

**ORDEM DE SERVIÇO 01/2012**

Dispõe sobre a regulamentação do processo de autorização do procedimento de Hemodiálise Contínua pelo IPERGS.

**O DIRETOR DE SAÚDE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL-IPERGS**, no uso de suas atribuições, conforme disposto na Lei n.º 12.395, de 15 de dezembro de 2005, bem como tendo em vista o processo administrativo n.º 26730-1000/11-9, e:

Considerando a necessidade de autorização automática do procedimento de hemodiálise contínua, visando evitar transtornos aos segurados, às clínicas, hospitais e médicos credenciados;

Considerando a decisão judicial proferida no processo n.º 5022366-53.2011.404.7100, da 5ª Vara Federal de Porto Alegre, RS.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Regular a prática da "Hemodiálise Contínua" aos beneficiários do IPE-Saúde, a partir das demandas de terapêutica substitutiva renal, nos casos dos pacientes críticos, internados em Centros de Terapia Intensiva (CTI), com instabilidade hemodinâmica grave, que não toleram procedimentos dialíticos convencionais ou intermitentes, conforme o protocolo que segue anexo, o qual é parte integrante da presente ordem de serviço.

**Parágrafo único** - Ressalta-se que tal instrumento, com base nos princípios da Medicina Baseada em Evidências, fora desenvolvido a partir da parceria com a Sociedade Gaúcha de Nefrologia e Associação Brasileira de Diálise e Transplante/RS (protocolo no IPERGS em 03/12/10, processo nº 123500-2442/10-9) e, devido à complexidade do tema, situações não previstas inicialmente nessas normas serão avaliadas individualmente pela equipe técnica do IPE-Saúde, sempre com as premissas de zelar pelo melhor atendimento aos pacientes.

**Art. 2º** - A presente ordem de serviço possui os seguintes anexos:

**ANEXO 1** - Protocolo técnico: definições, indicações para terapia renal substitutiva, decisão de não intervenção ou suspensão do tratamento, indicadores para monitoração e escolha do método dialítico;

**ANEXO 2** - Tabela com a identificação dos pacotes por modalidade do equipamento dialisador em uso (FAD-100, Diapact e Prisma e Prisma-Flex);

**ANEXO 3** - Orientações aos Prestadores quanto ao processo de autorização e pagamento.

**Art. 3º** - Esta ordem de serviço entra em vigor na presente data, retroagindo seus efeitos à data de 25 de agosto de 2011.

**Art. 4º** - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre/RS, 31 de janeiro de 2012.

**Cláudio Ribeiro,**  
**Diretor de Saúde.**

**- ANEXO I -****PROTOCOLO PARA HEMODIÁLISE CONTÍNUA****1. DEFINIÇÕES:**

- a) Estabilidade hemodinâmica: paciente apresenta pressão arterial estável, sem necessidade de drogas vasopressoras, sem apresentar momentos de hipotensão, e sem prejuízo à perfusão periférica.
- b) Hipercatabolismo: paciente com elevada produção de escórias metabólicas, como uréia, creatinina, ácido úrico, fósforo, potássio, hidrogênio. Usualmente pode ser definida como elevação de uréia sérica maior do que 60 mg/dL por dia. Entretanto, pacientes com insuficiência hepática podem ter elevação de uréia falsamente reduzida, por incapacidade de síntese. Situações clínicas comumente associadas ao hipercatabolismo: síndrome da resposta inflamatória (SIRS) grave, falência de múltiplos órgãos e sistemas (FMOS), grandes cirurgias, politraumatismo, grande queimado, rabdomiólise, síndrome de lise tumoral.
- c) Risco de sangramento: plaquetopenia (plaquetas  $< 100.000 \text{ mm}^3$ ), coagulação intravascular disseminada (CIVD), sangramento ativo atual ou recente, lesão neoplásica ou cerebral com risco de sangramento, acidentes vasculares cerebrais, pós-operatórios, necessidade de reintervenção cirúrgica iminente.
- d) Incapacidade de manter controle metabólico ou volêmico: situação em que o paciente hipercatabólico não consegue manter-se em equilíbrio metabólico adequado ou não consegue negatizar balanço hídrico por insuficiência do método dialítico.
- e) Insuficiência hepática grave: falência hepática com transaminases muito elevadas (acima de 50 vezes o valor máximo normal), ou icterícia progressiva com transaminases decrescentes, ou incapacidade de metabolizar lactato ou citrato com acúmulo desses ânions (lactato sérico ou ânion gap).
- f) Controle metabólico adequado: uréia ao redor de 100 mg/dL, potássio menor do que 5 mEq/L, bicarbonato maior do que 20 mEq/L, sem acúmulo de outras escórias.

**2. INDICAÇÕES PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA EM CTI:**

- a) Risco iminente: hipercalemia ( $K > 6,5 \text{ mEq/L}$ ), congestão pulmonar que dificulte ventilação, acidose metabólica grave com acúmulo de ânions.

- b) Desproporção no manejo de líquidos: necessidade de infusão/ingestão de volumes superiores à capacidade do paciente em excretá-los, levando a hipervolemia ou hiperhidratação progressiva.
- c) Manifestações de toxicidade urêmica.
- d) Distúrbios sintomáticos de osmolaridade plasmática, principalmente disnatremias, sem possibilidade de tratamento clínico.
- e) Outras indicações: insuficiência cardíaca esquerda, hipertermia maligna, rabdomiólise/lise tumoral, insuficiência respiratória/síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), intoxicações exógenas.

Obs.: a indicação do tratamento é feita por nefrologista em comum acordo com o intensivista e/ou o médico assistente.

### 3. DECISÃO DE NÃO INTERVENÇÃO OU SUSPENSÃO DO TRATAMENTO:

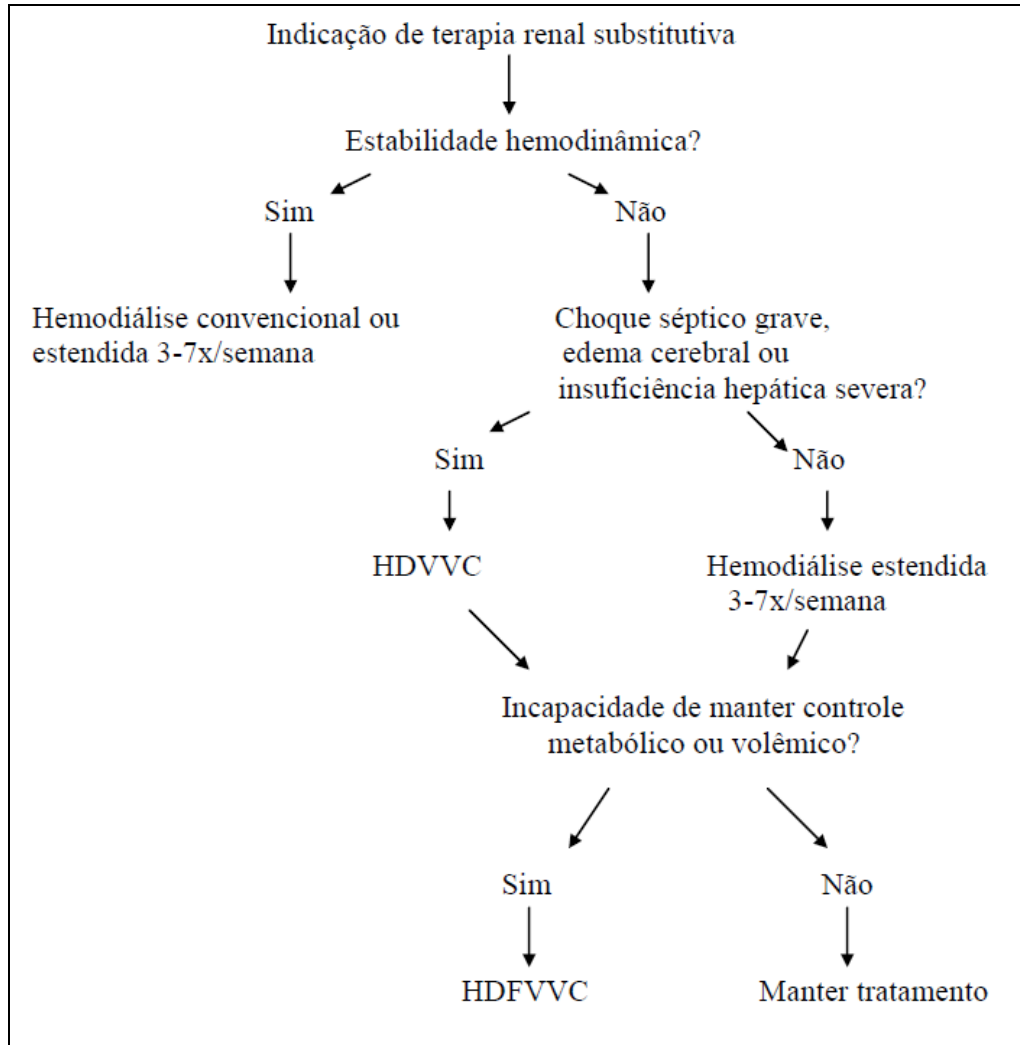
Em situações que sugiram futilidade ou inutilidade do tratamento, a decisão de não intervenção deve ser tomada pelo médico e equipe assistentes, com a concordância da família.

### 4. INDICADORES PARA MONITORAR O TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO RENAL NO CTI:

- a) Número de procedimentos por dia;
- b) Tempo (dias) de tratamento por paciente;
- c) Percentual de recuperação da função renal;
- d) Mortalidade no CTI;
- e) Mortalidade hospitalar;
- f) Percentual de pacientes falecidos com menos de 48 horas de tratamento;
- g) Percentual de pacientes que atingiram controle metabólico e volêmico adequado;
- h) Indicações da terapêutica;
- i) Modalidade de diálise: equipamentos, soluções de diálise, anticoagulação e fluxos.

5. ESCOLHA DO MÉTODO:

5.1. Algoritmo básico:



Situações:

- a) Estado hemodinâmico estável: hemodiálise convencional, estendida ou diálise peritoneal.
- b) Estado hemodinâmico instável: hemodiálise estendida ou hemodiálise veno-venosa contínua (HDVVC). Situações de choque séptico grave, edema cerebral ou insuficiência hepática requerem HDVVC.
- c) No caso de hipercatabolismo com diálise inadequada, ou incapacidade de manter controle metabólico ou volêmico: hemodiafiltração veno-venosa contínua (HDFVVC).

- a) Nos casos de hiperhidratação, insuficiência cardíaca esquerda, congestão pulmonar, sem necessidade de depuração extra-renal: diálise peritoneal, ultrafiltração lenta contínua (UFCL) ou ultrafiltração isolada.

Obs.: A escolha da dose de tratamento (fluxo de sangue, fluxo de dialisato, tipo de filtro capilar ou frequência das sessões) terá como objetivo manter o controle metabólico ou volêmico.

#### 5.2. Escolha da anticoagulação:

- a) Hemodiálise em situação normal: heparinização plena com heparina não fracionada.
- b) Se houver risco de sangramento:
- Lavagem frequente com solução fisiológica nas hemodíalises convencional e estendida, ou quando houver contraindicação a citrato.
  - Nos métodos contínuos, anticoagulação com citrato.

#### 5.3. Escolha do tampão:

- a) Nos métodos intermitentes: bicarbonato.
- b) Nos métodos contínuos:
- Em situação normal: lactato
  - Em risco de sangramento: citrato
  - Em insuficiência hepática grave: bicarbonato
  - Se houver evidência de hiperlactatemia progressiva (acima de 5) ou intoxicação por citrato (relação cálcio total/cálcio iônico elevado, acúmulo de ânion gap): bicarbonato.

#### 6. RESUMO DAS INDICAÇÕES POR MÉTODO:

- a) Diálise peritoneal: insuficiência renal aguda não hipercatabólica em paciente com cardiopatia grave, especialmente insuficiência cardíaca congestiva classe IV, e possibilidade de uso da cavidade peritoneal.
- b) Hemodiálise intermitente convencional (3 a 6 horas, 3 a 7 vezes por semana): estabilidade hemodinâmica com risco de sangramento.
- c) Hemodiálise estendida (7 a 12 horas, 3 a 7 vezes por semana): instabilidade hemodinâmica com risco de sangramento.
- d) Hemodiálise veno-venosa contínua (HDVVC): instabilidade hemodinâmica, choque séptico grave, edema cerebral, insuficiência hepática.

- e) Hemodiafiltração veno-venosa contínua (HDFVVC): necessidade de método contínuo com hipercatabolismo e incapacidade de manter controle metabólico ou volêmico com HDVVC.
- f) HDVVC ou HDFVVC com citrato: necessidade de HDVVC ou de HDFVVC com risco de sangramento.
- g) HDVVC ou HDFVVC com bicarbonato: HDVVC ou HDFVVC com dificuldade de metabolização do citrato ou do lactato.
- h) Hemoperfusão: indicado em algumas intoxicações exógenas.

**- ANEXO II -**

Modalidades básicas previstas para hemodiálise contínua, compostos pelo equipamento dialisador, solução de diálise e previsão de anticoagulação:

1. FAD-100 (serviço complementar n.º 801):
  - 1.1. Solução com bicarbonato e anticoagulação com heparina;
  - 1.2. Solução com bicarbonato e anticoagulação com citrato;
  - 1.3. Solução com bicarbonato e anticoagulação sem anticoagulação;
  - 1.4. Solução com lactasol e anticoagulação com heparina;
  - 1.5. Solução com lactasol e anticoagulação com citrato;
  - 1.6. Solução com lactasol e anticoagulação sem anticoagulação.
  
2. Diapact (serviço complementar n.º 802):
  - 2.1 Solução com bicarbonato e anticoagulação com heparina;
  - 2.2 Solução com bicarbonato e anticoagulação com citrato;
  - 2.3 Solução com bicarbonato e anticoagulação sem anticoagulação;
  - 2.4 Solução com lactasol e anticoagulação com heparina;
  - 2.5 Solução com lactasol e anticoagulação com citrato;
  - 2.6 Solução com lactasol e anticoagulação sem anticoagulação.
  
3. Prisma (serviço complementar n.º 803):
  - 3.1 Solução com bicarbonato e anticoagulação com heparina;
  - 3.2 Solução com bicarbonato e anticoagulação com citrato;
  - 3.3 Solução com bicarbonato e anticoagulação sem anticoagulação;
  - 3.4 Solução com lactasol e anticoagulação com heparina;
  - 3.5 Solução com lactasol e anticoagulação com citrato;
  - 3.6 Solução com lactasol e anticoagulação sem anticoagulação.
  
4. Prisma-Flex (serviço complementar n.º 804):
  - 4.1 Solução com bicarbonato e anticoagulação com heparina;
  - 4.2 Solução com bicarbonato e anticoagulação com citrato;
  - 4.3 Solução com bicarbonato e anticoagulação sem anticoagulação;
  - 4.4 Solução com lactasol e anticoagulação com heparina;
  - 4.5 Solução com lactasol e anticoagulação com citrato;
  - 4.6 Solução com lactasol e anticoagulação sem anticoagulação.



**- ANEXO III -**

Orientação aos Prestadores quanto aos processos de autorização e pagamento do procedimento Hemodiálise Contínua (código THP n.º 15010104):

- 1) Cabe aos Hospitais, credenciados junto ao IPE-Saúde e interessados em executar tal procedimento, habilitarem-se a estes Serviços Complementares (n.º 801 a 804), conforme normas legais de credenciamento em vigência, junto à Gerência de Relacionamento com Prestadores.
- 2) Quando da necessidade de tal terapêutica, seguirá a solicitação de Guia de Autorização (GA) por meio eletrônico conforme demais rotinas de procedimentos na modalidade de internação hospitalar. Nas situações em que o paciente já se encontre internado, haverá necessidade de mudança de procedimento (MP) para adequação do honorário médico.
- 3) Na cobrança da conta hospitalar, deverá ser encaminhado o Relatório Assistencial em Hemodiálise Contínua (RAHC) assinado pelo médico nefrologista com os dados clínicos pertinentes a esta terapêutica. No caso de ocorrer mais de uma sessão (intermitentes) será produzido um relatório por sessão. A guia (em modelo PDF) deste relatório encontra-se disponível no site do IPE-Saúde (<http://www.ipe.rs.gov.br>).
- 4) Demais situações não previstas neste protocolo serão deliberadas juntamente a Diretoria de Saúde do IPERGS.