

# **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

---

## Recursos em Saúde

### Caderno 2. Capítulo 2 Procedimentos Terapêuticos

### Coordenadoria de Regiões de Saúde

---

### GRUPO DE REGULAÇÃO SES/SP

---

Versão – Novembro/2022



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Rodrigo Garcia

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Jeancarlo Gorinchteyn

**SECRETARIA EXECUTIVA**

Eduardo Ribeiro Adriano

**COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE**

Osmar Mikio Moriwaki

**GRUPO DE REGULAÇÃO**

Raquel Zaicaner

**EQUIPE**

Anariel Moraes a Silva Saraiva  
Aurea Maria Izabel Clemente  
Camila Mastromauro  
Claudia Leticia Rodrigues de Almeida  
Daisy Satiko Afuso  
Daniel Nestor Martins de França  
Dimer Jorge Roston  
Ellen de Oliveira Narciso Pitlovanciv  
Graciano Jose da Silva  
Liliane Lima Dos Santos Nascimento  
Marcia Aparecida Capobianco  
Maria Alice da Nobrega  
Maria Janieire Nazaré Alves  
Maria Elisa Ferreira Godinho  
Maria de Lourdes V. Oliveira  
Marconi Alves Conserva  
Roseli Dias  
Sheila Kosman  
Silvana Frazatto  
Simone Soares  
Tácio André da Silva Carvalho

**Elaboração - Grupo Técnico de Protocolos**

Daniela Dias Chead  
Roger Nahoum

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**COLABORADORES**

**Protocolo - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)**

- Dr. Dimer Jorge Roston
- Dra. Maria Elisa Ferreira Godinho
- Dra. Maria de Lourdes V. Oliveira
- Dr. Marconi Alves Conserva
- Dra. Silvana Frazatto

Revisão

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

- Dr. Eduardo Guimaraes Hourneaux de Moura
- Dr. Bruno Salomão Hirsch
- Dra. Mariluz dos Reis

---

**Protocolo - Terapia Renal Substitutiva (TRS) Ambulatorial – Diálise**

- Dr. Farid Samaan
  - Aurea Maria Izabel Clemente
-



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

# Apresentação

---

*O Estado de São Paulo entende a Regulação como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde público, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso, sendo implementada por meio de ações dinâmicas, e executadas pela Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP, através do seu Complexo Regulador Estadual, sob a direção técnica do Grupo de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde.*

*A coordenação das ações do Grupo de Regulação objetiva aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, de forma que este se dê o mais próximo do seu local de moradia, em menor tempo e com o recurso mais adequado.*

*Os **Protocolos de Regulação do Acesso** são diretrizes que propõem a utilização, de forma adequada e racional, das tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas. Os Protocolos de Regulação da Assistência são implantados e implementados, de modo a possibilitar o ingresso da população aos serviços de saúde e regular as necessidades conforme o nível de assistência exigido, a fim de que o resultado alcançado seja adequado, organizado e efetivo.*

*Este documento é uma iniciativa da Coordenadoria de Regiões de Saúde, com elaboração pelo Grupo de Regulação. O conteúdo aqui apresentado é a materialização do esforço do trabalho em equipe, técnicos, assessores, diretores e coordenador, para melhor organização da rede de assistência, consolidando o compromisso de todos com as boas práticas em gestão. Com este instrumento espera-se organizar e qualificar os fluxos de encaminhamentos aos recursos em saúde, estabelecendo critérios para encaminhamento dos pacientes e criando ferramentas de priorização para regulação adequada dos casos.*

*Entendemos que, apesar de estar sedimentado na profunda expertise de nossos gestores, técnicos e reguladores, os protocolos apresentados deverão ser revisados periodicamente, de acordo com a evolução da Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como diante de desafios que demandem novas ações, levando em consideração a capacidade de oferta dos serviços, as mudanças na legislação, as incorporações de novas tecnologias, avaliação dos dados do sistema de informação e atualização técnico-científica.*

**Osmar Mikio Moriwaki**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

## Sumário


---

<i>COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)</i> _____	<b>5</b>
<i>TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) AMBULATORIAL – DIÁLISE</i> _____	<b>13</b>

### **\*Nota informativa: Índice dos recursos**

---

\* Os recursos elencados no índice referem-se aos protocolos já disponíveis, revisados junto aos profissionais das áreas e instituições de ensino. À medida que outras especialidades e recursos diagnósticos e terapêuticos tiverem seus protocolos de acesso concluídos, serão acrescentados a esse caderno.

 <b>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO</b> <small>  Secretaria da Saúde</small>	<b>GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP</b>			
	<b>PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO</b>		<b>PROTOCOLO CPRE</b>	<b>PROTRACPRE-001</b>
	<b>Data da versão inicial:</b> 01/05/2022	<b>Versão nº01</b> <b>Data da Emissão:</b> 07/10/2022	<b>Vigência</b> 2022/2024	<b>Páginas: 8</b>

# Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)

Recurso indicado para avaliação diagnóstica e tratamento das doenças que acometem as vias ou canais biliares intra e extra-hepáticos e o canal pancreático principal (ducto de Wirsung). As principais manifestações das doenças, que causam lesão nos ductos pancreáticos e biliares, são icterícia, dor abdominal, febre e alterações bioquímicas nas enzimas hepáticas e pancreáticas. Esses sinais e sintomas podem ser decorrentes de cálculos e tumores biliares, tumores e cistos pancreáticos, pancreatite crônica, doença crônica parenquimatosa do fígado e estenoses inflamatórias ou pós-cirúrgicas das vias biliares. A CPRE é realizada introduzindo-se, pela boca até a segunda porção duodenal, um aparelho flexível com iluminação lateral que permite a introdução de um catéter pelo orifício de abertura desses canais (papila duodenal ou de Vater) com o objetivo de avaliar radiologicamente a anatomia das vias biliares e do ducto de Wirsung, pela administração de contraste radiopaco pelo cateter injetor. Durante o procedimento as imagens radiológicas são interpretadas pelo médico endoscopista, que a depender do diagnóstico realizado, poderá realizar complementação terapêutica (tratamento), incluindo papilotomia (secção longitudinal da papila com bisturi elétrico ou papilótomo); retirada de cálculos por balão extrator ou cesta tipo basket; drenagem de estenoses (estreitamentos) inflamatórias ou tumorais por dilatação com sonda ou por colocação de prótese endoscópica. O exame é realizado sob regime de internação.

## **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)\***

\*Nomenclatura CROSS

**Descrição do exame:** Procedimento indicado para tratamento das doenças que acometem os ductos de drenagem do fígado e do pâncreas (as vias biliares intra e extra-hepáticas e o canal pancreático principal ou ducto de Wirsung, respectivamente).

### **Exame associado a procedimento de sedação:**

Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

### **Código SIA/SIH SUS**

02.09.01.001-0 - COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)

04.07.03.025-5 - COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA

“Consiste em uma técnica endoscópica complexa na qual um endoscópio de visualização lateral é guiado para o duodeno, permitindo a passagem de instrumentos para os ductos biliares, os quais são opacificados pela injeção de um meio de contraste, permitindo a visualização radiológica e uma variedade de intervenções terapêuticas, no caso, para o tratamento da coledocolitíase e icterícia obstrutiva. Embora tenha como benefício o manejo minimamente invasivo dos distúrbios biliares, deve ser realizada para indicações bem aceitas em pacientes elegíveis por endoscopistas treinados por meio de técnicas padrão, com consentimento informado e esclarecido e comunicação bem documentada ao paciente antes e após o procedimento. Inclui material necessário ao tratamento da coledocolitíase ou de outras causas de obstrução de vias biliares.”



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

Indicações para a solicitação:

- Cálculos nas vias biliares
- Cistos de colédoco
- Estreitamentos das vias pancreáticas
- Lesões suspeitas ou confirmadas das vias biliares decorrentes de cirurgias nesta região
- Suspeita de hipertonia do esfíncter de Oddi, com alteração de exames laboratoriais e/ou de imagem
- Tumores da papila duodenal maior
- Tumores pancreáticos ou das vias biliares

**1. PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO RECURSO PARA PACIENTES INTERNADOS**

Requisitos para solicitação:

- **\*Exames bioquímicos:**  
Hemograma completo com plaquetas; \*\*Coagulograma completo; Ureia; Creatinina; Glicemia; Sódio; Potássio; Bilirrubinas totais e frações; TGO/TGP; GAMA GT; Fosfatase alcalina; Amilase; ECG. Se possível CA 19-9.
  - **\*Exames bioquímicos realizados 15 (quinze) dias do procedimento.**
  - **\*\*Coagulograma - importante:** pacientes usuários de varfarina que suspenderam o medicamento para a realização da CPRE devem coletar coagulograma na véspera do procedimento para constatação de INR <1,5.
- **Exame de imagem que justifique a realização de CPRE, realizado a menos de 06 (seis) meses da data do procedimento:**
  - Se o diagnóstico for de calculose biliar: é suficiente realizar ultrassonografia de abdome **OU** um dos exames abaixo descritos;
  - Para outros diagnósticos: Tomografia de abdome **OU** Colangioproressonância **OU** Ecoendoscopia alta.
- **Avaliações:**
  - Avaliação anestesiológica do hospital de origem com classificação ASA, com liberação para o procedimento, realizada com até **03 (três) dias** antes da data do exame;
  - Relatório médico completo, evolutivo e atualizado;
- **Preenchimento do formulário de solicitação (APÊNDICE B).**

Orientações para a realização do exame:

- O paciente deve estar internado;
- Transporte em ambulância simples. **Porém**, se a Classificação for **ASA =3**, deve ser transportado em **Ambulância UTI**;
- Dieta leve no dia anterior ao exame;
- Jejum de 08 horas;
- Caso o paciente faça uso contínuo de medicamentos para hipertensão arterial ou outra doença cardiopulmonar, no dia do exame deve tomar os remédios de manhã cedo, com pouca água (20 ml). Suspender antidiabéticos orais no dia do exame, devendo reiniciar após a primeira refeição;
- Pacientes em uso de terapia com anticoagulante ou antiagregante plaquetário:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

- Não há necessidade de suspensão do Ácido acetilsalicílico (AAS);
- Caso o paciente faça uso contínuo de outro antiagregante plaquetário (ex. clopidogrel), de varfarina ou dos novos anticoagulantes orais - DOACs (ex. rivaroxabana, dabigatrana, apixabana, edoxabana), **recomendamos verificar os quadros de orientações de manejo destes medicamentos que estão localizados no final deste documento, atentando à última versão da referência citada;**
- **ATENÇÃO:** A decisão da interrupção dos antiagregantes ou anticoagulantes é do médico responsável que acompanha o paciente e dependerá da indicação do uso do medicamento e dos riscos da sua suspensão. Caso não seja possível suspender este uso, deverá avaliar a indicação do procedimento e registrar a sua conduta no relatório médico.

Contraindicações absolutas:

- Distúrbios da coagulação (INR > 1,5; Plaquetas < 50.000);
- Hemoglobina menor que 7,0;
- Doença cardiopulmonar ou neurológica instável;
- Intubação orotraqueal;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Classificação Asa  $\geq 4$ ;
- Dependente de oxigenioterapia suplementar;
- Uso de drogas vasoativas.

## **2. PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO RECURSO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS EM REGIME DE HOSPITAL DIA**

**Importante:** As solicitações de CPRE para pacientes ambulatoriais em regime de Hospital Dia somente estão disponíveis para o Departamento Regional de Saúde I (DRSI) conforme pactuação regional.

Requisitos para solicitação:

- **\*Exames bioquímicos:**  
Hemograma completo com plaquetas; \*\*Coagulograma completo; Ureia; Creatinina; Glicemia; Sódio; Potássio; Bilirrubinas totais e frações; TGO/TGP; GAMA GT; Fosfatase alcalina; Amilase; ECG. Se possível CA 19-9.
  - **\*Exames bioquímicos realizados 15 (quinze) dias do procedimento.**
  - **\*\* Coagulograma - importante:** pacientes usuários de varfarina que suspenderam o medicamento para a realização da CPRE devem coletar coagulograma na véspera do procedimento para constatação de INR < 1,5.
- **Exame de imagem que justifique a realização de CPRE, realizado a menos de 06 (seis) meses da data do procedimento:**
  - Se o diagnóstico for de calculose biliar: é suficiente realizar ultrassonografia de abdome **OU** um dos exames abaixo descritos;
  - Para outros diagnósticos: Tomografia de abdome **OU** Colangiografia **OU** Ecoendoscopia alta.
- **Avaliações:**
  - Avaliação anestesiológica do hospital de origem com classificação ASA, com liberação para o procedimento, realizada com até **10 (dez) dias** antes da data do exame;
  - Relatório médico completo, evolutivo e atualizado.
- **Classificação ASA:** ASA 1 ou 2;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

- Preenchimento do formulário de solicitação (**APÊNDICE B**).

Orientações para a realização do exame:

- O paciente será internado no serviço executante em regime de hospital-dia;
- Dieta leve no dia anterior ao exame;
- Jejum 08 horas;
- Caso o paciente faça uso contínuo de medicamentos para hipertensão arterial ou outra doença cardiopulmonar, no dia do exame deve tomar os remédios de manhã cedo, com pouca água (20 ml). Suspender antidiabéticos orais no dia do exame, devendo reiniciar após a primeira refeição.
- Pacientes em uso de terapia com anticoagulante ou com antiagregante plaquetário:
  - Não há necessidade de suspensão do Ácido acetilsalicílico (AAS);
  - Caso o paciente faça uso contínuo de outro antiagregante plaquetário (ex. clopidogrel), de varfarina ou dos novos anticoagulantes orais - DOACS (ex. rivaroxabana, dabigatрана, apixabana, edoxabana), **recomendamos verificar os quadros de orientações de manejo destes medicamentos que estão localizados no final deste documento, atentando à última versão da referência citada;**
  - **ATENÇÃO:** A decisão da interrupção dos antiagregantes ou anticoagulantes é do médico responsável que acompanha o paciente e dependerá da indicação do uso do medicamento e dos riscos da sua suspensão. Caso não seja possível suspender este uso, deverá avaliar a indicação do procedimento e registrar a sua conduta no relatório médico.

Contraindicações absolutas:

- Distúrbios da coagulação (INR > 1,5; Plaquetas < 50.000);
- Hemoglobina menor que 7,0;
- Doença cardiopulmonar ou neurológica instável;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Classificação Asa  $\geq 3$ ;
- Dependente de oxigenioterapia suplementar;
- Uso de drogas vasoativas;
- IMC > que 35;
- Idade  $\geq 70$  anos.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião do aparelho digestivo
- Endoscopista
- Gastroenterologista
- Oncologista

CID:

Principais

- C23 - Neoplasia maligna da vesícula biliar
- C240 - Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas
- C241 - Neoplasia maligna da ampola de Vater
- C248 - Neoplasia maligna das vias biliares com lesão invasiva
- K803 - Calculose de via biliar com colangite
- K804 - Calculose de via biliar com colecistite



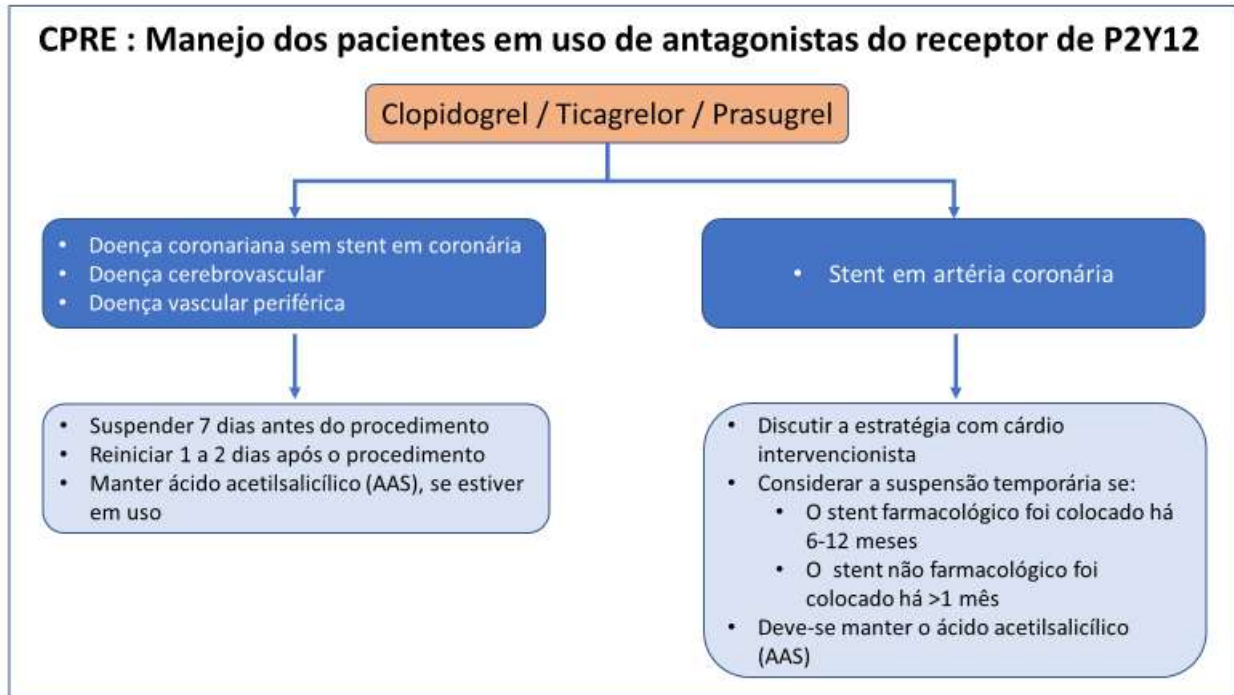
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

- K805 - Calculose de via biliar sem colangite ou colecistite
- K830 - Colangite
- K831 - Obstrução de via biliar
- K832 - Perfuração de via biliar
- K833 - Fístula de via biliar
- K834 - Espasmo do esfíncter de Oddi
- K835 - Cisto biliar
- K838 - Outras doenças especificadas das vias biliares
- K839 - Doença das vias biliares, sem outra especificação

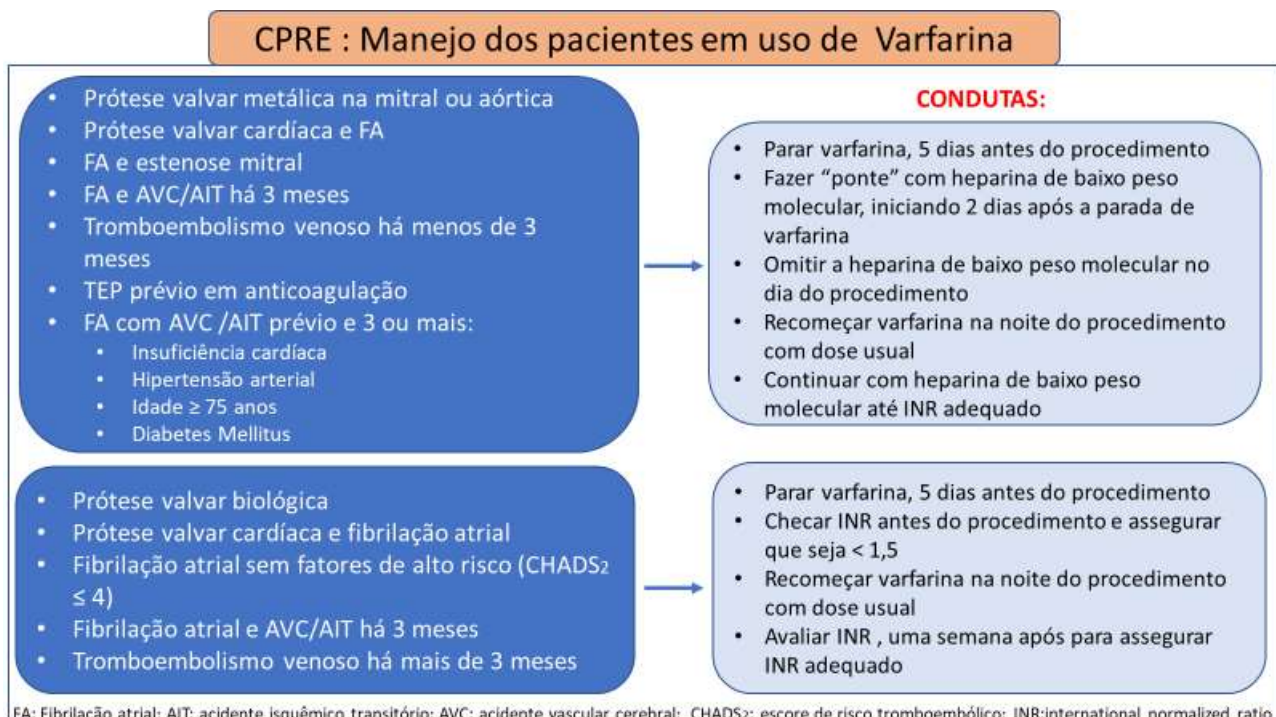


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**APÊNDICE A - QUADROS DE ORIENTAÇÕES DE MANEJO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES**



Quadro 1



FA: Fibrilação atrial; AIT: acidente isquêmico transitório; AVC: acidente vascular cerebral; CHADS2: escore de risco tromboembólico; INR: international normalized ratio

Quadro 2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**CPRE : Manejo dos pacientes em uso dos novos anticoagulantes orais - DOACS**

Rivaroxabana / Dabigatрана / Apixabana / Edoxabana



- Tomar a última dose, 3 dias antes do procedimento
- Se dabigatрана em paciente com clearance de creatinina de 30-50 ml/min: tomar a última dose, 5 dias antes do procedimento
- Recomeçar DOAC, 2 - 3 dias após o procedimento

Quadro 3


Quadros adaptados de: Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. Endoscopy. 2021;53:947-969  
DOI <https://doi.org/10.1055/a-1547-2282> | Endoscopy 2021; 53:  
Atualizações das condutas: <https://www.esge.com/publications/guidelines/>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**APÊNDICE B - Formulário para solicitação da CPRE para pacientes internados e ambulatoriais em regime de Hospital Dia**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE GRUPO DE REGULAÇÃO		
<b>PROTOCOLO DE ACESSO: CPRE – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO</b> (02.09.01.001-0 - COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)) PACIENTES INTERNADOS E PACIENTES AMBULATORIAIS EM REGIME DE HOSPITAL DIA		
<b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b>		
Este formulário deve ser preenchido, datado e assinado pelo médico assistente do paciente, que deve estar identificado com nome e número de inscrição no CRM.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Este formulário se destina às solicitações para PACIENTES INTERNADOS E PACIENTES AMBULATORIAIS EM REGIME DE HOSPITAL DIA;</li><li>• São da responsabilidade do médico solicitante a indicação, o preparo, o encaminhamento e transporte do paciente, em condições clínicas adequadas.</li></ul>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO</b>		
Unidade	Telefone do NIR	
Nome do médico	CRM	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome	Código CROSS	
Data de Nascimento	Idade	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Laudo de solicitação APAC		
<input type="checkbox"/> Relatório médico detalhado (história clínica / antecedentes pessoais / medicações em uso / risco cirúrgico)		
<input type="checkbox"/> Avaliação da nefrologia: quando insuficiência renal, diálitica ou não		
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA COM CID</b>		
CID		
HD		
<b>INDICAÇÃO / JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
<input type="checkbox"/> Colocação de prótese <input type="checkbox"/> Remoção de cálculo <input type="checkbox"/> Esfincterotomia		
<input type="checkbox"/> Troca de prótese – Informe o estabelecimento de saúde onde a prótese a ser trocada foi implantada		
<input type="checkbox"/> Outras – Especificar		
<b>EXAMES DE IMAGEM</b>		
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia de abdome <input type="checkbox"/> Ressonância de abdome <input type="checkbox"/> Tomografia de abdome <input type="checkbox"/> Colangiorrsonância <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia Alta		
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Hemograma completo <input type="checkbox"/> Coagulograma <input type="checkbox"/> Ureia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> GAMA GT <input type="checkbox"/> Bilirrubinas T+FR		
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/> Amilase <input type="checkbox"/> Sódio <input type="checkbox"/> Potássio <input type="checkbox"/> ECG		
<b>CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>		
<b>PACIENTES INTERNADOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Distúrbios da coagulação (INR&gt;1,5; Plaquetas&lt;50.000);</li><li>• Hemoglobina menor que 7,0;</li><li>• Doença cardiopulmonar ou neurológica instável;</li><li>• Intubação orotraqueal;</li><li>• Instabilidade hemodinâmica;</li><li>• Classificação Asa ≥4;</li><li>• Dependente de oxigenioterapia suplementar;</li><li>• Uso de drogas vasoativas.</li></ul>	<b>PACIENTES AMBULATORIAIS EM REGIME DE HOSPITAL DIA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Distúrbios da coagulação (INR&gt;1,5; Plaquetas&lt;50.000);</li><li>• Hemoglobina menor que 7,0;</li><li>• Doença cardiopulmonar ou neurológica instável;</li><li>• Instabilidade hemodinâmica;</li><li>• Classificação Asa ≥3;</li><li>• Dependente de oxigenioterapia suplementar;</li><li>• Uso de drogas vasoativas;</li><li>• IMC &gt; que 35;</li><li>• Idade ≥70 anos.</li></ul>	
Data ____ / ____ / ____		
Assinatura e carimbo do médico solicitante		

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO   Secretaria da Saúde	<b>GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP</b>			
	<b>PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO</b>		<b>PROTOCOLO TRS</b>	<b>PROTRATRS-002</b>
	<b>Data da versão inicial: 01/05/2022</b>	<b>Versão nº01 Data da Emissão: 03/11/2022</b>	<b>Vigência 2022/2024</b>	<b>Páginas: 4</b>

# TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

Recurso utilizado como método terapêutico para a correção das anormalidades metabólicas decorrentes da disfunção renal e regulação do equilíbrio e balanços influenciados pelos rins (acidobásico, eletrolítico, hídrico, volêmico e nutricional). Abrange os tratamentos existentes para a insuficiência renal. Os métodos dialíticos mais utilizados são: hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP).

## TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) AMBULATORIAL – DIÁLISE\*

\*Nomenclatura CROSS

**Descrição do exame:** Recurso utilizado como método terapêutico de substituição da atividade renal, permitindo a retirada de substâncias tóxicas ao organismo e remoção de líquidos, não eliminados pela falta de diurese. Poderá ser feita a filtração direta do sangue (hemodiálise), ou indiretamente utilizando-se a membrana peritoneal (diálise peritoneal).

### Código SIA/SIH SUS

03.05.01.002-6 DIÁLISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MÁXIMO 2 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.010-7 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.011-5 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.016-6 MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

03.05.01.018-2 TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)

03.05.01.020-4 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)

03.05.01.021-2 IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO

Os procedimentos descritos neste protocolo estão relacionados com a oferta de vagas na modalidade ambulatorial. Desse modo, não deverá ser solicitada vaga ambulatorial para pacientes que se encontram em estado grave de saúde ou não tenham condições de alta hospitalar, conforme avaliação do médico assistente. Sendo assim, este documento se refere exclusivamente a regulação de acesso de pacientes:

- Localizados em domicílio;
- Internados, estáveis e com condições clínicas de alta hospitalar;
- Em hemodiálise ambulatorial (solicitações de transferência ou trânsito).

Indicações para a solicitação:

- Taxa de filtração glomerular estimada  $<15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  sem causas reversíveis de injúria renal aguda ou por mais de três meses;
- Taxa de filtração glomerular estimada  $<20\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  na presença de episódios repetidos de hipervolemia ou congestão pulmonar, sem causas reversíveis de injúria renal aguda ou por mais de três meses.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

Contraindicações:

- Pacientes internados sem condições clínicas de alta hospitalar;
- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.

Profissionais solicitantes:

- Pode ser solicitado pelas diversas especialidades médicas

CID:

Principais (não restrito aos seguintes):

- I10 – Hipertensão arterial
- E10 – Diabetes mellitus não insulínica
- E11 – Diabetes mellitus insulínica
- N01 – Síndrome nefrítica rapidamente progressiva
- N03 – Síndrome nefrítica crônica
- N04 – Síndrome nefrótica
- Q61 – Rins policísticos
- N40 – Hiperplasia de próstata
- N18 – Insuficiência renal crônica

### **PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO RECURSO**

Os itens obrigatórios contidos no instrumento on-line de solicitação de TRS ambulatorial – diálise pelo Portal CROSS são:

→ Tipo de solicitação

- **Inicial:** hemodiálise (HD), diálise peritoneal automática (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) ou diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);
- **Inicial para o próprio solicitante**
- **Transferência** - Nesse caso, informar: Dados de TRS atual (nome da unidade, município, unidade da federação e modalidade de TRS); Endereço de destino; Unidade de preferência.
- **Trânsito** - Nesse caso, informar: Dados de TRS atual (nome da unidade, município, unidade da federação e modalidade de TRS); Endereço de destino; Unidade de preferência; Período solicitado (máximo 30 dias).
- **Mudança de Modalidade** - Nesse caso, informar: Se a mudança é para o próprio solicitante (sim ou não). Em caso negativo, informar dados da TRS atual, endereço de destino, unidade de preferência, modalidade atual e modalidade solicitada.

→ Causa suspeita da doença renal crônica (assinalar apenas uma)

- Hipertensão arterial
- Diabetes mellitus
- Glomerulopatias
- Rins policísticos
- Causas obstrutivas
- Indeterminada

→ Comorbidades (assinalar mais de uma, conforme pertinente)

- Hipertensão Arterial (sim ou não)
- Diabetes Mellitus (sim ou não)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

- Insuficiência Cardíaca (sim ou não)
- Obesidade (sim ou não)
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (sim ou não)
- Neoplasia (sim ou não)
- Hepatopatia crônica (sim ou não)

→ Outros dados

- Transplante anterior (sim ou não)
- Paciente inscrito na fila de transplante (sim ou não)
- Tratamento conservador prévio de doença renal crônica (sim ou não; se sim, informar a data de início)
- Localização do paciente (hospital ou domicílio; se em hospital, informar se tem condições de alta, sim ou não)

→ Tratamento dialítico

- Local (nome do serviço)
- Início (informar a data)
- Modalidade: HD, DPA, DPI ou DPAC
- Acesso para diálise: nenhum, shilley, permcath, fístula arteriovenosa ou Tenckhoff
- Pressão arterial, peso e altura
- Sangramentos (sim ou não)

→ Exames laboratoriais

Lista de exames mínimos **obrigatórios**

- Hemoglobina (valor em g/dl)
- Ureia (valor em mg/dl)
- Creatinina (valor em mg/dl)
- Sódio (valor em mEq/l)
- Potássio (valor em mEq/l)
- Taxa de filtração glomerular estimada (valor em ml/min/1,73m<sup>2</sup>)
- Glicemia (valor em mg/dl)
- Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) (valor em U/litro)
- Cálcio total (valor em mg/dl)
- Fósforo (valor em mg/dl)
- Paratormônio (valor em pg/ml) - não obrigatório para solicitação inicial
- Anti-HCV (positivo ou negativo)
- Anti-HBc total (positivo ou negativo)
- Ag-HBs (positivo ou negativo)
- Anti-HBs (positivo ou negativo)
- Anti-HIV (positivo ou negativo) - se positivo, informar resultado de segunda amostra (positivo ou negativo)

→ Apresentação de documentos obrigatórios

- Devem ser anexados no portal CROSS em arquivo PDF:
  - **Exames laboratoriais citados no rol de exames;**
  - **Relatório médico completo (história clínica, uso de medicações) e atualizado;**
  - **Ultrassonografia de rins e vias urinárias.**
- Prazo de validade dos resultados anexados





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

**- Para solicitação inicial:**

- 90 (noventa) dias para sorologias virais (hepatite B, hepatite C e HIV)
- 30 (trinta) dias para os demais exames

**- Para transferência ou trânsito:**

- 360 (trezentos e sessenta) dias para sorologia HIV
- 180 (cento e oitenta) dias para sorologias, PTH (paratormônio) e hepatites B e C
- 30 (trinta) dias para os demais exames

Orientações sobre o acompanhamento:

- As pessoas em TRS devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional nas unidades da Atenção Primária à Saúde, para orientações e educação como, por exemplo: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o autocuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros.
- Importante: solicitações de TRS para **pacientes em trânsito**, devem ser apresentadas com, no mínimo, 15 (quinze) dias de antecedência.
- Considerando as solicitações para **transferência**, é importante que os territórios discutam as possíveis referências para os pacientes que necessitam de terapia antes do repasse de teto. As pactuações loco regionais devem acontecer nas Comissões Intergestores Regionais (CIR's), permitindo a assistência necessária até a definição da clínica especializada para o tratamento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
**GRUPO DE REGULAÇÃO**

## Referências

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada pré-cirúrgica no Tratamento de Coledocolitíase – Relatório de Recomendação / Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Coordenação de Avaliação e Monitoramento de Tecnologias, Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, Abril/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Endocrinologia e Nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.:37 p.: il.

Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr J, Castro e Silva Jr O. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 429-44.

Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Disponível em: <http://www.sobed.org.br/>. Serviços / Guia de Procedimentos / colangiopancreatografia.