

São Paulo, 24 de março de 2020.

Em atenção ao OF/DIR/AMB/043/2020

PROCOLOS DE ATENDIMENTO DURANTE PANDEMIA COVID-19.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – SBACV, em atenção ao Ofício OF/DIR/AMB/043/2020, da AMB apresenta os seguintes Protocolos no que tange à suas Especialidades e Areas de Atuação.

Protocolo 1 – Tromboembolismo venoso (TEV)

Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascular pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Tal medida deve ser realizada na Atenção Primária à Saúde.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) (ver quadro 1 no anexo); ou
- suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) (ver quadro 2 no anexo).

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, ulcera venosa) com evidência de refluxo ou obstrução venosa proximal, refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva).

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

- episódio de TEV idiopático 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 incomum (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) descreva 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) resultado de exames realizados na investigação, com data;

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; ou

- ausência de neoplasia ativa conhecida, diagnóstico de trombofilia ou história familiar de tromboembolismo venoso/trombofilias.

Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.

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, parestesia 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	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (2015).

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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 (2015).

Protocolo 2 – Doença Arterial Periférica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- suspeita de isquemia crítica aguda do membro de início recente (dor em repouso, palidez, ausência de pulso, temperatura fria, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena).

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

- Paciente com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena) ; ou
- Doença arterial crônica sintomática com claudicação 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);
- 4) resultado de ecodoppler arterial com data, se realizado;

Protocolo 3 – Aneurisma da Aorta

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta; ou
- 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; ou
- 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
 - em paciente com vasculopatia periférica sintomática; ou

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) se realizado, descrever atendimento prévios em emergência e conduta na ocasião;
- 3) medicamentos em uso, com posologia;
- 4) resultados de exames complementares, como raio-X de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, com data (se disponíveis);
- 5) presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma se presentes;

Protocolo 4 – Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologista:

- AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; ou
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); ou
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; ou
- Paciente com estenose de carótida assintomática 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; ou
- paciente com estenose de carótida maior ou igual a 70%, independentemente se assintomática ou sintomática .

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. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);
3. resultado de ecocardiograma com data (se realizado);
4. resultado de ecodoppler de carótidas (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;

Protocolo 5 – úlceras em pé diabético

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a emergência

- Infecção moderada com sinais de gravidade –ver classificação em anexo
- Infecção grave- ver classificação em anexo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a cirurgia vascular ambulatorial

- Infecção leve- ver classificação em anexo
- Infecção moderada sem sinais de gravidade – ver classificação em anexo

Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter

- 1-Sinais e sintomas (ausência de pulsos , febre , descontrole glicêmico , descrição objetiva da úlcera e suas características conforme quadro abaixo)
- 2-Tratamento já realizado e intervenções prévias
- 3-Exames de imagem porventura realizados (Rx de pé ,RNM , duplex scan)

Tabela 1 - Classificação do grau da infecção

Classificação do grau de infecção	Características da lesão
1- Sem infecção	<ul style="list-style-type: none">• Sem sinais de inflamação• Úlcera sem exsudato purulento
2- Infecção leve	<ul style="list-style-type: none">• Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação• Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera• A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais• Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico
3a- Infecção moderada sem sinais de gravidade	<ul style="list-style-type: none">• Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis• Com celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera
3b- Infecção moderada com sinais de gravidade	<p>São sinais de gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none">• Isquemia• Presença de linfangite• Acometimento abaixo da fáscia superficial• Abscesso de tecidos profundos• Gangrena• Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso
4- Infecção grave	<ul style="list-style-type: none">• Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave)

Colocamo-nos à disposição para auxiliar naquilo que nos for possível.

Atenciosamente

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

Dr. Bruno de Lima Naves - Presidente da Diretoria Nacional

Dr. Francesco Evangelista Botelho - Secretário Geral

Revisão Técnica:

Dr. Adamastor Pereira

Dr. Ricardo Paganella

Dr. Marco Aurelio Grudtner

Dr. Joel Longhi

Dr. Alexandre Pereira