



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 776/2019

Vitória, 27 de maio de 2019

Processo nº. [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 2ª Vara da Comarca de Castelo – ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. José Borges Teixeira Junior, sobre o procedimento: **Transferência para hospital com vaga em Urologia.**

I- RELATÓRIO

1. De acordo com os Fatos relatados na Inicial, o Requerente, de 37 anos de idade, está internada no Hospital Santa Casa de Castelo, desde 27/09/2018, com diagnóstico de Cálculo renal bilateral, necessitando de vaga em leito de urologia, estando aguardando via Central de Vagas desde 29/09/2018, porém sem êxito, o que motivou a recorrer a via judicial para conseguir sua transferência.
2. Às fls. 09 a 12 consta o Espelho da Solicitação de Internação, realizada em 29/09/2018, informando que o paciente [REDACTED], deu entrada na Unidade Hospitalar com quadro de dor abdominal e lombar a direita, com sinal de giordano positivo, urinando com dificuldade, afebril, abdome flácido à palpação. Ao exame de Ultrassonografia de aparelho urinário do dia 28/09/2018 foi evidenciado cálculo em rim direito, medindo 0,63 cm, presença de focos ecogênicos, sugestivos de cálculos, localizados na projeção do grupamento calicinal médio, medindo 0,42 e 0,47 cm e ao exame de urina (EAS) foi identificado flora bacteriana aumentada e hemácias



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

numerosas. Foi informado que o paciente está em uso de tramal, escopolamina-dipirona e ciprofloxacina, porém continua com dor intensa.

3. Às fls. 13 consta o Relatório Médico, emitido no dia 02/10/2018, informando que o paciente [REDACTED] está internado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, desde o dia 27/09/2018, com quadro clínico de cólica nefrética, com controle satisfatório somente com opiáceos, portador de vários cálculos renais, inclusive com dilatação do sistema pielocalicinal a direita e hematúria, sendo necessário o acompanhamento com urologista, já que não há melhora significativa do quadro e provavelmente necessitará de procedimento invasivo, com indicação de transferência para leito cirúrgico de adulto, não disponível na Santa Casa de Cachoeiro.
4. Às fls. 18 consta o Laudo da Ultrassonografia de aparelho urinário do dia 28/09/2018, evidenciando cálculo no grupamento calicinal inferior em rim direito, medindo 0,63 cm, presença de cálculo localizado no terço proximal do ureter direito, medindo 0,63 cm, ocasionado leve dilatação ureteral e pielocalicinal a montante. Em rim esquerdo foi evidenciado a presença de focos ecogênicos, sugestivos de cálculos, localizados na projeção do grupamento calicinal médio, medindo 0,42 e 0,47 cm.

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.



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

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. 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 **Nefrolitíase** ou Litíase renal é uma doença frequente que acomete mais homens (em proporção homem e mulher inferior a 2:1) e pode estar localizada nos rins, ureter, bexiga e uretra. A recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio de litíase, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.
2. Aproximadamente 75-80% dos pacientes com urolitíase apresentam cálculos de cálcio, sendo que a maioria destes são compostos primariamente de oxalato de cálcio e, com menor frequência, fosfato de cálcio. Os outros tipos principais incluem cálculos de ácido úrico, estruvita (fosfato de amônio magnésiano) e cistina. O mesmo paciente pode ter um cálculo misto. A formação dos cálculos urinários é o resultado de um processo complexo e multifatorial.
3. Os principais mecanismos fisiopatogênicos responsáveis pela sua formação são distúrbios metabólicos, infecções urinárias, anormalidades anatômicas e causas idiopáticas. Outros fatores envolvidos na litogênese são o pH urinário, o volume urinário e a dieta. Os principais fatores de risco conhecidos são: Questões dietéticas



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

(baixa ingestão hídrica, dieta pobre em cálcio e rica em proteína animal e sódio); História prévia pessoal ou familiar de nefrolitíase; Infecção urinária de repetição; Uso de medicamentos (aciclovir, sulfadiazina e indinavir); Hipertensão, Diabetes e Obesidade. Os cálculos de cálcio estão associados a alterações bioquímicas urinárias: Hipercalciúria, com ou sem hipercalcemia; Hiperoxalúria (associada à doença inflamatória intestinal e/ou malabsorção intestinal ou hiperoxalúria primária); Hipocitratúria, que pode ser importante em pacientes com acidose metabólica. No entanto, hipocitratúria leve ocorre numa proporção significativa de formadores de cálculo na ausência de acidemia aparente. Citrato é um importante inibidor da formação de cálculos de oxalato e fosfato de cálcio; entre outros. Em relação a outros tipos de cálculos: Ácido úrico – ocorrem principalmente devido urina persistentemente ácida (pH urinário $< 5,5$) bem como em situações de hiperprodução e excreção de ácido úrico; Estruvita – formam-se apenas em pacientes com infecção urinária crônica devido a micro-organismo produtor de urease como *Proteus* e *Klebsiella*; no entanto, tem-se observado que mesmo bactérias não produtoras de urease, tal como a *Escherichia coli*, podem criar condições litogênicas por centralizarem o processo de cristalização. Cistina – podem se desenvolver em pacientes com cistinúria (doença autossômica recessiva caracterizada por uma inabilidade no manuseio dos aminoácidos dibásicos).

4. Pacientes podem apresentar sintomas clássicos como cólica renal e hematúria, porém outros podem ser assintomáticos ou ter sintomas atípicos como dor abdominal, náusea, alteração de jato urinário, dor no pênis ou testículo. Classicamente quando o cálculo está no cálice renal e apresenta pequeno volume, costuma ser assintomático, causando somente hematúria microscópica. Quando dispostos na pelve renal, podem causar abrasão na movimentação, levando a dor lombar. A dor em cólica em maior intensidade, caracterizada pela cólica renal, ocorre após obstrução do fluxo urinário e, conseqüentemente, hidronefrose. A dor pode irradiar-se da região lombar para flanco ou também para testículos/grande lábio homolateral. É acompanhada de náusea, vômito e plenitude abdominal, podendo ocorrer hematúria macroscópica no episódio



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

de dor. Presença de febre e piúria (> 5 leucócitos por campo em sedimento urinário) sugere pielonefrite sobreposta, com predisposição à bacteremia e sepse urinária.

5. O diagnóstico é feito mais comumente pelo Raio-X de abdômen ou pela Ecografia de vias urinárias. Se um dos exames for negativo (Raio-X ou ecografia), sugere-se solicitar o outro exame caso a dúvida diagnóstica persista. O exame de maior probabilidade de identificar o cálculo é a tomografia computadorizada helicoidal sem contraste, porém tem a desvantagem de exposição à irradiação e acesso restrito na Atenção Primária a Saúde. Apesar de a tomografia computadorizada ter mais sensibilidade e especificidade que a urografia excretora ou a ultrassonografia, a ultrassonografia é capaz de detectar praticamente todas as pessoas que não eliminaram o cálculo urinário espontaneamente.

DO TRATAMENTO

1. A maioria dos pacientes podem ser manejados conservadoramente com analgesia durante o episódio agudo. Tratamento inicial da cólica renal é realizado com analgésico potente opiáceo ou AINE. Hidratação forçada na cólica renal aguda não é indicada. Deve-se encaminhar para tratamento hospitalar de urgência os pacientes sem controle adequado da dor, se existir a possibilidade de gravidez ectópica (mulher em idade fértil com atraso menstrual) ou aneurisma de aorta, infecção urinária, litíase com suspeita de obstrução em rim único e/ou anúria. É pouco provável que cálculos ureterais maiores que 10 mm sejam expelidos. Portanto, nesses casos, a avaliação com o urologista é necessária. Para cálculos ureterais menores ou iguais a 10 mm em pacientes que apresentam sintomas controláveis e não apresentam razão para remoção cirúrgica imediata, o acompanhamento pode ser conservador com analgesia e terapia medicamentosa que aumenta a probabilidade de liberação do cálculo.
2. É utilizado preferencialmente bloqueador alfa-adrenérgico (tansulosina 0,4mg/dia ou doxazosina de 2 a 4mg/dia) por 4 semanas. Bloqueadores dos canais de cálcio, como a



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

nifedipina (30mg/dia), também podem ser utilizados na indisponibilidade do bloqueador alfa-adrenérgico. Nesses casos, o paciente deve estar atento para a eliminação do cálculo e, caso não seja expelido, deve-se solicitar um novo exame de imagem em 6 semanas para identificar sua expulsão.

3. A perda de função renal irreversível não ocorre na obstrução aguda unilateral, mas pode ser uma complicação resultante de obstrução crônica, pielonefrite de repetição, pielonfrose, cicatriz cirúrgica e nefrectomia parcial ou total.
4. Os avanços técnicos e tecnológicos tem promovido mudanças significativas no tratamento dos cálculos urinários. Atualmente, sempre que possível, procura-se tratar os cálculos do trato urinário de maneira minimamente invasiva. Estas propiciam as seguintes vantagens: ausência ou cicatrizes muito pequenas, menor período de hospitalização, menos dor no pós-operatório, menor período de convalescência, retorno mais precoce às atividades profissionais e melhor satisfação para o paciente. As cirurgias minimamente invasivas utilizadas no tratamento dos cálculos do trato urinário são: litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), nefrolitotripsia percutânea (PCN), ureterolitotripsia transureteroscópica (UL) e ureterolitotomia laparoscópica (ULL). As cirurgias convencionais (CC) ainda tem lugar no tratamento dos cálculos urinários, entretanto em um pequeno número de pacientes (Evidência nível C). O tratamento dos cálculos do trato urinário pode ser determinado pelos sintomas, grau de obstrução, tamanho, localização e associação com infecção. Considera-se também a segurança do procedimento, conforto do paciente, tempo de recuperação e os custos.
5. Os cálculos do trato urinário menores de até quatro milímetros (mm) no maior diâmetro têm grande probabilidade de serem eliminados espontaneamente e podem na maioria dos casos, aguardar que isso ocorra naturalmente.
6. Quando estiver sendo tomada a decisão entre a remoção ativa do cálculo e o tratamento conservador, é importante considerar todas as circunstâncias individuais do paciente,



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

as quais podem afetar a tomada de decisão.

7. Em relação aos cálculos ureterais, deve-se avaliar a localização do mesmo para definição de conduta. Cálculos de localização superior ou lombar (ureter acima da borda superior do sacro) são tratados preferencialmente por meio de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO). Outras formas de tratamento utilizadas são: ureterolitotripsia transureteroscópica (UL), ureterolitotomia laparoscópica (ULL) ou cirurgia convencional (CC). Estes métodos são particularmente úteis nos casos de cálculos maiores e falhas de LECO. Os cálculos ureterais de localização média ou sacral (sobreposto ao osso sacro) também são tratados preferencialmente com o uso de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO). As alternativas à LECO podem ser: ureterolitotripsia flexível (UL), ureterolitotomia laparoscópica (ULL) ou cirurgia convencional (CC). Os cálculos ureterais de localização inferior ou pélvico (ureter abaixo do sacro) podem ser tratados preferencialmente por litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) ou ureterolitotripsia transureteroscópica (UL). Não há consenso qual método deva ser proposto como primeira alternativa. A cirurgia convencional (CC) costuma ser reservada para os casos de cálculos volumosos ou nas falhas das outras alternativas.

8. Encaminhar para Emergência em caso de:

- Cálculo com evidência de infecção concomitante;
- Cálculo obstrutivo em rim único ou em paciente transplantado renal;
- Dor refratária ao tratamento clínico (analgesia e terapia expulsiva);
- Insuficiência renal aguda. (grifo nosso)

DO PLEITO

1. **Transferência para hospital com vaga em Urologia.**



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

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados no processo, trata-se de um paciente que estava, internado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, desde o dia 27/09/2018, com quadro clínico de cólica nefrética, com controle algíco satisfatório somente com opiáceos (analgésicos potentes), portador de vários cálculos renais, inclusive com dilatação do sistema pielocalicial a direita e hematúria, sendo indicado o acompanhamento com urologista, já que não há melhora significativa do quadro, sendo solicitado transferência para leito cirúrgico de urologia de adulto, não disponível na Santa Casa de Cachoeiro.
2. Diante do exposto, este Núcleo entende que, à época, caso o paciente tivesse condições de alta hospitalar deveria ser avaliado por um urologista em caráter prioritário. Caso não tivesse condições de alta hospitalar e o hospital em quem estava internado não tivesse meios de realizar o tratamento necessário a transferência para hospital com leito de urologia para definição de tratamento específico estaria indicada.

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

REFERÊNCIAS

Litíase renal – RegulaSUS. Disponível em:
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/resumo_litíase_renal_TSRS.pdf