Nota Técnica 472328

Data de conclusão: 26/02/2026 11:39:35

Paciente

Idade: 78 anos

Sexo: Masculino

Cidade: São Pedro do Sul/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 472328

CID: L03.1 - Celulite de outras partes do(s) membro(s)

Diagnóstico: celulite de outras partes do(s) membro(s) (L03.1)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: transferência hospitalar para leito de alta complexidade

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: transferência hospitalar para leito de alta complexidade

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Tratamento conservador com antibioticoterapia.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: transferência hospitalar para leito de alta complexidade

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: transferência hospitalar para leito de alta complexidade

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A angioplastia é um procedimento médico minimamente invasivo destinado a restaurar o fluxo sanguíneo em artérias que se encontram estreitadas ou obstruídas, em geral por doença aterosclerótica. O procedimento é realizado por via endovascular, mediante punção de um vaso sanguíneo, habitualmente na região inguinal, por onde se introduz um cateter até o local da obstrução. No ponto de estreitamento, um pequeno balão é insuflado com o objetivo de dilatar a artéria e melhorar a circulação. Em determinadas situações, pode ser necessária a implantação de um stent para manter o vaso aberto e reduzir o risco de nova obstrução [3].
De acordo com o guideline 2024 da American College of Cardiology (ACC) e da American Heart Association (AHA) - ACC/AHA para doença arterial periférica dos membros inferiores, o manejo da doença arterial periférica é orientado pela identificação do subgrupo clínico, assintomático, sintomático crônico (claudicação), isquemia crônica ameaçadora do membro (CLTI) ou isquemia aguda pois essa classificação determina a urgência e o tipo de tratamento [3]. O documento recomenda inicialmente avaliação clínica completa, seguida de confirmação diagnóstica por métodos objetivos, sendo o índice tornozelo-braquial o exame inicial padrão, complementado quando necessário por pressão digital, índice hálux-braquial, pressão transcutânea de oxigênio ou outros métodos de avaliação de perfusão.
No que se refere aos critérios diagnósticos de isquemia crônica ameaçadora do membro, o guideline estabelece que o quadro deve incluir dor isquêmica em repouso, ferida ou úlcera não cicatrizante, ou gangrena, sempre associados à comprovação objetiva de doença arterial oclusiva. Dessa forma, a presença isolada de doença arterial sem repercussão clínica significativa não caracteriza CLTI, sendo necessária evidência de comprometimento perfusional capaz de ameaçar a viabilidade do membro.
Quanto ao manejo, o guideline orienta que o tratamento clínico otimizado, incluindo controle de fatores de risco cardiovascular, terapia antitrombótica, estatinas, controle do diabetes e cessação do tabagismo, deve ser instituído para todos os pacientes. A revascularização, por via endovascular, cirúrgica ou híbrida, é formalmente indicada quando há isquemia ameaçadora do membro, com o objetivo de prevenir perda tecidual e amputação.
Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para o procedimento pleiteado, tampouco foi apresentado orçamento para o procedimento demandado. O procedimento pleiteado está previsto pelo sistema público de saúde, com o valor, segundo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS

(SIGTAP), de R$ R$ 1.065,36 para angioplastia de vaso de extremidades.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Melhorar a perfusão arterial do membro acometido e favorecimento da cicatrização tecidual em situações de isquemia.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: transferência hospitalar para leito de alta complexidade

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: À luz dos elementos clínicos e dos achados objetivos descritos nos autos, não se identificam critérios suficientemente caracterizadores de isquemia ameaçadora do membro que justifiquem, de forma inequívoca, a realização imediata de revascularização na mesma internação.
Embora tenha sido relatada ausência de pulsos distais ao exame físico, o ecodoppler arterial demonstrou apenas estenose inferior a 50%, sem evidência de obstrução hemodinamicamente significativa ou comprometimento perfusional crítico. Ademais, a evolução clínica descrita pode ser explicada por progressão do processo infeccioso cutâneo, possível resistência ao esquema antibiótico inicial e descompensação do diabetes, condições que, conforme diretrizes clínicas, constituem causas frequentes de piora local independente de insuficiência arterial crítica.
Dessa forma, à luz das informações disponíveis, manifestamo-nos desfavoravelmente ao pleito de transferência para realização imediata de revascularização, sem prejuízo de reavaliação clínica pela equipe assistente caso surjam elementos objetivos supervenientes que comprovem isquemia ameaçadora do membro ou falha do manejo clínico otimizado.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.

2. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA 2016; 316:325.

3. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2017; 135:e726.

4. Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, et al. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA Guideline Recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2013; 61:1555.

5. Layden J, Michaels J, Bermingham S, et al. Diagnosis and management of lower limb peripheral arterial disease: summary of NICE guidance. BMJ 2012; 345:e4947.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme relatórios médicos anexados aos autos, inicialmente datados de agosto de 2023, a parte autora havia iniciado, à época, com quadro de infecção em membro inferior direito. Foi atendida inicialmente em unidade de saúde, sendo prescrito amoxicilina, com diagnóstico de erisipela. Não apresentou melhora do quadro, com aumento da dor e limitação para deambular. Posteriormente, foi admitida em unidade hospitalar, sendo diagnosticada com celulite com abscessos, apresentando lesão ulcerada em face anterior do membro inferior direito, de cerca de 10 cm, com hiperemia, secreção purulenta, áreas de necroses e sinais flogísticos em toda extremidade, com presença de pulsos femorais e poplíteos, mas ausência de pulsos distais (Evento 1, OUT4, Página 1-2; Evento 1, OUT6, Página 1-2).
O ecodoppler arterial de membro inferior direito, datado de agosto de 2023, indicou calcificações parietais difusas em artéria femoral superficial e poplítea, estenose inferior a 50 % e fluxo anormal (Evento 1, OUT7, Página 1). O ecodoppler venoso não demonstrou presença de trombose venosa profunda. Como comorbidades, o paciente apresentava doença arterial periférica e diabete melito com neuropatia diabética. Diante do quadro, foi prescrito à parte autora ciprofloxacino e clindamicina, com pedido de encaminhamento à cirurgia vascular, via GERINT, com vistas à realização de arteriografia e angioplastia arterial de vasos periféricos, pela indisponibilidade da realização do procedimento na unidade em que se encontrava hospitalizada. Considerando o caso em tela, a parte autora requereu liminarmente, a transferência para leito em unidade hospitalar de alta complexidade, para a internação e realização dos procedimentos supracitados.
As infecções de pele e partes moles, especialmente a celulite e o abscesso cutâneo, figuram entre as condições infecciosas mais frequentes na prática clínica. A celulite caracteriza-se por eritema, edema e calor local decorrentes da penetração bacteriana através de descontinuidades da barreira cutânea, enquanto o abscesso corresponde a uma coleção purulenta localizada na derme ou no tecido subcutâneo. Do ponto de vista epidemiológico, a celulite ocorre principalmente em adultos de meia-idade e idosos, ao passo que o abscesso pode surgir mesmo em indivíduos previamente saudáveis [1]. Diversos fatores predisponentes aumentam o risco dessas infecções, incluindo ruptura da barreira cutânea, edema por insuficiência venosa ou linfática, obesidade, imunossupressão e infecções cutâneas prévias.
Clinicamente, a celulite e a erisipela manifestam-se por área eritematosa, quente e edemaciada, geralmente unilateral, podendo cursar com febre e sintomas sistêmicos. Já o abscesso apresenta-se como nódulo doloroso, flutuante e eritematoso, frequentemente com drenagem espontânea de material purulento. Embora exames laboratoriais sejam inespecíficos, o diagnóstico costuma ser clínico; em casos selecionados, culturas, exames de imagem e avaliação ultrassonográfica podem auxiliar na confirmação diagnóstica e na exclusão de complicações [1-2].
O tratamento da celulite se apoia em dois pilares complementares: antibioticoterapia adequada

e correção dos fatores que perpetuam e/ou agravam a infecção, especialmente o “ponto de entrada” do microrganismo. Na prática, a escolha do antibiótico empírico é guiada pela estimativa do patógeno mais provável e, quando há identificação microbiológica, recomenda-se estreitar o espectro para terapia dirigida. Em paralelo, as medidas adjuvantes são decisivas, sobretudo na celulite de membros inferiores. O controle do edema (elevação do membro e, em casos selecionados, compressão quando não houver suspeita de insuficiência arterial) favorece a penetração do antibiótico e acelera a resolução, além de reduzir recidivas em pacientes com linfedema ou insuficiência venosa. Por fim, algumas intervenções não são recomendadas rotineiramente: anti-inflamatórios e corticoides devem ser evitados quando há preocupação com infecção moderada a grave, antibiótico tópico tende a ser ineficaz pela profundidade do acometimento e oxigenoterapia hiperbárica não demonstrou benefício para celulite [2].

A doença arterial periférica (DAP), por sua vez, corresponde a um processo progressivo de obstrução arterial que pode permanecer assintomático ou manifestar-se por sinais e sintomas de isquemia dos membros inferiores. Entre as manifestações clínicas mais evidentes está a presença de úlceras, frequentemente associadas à perfusão inadequada, embora sintomas como claudicação intermitente e dor isquêmica em repouso também devam ser ativamente investigados [3]. O reconhecimento precoce da DAP é fundamental, pois se trata de condição potencialmente tratável; quando identificada e manejada de forma adequada, é possível reduzir complicações graves, incluindo perda de membro. Nesse contexto, a abordagem ideal envolve cuidado multidisciplinar, integrando clínicos, especialistas vasculares e cirurgiões, visando otimizar o tratamento clínico e, quando necessário, intervencionista [4-5].