

**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 2/2019 - 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 ECOENDOSCOPIA

DO OBJETIVO

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

DOS PROFISSIONAIS AUTORIZADOS A SOLICITAR ECOENDOSCOPIA

1. Médico Gastroenterologista
2. Médico Cirurgião geral
3. Médico Cirurgião oncológico
4. Médico Oncologista
5. Médico Proctologista

DAS PATOLOGIAS QUE CONTEMPLAM A NECESSIDADE DE ECOENDOSCOPIA

1. Todas as solicitações de ECOENDOSCOPIA serão submetidas à regulação clínica e terão sua indicação conforme as patologias:

- a. Esôfago de Barrett
- b. Neoplasias benignas do esôfago
- c. Neoplasias malignas do esôfago
- d. Neoplasia malignas do mediastino
- e. Neoplasia benigna do estômago
- f. Neoplasia maligna do estômago
- g. Neoplasia maligna do duodeno
- h. Calculose da vesícula biliar com/ sem colecistite
- i. Calculose da via biliar com colangite
- j. Fístulas da vesícula biliar
- k. Colesterolese da vesícula biliar
- l. Colangite
- m. Obstrução da via biliar
- n. Cisto biliar
- o. Pancreatite aguda
- p. Pancreatite crônica
- q. Cisto de pâncreas

- r. Pseudocisto do pâncreas
- s. Varizes esofagianas sem sangramento
- t. Angiodisplasia do cólon
- u. Neoplasia maligna de via biliar extra-hepática
- v. Neoplasia maligna do fígado
- w. Neoplasia maligna do pâncreas
- x. Neoplasia do intestino grosso
- y. Neoplasia maligna do baço
- z. Fístulas do aparelho digestivo

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

DOS CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO DE ECOENDOSCOPIA

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 de via biliar (K83.2)**

AMARELO:

- **Obstrução de via biliar sintomática (K83.1)**
- **Pancreatite aguda (K 85.1)**
- **Fístula biliar (K83.3)**
- **Calculose de via biliar com colecistite (K 80.4)**
- **Neoplasia maligna do esôfago (C15.9)**
- **Neoplasia maligna do estômago (C16.9)**
- **Neoplasia maligna do fígado (C22.9)**
- **Neoplasia maligna do intestino delgado (C17)**
- **Neoplasia maligna do intestino grosso (C18)**

VERDE:

- **Calculose de via biliar sem colangite (K 80.5)**
- **Outras doenças especificadas das vias biliares (K83.3)**
- **Pancreatite crônica (K 86.0)**
- **Cistos pancreáticos (K86.2)**
- **Pseudocisto do pâncreas (K86.3)**

DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO EXAME DE ECOENDOSCOPIA

Os seguintes Hospitais realizam a ECOENDOSCOPIA:

1. REDE/SES

a. Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF)

2. CONVENIADO

a. Hospital Universitário de Brasília (HUB)

DA MARCAÇÃO DOS EXAMES

Para a Regulação.

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 será de 1 exame por hora por período;

c) pacientes não internados devem ser agendados em serviço mais próximo de sua residência (IHBDF ou HUB).

d) pacientes classificados como VERMELHO devem ser agendados onde for localizado vaga disponível

e) os pacientes deverão entrar em contato com o serviço executor por telefone, previamente fornecido no ato do agendamento, 48 h antes para orientação de preparo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE

1. Estável hemodinamicamente
2. Transportado em ambulância até o local do exame acompanhado de médico e ou técnico de enfermagem (se internado)
3. Acompanhado de pessoa responsável, maior de 18 anos (ambulatorial)

DO ACOMPANHAMENTO PÓS-EXAME

1. O laudo será inserido no prontuário eletrônico do paciente pelo médico que realizou o exame (se realizado em Hospital da REDE/SES) ou impresso (se realizado em Hospital Conveniado), junto com as recomendações necessárias
2. O acompanhamento pós-exame será realizado pelo médico solicitante

DA CONCLUSÃO

1. Os exames de ECOENDOSCOPIA serão regulados pelo Complexo Regulador do DF em Panorama 3
2. A monitorização da regulação de exame de ECOENDOSCOPIA 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 ECOENDOSCOPIA, 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- Maluf-Filho, Fauze, and R. Olegário Mariano. "I Consenso Brasileiro de Ecoendoscopia." CEP 5616 (2007): 090.
- 2- Vezozzo, D. P., et al. "2-year pioneer experience with endoscopic ultrasonography, linear transducer." Revista da Associação Medica Brasileira (1992) 40.1 (1994): 5-9.
- 3- 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
- 4- Classificação Internacional de Doenças - CID 10;
- 5- Portaria nº 140 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014;
- Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 11
- 6- AJCC – American Joint Comitee on Cancer;
- 7- NCCN Clinical Practicce Guidelines in Oncology;
- 8 – Sociedade de Endoscopia Digestiva Alta (SOBED) – www.sobed.org.br; sobedtrj-consentimento_informado_para_ecoendoscopia_punção.pdf

ANEXO 1 –**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ECOENDOSCOPIA E/OU
ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA****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 ECOENDOSCOPIA. Eu compreendi que serei submetido a uma ECOENDOSCOPIA, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá visualizar o tubo digestivo alto, a sua parede e seus órgãos e estruturas vizinhas e, se necessário, realizar biópsias (punções) ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pelo risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de líquido gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.**
- 2. Sei que serei submetido (a) a uma anestesia geral, com administração de medicação venosa e anestesia local com spray de xilocaína para anestésiar a garganta.**
- 3. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (flebite, reação à medicação, depressão respiratória) e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.**
- 4. Eu compreendi que procedimentos diagnósticos e terapêuticos como: biópsias, punção ecoguiada, injeção de substâncias, podem ser necessárias durante o exame. Quando removidos e recuperados, os materiais serão enviados para análise histopatológica e em alguns casos, análises bioquímicas.**
- 5. Sei que esses procedimentos, são importantes no meu tratamento, mais aumentam os riscos de complicações como: sangramentos, perfurações, infecção de lesões císticas ou pancreatite aguda. A equipe médica me explicou que estas complicações embora incomuns são sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, transfusão sanguínea, procedimentos endoscópicos adicionais, cirurgia de emergência e, apesar de muito raro risco de morte.**
- 6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.**
- 7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento médico proposto.**
- 8. Declaro que me foram fornecidas todas essas informações e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.**

Autorizo, de forma livre e consciente, o Dr. _____,**CRM nº _____, médico endoscopista, a realizar o procedimento de
ECOENDOSCOPIA****(ULTRASSOM ENDOSCÓPICO).**

Brasília, ____/____/____.

Nome legível Assinatura (Paciente e/ou Responsável)

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Eu, _____, identidade nº _____, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento endoscópico até sua residência e/ou hospital de origem.

Brasília, ____/____/____. Hora: ____:____

Nome legível e assinatura – Responsável (acompanhante)



Documento assinado eletronicamente por **HERMES GONCALVES DE AGUIAR JUNIOR - Matr.0142472-6, Referência Técnica Distrital (RTD) Endoscopia**, em 14/06/2019, às 10:14, 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= 23867908](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=23867908) código CRC= **12F4633A**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF