

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À CIRURGIA GINECOLÓGICA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí - 2024



Prefeitura
de Jundiaí



Prefeitura
de Jundiaí

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À CIRURGIA GINECOLÓGICA

JUNDIAÍ

Revisão e atualização-2024



Organização e Elaboração

**Departamento de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde**

Dra. Érika Pimenta de Pádua Mayer (Apoiadora técnica da Saúde da Mulher)

Colaboradores- equipe de cirurgia ginecológica:

Dra Ana Luiza Bonatelli

Dra Cristiane

Dr Marcel de Paula

Dra Maria Helena Polli

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO -----	4
2. FLUXO DE ATENDIMENTO -----	4
3. INTRODUÇÃO -----	6
4. PRINCIPAIS MOTIVOS PARA O ENCAMINHAMENTO -----	7
4.1. Sangramento Uterino Anormal -----	7
4.1.1. Na menacme -----	7
4.1.2. Na Menopausa -----	8
4.2. MASSAS ANEXIAIS -----	9
4.3. MIOMATOSE -----	11
4.4. CISTOS DE BARTHOLIN -----	12
4.5. HIPERTROFIA DE NINFAS -----	13
4.6. ANORMALIDADES DA ESTÁTICA PÉLVICA -----	14
4.7. DOR PÉLVICA CRÔNICA/ENDOMETRIOSE -----	20
4.8. ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL -----	23
5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -----	24
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	26

1. APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

2. FLUXO DE ATENDIMENTO

A necessidade da consulta deve ser indicada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o

encaminhamento do paciente para avaliação da atenção especializada à saúde.

A Estratificação de Risco, que define o tempo de acesso ao recurso, feita pelo médico solicitante na APS poderá ser redefinida pelo médico regulador a depender dos dados clínicos, resultados de exames e protocolos pactuados. Assim, é de extrema importância todos os dados positivos, achados de imagem e tratamentos já propostos estejam descritos no encaminhamento.

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá:

- Retornar em consulta no serviço;
- Ser encaminhado para outra especialidade ou
- Receber o relatório de contra referência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).

Estratificação de risco:

- ✓ **P0:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato – Encaminhar para o Pronto Socorro
- ✓ **P1:** Casos que necessitam de atendimento entre 30 a 40 dias;
- ✓ **P2:** Situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo entre 3 a 6 meses;
- ✓ **P3:** Necessitam de atendimento especializado, mas podem manter o acompanhamento na UBS até a data da consulta e se necessário, reclassificação de risco.

P1- As pacientes serão avaliadas pelo encaminhamento via e-mail e agendadas de modo a oportunizar o acesso, dessa forma ao encaminhar, não descrever o nome do profissional e sim a especialidade.

P2 e p3- Após avaliação do encaminhamento pelo NIR, o agendamento poderá ser direcionado para equipes distintas do ambulatório, ser reencaminhado para a uba a fim de reavaliação ou complementação ou se não houver pertinência, terá uma devolutiva com orientações.

Os encaminhamentos p1 devem ser enviados via e-mail (nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br) , p2 e p3 devem ser encaminhados via malote para o ambulatório da saúde da mulher.

3. INTRODUÇÃO:

A medicina é uma ciência em movimento em que os tratamentos estão em constantes mudanças e a cada dia mais conservadores. Assim, ao pensar num encaminhamento para a especialidade cirúrgica devemos ter as seguintes perguntas em mente:

- Esgotamos todas as possibilidades de tratamento conservador?
- É desejo da paciente algum tipo de procedimento cirúrgico?
- Ela fez o tratamento clínico proposto anteriormente?
- Ela está ciente de que avaliação e **proposta terapêutica final será do especialista?**
- Ela está apta clinicamente para ser submetida a uma cirurgia, caso seja necessário (patologias de base bem controladas)?

Ao estratificar o risco, é necessário manter o acompanhamento na Atenção Primária, principalmente até a consulta com especialista.

É da competência do especialista:

- Indicar alternativas medicamentosas, entre elas a inserção do endoceptivo de levonorgestrel;
- Realizar biópsia de endométrio por aspiração intrauterina (AMIU);
- Indicar cirurgia;
- Dar alta para acompanhamento na ubS com manutenção de tratamento clínico.

4.PRINCIPAIS MOTIVOS PARA O ENCAMINHAMENTO:

4.1. Sangramento Uterino Anormal

4.1. 1. Menacme

CRITÉRIOS PARA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO:
<ul style="list-style-type: none">• Sangramento uterino anormal associado a pólipo maior que 15 mm ou múltiplos pólipos ou suspeita de hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);
<ul style="list-style-type: none">• Sangramento uterino anormal aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 50 anos e, pelo menos, mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).
<ul style="list-style-type: none">• Miomas >300, na falha do tratamento medicamentoso otimizado

O manejo dos casos de sangramento uterino anormal se encontram em “Protocolo de manejo de sangramento uterino anormal”.

<https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2024/11/protocolo-de-manejo-de-sangramento-uterino-anormal.pdf>

https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2024/11/sua-urg_ncia-fmj.pdf

4.1.2. Menopausa

Referenciar para a especialidade todas as mulheres menopausadas com qualquer sangramento de origem uterina e eco endometrial \geq a 5mm.

Nos casos de eco endometrial $<$ 5mm: Se sangramento $<$ 15d e único, reavaliar em 6 meses com novo exame de imagem.

Encaminhar se houver sangramento persistente e de repetição do sangramento (a partir do 2º episódio) sem necessidade de novo exame de US.

Pacientes em uso de tamoxifeno na pós-menopausa devem realizar exame ginecológico anual e em todos os casos de sangramento, devem ser encaminhadas para avaliação.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
- Paciente está na menopausa? Se sim, há quanto tempo?;
- Se paciente na menopausa, faz TH? Se sim a quanto tempo? Qual medicamento? Se não, já fez? Por quanto tempo? Parou há quanto tempo?;
- Resultado de hemograma recente, com data;
- Descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).

4.2. MASSAS ANEXIAIS

Compreende a presença de massa em tecido próximo ao útero, geralmente, ovário ou tuba uterina. O diagnóstico, na maioria dos casos, é estabelecido através de exame complementar por ultrassonografia transvaginal na presença de dor pélvica.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para cada ano do triênio 2020/2022 estima-se que sejam diagnosticados, no Brasil, 6.650 novos casos de câncer de ovário (com um risco estimado de 6,18 casos/100 mil mulheres).

O câncer de ovário ocupa o quinto lugar em mortes por câncer entre as mulheres, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outro câncer do sistema reprodutivo feminino. O risco de uma mulher desenvolver câncer de ovário durante sua vida é de 1 em 78. A chance de uma mulher morrer de câncer de ovário é de cerca de 1 em 108. Essas estatísticas não levam em conta tumores ovarianos de baixo potencial de malignidade.

Esse tipo de câncer se desenvolve principalmente em mulheres na menopausa. Cerca de metade das mulheres que são diagnosticadas com câncer de ovário têm em torno de 63 anos ou mais, sendo mais frequentes em mulheres brancas do que nas negras.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Classificação maligna ou inconclusiva, segundo classificação de IOTA (descrição a seguir);
- Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança de hábito intestinal.);
- Cistos simples acima de 8cm se sintomática e/ou com crescimento em exame de US de controle (3, 6 e 12 meses);

- Cisto simples < 8cm na mulher na menopausa- solicitar ca 125: se alterado, encaminhar para a especialidade, se normal, repetir exame de US em 6 meses para reavaliação.

O cisto simples tem risco de malignidade <1% e a exérese não diminui mortalidade por câncer.

Na suspeita de cisto roto ou torcido, considerar P0 (abdome agudo), encaminhar para HU.

Abaixo estão descritas as regras de IOTA, *International Ovarian Tumor Analysis*, as quais consistem em **dez critérios ultrassonográficos simples** de serem interpretados para avaliação de potencial malignidade: 5 critérios benignos e 5 critérios malignos.

A maior parte das massas anexiais podem ser classificadas como benignas ou malignas pelas regras simples. Entretanto, em cerca de um quarto das pacientes, as regras simples são inconclusivas. Nesses casos, o grupo IOTA recomenda a reavaliação dessas pacientes por médicos especialistas.

Regras Simples segundo o *International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)*

Critérios benignos:

- 1- Cisto unilocular;
- 2- Presença de componente sólido com diâmetro máximo < 7 mm;
- 3- Presença de sombra acústica;
- 4- Cisto multilocular com paredes lisas, desde que o maior diâmetro seja < 100 mm;
- 5- Ausência de fluxo ao Doppler (índice de cor = 1, sem fluxo).

Critérios malignos:

- 1- Tumor sólido com paredes irregulares;

- 2- Presença de ascite;
- 3- Quatro ou mais projeções papilares;
- 4- Tumor multilocular sólido, com contornos irregulares e maior diâmetro \geq 100 mm;
- 5- Vascularização intensa ao Doppler (índice de cor 4, fluxo intenso).

- Para ser classificada como **BENIGNA**, a lesão precisa apresentar ao menos um critério benigno (B) e nenhum critério maligno (M).
- Para ser classificada como **MALIGNA**, a lesão precisa apresentar ao menos um critério maligno (M) e nenhum critério benigno (B).
- Nas lesões com critérios benignos e malignos , ou sem nenhum critério benigno ou maligno, as regras simples são **INCONCLUSIVAS**.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- Paciente está na menopausa? Se sim, há quanto tempo;
- Descrição do exame de imagem, com data (se possível, anexar laudo);
- História familiar de câncer de mama ou ovário. Se sim, descrever parentesco dos familiares e idade de diagnóstico do câncer.

4.3. MIOMATOSE

Miomas uterinos são tumores uterinos benignos de natureza muscular lisa. Eles podem causar sangramento uterino anormal, dor e pressão pélvica, sintomas urinários e intestinais, bem como complicações gestacionais. O diagnóstico é feito, geralmente, por exame pélvico clínico e ultrassonográfico. O tratamento dependerá dos sintomas e manutenção da fertilidade; pode incluir contraceptivos hormonais orais, terapia pré-cirúrgica breve com GnRH para

diminuir o tamanho dos miomas e outros procedimentos cirúrgicos definitivos (por exemplo: miomectomia, histerectomia).

Os miomas são comuns, ocorrendo em cerca de 70% das mulheres até 45 anos de idade. Muitos são pequenos e assintomáticos. Cerca de 25% das mulheres brancas e 50% das mulheres negras podem desenvolver miomas sintomáticos com a idade. Os fatores de risco de miomas incluem: ser da raça negra e apresentar índice de massa corporal elevado.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por seis meses.
- Não há um tamanho que determine a cirurgia.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- Resultado de hemograma, com data;
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (nomes e dosagens).

4.4. CISTOS DE BARTHOLIN

As glândulas de Bartholin são glândulas redondas e muito pequenas localizadas bilateralmente na vulva, uma em cada lado da abertura da vagina. Tem como função a secreção de muco para a lubrificação da vulva e da vagina durante o ato sexual.

A obstrução dos ductos das glândulas de Bartholin pode originar uma massa vulvar, sendo as mais comuns os cistos e os abscessos. Quando

sintomáticas, essas massas respondem por 2% de todas as visitas ginecológicas por ano, sendo os abscessos quase três vezes mais comuns que cistos. Um cisto ou abscesso de Bartholin anterior é o principal fator de risco para recorrência.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Sintomas que causem desconforto a paciente;
- Desejo de tratamento cirúrgico;
- Apresentar bartholinite de repetição (sem marsupialização).

Na vigência de processo agudo, tratar clinicamente e na necessidade de drenagem, encaminhar para o Hospital Universitário (P0) e reavaliar após caso ocorra recidiva.

Descritivo mínimo:

- Sintomas (descrever exame físico);
- Tratamentos anteriores.

4.5. HIPERTROFIA DE NINFAS

Os pequenos lábios vaginais são formados por duas pregas cutâneas que se estendem desde do frênulo do clitóris até a comissura posterior do vestíbulo da vagina. São preenchidos por tecido conjuntivo com propriedades eréteis e apresentam rica rede vascular e nervosa. A face lateral, com epitélio queratinizado, funde-se ao grande lábio vaginal, no sulco interlabial. A face medial une-se à porção lateral do vestíbulo da vagina.

Os pequenos lábios vaginais que protruem através dos grandes lábios e se tornam expostos dão um aspecto flácido e rugoso à vulva, passando a

incomodar levando a fissuras e dispareunia de penetração e constranger muitas mulheres.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO:

- Sintomas que causem desconforto a paciente;
- Desejo de tratamento cirúrgico;
- Idade: idealmente 5 anos após a menarca, caso abaixo de 18 anos, deverá ter responsável ciente do desejo cirúrgico com aprovação.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (descrever exame físico);

4.6. ANORMALIDADE DA ESTÁTICA PÉLVICA

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) constitui-se em uma herniação dos órgãos pélvicos através da vagina. É uma condição prevalente de baixa morbimortalidade, mas que afeta as mulheres no seu cotidiano, sexualidade e atividade física.

A prevalência desta condição é próxima a 22% em mulheres de 18 a 83 anos, variando até 30%, em mulheres na faixa etária dos 50 a 89 anos. Os POP são a principal indicação de histerectomia em mulheres na pós-menopausa. Aproximadamente um quinto de todas as histerectomias realizadas, são devidas ao prolapso.

Nomenclatura utilizada de acordo com compartimento acometido:

NOMENCLATURA ANTIGA	NOMENCLATURA ATUAL	DEFINIÇÃO
Cistocele	Prolapso de parede anterior- Defeito do compartimento anterior	Hérnia da parede vaginal anterior, relacionado à prociência da bexiga
Retocele	Prolapso de parede posterior- Defeito do compartimento posterior	Comumente relacionado com a descida do reto
Prolapso de útero ou cúpula vaginal (pós Histerectomia)	Prolapso Apical- Defeito do compartimento apical ou central	Descida da vagina ou útero para o hímen ou através do introito vaginal. Comumente associado com enterocele
Prolapso Total	Prolapso Total- Defeito do compartimento apical ou central	Prolapso de todos os compartimentos através da parede vaginal

As principais classificações são:

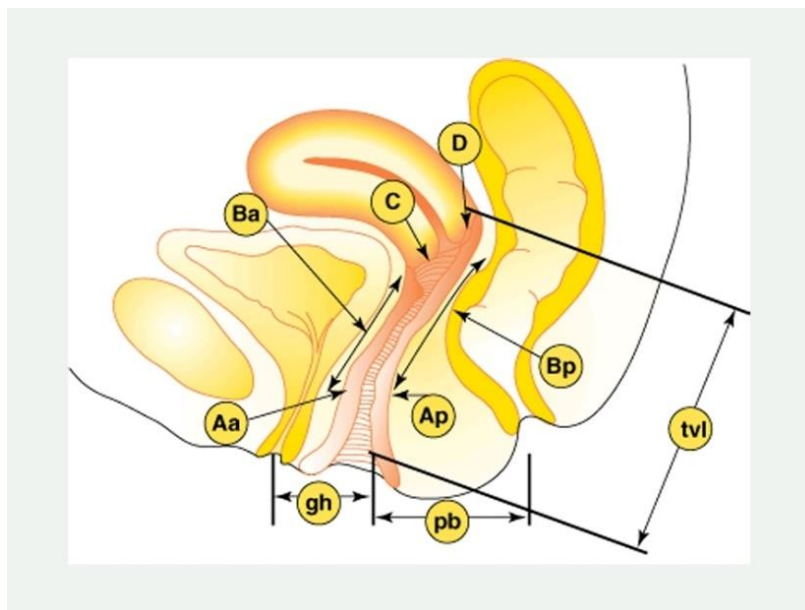
- Baden-Walker;
- POP-Q (Pelvic Organ Quantification System)

Baden-Walker:

Baden-Walker

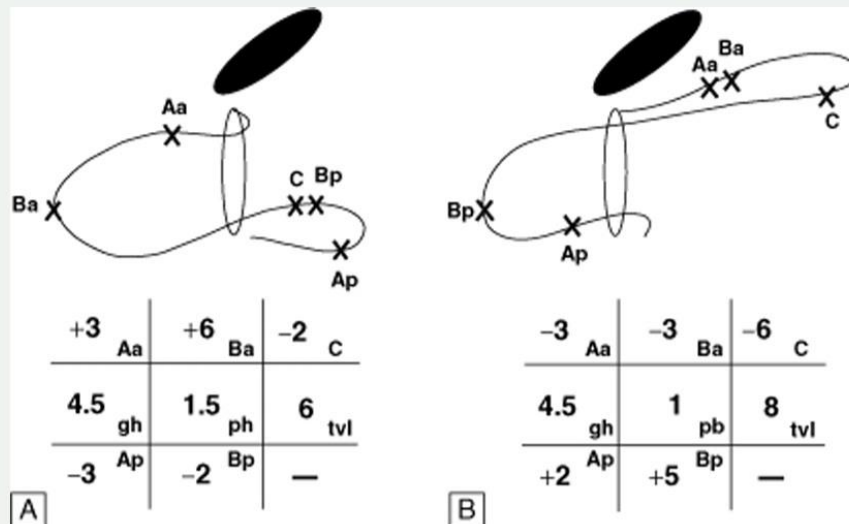
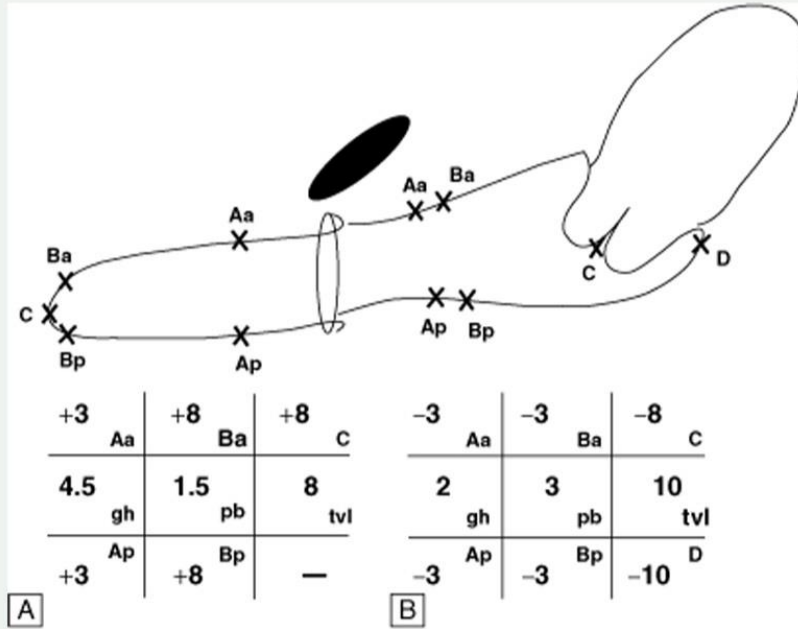
- ◆ Grau 0
 - Sem prolapso
- ◆ Grau 1
 - Pelo menos até a metade da distância entre o local inicial e a carúncula himenal
- ◆ Grau 2
 - Quando chega à carúncula himenal sem ultrapassá-la
- ◆ Grau 3
 - Quando ultrapassa a carúncula parcialmente
- ◆ Grau 4
 - Quando ultrapassa a carúncula em todo o seu conteúdo

POP-Q:



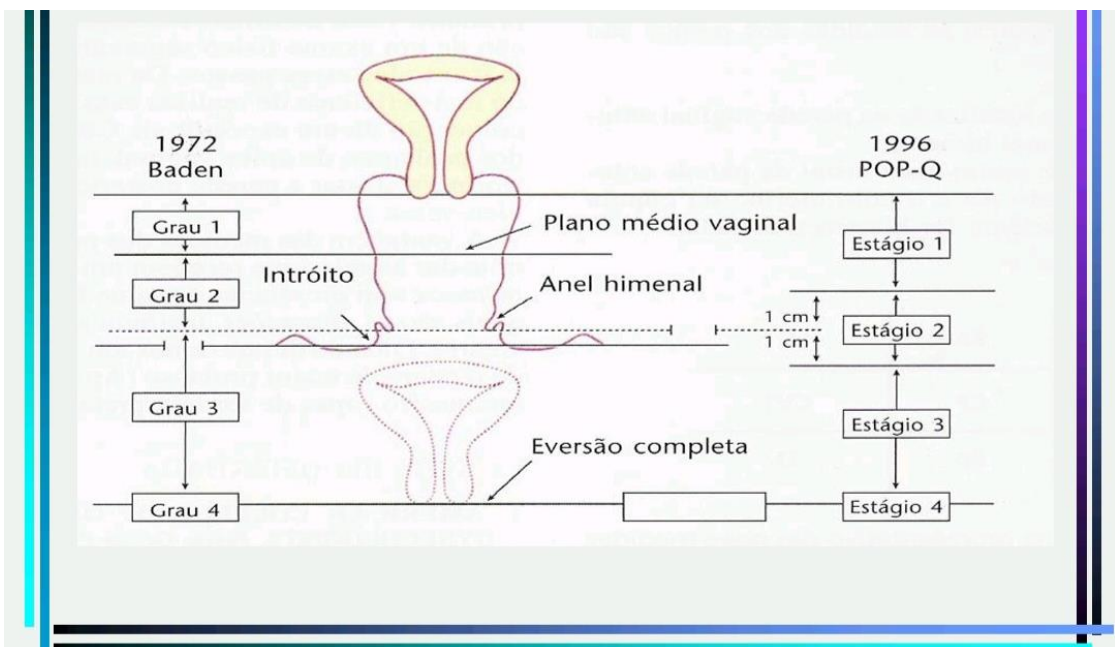
- ◆ Hg – Hiato genital
 - Distância (cm) entre o meato uretral até a fúrcula vaginal
- ◆ Cp – Corpo perineal
 - Distância (cm) da fúrcula vaginal até o esfíncter anal externo
- ◆ CVT – Comprimento vaginal total
 - Medido em repouso. Se paciente com prolapso, reduzir e aferir
- ◆ Prolapsos internos à carúncula
 - Sinal negativo
- ◆ Prolapsos externos à carúncula
 - Sinal positivo

- ◆ Aa – parede anterior da vagina, 3cm proximal ao introito
- ◆ Ap – parede posterior da vagina, 3cm proximal ao introito
- ◆ Ba – parede anterior da vagina, ponto de maior prolapso
- ◆ Bp – parede posterior da vagina, ponto de maior prolapso
- ◆ C – apical, útero
- ◆ D – apical, fôrnice posterior da vagina (não existe caso seja hysterectomizada)
 - Aa e Ap sem utilidade clínica significativa para o prolapso



- ◆ Grau 0
 - Sem prolapso
- ◆ Grau 1
 - Ba, Bp, C ou D está a menos de -1cm da carúncula himenal
- ◆ Grau 2
 - Ba, Bp, C ou D está no mínimo em -1cm, mas não mais que +1cm da carúncula himenal
- ◆ Grau 3
 - Ba, Bp, C ou D está a mais que +1cm, mas menos que a diferença (CVT-2)cm
- ◆ Grau 4
 - Ba, Bp, C ou D está no mínimo em +1cm e maior ou igual que a diferença de (CVT-2)cm

Classificação:



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Paciente com prolapso genital sintomática, 3 e 4, que **DESEJA** tratamento cirúrgico; ou
- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 6 meses, através de exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool), isto é, ações multiprofissionais (e-multi).

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (descrever exame especular e toque vaginal);
- Tratamentos em uso ou já realizados.

4.7. DOR PÉLVICA CRÔNICA/ENDOMETRIOSE

A dor pélvica crônica pode estar associada a qualquer estrutura contida neste compartimento (sistema digestório, urinário, genital, miofascial ou neurológico) e frequentemente associada a aspectos emocionais, sexuais, comportamentais e cognitivas negativas. Pode ser cíclica (como dismenorrea) quanto acíclica e deve ter duração de 6 meses ou mais.

Muitas vezes a patologia causadora não consegue ser bem definida e por isso poderá ser avaliada e tratada como Síndrome de dor pélvica crônica.

Sua fisiopatologia não é bem compreendida. Sabe-se que geralmente são uma complexa interação entre os sistemas influenciada por fatores psicossociais e socioeconômicos, podem ter causas fisiológicas (ovulação e menstruação) ou patológicas por alterações em órgãos do trato genital superior, músculos e fáscias da parede abdominal e assoalho pélvico, bexiga, ureteres, trato gastrointestinal, nervos e vasos sanguíneos.

Especificamente a endometriose é a presença de tecido endometrial extrauterino constituído por glândulas endometriais e estroma. A patogênese não está completamente elucidada, sendo que o diagnóstico e tratamento adequados muitas vezes são difíceis.

Na maioria das vezes é necessário um planejamento individualizado da terapêutica após uma ampla avaliação do caso.

A verdadeira prevalência da endometriose é desconhecida, no entanto, esta condição tem sido identificada em ¼ das mulheres com dor pélvica crônica e entre 40 a 50% das mulheres inférteis.

Ocorre predominantemente na idade reprodutiva, embora sejam descritos casos na pós-menopausa.

Para condução dos casos de dor pélvica crônica, vide Protocolo de Fluxo e manejo inicial da dor pélvica crônica. <https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2024/04/dor-pelvica-cr-nica.pdf>

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE CIRURGIA GINECOLÓGICA:

- Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação; ou

- Alteração em exame de imagem sugestivo de endometrioma. (Atenção a pacientes com infertilidade, cistos de grande volume e/ou estão crescendo)
- Presença de dor pélvica associada a adenomiose sem melhora com o tratamento clínico otimizado.

A condução e manejo da dor pélvica crônica e/ou endometriose pode ser consultada em protocolo específico.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias;
- Descrição do exame de imagem, com data.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Neste momento, no Município de Jundiaí, não há um ambulatório específico para endometriose, dessa forma, casos de endometriose profunda, já diagnosticados em outros serviços como na medicina suplementar ou naquelas pacientes que perderam acompanhamento anterior e já tinham esse diagnóstico, encaminhar ao nosso serviço de referência CAISM (UNICAMP) em impresso específico (site: <https://jundiai.sp.gov.br/saude/protocolos/saude-da-mulher/saude-da-mulher-formularios-termos/>) , é importante a descrição com data de diagnóstico (videolaparoscopia e/ou descrição de imagens altamente suspeitas) e cópia do laudo do exame de imagem, através do envio via malote, ao Departamento de Regulação da Saúde (paço).

4.8. ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL SEM SANGUEAMENTO ANORMAL

O espessamento endometrial é um aumento do tecido interno do útero, o endométrio, diagnosticado por exame ultrassonográfico (transvaginal). Como ele pode estar associado a hipertrofia endometrial atípica ou câncer, alguns casos devem ser referenciados para avaliação histopatológica, ele deverá ser um achado associado a sintomas pélvicos específicos como dor ou sangramento anormal, O US TRANSVAGINAL NÃO DEVERÁ SER UTILIZADO COMO ROTINA PARA QUALQUER TIPO DE RASTREIO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM O REFERENCIAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Paciente menopausada, sem sangramento, com resultado US transvaginal mostrando eco endometrial entre 5 e 10.9, acompanhar na unidade com US transvaginal em 6 meses.

Se em período menor de 6 meses apresentar sangramento, encaminhar para o especialista com prioridade via e-mail (não necessita repetir o US para encaminhar).

Após 6 meses, rever a paciente: se sintomatologia e/ou aumento do eco endometrial, encaminhar para o especialista, se estável ou diminuído em relação ao anterior, manter acompanhamento na unidade;

- Paciente menopausada com eco endometrial acima de 10.9;
- Pacientes em uso de terapia hormonal (TH) com sangramento, suspender TH e solicitar US transvaginal, se eco heterogêneo e/ou espessado, encaminhar.
- Pólipos na menopausa > 15mm. Nos pólipos <=15mm, repetir US em 6 meses, se estável, controle anual, se houver aumento ou alteração de característica, encaminhar p3. Nestes casos, se em qualquer momento ocorrer sangramento, encaminhar p1, sem necessidade de US se o exame tiver menos de 1 ano.

Atenção: Não há evidência científica quanto a solicitação de ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de endométrio.

Descritivo mínimo:

- Sinais e sintomas (descrever exame especular);
- Paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quanto tempo;
- Descrição de exames de imagem, com data;
- Resultado de biópsia de endométrio com data, quando realizado.

5. AVALIAÇÃO QUANTO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A fim de orientar a classificação de risco, segue a tabela abaixo:

P0 Hospital Universitário	<ul style="list-style-type: none"> ● Instabilidade hemodinâmica, sintomas de anemia grave;
P1 Ambulatório da Saúde da Mulher Via e-mail NIR nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico ou suspeita de neoplasia; ● Espessamento endometrial na menopausa com sangramento; ● Cistos complexos; ● Sangramento uterino anormal com Hb<=8 sem melhora após tratamento clínico otimizado; ● Sangramento uterino anormal aumentado persistente em mulheres com mudança no padrão de sangramento, sem tratamento clínico otimizado e/ou com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 50 anos e, pelo menos, mais um fator de risco, como: obesidade,

	nuliparidade, diabete, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).
P2 Ambulatório Saúde da Mulher Via Malote	<ul style="list-style-type: none"> ● Miomas volumosos sintomáticos; ● Cistos anexiais na menopausa; ● Distopias genitais graus 3 e 4; ● Pólipos endometriais múltiplos ou maiores que 15mm; ● Espessamento endometrial ≥ 11mm, na menopausa; ● Dor pélvica crônica e/ou diagnóstico de endometriose em paciente tentando engravidar.
P3 Ambulatório Saúde da Mulher via Malote	<ul style="list-style-type: none"> ● Cistos de Bartholin; ● Cistos de skene; ● Hipertrofia de ninfas; ● Pólipos endometriais > 15mm assintomáticos; ● Dores pélvicas crônicas.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf.

CLEMENS, J. Q. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis-of-interstitial-cystitis-bladder-pain-syndrome>>.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. DYNAMED. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=9549a6d9a63d-4920-a6e4-eb35230d9f80%40sessionmgr115&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=361089>

FREITAS F. et al. Rotinas em ginecologia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Heavy menstrual bleeding. NICE Clinical Guideline 44. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg44>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Ovarian cancer: the recognition and initial management of ovarian cancer. NICE Clinical Guideline 122. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg122>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. NICE Clinical Guideline 12. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>.



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE Clinical Guideline 171. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013 [atualizado em 2015]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. Manual de clínica geral de Oxford. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Lancaster, v. 31, n. 6, p. 681-90, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18504770>.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. BMJ, London, v. 341, c6839.

-



**Prefeitura
de Jundiaí**