



Consiste na inserção de uma prótese bifurcada por via endovascular para prevenir, eletivamente, a ruptura de aneurisma aortoilíaco infrarrenal. É opção à operação aberta, mais agressiva. Pode ser usada nas situações de urgência/emergência em aneurismas sintomáticos ou ruptura aórtica.

I. ASSISTENCIAL

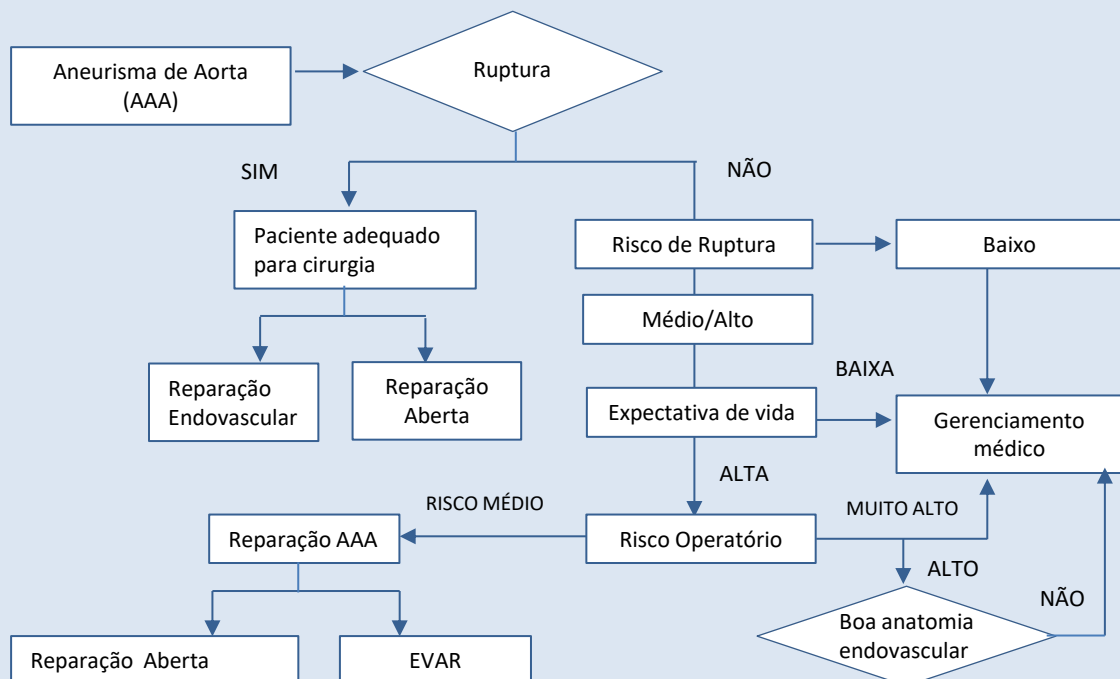
1. DIAGNÓSTICO

História Clínica: Os aneurismas aortoilíacos são geralmente assintomáticos. São encontrados em exames de imagem fortuitos ou para rastreamento. Quando rotos, há dor abdominal ou lombar intensa e instabilidade hemodinâmica grave com rápida evolução a óbito.

Exame físico: Massa abdominal pulsátil indolor em abdômen, sendo difícil sua palpação em pacientes obesos ou quando são isolados em artérias ilíacas. São caracterizados como sintomáticos quando há dor à palpação, embolização distal ou sinais de compressão de órgãos vizinhos.

CID	Definição
I710	Aneurisma dissecante da aorta [qualquer porção]
I714	Aneurisma da aorta abdominal, sem menção de ruptura
I719	Aneurisma aórtico de localização não especificada, sem menção de ruptura
I723	Aneurisma de artéria ilíaca
I790	Aneurisma da aorta em doenças classificadas em outra parte
I729	Aneurisma de localização não especificada
I713	Aneurisma da aorta abdominal, roto

Confirmação diagnóstica: A ultrassonografia é o exame mais simples para identificar e medir aneurismas aórticos abdominais. Radiografia simples de abdômen só identifica aneurismas com parede calcificada. Ressonância magnética e tomografia computadorizada são mais precisos para avaliação completa de aorta e artérias ilíacas. Angiotomografia é o exame mais completo e detalhado.



2. INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Diâmetro da aorta infrarrenal maior ou igual a 5,5 cm em homens ou 5,0 cm em mulheres é indicativo de correção cirúrgica;
- Para artérias ilíacas usa-se parâmetro de 3 a 4 cm;
- Aceita-se operar aneurismas aórticos menores se há crescimento do diâmetro em mais de 1 cm em um ano, em aneurismas saculares, se o paciente necessitar quimioterapia, radioterapia ou transplante de órgão ou em casos sintomáticos;
- Baixa expectativa de vida ou comorbidades graves são critérios para tratamento conservador.

3. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

- Angiotomografia de aorta torácica e abdominal, artérias ilíacas e de membros inferiores;
- Avaliação cardíaca;
- Hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, coagulograma.

4. ESCORE DE RISCO

Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA):

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

- PO1: UTI ou semi-intensiva;
- PO2 e posterior: apartamento, em geral;
- Internação de 2 a 4 dias.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo de cirurgia:
1,5 a 3 horas

Anestesia:
Geral

Tecnologia necessária durante a cirurgia:
Radioscopia

Antibioticoprofilaxia

- **Antibiótico:** cefazolina
- **Dose intraoperatória:** 1-2 g EV EV antes da incisão cirúrgica seguido de 1g EV de 4/4 h
- **Dose e duração da antibioticoprofilaxia no pós-operatório:** 1 g EV de 8/8 h por 24

7. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO	PO2 até alta
Dieta	Leve, quando bem acordado e com motilidade intestinal	Branda ou geral	Geral
Analgésia	Dipirona 1 ou 2g EV 6/6hs	Dipirona 1g VO 6/6hs	Dipirona 1g VO SN
	Tramadol EV SN	Tramadol EV SN	Tramadol VO SN
Outras medicações	Pantoprazol 40mg EV 12/12hs	Pantoprazol 40 mg VO 1x/dia	Pantoprazol 40 mg VO 1x/dia
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia
Fisioterapia	Respiratória		
Curativo	Curativos inguinais simples, manter curativo operatório se limpo	Troca a critério do cirurgião	

PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

- Alta entre o 2° e 4° PO;
- Critérios mínimos para a alta: pacientes afebril, com função digestiva normal, deambulando, sem intercorrências incisionais ou em locais de punção, sem intercorrências cardiorrespiratórias .

Orientações de alta

Procure o cirurgião caso ocorra

- Vermelhidão, inchaço ou drenagem na incisão;
- Febre ou calafrios;
- Falta de ar, dor ou inchaço na panturrilha;
- Aumento da no local da punção em relação ao dia da alta
- Constipação prolongada ou diarreia (maior que 3 dias);
- Incapacidade de urinar (retenção de urina).

Retornos programados

- Retornar ao consultório 7 a 10 dias após a alta, ocasião em que ocorrerá a retirada de pontos. Não necessita trazer nenhum exame;
- Retornar com 3 meses, 6 meses e 1 ano. Nestas ocasiões, necessário ultrassonografia Doppler com contraste de microbolhas ou angiotomografia.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo de permanência na UTI no pós-operatório em relação ao escore ASA;
- Taxa de reintervenção relacionado ao aneurisma de aorta em até 30 dias após a cirurgia;
- Taxa de reinternação relacionado ao aneurisma de aorta em até 30 dias após a cirurgia;
- Aderência ao protocolo de antibioticoterapia profilática institucional;
- Aderência ao protocolo de TEV institucional.

II. GLOSSÁRIO

ASA - American Society of Anesthesiologists

EV - Via Endovenosa

PO - Pós Operatório

SC - Via Subcutânea

TEV - Tromboembolismo Venoso

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

HCAC - Hospital Central de Alta Complexidade de Cuiabá

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

23/08/2025 – Unificação Einstein Goiânia - Dr. Roberto Gomide

09/06/2026 – Unificação HCAC Gynara Rezende Gonzalez do Valle Barbosa

IV. Referências Bibliográficas

[1] Eur J Vasc Endovasc Surg 2019, 57:8; [2] J Vasc Surg 2018, 67:2; [3] Eur Heart J 2014, 35: 2873

Código Documento: CPTW019.5	Elaborador: Sergio Kuzniec	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de Revisão: 09/06/2026	Data de Aprovação: 09/06/2026
---------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---