



Varizes de membros inferiores são muito frequentes, e a depender da metodologia/gradação dos estudos populacionais são identificadas em 2-56% dos homens e 1-60% das mulheres e se caracteriza por dilatações maiores que 3mm em vasos superficiais dos membros inferiores.^(1,2) A erradicação de varizes é um procedimento eletivo de baixo risco, que, entre outras técnicas, consiste em exérese (retirada) das veias insuficientes, podendo estar indicada ou não a safenectomia (retirada da veia safena), em um ou ambos membros inferiores.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Exames Diagnósticos: US doppler Venoso de MMII.

Exames Pré-Operatórios: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax*, ECG*, Glicemia**, Função renal**.

*Pacientes ASA II; ** Pacientes > 60 anos

Indicação Cirúrgica: A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela.

CID	Descrição
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

2. FATORES DE RISCO

A fisiopatologia da doença varicosa é complexa e multifatorial; são fatores de risco conhecidos o histórico familiar de varizes, idade avançada, ortostatismo, sobrepeso/obesidade, uso de estrógenos e gestação⁽³⁾.

3. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA): I, II e III;
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

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

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico).
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

4. ALOCAÇÃO

- 1 diária de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica ;
- Elegível para Day Clinic em casos de cirurgia no primeiro horário. No HMAP, não realizamos day clinic para erradicação de varizes, pois a maior parte dos casos envolve safenectomia

5. TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento;
- Demarcação das varizes é realizada em sala operatória e dura em média 15min. Pode-se utilizar VeinViewer para auxiliar na marcação dos vasos varicosos.

ANESTESIA:

- Raquianestesia com sedação.

CIRURGIA:

Paciente com úlcera tem o tempo de sala aumentado para em média para 4h.

Aparelho de Ultrassonografia portátil pode ser necessário no intraoperatório para identificação de vasos específicos e/ou durante procedimentos com técnicas termo ablativas.

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Geral;
- Curativo: Steri-strip, compressa cirúrgica, atadura crepe;
- Cuidados específicos: Pode ser necessário sondagem vesical de alívio (SVA) ;
- Atividade: Após 6h do procedimento o paciente pode deambular com auxílio;
- Indicação de exames de controle: NA.

Agente	Dose	Via	Frequência
Antibiótico profilático (Cefazolina)*	2g	EV	Indução anestésica
Anti- inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h s/n
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h s/n
Opióide (Tramadol)	100mg	EV	s/n
Sondagem Vesical de Alívio			s/n
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

*Em casos de safenectomia

* Cefazolina 2 g EV; se peso>120 kg - 3 g. EV. Não manteremos nos pós operatório.

6. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

- Sinais vitais normais para faixa etária
- Dor controlada
- Diurese presente
- Boa aceitação alimentar
- Ausência de sangramento após deambulação
- Membro aquecido com boa perfusão
- Ausência de sinais de trombose

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	VO	6/6h
Opioide (Tylex) ou	7,5mg	VO	s/n
Cetoprofeno	100mg	VO	12/12h por 5 dias
Profilaxia de TEV se Caprini >8			1x/dia por 7 dias

6.1 ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR

- Dieta: Geral;
- Atividade: Caminhar por 5 min a cada 2h ao dia, aumentando gradativamente em 5min até 4 caminhadas de 20 minutos por dia;
- Retorno no consultório: 7 dias após a alta; No HMAP retorno com 14 dias
- Retornar ao trabalho em 7-14 dias; No HMAP o afastamento pode ser prolongado em decorrência da safenectomia e quantidade de varizes erradicadas.
- Procurar o pronto atendimento em caso de sangramento, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta e edema importante na perna.

Se escore de Caprini >8, fazer profilaxia estendida para prevenção de trombose venosa profunda por 7 dias^(4,5).

OB: Programação de safenectomia aumenta tempo cirúrgico. Úlcera é infrequente; indicação de safenectomia é mais frequente

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência do paciente no hospital;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta; No HMAP não dispomos

III. GLOSSÁRIO

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes Mellitus

HMAP : Hospital Municipal Aparecida de Goiânia

EV: Endovenoso

VO: Via Oral

NA: Não se aplica

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template; alteração nos itens 5 (tratamento), 6 (orientações de alta) e II (indicadores de qualidade); validação SCIH;

26/08/2025 – Unificação HMAP | Einstein Goiânia

V. Referências Bibliográficas

[1] Robertson et al. Epidemiology of chronic venous disease, *Phlebology* 2008; 23: 103-111.

[2] Beebe-Dimmer et al, *The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins*. *Ann Epidemiol* 2005; 15(3):175-84.

[3] Jacobs et al. Pathophysiology of varicose veins, *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2017;5: 460-467.

[4] Braet et al. Thromboembolic outcomes are decreased with the use of a standardized venous thromboembolism risk assessment and prophylaxis protocol for patients undergoing superficial venous procedures. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2023 Apr 29;S2213-333X(23)00160-9. doi: 10.1016/j.jvsv.2023.04.008.

[5] Turner et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Additional Benefit of Pharmacological Thromboprophylaxis for Endovenous Varicose Vein Interventions. *Ann Surg* 2023;278:166–171

A SBIBAE recomenda

1. O paciente **DEVE** ser avaliado antes da alta.

Código Documento: CPTW63.4	Elaborador: Marcelo P Teivelis Cynthia de A Mendes	Revisor: Mauro Dirlando	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/08/2020 Data de Revisão: 26/08/2025	Data de Aprovação: 26/08/2025
--------------------------------------	--	-----------------------------------	---	---	---