

Data: 23/03/2013

NTRR 30/2013

| | |
|---------------------|----------|
| Medicamento | |
| Material | |
| Procedimento | X |
| Cobertura | |

Solicitante:

Juiz Napoleão da Silva Chaves

Número do processo: 0043850.93.2013.8.13.0525

Reu: Estado de Minas Gerais

TEMA: Broncoscopia com lavado broncoalveolar + biópsia

Sumário

| | |
|--|---|
| 1. Resumo executivo | 2 |
| 1.1 Recomendação..... | 2 |
| 2. Análise da solicitação | 3 |
| 2.1 Pergunta clínica estruturada. | 3 |
| 2.2 Contexto | 3 |
| 2.3 Descrição da tecnologia a ser avaliada | 4 |
| 2.4 Disponibilidade no SUS | 5 |
| 3. Resultados | 5 |
| 4. Referências..... | 5 |

1. RESUMO EXECUTIVO

Solicitação

“Conforme Termo de Cooperação Técnica firmado entre o TJMG e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, solicito, no prazo de 48 horas, subsídios técnicos para apreciação de pedido versando sobre a autorização e realização do exame broncoscopia com lavado broncoalveolar do paciente G.S.L., por ser portador de pneumonia fúngica, codificada pelo CID J.19.8^a,

conforme documentos anexos.”

Segundo os documentos enviados, trata-se de paciente com quadro crônico de tosse seca e dispneia crônica e febre. Segundo o relatório médico, a doença tem mais de um ano de evolução. Já foi realizada tomografia de tórax e exame de escarro, que não esclareceram o quadro. A suspeita clínica é de pneumonia fúngica por provável coccidiomicose. Outros diagnósticos aventados pelo médico assistente foram Pneumoconiose ou doença pulmonar obstrutiva crônica^b – respectivamente CID 10: J64 e J44.9. O médico assistente esclarece ainda que o paciente é procedente da região norte do país.

1.1 RECOMENDAÇÃO

Com base nos dados fornecidos, trata-se de paciente com doença pulmonar sem diagnóstico etiológico, supostamente em tratamento que ainda não foi eficaz, há cerca de um ano, que permanece com sinais e sintomas sugestivos de infecção. Já realizou os exames básicos preconizados, e até uma tomografia de tórax, que aparentemente não foi esclarecedora do quadro.

A broncoscopia com lavado broncoalveolar é uma alternativa diagnóstica para tentar esclarecer a causa da doença pulmonar. Trata-se de procedimento de baixo risco e disponível no SUS em caráter ambulatorial.

^a Acreditamos que o médico assistente tenha se enganado ao codificar a pneumonia fúngica com o CID J19.8. Esse código da CID não existe. O código para pneumonia fúngica – que estaria descrita como pneumonia não especificada na Descrição Internacional de Doenças (CID) é J 18.9 ou como J16.8 pneumonia devido a outros micro-organismos infecciosos específicos.

^b Mais uma vez, o código descrito pelo médico foi J45.9 para ambas as doenças. Utilizaremos, para fins dessa nota, a descrição cursiva fornecida pelo médico de pneumoconiose e doença pulmonar obstrutiva crônica, mais compatíveis com o quadro clínico apresentado pelo paciente que o diagnóstico de “asma não especificada” que é o que corresponde ao CID J 45.9

2. ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

2.1 PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.

População: Paciente portador de doença pulmonar sem diagnóstico etiológico

Intervenção: Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia

Comparação: Radiografia de tórax, exame de escarro

Desfecho: Diagnóstico etiológico para tratamento adequado.

2.2 CONTEXTO

Pacientes com pneumonia adquirida na comunidade essencialmente apresentam tosse (82%), febre (78%), dispneia (40 a 90%) e estertores (80%). Essas porcentagens mudam em idosos, tosse, febre e dispneia são menos frequentes em comparação com pacientes mais jovens.

Não existe nenhuma combinação de achados da história e do exame físico que confirmem ou afastem com segurança o diagnóstico de pneumonia. Quando a certeza é requerida, a radiografia de tórax deve ser realizada. A tomografia computadorizada pode ser útil quando há dúvida sobre a presença ou não de pneumonia pela radiografia.

Muitos agentes patológicos podem causar pneumonia.

Para a pneumonia de curso arrastado, a investigação do agente etiológico (causador da doença) pode ser importante. Em casos que não respondem ao tratamento empírico adequado, pesquisa de agente etiológico no escarro pode ser solicitada. Mas algumas pneumonias cursam sem secreção (escarro) e nesses casos pode ser necessário o uso de procedimentos invasivos para obtenção de material das vias aéreas inferiores (pulmões e brônquios). Esses procedimentos não são indicados para a maioria dos pacientes com pneumonia adquirida na comunidade, mas são úteis para aqueles que não respondem ao tratamento. Culturas quantitativas de material coletado por broncoscopia (cateter protegido ou lavado broncoalveolar) são úteis e o procedimento apresenta baixo risco para os pacientes. Além disso, a broncoscopia permite a detecção de anormalidades de vias aéreas, coleta de material para pesquisa de diversos agentes e a realização de biópsias transbrônquicas, dados

relevantes para esclarecimento de etiologia em pacientes que não estão respondendo ao tratamento instituído.^{1,2}

Pneumoconiose - As pneumopatias relacionadas etiológicamente à inalação de poeiras em ambientes de trabalho são genericamente designadas como pneumoconioses (do grego, conion = poeira). Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho.

Os dados epidemiológicos sobre pneumoconioses no Brasil são escassos e referem-se a alguns desses ramos de atividades em situações focais. Os dados que se dispõe sobre ocorrência de silicose, por exemplo, dão uma idéia parcial da situação de risco relacionada a esta pneumoconiose. A maior casuística nacional de silicose provém da mineração de ouro subterrânea de Minas Gerais, na qual já foram registrados cerca de quatro mil casos.

A deposição de poeiras minerais em vias aéreas grandes e pequenas, pode gerar quadros de bronquite crônica, por agressão direta ao epitélio brônquico, limitação ao fluxo aéreo e/ou enfisema.³

2.3 DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA

O lavado broncoalveolar é um procedimento que permite recuperar, através do uso de um veículo fluído, componentes celulares e não-celulares da superfície epitelial dos bronquíolos e alvéolos. A técnica consiste em impactar a extremidade do broncoscópio em via aérea de calibre compatível (brônquio de quarta ou quinta ordem) e injetam-se, no mínimo, 100mL de soro fisiológico 0,9%, em cinco alíquotas, à temperatura ambiente, através do canal de trabalho e, após cada alíquota injetada, o produto do lavado que reflui é aspirado e coletado em frasco apropriado.

O lavado broncoalveolar está indicado, como método diagnóstico complementar, nas afecções com manifestações alveolares (inflamações, neoplasias, e pneumoconioses) e nas infecções quer em pacientes sob ventilação mecânica (prolongada, principalmente) ou não-entubados, onde a recuperação do agente etiológico poderá interferir decisivamente na antibioticoterapia.

2.4 DISPONIBILIDADE NO SUS

Sim, sob o código 0201020017 Coleta de lavado broncoalveolar.

Foram realizados, em regime ambulatorial (esse exame é mais comum em pacientes em CTI) 56 procedimentos em Minas Gerais durante o ano de 2012, destes, 50 foram realizados em Belo Horizonte.

Consulta via Internet mostrou que o Hospital Samuel Libânio, de Pouso Alegre, disponibiliza esse procedimento. Não conseguimos informações sobre se o exame é disponibilizado para o SUS ou apenas para pacientes da Saúde Suplementar e particulares.

3. RESULTADOS

A broncoscopia com lavado broncoalveolar pode fornecer subsídios para o diagnóstico diferencial entre infecção (fúngica ou não), pneumoconiose e neoplasia.

Com base nos dados fornecidos, trata-se de paciente com doença pulmonar sem diagnóstico etiológico, supostamente em tratamento que ainda não foi eficaz, há cerca de um ano, que permanece com sinais e sintomas sugestivos de infecção. Já realizou os exames básicos preconizados, e até uma tomografia de tórax, que aparentemente não foi esclarecedora do quadro.

A broncoscopia com lavado broncoalveolar é uma alternativa diagnóstica para tentar esclarecer a causa da doença pulmonar. Trata-se de procedimento de baixo risco e disponível no SUS em caráter ambulatorial.

4. REFERÊNCIAS

1. Diretrizes para Pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) em adultos imunocompetentes. J Bras. Pneumol. 2004; 30(supl 4): S1-S24. Disponível em:
http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_125_41_PAC.pdf

2. Corrêa RA, Lundgren FLC, Pereira-Silva JL et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009. J Bras Pneumol. 2009;35(6):574-601
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pneumoconioses / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.76 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 6. Protocolos de Complexidade Diferenciada)