



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 738/2019

Vitória, 17 de maio de 2019

Processo nº [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim - ES requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: **Ligadura elástica de varizes de esôfago**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, o Requerente de 64 anos de idade, foi diagnosticado com Hipertensão Porta e Varizes de Esôfago, necessitando em caráter de urgência de Ligadura Elástica de Varizes de Esôfago, solicitada desde 11/02/2019. Foi informado que o assistido já apresentou um episódio de hemorragia interna, estando sujeito a novos episódios de sangramento caso não realize o procedimento. Diante do exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 16 consta o Laudo Médico, elaborado no dia 17/04/2019, informando que o paciente [REDACTED] é portador de Cirrose Hepática, com varizes de esôfago, com episódio prévio de sangramento por varizes, estando aguardando ligadura elástica pelo SUS.
3. Às fls. 17 consta o Laudo Médico, elaborado no dia 15/04/2019, informando que o paciente [REDACTED] apresenta Hipertensão Porta, com varizes de esôfago, com episódio prévio de sangramento por varizes, estando aguardando ligadura elástica, com urgência, pelo SUS, sendo este procedimento padronizado pelo SUS no HUCAM.



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

4. Às fls. 19 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA-I preenchido pela gastroenterologista, solicitando Ligadura Elástica de varizes, com urgência, justificando que o paciente [REDACTED] é portador de Hepatopatia Crônica alcoólica, com varizes de esôfago de médio calibre, e um episódio prévio de hematêmese e melena.
5. Às fls. 25 consta o Espelho do SISREG III, com a solicitação de Endoscopia Digestiva Alta para o paciente [REDACTED], requerida no dia 11/02/2019, sendo encaminhado para realizar Ligadura Elástica de Varizes, com urgência, visto que é portador de Hepatopatia Crônica alcoólica, com varizes de esôfago de médio calibre (evidenciada em Endoscopia Digestiva Alta), e um episódio prévio de hematêmese e melena.

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 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 nº 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.



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

---

Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de 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.

## **DA PATOLOGIA**

1. A **Cirrose hepática** é uma doença crônica do fígado consequente a destruição e regeneração das células hepáticas, determinando em consequência, formação de fibrose e nódulos de regeneração, com desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão. A Hipertensão Portal (HP) é a complicação mais comum da cirrose hepática. Está associada a uma grande morbidade e mortalidade, particularmente pela presença de varizes esofágicas, ascite, infecções bacterianas, encefalopatia hepática e síndrome hepatorenal.
2. O sistema portal é uma rede venosa de baixa pressão, com níveis fisiológicos inferiores a 5 mmHg. Desta forma, o termo Hipertensão Portal (HP) designa uma síndrome clínica caracterizada pelo aumento mantido na pressão venosa em níveis acima dos fisiológicos. Ela é considerada clinicamente significativa quando acima de 10 mmHg; neste nível existe o risco de surgimento de Varizes Esofagogástricas (VEG). Por sua vez, valores acima de 12 mmHg cursam com risco de rompimento dessas varizes, sua principal complicação.
3. A cirrose hepática pode ser classificada clinicamente, com um sistema de estadiamento chamado de Classificação de Child-Pugh modificada, que leva em consideração para a pontuação o nível de bilirrubinas, de Tempo de Protrombina e de Albumina sérica, presença de ascite e distúrbio neurológico, com um escore que varia de 5 a 15, sendo que escores de 5 a 6 correspondem a Classe A de Child-Pugh (“cirrose compensada”);



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

---

Escores 7 a 9 indicam a Classe B e Escores de 10 a 15 correspondem a classe C.

4. A prevalência de varizes em pacientes cirróticos varia de acordo com a função hepática. Pacientes compensados (Child A) apresentam varizes em aproximadamente 30% dos casos, enquanto os descompensados (Child B e C) em até 60%. Existe ainda a chance de progressão das varizes; desta forma, pacientes com fino calibre podem apresentar varizes de médio ou grosso calibre com a evolução da doença. Recomenda-se o rastreamento de Varizes Esofagogástricas - VEG com exame endoscópico em todos os pacientes com diagnóstico de cirrose hepática. Os com Child A e sem varizes à endoscopia inicial devem fazer exame de controle a cada dois ou três anos; já nos Child B e C, controle endoscópico anual.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento da HP depende da causa subjacente, da condição clínica e do momento em que é realizado e pode ser emergencial (durante episódio agudo de hemorragia) ou eletivo, como profilaxia pré-primária, primária ou secundária.
2. A Profilaxia pré-primária visa empregar medidas que evitem o aparecimento de VEG em pacientes com HP. As recomendações atuais provêm de dados de pacientes cirróticos, nos quais não se mostrou benefício com o tratamento farmacológico com Betabloqueadores Não Seletivos (BBNS) nesta situação. A medida mais eficaz para a profilaxia pré-primária é o tratamento específico da doença de base (hepatite B, hepatite C, hepatite autoimune, etc), o que pode diminuir a progressão da doença hepática.
3. A Profilaxia primária conceitualmente, visa o emprego de medidas que minimizem o risco do primeiro sangramento em pacientes com HP e presença de VEG.
4. A Profilaxia secundária emprega medidas que minimizem o risco de ressangramento em pacientes que já apresentaram hemorragia varicosa.



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

---

5. O risco de sangramento em pacientes cirróticos varia de 20-40% durante a vida, estando diretamente relacionado com o calibre das varizes, presença de manchas vermelhas (“red spots”), gradiente de pressão da veia hepática  $\geq 12$  mmHg e gravidade da doença hepática. Pacientes com função hepática compensada apresentam risco de sangramento de 4% ao ano contra risco de 7,6% em pacientes descompensados. As estratégias que se mostraram efetivas na profilaxia primária de pacientes cirróticos foram a utilização de BBNS (os mais utilizados são o propranolol e nadolol) e a terapêutica endoscópica, em especial a **Ligadura Elástica de Varizes Esofágicas (LEVE)**. Atualmente, a terapêutica cirúrgica raramente tem indicação na profilaxia primária de pacientes portadores de HP de causa cirrótica. As recomendações para a profilaxia primária em pacientes cirróticos baseiam-se no calibre das varizes e na presença de outros fatores de risco para sua ruptura.
6. Pacientes com varizes de fino calibre: Pacientes Child A e sem outros fatores de risco podem beneficiar-se da utilização de BBNS para evitar sangramento (uso individualizado). Neste subgrupo de pacientes, eles diminuíram a progressão de varizes em três anos e o risco de hemorragia digestiva em cinco anos. Já os com varizes de fino calibre e função hepática descompensada (Child B ou C) têm risco aumentado de sangramento e devem ser submetidos à profilaxia primária com BBNS.
7. Pacientes com varizes de médio e grosso calibre: Devem ser submetidos à profilaxia primária independente da função hepática e presença de fatores de mau prognóstico à endoscopia. Nestes pacientes pode-se oferecer o tratamento com BBNS ou LEVE. A escleroterapia apresenta resultados contraditórios e maior risco de complicações, não sendo indicada para profilaxia de pacientes cirróticos. Existem diversas revisões sistemáticas comparando ambos na profilaxia primária. Há evidências de superioridade no controle do primeiro sangramento nos pacientes submetidos à LEVE, sem diferença na frequência de efeitos adversos e mortalidade. Essa superioridade, no entanto, não se manteve quando analisados apenas os estudos com randomização adequada. Por esta razão, ambas as estratégias podem ser utilizadas na profilaxia primária de pacientes cirróticos e varizes de médio e grosso calibre.



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

---

8. Pacientes que apresentaram o primeiro episódio de hemorragia varicosa têm chance de ressangramento em torno de 60-70% em um ano e elevada mortalidade. Por esta razão, **é essencial que todos com sangramento agudo tratados com terapia farmacológica e endoscópica sejam submetidos à profilaxia secundária.** Com relação aos pacientes submetidos ao Shunt Portossistêmico Não seletivo Intra-hepático por radiologia intervencionista, **TIPS** (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), que é um procedimento para diminuir a pressão no sistema portal, ou shunt cirúrgico, não existem evidências da necessidade de medidas preventivas imediatas após o procedimento. As medidas utilizadas na profilaxia secundária são os BBNS, os nitratos e a terapia endoscópica. Os primeiros são efetivos na prevenção do ressangramento e exercem impacto na sobrevida tardia. A terapia com BBNS deve ser iniciada o mais precocemente possível, a partir do 6º dia pós-hemorragia, e mantida ininterruptamente, pois sua suspensão pode causar aumento rebote da pressão portal e predispor ao ressangramento. Apesar de sua efetividade, apenas 40% dos pacientes tratados com BBNS conseguem redução da pressão portal para níveis abaixo de 12 mmHg ou redução de pelo menos 20% no valor basal, sendo estes chamados de respondedores. Nos não respondedores se pode utilizar a associação dos BBNS com nitratos, o que pode causar efeito sinérgico na queda da pressão portal. Em diversos estudos esta associação demonstrou diminuição na taxa de ressangramento; no entanto, com maior índice de efeitos colaterais e sem efeito na sobrevida global. Com relação à terapêutica endoscópica, a LEVE se mostrou superior à escleroterapia na prevenção do ressangramento e sobrevida.
9. **Há evidências de redução de 48% no risco de ressangramento e 23% na mortalidade nos pacientes submetidos à profilaxia secundária com LEVE quando comparados aos tratados com escleroterapia. A associação da terapia farmacológica (com BBNS) e LEVE é a estratégia mais racional e com melhores resultados na profilaxia secundária.** O início precoce dos betabloqueadores pode promover proteção até o início da terapia endoscópica. Mesmo com o tratamento adequado, ocorre falha na profilaxia secundária em 10-20% dos



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

casos. As opções terapêuticas de resgate nesse cenário são o TIPS e o tratamento cirúrgico.

### **DO PLEITO**

1. **Ligadura Elástica de Varizes de Esôfago:** É realizada a Endoscopia Digestiva Alta habitual para se identificar os cordões varicosos e planejar a estratégia da sessão de tratamento. Então o dispositivo de ligadura elástica é conectado à ponta do aparelho, ficando a manopla de disparo dos elásticos sob controle do endoscopista. Após a introdução do aparelho o endoscopista identifica as varizes e aspira o ponto a ser ligado para dentro do dispositivo. Após isto, dispara o dispositivo de ligadura soltando o anel de borracha, que estrangula a porção da variz que foi aspirada. Este estrangulamento faz a variz diminuir de tamanho até "secar". Este processo dura cerca de 2 semanas. Cada sessão costuma durar cerca de 30 minutos, e as sessões são repetidas geralmente a cada 15 a 30 dias até o desaparecimento das varizes. Geralmente são necessárias de 3 a 6 sessões para o tratamento completo.

### **III– CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente [REDACTED] é portador de Hepatopatia Crônica alcoólica, com varizes de esôfago de médio calibre (evidenciada em Endoscopia Digestiva Alta), e um episódio prévio de hematêmese e melena, configurando sangramento digestivo, sendo indicado Ligadura Elástica de Varizes, com urgência, para prevenir novo sangramento.
2. Não foi informado no Processo se o paciente está em uso de terapia medicamentosa para prevenção de novo sangramento. Não foi anexado o exame de Endoscopia Digestiva Alta realizada, sendo apenas relatado em documento médico que o paciente apresenta varizes de esôfago de médio calibre.



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

3. Sabe-se que a associação da terapia farmacológica (com medicamentos da classe dos Betabloqueadores Não Seletivos) e a Ligadura Elástica de Varizes de Esôfago é a estratégia mais racional e com melhores resultados na profilaxia secundária de hemorragia por varizes de esôfago. Segundo as recomendações para profilaxia secundária da “American Association for Study of Liver Diseases” os pacientes portadores de cirrose que já apresentaram um episódio de hemorragia por varizes devem receber terapêutica profilática secundária.
4. Diante do exposto, este NAT entende que o procedimento solicitado está indicado para o paciente em tela. Não foi informado o quadro clínico atual do paciente e se o mesmo está em uso da terapia farmacológica. Desta forma, considerando a ausência de informações que pudessem definir em uma prioridade na realização do exame, este Núcleo não tem como se manifestar quanto à urgência na disponibilização do mesmo, porém o calibre das varizes esofagianas que o Requerente apresenta o coloca em situação de risco para um novo sangramento.

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

**REFERÊNCIAS**

Abordagem Diagnóstica e Terapêutica de Varizes Gastroesofágicas. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52803/2/Abordagem%20Diagnostica%20e%20Teraputica%20de%20Varizes%20Gastroesofg.pdf>



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARIZES ESOFÁGICAS:  
CONCEITOS ATUAIS, ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(2):138-144 disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt\\_0102-6720-abcd-27-02-00138.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt_0102-6720-abcd-27-02-00138.pdf)