

INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA

Portaria SAS/MS nº 112 – 04/02/2016

Medicamento	PANCREATINA (ENZIMAS PANCREÁTICAS)
CID 10	K86.0; K86.1; K90.3
Apresentação	10.000 e 25.000UI de lipase (cápsula)
Inclusão	<p>Pancreatites crônicas com esteatorréia associada a pelo menos um dos critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rx simples de abdômen com calcificações salpicadas e difusas no parênquima pancreático;- Ultra-sonografia de abdômen com dilatação do ducto pancreático principal acima de 0,4cm, ou cistos ou calcificações parenquimatosas;- Tomografia computadorizada de abdômen com dilatação ductal, cistos ou calcificações no parênquima;- Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou Colangiopancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética com dilatação, estenoses ou defeitos de enchimento no ducto pancreático principal associado a alterações em pelo menos 3 ramos colaterais;- Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total. <p>* Em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorréia).</p>
Anexos Obrigatórios	<p>- Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III) associada a um dos critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rx simples de abdômen;- Ultrassonografia de abdômen;- Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou Colangiopancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética ou laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.
Administração	Pancreatina: 10.000UI a 50.000UI nas 3 principais refeições; e 10.000UI a 25.000UI em 2 refeições adicionais. Até uma dose de 48.000-50.000UI por refeição.
Prescrição Máxima Mensal	3.100caps (10.000UI) ou 1.240 caps (25.000UI)
Monitoramento	Anamnese e avaliação do estado nutricional semestralmente.
Exclusão	Hipersensibilidade aos componentes do medicamento (proteína de suínos).
Tempo de Tratamento	Indeterminado
Validade dos Exames	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III): 3 meses;- Rx simples de abdômen, Ultrassonografia de abdômen e Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou Colangiopancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética: 12 meses.
Especialidade Médica	Não especificada a especialidade médica no PCDT.
CID-10:	
K86.0	Pancreatite crônica induzida pelo álcool;
K86.1	Outras pancreatites crônicas;
K90.3	Esteatorréia pancreática.