



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde

Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias

Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2019 - SES/SAIS/CATES/DUAEC

Brasília-DF, 14 de junho de 2019

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Nota Técnica SEI-GDF n.º - SES/SAIS/COASIS/DASIS

Brasilia-DF, 14 de junho de 2019

Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de
COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE)

DO OBJETIVO

1. Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para a regulação clínica da CPRE na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

DOS PROFISSIONAIS AUTORIZADOS A SOLICITAR CPRE

1. Médico Gastroenterologista
2. Médico Cirurgião geral
3. Médico Cirurgião oncológico

DAS PATOLOGIAS QUE CONTEMPLAM A NECESSIDADE DE CPRE

1. Todas as solicitações de CPRE serão submetidas à regulação clínica e terão sua indicação conforme as patologias:
 - a. Cálculos nas vias biliares com ou sem colecistite ou icterícia
 - b. Colangite
 - c. Obstrução da via biliar
 - d. Perforação da via biliar
 - e. Fístula de via biliar
 - f. Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepática
 - g. Neoplasia maligna da Ampola de Vater
 - h. Neoplasia maligna do canal pancreático
 - i. Neoplasia maligna da cabeça do pâncreas

DO CONTEÚDO DESCRIPTIVO E EXAMES COMPLEMENTARES QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Formulário de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) preenchido com os dados do paciente e breve história clínica que se enquadre nas patologias contempladas
2. Consentimento livre e esclarecido (anexo 1) preenchido e assinado pelo paciente ou representante legal
3. Resultado de exames laboratoriais

a. Hemograma completo

b. TGO

c. TGP

d. Fosfatase alcalina

e. Gama GT

f. Coagulograma

g. INR

h. Bilirrubinas totais e frações

i. Ureia

j. Creatinina

4. Laudo de Colangioressonância Magnética e/ou Ecoendoscopia que justifique a patologia contemplada

5. Parecer da cardiologia se o paciente:

a. For maior de 40 anos

b. Estiver em uso de marcapasso ou semelhante

c. Possuir válvulas metálicas

d. Tiver fibrilação atrial

e. Tiver doença coronariana

f. Tiver implante de stent coronário

6. Nome, dose e tempo de uso se estiver em uso de medicação anticoagulante e ou anti-agregante plaquetário

DOS CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO DE CPRE

VERMELHO:

- **Colangite (K80.3/ K83)**
- **Tumor de vias biliares (C 24.9)**
- **Tumor de pâncreas (C 25.9)**
- **Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepática (C24.0)**
- **Neoplasia maligna da ampola de Vater (C24.1)**
- **Neoplasia maligna das vias biliares com lesão invasiva (C24.8)**
- **Neoplasia maligna da via biliar, não especificada (C24.9)**
- **Neoplasia maligna da cabeça do pâncreas (C25.0)**
- **Neoplasia maligna do canal pancreático (C25.3)**
- **Neoplasia maligna do pâncreas com lesão invasiva (C25.8)**
- **Neoplasia maligna de conhecimento incerto ou desconhecido do fígado, vesícula biliar e vias biliares (D37.6)**
- **Perfuração da via biliar (K83.2)**

AMARELO:

- **Obstrução de via biliar sintomática (K83.1)**
- **Pancreatite aguda biliar (K 85.1)**
- **Fistula biliar (K83.3)**

- **Calculose de via biliar com colecistite (K 80.4)**

VERDE:

- **Calculose de via biliar sem colangite (K 80.5)**
- **Outras doenças especificadas das vias biliares (K83.3)**
- **Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas em doenças classificadas em outras partes (K87.0)**

DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO EXAME DE CPRE

Os seguintes Hospitais realizam a CPRE:

- a. Hospital Regional de Taguatinga (HRT)
- b. Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF)

DA MARCAÇÃO DOS EXAMES

- a. o processo de regulação será coordenado de forma central pelo Complexo

Regulador de Saúde do Distrito Federal (Panorama 3)

- b. A parametrização dos exames se fará com 1 exame por hora por período

DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE

1. Paciente internado em Hospital da REDE/SES
2. Estável hemodinamicamente
3. Transportado em ambulância até o local do exame acompanhado de médico e ou técnico de enfermagem

DO ACOMPANHAMENTO PÓS-EXAME

1. O laudo será inserido no prontuário eletrônico do paciente pelo médico que realizou o exame junto com as recomendações necessárias
2. O acompanhamento pós-exame será realizado pelo médico solicitante

DA CONCLUSÃO

1. Os exames de CPRE serão regulados pelo Complexo Regulador do DF em Panorama 3
2. A monitorização da regulação de exame de CPRE será realizada pelos RTD e RTA de ENDOSCOPIA em conjunto com o Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal.
3. Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à indicação de CPRE, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios de encaminhamento definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD de ENDOSCOPIA na SES/DF

BIBLIOGRAFIA

1- The management of antithrombotic agents for paciente undergoing GI endoscopy

–<http://doc.doi.org/10.1016/j.gie.2015.09.035> (visto em 8/11/18)

2- Protocolo para autorização de procedimentos de média e alta complexidade

2016- Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (BA) /Diretoria Regulação,

Controle e Avaliação/Coordenadoria Municipal de Regulação Ambulatorial e**Hospitalar**

3- Classificação Internacional de Doenças - CID 10;

4- Keswani, R. N., et al. "Association between Endoscopist and Center ERCP Volume with Procedure Success and Adverse Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* (2017).

5- Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) – Parecer sobre CPRE

(27/06/2017); visto no site www.sobed.org.br em 07/06/2019

6 – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva Alta (SOBED) – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE); visto em 07/06/2019

7- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology;

ANEXO I –**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA****ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER)**

Nome do Paciente:

Prontuário:

Data do Exame:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o procedimento denominado COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA. Eu comprehendi que serei submetido ao exame, de acordo com a solicitação do meu médico assistente, que envolve a passagem de um aparelho pela boca para que o médico possa acessar, com auxílio de cateteres e do aparelho emissor de Raios-X, a via biliar e o pâncreas.

2. Sei que serei submetido à sedação através da administração de medicação venosa ou anestesia geral conforme o meu estado clínico. Embora raro, em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (inflamação no local da injeção, reação à medicação) e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.

3. Foi-me explicado o que é a via biliar e pancreática e comprehendi que o exame é importante, pois pode confirmar o diagnóstico da minha doença ou mesmo ser a forma de tratamento definitivo ou paliativo, evitando a necessidade de cirurgia ou facilitando procedimentos posteriores. Porém, sei que o objetivo, às vezes, pode não ser alcançado, necessitando a utilização de outros métodos de diagnóstico e terapêutico.

4. Sei que o procedimento terapêutico pode precisar do uso de bisturi elétrico, diversos tipos de cateteres, balões e próteses, que serão usados pelo médico conforme necessidade no momento do exame.

5. Sei que o procedimento poderá ser o tratamento definitivo de minha doença, mas poderá resultar em complicações tais como: pancreatite aguda, infecção, sangramento e perfuração. A equipe médica me explicou que elas, embora incomuns (ocorrendo em cerca de 2 a 5% dos pacientes), podem ser sérias. Poderá resultar em hospitalização por tempo mais prolongado, internação em unidade de terapia intensiva, transfusão sanguínea, outros procedimentos adicionais, endoscópicos ou não, e em cirurgia de urgência. Quando surgem tais complicações, podem resultar em risco de morte.

6. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

7. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento, poderei contatar o Serviço de Endoscopia do Hospital _____.

8. Sei que mantendo o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento Informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.

9. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que comprehendi, concordei e autorizo o Dr(a). _____

_____, CRM _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Brasília, _____ / _____ / _____.

Nome legível Assinatura (Paciente e/ou Responsável)



Documento assinado eletronicamente por HERMES GONCALVES DE AGUIAR JUNIOR -
Matr.0142472-6, Referência Técnica Distrital (RTD) Endoscopia, em 14/06/2019, às 10:03,
conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial
do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=23867185&código_CRC=28CF9965.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

00060-00231112/2019-13

Doc. SEI/GDF 23867185