



R. Xavier Cordeiro, 30  
1000-296 Lisboa  
spc@spcir.com

# NEWSLETTER

## OPINIÃO



**Carlos Pereira Alves**

Ex-Director do Hospital dos Capuchos,  
Professor da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Nova de  
Lisboa, membro da coordenação do  
Capítulo de Cirurgia Vasculuar da SPC.

## AS VARIZES E O CIRURGIÃO GERAL

As varizes dos membros inferiores são situação clínica frequente, sendo uma das três mais frequentes cirurgias da cirurgia geral, a par das hernioplastias e das colecistectomias.

Sendo consideradas habitualmente como sem mortalidade, apresentam, no entanto, significativa morbilidade. Basta ter presentes as úlceras venosas que afluem aos centros de saúde e às consultas hospitalares, e as varicoflebitis, ambas com grande interferência na qualidade de vida dos doentes e no seu grau de absentismo ao trabalho. As preocupações estéticas que apoquentam os doentes, sobretudo do sexo feminino, a par duma sintomatologia que pode ser extremamente incómoda, marcam o dia a dia dos que delas sofrem, com uma possibilidade aumentada – tantas vezes esquecida ou ignorada – de desenvolverem uma trombose venosa profunda e poderem mesmo por isso perder a vida.

A cirurgia das varizes é hoje uma cirurgia sobretudo de ambulatório, com extensas listas de espera, sendo realizada por cirurgiões vasculares e por cirurgiões gerais, em muito maior número por estes últimos. E o facto de serem uma patologia tão frequente, e com tantos doentes a necessitarem de tratamento, obriga a que assim vá continuar, não se justificando aumentar o número de cirurgiões vasculares para além das necessidades da patologia arterial, só para responderem unicamente ao tratamento das varizes. Que, para além do tratamento cirúrgico ou invasivo das veias varicosas, implica a terapêutica dessa endemia incapacitante e cara que são as úlceras de perna venosas, verdadeiro peso pessoal, familiar e social, e as trombozes venosas, quer superficiais quer, sobretudo, profundas, estas com todas as preocupações que trazem de profilaxia, diagnóstico e tratamento.

A avaliação clínica, o diagnóstico e o tratamento têm verificado nos últimos anos significativos avanços. Na clínica, com o aparecimento da classificação CEAP. No diagnóstico, com os dados do estudo ecodoppler, que se tornou um exame indispensável para a escolha do tratamento, desde que realizado com metodologia correcta e de maneira completa. No tratamento, com o aparecimento de técnicas endovasculares térmicas, técnica de esclerose ecoguiada com espuma, técnica cirúrgica endoscópica para tratamento de perfurantes insuficientes, translacionada da cirurgia laparoscópica, e táticas de abordagem cirúrgica das veias doentes, de acordo com as situações, desde a clássica com *stripping* da safena interna (hoje chamada grande safena) à cirurgia com conservação, total ou parcial, desta veia e da junção safeno-femoral.

Acresce que, sendo as varizes uma doença crónica evolutiva, é essencial o seguimento dos doentes a longo termo, antes e depois de operados.

Cirurgiões gerais ou vasculares envolvidos no tratamento das varizes terão assim que conhecer de forma actualizada estes avanços clínicos, de diagnóstico e de tratamento, única forma de uma prática clínica de qualidade. E de disporem de tempo, de instalações e duma estrutura que lhes permitam, a todos, fazer o melhor trabalho e ajudar os doentes da melhor maneira.

Estes factos recomendam, sem dúvida, que a aprendizagem da cirurgia de varizes, para além doutros aspectos de cirurgia vascular, seja fundamental na preparação de base dos cirurgiões gerais. Na sua grande maioria irão ser solicitados, nos hospitais onde trabalharem, para a sua prática frequente e continuada, e não apenas como um incidente cirúrgico. Daí a necessidade de a aprenderem realmente, para o futuro, e não apenas como uma valorização curricular passageira. E é por isso que essa necessidade deve ser estimulada pelo Colégio de Cirurgia Geral, obrigando durante o internato de formação específica à aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre essa patologia, com contacto directo com ela e ajuda e realização dum número mínimo de intervenções. Para além de pugnar pela actualização constante na área, como condição para se desenvolver e manter a qualidade do tratamento feito aos doentes, o que, aliás, tem sido a principal preocupação e objectivo do Capítulo de Cirurgia Vasculuar da SPC.



R. Xavier Cordeiro, 30  
1000-296 Lisboa  
spc@spcir.com

# NEWSLETTER

## Profilaxia Tromboembólica TABELA DE AVALIAÇÃO DO RISCO TROMBOEMBÓLICO

Serviço de Cirurgia C do CHUC-HG (Covões)  
Para uso em Doentes Electivos de Cirurgia Geral  
Escala de Caprini

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Doença oncológica:  Sim  Não Processo: \_\_\_\_\_  
Operação proposta: \_\_\_\_\_

### Cada factor de risco representa 1 ponto

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade 41-60 anos                                       | <input type="checkbox"/> EAM                                   |
| <input type="checkbox"/> Edema das pernas                                       | <input type="checkbox"/> ICC (< 1 mês)                         |
| <input type="checkbox"/> Varizes  | <input type="checkbox"/> Doente médico actualmente acamado     |
| <input type="checkbox"/> IMC > 25   | <input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal        |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia minor   | <input type="checkbox"/> Cirurgia maior prévia (< 1 mês)       |
| <input type="checkbox"/> Sepsis (< 1 mês)                                       | <input type="checkbox"/> Deficiente função respiratória (DPOC) |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar grave incluindo pneumonia (< 1 mês)    |  |
| <input type="checkbox"/> Contraceptivo oral ou terapia hormonal de substituição |  |
| <input type="checkbox"/> Gravidez ou pós parto (< 1 mês)                        |  |
| <input type="checkbox"/> Nado morto inexplicado, abortos espontaneos (≥ 3)      |  |
| <input type="checkbox"/> Outros factores  | <b>Total 0</b>   |

### Cada factor de risco representa 2 pontos

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade 61-74 anos                       | <input type="checkbox"/> Cirurgia maior (> 45 min) |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia                            | <input type="checkbox"/> Gesso (< 1 mês)           |
| <input type="checkbox"/> Paciente acamado (> 72 h)              | <input type="checkbox"/> Acesso venoso central     |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna (presente ou prévia) |  |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia laparoscópica (> 45 min)      | <b>Total 0</b>                                     |

### Cada factor de risco representa 3 pontos

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Idade > 75 anos                               | <input type="checkbox"/> História familiar de trombose |
| <input type="checkbox"/> História de TVP/EP                            | <input type="checkbox"/> Mutação 20210A da protrombina |
| <input type="checkbox"/> Factor V de Leiden                            | <input type="checkbox"/> Anticoagulante lupico         |
| <input type="checkbox"/> Homocisteína elevada                          |  |
| <input type="checkbox"/> Trombocitopenia induzida pela heparina        |  |
| <input type="checkbox"/> Anticorpos anticardiolipina                   |  |
| <input type="checkbox"/> Outras trombofilias adquiridas ou congénitas: | <b>Total</b>   |
| Se sim qual? _____   | <b>0</b>   |

### Cada factor de risco representa 5 pontos

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AVC (< 1 mês)                                      | <input type="checkbox"/> Trauma múltiplo (< 1 mês) |
| <input type="checkbox"/> Artroplastia major electiva dos membros inferiores |  |
| <input type="checkbox"/> Fractura da anca, pelvis ou perna (< 1 mês)        | <b>Total</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> Lesão medular aguda (paralisia) (< 1 mês)          | <b>0</b>   |

**VALOR TOTAL DO RISCO 0**

Escala de Caprini para avaliação de risco de trombose venosa em doentes cirúrgicos, feita para uso no Serviço de Cirurgia C do Hospital Geral (Covões) – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

(Adaptação por C. E. Costa Almeida)

### Profilaxia Adaptada ao Valor Total do Risco

| Valor total do risco    | Nível de risco | Incidência de TVP              | Regime de PROFILAXIA   |
|-------------------------|----------------|--------------------------------|--|
| 0 - 1                   | Baixo          | 2%                             | <input type="checkbox"/> Deambulação precoce   |
| 2                       | Moderado       | 10 - 20%                       | <b>Medicação QU dispositivos de compressão</b>   |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 40 mg sc id (20 mg se ClCr < 30 mL/min)<br><input type="checkbox"/> Meias elásticas ou compressão pneumática intermitente |
| 3 - 4                   | Alto           | 20 - 40%                       | <b>Escolher medicação +/- dispositivos de compressão</b>   |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 40 mg sc id (ClCr > 30 mL/min)  |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 20 mg sc id (ClCr < 30 mL/min)  |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 40 mg 12/12 h na Obesidade<br><input type="checkbox"/> Meias elásticas ou compressão pneumática intermitente              |
| 5 ou mais               | Muito alto     | 40 - 80% (Mortalidade de 1-5%) | <b>Escolher medicação MAIS dispositivos de compressão</b>  |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 40 mg sc id (ClCr > 30 mL/min)  |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 20 mg sc id (ClCr < 30 mL/min)  |
|                         |                |                                | <input type="checkbox"/> Enoxaparina 40 md sc 12/12 h na Obesidade<br><input type="checkbox"/> Meias elásticas ou compressão pneumática intermitente           |
| Cirurgia de ambulatório |                |                                | <input type="checkbox"/> Sem necessidade de profilaxia tromboembólica  |

Profilaxia adaptada ao risco trombótico

BOAS FESTAS e FELIZ ANO NOVO DE 2016