

Revista Científica: Jornal Vascular Brasileiro

**Título: ÚLCERA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE FÍSTULA
ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE
LITERATURA**

*Title: ULCER AS A CLINICAL MANIFESTATION OF A POST-TRAUMATIC
ARTERIOVENOUS FISTULA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW*

Título resumido: Úlcera devido à fístula pós-traumática: relato de caso.

Autores: Carleial, BS¹; Silva Júnior, OF²

1. Bruno Silton Carleial. Estudante de Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

2. Otacílio Figueiredo da Silva Júnior. Professor Adjunto da disciplina de MIV 31 - Doenças Prevalentes do Sistema Circulatório e Vascular Periférico e do Estágio Curricular Obrigatório em Clínica Cirúrgica do curso de Medicina da UFPB

Resumo

Uma fistula arteriovenosa é uma comunicação anormal entre uma artéria e uma veia. Trauma penetrante é a causa mais comum de fistula arteriovenosa pós-traumática seguida pelas lesões iatrogênicas e trauma contuso. Fístulas arteriovenosas pós-traumáticas produzem diversas e profundas alterações fisiopatológicas na estrutura e dinâmica dos vasos associados com a fístula. Complicações de fístulas de longa duração incluem dilatação arterial proximal, isquemia distal, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência venosa e, raramente, desenvolvimento de úlcera. Este relato apresenta um caso de uma fístula arteriovenosa de duração de 15 anos apresentando ulceração em membro inferior como complicação. O diagnóstico, tratamento e complicações de uma fistula arteriovenosa de longa duração são discutidos a fim de aprimorar o conhecimento científico sobre o tema.

Descritores: Relatos de casos; Revisão; Fistula Arteriovenosa; Úlcera da Perna

**ULCER AS A CLINICAL MANIFESTATION OF A POST-TRAUMATIC
ARTERIOVENOUS FISTULA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Abstract

An arteriovenous fistula is an abnormal communication between an artery and vein. Penetrating trauma is the common cause of traumatic arteriovenous fistula followed by iatrogenic injuries and blunt trauma. Traumatic arteriovenous fistulas produce several profound pathophysiologic and structural changes in the circulatory dynamics of the vessels associated with the fistula. Complications of fistulas include proximal arterial dilatation, distal ischemia, congestive cardiac insufficiency, venous insufficiency and, rarely, ulcer development. This report presents a case of an arteriovenous fistula of 15 years duration that presented a leg ulcer as a late complication. The diagnosis, management, and complications of a long-standing arteriovenous fistula are discussed in the purpose of enhancing scientific knowledge about the theme.

Keywords: Case reports; Review; Arteriovenous Fistula; Leg Ulcer

Introdução

O trauma vascular em civis acomete primariamente indivíduos urbanos pertencentes às camadas socioeconômicas menos privilegiadas. O alto índice de crimes violentos, com uso de armas de fogo e facas, responde pela enorme preponderância das lesões por perfuração sobre as lesões contusas^{1,2,3}. As apresentações clínicas de trauma arterial decorrente de lesão por projétil de arma de fogo (PAF) dividem-se em dois grupos: as agudas e potencialmente fatais e manifestações tardias de semanas, meses ou até anos após o evento traumático^{3,4}.

Fístula Arteriovenosa (FAV) por definição simples é uma comunicação anormal entre uma artéria e uma veia. Trauma penetrante se constitui na forma mais comum de FAV pós-traumática, seguida pelas lesões iatrogênicas e trauma contuso. O PAF e o seu trajeto no corpo são responsáveis por lesão parcial na parede dos vasos circunvizinhos⁹. Existe significativa variabilidade na apresentação clínica e potenciais consequências de FAV baseadas na natureza do trauma arterial, localização anatômica e sua duração. FAV de membros inferiores que não são tratadas precocemente ou não sofrem resolução espontânea podem apresentar-se com hipertensão venosa marcada por edema de membro inferior, dermatite de estase e, raramente, ulceração venosa⁵. Outras complicações de FAV de longa duração incluem dilatação arterial proximal, isquemia distal e insuficiência cardíaca congestiva^{6,7,9}.

Diagnóstico de FAV pós-traumática é feito de acordo com a anamnese, exame físico e exames de imagem. O exame físico evidencia a FAV através de uma tríade patognomônica: tumefação palpável, frêmito sobre a área afetada e ausculta de sopro “em maquinaria” sobre a tumefação. Ultrassonografia (USG) com Doppler demonstra a existência de FAV, porém para a sua correção é necessário análise da lesão por arteriografia, angiotomografia ou angioressonância^{5,6}.

Cirurgia aberta ou intervenção endovascular são usados para oclusão da comunicação arteriovenosa¹¹. Especialmente nos casos de pseudo-aneurisma e FAV, o tratamento endovascular é de grande valor. Com técnicas minimamente invasivas, podem-se corrigir lesões agudas ou crônicas, evitando, assim, uma cirurgia na maioria das vezes difícil, em local onde há alteração das estruturas anatômicas e sangramento intenso¹⁰. Neste trabalho será relatado o caso de uma paciente portador de FAV entre artéria femoral superficial (AFS) e veia femoral superficial (VFS) direita que originou, por quadro de hipertensão venosa adquirida, múltiplas úlceras em membro inferior direito.

Descrição do caso

Paciente do sexo masculino, 44 anos, apresentou-se ao ambulatório de cirurgia vascular com queixa de úlceras de difícil cicatrização e edema em perna direita com início há três anos. Na anamnese, referiu que há 15 anos foi vítima de trauma por PAF em membro inferior direito próximo a região inguinal, tendo realizado controle hemostático local sem abordagem cirúrgica na época. No exame físico, notou-se edema de membro inferior direito, hiperpigmentação cutânea e dermatite de estase em perna associados à presença de cinco úlceras de tamanhos variados, sendo a maior e a menor com, respectivamente, 5cm e 2cm no seu maior diâmetro. (Figuras 1 e 2)



Figura 1. Presença de duas úlceras em face lateral de perna direita e uma em dorso do pé.



Figura 2. Presença de uma úlcera em região de maléolo medial e outra em tibial antero-superior.

Evidenciou-se na ainda em região de terço médio-proximal da face interna da coxa direita tumefação visível, frêmito palpável e ausculta de sopro em “maquinaria”.

Paciente foi submetido à USG com Doppler deste membro que evidenciou FAV entre AFS e VFS no terço proximal com fluxo de baixa resistência e alta velocidade em sistema superficial e profundo arterial e venoso. Para confirmação diagnóstica, paciente foi submetido à arteriografia de aorta abdominal e membro inferior direito, a qual evidenciou presença de FAV com ponto de comunicação único, entre terço proximal de AFS e VFS, apresentando alto fluxo com sinais de cronicidade caracterizados por ectasia e tortuosidade arterial proximal ao local da fístula e marcada redução no calibre arterial após o ponto fistuloso. Verificou-se ainda exuberante dilatação das veias deste membro. (Figura 3 e 4)



Figura 3. Arteriografia de membro inferior direito evidenciando fístula arteriovenosa e dilatação de artéria e veia femoral superficial proximal e distal à fístula.



Figura 4. Arteriografia de segmento arterial distal à fístula, demonstrando rica circulação colateral.

Com a finalidade de complementação diagnóstica, paciente foi submetido a ecocardiograma com resultado normal deste.

A modalidade de tratamento escolhida foi a endovascular. Em sala hemodinâmica, foi realizado punção de ambas as artéria e veia femoral comum à esquerda. Inicialmente,

realizou-se o cateterismo da artéria femoral comum direita e estudo angiográfico.

Prosseguiu-se com o cateterismo da veia íliaca direita e passagem de guia hidrofílico de troca depois de retirado o cateter. Posicionamos uma bainha RAABE COOK® 7FR, na veia femoral superficial, sob *Road-mapping*, liberou-se um stent auto-expansível na veia (ZILVER VENA – COOK ® 18x10mm). Em seguida, foi posicionada uma bainha RAAB ® 6FR na artéria femoral comum direita e através da bainha, foi realizado o microcateterismo (MICROCATETER ECHBLON ® EV3) do trajeto fistuloso, prosseguindo-se com a deposição de múltiplos espirais metálicos no seu interior até atingir a oclusão total da fístula. Realizado controle angiográfico final demonstrando resolução da FAV e fluxo distal satisfatório. Paciente, no pós-operatório, evoluiu clinicamente bem sob anticoagulação e com resultado de exames laboratoriais normais, recebendo alta hospitalar no 6º dia pós-operatório.

Durante o seguimento do paciente, foi realizado USG após 4 semanas do tratamento, que revelou stent patente in situ com fluxo distal adequado sem comunicação fistulosa. Clinicamente, notou-se regressão de edema de membro inferior direito e úlceras de tamanho reduzido em processo de cicatrização.

Discussão

Os traumas vasculares constituem entre 3 a 10% de todos os traumas²². As lesões são decorrentes, em frequência decrescente, de PAF, arma branca e trauma contuso^{1,17}. Neste cenário, o número de lesões em membros inferiores, como no nosso caso, é bastante significativo. Dentre os vasos presentes neste compartimento, AFS e VFS são os mais frequentemente lesados.^{1-3,12}. Caso haja resolução satisfatória do trauma inicial, há a possibilidade do surgimento de complicações tardias, destacando-se a FAV. No nosso relato, o diagnóstico foi suspeitado a partir da história do trauma há 15 anos. É importante ressaltar que o tempo médio entre o trauma inicial e o diagnóstico da FAV descrito é de 6 meses¹⁰. A evolução superior a 10 anos é considerada rara⁶. Ao exame físico, notava-se presença de tumefação em região de coxa proximal direita que à palpação apresentava frêmito nítido e à ausculta sopro contínuo com reforço sistólico tipo “maquinaria”, sendo achados bem conhecidos e descritos na literatura^{3-9,24}. No nosso caso, o paciente desenvolveu, além de edema e hiperpigmentação cutânea, úlceras como principais manifestações clínicas sendo o seu relato na literatura raro¹¹. O quadro de hipertensão venosa decorrente da presença de FAV nestes casos se deve ao aumento do fluxo sanguíneo em sistema venoso, gerando aumento na pressão hidrostática da coluna de sangue²³. Esta alteração no sistema venoso por período prolongado leva a diversas manifestações clínicas da insuficiência venosa crônica, como sensação de peso e dor no membro, hiperpigmentação cutânea, edema depressível, varizes e lipodermatoesclerose^{6-9,11}. Procedeu-se com investigação clínica a partir de exames complementares, realizando-se USG de membro inferior direito com laudo confirmando a hipótese. A FAV é seguramente diagnosticada por este método que evidencia a presença de fluxo turbulento, baixa resistência, com aumento das velocidades sistólica e diastólica no

local da fístula, além do *aliasing* ou mosaico, representando a mistura das cores do fluxo arterial e venoso^{14,16}.

A angiografia foi escolhida como próximo passo na conduta do nosso paciente, pois mostra alterações da artéria proximal, que pode apresentar dilatação, alongamento ou alterações aneurismáticas, além das veias dilatadas que drenam a fístula e o enchimento das veias distais se existir insuficiência valvular²⁴.

Apesar do nosso paciente não apresentar sintomas típicos e alterações discretas no resultado de ecocardiograma, deve-se fazer investigação quanto ao desenvolvimento pelo paciente de insuficiência cardíaca de alto débito^{4,17,24}.

Após discussão com equipe médica responsável, optou-se por tratamento com técnica endovascular e oclusão de comunicação fistulosa com espirais e liberação de stent auto-expansível em veia no intuito de evitar a migração destes. O longo intervalo entre o trauma e o diagnóstico permitiu que os segmentos proximais e distais das artérias e veias presentes estivessem dilatados, aumentando o risco de sangramento por técnica cirúrgica convencional e dificultando o uso de endoprótese revestida em segmento arterial.

Idealmente, o tratamento para correção da FAV deve ser feito logo após que esta esteja estabelecida e um diagnóstico preciso seja feito³. Até o momento, não há evidências na literatura indicando que o tratamento endovascular no trauma seja superior ao tratamento cirúrgico convencional^{9,10,21}. O que é descrito por vários autores é de que a cirurgia aberta é indicada para os pacientes com manifestações agudas e os casos crônicos ou aqueles com anatomia desfavorável para terapia endovascular^{2,4}.

O uso de técnicas endovasculares mudou a perspectiva de manejo do paciente com FAV. As vantagens incluem menor invasividade, menor risco de hemorragia, possível exclusão de anestesia geral e alta hospitalar precoce^{4,8,21}. A escolha dessa modalidade

terapêutica no nosso caso dependeu do tamanho da comunicação fistulosa, sua acessibilidade e lesões adjacentes, além de existir a necessidade de equipamentos de imagem adequados e equipe médica experiente^{8,10}.

São necessários ainda grandes estudos com foco na patência dos stents utilizados em correções endovasculares de FAV, contudo em nossa revisão de literatura o seu uso já pode ser considerado uma alternativa valiosa no tratamento de traumas vasculares e suas complicações²¹.

Conclusão

Tratamento endovascular tem o potencial para correção precisa e confiável de fistulas arteriovenosas com reduzido risco de complicações. A cicatrização de úlceras como consequência de insuficiência venosa pela FAV foi facilmente obtida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattox KL, Feliciano DV, Burch J, et al. Five Thousand seven hundred sixty cardiovascular injuries in 4459 patients: epidemiologic evolution 1958 to 1987. *Ann. Surg* 1989;209(6):698-705.
2. Meirelles SSL, Traumatismo arterial de membros inferiores. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>
3. Robbs, J. V., Carrim, A. A., Kadwa, A. M. and Mars, M. (1994), Traumatic arteriovenous fistula: Experience with 202 patients. *Br J Surg*, 81: 1296–1299. doi: 10.1002/bjs.1800810912
4. Cavalcante, Leonardo Pessoa et al . Tratamento endovascular de fístula aortocaval pós-traumática tardia: relato de caso. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, Mar. 2013 . Available from

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492013000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492013000100015>.
5. Ilic, N. et al. Surgical Procedure in Isolated Traumatic Arteriovenous Fistula Between External Iliac Artery and Vein. ACTA FACULTATIS MEDICAE NAISSENSIS., Nis, v. 28, n.4, 2011. Available from
 <<http://wwwserver.medfak.ni.ac.rs/Acta%20Facultatis/2011/4-2011/8.pdf>>.
 Access on 12 Aug. 2013.
 6. Chaudry, M. et al. Traumatic arteriovenous fistula 52 years after injury. Journal of Vascular Surgery., Philadelphia, 19 March 2010. Available from <
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0741-5214/PIIS0741521409024537.pdf>>. Access on 12 Aug. 2013.
 doi:10.1016/j.jvs.2009.11.080>
 7. W. Huang, J. L. Villavicencio and N. M. Rich, "Delayed Treatment and Late Complications of a Traumatic Arteriovenous Fistula," Journal of Vascular Surgery: Official Publication, the Society for Vascular Surgery and International Society for Cardiovascular Surgery, North American Chapter, Vol. 41, No. 4, 2005, pp. 715-717.
 8. Rathod JR, Dhomne S, Taori K, Prasad KP, Guha A. Endovascular Stent Graft for Post-traumatic Superficial Femoral Artery Pseudoaneurysms with Arteriovenous Fistula: 6 Months Follow-Up of 2 Cases. Journal of Radiology Case Reports. 2011 Nov;5(11):26-34. Acces on 12 Aug. 2013. Available from<
<http://www.radiologycases.com/index.php/radiologycases/article/view/776/fulltext>>

9. Siddique, M. K. Post-traumatic Arteriovenous Fistula Reporting with Haematuria After 25 Years. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2012, Vol. 22 (9): 591-593. Available from <>. Access on 12 Aug. 2013.
10. Medeiros, Charles Angotti Furtado de et al . Tratamento endovascular do trauma arterial dos membros. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492008000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492008000100010>.
11. Rabellino, M. et al. Leg ulcer as a complication of a posttraumatic tibial arteriovenous fistula treated by endovascular approach with stent-graft placement. *Int J Low Extrem Wounds*. 2012 Sep ;11(3):147-51. Epub 2012 Jul 25 .
12. Hafez, H., Woolgar, J. and Robbs, J. (2000), Lower extremity arterial injury: results of 550 cases and review of risk factors associated with limb loss. *Br J Surg*, 87: 490. doi: 10.1046/j.1365-2168.2000.01420-2.x
13. Rich NM, Leppäniemi A. Vascular trauma: a 40-year experience with extremity vascular emphasis. *Scand J Surg* 2002; 91:109–126.
14. Barros, Fanilda Souto et al . Identificação pelo eco-Doppler colorido de fístula arteriovenosa na trombose venosa profunda. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre , v. 5, n. 3, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492006000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492006000300012>.

15. Scalea, TM, Scalfani S. "Interventional techniques in vascular trauma." Surgical Clinics of North America. 2001;81:1281–1297
16. Hernandez, CM et al. Incremental Role of Three-Dimensional over Two-Dimensional Ultrasound in the Assessment of Traumatic Peripheral Arteriovenous Fistula. Willey Periodicals, Birmingham, 2011.
17. Portela, A. et al. Remission of Heart Failure Through Endoluminal Repair of Femoral Arteriovenous Fistula with the Use of a Covered Stent. Arq Bras Cardiol, volume 76 (nº 3), 242-4, 2001.
18. Nistal, M.G. et al. Reparación endovascular de fístula arteriovenosa femoral bilateral tras cateterismo. Angiología, Madrid, 2006; 58 (4): 335-340
19. Iriz, E. et al. Retrospective Assessment of Vascular Injuries: 23 Years of Experience. Ann Thorac Cardiovasc Surg, Ankara-Turkey, Vol. 10, No. 6 2004.
20. Vasquez, J.C. et al. Staged Approach for Surgical Management of External Iliac Vein Aneurysm Associated With Traumatic Femoral Arteriovenous Fistula. Vasc. Endovasc. Surg., Idaho, Vol. 43 N° 6 DOI: 10.1177/1538574409345024. Available from: < <http://ves.sagepub.com/content/43/6/617>>
21. Chetpaohpan, A. et al. Surgical repair of traumatic femoral arteriovenous fistula:report of a case series. Songkla Med J, Songkla, 2004;22(1):55-59
22. Reyes, M.O. et al. Fístula arteriovenosa postraumática. A propósito de un caso. **Ver.** Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Ciudad de la Habana, ISSN:1727-897X Medisur 2010; 8(2)
23. França, L. H. G., Tavares, V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. Jornal Vascular Brasileiro, Volume 2, Número 4, 2003, Páginas 318-328.

24. Brito CJ, Schulze GC, Loureiro E. Fístulas arteriovenosas pós-traumáticas. In: Brito CJ editor. Cirurgia vascular, cirurgia endovascular e angiologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 609-27.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS AUTORES

– Versão Revisada – Abril de 2011 –

Agora com submissão online: <http://submission.scielo.br/index.php/jvb/index>

O *Jornal Vascular Brasileiro* é publicado trimestralmente pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV). É dirigido a cirurgiões vasculares, clínicos vasculares e profissionais de áreas afins e aceita contribuições nacionais e internacionais em português, inglês e espanhol. A missão do *Jornal* é selecionar e disseminar conteúdos de qualidade científica comprovada acerca de pesquisa original, novas técnicas cirúrgicas e diagnósticas e observações clínicas nas áreas de cirurgia vascular, angiologia e cirurgia endovascular. As Instruções para Autores do *Jornal Vascular Brasileiro* incorporam as recomendações contidas na última versão do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, de 2008. A versão completa do texto citado está disponível em www.icmje.org.

INFORMAÇÕES GERAIS

Os manuscritos em desacordo com instruções apresentadas a seguir serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

1. Os trabalhos enviados para publicação não devem ter sido publicados nem submetidos para análise por outras revistas, no todo ou parcialmente.
 2. Materiais publicados passam a ser propriedade do *Jornal Vascular Brasileiro* e da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e só podem ser reproduzidos, total ou parcialmente, mediante citação da fonte e com autorização por escrito do *Jornal Vascular Brasileiro* e da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.
 3. Em casos de artigos que incluam figuras já publicadas anteriormente, os autores deverão indicar a fonte original na legenda e providenciar uma carta de permissão do detentor dos direitos autorais (editora ou revista).
 4. Recomenda-se que os autores guardem uma cópia do material enviado, que não será devolvido.
 5. O *Jornal* não aceitará editoriais sem convite do Editor-chefe ou com objetivos comerciais.
 6. O autor será informado do recebimento do trabalho através de um e-mail gerado automaticamente pelo sistema de submissão (<http://submission.scielo.br/index.php/jvb/index>). Quando o artigo estiver de acordo com as instruções para autores e se enquadrar na política editorial do *Jornal*, o trabalho será submetido a análise por dois revisores indicados pelo Editor-chefe. Todo o processo de análise será anônimo. Dentro de 60 dias, os autores serão informados a respeito da aceitação, recusa ou das modificações eventualmente sugeridas pelo Conselho Editorial. Cópias dos pareceres dos revisores serão enviadas aos autores. Os autores deverão retornar o texto com as modificações solicitadas o mais rapidamente possível (prazo máximo de 1 mês), devendo justificar caso alguma das solicitações não tenha sido atendida. Todas as modificações ao artigo devem ser claramente indicadas no texto, de preferência em vermelho. O artigo é, então, enviado novamente aos revisores, que emitem um novo parecer, definindo a aceitação, a necessidade de novas correções ou a recusa do artigo.
- Abaixo, disponibilizamos o Formulário de Avaliação para conhecimento geral e total transparência do processo.
1. A redação é clara, objetiva e sem erros de ortografia ou digitação?
 2. Qual o grau (de 0 a 5) de interesse científico, prático ou educacional do manuscrito para o público do *Jornal Vascular Brasileiro*?
 3. Para trabalhos experimentais: o artigo contribui para o conhecimento já existente? Para revisões de literatura: o trabalho sintetiza bem o conhecimento atual?
 4. Você acredita que possa haver conflitos de interesse associados aos autores e/ou ao artigo?
 5. O título está claro, conciso e objetivo? Reflete o conteúdo do artigo?
 6. O resumo apresenta sucintamente os objetivos, a metodologia e os principais resultados do estudo? Está apresentado conforme as Instruções para Autores? Por exemplo, artigos originais com resumo estruturado (contexto, objetivos, métodos, resultados e conclusões) e máximo de 250 palavras?
 7. As palavras-chave e keywords constam nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs, <http://decs.bvs.br/>)?
 8. A introdução está clara e pertinente? Mostra a importância do estudo?
 9. O objetivo do estudo está claramente expresso?
 10. O estudo teve aprovação por comitê de ética em pesquisa envolvendo humanos (consentimento informado) ou animais?
 11. O tamanho da amostra foi calculado?
 12. Há possíveis vícios de seleção da amostra (critérios de inclusão e exclusão)?
 13. O delineamento foi adequado aos objetivos? O tipo de estudo foi mencionado (estudo randomizado, aberto, cego, duplo-cego, coorte, caso-controle, série de casos, etc.)?
 14. Os grupos foram constituídos ao acaso? Em caso positivo, os autores descrevem como foi feita a ocultação de alocação dos grupos?
 15. O local onde o estudo foi realizado está descrito (ainda que essa informação tenha sido substituída por “XXX” nesta versão cega), bem como as condições do trabalho?

16. Os procedimentos (intervenções ou diagnósticos ou exposições) e as variáveis (desfechos) foram descritos e aferidos adequadamente?
 17. Os métodos usados foram apropriados para responder à questão da pesquisa?
 18. A análise estatística foi adequada e foi bem aplicada?
 19. Os resultados respondem à questão do estudo?
 20. Os resultados são relevantes, confiáveis e estão apresentados de maneira adequada? Por exemplo, valor de p e seu intervalo de confiança.
 21. As tabelas, gráficos e figuras estão claras e dão suporte ao texto? Estão em número adequado?
 22. A discussão está clara? Enfoca os objetivos do trabalho, a metodologia e os resultados principais, e critica as possíveis limitações do estudo?
 23. Os autores mostram as diferenças entre este trabalho e outros já publicados?
 24. As conclusões estão baseadas apenas nos resultados apresentados e são coerentes?
 25. A revisão bibliográfica/lista de referências é atualizada, suficientemente ampla e está apresentada conforme as Instruções para Autores? Houve alguma omissão importante?
 26. Estudos ibero e latino-americanos foram contemplados nas citações?
 27. Este artigo merece ser alvo de editorial? Você gostaria de sugerir alguém para escrever o editorial?
 28. PARA RELATOS DE CASO: o artigo contempla as características de entidade/doença rara, tratamento pioneiro ou evolução/resultado inusitado? Em caso positivo, isto ficou claro no texto?
 29. Favor classificar este artigo quanto à sua importância e potencial interesse a nossos leitores:
 30. O avaliador acha necessário revisor de estatística?
 31. Favor informar sua decisão final:
7. O número de autores de cada manuscrito fica limitado a oito. Trabalhos com mais de oito autores devem ser acompanhados de uma justificativa para a inclusão de todos os autores. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) deverão ter os responsáveis especificados. De acordo com os Uniform Requirements, editados pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), “o crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; e 3) aprovação final da versão a ser publicada. Um autor deve preencher as condições 1, 2 e 3” (http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp). A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não é justificável. Cada manuscrito deverá ser acompanhado de um documento suplementar descrevendo a contribuição específica de cada autor para o trabalho.
 8. Devem ser mencionadas explicitamente, em documento suplementar ou junto ao cadastro de cada autor, situações de conflito de interesse que possam influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Alguns exemplos incluem publicações, emissão de pareceres (de artigos, propostas de financiamento, comitês de promoção, etc.) ou participação em comitês consultivos ou diretivos. A lista de conferência abaixo deverá ser usada como critério para a declaração de eventuais conflitos:
 - participação em estudos clínicos e/ou experimentais subvencionados pela indústria;
 - atuação como palestrante em eventos patrocinados pela indústria;
 - participação em conselho consultivo ou diretivo da indústria;
 - participação em comitês normativos de estudos científicos patrocinados pela indústria;
 - recebimento de apoio institucional da indústria;
 - propriedade de ações da indústria;
 - parentesco com proprietários da indústria ou empresas fornecedoras;
 - preparação de textos científicos em periódicos patrocinados pela indústria;
 - qualquer relação financeira ou de outra natureza com pessoas ou organizações que poderiam influenciar o trabalho de forma inapropriada (por exemplo, atividade profissional, consultorias, ações, recebimento de honorários, testemunho de especialista, pedidos/registros de patentes, propostas ou outros tipos de financiamentos).
 9. Após a aceitação, o artigo entrará em processo de produção (prelo) no *Jornal Vascular Brasileiro* e será publicado em edição futura, conforme decisão do Editor-chefe. A secretaria editorial do *Jornal* não fornecerá informações exatas sobre a data de publicação ou sobre o número em que o artigo será publicado, já que a composição de cada número fica a critério exclusivo do Editor-chefe.
 10. É obrigatória a inclusão de declaração informando que todos os procedimentos foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16; nº 201, seção 1:21082-21085). No caso de autores de outros países, os artigos deverão estar em conformidade com a Declaração de Helsinki e com as normas éticas locais. A adequada obtenção de consentimento informado quando aplicável também deve ser descrita. Os autores devem manter cópias de formulários de consentimento informado e outros documentos exigidos pelo Comitê de Ética da instituição onde o trabalho foi desenvolvido. Em estudos experimentais envolvendo animais, os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.
 11. O *Jornal Vascular Brasileiro* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE (www.icmje.org), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, www.actr.org.au, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index/htm e

trialregister.nl). No Brasil o registro poderá ser feito na página: www.ensaiosclinicos.gov.br. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros.

12. Antes da publicação dos artigos aceitos, os autores correspondentes receberão, em arquivo PDF, o artigo editorado para aprovação. Para abrir esses arquivos, é necessário instalar o Acrobat Reader (download gratuito no endereço <http://get.adobe.com/br/reader/>). As correções solicitadas nessa fase do processo devem limitar-se a erros tipográficos, sem alteração do conteúdo do estudo. Os autores deverão devolver as provas aprovadas através de e-mail (jvascbr@scientific.com.br) ou pelo fax (11) 2978-6686, até 48 horas após o recebimento da mensagem. Uma vez finalizado o processo de produção de PDFs, o artigo será enviado para publicação antecipada (ahead of print) no Scielo (<http://www.scielo.br/>).

TIPOS DE ARTIGO

O Jornal Vascular Brasileiro publica:

1. **Artigos originais** completos, sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos, assim como artigos premiados em congressos. Esses artigos têm prioridade para publicação. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo (estruturado com os subtítulos Contexto, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões, no máximo 250 palavras) e palavras-chave, abstract e keywords, texto (dividido nas seções Introdução, Métodos, Resultados, Discussão ou equivalentes), agradecimentos (se aplicável), lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Artigos originais devem ter, no máximo, 3.000 palavras de texto (excluindo página de rosto, resumo, abstract, tabelas, figuras e lista de referências) e 40 referências.
2. Apresentação de **inovações** em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não tenham, clara ou veladamente, objetivos comerciais ou comprometimento nem com a indústria de equipamentos médicos nem com a indústria farmacêutica. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo não estruturado (máximo de 150 palavras) e palavras-chave, abstract e keywords, texto, lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Inovações devem ter, no máximo, 3.000 palavras e 30 referências.
3. **Notas prévias**, ou seja, resultados iniciais ou preliminares e parciais de estudos em andamento, clínicos ou cirúrgicos, ou de aplicação de técnica inovadora. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo não estruturado (máximo de 150 palavras) e palavras-chave, abstract e keywords, texto, lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Notas prévias devem ter, no máximo, 1.500 palavras e 25 referências.
4. **Artigos de revisão**, inclusive metanálises e comentários editoriais. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo não estruturado (máximo de 150 palavras) e palavras-chave, abstract e keywords, texto, lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Artigos de revisão pode ter, no máximo, 5.000 palavras de texto e 100 referências.

5. **Relatos de caso** de grande interesse e bem documentados clínica laboratorialmente. Somente serão aceitos relatos que apresentem diagnóstico de entidade rara, tratamento pioneiro ou alguma inovação e resultado inusitado. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo não estruturado (máximo de 150 palavras) e palavras-chave, abstract e keywords, texto (dividido nas seções Introdução, Descrição do caso e Discussão ou equivalentes), lista de referências, legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Relatos de caso devem ter, no máximo, 1.500 palavras de texto e 25 referências.
6. **Desafios terapêuticos**, divididos em duas partes, a saber: Parte I – Caso clínico, com apresentação do caso (em formato similar ao do relato de caso), incluindo imagens e/ou exames efetuados, seguida de questões pertinentes aos meios de diagnóstico adicionais e/ou às condutas terapêuticas; e Parte II – O que foi feito?, com descrição da conduta adotada, incluindo procedimentos (cirúrgicos ou clínicos), exames adicionais, informações de seguimento (se aplicável) e conclusões. Devem ser compostos de: página de rosto, palavras-chave (não devem conter resumo), keywords, texto (dividido em Partes I e II), lista de referências, tabelas, legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver). Desafios terapêuticos devem ter, no máximo, 1.500 palavras de texto e 25 referências.
7. **Resumos de teses** apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses. Devem ser compostos de: título da tese, nome do autor e do orientador, membros da banca, data de apresentação, identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada, resumo (texto principal em português) e palavras-chave ou abstract (texto principal em inglês) e keywords. Resumos de tese deverão ser estruturados e conter, no máximo, 350 palavras.
8. **Cartas de leitores** versando sobre matéria editorial ou artigo publicado. Devem ser compostas de: título, nome do autor, identificação da publicação que está sendo comentada e lista de referências (se houver). Cartas devem ter, no máximo, 350 palavras.
9. **Números especiais**, tais como anais de congressos, diretrizes, coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros patrocinados pela SBACV e suplementos com trabalhos versando sobre temas de grande interesse podem ser organizados mediante consulta ao Editor-chefe.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas. Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word®, fonte Times New Roman, tamanho 12. Não destaque trechos do texto com estilo sublinhado ou negrito. Numere todas as páginas, iniciando pela página de rosto.

Não escreva nomes próprios em letras maiúsculas (por exemplo, SMITH) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilize pontos nas siglas (escreva AAA em vez de A.A.A.). Termos abreviados por meio de siglas devem aparecer por extenso quando citados pela primeira vez, seguidos da sigla entre parênteses; nas menções subsequentes, somente a sigla deverá ser utilizada. Siglas utilizadas em tabelas ou figuras devem ser definidas em notas de rodapé, mesmo se já tiverem sido definidas no texto. Nomes de produtos comerciais devem vir acompanhados do símbolo de

Carta de Transferência de Direitos Autorais (Autorização para reprodução do material)

Senhor Editor,

Através da presente, nós autores, abaixo-assinados, encaminhamos o artigo (*nome do trabalho enviado*), de nossa autoria, apresentado como artigo (*modalidade*) à apreciação do Corpo Editorial do Jornal Vascular Brasileiro para publicação. Em atenção às normas constantes das “NORMAS PARA PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS AUTORES”, informando que:

- a) O referido estudo foi realizado na (*Nome completo da instituição*);
- b) O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética de nossa instituição;
- c) O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado para os estudos que envolvem seres humanos;
- d) Cedemos para a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em caráter irrevogável, em caso de aceitação para publicação, os direitos autorais do estudo que encaminhamos, reconhecendo ser vedada qualquer reprodução, total ou parcial, sem prévia e necessária autorização solicitada por escrita e obtida da SBACV;
- e) Estamos aguardando cópia do material encaminhado; e
- f) O trabalho teve o suporte financeiro de (*Nome completo das instituições que deram apoio à realização do trabalho*)

No que se refere ao imperativo ético de apontar possíveis fatores capazes de influenciar os resultados da pesquisa salientamos que (*explicitar, se for o caso, as relações que envolvem conflitos de interesse profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos, ou declarar explicitamente a inexistência de tais vinculações*).

Para viabilizar a troca de correspondência, ficam estabelecidos os seguintes dados: *Nome do autor para correspondência, nome da instituição, endereço postal completo, telefone e, se possível, e-mail*.

Sendo isto para o momento, permanecemos no aguardo de sua manifestação, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

(*Local e data, seguidos das assinaturas dos respectivos nomes completos*)

marca registrada (*) e de informações sobre o nome, cidade e país do fabricante.

Na página de rosto, devem constar os seguintes elementos: título do trabalho em português e em inglês e título resumido do trabalho em português (até 50 caracteres com espaços).

Os nomes completos dos autores e coautores, respectivas afiliações e detalhes do autor correspondente (nome, endereço, telefone, fax e e-mail) devem ser informados em campos específicos do sistema (metadados) e removidos do texto do artigo, para garantir uma avaliação cega. Nomes de instituições onde o trabalho foi desenvolvido ou às quais os autores são afiliados, assim como congressos onde o estudo tenha sido apresentado, também não devem aparecer ao longo do texto. Essas informações podem ser reunidas em um documento separado, submetido como documento suplementar. Além disso, os autores devem submeter outro documento suplementar informando as contribuições específicas de cada autor para o trabalho submetido.

No resumo, deve-se evitar o uso de abreviações e símbolos, e não devem ser citadas referências bibliográficas.

Abaixo do resumo, deve-se fornecer no mínimo três palavras-chave que sejam integrantes da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME (<http://decs.bvs.br>), ou dos Medical Subject Head-ings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>), elaborada pela National Library of Medicine. Após o resumo e as palavras-chave em português, devem ser apresentados também um abstract e keywords em inglês. O conteúdo do resumo e do abstract devem ser idênticos.

Tabelas

As tabelas (cada tabela apresentada em uma folha separada) deverão ser citadas no texto e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, com título ou legenda explicativa. As tabelas devem ser incluídas no documento principal, após a lista de referências. Utilize apenas linhas horizontais, no cabeçalho e pé da tabela. Não utilize linhas verticais.

Tabelas não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Siglas utilizadas em tabelas devem ser definidas em notas de rodapé.

Figuras

As figuras deverão ser citadas no texto e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, sempre com legenda explicativa. Todas as legendas deverão ser listadas em uma mesma página, no final do artigo. As figuras são aceitas em cores para publicação on-line, mas são impressas em preto-e-branco, e portanto devem ser compreensíveis desta forma.

Figuras devem ser enviadas em formato eletrônico (exclusivamente gráficos e fotografias digitais), em arquivos independentes, nas extensões .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida. Quando não for possível enviar as figuras eletronicamente, o envio deve ser feito via correio. Não serão aceitas fotografias escaneadas; fotografias em papel devem ser encaminhadas pelo correio. Fotografias dependentes não devem permitir sua identificação. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões.

Quando uma figura recebida eletronicamente apresentar baixa qualidade para impressão, o Jornal poderá entrar em contato com os autores solicitando o envio dos originais em alta resolução.

No caso de fotos enviadas pelo correio, todas devem ser identificadas no verso com o uso de etiqueta colante contendo o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Não deverão ser enviados originais de radiografias, registros em papel termo-sensível e outras formas de registro. Estes devem ser enviados sob a forma de fotos de boa qualidade que permitam boa reprodução.

Figuras já publicadas e incluídas em artigos submetidos devem indicar a fonte original na legenda e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos autorais (editora ou revista). Os autores devem manter uma cópia da(s) carta(s) de permissão.

Figuras não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Siglas utilizadas em figuras devem ser definidas na legenda.

Agradecimentos

Nesta seção, deve-se reconhecer o trabalho de pessoas que tenham colaborado intelectualmente para o artigo mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou de pessoas ou instituições que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar na listagem de referências e vice-versa. Numere as referências por ordem de aparecimento no texto (e não em ordem alfabética), utilizando números sobrescritos (e não números entre parênteses). A ordem das referências, tanto na numeração sobrescrita ao longo do texto quanto na lista, deve estar de acordo com a ordem de citação ou aparecimento. Evite um número excessivo de referências bibliográficas, citando apenas as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência a trabalhos mais recentes (últimos 5 anos).

Não esqueça de citar autores brasileiros e latino-americanos sempre que relevante. Para tanto, consulte as seguintes fontes de pesquisa: LILACS (www.bireme.com.br), SciELO (www.scielo.br) e J Vasc Bras (www.cielo.br/jvb e www.jvascbr.com.br).

Evite citações de difícil acesso aos leitores, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou outras publicações de circulação restrita. Não utilize referências do tipo "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão "no prelo". Para citações de outros trabalhos dos mesmos autores, selecione apenas os trabalhos completos originais publicados em periódicos e relacionados ao tema em discussão (não citar capítulos e revisões). Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas e pela observação no estilo apresentado nos exemplos a seguir.

Artigos de revistas:

1. Harvey J, Dardik H, Impeduglia T, Woo D, Debernardis F. Endovascular management of hepatic artery pseudoaneurysm hemorrhage complicating pancreaticoduodenectomy. *J Vasc Surg.* 2006;43:613-7.
2. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results from a randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet.* 1998;352:1649-55.

3. Hull RD, Pineo GF, Stein PD, et al. Extended out-of-hospital lowmolecular-weight heparin prophylaxis against deep venous thrombosis inpatients after elective hip arthroplasty: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2001;135:858-69. Se o número de autores for maior que seis, citar os três primeiros acrescentando et al. Até seis autores, citar todos. Observar que, após o título abreviado da revista, deverá ser inserido um ponto final.

Capítulos de livro:

4. Rutherford RB. Initial patient evaluation: the vascular consultation. In: Rutherford RB, editor. *Vascular surgery.* Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 1-12.

Artigo de revista eletrônica:

5. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [revista eletrônica].* 2002 Jun [citado 2002 ago 12];102(6):[aproximadamente 3p.]. <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

Artigo publicado na Internet:

6. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>. Acessado: 29/11/2004.

Site:

7. OncoLink [site na Internet]. Philadelphia: University of Pennsylvania; c1994-2006. [atualizado 2004 set 24; citado 2006 mar 14]. <http://cancer.med.upenn.edu/>.

Software:

8. Smallwaters Corporation. Analysis of moment structures: AMOS[software]. Version 5.0.1. Chicago: Smallwaters; 2003.

ENVIO DO ARTIGO

Pelo sistema de submissão SciELO (preferencial):

Acesse o J Vasc Bras na base de dados SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/jvb/index>), registre seus dados de acesso (login e senha) e siga os passos indicados para submeter seu trabalho.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a secretaria editorial pelo email jvb@zeppelini.com.br ou pelo telefone (11) 2978-6686.

Jornal Vascular Brasileiro

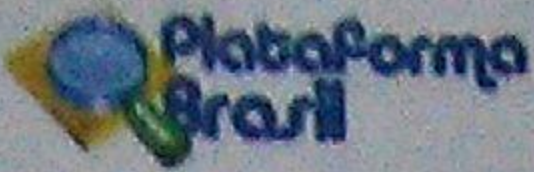
Secretaria Editorial

Rua Doutor César, 530 – conjunto 1308

CEP 02013-002 – São Paulo, SP

Fone: (11) 2978-6686

E-mail: jvb@zeppelini.com.br



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ÚLCERA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 1	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Otacilio Figueiredo da Silva Junior			
6. CPF: 299.352.884-04		7. Endereço (Rua, n.º): Rua Zildo Pessoa Barreto INTERMARES Número: 668 CABEDELLO PARAIBA 58310000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (83) 9362-4911	10. Outro Telefone:
		11. Email: otaciliofigueiredo@terra.com.br	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>12</u> / <u>08</u> / <u>2013</u>		<u>Otacilio Figueiredo da Silva</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal da Paraíba		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Hospital Universitário Lauro Wanderley
16. Telefone: (83) 3216-7964		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Katy L S D de Albuquerque</u>		CPF: <u>025.066.134-98</u>	
Cargo/Função: <u>Vice-coordenadora CGEPE/HULW</u>			
Data: <u>13</u> / <u>08</u> / <u>2013</u>		<u>Katy L S D de Albuquerque</u> Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL		Katy Lisias Gondim Dias de Albuquerque Vice-Coordenadora Mat. 2485094 CPF: 025.066.134-98	
Não se aplica.			

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ÚLCERA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Pesquisador: Otacilio Figueiredo da Silva Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20811013.5.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 375.284

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de caso clínico acerca de um paciente atendido periodicamente no ambulatório de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com diagnóstico de úlcera varicosa prévia, que durante investigação clínica, diagnosticou-se como patologia de base a fistula arteriovenosa.

Uma fistula arteriovenosa (AV) é uma comunicação anormal entre uma artéria e uma veia. O trauma penetrante é a causa mais comum de fistula AV pós-traumática seguida pelas lesões iatrogênicas e trauma contuso. Fístulas AV pós-traumáticas produzem diversas e profundas alterações fisiopatológicas na estrutura e dinâmica dos vasos associados com a fístula. Complicações de fístulas AV de longa duração incluem dilatação arterial proximal, isquemia distal, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência venosa e, raramente, desenvolvimento de úlcera.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever um caso clínico de enfermária, em um paciente adulto com múltiplas úlceras em perna direita decorrentes da presença de fístula arteriovenosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Existe o risco potencial de constrangimento durante a entrevista. Esse fato será minimizado através da oferta de um ambiente tranquilo e confortável, de orientações pertinentes à pesquisa e

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216--7302

Fax: (833)216--7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.

Continuação do Parecer: 375.284

da disponibilidade dos pesquisadores em responder suas dúvidas. Além disso, a coleta de dados será realizada em dia e horário pertinentes a ambas as partes envolvidas na pesquisa, procurando não atrapalhar as atividades educacionais ou laborativas do paciente e seus acompanhantes.

Benefícios:

- Ampliar os conhecimentos quanto às complicações locais e sistêmicas decorrentes de fístulas arteriovenosas de longa duração;
- Confirmar a importância do diagnóstico e tratamento precoces da Fístula arteriovenosa pós-traumática, frente à gravidade de suas complicações;
- Alertar quanto à necessidade do diagnóstico diferencial de lesões suspeitas de fístula arteriovenosas, descartando corretamente os diagnósticos diferenciais;
- Permitir a comparação dos resultados obtidos com a terapêutica por profissionais de outras instituições e enriquecer a literatura sobre o tema, visto o reduzido número de casos presentes na literatura científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal observacional descritivo tipo relato de caso.

Este relato apresenta um caso de uma fístula AV de duração de 15 anos apresentando ulceração em membro inferior como complicação. O diagnóstico, tratamento e complicações de uma fístula AV de longa duração são discutidos a fim de aprimorar o conhecimento científico sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE condiz com as exigências solicitadas conforme resolução 466/12.

Recomendações:

Que esta pesquisa seja divulgada amplamente no meio acadêmico.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Portanto, somos favoráveis à aprovação da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.

Continuação do Parecer: 375.284

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Necessita Apreciação da CONEP:

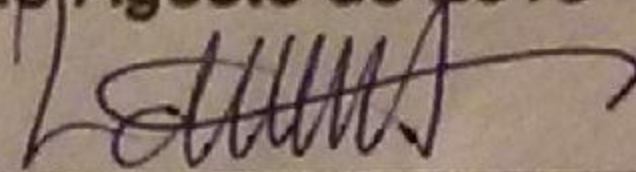
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa APROVADA pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do HULW/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 25 de fevereiro de 2013. Ressaltamos que, a pesquisa somente deverá ser iniciada mediante o recebimento da CERTIDÃO DE APROVAÇÃO emitida pelo CEP/HULW, 4º andar, a qual autoriza o início da realização da pesquisa. Informamos que qualquer alteração do projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável.

Lembramos, ainda que, no final da pesquisa deverá ser enviado (online) ao CEP/Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa .

28 de Agosto de 2013



Assinador por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor José Carlos Inês da Silva,

Esta pesquisa é sobre **ÚLCERA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA** e está sendo desenvolvida no município de João Pessoa – PB por **BRUNO SILTON CARLEIAL**, aluno do Curso de **MEDICINA** da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. **OTACÍLIO FIGUEIREDO DA SILVA JÚNIOR**, professor adjunto da disciplina de **MIV 31 - Doenças Prevalentes do Sistema Cardiocirculatório e Vascular Periférico** do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba

O objetivo do estudo é o relato de um caso de um paciente portador de fístula arteriovenosa em artéria e veia femoral superficial decorrente de trauma por projétil de arma de fogo que desenvolveu manifestações clínicas típicas de insuficiência venosa, como edema e a formação de úlceras. Tratando-se de um desenvolvimento clínico de ordem rara, com poucos casos descritos na literatura científica, este relato de caso tem como finalidade contribuir para o aprofundamento científico sobre esta patologia, com foco no diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados.

Solicitamos a sua colaboração para desenvolvermos este relato de caso, onde sua participação constará em responder perguntas, se houver necessidade de outras informações não relatadas no prontuário, ou se houver dúvidas relacionadas à história clínica durante o estudo do caso, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo e utilizar filmagens em eventos da área de saúde, bem como a utilização de fotografias, exames anatomopatológicos e exames de imagem para publicação em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, das fotografias, filmagens e dos exames obtidos, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde nem a do seu familiar. O único risco a qual esta pesquisa está sujeita é a

Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

José Carlos Sueli da Silva

Assinatura do Participante da Pesquisa

ou Responsável Legal

Os pesquisadores, DR. OTACÍLIO FIGUEIREDO DA SILVA JÚNIOR e o graduando BRUNO SILTON CARLEIAL, estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa através dos telefones (83) 96483920 e (83) 93624911 – email: otaciliofigueiredo@terra.com.br e brunosilton@gmail.com, também através do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley (*Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW – 4 andar. Campus 1 – Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa – PB. CEP: 58059-900, CNPJ: 24098477/007-05, Fone: (83)32167964, Email: comitedeetica@hulw.ufpb.br*).

Atenciosamente,

Otacílio Figueiredo da Silva

Assinatura do Pesquisador Responsável

OTACILIO FIGUEIREDO DA SILVA JÚNIOR

Bruno Silton Carleial

Assinatura do Pesquisador Participante

BRUNO SILTON CARLEIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Eu, OTACÍLIO FIGUEIREDO DA SILVA JÚNIOR que abaixo assino professor efetivo, da disciplina de MIV 31 - Doenças Prevalentes do Sistema Circulatório e Vascular Periférico, tendo conhecimento da tarefa, dos objetivos e finalidade do Trabalho de Conclusão de Curso, nos termos do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e do Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso, aceito orientar o acadêmico BRUNO SILTON CARLEIAL matrícula nº 10812247, regularmente matriculado no Curso de Medicina/CCM/UFPB, estando ciente de que essa orientação deverá atender o estabelecido no Art. 15 do do TCC, a saber: 1. Manter Currículo Lattes do CNPq atualizado; 2. Orientar projetos que estejam vinculados à sua linha de pesquisa e ao grupo de pesquisa em que está inscrito; 3. Elaborar e aprovar, junto com cada orientando, o plano de trabalho para o desenvolvimento do TCC, estabelecendo horário e local de atendimento, de acordo com cada um de seus orientandos e encaminhá-lo à Coordenação de TCC; 4. Acompanhar o trabalho em todas as suas etapas, desde a escolha do tema até a entrega definitiva do TCC, na forma acordada com cada orientando, bem como propor modificações no trabalho, e analisá-las sistematicamente; 5. Reunir-se com o Coordenador de TCC para relatar e analisar o andamento do TCC de seus orientandos, bem como solucionar possíveis dificuldades no seu desenvolvimento; 6. Apresentar ao Coordenador de TCC, em concordância com o orientando, a indicação de 02 (dois) nomes para compor a comissão examinadora do TCC sob sua orientação, dando preferência a docentes da área de conhecimento do trabalho; 7. Cuidar para que as correções sugeridas no TCC, pela comissão

Campus I – Cidade Universitária CEP: 58059-900 João Pessoa/PB Tel/fax: (083) 3216 7247

E-mail: medicina@ccm.ufpb.br HP: www.ccm.ufpb.br

examinadora, sejam observadas pelos seus orientandos; 8. Cumprir, junto com o orientando, as datas estipuladas previstas neste regulamento.

João Pessoa, ___ de agosto de 2013.

Truana Ailton Cordeiro
Assinatura do/a Acadêmico/a

OTacilia Figueiredo Silva
Assinatura do Orientador/a



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

FICHA DE INDICAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Autor(a): Bruno Silton Carleial

Título do trabalho: ÚLCERA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Banca Examinadora

Examinador 1 (orientador): Otacilio Figueiredo da Silva Júnior

Instituição: UFPB Departamento: CIRURGIA

Telefones: 83-93624911 E-mail: otaciliofigueiredo@terra.com.br

Examinador 2: Joselia de Almeida Rodrigues

Instituição: UFPB Departamento: Medica assistente do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascul

Telefones: 83-87193818 E-mail:

Examinador 3: Manoel Ricardo Sena Nogueira

Instituição: UFPB Departamento: CIRURGIA

Telefones: 83-91219017 E-mail: manoel.ricardo@uol.com.br

Suplente: Evanízio Roque de Arruda

Instituição: UFPB Departamento: Promoção da Saúde

Telefones: 83-93320603 E-mail: evanzio@cardiol.br

Assinatura do Autor(a)

Assinatura do Orientador(a)

