou atorvastatina (LME-SES)
  - AAS 100 mg após almoço (considerar Omeprazol se houver história de doença gastroduodenal)
  - Inibidores da enzima conversora de angiotensina: Enalapril 5mg MID(mesmo com níveis pressóricos normais).

4- DOENÇA CÉREBRO-VASCULAR: Atualmente é a maior causa de morte no Brasil

- Sintomas considerados prognósticos são os hemisféricos:

  - Hemiparesia contra lateral
  - Amaurose fugaz
  - Afasia
  - Sintomas como tonteiras, esquecimento, desmaios, síncopes etc. não são considerados como sintomas da doença cérebro-vascular.

- Exames complementares como duplex scan, angiorressonância, angiotomografia ou arteriografia podem ser necessários para indicar o tratamento e solicitados pela atenção secundária.

- Indicar cirurgia nos seguintes casos:

  - Ataque isquêmico transitório há menos de 6 meses: sintomas hemisféricos com menos de 24 horas de duração (freqüentemente dura de 5 a 10 minutos)
  - AVC hemisférico com recuperação satisfatória há menos de 6 meses (que permite o paciente ser independente de cuidados e sem seqüelas motoras incapacitantes).

- Assintomáticos somente considerar cirurgia quando a estenose for maior que 80% em paciente com menos de 75 anos. Ainda assim, deve discutir caso a caso.

➢ Iniciar tratamento clínico naqueles que serão acompanhados:

- Sinvastatina (mesmo com níveis de triglicérides e colesterol normais), ou atovastatina LME-SES.
- AAS 100 mg após almoço (considerar Omeprazol se houver história de doença gastroduodenal)
- Inibidores da enzima conversora de angiotensina: Enalapril 5mg MID (mesmo com níveis pressóricos normais).

5- **PÉ DIABÉTICO**: cerca de 40% dos pacientes diabéticos há mais de 4 anos podem apresentar alguma lesão nos pés. Este é o maior preditor de amputação. A maior causa de amputação é a ferida no pé diabético que evolui para infecção. Pode-se evitar cerca de 85% das amputações nos diabéticos com cuidados sobre a ferida, e identificação do pé de risco

- Fluxo para o Ambulatório do Pé Diabético (URS Padre Eustáquio): Agendar através do SISREG .

➢ **Pé de risco:**

- Neuropatia
- Calos
- Deformidades
- Feridas (encaminhar ao ambulatório de pé diabético- URS Pe Eustaquio, de acordo com protocolo vigente)
- Cerca de 80-85% dos pacientes diabéticos são neuropatas e o restante é isquêmico.

- Pressões maiores que 70 mmHg podem cicatrizar com desbridamentos e antibióticos, sem necessidade de cirurgia
- Pressões menores que 70 mmHg além de desbridamentos e antibióticos, necessitarão intervenção cirúrgica
- Índice tornozelo-braço maior que 1,2 é falsamente elevado (somente nesta situação). Deve-se aqui solicitar excepcionalmente o duplex scan diagnóstico (menos de 10% dos casos).
- Índice tornozelo-braço menor que 0,4 é isquêmico que pode necessitar de revascularizações.

6- **FERIDAS EM MEMBROS INFERIORES**:

Cerca de 60-70% das feridas em MMII são decorrentes de úlcera de estase. Entretanto, todas as feridas são tratadas como tal e devemos realizar o diagnóstico diferencial

6.1- Úlcera de estase:

- Pele: hiperpigmentação ocre, dermatoesclerose, edema
- Fundo: granulação. Pode ocorrer deposição de fibrina ou secreção purulenta em casos de infecção
- Bordas: elevadas e bem definidas
- Evolução: crônica, com várias recidivas
- Dor: pequena intensidade ou não dolorosa

6.2- Úlcera isquêmica:

- Pele: pálida, seca, atrofia muscular às vezes.
- Fundo: seco, pode haver necrose.
- Bordas: não elevadas, pouco definidas
- Evolução: recente
- Dor: extremamente dolorosa

6.3- Úlcera hipertensiva:

- Pele: edema, congesta.
- Fundo: úmido, granulação pálida, pode haver necrose.
- Bordas: não elevadas, pouco definidas
- Evolução: recente
- Dor: extremamente dolorosa

6.4- Úlcera infecciosa: fungos, leishmaniose etc.

- Pele: Normal.
- Fundo: úmido, com granulação.
- Bordas: nítidas
- Evolução: recente ou crônica
- Dor: pequena intensidade ou não dolorosa
- Orientações gerais:
- Se úlcera de estase, solicitar duplex scan (atenção secundária) para ver a possibilidade de intervenção sob o sistema venoso superficial e encaminhar para o correto tratamento. Considerar uso de antibióticos.

- Se úlcera isquêmica, o doppler e o índice tornozelo-braço (atenção secundária) farão o diagnóstico e não necessita solicitar duplex scan. Neste caso, trata-se de isquemia crítica e deve ser encaminhada à internação via urgência.
- Se hipertensiva, o tratamento é clínico por meio de controle pressórico e álgico, além de curativos. Considerar uso de antibióticos.
- Se infecciosa, deve-se encaminhar à dermatologia.

Bibliografia:

MORAES, I. N. **Propedêutica Vascular.** 2ª Edição, Editora Sarvier, 1988.
LASTÓRICA, S. **Doenças Vasculares Periféricas.** Editora Medsi, 1987.
VIGONI, M. **Anfibologia – Manual Prático.** Editora Andrei, 1989.
MAFFEI, Francisco H. de A.; LASTORIA, Sidnei; YOSHIDA, Wintson B. et. al. Doenças
Vasculares Periféricas. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
HAIMOVICI H. – Cirurgia Vascular princípios e Técnicas Barcelana Salvat. Ed. & ª **Vascular Surgiry / Edit By Robert Rutherfourd B. – 5ª Edição**
Revisão Internacional na literatura que foi publicada no Journal of Vascuar Surgery em janeiro de 2000, intitulada "Transatlantic Intersociety Consensus – TASC"