

## NOTA TÉCNICA CONJUNTA CATES/SAIS/SES-DF

**Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta em cirurgia vascular venoso/linfático**

### 1. DO OBJETIVO

Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da atenção primária e atenção especializada para o atendimento na especialidade de Cirurgia Vascular, doenças Venosas e linfáticas, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

### 2. DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA SES

No Distrito Federal, os serviços que hoje contam com equipe de cirurgia vascular são IHBDF, HRAN, HRS, HRSM, HRG, HRT, conforme tabela abaixo, onde estão discriminadas.

Observamos nessa mesma tabela um hiato de atendimento em cirurgia vascular nas regiões Leste e Oeste, que serão suplantadas por outros serviços existentes.

<b>REGIÃO</b>	<b>Hospital da Rede SES</b>	<b>Hospital que consta serviço de vascular</b>
<b>Região Norte</b> Sobradinho Planaltina	HRS, HRPL	HRS
<b>Centro-norte</b> Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste	HRAN	HRAN
<b>Centro-sul</b> Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, Lago Sul, Candangolândia, Guará, Asa Sul	HMIB, IHBDF	IHBDF
<b>Região Sul</b> Santa Maria, Gama	HRSM, HRG	HRSM, HRG
<b>Região Sudeste</b> Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires	HRT	HRT
<b>Região Leste</b> São Sebastião, Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá	HRL	não tem
<b>Região Oeste</b> Brazlândia, Ceilândia	HRC, HRB	não tem

### **3. DOS ENCAMINHADORES**

Médicos das Unidades Básicas.  
Médicos da atenção especializada.

### **4. DO ENCAMINHAMENTO**

#### **4.1. INFORMES SOBRE A REGULAÇÃO**

A regulação de consultas ambulatoriais na rede SES/DF será realizada inicialmente em Panorama 3.

As consultas terão duração de 20min e pelo menos 50% das consultas deverão ser destinadas às primeiras consultas.

#### **4.2. CID-10 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE**

I80.1	Flebite e tromboflebite da veia femoral
I80.2	Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores
I80.3	Flebite e tromboflebite dos membros inferiores não especificada
I80.8	Flebite e tromboflebite de outras localizações
I80.9	Flebite e tromboflebite de localização não especificada
I82	Outras embolia e trombose venosas
I82.8	Embolia ou trombose de outras veias não especificadas
I82.9	Embolia ou trombose de veia não especificada
I83	Varizes dos membros inferiores
I83.0	Varizes dos membros inferiores com úlcera
I83.1	Varizes dos membros inferiores com inflamação
I83.2	Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação
I83.9	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação
I87.0	Síndrome pós-flebite

I89.0	Linfedema não classificado em outra parte
I97.2	Síndrome do linfedema pós-mastectomia
O22.0	Varizes dos membros inferiores na gravidez
Q82.0	Linfedema hereditário

#### 4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. 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 do caso.

**Conteúdo descritivo mínimo** que o encaminhamento deve ter: idade e sexo, sintomas e sinais detalhados, comorbidades, tratamentos já realizados com especificação do medicamento, dose e tempo, exame físico, exames complementares realizados com data. 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.

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 nesta nota técnica. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Os critérios obrigatórios ao encaminhamento são informados por participar do processo de decisão de priorização.

##### 4.3.1. LINFEDEMA:

- Encaminhar à Cirurgia Vascular quando:
  - Linfedema refratário ao tratamento clínico por 6 meses
  - Linfedema com Erisipela de repetição >2 episódios ao mês
- Informações obrigatórias no encaminhamento:
  - Comorbidades: história de câncer, TVP,
  - Exames: linfocintilografia, caso tenha.
- Deverá ser conduzido pela Unidade de Saúde Básica:
  - Linfedema com deformidade permanente
  - Linfedema em estágio inicial

##### 4.3.2. INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA:

- Encaminhar à Cirurgia Vascular quando:
  - Insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C4 a C6 – quadro 3 no anexo) que apresenta refluxo ou obstrução

na ecografia venosa com doppler e refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses; ou

- Insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C4 a C6 – quadro 3 no anexo) e impossibilidade de solicitar ecografia venosa com doppler na APS.
- Conteúdo obrigatório ao encaminhamento:
  - Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
  - Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado;
  - Resultado de ecografia com doppler venoso, se realizada, com data;

#### **4.3.3. TROMBOEMBOLISMO VENOSO:**

- Encaminhar à Cirurgia Vascular quando:
  - TVP aguda recém-diagnosticada
  - Síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) com evidência de refluxo ou obstrução venosa proximal, refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva)
- Informações obrigatórias no encaminhamento:
  - Descreva episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento;
  - Paciente em uso de anticoagulante (sim ou não);
  - Apresenta episódios recorrentes de tromboembolismo venoso (sim ou não);
  - Apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Resultado de exames realizados na investigação, com data;
- Deverá ser conduzido pela Unidade de Saúde Básica:
  - 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.

#### **4.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

Pacientes que se enquadrem nas situações abaixo descritas não devem ser encaminhados para atendimento ambulatorial em Cirurgia Vascular, pois necessitam de

atendimento emergencial ou de urgência (encaminhar ao pronto-socorro mais próximo) ou tratamento pela unidade de Saúde Básica:

❑ **Suspeita de Erisipela**

Quadro de início agudo de eritema, edema e linfadenopatia satélite.

❑ **Varicorragia**

Sangramento varicoso agudo, podendo estar associado a instabilidade hemodinâmica ou apenas taquicardia.

❑ **Edema de membros inferiores de aparecimento agudo**

Quadro de início agudo de edema de membros inferiores, unilateral ou bilateral, não podendo descartar trombose venosa profunda aguda.

❑ **Tromboflebite aguda de veias varicosas**

Quadro de início agudo de dor, endureção em trajeto de varizes. Deverá ser descartada Trombose venosa profunda antes de encaminhar ao ambulatório.

**Observação:** As doenças venosas/linfáticas que possam demandar atendimento de urgência/emergência serão avaliadas e conduzidas pelas equipes de clínica médica e/ou cirurgia geral das unidades Regionais e encaminhadas para a cirurgia vascular em pedido de parecer ou inseridas no SISREG III, conforme fluxograma específico.

#### 4.5. PRIORIDADES

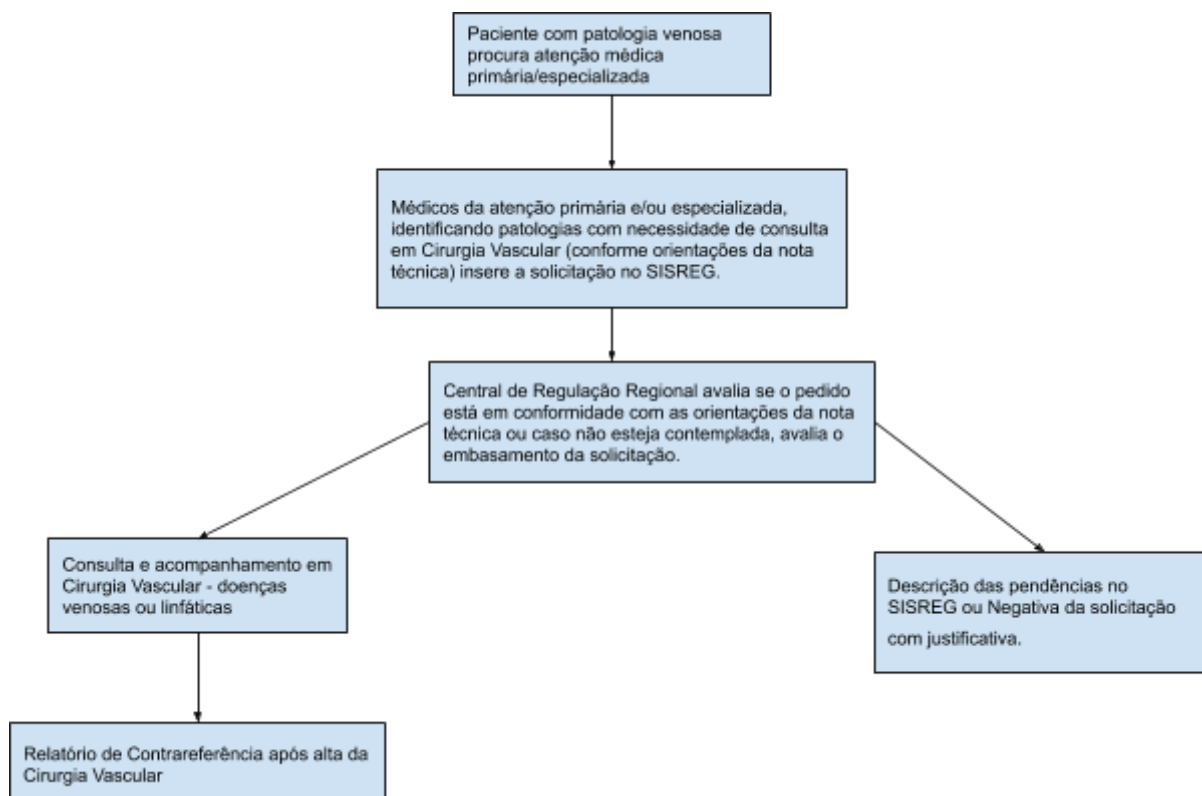
Os critérios de classificação de prioridade do SISREG, foram utilizados por base para estratificação das indicações de encaminhamento às consultas ambulatoriais em Cirurgia Vascular. A saber:

<b>Prioridade vermelha</b>	-Trombose Venosa Profunda -Insuficiência venosa crônica com úlcera venosa ativa - CEAP C6
<b>Prioridade Amarela</b>	-Insuficiência venosa crônica com úlcera venosa cicatrizada - CEAP C5 -Insuficiência venosa crônica com atrofia branca ou lipodermatoesclerose - CEAP C4
<b>Prioridade Verde</b>	-CEAP C0 a CEAP C3 refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses
<b>Prioridade Azul</b>	-Linfedema refratário ao tratamento clínico otimizado por 6 meses

#### 4.6. CÓDIGOS SIGTAP

0301010072	Consulta médica em atenção especializada
0401010015	Curativo grau II com ou sem debridamento
0309070015	Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (unilateral)
0309070023	Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (bilateral)
0303060301	Tratamento de varizes dos membros inferiores com úlcera
0415040035	Debridamento de úlcera/ de tecidos desvitalizados
0406020574	Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)
0406020566	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)

#### 5. FLUXOGRAMA



#### 6. DA CONCLUSÃO

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Cirurgia Vasculuar, os casos não indicados nesta Nota Técnica deverão ser detalhadamente embasados ao regulador, e caso este julgue procedente poderá prosseguir a marcação.

Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Cirurgia Vasculuar serão tratados em nota técnica específica.

Em tempo oportuno será publicado o Protocolo de encaminhamento da Especialidade de Cirurgia Vasculuar conforme determinações da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) da SES-DF.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diretriz brasileira de Trombose Venosa Profunda. Diagnóstico e Tratamento. Disponível em: <http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>
- Diretriz brasileira de Insuficiência Venosa Crônica. Diagnóstico e Tratamento. Disponível em: <http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>
- SELIGMAN, B.G.S. Avaliação do edema de membros inferiores. In: DUNCAN, Bruce B. et al. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.851-854
- Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, Lohr JM, McLafferty RB, Meissner MH, Murad MH, Padberg FT, Pappas PJ, Passman MA, Raffetto JD, Vasquez MA, Wakefield TW; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg. 2011. 53(5 Suppl):2S-48S. doi: 10.1016/j.jvs.2011.01.079.
- ALGUIRE, P. C.; MATHES, B. M. Post-thrombotic (postphlebotic) syndrome [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- CARRIER, M. et al. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. New England Journal of Medicine, Boston, v. 373, n. 8, p. 697-704, 2015.
- LIP, G. Y. H.; HULL, R. D. Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE Varicose veins in the legs: the diagnosis and management of varicose veins. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2012 [atualizado em 2015]. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.

- PRESTI, C. et al. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, 2015. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.

## ANEXO 1 CLASSIFICAÇÃO CEAP PARA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA:

C0	Sem sinais de doenças venosas visíveis ou palpáveis
C1	Telangiectasias e veias reticulares (microvarizes)
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4a	Pigmentação ocre ou eczema
C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa aberta

Fonte: Alguire, Mathes (2018).

## ANEXO 2 CAUSAS DE EDEMA DE MEMBROS

UNILATERAL OU ASSIMÉTRICO
Trombose venosa profunda
Insuficiência venosa crônica
Cisto na fossa poplítea
Trauma
Picada de inseto ou de cobra
BILATERAL OU SIMÉTRICO
Desnutrição
Síndrome nefrótica
Glomerulopatias
Hipoproteinemias
Insuficiência hepática



Insuficiência cardíaca congestiva
Insuficiência renal
Insuficiência venosa
Hipertensão pulmonar
Reações alérgicas
Vasculite sistêmica
Medicamentos
Linfedema
Estado pré-menstrual
Gestação
Mixedema
Edema idiopático

### **ANEXO 3      MEDICAÇÕES QUE PODEM CAUSAR EDEMA**

Bloqueadores de canais de cálcio (anlodipino, nifedipina)
Clonidina
Hidralazina
Minoxidil
Betabloqueadores (propranolol, atenolol)
Corticosteróides
Estrógenos (ACO)
Progestágenos
Antiinflamatórios não esteróides
Pioglitazona, rosiglitazona
Ciclosporina, levodopa

**ANEXO 4      CONDUTAS NO INR AUMENTADO PARA ANTICOAGULAÇÃO ORAL**

<b>Sangramento menor ou ausente</b>		<b>Sangramento maior presente</b>	
<b>INR</b>	<b>CONDUTA</b>	<b>INR</b>	<b>CONDUTA</b>
<b>&lt; 5,0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Omitir 1 dose de Varfarina*.</li> <li>-Novo INR em 24h.</li> <li>-Reduzir dose semanal em 5-20%, reiniciando quando INR terapêutico**.</li> <li>-Não usar Vitamina K ou Plasma</li> </ul>	- Sangramento maior presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suspender Varfarina.</li> <li>-Vit. K 10mg EV lento.</li> <li>-Plasma (PFC). -Controle frequente do INR.</li> <li>-Repetir Vit. K 12/12h se INR permanecer elevado.</li> </ul>
<b>5,0 - 9,0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Omitir 1 ou 2 doses de Varfarina.</li> <li>-Novo INR em 24h.</li> <li>-Reduzir dose semanal em 20%.</li> <li>-Reiniciar quando INR terapêutico.</li> <li>-Usar 1-2,5mg de Vitamina K oral se risco alto de sangramento.</li> <li>-Não usar plasma.</li> </ul>	Sangramento maior: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hemorragia intracraniana, retroperitoneal, intraocular, hematoma muscular com síndrome do compartimento;</li> <li>-sangramento orifical associado a PAS ≤ 90mmHg ou a oligúria ou a queda maior que 2 pontos na hemoglobina</li> </ul>	
<b>&gt;9,0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suspender Varfarina</li> <li>-Vitamina K 2,5-5mg oral</li> <li>-Novo INR em 24h.</li> <li>-Repetir Vitamina K se não houver normalização do INR em 24-48h.</li> <li>-Reduzir dose semanal em 20% reiniciando quando INR terapêutico.</li> <li>-Não usar Plasma.</li> </ul>		