

**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

Brasília-DF, 14 de junho de 2019

Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de COLANGIOPANCREATOGRÁFIA 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. Perfuração da via biliar
  - e. Fístula de via biliar
  - f. Neoplasia maligna das via biliar extra-hepática
  - g. Neoplasia maligna da Ampola de Vater
  - h. Neoplasia maligna do canal pancreático
  - i. Neoplasia maligna da cabeça do pâncreas

**DO CONTEÚDO DESCRITIVO 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 Colangiressonância 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)**
- **Fístula 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](http://www.sobed.org.br) em 07/06/2019

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

7- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology;

#### **ANEXO 1 –**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPR)**

**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 COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA. Eu compreendi 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 compreendi 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 mantenho 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 compreendi, 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
verificador= **23867185** código CRC= **28CF9965**.

00060-00231112/2019-13

Doc. SEI/GDF 23867185