



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 68/2021

Vitória, 21 de Janeiro de 2021

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED].

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Alfredo Chaves– ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito desta vara, sobre o procedimento: **Transferência hospitalar para leito cirúrgico.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, 75 anos, apresenta quadro de icterícia, vômitos e dor abdominal com necessidade de transferência para hospital com recursos para seu tratamento. A vaga foi solicitada desde o dia 18/01/2021, porém a transferência não foi realizada até o momento. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.
2. Às fls. não numeradas, consta descrição de ocorrência em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Alfredo Chaves, emitido em 19/01/2021, carimbo ilegível, relatando que o paciente deu entrada no pronto atendimento com quadro de icterícia, dor abdominal com ponto cístico doloroso e vômito. Realizado ultrassom que evidenciou síndrome colestática por obstrução intra hepática. Solicitada vaga de internação em caráter de urgência devido ao agravamento do quadro necessitando de avaliação especializada.
3. Às fls. sem número, verificamos espelho de solicitação, datado de 18/01/2021, onde



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

destaca-se que paciente, hipertenso, ex etilista e ex tabagista, deu entrada do pronto atendimento com icterícia, colúria, hiporexia e cólica em andar inferior de abdome iniciado há 7 dias da admissão. Exame físico evidencia estabilidade hemodinâmica, dor a palpação de abdome e icterícia. Exames laboratoriais com aumento de bilirrubina as custa de bilirrubina indireta, hiperamilasemia, aumento de fosfatase alcalina e gama-gt e leucocitose. TC de abdome do dia 18/01/2021 demonstrando colédoco difusamente dilatado, contendo alguns focos densos no seu interior, associados a dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Vesícula biliar com dimensões normais, contendo focos densos em seu interior, compatíveis com cálculos, não foram identificadas sinais de formações expansivas por este exame.

II- ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria N° 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos objetivos da regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução n° 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

PATOLOGIA

1. A **Colelitíase** é a formação de cálculos (pedras) no interior da vesícula biliar ou dos ductos biliares. A formação da litíase da vesícula biliar resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. A sua prevalência depende de vários fatores e é variável conforme a população.
2. Os principais fatores que participam na formação da litíase biliar são a alteração na composição da bile, a redução na motilidade da vesícula biliar (estase biliar) e a presença de muco e de cálcio na vesícula⁵. A formação de cristais devido à bile litogênica e o aprisionamento deles no muco vesicular, associado à estase na vesícula biliar (hipomotilidade), levam à formação de cálculos.
3. Os fatores de risco para o surgimento dos cálculos são: obesidade, diabetes mellitus, estrogênio, gravidez, doença hemolítica e cirrose. A relação mulher x homem é 4:1 na idade reprodutiva e se iguala com o envelhecimento.
4. Embora assintomática na maioria das pessoas, os cálculos biliares estão associados ao desenvolvimento de complicações significativas, tais como colecistite aguda e pancreatite aguda biliar, em cerca de 5% dessas pessoas anualmente.
5. A colelitíase apresenta-se em uma das seguintes formas clínicas: assintomática, sintomática e complicada. O estado assintomático é muitas vezes um achado incidental cada vez mais frequente. A atitude a ser adotada é assunto controvertido
6. A colecistite aguda é uma doença comum em emergências em todo o mundo. Na maioria dos casos, é causada pela inflamação da parede da vesícula secundária à impactação de um cálculo no ducto cístico obstruindo-o, o que causa um ataque de dor



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

repentino e muito agudo. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto

7. O quadro se inicia com uma cólica biliar caracterizada como dor no hipocôndrio direito com irradiação para escápula direita e região epigástrica. Como sintoma mais comum, o paciente apresenta dor e pressão no hipocôndrio direito, mais duradoura das que nas crises de cólica biliar a que ele frequentemente se refere. Esse é o primeiro sinal de inflamação da vesícula. A dor pode intensificar-se quando a pessoa respira profundamente e muitas vezes estende-se à parte inferior da escápula direita e à região epigástrica. A febre, assim como náuseas e vômitos, que podem ser biliosos, são habituais em 70% dos pacientes. A febre alta, os calafrios, leucocitose e a distensão abdominal com diminuição da peristalse costumam indicar a formação de um abscesso, gangrena ou perfuração da vesícula biliar. Nestas condições, torna-se necessária a cirurgia de urgência. A icterícia pode indicar coledocolitíase ou compressão externa do colédoco pela vesícula inflamada.
8. A coledocolitíase tem como principal etiologia a migração do cálculo da vesícula biliar para o colédoco. Em aproximadamente 50% dos casos de coledocolitíase, os pacientes são assintomáticos, o que implica uma melhor avaliação de todo paciente com colelitíase.
9. Para evitar o manejo inapropriado da suspeita de coledocolitíase, criaram-se os “fatores preditivos de coledocolitíase”, os quais associam critérios clínicos, laboratoriais e de imagem, o uso de qualquer desses de forma independente tem pouco valor diagnóstico. De critérios clínicos, os mais importantes são a presença de sinais como icterícia, colestase (colúria e acolia fecal) e colangite. Como critérios laboratoriais, bilirrubina total, gama-glutamilttransferase (gama-GT), fosfatase alcalina, transaminase oxalacética (TGO) e transaminase pirúvica (TGP) tem sido os mais usados, os quais, quando elevados, sugerem processo obstrutivo da via biliar. A



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

ultrassonografia abdominal (USG) tem sido o exame de imagem mais usado para investigação primária da coledocolitíase, sendo de importante valor quando há dilatação da via biliar ou cálculo presente na mesma

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da colelitíase depende da existência de sintomatologia ou não.

1.1. Colelitíase assintomática: o tratamento cirúrgico é controverso. Alguns grupos defendem a cirurgia profilática antes que aconteça alguma complicação e outros defendem que é preferível aguardar e acompanhar clinicamente, pois existem pacientes que convivem o resto da vida com o cálculo biliar sem apresentar sintoma algum.

1.2. Colelitíase sintomática (cólica biliar): nestes casos, o tratamento cirúrgico está indicado principalmente para evitar maiores complicações, que podem colocar a vida do paciente em risco.

2. Existem dois tipos de intervenção cirúrgica:

2.1. Colecistectomia convencional ou aberta: a cirurgia é realizada com uma incisão (corte) que pode variar de tamanho, de acordo com o porte do paciente (em média de 15-30cm). O paciente permanece internado em média de 02 a 03 dias e necessita de um tempo de maior de recuperação, em torno de 30 dias, pra voltar às atividades normais, em especial atividades físicas. As complicações pós-operatórias mais comuns são pulmonares, tromboembolismo e infecciosos em especial na ferida cirúrgica, porém correspondem a menos de 4% dos pacientes submetidos ao procedimento.

2.2. Colecistectomia videolaparoscópica: a cirurgia é realizada por meio de quatro pequenas incisões de 0,5 cm cada uma no abdômen. Geralmente o paciente fica internado um dia no hospital, e o retorno às atividades normais se dá entre 07 e 15 dias. As complicações pós-operatórias são menos frequentes do que na cirurgia convencional, no entanto o procedimento só deve ser realizado por profissionais com maior



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

experiência na técnica.

3. Atualmente, considera-se, segundo a ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy), que os pacientes de baixo risco para a presença de coledocolitíase devam ser submetidos diretamente à colecistectomia videolaparoscópica, sem nenhum outro exame complementar. Já os de risco intermediário, há necessidade de complementação com algum exame de imagem, sendo que pode ser pré-operatório, como a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e o ultrassom endoscópico (UE), ou pode ser intraoperatório, utilizando-se a colangiografia intraoperatória (CIO) ou o ultrassom laparoscópico (UL). Os pacientes de alto risco de coledocolitíase devem ser submetidos à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pré-operatória .

DO PLEITO

- 1. Transferência hospitalar para leito cirúrgico.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Conforme relatado, trata-se de paciente idoso com quadro de colelitíase e coledocolitíase que encontra-se icterico, com dor abdominal e apresenta leucocitose. Encontra-se no pronto atendimento, aguardando vaga para internação hospitalar.
2. Sabe-se que a colelitíase (cálculo na vesícula biliar), pode evoluir com algumas complicações como: colecistite (infecção/inflamação), obstrução das vias biliares, pancreatite, etc... Verificamos no caso em tela que além de se tratar de paciente idoso e com comorbidade, este apresenta complicações, seu quadro é compatível com obstrução de vias biliares com possível colangite ou até mesmo pancreatite aguda (amilase descrita de 1130), o que requer internação hospitalar e avaliação especializada de urgência para possível intervenção cirúrgica.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

3. Lembramos também que o tempo máximo de permanência dos pacientes nos serviços hospitalares de urgência e emergência, entre eles o PA é de 24 horas, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido.
4. **Sendo assim, este NAT entende que o paciente tem indicação de transferência e internação hospitalar em leito de cirurgia geral, em serviço do SUS que realize procedimentos cirúrgicos nesta área e que forneça suporte em UTI, caso seja necessário. Cabe ao especialista avaliar presencialmente o paciente, definir se as condições clínicas do paciente são favoráveis, assim como definir o procedimento mais adequado para resolução da patologia. Cabe a SESA disponibilizar tal transferência com urgência.**
5. Sabe-se que o procedimento de colecistectomia é oferecido pelo SUS sob os códigos 04.07.03.002-6 (colecistectomia) e 04.07.03.003-4 (colecistectomia videolaparoscópica), ambas são consideradas procedimentos de média complexidade.

REFERÊNCIAS

SANKARANKUTTY, A. et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(5): 436-440. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n5/17.pdf>



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

COELHO, J.C.U. PREVALÊNCIA E FISIOPATOLOGIA DA LITÍASE BILIAR EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):120-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abcd/v22n2/11.pdf>

NUNES, S. I. et al. Colelitíase assintomática: quando operar? HU rev., Juiz de Fora, v.33, n.3, p.69-73, jul./set. 2007. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/69/46>

MAYA, M.C.A. et al. Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, p 52-60. Ano 8, Janeiro / Junho de 2009. Disponível em:

<http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=169>

MELO, C. G. et al. Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2017;62(1):35-41. Disponível em:

file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/90-145-1-SM.pdf