

Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto

O protocolo de Cirurgia Geral Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Cirurgia Geral Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Os exames relevantes constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, eles não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com hérnia femoral, hérnia de parede abdominal ou inguinal com complicação prévia, colelitíase com complicação prévia ou linfonodomegalia com indicação de biópsia devem ter preferência no encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 07 de dezembro de 2020.

Supervisão Geral:

Arita Bergmann

Coordenação:

Roberto Nunes Umpierre

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

Autores:

Ana Cláudia Magnus Martins

Carolina da Fonte Pithan

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Jerônimo De Conto Oliveira

Lígia Marroni Burigo

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Maiara Conzatti

Rafael Carvalho Ipê da Silva

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

Taiane Sawada de Souza

Revisão técnica:

Bernardo Volkweiss

Carlos Otavio Corso

Leandro Cavazzola

Oly Corleta

Colaboração:

Camila Finger Viecelli

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:

Angélica Dias Pinheiro

Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:

Davi Perin Adorna

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 07 dez. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2020.

Porto Alegre – RS.



Protocolo 1 – Colelitíase e Coledocolitíase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de colecistite aguda, pancreatite aguda, coledocolitíase sintomática ou colangite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral:

- colelitíase sintomática;
- colelitíase com complicação prévia (colecistite aguda ou pancreatite biliar) em paciente não submetido a colecistectomia;
- colelitíase assintomática associada a fatores de risco para neoplasia do trato biliar¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Gastroenterologia (em hospital que realize CPRE):

- coledocolitíase, sem critérios para encaminhamento para emergência (ou após avaliação emergencial com quadro estável).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda, comorbidades);
2. história de colecistectomia (sim ou não) ou outros procedimentos biliares (p. ex: CPRE). Se realização prévia, descrever data e serviço em que procedimento foi realizado;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Fatores de risco para neoplasia do trato biliar em pacientes com colelitíase: adenoma (pólipo) de vesícula biliar ≥ 6 mm ou em crescimento, vesícula biliar em porcelana, drenagem anormal do ducto pancreático.



Protocolo 2 – Pólipo de Vesícula Biliar

Pólipos assintomáticos menores que 10 mm devem ser acompanhados na APS com ultrassonografia (USG). A periodicidade recomendada para realização do exame está disponível no [quadro 1](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral:

- pólipo de vesícula biliar associada a alguma das seguintes características:
 - maior ou igual a 10 mm; ou
 - menores que 10 mm sintomáticos, após exclusão de outras etiologias para os sintomas; ou
 - crescimento durante o acompanhamento ultrassonográfico; ou
 - pólipos de 6 a 9 mm associados a colelitíase ou fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia do Aparelho Digestivo:

- pólipo de vesícula biliar associado a diagnóstico de colangite esclerosante primária.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda, comorbidades);
2. descrever se há fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar¹;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se crescimento de pólipos ao longo de duas ou mais ultrassonografias, anexar/descrever os resultados dos exames com data);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar em pacientes com pólipo de vesícula biliar: idade maior que 50 anos, colangite esclerosante primária, espessamento focal da parede da vesícula > 4 mm).

Protocolo 3 – Hérnias de Parede Abdominal e Diástase de Retos Abdominais (DRA)

Em pacientes com hérnia umbilical ou incisional **minimamente sintomática ou assintomática** pode-se considerar observação clínica, especialmente em idosos com comorbidades clínicas que aumentam risco cirúrgico ou que não desejam submeter-se à cirurgia.

O reparo eletivo de hérnias em **gestantes** é contraindicado. Manter acompanhamento clínico, orientar sobre sinais de gravidade e aguardar resolução da gestação para encaminhamento eletivo à Cirurgia Geral.

Pacientes com **comorbidades** como obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), diabetes ou hipertensão descompensados tabagismo ativo apresentam contraindicação relativa ao procedimento cirúrgico. Assim que identificadas essas condições, o seu manejo na APS deve ocorrer concomitantemente ao encaminhamento ao serviço de Cirurgia Geral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de hérnia encarcerada (dolorosa e não redutível) ou estrangulamento herniário¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral:

- hérnia inguinal;
- hérnia umbilical sintomática;
- hérnia incisional²;
- hérnia epigástrica;
- hérnia abdominal de outra localização (como hérnia femoral e hérnia de Spiegel);
- diástase de retos abdominais sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), associada a hérnia umbilical ou epigástrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica:

- diástase de retos abdominais isolada, com distância interretal $> 3 \text{ cm}$, sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), refratária a tratamento conservador³.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações, ocorrências de recidiva, comorbidades);
2. se DRA, descrever tratamento conservador realizado e por quanto tempo;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. cirurgias prévias (tipo, data e serviço que realizou a cirurgia), se realizado;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Estrangulamento herniário: sintomas de obstrução intestinal, incluindo náusea, vômito, dor abdominal, ausência de eliminação de flatos e distensão abdominal. Podem estar associados a sintomas sistêmicos, como febre, taquicardia e hipotensão, se ocorrer estrangulamento com necrose intestinal.

² Pacientes com histórico cirúrgico prévio devem ser encaminhados preferencialmente ao hospital de origem nos casos de hérnia incisional, desde que este tenha recursos compatíveis com a complexidade do caso.

³ Tratamento conservador para DRA isolada consiste em perda de peso e exercícios para musculatura abdominal.

Protocolo 4 – Lesões de Pele e Tecido Subcutâneo

As especialidades mais indicadas para o tratamento de lesões de pele benignas, malignas e suspeitas com necessidade de tratamento cirúrgico estão resumidas no [quadro 2](#). Atentar para as ofertas regionais, especialmente casos com necessidade de cirurgias ambulatoriais, realização de biópsia e cirurgia geral de média complexidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo) grandes (> 5 cm), não localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas ou articulações), com desejo de remoção cirúrgica;
- onicocriptose (unha encravada) com indicação cirúrgica, quando não abordada na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo, nevos melanocíticos) pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial;
- lesões suspeitas ou malignas pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com indicação de remoção cirúrgica;
- lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose);
- tumores de unhas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Cirurgia Ambulatorial:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo, nevos melanocíticos) pequenas (até 5 cm), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS;
- tumores de unhas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo), localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial;
- lesões suspeitas de malignidade, localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), na indisponibilidade de confirmação por anatomopatológico, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial;
- lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto (se malignas, após avaliação na referência regional de Oncologia Tumores de Pele).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Pele:

- tumores com suspeita ou diagnóstico de malignidade, que não contemplem as outras especialidades (dermatologia, plástica ocular, estomatologia) localizados em:
 - tronco e membros: maiores do que 2 cm;
 - face e pescoço: maiores do que 1 cm;



- melanoma confirmado em anatomopatológico, se necessária investigação de linfonodo sentinela e ampliação de margens;
- metástase cutânea;
- suspeita ou diagnóstico de tumores de pele agressivos (ex: dermatofibrossarcoma protuberans);
- tumores irrissecáveis com indicação de cirurgia higiênica (infecções recorrentes com odor fétido, sangramento, dor, piora funcional importante, necrose extensa).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Estomatologia:

- lesão labial ou em cavidade bucal, pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica a nível ambulatorial¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- lesões palpebrais benignas, malignas ou suspeitas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, tempo de evolução, manifestações de gravidade, prejuízo funcional);
2. anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever o seu resultado na íntegra (se biópsia incisional ou excisional, resultado e informação sobre margens cirúrgicas) e/ou exames de imagem, se realizados, com data;
3. tratamento atual ou realizado para a condição (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Resultado de biópsia com evidência de lesão neoplásica maligna ou alta suspeita clínica de lesão bucal maligna (carcinoma espinocelular ou melanoma) devem ser encaminhados para Oncologia Cabeça e Pescoço.



Protocolo 5 – Ostomias (Gastrostomias e Colostomias)

Há referências regionais pactuadas para as situações descritas nesse protocolo. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Intercorrências que necessitam avaliação com especialidade cirúrgica, como disfunções da sonda ou necessidade de troca da sonda, devem ser manejadas no serviço que realizou a cirurgia inicial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (preferencialmente, para realização por via endoscópica) ou Cirurgia Geral:

- indicação de gastrostomia¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia ou Cirurgia do Aparelho Digestivo:

- necessidade de reversão de colostomia².

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações);
2. tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Não há diretrizes estabelecidas indicando quais pacientes devem ser submetidos à gastrostomia. A gastrostomia é uma opção de tratamento para disfagia transitória ou permanente e tem sido considerada em algumas condições ([quadro 3](#)). Orienta-se individualização da conduta, após discussão entre a equipe assistencial, paciente e familiares.

² O fechamento deve ser adiado até que a resolução da condição subjacente ocorra, o estado de saúde do paciente esteja recuperado e a necessidade de desvio do trânsito intestinal não exista mais. O serviço que realizou a cirurgia inicial é preferencialmente o indicado para reversão da colostomia. Pacientes com colostomias sem vínculo com a instituição de base podem ser encaminhados para média complexidade por meio de contato da SMS com a CRA/RS.

Protocolo 6 – Linfonodomegalia Periférica

Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas, exame físico e exames complementares são fundamentais para orientar o encaminhamento para o serviço especializado mais apropriado. A investigação de linfonodomegalias na APS pode ser consultada no [quadro 4](#) e na [figura 1](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral:

- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS;
- linfonodomegalia supraclavicular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia (preferencialmente) ou Hematologia:

- linfonodomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento);
- linfonodomegalia com esplenomegalia, sem provável causa infecciosa.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- linfonodomegalia mediastinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. presença de sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento);
3. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
4. anexar resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia, quando presente), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
5. anexar resultado dos exames complementares, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, quando investigação de linfonodomegalia periférica, com data: raio-X de tórax, sorologias anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL (ou testes rápidos), monoteste ou EBV IgM e IgG, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical, também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM;
6. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

ARAIN, M. A.; FREEMAN, M. L.; AZEEM, N. **Cholelithiasis**: clinical manifestations, diagnosis, and management. Waltham (MA): UpToDate, 2 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cholelithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management> Acesso em: 23 nov. 2020.

BROOKS, D. C. **Overview of abdominal wall hernias in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 22 June 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BROOKS, D. C. **Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 5 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BROOKS, D. C.; CONE, J. **Management of ventral hernias**. Waltham (MA): UpToDate, 8 Aug. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-ventral-hernias>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DELEGGE, M. H. **Gastrostomy tubes**: Uses, patient selection, and efficacy in adults. Waltham (MA): UpToDate, 23 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gastrostomy-tubes-uses-patient-selection-and-efficacy-in-adults>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Record No. T116085, Cholelithiasis**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 5 Dec. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116085>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T900759, Cholecystectomy**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/procedure/cholecystectomy>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T113880, Groin Hernia in Adults and Adolescents**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113880>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T114033, Gallstones**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gallstones>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T921899, Incisional hernia**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 5 Dec. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T921899>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T116501, Lymphadenopathy in adults**: approach to the patient. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116501>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DYNAMED. **Record No. T1588962344388, Gallbladder Polyps**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 28 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1588962344388>. Acesso em: 23 nov. 2020.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 65, n. 1, p. 146-181, July 2016. Doi 10.1016/j.jhep.2016.03.005.

FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. (ed.). **Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease**: pathophysiology, diagnosis, management. 10. ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2015. p. 1162-1165.

FERRER, R. L. **Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 26 Dec. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>. Acesso em: 23 Nov. 2020.

FRANCONE, T. D. **Overview of surgical ostomy for fecal diversion**. Waltham (MA): UpToDate, 24 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgical-ostomy-for-fecal-diversion>. Acesso em: 23 nov. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HERNIASURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **Hernia**, Paris, v. 22, n. 1, p. 1-165, Jan. 2018. Doi 10.1007/s10029-017-1668-x.

HOLIHAN, J. L. *et al.* Ventral hernia: patient selection, treatment, and management. **Current Problems in Surgery**, St. Louis (MO), v. 53, n. 7, p. 307-354, July 2016. Doi 10.1067/j.cpsurg.2016.06.003.

KLINGENSMITH, M. E. *et al.* **The Washington manual of surgery**. 6. ed. St. Louis (MO): Lippincott Williams & Wilkins, 2012. p. 585-587.

LIANG, M. K. *et al.* Ventral Hernia Management. **Annals of Surgery**, Philadelphia (PA), v. 265, n. 1, p. 80-89, Jan. 2017. Doi 10.1097/SLA.0000000000001701.

MCCLAVE, S. A. *et al.* ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. **American Journal of Gastroenterology**, New York, v. 111, n. 3, p. 315-334, Mar. 2016. Doi 10.1038/ajg.2016.28.

UNITED KINGDOM NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Commissioning policies 2019/20**. London, 2020. 108 p. Disponível em: <http://doclibrary-kccg.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/KernowCCG/IndividualFundingRequests/Policies/CommissioningPolicies.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

RAHNEMAI-AZAR, A. A. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 20, n. 24, p. 7739-7751, jun. 2014. Doi 10.3748/wjg.v20.i24.7739.

ROHDE, L.; OSVALDT, A.B. (ed.). **Rotinas em cirurgia digestiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SHERMAN, K. L.; WEXNER, S. D. Considerations in stoma reversal. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**, New York, v. 30, n. 3, p. 172-177, July 2017. Doi 10.1055/s-0037-1598157.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Qual a conduta frente a um paciente com pólipos de vesícula biliar em ecografia abdominal total?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 maio 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-conduta-frente-um-paciente-com-polipo-de-vesicula-biliar-em-ecografia-abdominal-total>. Acesso em: 23 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Quais as causas e qual a investigação inicial de linfonodomegalia periférica?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 1 set. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/linfonodos/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para cirurgia plástica**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 29 mar. 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_CirurgiaPlastica.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para hematologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 nov. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para infectologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 set. 2015 [atual. 6 fev. 2020]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolo_encaminhamento_infectologia_20200213_004.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

WILES, R. *et al.* Management and follow-up of gallbladder polyps: joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive



Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). **European Radiology**, Berlin, Sep. 2017, v. 27, n. 9, p. 3856-3866. Doi 10.1007/s00330-017-4742-y.

ZAKKO, S. F. **Overview of gallstone disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 22 Abr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults>. Acesso em: 23 nov. 2020.

ZAKKO, S. F.; AFDHAL, N. H. **Approach to the management of gallstones**. Waltham (MA): UpToDate, 1 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones>. Acesso em: 23 nov. 2020.

ZAKKO, W. F.; ZAKKO, S. F. **Gallbladder polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 31 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-polyps>. Acesso em: 23 nov. 2020.

Apêndices – figuras e quadros auxiliares

Quadro 1 – Acompanhamento ultrassonográfico de pólipos de vesícula biliar assintomáticos.

Tamanho do pólipos	Fatores de risco ¹	Acompanhamento ²
< 6 mm	Não	Ultrassonografia em 1, 3 e 5 anos após o diagnóstico. Caso se confirme a estabilidade com tamanho abaixo de 6 mm, pode-se encerrar o seguimento.
	Sim	Ultrassonografia em 6 e 12 meses. Caso se confirme a estabilidade com tamanho abaixo de 6 mm, manter seguimento ecográfico anual até completar 5 anos.
Entre 6 e 9 mm	Não	Ultrassonografia em 6 e 12 meses. Após, manter acompanhamento ecográfico anual até completar 5 anos.
	Sim	Risco aumentado de malignidade. Pode ser indicada colecistectomia, embora com menor nível de evidência. Alternativamente, pode ser realizada ultrassonografia em 6 a 12 meses e, após, a cada 12 meses.
≥ 10 mm ou com crescimento ³	Não	Encaminhar para colecistectomia.
	Sim	

¹Fatores de risco para câncer de vesícula biliar em pacientes com pólipos de vesícula biliar: idade maior que 50 anos, colangite esclerosante primária, espessamento focal da parede da vesícula > 4 mm.

²Se durante o acompanhamento o pólipo da vesícula biliar desaparecer, sugere-se descontinuar o seguimento ecográfico, independente do risco para câncer de vesícula biliar (provável pseudopólipo).

³Crescimento de 2 mm ou mais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Wiles *et al.* (2017).

Quadro 2 – Especialidades indicadas para tratamento de lesões de pele com necessidade de tratamento cirúrgico.

	Lesões benignas (lipoma/cisto sebáceo/nevos)	Lesões com suspeita de malignidade	Lesões malignas (com AP)
Cirurgia Ambulatorial/ Cirurgia Plástica Peq. Porte	Até 5 cm	Não	Não
Dermatologia	Até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço
Cirurgia Geral	> 5 cm	Não	Não
Cirurgia Plástica	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista* ou cirurgia ambulatorial	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista* ou cirurgia ambulatorial	Lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto (após avaliação na referência regional de Oncologia Tumores de Pele).
Oncologia Tumores de Pele	Não	Maiores do que 2 cm em tronco e membros ou maiores que 1 cm em face e pescoço.	Maiores do que 2 cm em tronco e membros ou maiores que 1 cm em face e pescoço.
Oftalmologia Plástica Ocular	Lesões palpebrais benignas	Lesões palpebrais suspeitas	Lesões palpebrais malignas
Estomatologia	Lesões em lábio/boca (pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica a nível ambulatorial)	Lesões em lábio/boca (pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica a nível ambulatorial)	Não

* Nevos intradérmicos nessas localizações, cistos epidérmicos pequenos em face e articulações.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 3 - Condições pelas quais pacientes costumam ser encaminhados para gastrostomia*.

Indicações neurológicas	Doença cerebrovascular Doença do neurônio motor Esclerose múltipla Doença de Parkinson Paralisia cerebral Demência
Nível de cognição ou de consciência reduzidos	Trauma cranioencefálico Pacientes em cuidados intensivos
Obstrução	Neoplasia de cabeça e pescoço Neoplasia esofágica
Miscelânea	Queimaduras Fístulas Fibrose cística Síndromes do intestino curto (ex: Doença de Crohn)

*Não há evidências de que a nutrição artificial prolongue a vida ou melhore o estado funcional na maioria dos pacientes com doenças crônicas avançadas ou terminais. A decisão deve ser tomada em conjunto entre paciente, familiares e equipe, baseada em julgamento clínico sobre a doença, riscos e benefícios, prognóstico, objetivos e desejos do paciente. Em alguns casos a nutrição artificial pode ser considerada uma medida de conforto.

Fonte: Rahnemai-Azar (2014).

Quadro 4 – Investigação de linfonodomegalia periférica.**Avaliação clínica inicial:**

- evolução dos sintomas no tempo e características do linfonodo (tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas);
- presença de sintomas B (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre);
- suspeita de infecção local ou sistêmica (faringite, toxoplasmose, mononucleose, ulceração cutânea);
- exame físico com evidência de esplenomegalia;
- fatores de risco para HIV, sífilis, hepatites;
- história de neoplasia prévia ou outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual;
- história epidemiológica local (áreas endêmicas para doenças como leishmaniose), uso de medicamentos (como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralazina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina, quinidina, sulfonamidas, sulindaco).

Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida:

- cervical (drena couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço): infecções cutâneas, abscesso dentário, infecções de vias aéreas superiores, citomegalovírus, mononucleose, tuberculose, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático de tireoide, cabeça e pescoço);
- supraclavicular (drena trato gastrointestinal, geniturinário e pulmões): neoplasia maligna metastática ou hematológica;
- axilar (drena membros superiores, mama e tórax): doença da arranhadura do gato, infecções cutâneas, carcinoma de mama metastático, melanoma metastático;
- epitroclear (drena ulna, antebraço e mão): mononucleose, infecções cutâneas, sarcoidose, sífilis, HIV, neoplasia hematológica;
- inguinal (drena abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores): celulite, IST, neoplasia (hematológicas e metastática região perianal e vulva).

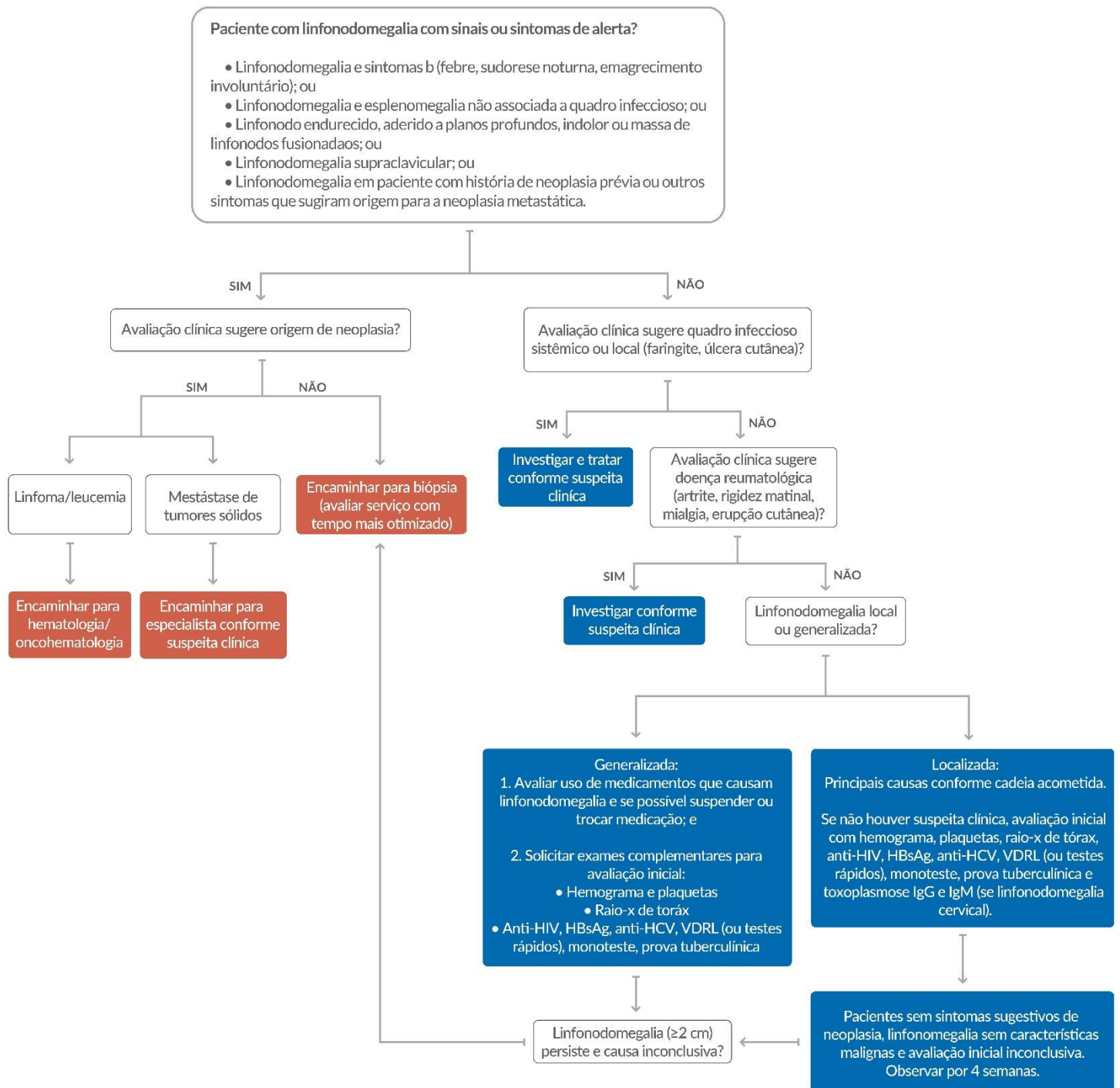
Linfonodo com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida;

Linfonodo sem características de malignidade: investigação básica se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico:

- hemograma e plaquetas;
- raio-x de tórax;
- sorologias: anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL (ou testes rápidos), monoteste, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical realizar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2016).

Figura 1 – Investigação de linfonomegalia periférica



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).