

PORTARIA 026/2012

- ANEXO I -

Dispõe sobre a inclusão de Diária Global de Cuidados Mínimos na Tabela de Honorários autorizados pelo IPE-SAÚDE.

O DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais, que lhe são conferidas pelo artigo 13, da Lei nº 12.395, de 15 de dezembro de 2005, e tendo em vista a recomendação da Diretoria Executiva, conforme consta no Processo nº. 029522-24.42/10-6,

DETERMINA:

Art. 1º - Incluir no capítulo 1 da Tabela de Honorários do IPE-Saúde o seguinte código, enunciado e respectivo valor:

Código. 421-9	Diária Global de Cuidados Mínimos	R\$ 450,00
---------------	-----------------------------------	------------

Art. 2º - A aplicação dos valores da diária Global de Cuidados Mínimos será definida por Ordem de Serviço da Diretoria de Saúde, conforme diretrizes do processo nº. 029522.24.42/10-6, que cria o PROJETO PILOTO DE CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE CUIDADOS MÍNIMOS.

Art. 3º - Esta portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação no DOE.

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2012.

Valter Morigi
Diretor-Presidente.

Código: 925319

ORDENS DE SERVIÇO

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 nº 5022366-53.2011.404.7100, da 5ª Vara Federal de Porto Alegre, RS.

RESOLVE:

Art. 1º - Regulamentar 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, 16 de janeiro de 2012.

Cláudio Ribeiro,
Diretor de Saúde.

PROTOCOLO PARA HEMODIÁLISE CONTÍNUA

1. DEFINIÇÕES:

- Estabilidade hemodinâmica: paciente apresenta pressão arterial estável, sem necessidade de drogas vasopressoras, sem apresentar momentos de hipotensão, e sem prejuízo à perfusão periférica.
- 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.
- Risco de sangramento: plaquetopenia (plaquetas < 100.000 mm³), coagulação intravascular disseminada (CIVD), sangramento ativo atual ou recente, lesão neoplásica ou cerebral com risco de sangramento, acidentados vasculares cerebrais, pós-operatórios, necessidade de reintervenção cirúrgica iminente.
- Incapacidade de manter controle metabólico ou volêmico: situação em que o paciente hipercatabólico não consegue manter-se em equilíbrio metabólico adequado ou não consegue negatar balanço hídrico por insuficiência do método dialítico.
- 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).
- 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:

- Risco iminente: hipercalemia (K > 6,5 mEq/L), congestão pulmonar que dificulte ventilação, acidose metabólica grave com acúmulo de ânions.
- 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.
- Manifestações de toxicidade urêmica.
- Distúrbios sintomáticos de osmolaridade plasmática, principalmente disnatremias, sem possibilidade de tratamento clínico.
- 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:

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