



RESOLUÇÃO SESA Nº 335/2014

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições previstas no art. 45, inciso XIV da Lei nº 8.485 de 03.06.87, art. 18 a 23 da Lei Estadual nº 13.331 de 23/11/2001, art. 48 a 54 do Decreto nº 5.711 de 23/05/2002, e

- considerando a Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;
- considerando a necessidade de atualizar, aperfeiçoar e padronizar o funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes – SET;
- considerando a necessidade de aprimorar o funcionamento e o gerenciamento do Sistema Estadual de Transplantes, da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, dos Centros Transplantadores e demais integrantes do Sistema, estabelecendo mecanismos que permitam melhor articulação e informação entre essas instâncias;
- considerando a Deliberação nº 377/2013 da Comissão Intergestora Bipartite – CIB do Paraná, que aprova o Projeto “Excelência no Sistema Estadual de Transplantes”;
- considerando a importância de estabelecer protocolos técnicos para aperfeiçoar e qualificar os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas do Sistema Estadual de Transplantes,

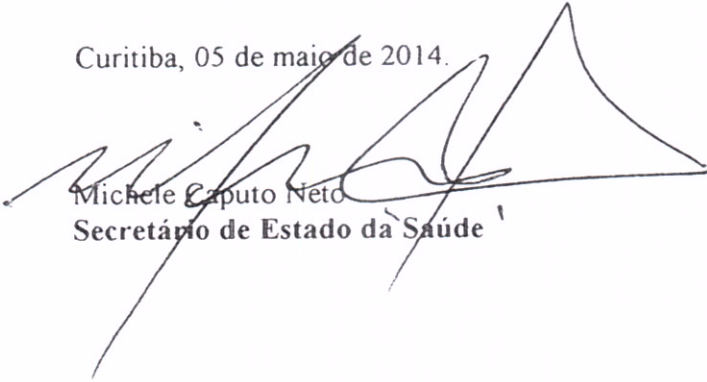
RESOLVE:

Art. 1º - Instituir os protocolos técnicos de encaminhamento para avaliação pré-transplante nas áreas de fígado, coração e rins, conforme apresentados nos anexos I, II e III.

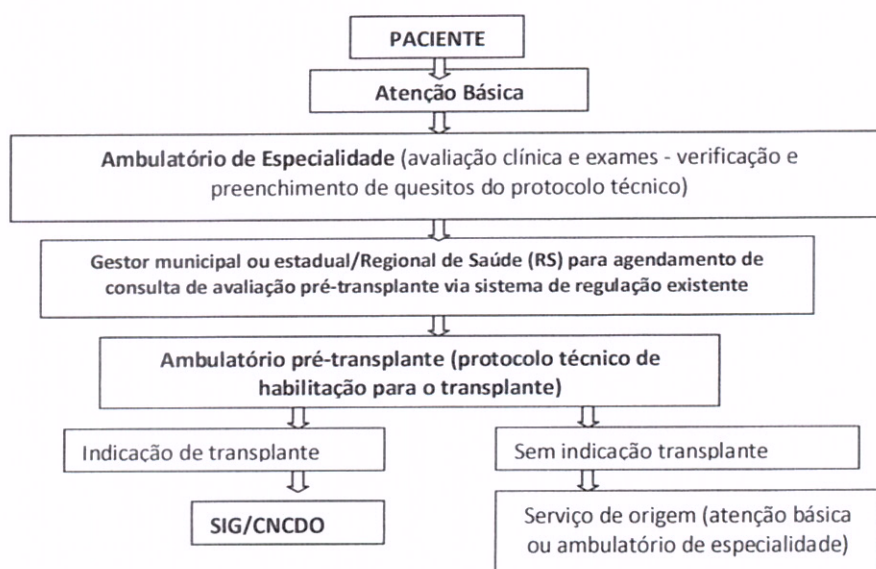
Art. 2º - Estabelecer o prazo de 60 (sessenta) dias para que os referidos protocolos passem a ser utilizados pelos profissionais das citadas áreas que atuam nos Centros de Especialidades da Saúde e Consórcios Intermunicipais de Saúde no âmbito do Estado do Paraná.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigência na data de sua publicação.

Curitiba, 05 de maio de 2014.


Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

FLUXO DE AGENDAMENTO DA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO PRE-TRANSPLANTE



DESCRIÇÃO DO FLUXO

1. A partir da demanda ordenada pela Atenção Básica, o paciente deve ser encaminhado para o ambulatório de especialidades, de acordo com suas necessidades, através de agendamento de consulta ambulatorial pelo sistema informatizado.
2. Os ambulatórios de especialidades vinculados ao SUS procedem à avaliação do paciente e quando verificada condição clínica de indicação de transplante, aplica e o protocolo técnico de acordo com a necessidade do paciente – Fígado, Coração e Rim, e preenche a Ficha de Encaminhamento para avaliação pré-transplante.
3. Os serviços transplantadores deverão ter cadastradas agendas de consulta/avaliação pré transplante, de acordo com sua área de atuação, através de sistema informatizado que possibilite o agendamento de consultas pelos gestores.
4. Nos casos de municípios com gestão municipal plena, os pacientes serão agendados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde aos serviços transplantadores de seu território, ou para serviços de referência da Regional de saúde e/ou Macrorregião.



Sistema Estadual de Transplantes



Central Estadual de Transplantes



5. Para os demais municípios, o agendamento de consulta/avaliação pré transplante deve ser feito através do Setor de TDF da Regional de Saúde correspondente, através de sistema informatizado e de acordo com agenda cadastrada pelos serviços transplantadores.
6. Para os casos de pacientes originários de outros Estados da Federação, as solicitações de agendamento de consulta/avaliação pré transplante deverão ser encaminhadas através do setor de TFD Estadual na SESA, pelo email tfd_priorizacao@sesa.pr.gov.br, telefone/fax: (41) 3330-4377 e (41) 3334-1159. O setor de TFD Estadual deverá agendar consulta/avaliação pré transplante nos serviços de referência estadual.
7. O ambulatório de pré transplante procede a avaliação do paciente, de acordo com protocolos técnicos e normas do Sistema Nacional de Transplantes, realiza exames para a inclusão em lista de candidatos a transplante (coração, fígado, pâncreas ou rim), confirma a indicação do transplante e inclui o paciente no cadastro do SIG (Sistema de Informação e Gerenciamento - snt.saude.gov.br).

8. Referente ao pagamento da consulta, avaliação, acompanhamento durante a espera por transplante, conforme procedimentos abaixo:

05.06.01.004-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS
----------------	--

05.01.07.006-0	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM.
----------------	---

05.01.07.004-4	EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORACAO
----------------	--

05.01.07.005-2	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FIGADO
----------------	---

05.01.05.004-3	EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES
----------------	--

Obs: Detalhamento dos procedimentos ver no site do **SIGTAP**, endereço: sigtap.datasus.gov.br/tabela unificada.

9. Nos casos em que não houver indicação para transplante, o serviço deve contra-referenciar o paciente para continuidade de atenção pela atenção básica.

Anexo I da Resolução SESA nº 335/2014

PROTÓCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE – CORAÇÃO

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de CORAÇÃO, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ ou exames complementares de Insuficiência Cardíaca comprovada, pelo que se deverá marcar com X e comprovar os itens abaixo:

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	
Data Nasc.: _____	RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____	
Endereço: _____	Nº: _____
Cidade: _____	CEP: _____ UF: _____

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA:	
Isquêmica	
Chagásica	
Etílica	
Hipertensiva	
Idiopática	
Outras	

AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO ALGUMA DAS SITUAÇÕES ABAIXO:	
Dispneia aos pequenos esforços apesar de medicação para ICC (Anexo I) otimizada	
Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço	
Edema de MMII e /ou ascite refratária ao tratamento	
Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia	
Taquicardia ventricular refratária	

TIPO DE EXAME DE IMAGEM UTILIZADO	
ECOGRAFIA	
Outros	

RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM:	
A) FEVE < ou = 35%	
B) Dilatação de VE	
C) Dilatação de VD	
D) PSAP > 40 mm hg	

OUTROS EXAMES:	
ECG de repouso	
RX de tórax (PA e perfil)	
Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)	
Ecografia abdominal (se possível)	

TIPO DE EXAMES LABORATORIAIS:	
Hemograma	Uréia
Sódio	Creatinina
Potássio	TGO
Colesterol Total	TGP
HDL	TSH
Triglicérides	
Sorologia para Sífilis	
Sorologia para Chagas (IgG e IgM)	
Sorologia para HIV	

OBSERVAÇÕES:

1. Na definição do encaminhamento à lista de transplante, o serviço transplantador acrescenta critérios, tais como: Cate com medidas de pressão invasivas e teste de reatividade Pulmonar (IC < 2,0 e pressão pulmonar <4 w) e Teste ergoespirométrico (VO₂ <12);
2. **AÓS INSTAURAÇÃO DO TRATAMENTO, ENCAMINHAR PARA EQUIPE DE TRANSPLANTE QUANDO:**
 - 2.1 Apesar da terapêutica ainda permanecer em classe funcional III/IV persistente;
 - 2.2 Doença isquêmica com angina refratária sem possibilidade de revascularização;
 - 2.3 Arritmia ventricular refratária.

De posse destes registros, a CENTRAL DE REGULAÇÃO disponibiliza ao serviço básico ou especializado de saúde, municipal ou regional a consulta do paciente solicitante no Centro Transplantador.

Serviço de origem: _____

Médico: _____

Data: ___ / ___ / ____

Carimbo e Assinatura

ANEXO I

Recomendações para tratamento farmacológico de pacientes ambulatoriais com IC compensada candidatos ao transplante cardíaco segundo a II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco:

1. Uso de IECA (preferencial) ou BRA para todos os pacientes (independente da etiologia) com FEVE <45% , nas doses máximas da droga ou máximas toleradas;
2. Uso de Beta bloqueadores com estudos que demonstraram efetividade em IC (Carvedilol, succinato metoprolol, bisoprolol) nas doses máximas da droga ou máximas toleradas;
3. Uso da Combinação de nitrato e hidralazina em pacientes com FEVE baixa e com contra-indicações aos IECA ou BRA, como substitutivo;
4. Uso da Combinação de nitrato e hidralazina em pacientes com FEVE baixa e afrodescendentes como acréscimo a terapia com IECA ou BRA, para pcte sintomáticos apesar da terapia otimizada com os mesmos;
5. Uso de Diuréticos de alça nas doses necessárias para estabelecer o balanço hídrico adequado;
6. Uso de espironolactona em pactes com FEVE <45% e isquêmicos e nos pacientes com miocardiopatia dilatada não isquêmica nos pacientes em classe funcional II,III, IV;
7. Uso de digital em pacientes com IC com FEVE <45% e sintomáticos apesar de toda terapêutica acima mencionada.

Consultoria: Dra. Lídia Zytynski Moura, M.D., Ph.D., Coordenadora do curso de Medicina e professora de cardiologia, PUC-PR, 2013.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE – RIM

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RINS, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de Insuficiência RENAL CRÔNICA comprovada, pelo que se deverá comprovar os itens abaixo:

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
Data Nasc.: _____ RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

INSUFICIÊNCIA RENAL CRONICA, COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO (Portaria 2600/09, art. 32)	SIM	NÃO
I - está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva;		
II - apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m ² ;		
III- idade inferior a 18 anos e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ²		
IV – é diabético em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ²		

AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
1. AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA COM: RISCO CIRURGICO			
ECG			
2. EXAMES DE DETECÇÃO DE CA (ATENÇÃO BASICA):			
MAMOGRAFIA (protocolo M.S.)			
PAPANICOLAU (protocolo M.S.)			
PSA (homens >40anos c/ fator de risco ou > 50 anos)			

RESULTADOS DE EXAMES (Portaria 2600/09):					
Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Sorologias	Resultado
Dosagem de sódio		HIV		Chagas	IgM
Dosagem de potássio		HTLV I e II			IgG
Creatinina		HbsAg		Citomegalovírus	IgM
Ureia		Anti-Hbc			IgG
ABO e RH		Anti-Hbs		VDRL	
TSH		Anti-HCV			
Hemograma					
Glicemia					

OUTROS EXAMES ESPECÍFICOS:	
_____	_____
_____	_____

Consultoria: SOCIEDADE PARANAENSE DE NEFROLOGIA, 2013.

De posse destes registros, a CENTRAL DE REGULAÇÃO disponibiliza ao serviço básico ou especializado de saúde, municipal ou regional a consulta do paciente solicitante no Centro Transplantador.

Serviço de origem: _____

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura
Anexo III da Resolução SESA nº 335/2014

PROCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE – FÍGADO

Para encaminhamento de pacientes oriundos da assistência municipal ou regional para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado, o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de Doença hepática crônica descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por hepatocarcinoma, comprovando os itens abaixo:

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____		
Data Nasc.: _____	RG: _____	CPF: _____
Nome da mãe: _____		
Endereço: _____		Nº: _____
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____

1. AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE	Sim	Não	Não há dados
A. Histórico de ascite.			
B. Histórico de encefalopatia hepática			
C. Histórico de sangramento digestivo por Varizes de esôfago ou estômago.			
D. Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma).			
E. Dados para cálculo MELD score			
Creatinina (mg/dL): _____		RNI: _____	
Bilirrubinas totais (mg/dL): _____		Sódio: _____	

2. EXAMES COMPLEMENTARES:	Resultado
A. Ecografia de abdome	
B. RNM abdome	
C. TAC abdome	

3. OUTRAS SITUAÇÕES:	
A. Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento anti-viral (avaliação pré-tratamento):	
B. Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	
C. Outro	

Fonte: ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE HEPATOLOGIA, 2013

De posse destes registros, a CENTRAL DE REGULAÇÃO disponibiliza ao serviço básico ou especializado de saúde, municipal ou regional a consulta do paciente solicitante no Centro Transplantador.

Serviço de origem: _____

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura