PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

VOLUME 16

PATOLOGIAS VASCULARES

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS

Situação clínica	TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)
Quando indicar	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 (nota técnica para controle da anticoagulação em anexo). 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). QUANDO ENCAMINHAR 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). QUANDO ENCAMINHAR PARA HEMATOLOGIA - Suspeita de trombofilia (conforme protocolo da hematologia)
Requisitos e orientações de 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;
Critérios de prioridade	

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 (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 • 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 DE ENCAMINHAMENTOS

Situação clínica	Insuficiência venosa crônica
Quando indicar	QUANDO ENCAMINHAR: -Pacientes sintomáticos a partir de C2 (da *Classificação CEAP) com varizes de grosso calibre e grande quantidade, não responsivos ao tratamento clínico por pelo menos 6 meses, por indicação médica e com condições clínicas (inclui C3, C4, C5 E C6) . * Classificação CEAP representada no quadro 3. Obs: Serão reencaminhados à UBS pacientes já avaliados, tratados cirurgicamente ou não, com quadro clínico estável para acompanhamento. QUANDO NÃO ENCAMINHAR: - Queixa apenas estética como varicoses e/ou veias reticulares e/ou varizes de fino calibre/ pouca a média quantidade em membros inferiores e/ou apenas por desejo do paciente de avaliação. CEAP C0/1
Requisitos e orientações de encaminhamento	- sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros); - Episódio de trombose venoso prévia? (sim ou não). Se sim, descreva; - tratamento conservador já realizado (descreva medidas clínicas já utilizadas e tempo de duração). - resultado de Ecografia com Doppler Venoso, se realizado, com data; - descrever qual classificação do C (ceap) o paciente apresenta;
Critérios de prioridade	Ulceras com piora progressiva apesar do tratamento clínico

CLASSIFICAÇÃO CEAP:

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 perfurantes
AN	Sem localização identificada
Classificação Fisiopatológica (P)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PR,O	Refluxo e obstrução
PN	Sem causa fisiopatológica identificada

Fonte: Alguire, Mathes (2018).

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS

Situação clínica	ANEURISMA DE AORTA
Quando indicar	NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA EMERGÊNCIA: -SUSPEITA DE RUPTURA DE ANEURISMA DE AORTA; OU -Paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita de ruptura iminente, -progressão/complicação aguda ou sintomas não controláveis QUANDO ENCAMINHAR PARA CIRURGIA VASCULAR: Aneurisma de aorta abdominal assintomático: - com diâmetro maior ou igual a 4,0 cm; ou - com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em 6 meses); ou - com vasculopatia periférica sintomática; ou - para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na UBS (ver peridiocidade no quadro 1)
Requisitos e orientações de encaminhamento	-Sinais e sintomas -Se realizado, descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião -Medicamentos em uso, comorbidades e cirurgias prévias -Resultado de exames complementares (rx de tórax, tomografia, ecocardiografia, ecodoppler, ressonância magnética)
Critérios de prioridade	-Aneurisma de aorta com indicação cirúrgica pelo diâmetro a partir de 5,5 cm ou de outras regiões também com indicação cirúrgica.

ANEURISMA AORTA ABDOMINAL

Quadro 4- Orientação para acompanhamento de AAA com ecografia

Diâmetro do aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
>2,5cm a < 3 cm	Repetir exame em 10 anos
3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada 3 anos
Aneurismas 4-4,9 cm	Repetir exame a cada 12 meses
Aneurismas 5,0 a 5,4 cm	Repetir a cada 6 meses

- Fonte: Chaikof et al. 2018

O Tratamento clínico deve ser sempre orientado aos pacientes com aneurisma como cessar o hábito de fumar, tratamento da hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus e outros fatores de risco cardiovasculares. Fonte: Diretriz Brasileira para tratamento do Aneurisma de aorta abdominal (CONITEC 2016)

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS

Situação clínica	DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA
Quando indicar	<u>NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA EMERGÊNCIA:</u> - suspeita de oclusão arterial aguda (dor em repouso, palidez, ausência de pulso, temperatura fria, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena). <u>NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA URGENCIA:</u> - Paciente com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, lesão trófica) <u>QUANDO ENCAMINHAR PARA CIRURGIA VASCULAR:</u> - Doença arterial crônica sintomática com claudicação refratária ao tratamento conservador por 6 meses (estatina, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia, Atividade física -de preferência supervisionada) ou evolução desfavorável / piora dos sintomas nesse período
Requisitos e orientações de encaminhamento	- sinais, sintomas e tempo de evolução - fatores de risco (HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, doença cardiovascular, síndrome metabólica); - Exame físico (descrição da palpação de pulsos- femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso (presentes/ ausentes), atrofia da musculatura, perda de pelos, presença de lesão trófica, presença de necrose, amputações prévias); - tratamento realizado na UBS (exercício, medicações em uso, com posologia); - resultado de exames de imagem com data, se realizado;
Critérios de prioridade	-Paciente com claudicação severa -lesões tróficas já avaliadas na urgência

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

Situação clínica	Estenose de carótidas
Quando encaminhar	Pessoas com: - História de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e/ou AIT (Acidente Isquêmico Transitório) prévio(s) não investigado(s), amaurose fugaz, ateromatose importante em outros territórios e/ou sopro de carótida no exame físico; DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA AVALIAÇÃO CARDIOLOGIA - Estenose de carótida interna entre 50-69% (presente em um dos seguintes exames: ecodoppler de carótidas e vertebrais, angiotomografia ou arteriografia), ASSINTOMÁTICA; DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA AVALIAÇÃO CARDIOLOGIA - Estenose de carótida interna entre 50-69% (presente em um dos seguintes exames: ecodoppler de carótidas e vertebrais, angiotomografia ou arteriografia), SINTOMÁTICA, DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA A NEUROLOGIA; - Estenose de carótida interna maior ou igual a 70%, independentemente se sintomática ou não, unilateral ou bilateral (presente em um dos seguintes exames: ecodoppler de carótidas e vertebrais, angiotomografia ou arteriografia), DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA A CIRURGIA VASCULAR; - Estenose de carótida interna < 50% pode ser acompanhada na Unidade de Saúde (controlar fatores de risco cardiovascular), com ecodoppler de controle, a critério clínico, para acompanhamento evolutivo; DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA AVALIAÇÃO CARDIOLOGIA PARA SOLCITAÇÃO DO EXAME.
Requisitos e orientações de encaminhamento	- Descrição do(s) episódio(s) de AVC ou AIT prévio(s), com a data do(s) evento(s), se conhecida; - Comorbidades importantes (doença arterial coronariana, doença arterial obstrutiva periférica, arritmias, etc.) e fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, história familiar, obesidade, etc.); - História de cirurgias cardiovasculares prévias (quando e em qual estabelecimento); - Resultado de exames de imagem, se houver, com a(s) respectiva(s) data(s) (ecodoppler de carótidas e vertebrais, angiotomografia ou arteriografia).
Critérios de prioridade	- Pessoas com suspeita de AVC ou AIT agudo DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA A EMERGÊNCIA