

COLOCAÇÃO DE STENT E ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA

TABELA	CÓDIGO IPSEMG	PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL	40813177	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA
AMBULATORIAL	40813266	COLOCAÇÃO DE STENT PARA TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL OU VENOSA (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)
AMBULATORIAL	30912024	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTERIA PULMONAR E RAMOS (POR VASO)
AMBULATORIAL	30912091	IMPLANTE DE PROTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA

Foco:

- Médicos reguladores e auditores.
- Revisão regras de negócio do SAFe.

Indicações:

PACIENTES CRÔNICOS:

CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE:

- Pacientes com claudicação intermitente apresentam risco aumentado para eventos cardiovasculares e risco extremamente baixo de amputação (< 1% / ano). Desta forma o tratamento inicialmente deve ser conservador, focado em mudança de hábitos de vida, parar de fumar, terapias antiateroscleróticas (dislipidemias, diabetes, etc.), AAS, cilostazol, exercícios supervisionados, entre outros.
- Menos de 5% dos pacientes evoluem com piora clínica necessitando intervenção ou amputação.
- Muitos pacientes procuram a intervenção por medo de amputação, porém a intervenção em pouco sintomáticos ou pacientes bem adaptados nunca está indicada.

A intervenção endovascular, quando complica e leva a necessidade de uma intervenção aberta subsequente (10 a 25% dos casos), pode levar a uma necessidade de revascularização mais distal que a proposta inicial em 30% dos casos. Muitas vezes a oclusão do stent, principalmente revestidos, em tratamentos de claudicação, levam a um quadro de isquemia crítica com risco real de perda do membro.

- Nas oclusões/estenoses do território aortoiliaco, o tratamento endovascular está indicado nas classificações Tasc II A, B e C, em pacientes com bom risco cirúrgico. Nas doenças difusas, com anatomia desfavorável, inicialmente deverá ser realizado o tratamento clínico otimizado pelo período mínimo de 06 meses. Em pacientes claudicantes com lesão Tasc D de bom risco, com falha no tratamento conservador, a melhor opção terapêutica é a revascularização aberta.
- Nas oclusões/estenoses do território femuropoplíteo, a primeira escolha é o tratamento clínico otimizado, ficando o tratamento endovascular indicado na falha deste, para as lesões Tasc I, II e III.
- Tratamento cirúrgico convencional é a primeira escolha para as lesões Tasc D, com doença difusa, calcificada e vasos de fino calibre com bom leito distal.
- Não existe indicação de tratamento endovascular nas estenoses/oclusões de artéria poplítea retrogenicular e distal, bem como nas artérias infrapoplíteas, em claudicantes.
- Devido ao fato que o risco de amputação é baixo, devemos considerar catastróficos os resultados de amputação como complicação de intervenções em claudicantes.

ISQUEMIA CRÍTICA – DOR EM REPOUSO E/OU LESÕES TRÓFICAS:

- Pacientes que não deambulam, acamados, com seqüela de AVE ou outras patologias que limitam para as atividades de vida diárias, estados demenciais avançados, etc – considerar a opção da amputação primária, devido ao risco mais baixo e ausência de benefício com a revascularização.
- O tratamento endovascular é a primeira escolha para as lesões classificadas como TASC II A, B ou C.
- Não há indicação para a utilização primária de stent em artérias infrapoplíteas, ficando a sua utilização reservada para os casos de complicações com restrição de fluxo.

Contraindicações:

- Não há indicação para a abordagem de artéria poplítea e distais para o tratamento de claudicação intermitente.
- É contra indicada a angioplastia com ou sem stent como primeira escolha para doença difusa, calcificada e vasos de fino calibre com bom leito distal, em pacientes claudicantes.
- Lesões TASC II D em pacientes com claudicação intermitente.
- Lesões TASC II D em pacientes com isquemia crítica, exceto em casos de contra-indicação ao tratamento convencional ou ausência de enxerto adequado para a realização do “by pass”.

Pré-Requisitos:

- Para os casos de claudicação, pelo menos 6 meses de tratamento clínico otimizado, devidamente documentado, deve ser realizado antes da indicação da intervenção.
- Todos os pacientes deverão ter avaliação prévia com o angiologista ou cirurgião vascular com anamnese, descrição do exame físico detalhado, Doppler com índice tornozelo/braço, tratamento clínico realizado, tempo, medicamentos, reabilitação, etc.

Prioridades:

- Isquemia crítica.

Perícia médica:

Todos os casos crônicos com indicação de procedimento eletivo.

Profissionais Solicitantes (preferencial):

- Angiologistas.
- Cirurgiões Vasculares.

Referências bibliográficas:

Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication, J Vasc Surg 2015;61 2S-41S.

Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), J Vasc Surg 2007, 45, S1.

Rutherford's Vascular Surgery, 8th Edition