

18/09/2015

Nota técnica 42/2015

Oxigenoterapia hiperbárica na retite actínica

SOLICITANTE:MM.Des. Marco Aurelio Ferenzini

NÚMERO DO PROCESSO: 1.0348.13.001313-2/001

Ré: UNIMED-BH – COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO LTDA

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO

“Diante da assinatura de contrato entre o IBEDESS e o NATS com a intermediação deste TJMG, solicito informação técnica para fins de auxiliar no prolação de decisão em processo judicial no qual se discute a obrigatoriedade de cobertura de tratamento por meio de câmara hiperbárica.No caso, o paciente tem diagnóstico de CID 10 C61, tendo sido submetido a tratamento com RT exclusiva com boa resposta. Evoluiu com sangramento persistente por retite actínica como sequela do tratamento, com necessidade de transfusões de sangue com frequência, além de internações e tentativa de cauterização com argônio, sem sucesso.

Por tais motivos, o profissional que acompanha o paciente recomendou a realização de oxigenoterapia hiperbárica.Assim, solicitamos a V. Sas. informar se trata-se de procedimento de obrigatório frente às peculiaridades do caso.

O plano de saúde é Unimed Belo Horizonte e o número do processo é 1.0348.13.001313-2/001.

Aguardo a devida informação para que se possa dar andamento à ação a qual se discute as questões postas.”

RECOMENDAÇÕES DO NATS

- 1) Não há evidências científicas suficientes que justifiquem a indicação de OHB no caso em questão. O NATS não a recomenda.
- 2) Não há segundo diretrizes de utilização da ANS, previsão contratual para cobertura do procedimento no caso em questão.
- 3) Há, no nosso meio, alternativas terapêuticas disponíveis para a retite actínica.

CONTEXTO

SOBRE A DOENÇA

A radioterapia é uma forma frequente de tratar os cânceres, cerca de 70% dos pacientes em algum momento da doença a ela se submetem. Acredita-se que esteja associada a 25% de taxas de cura, quando corretamente utilizada¹.

A retite actínica é uma complicação da radioterapia que acomete o reto, porção final do intestino grosso. Pode ocorrer durante o tratamento ou imediatamente após, com sintomas como diarreia, sangramento, perda de muco ou constipação, sendo nesses casos em geral autolimitada¹.

A retite actínica tardia pode aparecer até dois anos após o tratamento e seus sintomas são mais graves e persistentes: perda de muco, dor, urgência para evacuar, sangramento, ulceração, estreitamento do reto e até fistulas¹.

SOBRE A OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste na administração de oxigênio puro, por via respiratória, a um indivíduo colocado em uma câmara hiperbárica, na qual são aplicadas pressões superiores à pressão atmosférica padrão.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define câmara hiperbárica utilizada em terapias de saúde como um equipamento estanque e de paredes rígidas resistente a uma pressão interna maior que 1,4 ATA, que encerra totalmente um ou mais seres humanos dentro de seus limites².

As câmaras hiperbáricas podem ser de dois tipos: multipaciente e monopaciente. Esta última permite apenas a acomodação de uma única pessoa, sendo pressurizada, em geral, diretamente com oxigênio puro³. Por sua vez, a câmara multipaciente, de maior porte, tem capacidade para várias pessoas, simultaneamente, sendo pressurizada com ar comprimido. O oxigênio puro em uma câmara multipaciente é administrado aos pacientes com a ajuda de uma máscara facial, capuz ou tubo endotraqueal⁴. O espaço adicional neste tipo de câmara permite que profissionais de saúde assistam pacientes graves que requerem cuidados intensivos durante a sessão de OHB.

Uma sessão de OHB dura de 60 a 120 min. e compreende uma etapa de compressão lenta de 15 minutos, seguida por três ciclos de 30 minutos, no qual o paciente respira oxigênio puro, em concentrações de 100% a pressão terapêutica de 2,2 a 2,8 ATA, alternados com intervalos de 5 minutos, em que o paciente respira ar natural e, finalmente, por uma etapa de descompressão lenta de 15 minutos.

SOBRE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NA RETITE ACTÍNICA

Duas revisões sistemáticas^{5, 6} avaliaram as melhores evidências científicas disponíveis relativas ao uso da OHB em lesões tardias relacionadas à radioterapia. Há um único estudo que avaliou o impacto desse tratamento na retite actínica⁷. Nesse, o grupo tratado com OHB apresentou melhor resposta em resolução de necrose (total ou significativa) e melhora em escalas que avaliam sintomas, sobretudo os relacionados ao funcionamento intestinal. Os autores apontam que os pacientes tratados não necessitaram de tratamentos adicionais e foi muito baixa a incidência de eventos adversos.

Todavia, **não há relato desse impacto na resolução de sangramento retal**, o tempo de seguimento dos pacientes foi curto (insuficiente para avaliar recrudescimento dos sintomas) e 20% dos pacientes abandonaram o estudo. Até hoje, tais resultados não foram replicados em nenhum outro trabalho.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem pautado a inclusão de novos procedimentos no rol obrigatório de cobertura pelas operadoras de

saúde em Diretrizes de Utilização, elaboradas a partir das evidências científicas atuais sobre eficácia e efetividade de cada procedimento, em estudos reunidos pelo Ministério da Saúde. Com relação à OHB, as atuais diretrizes da ANS não contemplam seu uso em lesões tardias relacionadas à radioterapia⁸.

SOBRE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS NA RETITE ACTÍNICA

De uma maneira geral, há poucos resultados consistentes na literatura médica sobre quais as melhores alternativas para o tratamento da retite actínica⁶. Dividem-se em dois grupos: os tratamentos conservadores e os cirúrgicos. Os tratamentos conservadores, por sua vez, dividem-se em endoscópicos e clínicos. As melhores evidências sobre tratamento conservador sugerem ser o enema com sucralfato, a aplicação de formalina e tratamentos endoscópicos como primeira linha⁹. Raramente, se faz necessário o tratamento cirúrgico, mas, quando bem indicado, o mesmo pode levar à resolução do quadro⁹.

CONCLUSÕES

Com base na petição, evidenciam-se:

- 1) Não há evidências científicas suficientes que justifiquem a indicação de OHB no caso em questão. O NATS não a recomenda.
- 2) Não há segundo diretrizes de utilização da ANS, previsão contratual para cobertura do procedimento no caso em questão.
- 3) Há, no nosso meio, alternativas terapêuticas disponíveis para a retite actínica.

REFERÊNCIAS

1. Shadad AK, Sullivan FJ, Martin JD, Egan LJ. Gastrointestinal radiation injury: prevention and treatment. *World J Gastroenterol*. 2013;19(2):199-208.
2. Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH). Diretrizes de Segurança, Qualidade e Ética –Anvisa. Disponível em <<http://tinyurl.com/pjbwwfo>>. Acesso em 5 de junho de 2015.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.457/95. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1457_1995.htm>. Acesso em 18 de setembro de 2015.
4. PichonRiviere A, Augustovski F, Alcaraz A et al. Hyperbaric oxygen therapy: diagnostic usefulness and indications. Buenos Aires: Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS). Informe de RespuestaRapidaNo.94. 2006.
5. Bennett MH, Feldmeier J, Hampson N, Smee R, Milross C. Hyperbaric oxygen therapy for late radiation tissue injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 16;5:CD005005.
6. Hanson B, MacDonald R, Shaukat A. Endoscopic and medical therapy for chronic radiation proctopathy: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:1081.
7. Clarke RE, Tenorio LM, Hussey JR, et al. Hyperbaric oxygen treatment of chronic refractory radiation proctitis: a randomized and controlled double-blind crossover trial with long-term follow-up. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 2008; 72:134.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de SaúdeSuplementar. COBERTURA – OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/consulta_despachos_poder_judiciario/2014-oxigenoterapiahiperbarica.pdf>. Acesso em 5 de junho de 2015.
9. Do NL, Nagle D, Poylin VY. Radiation proctitis: current strategies in management. *Gastroenterol Res Pract*. 2011;2011:917941.