



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 794/2020

Vitória, 02 de junho de 2020.

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Iconha – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Daniela de Vasconcelos Agapito, sobre o procedimento: **transferência hospitalar para UTI.**

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o Requerente, portador de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica, artrite gotosa, apneia obstrutiva do sono, obesidade grau III, ex-tabagista há 29 anos e etilista crônico, encontra-se internado no Hospital Maternidade Danilo Monteiro de Castro, da Cidade de Iconha, com quadro de infecção de provável foco em região óssea, necessitando com urgência de transferência para UTI. Relata ainda que as tentativas administrativas foram negadas, e que o Hospital Danilo Monteiro de Castro, de Iconha – ES, onde o Requerente encontra-se internado, se opõe ao fornecimento do número do protocolo administrativo. Pelo exposto, recorre à via judicial para conseguir a transferência para leito de UTI.
2. Às fls. não numeradas consta laudo médico, sem data, emitido pelo Dr. Kayo C. P. Marchiori, CRM ES 15624, descreve as comorbidades descritas acima, com quadro de febre há 1 semana, confusão mental, delirium (interrogado), queda do estado geral e, segundo informações de familiar, diminuição do débito urinário. Já esteve internado na UTI (de 31/01 a 01/02/20) por descompensação da insuficiência cardíaca, tendo laudo do ecocardiograma evidenciado AO 36, AE 54, DVD 31, DDVE77, DSVE 68 e FE 24% // Hipertrofia excêntrica do VE com disfunção sistólica importante – discinesia apical + acinesia médio-apical anterior e anterossseptal // dilatação da câmara direita com disfunção diastólica // insuficiência mitral e tricúspide importante. Apresentando pele com presença de escara em região de trocanter direito e esquerdo. Nos exames



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

laboratoriais apresenta leucocitose sem desvio e função renal alterada. Em uso de ceftriaxone, com suspeita de osteomielite, necessitando de transferência para leito de UTI.

3. Às fls. não numeradas consta guia de referência e contra referência, emitido em 28/05/2020 pelo Dr. Matheus Valiati Vetoraci, CRM ES 16252, com história de queda da cadeira para o chão apresentando TCE e trauma em ombro direito. Apresentando desidratação e a evolução descrita acima. Necessitando de transferência para UTI devido as várias comorbidades e quadro infeccioso a esclarecer.
4. Às fls. não numeradas consta boletim de atendimento de urgência – BAU, emitido em 28/05/2020, com história de febre, oligúria, sem sintomas gripais, portador de ICC e insuficiência renal crônica. Encaminhando para internação.

II – PATOLOGIA E TRATAMENTO

1. A **doença renal crônica (DRC)** caracteriza-se pela redução progressiva da filtração glomerular e/ou presença de proteinúria, e subsequente retenção progressiva de compostos orgânicos, denominados toxinas urêmicas. Nas últimas décadas, um grande número destes compostos foi identificado, assim como seus efeitos adversos no organismo, sobretudo no sistema cardiovascular.
2. A síndrome urêmica é principalmente causada pela diminuição progressiva da função renal, que leva a um acúmulo de resíduos orgânicos. Esses resíduos, nem todos identificados até o momento, são chamados de “toxinas urêmicas” ou “solutos de retenção urêmica”. Sob condições normais, estes são excretados pelos rins. Assim, suas concentrações aumentam gradualmente com o progresso da DRC, interagindo negativamente com as várias funções biológicas. O espectro clínico deste fenômeno fisiopatológico é geralmente conhecido como uremia (literalmente, “urina no sangue”) e, atualmente, é mais frequentemente concebido como estado urêmico.
3. A síndrome urêmica é uma condição complexa resultante dos efeitos de grande variedade de toxinas. Abordagens recentes, voltadas para diminuir a sua concentração sérica são intervenções nutricionais e farmacológicas, principalmente através da modulação da capacidade de absorção intestinal através de efeitos e/ou redução de



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

quantidades ingeridas das toxinas ou seus precursores de ligação, e remoção extracorpórea via DP e HD. Notavelmente, a remoção de toxinas urêmicas médias e daquelas ligadas a proteínas por HD convencional e DP é insuficiente.

4. Assim, teremos a intervenção nutricional, intervenção farmacológica, Hemodiálise com membranas de alto fluxo, Adsorção, Diálise peritoneal e Estratégias convectivas (hemofiltração ou hemodiafiltração).
5. Evidências de estudos clínicos e experimentais têm demonstrado o impacto destes compostos em uma variedade de órgãos e sistemas. Notadamente, as toxinas urêmicas foram recentemente postuladas como novos fatores de risco cardiovascular.
6. **Insuficiência cardíaca (IC)** é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço. Em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, os achados de história e exame físico são de grande valor por fornecerem, além do diagnóstico da síndrome, o tempo de início dos sintomas, as informações sobre etiologia, as causas de descompensação e o prognóstico. O objetivo inicial do tratamento da insuficiência cardíaca descompensada é a melhora hemodinâmica e sintomática. Além disso, outros alvos devem ser buscados, incluindo preservação e/ou melhora da função renal, prevenção de lesão miocárdica, modulação da ativação neuro-hormonal e/ou inflamatória, e manejo de comorbidades que podem causar ou contribuir para progressão da síndrome. Com base nos perfis clínico-hemodinâmicos, é possível estabelecer um racional para o tratamento da insuficiência cardíaca descompensada, individualizando o procedimento a ser instituído e objetivando redução de tempo de internação e de mortalidade.
7. A abordagem inicial é, geralmente, realizada em setores de emergência, local onde 80% dos pacientes posteriormente hospitalizados se apresentam. A avaliação e o manejo dos pacientes devem ser feitos concomitantemente. A melhora hemodinâmica



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

e a redução dos sintomas se tornam os objetivos principais após a estabilização e o tratamento de condições ameaçadoras da vida. A instabilidade hemodinâmica presente na Insuficiência cardíaca aguda geralmente resulta de hipertensão arterial, isquemia e/ou arritmias cardíacas, as quais devem ser prontamente tratadas. Pacientes que apresentam algum sinal de instabilidade devem ser monitorizados com eletrocardiograma (ECG) contínuo, pressão arterial não invasiva e oximetria. Independentemente da forma de apresentação, a presença de hipóxia deve ser corrigida, buscando garantir oxigenação adequada e redução do trabalho respiratório. A ventilação não invasiva (CPAP ou BiPAP), em especial no edema agudo de pulmão, demonstrou redução de intubações e mortalidade.

8. **Obesidade:** A obesidade é um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, principalmente porque tem aumentado significativamente nos últimos anos e pelas suas graves consequências. Envolve uma série de causas desde genética, comportamentais, sociais, psicológicas, até alterações metabólicas e doenças endócrinas.
9. A classificação do estado nutricional de adultos é realizada a partir do valor bruto de IMC: Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso. Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico). Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso. Valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade. Valores de IMC superior a 40 é considerado obesidade mórbida.
10. O tratamento principal da **obesidade** reside na mudança de hábitos de vida nela incluída principalmente a mudança do hábito alimentar (correção dos erros alimentares, realização de refeições sem pressa, mastigação correta dos alimentos, etc..) aliada a prática cotidiana de atividades físicas. O tratamento medicamentoso fica restrito a alguns casos com indicação criteriosa pelo médico assistente.
11. O tratamento da obesidade mórbida, além dos acima descritos inclui a indicação de cirurgia bariátrica naqueles casos em que não existirem contra-indicações para a realização do procedimento cirúrgico. Antes de indicar a cirurgia bariátrica é imprescindível a análise ampla dos aspectos clínicos do paciente.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

12. A **osteomielite crônica** é a entidade infecciosa em que o processo se encontra instalado e presente há mais de um mês. Pode ser ocasionada por um processo infeccioso agudo tratado incorretamente, infecção óssea por contiguidade a partir de infecção crônica de partes moles adjacentes, entre outras situações. A osteomielite crônica pós-operatória representa um problema de saúde importante devido à sua morbidade significativa e baixa taxa de mortalidade. Essa infecção ocorre em aproximadamente 5 a 50% das fraturas abertas, em menos de 1% das fraturas fechadas com osteossíntese, e em 5% como causa da disseminação hematogênica aguda.
13. O principal problema associado à infecção óssea crônica é a capacidade dos microrganismos de permanecer no tecido ósseo necrótico e aumentar sua sobrevivência. Em resumo, esse tema tem sido continuamente revisado e atualizado quanto à compreensão da patogenia, e às classificações e opções de tratamento com o advento de novas técnicas cirúrgicas e inovações medicamentosas.
14. O tratamento da osteomielite crônica deve ser multifásico e envolver basicamente três estratégias combinadas: 1) compensação clínica do paciente; 2) tratamento medicamentoso com antibioticoterapia; e 3) abordagem cirúrgica.
15. Compensação do paciente: O primeiro passo após o diagnóstico é a melhora das condições clínicas do hospedeiro, com vistas ao controle de doenças sistêmicas como diabetes, desnutrição, imunossupressão, doença vascular, entre outras.
16. Tratamento medicamentoso O antibiótico a ser usado deve, preferencialmente, ser de baixo custo, conveniente quanto à forma de administração e posologia, além de oferecer alta concentração sérica e no tecido ósseo.^{2,8} O uso dos antibióticos pode ser feito de três formas: sistêmica, seja como profilaxia ou tratamento; na solução de irrigação, a ser usada em limpeza cirúrgica; e em dispositivo a ser introduzido no paciente durante o procedimento cirúrgico
17. Abordagem cirúrgica: visa à ressecção ampla de qualquer tecido ósseo ou de partes moles atingidos pela infecção ou desvitalização. A abordagem multidisciplinar cirúrgica agressiva envolve desbridamento extenso e enxertia para cobertura de perda óssea, e a feitura de retalhos cutâneos para a cobertura de partes moles tem mostrado



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

bons resultados em alguns cenários como infecções permeativas restritas ou extensas. Fixação interna ou externa pode ser necessária (depende do volume tecidual ressecado), a fim de manter a estabilidade axial do segmento/membro. Apesar da agressividade da abordagem e da exigência de recursos para o tratamento multidisciplinar nesses moldes, pesquisadores demonstraram resultados bons quanto à erradicação da infecção e o retorno dos pacientes ao trabalho e às atividades diárias.

- 18. Apneia do sono (ou síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono - SAHOS)** – define-se como parada respiratória (apneia) ou redução da passagem do ar pelas vias respiratórias (hipopneia), por no mínimo dez segundos durante o sono. A detecção desse fenômeno mais que 5 vezes por hora caracteriza a síndrome. Tem prevalência de 9% em homens com 30-60 anos de idade, e de 4% nas mulheres pós-menopausa. A obesidade favorece o aparecimento da síndrome, que está presente em mais da metade dos obesos mórbidos. Os sintomas são vários, os noturnos geralmente descritos pelo cônjuge, e os diurnos como consequência da noite maldormida, sonolência, irritabilidade, etc., está associada à sonolência excessiva com risco de acidentes de trânsito, déficits cognitivos e alterações do humor. A apneia obstrutiva do sono está associada com doenças cardiovasculares. Desse modo os pacientes com SAHOS apresentam uma maior taxa e risco de mortalidade geral e por eventos cardiovasculares quando comparados com não portadores de SAHOS. Portanto, o tratamento é necessário tanto para restabelecer uma boa qualidade de vida como para prevenir eventos cardiovasculares.
19. A disfunção autonômica é também associada com SAHOS e pode ser manifestada por diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, diminuição da sensibilidade do barorreflexo, aumento da frequência cardíaca basal e hipotensão ortostática. Porém, até o momento, não está definido se síncope está associada com SAHOS
20. O diagnóstico clínico deve ser feito criteriosamente, e a polissonografia é exame indicado e imprescindível, para caracterização do tipo e da gravidade da apneia do sono, fornecendo informações para um tratamento adequado.
21. O tratamento da SAHOS depende do diagnóstico corretamente conduzido, passando por medidas comportamentais, farmacológicas, aparelhos, e cirurgias em casos



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

específicos.

- **Para admissão em UTI:** São listadas como precedências para admissão, **segundo o CFM:**
 - Pacientes que necessitam de tratamento que não podem ser oferecidos fora da UTI (instáveis; suporte ventilatório; drogas vasoativas);
 - Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata;
 - Complicações reversíveis em pacientes com doença de base (criticamente doentes, com possibilidade reduzida de sobrevida).
 - Pacientes fora de possibilidade terapêutica, ou que tenham estado geral muito bom para se beneficiar da UTI;
 - Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com várias comorbidades, que encontra-se internado no Hospital Maternidade Danilo Monteiro de Castro da Cidade de Iconha, com quadro de infecção de provável foco em região óssea, necessitando com urgência de transferência para UTI.
2. Às fls. não numeradas consta Decisão Judicial da MM Juíza de Direito da Vara Única de Iconha, deferindo o pedido de tutela de urgência no dia 01/06/2020.
3. Considerando que apresenta comorbidades previamente conhecidas; considerando que no momento da emissão do laudo médico estava apresentando oligúria, com possibilidade de congestão pulmonar devido à fração de ejeção ser baixa e reter líquido; considerando apresentar sepse de foco a esclarecer, sendo interrogado foco ósseo; considerando que pelo descrito acima apresenta critérios para internação na



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

UTI; considerando a idade e várias comorbidades associadas à doença atual, este Núcleo entende que a internação na UTI se faz necessária e prioritária.

4. Pelo exposto, entende-se que o paciente deve ser transferido para UTI pelo risco do agravamento do seu estado evoluir para óbito.

Este núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

████████████████████



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

Resolução do CFM define critérios de admissão de pacientes em UTIs; disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/resolucao-do-cfm-define-criterios-de-admissao-de-pacientes-em-utis/>

Barreto, Fellype Carvalho et al; **Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas;** J Bras Nefrol 2014;36(2):221-235 ; disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n2/pt_0101-2800-jbn-36-02-221.pdf

Miarelli, Caio Pereira et al; **Lesão Renal Aguda;** disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/209/209.pdf>

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Arq Bras Cardiol. 2018, V **Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda,** disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>

COSTA, A.C.C. et. al. **Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.** Acta Paul Enferm. 2009;22(1): 55-9.

Mancini MC, et al: **Apnéia do Sono em Obesos.** Arq Bras Endocrinol Metab, vol 44, fevereiro 2000. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v44n1/11708.pdf>

Protocolo da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono da Secretaria de Estado da Saúde: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/CPAP%20PROTOCOLO%20SESA.doc%202.pdf>

Ayonara DLS, et al: **Multidisciplinaridade na apneia do sono: uma revisão de literatura.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n5/1982-0216-rcefac-16-05-01621.pdf>