



Hospital Municipal e Maternidade Escola
Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
Vila Nova Cachoeirinha



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Diretrizes Clínicas do Serviço de Endoscopia Ginecológica

2021





Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

DIRETRIZES CLÍNICAS DO SERVIÇO DA ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

São Paulo

2021

2ª Edição



Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva (HMEC), administrado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Diretrizes Clínicas – Serviço de Endoscopia Ginecológica – Diretoria Assistencial do HMEC – São Paulo, 2021. 50p.

Descritores: 1. Endoscopia Ginecológica; 2. Videolaparoscopia; 3. Histeroscopia Ambulatorial e Cirúrgica



RICARDO NUNES
Prefeito da Cidade de São Paulo

EDSON APARECIDO DOS SANTOS
Secretário Municipal da Saúde

LUIZ CARLOS ZAMARCO
Secretário-Adjunto da Saúde

MARILANDE MARCOLIN
Secretária-Executivo de Atenção Hospitalar

JOSÉ ALFREDO MARTINI
Diretor de Departamento Técnico – HMEC

© 2021 – HMEC. Todos os direitos reservados.
Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100
CEP: 02720-200 – São Paulo – SP
Telefone: 3986-1000
www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/
E-mail de contato: diretoria.hmec@gmail.com





HISTÓRIO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Data Atividade	Motivo Revisão***
00	Janeiro/2017	1 / 2
01	Julho/2021	3 / 4 / 5

ELABORADO POR	REVISADO POR	VALIDADO POR	APROVADO POR
<i>Equipe Médica do Serviço de Endoscopia Ginecológica do HMEC</i>	<i>Dr. Thiago Falbo Guazzelli Coordenador do Serviço de Endoscopia Ginecológica do HMEC</i> <i>Dr. Geraldo Maurício J. De Nadai Gerente das Clínicas Ginecológicas do HMEC</i>	<i>Dra. Maria Regina Cesar Médica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar</i>	<i>Dra. Ana Marta Monteiro de Souza Diretora Assistencial</i> <i>Dr. Marcelo Pires Henrique Diretor Clínico</i> <i>Dra. Carla F. S. Paula Diretora de Ensino e Pesquisa</i>

*****Legenda:** 1. Emissão; 2. Atendimento à legislação; 3. Incorporação de nova atividade; 4. Alteração de metodologia; 5. Melhoria do processo.





SUMÁRIO

Apresentação.....	01
1. Histeroscopia.....	03
2. Laparoscopia	11
3. Endometriose.....	19
4. Leiomiomas	27
5. Segurança do Paciente	43





ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

APRESENTAÇÃO

O emprego de técnicas minimamente invasivas para diagnóstico e tratamento cirúrgico é uma realidade mundial em todas as áreas médicas.

A primeira cirurgia laparoscópica acoplada a um monitor de vídeo foi realizada por um grupo de cirurgiões franceses em Lyon em 1988, uma colecistectomia laparoscópica e hoje nos grandes centros, pelo menos 70% das intervenções cirúrgicas abdominais é utilizada a via endoscópica.

Quando eu e o Dr. Jorge Rubin participamos da elaboração do primeiro manual de Diretrizes Clínicas do Hospital, tínhamos condições de realizar cirurgias laparoscópicas de baixa complexidade e em situações especiais, média complexidade e a Histeroscopia era apenas para diagnóstico.

Hoje a Maternidade Cachoeirinha é um Centro de referência para Histeroscopia Ambulatorial e Cirúrgica e regularmente realizamos cirurgias laparoscópicas de Alta Complexidade. A tecnologia na medicina continua se expandindo e caminhamos para uma nova era, que é a cirurgia robótica. Eu participei da primeira cirurgia por videolaparoscopia do Hospital e ficaria muito feliz em participar também, no futuro, da primeira cirurgia robótica.

Dr. Geraldo Maurício J. De Nadai
Gerente das Clínicas Ginecológicas do HMEC



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



DIRETRIZ CLÍNICA

Código: 001.DIR.ONCO

Emissão: Janeiro/2006

Revisão: 04

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Data Rev.: Julho/2021



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

1. HISTEROSCOPIA

Thiago Falbo Guazzelli

Rafael Costa Hime

Luiz Fernando Rodrigues Alves Moura

Lizandra Akina Correa

Rafael Mota

A histeroscopia é um método desenvolvido para visualização e estudo direto da cavidade uterina, possibilita sua execução, em regime ambulatorial incluindo algumas ações cirúrgicas.

A histeroscopia tornou-se “padrão ouro” na avaliação da cavidade uterina e na obtenção de material para estudo anatomopatológico.

HISTEROSCOPIA AMBULATORIAL

Exame

A data dos exames devem ser agendados de acordo com a indicação e idade das pacientes.

1. Pacientes no menacme
 - a. Diagnóstico de formações intracavitárias – Fase proliferativa inicial (5-10º dia)
 - b. Biópsia de endométrio (hiperplasia, infertilidade) – Fase secretora inicial – 19-21º dia
 - c. Usuária de método hormonal contínuo – independe da época

2. Pacientes pós menopausa – independente da época

Obs.: Naquelas que apresentam obstrução do canal ,pode-se preparar a paciente com estriol via vaginal, uso diário por pelo menos 14 dias.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Orientação à paciente:

1. Não ir em jejum.
2. Não há necessidade em suspender medicação
3. Em caso de sangramento vaginal/menstruação, entrar em contato para alterar a data do exame.
4. Levar absorvente para utilizar após o exame.
5. Não ter relação sexual por 3 dias anteriores ao exame.

Meio de Distensão da Cavidade e Pressão

Exames Ambulatoriais Diagnósticos, Cirúrgicos com tesoura e pinça ou energia bipolar:

- Soro Fisiológico 0,9% com pressão aproximada em 80mmHg. Esta pressão pode ser alcançada através da elevação da bolsa a 90-100cm da pelve da paciente ou com bolsa de pressão.

Exames Ambulatoriais com energia monopolar

- Manitol, Sorbitol ou Glicina

Indicações

1. Alterações ultrassonográficas
 - a. Pólipos
 - i. Endocervical
 - ii. Endometrial
 - b. Espessamento Endometrial
 - i. Mulher na pós menopausa com eco > 5mm sem uso de terapia hormonal
 - ii. Mulher na pós menopausa com eco > 8mm em uso de terapia hormonal
 - iii. Mulher em uso de Tamoxifeno com eco > 8mm
- c. Miomas



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- i. Submucosos
 - ii. Intramurais com acometimento da cavidade
 - d. Mal formações uterinas
 - i. Septos
 - ii. Útero bicorno
- Obs.: nos casos de mal formações uterinas, sempre investigar aparelho urinário
- e. Corpo estranho
 - i. Retirada de DIU/SIU sem fio visível
 - ii. Retificação de DIU/SIU mal posicionado
 - iii. Metaplasia óssea
-
- 2. Manifestações Clínicas
 - a. Sangramento Uterino Disfuncional
 - i. Pólipos
 - ii. Miomas
 - iii. Hiperplasia endometrial
 - iv. Câncer de Endométrio
 - b. Sangramento pós menopausa
 - i. Atrofia Endometrial
 - ii. Pólipo
 - iii. Câncer
 - iv. Hiperplasia
 - c. Amenorréia Secundária
 - i. Sinéquias
- Obs.: afastar gestação com BHCG



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

3. Infertilidade

- a. Abortamento Espontâneo de Repetição
- b. Alteração na Histerossalpingografia
- c. Falha de implantação
- d. Avaliação do Endométrio

4. Esterilização

- a. Essure (descontinuado)

5. Casos especiais

a. Pós curetagem – A curetagem uterina , no ciclo gravídico puerperal , é a principal causa na formação de sinéquias e a sua incidência pós aborto é de 37,6%. A presença dessa alteração pode resultar na dificuldade de uma nova gestação. Deve-se orientar a paciente dos riscos e benefícios deste exame onde, se houver alteração, a mesma será resolvida mais facilmente pelo curto intervalo de tempo de sua formação (sinéquia mucosa).

Critérios de inclusão

- 1. Intervalo de 2 a 6 meses da curetagem
- 2. Interesse em nova gestação

b. Seguimento pós molar – Após o esvaziamento uterino nos casos de neoplasia trofoblástica gestacional espera-se encontrar diminuição do BHCG até sua negatificação. Nos casos em que isso não ocorre, podemos realizar o exame, de preferência na ausência de sangramento vaginal para avaliar a cavidade uterina e, no caso de alteração, realizar biópsia

- c. Gestação inicial na presença de DIU/SIU

Orientar paciente e solicitar autorização

O risco de abortamento em 50% das pacientes portando DIU

Desejo da paciente em retirá-lo



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Fio Visível - retirada por simples tração do fio guia

Fio Não visível – retirada por histeroscopia e grasping

Contraindicações

1. Doença Inflamatória Pélvica Aguda
2. Perfuração Uterina (Aguardar 60 dias)
3. Sangramento importante (relativa)
4. Gestação viável

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

A histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio tem como objetivo a resolução de alterações endometriais e/ou canal cervical que não puderam ser realizadas em ambiente ambulatorial (devido tamanho da lesão, estenose ou algia da paciente, por exemplo).

O procedimento é realizado geralmente sob raquianestesia e tem como vantagem à paciente uma internação breve e rápido retorno às atividades. Sempre que possível deve-se optar pelo HOSPITAL DIA.

Orientação à paciente:

1. Jejum de pelo menos 8 horas.
2. Em caso de sangramento vaginal/menstruação, entrar em contato para alterar data do exame.
3. Não ter relação sexual por 3 dias anteriores ao exame.

Intra operatório

Sondagem vesical

- Alívio - preferencialmente



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- Demora - quando houver grande infusão de meio de distensão ou a critério do cirurgião

Meio de Distensão da Cavidade e Pressão

Uso de energia bipolar:

- Soro Fisiológico 0,9% com pressão média da sistólica e diastólica da paciente (aproximadamente 100mmHg).

Energia monopolar

- Manitol, Sorbitol ou Glicina

Deve-se evitar uso superior a 8 litros de líquido ou um balanço hídrico (volume de entrada – volume de saída) superior a 1 litro. Neste caso o procedimento deve ser interrompido e avaliada necessidade de uma segunda intervenção.

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

É recomendada avaliação da cavidade uterina imediatamente antes da dilatação para orientação do canal cervical e redução do risco de falso trajeto e perfuração.

Complicações

- Sangramento - complicação rara. Geralmente cessa após alguns minutos. Pode acontecer em procedimentos em que o miométrio seja seccionado, como miomectomia e ablação. Pode-se considerar o uso de sonda de Foley com 10 a 30ml de água destilada.
- Perfuração Uterina
 - sem energia - interromper procedimento e, se necessário, realizar nova abordagem após 60 dias pelo menos
 - com energia - laparotomia ou laparoscopia para avaliar possível lesão de órgãos pélvicos e abdominais.
- Overload
 - O balanço hídrico deve ser feito de forma rigorosa, principalmente em procedimentos com uso provável de grande quantidade de volume, como miomas.
 - A sondagem vesical de demora deve ser feita para balanço hídrico



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- Deve-se evitar hiper-hidratação e sedação da paciente
- Mesmo que com balanço hídrico abaixo de 1000ml a paciente apresentar sinais e sintomas de intoxicação volêmica, o procedimento deve ser interrompido imediatamente
- O uso de diuréticos deve ser avaliado pelo anestesista responsável

Orientação pós-cirúrgica

- Evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção ou atividade física intensa e repouso relativo no 1º dia pós operatório (atestado de 2 a 5 dias)
- Evitar banho de imersão (piscina, banheira e mar) por 07 dias
- Evitar relação sexual por 07 dias
- Deixar paciente ciente que sangramento leve e spotting pode ocorrer entre 3 a 40 dias pós cirurgia, variando de acordo grau da intervenção
- Uso de anti-inflamatório e/ou analgésico deve ser prescrito para dor em cólica devida distensão uterina

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Histeroscopia Ambulatorial. Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto. Editora MEDSI. 2004
2. Oppegaard KS et al. A combination of misoprostol and estradiol for preoperative cervical ripening in postmenopausal women: a randomised controlled trial. BJOG; 117(1): 53-61, 2010 Jan.
3. Monteiro, IMU. Prevalência de Sinéquias Uterinas em Mulheres após curetagem por aborto. Unicamp, 2005.
4. Barros Filho, M. UFRJ 1996
5. Lindholm, H. et al. Hysteroscopy provides proof of trophoblastic tumors in three cases with negatives color Doppler images. Ultrasound Obst Gynecol; 9(1): 59-61, 1997 Jan
6. Lin, JC. Et al. Outcome of removal of intrauterine devices with flexible hysteroscopy in early pregnancy. J Gynecol Surg. 9(4): 195-200, 1993



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



DIRETRIZ CLÍNICA

Código: 001.DIR.ONCO

Emissão: Janeiro/2006

Revisão: 04

Data Rev.: Julho/2021

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

7. Histeroscopia Cirúrgica. Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto. Editora MEDSI.
2004



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

2. LAPAROSCOPIA

1. Indicações

- Tumores anexiais
- Planejamento familiar
- Mioma uterino
- Endometriose
- Neoplasias uterinas
- Neoplasia de ovário
- Retirada de corpo estranho da cavidade abdominal (DIU)
- Gestação ectópica

2. Contraindicações

- Abdome agudo com instabilidade hemodinâmica
- Alterações cardiovasculares importantes
- Patologias Broncopulmonares descompensadas

3. Primeira Punção

3.1. Consiste na técnica usada para o acesso a cavidade abdominal e a instalação do pneumoperitônio, que a partir da insuflação do Co₂, cria o espaço para a visualização da cavidade abdominal e realização do procedimento cirúrgico.

3.2. Técnica Fechada

3.2.1. Consiste na incisão da pele em geral em região periumbilical, introdução da agulha de Veress para a realização do pneumoperitônio, seguida do trocarer.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Após a instalação do trocater, introduz-se a ótica para visualização da cavidade abdominal e identificação de lesões.

3.3. Técnica Aberta

3.3.1. Na técnica aberta, ocorre a introdução do trocater sob visão direta da cavidade peritoneal.

4.3.2. Incisa-se a pele em geral da região umbilical, até o peritônio, seguida de exploração digital para exclusão de aderências de vísceras ocas ao local de punção e passagem do trocater sem faca. É importante ancorar o peritônio com fio para evitar saída de gás após passagem do trocater.

3.4. Técnica Direta

3.4.1. Consiste na introdução do trocater diretamente na cavidade abdominal sem pneumopenitônio prévio.

3.4.2. Tem como benefícios o menor tempo cirúrgico, reconhecimento imediato de lesões vasculares e viscerais porém exige maior experiência e preferencialmente trocater descartável.

4. Complicações

4.1. As principais complicações na cirurgia laparoscópica estão associadas a introdução de trocater e insuflação.

4.2. Lesão vascular durante a primeira punção é a principal causa de morte na laparoscopia, seguida de complicações anestésicas e lesões intestinais.

4.3. A lesão vascular na primeira punção em geral ocorre nos vasos ilíacos, sendo controlada com compressão com gaze ou conversão para laparotomia.

4.4. Lesão de vasos epigástricos inferiores na introdução dos trocateres acessórios.

4.4.1. Ocorre sangramento intraperitoneal, pelo sítio de punção ou pela formação de hematomas em peritônio e retroperitônio.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

4.4.2. Manobra de transluminação da parede abdominal, segundo Hurd et al, diminui 64% o risco de lesões em pacientes magros, assim como a visualização interna dos vasos com a óptica segundo Saber et al.

4.4.3. Tratamento: compressão externa, retirada do trocater e colocação de sonda de foley 12FR e insuflação do balão com 20ml de soro e tração, ligadura proximal e distal com ponto em U na parede abdominal após retirada do trocater, coagulação com bipolar, ampliação da incisão e abordagem direta da lesão.

4.4.4. Em um estudo retrospectivo de Bonjer et al, observam uma maior incidência de lesões vasculares na técnica fechada de punção, contudo em uma metanálise de Vilos et al, não foi encontrada diferença significativa na incidência de lesões entre a técnica aberta e a fechada. Desta forma, a incidência de complicações nas punções parece relacionada não com a técnica, mas sim com a experiência do cirurgião e o próprio paciente.

4.5. Lesões de vísceras ocas

4.5.1. A lesão intestinal pode ser mecânica ou térmica. A lesão térmica pode ser mais difícil identificar, por formar um halo esbranquiçado, que rapidamente desaparece, podendo evoluir com um processo de necrose entre 72 e 96 horas do pós operatório. A evolução é inapetência, febre, dor abdominal e leucocitose, evoluindo com uma grave peritonite com necessidade de cirurgia para o reparo da lesão, lavagem da cavidade e tratamento com antibióticos. Já a lesão mecânica pode ocorrer na introdução dos trocateres, colocação do manipulador uterino ou manipulação de alça intestinal com pinça traumática.

4.5.2. Devem ser prontamente identificadas e reparadas.

4.5.3. Podem ser parciais, com perfuração de apenas uma camada ou totais, com extravasamento de conteúdo entérico.

4.5.4. Lesões de Até 50% da parede, sem comprometimento vascular podem ser reparadas com sutura primária, lavagem da cavidade e antibioticoterapia.

4.5.5. Lesões que acometem mais de 50% da circunferência, necessitam de ressecção e anastomose primária pelo risco de estenose ou fístula no pós operatório.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

4.6. Complicações associadas ao pneumoperitônio.

4.6.1. A insuflação da cavidade abdominal determina uma série de alterações fisiológicas que podem estar associadas a complicações.

Tabela Alterações fisiológicas secundárias ao pneumoperitônio e complicação associada

<u>Alteração Fisiológica</u>	<u>Complicação</u>
<u>Desvio do eixo cardíaco</u>	<u>Arritmia (principalmente bradicardia)</u>
<u>Favorecimento da intubação endobrônquica acidental</u>	<u>Intubação seletiva/Broncoaspiração</u>
<u>Diminuição do retorno venoso de MMII</u>	<u>Hipotensão</u>
<u>Aumento das pressões intrapleural, intratorácica e intra-abdominal</u>	<u>Pneumotórax/Pneumomediastino</u>
<u>Redução do fluxo venoso femoral</u>	<u>Favorecimento a estase venosa e TVP</u>

Fonte: Crispi, et al 2012

4.7. Complicações ginecológicas

4.7.1. A complicação mais comum é a hemorragia de vasos uterinos e ovarianos.

4.7.2. Perfuração uterina ocorrer em até 2% dos procedimentos onde há necessidade de colocação do manipulador uterino.

4.7.3. Hematoma e abscesso de cúpula

- Febre após quinto dia pós operatório
- Tratamento com antibioticoterapia e drenagem



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

4.7.4. Deiscência de sutura em cúpula vaginal

- É uma complicação pouco frequente mas pode estar relacionada com a técnica, materiais utilizados ou fatores externos como tosse, espirro e coito precoce.

4.7.5. Fístula

- Pode ocorrer com bexiga, ureter, uretra ou intestino.
- Fístula retovaginal: saída de flatos e fezes pela vagina. O tratamento depende da localização, tamanho e condições clínicas, mas 50% delas fecham espontaneamente.

4.8. Complicações urológicas

4.8.1. Ureter

- Identificação do ureter é de fundamental importância nas cirurgias laparoscópicas, principalmente na endometriose profunda.
- Alguns autores preconizam uso de cateter ureteral luminoso para facilitar sua identificação.
- Quadro clínico da lesão: dor abdominal difusa, sinais de irritação peritoneal, distensão e diminuição de ruídos peristálticos. O diagnóstico pode ser feito por Urografia excretora ou tomografia com contraste.
- Secção total e parcial pode ser identificada com o extravasamento de urina para a cavidade, ou injeção de azul de metileno na sonda vesical.
- A correção pode ser feita por via laparoscópica, com sutura término-terminal com fio categute cromado 4.0 ou poliglecaprone 25 monofilamentares de longa absorção 4.0 (Monocryl ou Caprofil). Deve-se colocar um cateter duplo J para diminuir o extravasamento de urina pela sutura e drenar a cavidade.
- Em caso de lesões mais complexas ou distais pode ser necessário o replante ureteral.
- Fístula ureterovaginal: principalmente quando há lesão com o uso de energia, ocorre drenagem de urina pela vagina e dor lombar. Em geral acontece entre 7 e 10 dias do pós-operatório. O diagnóstico é feito pela urografia excretora ou tomografia.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

4.8.2. Bexiga

- Lesão vesical pode não ter extravasamento de urina devido a sondagem vesical.
- Pode-se encontrar ar no coletor de urina.
- Lesões vesicais podem ser suturadas com pontos separados em 2 planos, plano da mucosa com catgute simples 3.0 e 4.0 e plano muscular com catgute cromado 3.0 ou vicryl 3.0, drenagem da cavidade e sonda vesical de demora por 7 a 15 dias
- Uso de antibiótico durante uso da sonda

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRISPI, Claudio Peixoto et al. Tratado de Endoscopia Ginecológica Cirurgia Minimamente Invasiva 3ed.Rio de Janeiro. Revinter. 2012
2. BONJER HJ, HAZEBROEK EJ, KAZEMIER G et al. Open versus closed establishment of pnemoperitoneum in laparoscopic surgery. Arch Surg. 2004;139:1359-64
3. HURD HC, GUIDO RS, MANSURIA SM et al. Visualization of epigastric vessels and bladder before laparoscopic trocar placement.FertilSteril. 2003;80:209-12
4. MEREU L, RUFFO G, LANDI S et al. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with segmental colorectal resection: short-term morbidity. J Minim Invasive Gynecol 2007; 14:463-69
5. MINELLI L, FANFANI F, FAGOTTI A et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications and clinical outcome. Arch Surg 2009; 144:234-39
6. SABER AA, MESLEMANI AM, DAVIS R et al. Safety zones for anterior abdominal wall entry during laparoscopy: a CT scan mapping of epigastric vessels. Ann Surg 2004,239:182-85
7. STANY MP, FARLEY JH. Complications of gynecologic surgery.SurgClin N Am 2008,88:343-59
8. VILOS E, FERRERO A, SISMONDI P. Laparoscopic indentification of pelvic nerves in patients with deep infiltration endometriosis. SurgEndosc. 2004.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

9. NEZHAT F, BRIL AI, NEZHAT CH et al. Laparoscopic appraisal of the anatomic relationship of the umbilicus to the aortic bifurcations. J AMAssocGynecolLaparoscop. 1998, 5:135-40
10. VILOS GA. The ABC of a safer laparoscopic entry. J Minim Invasive Gynecol. 2006;13:249-51
11. TINELLI A, MALVASI A, ISTRE O, et al. Abdominal access in gynaecological laparoscopy: a comparison between direct optical and blind closed access by Verres needle. Eur J ObstGynecolReprod Biol. 2010, 148:191-94



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



DIRETRIZ CLÍNICA

Código: 001.DIR.ONCO

Emissão: Janeiro/2006

Revisão: 04

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Data Rev.: Julho/2021



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

3. ENDOMETRIOSE

QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas da endometriose se dividem em três categorias gerais: dor pélvica, infertilidade e massa pélvica de forma isolada ou em associações. A dor pélvica manifesta-se de diversas formas: dismenorréia, dor pélvica crônica, dispareunia, dores relacionadas a função intestinal e urinária.

Questionar:

Quando houve suspeita diagnóstica de endometriose - sintoma, sinal e data/ano

- Dor pelvica; Dor pelvica ciclica - dismenorrea
- Dispareunia
- Sintomas do TGU
- Sintomas do TGI - Ritmo intestinal, disquezia, hemotoquezia



EXAME FÍSICO

O exame físico completo é um importante instrumento na avaliação da paciente com endometriose devendo ser realizado, preferencialmente no período menstrual. Notas sobre localização da dor, dor a mobilização do colo. Massas pélvicas palpáveis em topografia de anexos, nódulos palpáveis ao toque e hiperalgia de fundo, ajudam na diferenciação entre endometriose superficial e profunda.

O toque retal não faz parte da investigação de rotina, já que as lesões geralmente estão acima dos 10cm e não são alcançadas neste exame. Pode ser reservado para diagnóstico diferencial de outras patologias que possam causar sangramento ou dor anal (fissura, fístula e doença hemorroidária, por exemplo)



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

DIAGNÓSTICO

A endometriose tem três apresentações distintas sob o aspecto clínico e de imagem: superficial, ovariana e profunda (definida histologicamente como lesões que penetram >5 mm no peritônio).

Atualmente a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal (USTV) e ressonância magnética (RM) são os principais métodos de diagnóstico e estadiamento da endometriose. Na doença ovariana a USTV tem excelente especificidade e sensibilidade, especialmente para lesões acima de > 2cm, a RM nesses casos, teria vantagem devido sua capacidade de detectar endometriomas menores (> 1 cm), além de não ser operador dependente, porém é um método menos acessível e mais caro que USTV.

A USTV, RM e a ultrassonografia transretal são os exames com melhor acurácia na avaliação da doença profunda com comprometimento intestinal, retrocervical e vaginal, o quadro abaixo mostra vantagens e desvantagens de cada um:

Quadro 2. Exames com boa acurácia no diagnóstico de EP

Método de imagem	Vantagens	Desvantagens
Ultrassonografia transvaginal com preparo	<ul style="list-style-type: none">- avaliar tamanho e número da lesões- estimar circunferência da alça comprometida- Avaliação de nódulo em vagina	<ul style="list-style-type: none">- operador dependente- necessita de preparo intestinal
Ultrassonografia transretal	<ul style="list-style-type: none">- alta curácia para determinar tamanho, número de lesões e distância da borda anal	<ul style="list-style-type: none">- necessitam de sedação- alto custo- acesso restrito a alguns serviços- avaliam apenas retossigmóide e sítios adjacentes- avaliação da região retrocervical inferior aos outros métodos.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Ressonância magnética	- alta acurácia para determinar tamanho dos nódulos e distância da borda anal - Avaliação de nódulo em vagina	- avaliação do número das lesões e a camada comprometida inferior a USTV
-----------------------	--	--

Podemos citar ainda outras exames auxiliares no diagnóstico como: enema opaco e a colonoscopia, porém apresentam baixa sensibilidade e especificidade na endometriose profunda intestinal, a não ser que exista lesão da mucosa, detectando assim, somente sinais indiretos de endometriose; a tomografia computadorizada mostra toda espessura da parede mas não diferencia e delimita os órgãos pélvicos e as lesões; urografia excretora pode determinar se existe comprometimento de ureter ou bexiga, mas, pode não detectar pequenas lesões vesicais.

A laparoscopia é o padrão ouro para estabelecer o diagnóstico da endometriose, e oferece uma oportunidade para o tratamento cirúrgico conservador. Atualmente, baseado em quadro clínico e exames de imagem, podemos iniciar tratamento medicamentoso sem a necessidade de diagnóstico histo-patológico.

A laparoscopia deve ser indicada apenas nas seguintes situações:

- Sintomas sem melhora ao tratamento clínico, como:
 - algia pélvica
 - dismenorréia
 - dispareunia profundidade
 - alteração intestinal
- Comprometimento intestinal acima de 40%
- Infertilidade sem outras causas
- Acometimento de ureter
- Acometimento de apêndice cecal

A laparoscopia não deve ser indicada como tratamento para pacientes assintomáticas ou que tiveram boa resposta ao tratamento clínico, que é o padrão ouro para esta patologia.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

TRATAMENTO

A escolha do tratamento proposto deverá ser individualizada e basear-se em: gravidade dos sintomas, na extensão e localização das lesões, idade da paciente, desejo reprodutivo, efeitos colaterais dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas e o custo.

● **Clínico:**

Deve ser a primeira escolha no tratamento - Progestágeno isolado ou combinado.

O objetivo da terapia é para aliviar os sintomas e induzir o hipoestrogenismo. Não há evidência clara de superior de algum progestágeno sobre outros para controlar a dor pélvica devido endometriose.

A escolha do progestágeno deve ser feita mediante disponibilidade, contraindicação, benefícios secundários e opção da paciente.

Opções terapêuticas:

- Anticoncepcionais orais combinado: pode ser usado de forma cíclica ou contínua, não evidências sobre a superioridade de alguma formulação.
- Progestagênios : são efetivos na redução da dor causada por endometriose, opções: dienogeste 2mg/dia; gestinona 2,5 a 5 mg/dia; acetato de megestrol 40mg/dia; dispositivo intra-uterino com levonorgestrel; Desogestrel 75mg/dia.
- Anti-inflamatórios não hormonais: seu uso é benéfico principalmente naquelas pacientes que ainda referem dor após o bloqueio da menstruação. Nos estudos nenhuma anti-inflamatório mostrou-se superior ao outro.
- Análogos do GnRH: atuam na hipófise levando à dessensibilização dos receptores de GnRH, impedindo a síntese hipofisária de LH e FSH e, como consequência, o bloqueio da produção de estrogênios pelos ovários, opções: Acetato de Nafarelina spray intranasal: uma pulverização a cada 12 horas; Acetato de Gosserrelina 3,6 mg ou 10,8 mg subcutâneo: a cada 28 ou 90 dias; Acetato de Leuprolide 3,75 mg ou 11,25 mg intramuscular: a cada 28 ou 90 dias; Pamoato de Triptorelina 3,75 mg intramuscular: a cada 28 dias. Tempo de tratamento de 3 a 6 meses. Como essa terapia resulta em um hipoestrogenismo os sinais e sintomas da menopausa são frequente, sendo necessária o uso de adição hormonal (add-back therapy) que além de melhorar os sintomas, impede a redução da massa óssea, podem ser usados: Noretindrona 5mg/dia, Tibolona 1,25mg/dia, Estrogênios equinos conjugados 0,3mg/dia.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- Terapias não medicamentosas: acupuntura, fisioterapia, psicólogo, nutricionista.

- **Cirúrgico:**

- O objetivo da cirurgia é remover todos os focos visíveis e/ou palpáveis de endometriose em uma única cirurgia (one shot surgery) diminuindo, desta forma, os escores de dor e melhorando a qualidade de vida e os índices de fertilidade.

Indicações

- Falha do tratamento clínico;
- Contra-indicação ao uso da terapia medicamentoso,
- Excluir malignidade em uma massa anexial presença de massas pélvicas (endometriomas),
- Distorção da anatomia pélvica,
- Sinais e sintomas de obstrução trato intestinal ou urinário;
- Endometriose de apêndice ou ureter
- Paciente com infertilidade associada a endometriose.

- O tratamento cirúrgico na paciente com infertilidade tem o objetivo de melhorar as taxas de sucesso de gestação espontânea e com técnicas assistidas.

- Na abordagem dos endometriomas é recomendado que seja retirada a cápsula do cisto e não apenas drenagem e cauterização.

- As cirurgias definitiva (histerectomia, ooforectomia bilateral), devem ser reservada para aquelas pacientes com doenças mais graves e resistentes ao tratamento hormonal.

- Opções de tratamento cirúrgico associados: Neurectomia pré sacral e ablação laparoscópica dos nervos dos ligamentos uterossacros.

SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO:

- Pacientes que foram submetidas ao procedimento cirúrgico e que manifestam desejo reprodutivo devem ser orientadas a iniciar as tentativas de gestação nos



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

primeiros 6-12 meses pós operatório (“janela reprodutiva”) , se o desejo reprodutivo não for imediato iniciar tratamento para bloqueio ovariano.

- O bloqueio ovariano com progestágeno deve ser a primeira opção, isolado ou associado a estrógeno, através de qualquer via de administração, como já citado acima. O uso do agonista de GnRH também é uma opção.

Após o retorno pós operatório tardio, se paciente evoluir adequadamente, deve dar alta para seguimento em UBS, orientando a importância do tratamento clínico, medidas comportamentais e, se houver retorno dos sintomas ou alterações de exames de imagem, solicitar re-encaminhamento para o serviço de Endometriose HMEC.

- O acompanhamento deve sempre enfatizar a queixa álgica, se mudança no exame físico e suspeita de recidiva da doença novos exames de imagem deverão ser solicitados para avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Crispi CP, Oliveira FMM, Junior JCD, Oliveira MAP, Ribeiro PAG. Tratado de Endoscopia Ginecológica, Cirurgia minimamente invasiva. 3ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012
2. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. Hum Reprod 2007;22:3092–3097
3. Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG, Belo Horizonte; Coopmed, 2012.
4. Vercellini P., Crosignani PG, Abbiati A., Somigliana E., Viganò P., Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod Update 2009;15:177-88.
5. Manual de Endometriose /Sérgio Podgaec. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.
6. Vercellini P, Crosignani PG, Somigliana E, Berlanda N, Barbara G, Fedele L. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? Hum Reprod. 2009 Oct;24(10):2504-14. Epub 2009 Jul 2.
7. Donadio N, Neto LCA. Consenso Brasileiro em Videoscopia Ginecológica - São Paulo. Artes Médicas, 2001.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

8. Mahmood TA, Templeton A. The impact of treatment on the natural history of endometriosis. Hum Reprod 1990; 5:965.
9. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. BMJ 1993; 306:182.
10. Parazzini F, La Vecchia C, Franceschi S, et al. Risk factors for endometrioid, mucinous and serous benign ovarian cysts. Int J Epidemiol 1989; 18:108.



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



DIRETRIZ CLÍNICA

Código: 001.DIR.ONCO

Emissão: Janeiro/2006

Revisão: 04

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Data Rev.: Julho/2021



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

4. LEIOMIOMAS

O tratamento cirúrgico para miomas deve ser reservado para pacientes sintomáticas, com queixa de dismenorréia e hipermenorragia por exemplo, e quadro de infertilidade secundário a esta patologia.

DIAGNÓSTICO POR EXAME COMPLEMENTAR

- **Histeroscopia** - Procedimento diagnóstico e terapêutico tem a propriedade de classificar os miomas submucosos e avaliar distorções da cavidade endometrial. Podemos classificar os miomas com comprometimento endometrial através da Classificação ESGE, Lasmar ou FIGO. Em todos laudos devem constar pelo menos as três características do tumor: tamanho, localização e base (penetração e comprometimento miometrial).

- **Exame de imagem** - tem como objetivo avaliação de miomas que comprometam o miométrio e a serosa e, quando submucosos, avaliar a distância destes da serosa (manto externo). A avaliação do manto interno, distância de miomas com comprometimento miometrial do endométrio, é fundamental para tratamento laparoscópico/ laparotômico.

O EXAME DE IMAGEM DEVE SER SOLICITADO PARA TODOS MIOMAS SUBMUCOSOS QUE APRESENTEM COMPROMETIMENTO MIOMETRIAL PARA AVALIAR A SUA DISTÂNCIA DA SEROSA.

Ultrassonografia - Preferencialmente por via transvaginal. **Exame de escolha neste serviço.**

Ressonância Magnética (RM)

TRATAMENTO

Tamanho e localização do(s) mioma(s) devem ser considerados ao se avaliar o tratamento de pacientes com miomatose. O momento da intervenção deve ser individualizado, baseado no desconforto gerado na paciente, seu desejo de gestação e a probabilidade de progressão/regressão da doença de acordo com a idade da paciente e necessidade de manipulação hormonal.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

TERAPIA CIRÚRGICA

Histerectomia

É o tratamento definitivo. A histerectomia elimina os sintomas e a recorrência. Para mulheres com prole completa e que não aceitam ser submetidas a mais de um procedimento é o tratamento recomendado. O procedimento pode ser realizado por via abdominal, por via vaginal ou pela via laparoscópica.

A via laparoscópica, neste serviço, deve ser indicada para volumes uterinos até 400 cc.

A opção de histerectomia entre subtotal e total deve ser feita pelo médico assistente responsável pela cirurgia da paciente, de acordo com a disponibilidade de material, técnica, comorbidades e acordada com a paciente

Segundo a ACOG, salpingectomia bilateral deve ser realizada com objetivo de reduzir o risco de neoplasia epitelial de ovário futura.

Miomectomia

A ressecção do mioma é uma opção para mulheres que não aceitam a perda do útero ou que desejam engravidar, principalmente se a localização do mioma for submucoso ou intramural.

O tratamento histeroscópico para miomas em pacientes com desejo reprodutivo deve ser baseado na experiência do cirurgião, quantidade de nódulos, tamanho, comprometimento miometrial e localização do(s) mioma(s). Deve-se sempre orientar a paciente da possibilidade de novo procedimento para ressecção completa do mioma.

O tratamento histeroscópico para miomas submucosos em pacientes com prole constituída pode ser considerado, avaliando possibilidade de resolução em apenas um tempo cirúrgico, tempo de espera até o procedimento e comorbidades. Pode-se considerar a realização de ablação endometrial neste caso, atentando-se a possível existência de outros miomas intramurais próximos ou associação a adenomiose. O uso do Sistema Intra Útero Liberador de Levonorgestrel deve ser considerado, para redução do sangramento e contracepção eficiente.

A miomectomia laparoscópica deve ser considerada para pacientes com até 4 miomas e, tamanho máximo de 10cm. Sempre orientar a paciente e considerar a possibilidade de conversão para laparotomia.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

O uso de progestágenos, isolado ou combinados, pode ser considerado para causar atrofia endometrial e facilitar o procedimento histeroscópico.

O uso de análogos do GnRH previamente a cirurgia pode ser considerado e indicado PELO CIRURGIÃO RESPONSÁVEL pelo procedimento.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

A terapia medicamentosa tem as vantagens de não submeter a paciente aos riscos cirúrgicos e permite a preservação do útero.

Análogos do GNRH

O uso pré-operatório de análogos de GnRH diminui o tamanho uterino, aumenta os níveis do hematócrito e da hemoglobina pré-operatórios, reduz o sangramento transoperatório e a duração da cirurgia e propicia uma maior taxa de conversão para cirurgia transvaginal, quando utilizado por 2 ou 3 meses antes do procedimento, como por exemplo nos miomas submucosos grupo II.

Anticoncepcionais hormonais e progestogênios

Inexiste evidência de benefício de anticoncepcionais hormonais ou de progestogênios no tratamento medicamentoso de pacientes com miomatose. O benefício se restringe a atrofia endometrial pela terapia hormonal com redução do sangramento.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Diagnóstico definitivo: biópsia endometrial

Tratamento clínico:

Pacientes portadoras de hiperplasias endometriais simples ou complexas sem atipias podem receber tratamento expectante. Devem ser avaliadas anualmente através de ultrassonografia transvaginal e, realizarem histeroscopia ambulatorial se alteração endometrial.

Tratamento cirúrgico:

- Hiperplasias com atipia com prole constituída – histerectomia

Tratamento Conservador em hiperplasia com atipia



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Pacientes com desejo reprodutivo, após orientação sobre os riscos desta opção, podem receber tratamento conservador. Deve utilizar progestágeno, isolado ou combinado, como tratamento clínico e realizar histeroscopia ambulatorial com biópsia a cada 6 meses.

Esta conduta deve estar bem descrita em prontuário e, preferencialmente, com termo de consentimento assinado pela paciente.

ROTINA PERI OPERATÓRIA EM PACIENTES ACIMA DE 16 ANOS

EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS

Para todos os procedimentos e pacientes:

- Checar as medicações de uso habitual , anamnese completa e exame físico geral e ginecológico.
- Checar alergias medicamentosas e a látex (existe um preparo específico da sala cirúrgica nestes casos).
- Pacientes na menacme devem ser questionadas no dia da cirurgia sobre a possibilidade de gravidez e se necessário ou incerteza, a realização do exame de Beta-hcg torna-se indispensável devido aos riscos anestésicos e do procedimento ao feto.

Objetivos da solicitação de testes pré-operatórios:

Identificar uma doença ou desordem que possa afetar o cuidado perioperatório;

- Avaliar uma doença conhecida, desordem ou tratamento médico ou alternativo que possa influenciar no perioperatório;
- Formular planos específicos ou alternativas para o cuidado dos pacientes no perioperatório.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Solicitação de exames com base na complexidade dos procedimentos e classificação ASA da paciente:

CLASSIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

a) Categoria 1:

- Risco mínimo para o paciente independente da anestesia;
- Procedimentos minimamente invasivos com pouca ou nenhuma perda de sangue, frequentemente realizados em ambiente de consultório com a sala de cirurgia usada principalmente para anestesia e monitoramento;
- Ex: histeroscopia

b) Categoria 2:

- Procedimento mínimo a moderadamente invasivo;
- Perda de sangue inferior a 500 ml;
- Risco leve para o paciente, independente da anestesia;

Ex: Laparoscopia diagnóstica, dilatação e curetagem, laqueadura de trompas de falópio, art, lise laparoscópica de aderências,

c) Categoria 3:

- Procedimento moderadamente a significativamente invasivo;
- Potencial de perda de sangue 500-1.500 ml;
- Risco moderado para o paciente, independente da anestesia;
- Inclui: tireoidectomia, histerectomia, miomectomia, cistectomia, colecistectomia, substituição do quadril / joelho, nefrectomia, procedimentos laparoscópicos maiores, ressecção ou cirurgia reconstrutiva do trato digestivo;

d) Categoria 4 :

- Procedimento altamente invasivo;



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- Perda de sangue superior a 1.500 ml;
- Grande risco para o paciente, independente da anestesia;
- Inclui: Reconstrução ortopédica-espinhal, do trato gastrointestinal, cirurgia geniturinária maior (por exemplo, prostatectomia retropúbica radical, reparo vascular maior sem internação na UTI pós-operatória.

e) Categoria 5:

- Procedimento altamente invasivo;
- Perda de sangue maior que 1.500 ml;
- Risco crítico para o paciente, independente da anestesia;
- Permanência usual na UTI pós-operatória com monitoramento invasivo;
- Inclui procedimento cardiotorácico e procedimento intracraniano.

CLASSIFICAÇÃO ASA:

ASA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS ADULTOS INCLUEM, MAS NÃO SE LIMITAM
ASA1	Pessoas saudáveis	Saudáveis, não fumantes, que não bebem ou bebem pouco
ASA2	Pessoas com doenças sistêmicas leves	Doenças leves apenas; Sem limitações funcionais importantes, fumantes, consumo de álcool social, gravidez, obesidade (30 <IMC <40), hipertensão e diabetes bem controlados, doença pulmonar.
ASA3	Paciente com doença sistêmica severa	Limitações funcionais importantes, uma ou mais moderada ou severa comorbidade; DM e HAS descontrolada, obesidade mórbida (IMC > 40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marcapasso, moderada redução de fração de



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

		ejeção, paciente realizando diálise regularmente, história (> 3 meses) de infarto do miocárdio, stents...
ASA4	Paciente com uma doença sistêmica severa que é uma constante ameaça a vida	Recentes (<3 meses) MI, CVA, TIA ou CAD/ Stents, disfunção valvar grave, redução severa da fração de ejeção, choque, sepse, DIC, ARD ou ESRD não passando por diálise regular programada
ASAV	Paciente que não tem expectativa de sobrevivência sem uma cirurgia	Ruptura aneurisma torácico/abdominal, trauma grave, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal, disfunção de múltiplos órgãos
ASAVI	Morte encefálica declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doador	



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

PROCEDIMENTOS X ASA

BAIXA COMPLEXIDADE			
Exame	ASA 1	ASA 2	ASA 3 ou 4
Hemograma	Não	Não	Solicitar se história de anemia
Coagulograma	Não	Não	Não
Ureia e Creatinina	Não	Não	Solicitar em caso de risco para IRA
Eletrocardiograma	Não	Não	Considerar se não houver exame prévio <12m
Ecocardiograma	Não	Não	Não
Radiografia de Torax	Não	Não	Não

MÉDIA COMPLEXIDADE			
Exame	ASA 1	ASA 2	ASA 3 ou 4
Hemograma	Não	Não	Solicitar se história de anemia
Coagulograma	Não	Não	Não
Ureia e Creatinina	Não	Não	Solicitar em caso de risco para IRA



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Eletrocardiograma	Não	Considerar em pacientes com doença cardiovascular	Realizar
Ecocardiograma	Não	Não	Capacidade funcional <4
Radiografia de Torax	Não	Não	Solicitar para cardiopatas e paciente tabagistas
Eletrolitos	Não	Pacientes usuários de medicações que interferem no metabolismo (ex: diuréticos, IECA)	Pacientes usuários de medicações que interferem no metabolismo (ex: diuréticos, IECA)

ALTA COMPLEXIDADE			
Exame	ASA 1	ASA 2	ASA 3 ou 4
Hemograma	Sim	Sim	Sim
Coagulograma	Não	Não	Sim, se uso de anticoagulante
Ureia e Creatinina	Considerar se risco de IRA	Sim	Sim
Eletrocardiograma	Considerar se >65 anos sem ECG < 12 meses	Sim	Sim
Radiografia de Tórax	Não	Não	Solicitar para cardiopatas e paciente tabagistas



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Eletrólitos	Não	Pacientes usuários de medicações que interferem no metabolismo (ex: diuréticos, IECA)	Pacientes usuários de medicações que interferem no metabolismo (ex: diuréticos, IECA)
--------------------	-----	---	---

Solicitação de exames com base nas patologias de base da paciente x idade :

PACIENTE HÍGIDA	
6m a 50 anos	Hemograma
50 anos – 64 anos	Hemograma , eletrocardiograma
65-74 anos	Ht/Hb, ECG, Cr, Glicemia
>74 anos	Hemograma, ECG, Creatinina, Glicemia, RX tórax

PACIENTE COM COMORBIDADES (QUALQUER IDADE)	
Tabagista (< 20 cigarros /dia)	Ht, Hb, Raio X de tórax
Doença cardiovascular	Hemograma , eletrocardiograma, creatinina, Rx tórax
Doença pulmonar	ECG, RX tórax
Diabetes	Hemograma, ECG, Creatinina, Glicemia, Na, K



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

História de distúrbios de sangramento	Hemograma completo e coagulograma
Doença Hepática	Coagulograma, TGO, TGP, FA
Doença renal	Hemograma, eletrólitos, creatinina, ureia
Uso de diuréticos	Eletrólitos

Particularidades dos exames:

- **Hemoglobina e hematócrito:** considerar características clínicas e o tipo de procedimento (perda sanguínea?) , pacientes com doenças hepáticas, extremos de idade, história de anemia, sangramento e outras desordens hematológicas.
- **Sorologia:** HIV, VDRL, Hepatite B e C. Indicada para todas as pacientes que forem submetidas a procedimento cirúrgico.
- **Coagulograma:** características clínicas que devemos considerar a solicitação: desordens de sangramento, disfunção renal e hepática, tipo de procedimento, medicações anticoagulantes.
- **Hemoglobina glicada:** oferecer teste de HbA1c para pessoas com diabetes que irão submeter a cirurgia , caso não tenham feito teste nos últimos 3 meses.
- **Testes de urina:** não ofereça rotineiramente testes de tira reagente de urina antes da cirurgia. Considere a microscopia e a cultura da amostra de urina do jato médio antes da cirurgia se a presença de infecção do trato urinário influenciaria a decisão de operar.
- **Raio-X de tórax:** não ofereça radiografias de tórax rotineiramente antes da cirurgia.
- **Ecocardiograma:** considere a ecocardiografia em repouso se a pessoa tiver: sopro cardíaco e qualquer sintoma cardíaco (incluindo falta de ar, pré-síncope, síncope ou dor no peito) ou sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. Antes de solicitar o ecocardiograma de repouso, realize um eletrocardiograma de repouso (ECG) e discuta os achados com um anestesista.

A solicitação de exames mais especializados (Ecocardiograma, Teste de esforço, Cintilografia miocárdica, Espirometria) ou encaminhamento para interconsulta com especialista (Cardiologista, Pneumologista) fica a cargo do Anestesiologista ou



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Clínico que realizar a consulta pré-anestésica e com base nos achados clínicos ou resultado de exames que sugiram complementar a investigação.

AVALIAÇÃO CLÍNICA PRÉVIA:

- Pacientes maiores de 50 anos ou de qualquer idade com comorbidades ou história de alergias.
- Pacientes de qualquer idade que se submeterão a procedimentos de longa duração e/ou de alta complexidade: como, cirurgia oncológica com ressecção ampla, tratamento de endometriose profunda e mastectomia associada à reconstrução.

TEMPO DE COLETA:

Os resultados dos testes obtidos no prontuário médico dentro de **6 meses** da cirurgia geralmente são aceitáveis se o histórico médico do paciente não mudou substancialmente.

DROGAS QUE PRECISAM DA SUSPENSÃO ANTES DO PROCEDIMENTO:

AAS	Não interromper	Diuréticos	Interromper no dia
Clopidogrel	7 dias (vide recomendações específicas em portadores de Stent)	Hipoglicemiantes orais	Interromper 24 horas antes
Ticlopidina	14 dias (vide recomendações específicas em portadores de Stent)	Beta bloq, Estatinas, digoxina, drogas para doença tireodiana , ACO, drogas para doenças psiquiátricas, DRGE, ASMA, corticoides, inibidores de COX-2	Não interromper



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Warfarina	4 dias	Medicamentos tópicos	Interromper no dia
AINES (não seletivos)	Interromper 48 h antes	Sildenafil ou similares	24 antes

JEJUM

Dieta geral, leve, enteral, pastosa e líquida (exceto itens abaixo) – **08 horas**

- Líquidos não particulados (água e chá) e maltodextrina – **02 horas**
- Preparo de cólon (suco de laranja COADO) com manitol VO – **03 horas**

Dieta parenteral - Suspender ao encaminhar para centro cirúrgico, substituir por solução de glicose a 10% com monitorização intensiva da glicemia.

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA PARA PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA

A profilaxia cirúrgica deve ser realizada de acordo com o procedimento proposto:

Videolaparoscopia	Considerar Cefazolina 2g, EV, antes do procedimento se manipulação do TGI ou TGU
Histerectomia	Cefazolina 2g, EV, antes do procedimento
Histeroscopia cirúrgica ou diagnóstica	Não é necessária
Colocação de DIU	Não é necessária

ACOG Practice Bulletin No. 195 - 2018

- A dose da profilaxia deve ser de 03g, EV para pacientes obesas com mais de 120Kg. Em caso de duração cirúrgica maior que 04 horas ou perda sanguínea >1500mL, deve-se realizar nova dose profilática.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

- Em casos de Alergia a Beta-lactâmicos, realizar profilaxia com Clindamicina 900mg, EV + Gentamicina 05mg/Kg.

PREPARO INTESTINAL

Para pacientes que irão realizar cirurgias para endometriose profunda, com abordagem intestinal, recomendamos preparo intestinal, visando melhor campo cirúrgico e maior facilidade de identificar as lesões quando presentes.

- Internação no dia anterior a cirurgia
- Dieta líquida com resíduos até as 8 horas antes do procedimento. Jejum após
- Manitol 500mL + Suco de Laranja 500mL, consumir até as 22 horas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Histeroscopia Ambulatorial. Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto. Editora MEDSI. 2004
2. Oppegaard KS et al. A combination of misoprostol and estradiol for preoperative cervical ripening in postmenopausal women: a randomised controlled trial. BJOG; 117(1): 53-61, 2010 Jan.
3. Monteiro, IMU. Prevalência de Sinéquias Uterinas em Mulheres após curetagem por aborto. Unicamp, 2005.
4. Lindholm, H. et al. Hysteroscopy provides proof of trophoblastic tumors in three cases with negatives color Doppler images. Ultrasound Obst Gynecol; 9(1): 59-61, 1997 Jan
5. Lin, JC. Et al. Outcome of removal of intrauterine devices with flexible hysteroscopy in early pregnancy. J Gynecol Surg. 9(4): 195-200, 1993
6. Histeroscopia Cirúrgica. Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto. Editora MEDSI. 2004
7. CRISPI, Claudio Peixoto et al. Tratado de Endoscopia Ginecológica Cirurgia Minimamente Invasiva 3ed. Rio de Janeiro. Revinter. 2012
8. BONJER HJ, HAZEBROEK EJ, KAZEMIER G et al. Open versus closed establishment of pneumoperitoneum in laparoscopic surgery. Arch Surg. 2004;139:1359-64



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

9. HURD HC, GUIDO RS, MANSURIA SM et al. Visualization of epigastric vessels and bladder before laparoscopic trocar placement. *FertilSteril.* 2003;80:209-12
10. MEREU L, RUFFO G, LANDI S et al. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with segmental colorectal resection: short-term morbidity. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:463-69
11. MINELLI L, FANFANI F, FAGOTTI A et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications and clinical outcome. *Arch Surg* 2009; 144:234-39
12. SABER AA, MESLEMANI AM, DAVIS R et al. Safety zones for anterior abdominal wall entry during laparoscopy: a CT scan mapping of epigastric vessels. *Ann Surg* 2004;239:182-85
13. STANY MP, FARLEY JH. Complications of gynecologic surgery. *SurgClin N Am* 2008;88:343-59
14. VILOS E, FERRERO A, SISMONDI P. Laparoscopic identification of pelvic nerves in patients with deep infiltration endometriosis. *SurgEndosc.* 2004.
15. NEZHAT F, BRIL AI, NEZHAT CH et al. Laparoscopic appraisal of the anatomic relationship of the umbilicus to the aortic bifurcations. *J AMAssocGynecolLaparoscop.* 1998, 5:135-40
16. VILOS GA. The ABC of a safer laparoscopic entry. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13:249-51
17. TINELLI A, MALVASI A, ISTRE O, et al. Abdominal access in gynaecological laparoscopy: a comparison between direct optical and blind closed access by Verres needle. *Eur J ObstGynecolReprod Biol.* 2010, 148:191-94
18. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:3092–3097
19. Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG, Belo Horizonte; Coopmed, 2012.
20. Vercellini P., Crosignani PG, Abbiati A., Somigliana E., Viganò P., Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Hum Reprod Update* 2009;15:177-88.
21. Manual de Endometriose /Sérgio Podgaec. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

22. Vercellini P, Crosignani PG, Somigliana E, Berlanda N, Barbara G, Fedele L. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? *Hum Reprod.* 2009 Oct;24(10):2504-14. Epub 2009 Jul 2.
23. Donadio N, Neto LCA. Consenso Brasileiro em Videndoscopia Ginecológica - São Paulo. Artes Médicas, 2001.
24. Mahmood TA, Templeton A. The impact of treatment on the natural history of endometriosis. *Hum Reprod* 1990; 5:965.
25. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ* 1993; 306:182.
26. Parazzini F, La Vecchia C, Franceschi S, et al. Risk factors for endometrioid, mucinous and serous benign ovarian cysts. *Int J Epidemiol* 1989; 18:108.
27. Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil. INCA
28. DeVita, et al. *Cancer. Principles & Practice of Oncology.* 2011
29. Kurman RJ. Et al. O comportamento de hiperplasia do endométrio. Um estudo de longo prazo da hiperplasia "não tratada" em 170 pacientes. *Cancer* 1985
30. Lacey JV Jr, Sherman ME, Rush BB, et al. Risco absoluto de carcinoma endometrial durante 20 anos de acompanhamento de mulheres com hiperplasia endometrial. *J Clin Oncol* 2010; 28:788.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

5. SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não causar dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Error é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

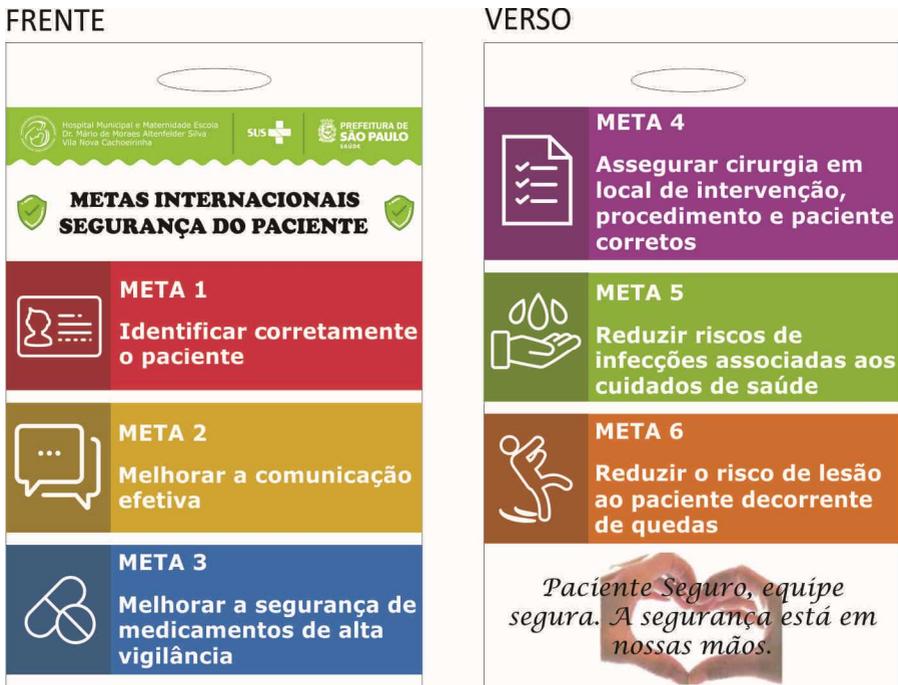
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

O que notificar?

Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente, qualquer risco que possa expor o paciente a um dano desnecessário e incidentes que atingiram o paciente ou até mesmo os que foram evitados antes de atingir o paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos, Bloco Cirúrgico, Casa da Gestante, Laboratório, Farmácia, Pré-Parto, Ambulatório e Arquivo.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).

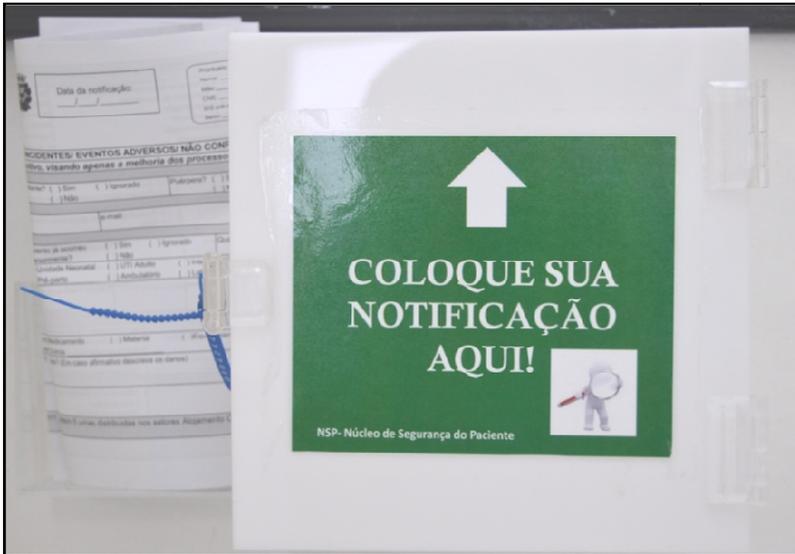
 <p>PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p>		<p>FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO - SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	
<p>ETIQUETA</p> <p>Pontuação: _____ D. Nasc.: _____ Nome: _____ MR#: _____ CNS: _____ SIS pré-natal: _____ Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</p>		<p>Data da notificação: _____</p>	
<p>NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA <i>A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.</i></p>			
<p>INFORMAÇÕES DO PACIENTE</p> <p>Data de Nascimento: Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Data da admissão: _____ / _____ / _____</p>			
<p>DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)</p> <p>Nome: _____ e-mail: _____ Função: _____</p>			
<p>DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA</p> <p>Data da ocorrência: Hora da ocorrência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> UTI Adulto <input type="checkbox"/> Internação Adulto <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> Arquivo <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> CGAR <input type="checkbox"/> Faturamento <input type="checkbox"/> Dentro Cirurgico <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>Fato: O que aconteceu? _____</p>			
<p>Quantas vezes? <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Mais de três vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Uma vez</p>			
<p>Procedimentos realizados: <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Estrutura <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Outros</p>			
<p>A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos)</p>			
<p>Providências Tomadas: _____</p>			
<p>Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 11, umas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos, Bloco Cirúrgico, Casa da Gestante, Laboratório, Farmácia, Pré-Parto, Ambulatório e Arquivo.</p>			

Formulário para Notificação de Incidentes - Item - Cod. 165F



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Figura 3. Urna para depositar as notificações.



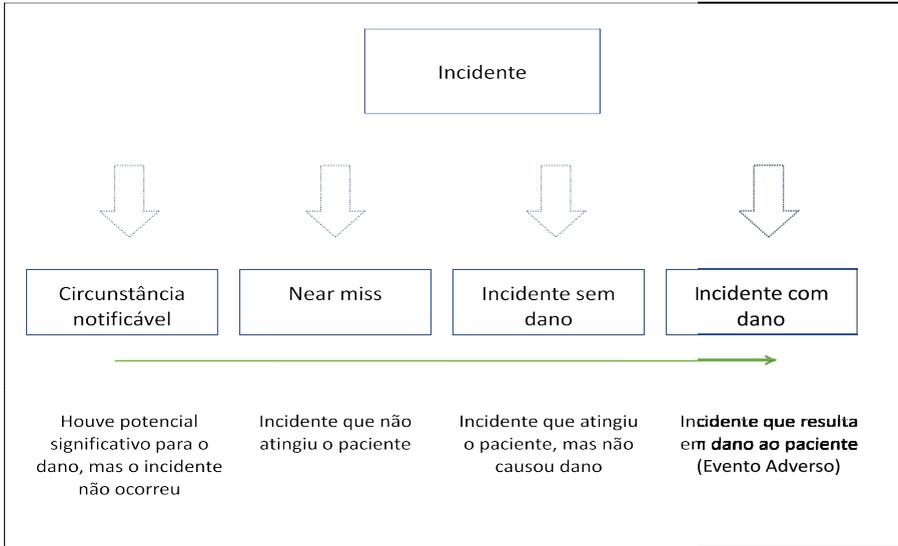
Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Qualidade Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Após o processo de classificação as notificações são encaminhadas aos setores envolvidos por meio do formulário de análise e tratativa que possui ferramentas de qualidade para direcionar o desenvolvimento de um planejamento de ações preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim. Essa preocupação tem se tornado cada vez mais presente e a união de esforços multiprofissionais é fundamental para melhorar a assistência prestada.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Com a percepção do impacto da saúde do profissional na assistência e assim na segurança do paciente, o termo tem ganhado uma magnitude como "segurança em saúde", dessa forma aborda tanto a segurança do paciente como a do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517–9.
5. Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
8. Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20.
9. The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/

*Diretrizes Clínicas
do Serviço de Endoscopia Ginecológica
HMEC 2021*



Missão

Prestar assistência em saúde da mulher e do recém-nascido com excelência e de forma humanizada, aliada ao Ensino e à Pesquisa, com base nas diretrizes do SUS e da Gestão Pública

Visão

Ser Centro Interdisciplinar de excelência, com reconhecimento internacional pela qualidade da assistência à saúde da mulher, do recém-nascido e do Ensino e Pesquisa

Valores

- ❖ *Ética*
 - ❖ *Transparência*
 - ❖ *Gestão Participativa*
 - ❖ *Qualidade e Segurança na Assistência ao Paciente*
 - ❖ *Cuidado Centrado na Pessoa*
 - ❖ *Valorização do Trabalhador*
 - ❖ *Educação e Formação de Pessoas*
-