



**PROTOCOLO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA – COLONOSCOPIA –
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS (ADULTO)**

INDICAÇÕES:

DISPEPSIA:

- Dispepsia sem melhora com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de H. pylori);
- Dispepsia recente de causa não presumível em paciente com 60 anos ou mais;
- Dispepsia com sinais de alarme:
V: vômitos
S: sangramento ou anemia
A: massa abdominal ou perda de peso não intencional
D: disfagia
- Dispepsia em pacientes com indicação de iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação ou pacientes em uso de ACO e sintomas dispépticos;

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE):

- DRGE não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses;
- Acompanhamento de Esôfago de Barrett;

SUSPEITA DE NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO GASTROINTESTINAL:

- Sinais de alarme: disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica;

INVESTIGAÇÃO DE ANEMIA FERROPRIVA

CONTROLE DE ÚLCERA GÁSTRICA (8 a 12 semanas após tratamento de erradicação do H. pylori);

SEGUIMENTO DO PACIENTE COM METAPLASIA INTESTINAL;

AVALIAÇÃO DE HIPERTENSÃO PORTAL - VARIZES ESOFÁGICAS;



PRÉ-OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA;
INVESTIGAÇÃO DE DIARREIA CRÔNICA E/OU DOENÇA CELÍACA;
VÔMITOS PERSISTENTES DE CAUSA DESCONHECIDA.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas e achados do exame físico;
- ✓ Para investigação de anemia informar os resultados dos exames: hemoglobina, VCM, ferro e ferritina, PSO, com data;
- ✓ Se perda ponderal, informar a perda quantificada e espaço de tempo;
- ✓ Laudo da endoscopia prévia e biópsia, com data (se realizado e se não realizado informar que se trata de primeiro exame);
- ✓ Informar quando o paciente possuir indicação de iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Informar histórico familiar de neoplasia gástrica/esofágica (sim ou não), com o grau de parentesco;
- ✓ Se paciente com dispepsia ou DRGE, descreva o tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas);
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE EMERGÊNCIA:

- ✓ Hemorragia digestiva ativa, obstrução gastrointestinal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e médicos de outras especialidades.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

Alta suspeita de câncer gastrointestinal (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica);



	<p>Dispepsia com sinais de alarme (vômitos, sangramento, anemia, massa abdominal, perda de peso, disfagia);</p> <p>Indicação de iniciar anticoagulante oral; uso anticoagulante oral e sintomas dispépticos;</p>
AMARELO	<p>Investigação de anemia;</p> <p>Avaliação de hipertensão portal/ varizes esofagianas;</p> <p>Pré-operatório de gastroplastia;</p> <p>Investigação de diarreia crônica e/ou doença celíaca;</p> <p>Esôfago de Barrett;</p> <p>Metaplasia intestinal;</p> <p>Dispepsia recente de causa não presumível em paciente com 60 anos ou mais;</p> <p>Vômitos persistentes de causa desconhecida.</p> <p>Sangramento gastrointestinal crônico (hematoquezia)</p> <p>Paciente muito sintomático (dor intensa)</p> <p>Controle tratamento esofagite erosiva graus C e D</p> <p>Controle pós-operatório em paciente sintomático</p> <p>Diagnóstico diferencial dor torácica</p>
VERDE	<p>Controle de úlcera gástrica após tratamento (8-12 semanas);</p> <p>DRGE sem resposta com o tratamento otimizado;</p> <p>Dispepsia sem resposta com o tratamento otimizado;</p> <p>Dispepsia com presença de fatores de risco para câncer GI:</p> <p>História familiar; maior de 50 anos;</p> <p>Sintomas após tratamento de úlcera gástrica</p> <p>Sintomas e história familiar de câncer 1º grau</p> <p>PSO+</p> <p>Sintomas em pacientes com doença sistêmica (esclerodermia)</p> <p>Sintomas em pacientes em uso de AINH</p> <p>Controle de tratamento de esofagite eosinofílica e candidíase esofágica</p>
AZUL	<p>Controle de tratamento (incluindo doença celíaca, controle tratamento H pylori)</p>



PROTOCOLO DE COLONOSCOPIA

INDICAÇÕES:

Suspeita de câncer colorretal:

Sinais e sintomas de alarme:

- Sangramento intestinal sem causa presumível;
- Anemia por deficiência de ferro sem causa presumível;
- Massa abdominal com topografia colônica ou retal;
- Alteração do habito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo;
- Emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal.

Rastreamento câncer colorretal:

- PSO positivo;
- Rotineiramente de 50 aos 75 anos, a cada 10 anos;
- Para os pacientes entre 76 e 85 anos de acordo com a condição de saúde, expectativa de vida e histórico de rastreamento anterior;
- História familiar de câncer colorretal, colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem.
- História familiar de Polipose Adenomatosa Familiar ou suspeita de síndrome de Lynch.

Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia (6 meses após);

Acompanhamento de lesões pré-malignas:



Quadro 2 – Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil sésil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil*	1

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015).

Os fatores relacionados com maior risco de Câncer colorretal são: tamanho do pólio > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau.

* ≥ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólio serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem outros sinais e sintomas que orientem a investigação inicial;

Investigação de diarreia crônica;

Doença inflamatória intestinal (DII);

Doença diverticular do cólon;

Pré-operatório de fístulas;

Incontinência fecal.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas e achados do exame físico;
- ✓ Histórico familiar de neoplasia intestinal ou pólio intestinal adenomatoso com displasia de alto grau (sim ou não), com o grau de parentesco;
- ✓ Para investigação de anemia informar os resultados dos exames: hemoglobina, VCM, ferro e ferritina, PSO, com data;
- ✓ Se perda ponderal, informar a perda quantificada e espaço de tempo;
- ✓ Laudo da colonoscopia prévia e da biópsia, com data (se realizado e se não realizado informar que se trata de primeiro exame);



- ✓ Informar quando o paciente possuir indicação de iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Informar quando indicado o tratamento em uso ou já realizado para a doença intestinal em questão (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas);
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE EMERGÊNCIA:

- ✓ Hemorragia digestiva ativa, obstrução gastrointestinal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e de outras especialidades.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Forte suspeita de câncer colorretal com sinais de alarme; DII em atividade; Enterorragia.
AMARELO	Doença diverticular com diverticulites de repetição; Investigação de diarreia crônica de causa desconhecida, sem sinais de alarme; Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem sinais de alarme; Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia; Pré-operatório de fístulas.
VERDE	Rastreamento em paciente assintomático de médio risco (com HMF de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ou suspeita de síndrome de Lynch); Acompanhamento de lesões pré-malignas; Incontinência fecal.
AZUL	Rastreamento de rotina em paciente assintomático de baixo risco;



Constipação intestinal, sem sinais de alarme, sem melhora com o tratamento clínico otimizado.

PROTOCOLO DE TERAPIA COM PLASMA DE ARGÔNIO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

INDICAÇÕES:

Telangiectasias;
Malformações arterio-venosas;
Lesões actínicas;
Lesões/tumores com sangramento difuso;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da endoscopia e da biópsia (se realizada), com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista, hematologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Lesões com anemia severa associada ou sangramento ativo/recente.
AMARELO	Lesões com anemia e/ou sangramento eventual.
VERDE	
AZUL	Demais lesões.

PROTOCOLO DE TERAPIA COM PLASMA DE ARGÔNIO - COLONOSCOPIA

INDICAÇÕES:

Telangiectasias;
Malformações arterio-venosas;
Lesões actínicas;



Lesões/tumores com sangramento difuso;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da colonoscopia e da biópsia (se realizada), com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista, proctologista, Hematologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Lesões com anemia severa associada ou sangramento ativo/recente.
AMARELO	Lesões com anemia e/ou sangramento eventual.
VERDE	
AZUL	Demais lesões.

PROTOCOLO DE ULTRASSONOGRRAFIA ENDOSCÓPICA

INDICAÇÕES:

Suspeita de neoplasia de pâncreas/papila
Pesquisa de tumor neuroendócrino
Dilatação/estenose via biliar sem fator obstrutivo identificado
Lesões subepiteliais do trato gastrointestinal
Pedidos de PAAF de lesões, linfonodos
Investigação de pancreatite idiopática
Pancreatite repetição
Lesões pancreáticas (cistos, pseudocistos, massas, neoplasias)
Drenagem de pseudocistos pâncreas
Pâncreas ectópico
Suspeita pâncreas divisium



Disfunção esfíncter de Odi
Controle de tratamento de neoplasia de pâncreas
Controle de nódulo pancreático/ IPMN.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da Endoscopia Digestiva Alta com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;
- ✓ *** Pacientes em uso de anticoagulantes e/ou anti agregantes plaquetários: enviar carta do médico assistente com orientações sobre a possibilidade de suspender a medicação antes do procedimento e o agendamento poderá seguir fluxo diferente, a depender do serviço de endoscopia.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Suspeita de neoplasias, GIST, pesquisa de tumor neuroendócrino.
AMARELO	Drenagem de cistos sintomáticos, pedidos de punção/biópsia de lesões ou linfonodos, dilatação/estenose via biliar sem fator obstrutivo identificado.
VERDE	Suspeita de IPMN, lesões subepiteliais.
AZUL	Investigação de pancreatite idiopática ou de repetição, pâncreas ectópico, suspeita de pâncreas divisum ou disfunção esfíncter de Odi, lesões pancreáticas benignas (cistos, pseudocistos), controle de cisto/ nódulo de pâncreas.

PROTOCOLO DE POLIPECTOMIA COM ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

INDICAÇÕES:



Pólipos complexos não ressecáveis em exame convencional.

Não se resseca endoscopicamente: lesões neoplásicas classificação Bormann.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da EDA e biópsia (se realizada), com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;
- ✓ *** Pacientes em uso de anticoagulantes e/ou anti agregantes plaquetários: enviar carta do médico assistente com orientações sobre a possibilidade de suspender a medicação antes do procedimento e o agendamento poderá seguir fluxo diferente, a depender do serviço de endoscopia.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e de outras especialidades.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Pólipo com displasia de alto grau.
AMARELO	Pólipos complexos não ressecáveis em exame convencional maiores que 2cm.
VERDE	Pólipos menores que 2cm não ressecáveis em exame convencional.
AZUL	

PROTOCOLO DE POLIPECTOMIA – COLONOSCOPIA

INDICAÇÕES:

Pólipos complexos não ressecáveis em exame convencional.

Lesões de crescimento lateral (LST) de cólon para mucosectomia.

Não se resseca endoscopicamente: lesões neoplásicas classificação Bormann.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;



- ✓ Laudo da colonoscopia e biópsia (se realizada), com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;
- ✓ *** Pacientes em uso de anticoagulantes e/ou anti agregantes plaquetários: enviar carta do médico assistente com orientações sobre a possibilidade de suspender a medicação antes do procedimento e o agendamento poderá seguir fluxo diferente, a depender do serviço de endoscopia.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e de outras especialidades.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Pólipo com displasia de alto grau, LST colon.
AMARELO	Pólipos complexos não ressecáveis em exame convencional maiores que 2cm.
VERDE	Pólipos menores que 2cm não ressecáveis em exame convencional.
AZUL	

PROTOCOLO DE DILATAÇÃO ESOFÁGICA - EDA

INDICAÇÕES:

Estenose péptica
Estenose após cirurgia bariátrica ou após fundoplicatura
Estenose após tratamento de divertículo de Zenker
Acalasia
Megaesofago
Estenose pós radioterapia para neoplasia de esôfago e/ou mediastino
Estenose após ingestão de soda cáustica
Membranas
Anel de Schatzki



CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da EDA, com data;
- ✓ Informar se o paciente já foi submetido ao procedimento previamente;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP);
- ✓ É obrigatório laudo de RX contrastado do esôfago/seriografia;
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;
- ✓ * Pacientes em uso de anticoagulantes e/ou anti agregantes plaquetários: enviar carta do médico assistente com orientações sobre a possibilidade de suspender a medicação antes do procedimento e o agendamento poderá seguir fluxo diferente, a depender do serviço de endoscopia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Desnutrição.
AMARELO	Oclusão esofágica com gastrostomia/uso sonda nasoenteral, estenose com impossibilidade de progressão do endoscópio.
VERDE	Disfagia, vômitos frequentes.
AZUL	Estenose sem disfagia

PROTOCOLO DE LIGADURA ELÁSTICA – VARIZES ESOFÁGICAS

INDICAÇÕES:

Cirrose compensada, com hipertensão portal clinicamente significativa (gradiente de pressão venosa hepática ≥ 10 mmhg):

Com varizes esofágicas de médio ou grosso calibre e hemorragia digestiva alta (HDA) prévia por varizes esofágicas; ou

Paciente com varizes esofágicas de médio ou grosso calibre sem HDA prévia e contra-indicação ao uso de beta-bloqueador.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:



- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Informar histórico de HDA, com data (sim ou não);
- ✓ Informar se o paciente já foi submetido ao procedimento previamente, com data (sim ou não);
- ✓ Laudo da última EDA, com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP, Bilirrubinas, Albumina, Creatinina, Sódio);
- ✓ Informar presença ou ausência de ascite e encefalopatia para avaliação de Child-Pugh;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista, hepatologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	HDA com internação recente
AMARELO	HDA prévia e varizes de grosso e/ou médio calibre
VERDE	Sem HDA prévia com varizes de grosso e/ou médio calibre e contra-indicação ao uso de beta-bloqueador.
AZUL	

SOLICITAR QUE OS PACIENTES COM HIPERTENSÃO PORTAL COMPAREÇAM COM ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO:



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

FORMULÁRIO PARA LIGADURA ELÁSTICA VARIZES ESOFÁGICAS

NOME:
CNS:
DATA DE NASCIMENTO:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO
COR: () BRANCO () NEGRO () OUTROS

PROFILAXIA: () PRIMÁRIA () SECUNDÁRIA () INTOLERÂNCIA BETABLOQUEADOR
DATA DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: __/__/__
TRATAMENTO ANTERIOR DE VARIZES: () ESCLEROTERAPIA () LIGADURA

DADOS DA DOENÇA DE BASE:
HIPERTENSÃO PORTAL: () CIRRÓTICA: () HCV () HBV () ÁLCOOL () NASH () CBP () CEP () HAI () HEMOCROMATOSE () CRIPTO () OUTROS – ESPECIFIQUE: () NÃO CIRRÓTICA: () TROMBOFILIA () OUTROS – ESPECIFIQUE:
PRESENÇA DE TROMBOSE PORTAL : () SIM __/__/__ (DATA DIAGNÓSTICO) () NÃO
SCORE CHILD-PUGH: ___ SCORE DE MELD: ___
OUTRAS DESCOMPENSAÇÕES: () NÃO () SIM – EPECIFIQUE: () ASCITE () PBE () ENCEFALOPATIA HEPÁTICA __/__/__ (DATA) () CARCINOMA HEPATOCELULAR __/__/__ (DATA DIAGNÓSTICO)
LABORATÓRIO __/__/__ (DATA): RNI: ___ ALBUMINA(G/DL): ___ CREATININA (MG/DL): ___ PLAQUETAS: _____ BT(MG/DL): ___ BD(MG/DL): ___
USG __/__/__ (DATA): BAÇO: ___ CM VEIA PORTA: ___ CM VEIA ESPLÊNICA: ___ CM
COMORBIDADES: () DM () HAS () HIV () OUTRAS:
CIRURGIAS: () NÃO () SIM – EPECIFIQUE:
TABAGISMO ATUAL: () NÃO () SIM __ (ANOS/MAÇO)
TABAGISMO PRÉVIO: () NÃO () SIM __ (ANOS/MAÇO) TEMPO: ___
ETILISMO ATUAL: () NÃO () SIM __ (G/DIA)
ETILISMO PRÉVIO: () NÃO () SIM __ (G/DIA) TEMPO: ___
DROGAS ATUAIS: () NÃO () SIM – EPECIFIQUE:
DROGAS PRÉVIO: () NÃO () SIM – EPECIFIQUE:



PROTOCOLO DE TERAPIA ENDOSCÓPICA COM CIANOCRILATO

INDICAÇÕES:

Profilaxia secundária de HDA por varizes de fundo gástrico.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da EDA, com data;
- ✓ Informar se o paciente já foi submetido ao procedimento previamente;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP)
- ✓ **É imprescindível envio do laudo de angiotomografia ou angioressonância de abdômen para avaliar sistema portal e presença de shunt.**
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista/ Hepatologista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Todos os casos.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE GASTROSTOMIA – ENDOSCÓPICA

INDICAÇÕES:

Pacientes com quadro neurológico e/ou distúrbio de deglutição com indicação para gastrostomia

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da EDA, com data;
- ✓ Informar se o paciente já foi submetido ao procedimento previamente;



- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP);
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos de qualquer especialidade

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	
AMARELO	Paciente desnutrido
VERDE	Colocação de gastrostomia
AZUL	Troca de botton em paciente sem acesso ao local da colocação da gastrostomia

OBS: TROCA DE GASTROSTOMIA DEVE SER AGENDADA NO SERVIÇO ONDE O PACIENTE COLOCOU A GASTROSTOMIA, NÃO PRECISA ACESSO REGULADO.

PROTOCOLO DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (CPRE)

INDICAÇÕES:

Obstrução biliar secundária à coledocolitíase
Litíase do ducto pancreático
Diagnóstico de neoplasia de papila, pâncreas ou ductos biliares
Estenoses benignas ou malignas dos ductos biliares
Fístulas biliares
Pancreatites crônicas com estenoses sintomáticas
Pancreatites agudas recorrentes de causa desconhecida
Troca de prótese de via biliar
Dilatacao VB sem estenose
Biliopatia portal

OBS: Troca de prótese de via biliar deve ser realizada preferencialmente no serviço onde o paciente já é atendido.



CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos sinais, sintomas, evolução do quadro clínico e achados do exame físico;
- ✓ Laudo da USG e colangiorm, com data;
- ✓ Resultados dos exames laboratoriais com data (Hemograma, TAP, Bilirrubinas, FA, GGT, creatinina);
- ✓ Informar se o paciente faz uso de terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso;
- ✓ Histórico de alergias medicamentosas ou reações anestésicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médico gastroenterologista

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Suspeita de neoplasia, fístula, troca de prótese de via biliar.
AMARELO	Obstrução biliar/ coledocolitíase com icterícia, colangite tratada ou pancreatite prévia.
VERDE	Coledocolitíase, litíase do ducto pancreático, pancreatites crônicas com estenoses sintomáticas, estenose de ducto biliar, estenoses benignas ou malignas dos ductos biliares.
AZUL	Demais casos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Visão geral da sedação processual para endoscopia gastrointestinal. Autor: Jonathan Cohen, MD Editores de Seção: John R Saltzman, MD, FACP, FACG, FASGE, AGAFP José José, MB, BS, MD, FFARCSI Editor-adjunto: Kristen M Robson, MD, MBA, FACG. <https://www.uptodate.com/contents/gastrointestinal-endoscopy-in-adults-procedural-sedation-administered-by-endoscopists>
2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. The American Journal of GASTROENTEROLOGY. VOLUME 112 | JULY 2017 www.nature.com/ajg
3. ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL – SEDAÇÃO parte I: CONCEITOS, RISCOS E COMORBIDADES. Autoria: Sociedade Brasileira de Endoscopia - SOBED Participantes: Hashimoto CL, Ramos JSD, Nahoum RG, Freire CCF, Zago RR, Schulz RT. Elaboração final: 28 de agosto de 2017.
4. https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/Gastroenterologia.pdf.
5. <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/769/diagnosis-approach>
6. Protocolo de acesso versão 2018, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Diretoria de Atenção à Saúde.
7. USTaskForce. Recommendation Statement of Colorectal Cancer in Adults: Screening. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
8. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf
9. Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf
10. Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf
11. Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>
12. Protocolos clínicos. Prefeitura de Vitória, 2012. http://sistemas6.vitoria.es.gov.br/diario/arquivos/20121001_protocolos_clinicos.pdf



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

COLABORADORES:

- Dra. Telma E. da Silva - Médica Reguladora - GERAMCRM/SC 8316
- Dra. Cintia Zimmermann de Meirelles - Chefe do Serviço de Endoscopia HU - CRM/SC 5211
- Dra. Juliana Vieira Gomes - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 5211
- Dra. Karla Rosana - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 14398
- Dr. Ramon Tartari - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação