

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Residência Médica

Júlia Kowacs Butzke

**Avaliação histeroscópica de sequelas uterinas após medidas
mecânicas para controle de sangramento puerperal**

Porto Alegre

2024

Júlia Kowacs Butzke

Avaliação histeroscópica de sequelas uterinas após medidas mecânicas para controle de sangramento puerperal

Trabalho de Conclusão da Residência apresentando ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

**Orientador: Professor João Sabino Cunha Filho - Orientador
Coorientadores: Dr Carlos Augusto Bastos de Souza Dra Vanessa Krebs Genro**

CIP - Catalogação na Publicação

Kowacs Butzke, Júlia

Avaliação histeroscópica de sequelas uterinas após medidas mecânicas para controle de sangramento puerperal / Júlia Kowacs Butzke. -- 2024.

16 f.

Orientador: João Sabino Lahorgue da Cunha Filho.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Sinéquias uterinas. 2. Sutura hemostática . 3. Histeroscopia diagnóstica. 4. Hemorragia puerperal. I. Lahorgue da Cunha Filho, João Sabino, orient. II. Título.

Resumo

Objetivos

Principal: determinar a prevalência de alterações uterinas intracavitárias em pacientes submetidas à sutura hemostática de B-Lynch para manejo de hemorragia puerperal em partos cesáreos.

Métodos

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, no Serviço de Ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de março de 2022 a abril de 2023. Foram incluídas as pacientes que apresentaram hemorragia puerperal manejada com sutura uterina hemostática de B-Lynch. As pacientes foram submetidas à histeroscopia diagnóstica entre 60 dias e 1 ano após o nascimento. Os procedimentos foram realizados de forma ambulatorial, sem anestesia.

Resultados

Foram realizadas 14 histeroscopias. Todas as pacientes foram submetidas à sutura hemostática de B-Lynch por hemorragia puerperal. Onze das quatorze pacientes (78,6%) apresentaram achados anormais na histeroscopia. Em oito das histeroscopias realizadas foram identificadas sinéquias (57,1%). Em quatro das histeroscopias foram identificadas istmoceles (28,6%). Somente uma paciente apresentou ambos os achados. Em sete das oito pacientes que apresentaram sinéquias, estas foram identificadas na região cornual. Em uma das pacientes a sinéquia foi identificada no colo. Seis das quatorze pacientes referiram algum sintoma no dia da entrevista (42,9%). Dessas, quatro referiram dor suprapúbica eventual, não associada ao ciclo menstrual, e duas referiram sangramento menstrual irregular e dismenorreia. Das seis pacientes que referiram sintomas, cinco delas apresentaram achados na histeroscopia. Das oito pacientes assintomáticas, seis apresentaram achado anormal na histeroscopia (75%).

Conclusões

Identificamos uma alta prevalência de sinéquias uterinas e de outras alterações intracavitárias no grupo estudado.

Introdução

O sangramento puerperal é uma importante complicação obstétrica e é considerado uma das três principais causas de morte materna (Dashe et al. 2018). Nos países em desenvolvimento, a hemorragia obstétrica é ainda mais prevalente (Goffman, Nathan, and Chazotte 2016). A hemorragia puerperal é definida, de acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, como a perda sanguínea cumulativa > 1.000 mL acompanhada por sinais e sintomas de hipovolemia ("Website," n.d.).

A mortalidade por sangramento puerperal está associada a três principais fatores: atraso em reconhecê-lo, atraso em buscar um manejo adequado e atraso na resolução do problema (Thaddeus and Maine 1994). O atraso em reconhecer a hemorragia em fases iniciais é comum e ocorre por diversas razões. Entre elas, destacam-se a estimativa subestimada da perda volêmica e a demora para detecção de sinais clínicos de hipovolemia (taquicardia, hipotensão)(Goffman, Nathan, and Chazotte 2016). Estratégias vêm sendo traçadas para diminuir as mortes por hemorragia obstétrica. Algumas medidas se mostraram efetivas: (a) Realização de um acompanhamento pré-natal adequado com identificação de fatores de risco e encaminhamento de pacientes de maior risco para centros de referência, (b) Realização de nascimento em ambiente hospitalar com identificação de pacientes de maior risco de sangramento pós-parto e adoção de protocolos de manejo do sangramento puerperal, (c) Acesso universal e rápido a banco de sangue (Henriquez, Bloemenkamp, and van der Bom 2018).

A principal causa de hemorragia puerperal é a atonia uterina (Dashe et al. 2018). O manejo inicial da atonia uterina consiste em massagem uterina e uso de medicamentos uterotônicos. Nas pacientes que não respondem a essas medidas, existem outras intervenções conservadoras possíveis. Dentre elas estão os balões intrauterinos, as suturas uterinas hemostáticas, as ligaduras arteriais e a embolização arterial por radiologia intervencionista.

As suturas uterinas são fáceis tecnicamente, especialmente em cesarianas, e são efetivas no manejo da atonia uterina, com taxas de sucesso chegam a 90% (Cho, Jun, and Lee 2000) Consistem em suturas realizadas com fios reabsorvíveis de forma a manter a contração uterina. A sutura de B-lynch é a mais comumente utilizada (B-Lynch et al. 1997). A técnica de Hayman é uma alternativa, principalmente nos casos de atonia pós-parto vaginal, pois prescinde de histerotomia(Ghezzi et al. 2007). Outras técnicas possíveis são as de Cho e de Pereira(Henriquez, Bloemenkamp, and van der Bom 2018; Cho, Jun, and Lee 2000). Essas suturas, entretanto, podem causar sequelas à parede e à cavidade uterina. Já foram descritas sinéquias intrauterinas, erosão de parede uterina e piometra em casos de pacientes submetidas a suturas hemostáticas.((Begum, Pallave, and Ghose 2014; Amorim-Costa et al. 2011; Ibrahim et al. 2013)) A real incidência de tais afecções não está

definida. Os trabalhos têm demonstrado incidências de dessas complicações entre 18,5 e 26,7%, com diferentes tipos de seguimento após a cesariana.(Marasinghe and Saravanabhava 2011)(Rathat et al. 2011). Há um risco associado às sinéquias uterinas no que diz respeito à fertilidade futura. Os poucos estudos realizados até o momento não demonstraram piora nos desfechos relacionados à fertilidade em pacientes submetidas a suturas hemostáticas. Em função do número pouco expressivo e da qualidade dos estudos existentes, não se pode assumir como definitivos esses resultados. (Doumouchtsis et al. 2014)

As sinéquias uterinas, quando avaliadas independente da sua causa, estão associadas a alterações no ciclo menstrual, à dor pélvica, à infertilidade secundária e a abortamento de repetição. A intensidade dessas manifestações clínicas não está necessariamente associada à quantidade de doença intrauterina. (Deans and Abbott 2010)

Desta forma, delineamos este estudo a fim determinar a incidência de sinéquias uterinas em pacientes submetidas a suturas hemostáticas para controle de sangramento puerperal.

Objetivos

Determinar a prevalência de alterações uterinas intracavitárias (sinéquias) em pacientes submetidas a suturas hemostáticas para manejo de hemorragia puerperal em partos cesáreos.

Objetivos secundários

Determinar a prevalência dessas intervenções no nosso serviço.

Avaliar a sintomatologia nas pacientes submetidas a suturas hemostáticas para manejo de sangramento puerperal.

Avaliar a associação entre a sintomatologia e as alterações intracavitárias nesta população.

Avaliar a incidência de efeitos adversos gestacionais (placentação anômala, aborto de repetição e trabalho de parto prematuro) em gestações subsequentes nesta população.

Material e Métodos

Delineamento

Estudo prospectivo longitudinal no Serviço de Ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de março de 2022 a dezembro de 2023.

População

Foram incluídas as pacientes que apresentaram hemorragia puerperal manejada com sutura uterina hemostática. Foram excluídas as pacientes nas quais houve falha no controle do sangramento com sutura hemostática e que necessitaram de histerectomia ou medidas adicionais como ligaduras arteriais e as pacientes com menos de 18 anos. As pacientes que foram submetidas à histerectomia puerperal mesmo sem suturas hemostáticas anteriores também foram excluídas, assim como as que apresentaram evidência de infecção intrauterina na cesárea.

Coleta de dados

As puérperas que foram submetidas à cesárea com necessidade de sutura hemostática no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas foram convidadas a participar do estudo e, após o consentimento da paciente, o seu prontuário foi acessado e os dados contidos na folha de coleta foram recuperados. A avaliação em si da cavidade uterina foi realizada através de uma histeroscopia diagnóstica sem anestesia - conforme a técnica descrita a seguir.

Será realizado seguimento das pacientes por cinco anos através de contato telefônico a fim de determinar os desfechos reprodutivos da mesma: se foram operadas, gestação, abortamento, nascimentos, tipo de parto e complicações pós-parto.

Histeroscopia

As pacientes foram submetidas à histeroscopia diagnóstica entre 60 e 365 dias de pós nascimento segundo técnica usual, já publicada anteriormente (Souza et al. 2011). Brevemente, o procedimento será realizado com uma óptica de 4 mm com 30° de ângulo de visão (Karl Storz Endoscopy®, Alemanha). Foi utilizado soro fisiológico como meio de distensão com uma pressão máxima de 120 mm Hg. As alterações encontradas na histeroscopia foram qualificadas em alterações congênitas ou adquiridas. As alterações adquiridas encontradas receberam os seguintes diagnósticos: pólipos uterinos, mioma, sinéquias uterinas, endometrite e hiperplasia.

Os procedimentos foram realizados com técnica vaginoscopia, seguida da histeroscopia, sem necessidade de anestesia. Quando foram detectadas alterações intracavitárias com possibilidade de correção, a mesma foi realizada no mesmo momento.

As histeroscopias foram realizadas pelos membros da equipe da pesquisa, sempre sob supervisão do Dr Carlos Souza.

Cálculo de tamanho de amostra

Não sabemos a prevalência de sinéquias uterinas após sutura hemostática em nosso hospital atualmente, desta forma, realizaremos um estudo piloto com 20 pacientes a fim de determinar a prevalência.

Banco de dados

Os dados de prontuário foram coletados em Excel no Google Drive ao qual apenas os pesquisadores envolvidos tiveram acesso. Os resultados das histeroscopias também foram inseridos no mesmo banco.

Riscos e Benefícios

Riscos

O risco associado à histeroscopia é de desconforto na hora da realização do exame. Esse risco é minimizado pela experiência da equipe e pela rapidez com a qual o exame é realizado. O procedimento é realizado sem sedação ou anestesia, o que exclui os riscos inerentes a tais procedimentos. Em qualquer momento do exame a paciente pode solicitar a suspensão do procedimento sem acarretar nenhum prejuízo para o seu atendimento assistencial.

Existe um risco potencial de infecção e perfuração uterina que são extremamente raros em mãos experientes.

O risco de quebra de confidencialidade existe pela revisão dos prontuários e por isso os pesquisadores são treinados e se comprometem com a guarda do sigilo dos pacientes.

Benefícios

A participação no estudo pode trazer o benefício da informação sobre a existência ou não de sinéquias ou outros achados intrauterinos. Nesse momento, porém, ainda não se sabe o significado desses achados para o futuro reprodutivo dessas pacientes. O aumento do conhecimento sobre esse assunto é fundamental para podermos orientar corretamente as pacientes no futuro.

Aspectos éticos

Durante o andamento do presente estudo foram sendo respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde. Pacientes que não desejaram submeter-se aos procedimentos propostos ou negaram sua participação no estudo não tiveram nenhum prejuízo no seguimento e/ou tratamento de sua doença.

As pacientes convidadas a participar do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e de sua contribuição através de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram preservados dados individuais dessas pacientes e a identidade dessas

pacientes. Foram ainda respeitados os princípios institucionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seu comitê de ética em pesquisa.

Verba para o estudo

As 20 histeroscopias sem anestesia no Centro Cirúrgico Ambulatorial do HCPA, 14 das quais já realizadas, têm um custo total de 1600 reais (80 reais por histeroscopia). Foi recebida uma verba de 1600 reais do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) do Hospital de Clínicas.

Resultados preliminares

Foram realizadas, até o momento, 14 histeroscopias. Todas as pacientes foram submetidas à sutura hemostática de B-Lynch por hemorragia puerperal. Onze das quatorze pacientes (78,6%) apresentaram achados anormais na histeroscopia. Em oito das histeroscopias realizadas foram identificadas sinéquias (57,1%). Em quatro das histeroscopias foram identificadas istmoceles (28,6%). Somente uma paciente apresentou ambos os achados. Em sete das oito pacientes que apresentaram sinéquias, estas foram identificadas na região cornual. Em uma das pacientes a sinéquia foi identificada no colo. Seis das quatorze pacientes referiram algum sintoma no dia da entrevista (42,9%). Dessas, quatro referiram dor suprapúbica eventual, não associada ao ciclo menstrual, e duas referiram sangramento menstrual irregular e dismenorrea. Das seis pacientes que referiram sintomas, cinco delas apresentaram achados na histeroscopia. Das oito pacientes assintomáticas, seis apresentaram achado anormal na histeroscopia (75%).

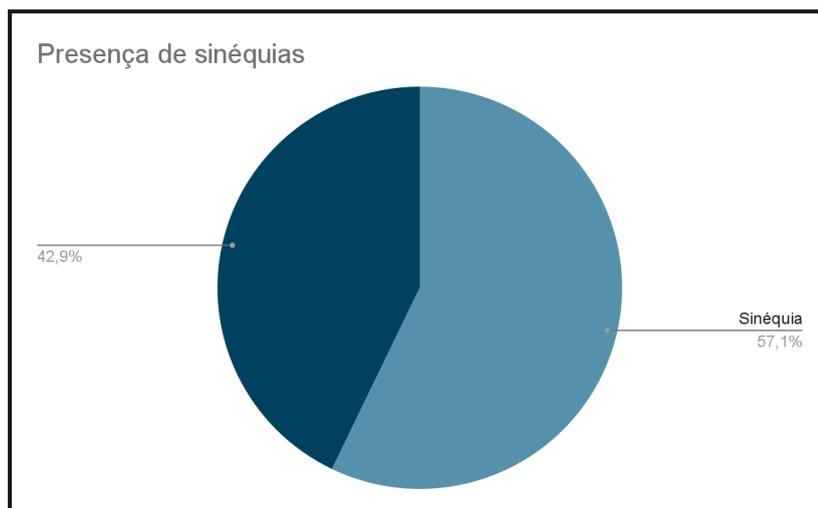


Figura 1: prevalência de sinéquias

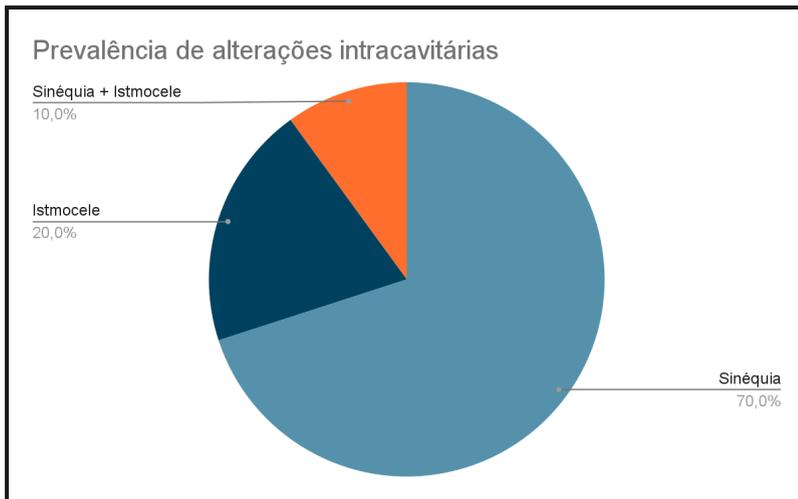


Figura 2: prevalência de alterações intracavitárias

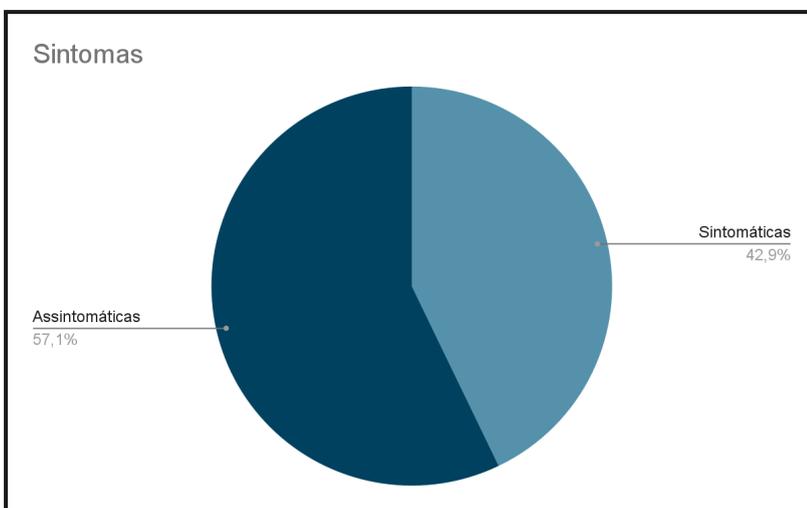


Figura 3: prevalência de sintomas após sutura hemostática

Discussão

Identificamos uma alta prevalência de sinéquias uterinas e de outras alterações intracavitárias no grupo estudado. De acordo com uma revisão sistemática recente (Zouaghi et al. 2023), que tem um n total de 71 pacientes, a prevalência de alterações intracavitárias após tratamento cirúrgico conservador para manejo de hipotonia uterina varia conforme o tipo de sutura hemostática, sendo de 57,1% e com significância estatística nas pacientes submetidas à sutura de Cho e 5,8% nas pacientes submetidas à sutura de B-Lynch. Nosso estudo demonstrou uma prevalência de sinéquias após sutura hemostática de B-Lynch, até o momento, de 57,1%, bastante acima do encontrado na revisão sistemática de Zouaghi.

Uma limitação importante do estudo é a falta de um grupo controle, o que limita o poder estatístico do estudo. Além disso, ainda não foram incluídas todas as pacientes

planejadas e ainda não foi realizada a análise após 1 e 5 anos de seguimento.

Referências

- Amorim-Costa, Célia, Raquel Mota, Claudio Rebelo, and Pedro Tiago Silva. 2011. "Uterine Compression Sutures for Postpartum Hemorrhage: Is Routine Postoperative Cavity Evaluation Needed?" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90 (7): 701–6.
- Begum, Jasmina, P. Pallave, and Seetesh Ghose. 2014. "B-Lynch: A Technique for Uterine Conservation or Deformation? A Case Report with Literature Review." *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 8 (4): OD01–03.
- B-Lynch, C., A. Coker, A. H. Lawal, J. Abu, and M. J. Cowen. 1997. "The B-Lynch Surgical Technique for the Control of Massive Postpartum Haemorrhage: An Alternative to Hysterectomy? Five Cases Reported." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104 (3): 372–75.
- Cho, J. H., H. S. Jun, and C. N. Lee. 2000. "Hemostatic Suturing Technique for Uterine Bleeding during Cesarean Delivery." *Obstetrics and Gynecology* 96 (1): 129–31.
- Dashe, Jodi S., Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, and Barbara L. Hoffman. 2018. *Williams Obstetrics, 25th Edition*. McGraw Hill Professional.
- Deans, Rebecca, and Jason Abbott. 2010. "Review of Intrauterine Adhesions." *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 17 (5): 555–69.
- Doumouchtsis, S. K., K. Nikolopoulos, Vs Talaulikar, A. Krishna, and S. Arulkumaran. 2014. "Menstrual and Fertility Outcomes Following the Surgical Management of Postpartum Haemorrhage: A Systematic Review." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121 (4): 382–88.
- Ghezzi, F., A. Cromi, S. Uccella, L. Raio, P. Bolis, and D. Surbek. 2007. "The Hayman Technique: A Simple Method to Treat Postpartum Haemorrhage." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114 (3): 362–65.
- Goffman, Dena, Lisa Nathan, and Cynthia Chazotte. 2016. "Obstetric Hemorrhage: A Global Review." *Seminars in Perinatology* 40 (2): 96–98.
- Henriquez, D. D. C. A., K. W. M. Bloemenkamp, and J. G. van der Bom. 2018. "Management of Postpartum Hemorrhage: How to Improve Maternal Outcomes?" *Journal of Thrombosis and Haemostasis: JTH*, June. <https://doi.org/10.1111/jth.14200>.
- Ibrahim, Moustafa I., Tarek A. Raafat, Mohamed I. Ellaithy, and Rehab T. Aly. 2013. "Risk of Postpartum Uterine Synechiae Following Uterine Compression Suturing during Postpartum Haemorrhage." *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 53 (1): 37–45.
- Marasinghe, J. P., and N. Saravanabhava. 2011. "Risk of Synechiae Following Uterine Compression Sutures." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Rathat, Gauthier, Phi Do Trinh, Grégoire Mercier, Lionel Reyftmann, Clotilde Dechanet, Pierre Boulot, and Pierre Ludovic Giacalone. 2011. "Synechia after Uterine Compression Sutures." *Fertility and Sterility* 95 (1): 405–9.
- Souza, C., C. Schmitz, V. K. Genro, A. Martins, M. L. R. Oppermann, and J. S. Cunha-Filho. 2011. "Outpatient Hysteroscopy in Recurrent Miscarriage." *Fertility and Sterility* 96 (3): S284.
- Thaddeus, S., and D. Maine. 1994. "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context." *Social Science & Medicine* 38 (8): 1091–1110.
- "Website." n.d. . ACOG. reVITALize Obstetric Data Definitions. 2014. <http://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/reVITALize-Obstetric-Data-Definitions>; Accessed 11.04.15.
- Zouaghi, Chiheb, Mohamed Ali Chaouch, Stephane Sanchez, and Sondes Zouaghi. 2023. "Hysteroscopy after Conservative Surgical Treatment of Severe Postpartum Hemorrhage due to Uterine Atony: A Systematic Literature Review." *International*

Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 162 (2): 462–71.

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando a Sra. _____ a participar como voluntária na pesquisa intitulada “Avaliação histeroscópica de sequelas uterinas após suturas hemostáticas para controle de sangramento puerperal”.

Justificativa, objetivos e procedimentos:

A senhora está sendo convidada a participar desse estudo porque precisou realizar durante a sua cesariana um procedimento adicional para controle do sangramento do útero. Esse procedimento consiste em dar pontos com fio que é absorvido pelo organismo. Esses pontos ajudam o músculo do útero a contrair e controlar o sangramento.

Nosso objetivo ao desenvolver o presente estudo é avaliar a associação entre esses pontos para controle e prevenção de sangramento no pós-parto com o desenvolvimento de sinéquias (cicatrizes) uterinas, bem como avaliar se as pacientes que precisam desses pontos têm algum sintoma diferente.

Caso a senhora aceite participar do estudo, iremos fazer uma revisão no seu prontuário para coletar dados pessoais seus como peso, altura, raça, número de filhos, assim como dados do seu pré natal, do seu parto e do período pós parto. Além disso, vamos fazer algumas perguntas para senhora, como se a senhora está menstruando regularmente e a quantidade de sangramento.

Num segundo momento vamos lhe convidar a realizar um exame da parte de dentro do útero. Esse exame é chamado histeroscopia e consiste em entrar com uma microcâmera através do colo do útero (não há cortes) para vermos se tem alguma cicatriz ou alteração decorrente dos pontos. Esse exame é realizado no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e é feito sem anestesia, não necessita jejum ou qualquer outro tipo de preparo.

Em um terceiro momento, vamos lhe telefonar a cada seis meses para lhe perguntar se a senhora está sentindo algo de diferente que possa estar relacionado com esses pontos e se a senhora engravidou novamente.

Desconfortos, riscos e benefícios:

Caso você aceite participar pode ter algum desconforto na hora do exame e o principal risco da histeroscopia é a impossibilidade de realização do procedimento por condições técnicas, sangramento, infecção pélvica e perfuração uterina. O procedimento é realizado sem sedação ou anestesia, o que exclui os riscos inerentes a tais procedimentos. Em qualquer momento do exame a senhora pode solicitar a suspensão do procedimento sem acarretar nenhum prejuízo para o seu atendimento.

A participação no estudo vai lhe trazer a informação sobre se a senhora tem ou não essas cicatrizes dentro do útero, entretanto nesse momento ainda não sabemos o significado desse achado para seu futuro reprodutivo. Isso é o que queremos avaliar. A participação no estudo não trará nenhum benefício de natureza financeira, mas também não prejudicará a continuidade do seu tratamento. Caso escolha não participar da pesquisa não haverá qualquer prejuízo no início ou continuidade de seu tratamento. No caso de acharmos essas cicatrizes ou qualquer outro achado, a senhora será orientada devidamente.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados das avaliações da pesquisa serão informados/enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com os pesquisadores responsáveis e outra será fornecida a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Declaração de participante

Eu, _____, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Fui informada que a qualquer momento posso solicitar maiores informações se assim o desejar.

O pesquisador _____ certificou-me que todos os dados dessa pesquisa são confidenciais. Declaro que concordo em participar da pesquisa e recebi uma cópia deste termo de consentimento livre.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Contato: Pesquisador responsável Dr João Sabino Cunha Filho telefone:

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa HCPA

Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h, telefone (51) 33596246, e-mail cep@hcpa.edu.br.

ANEXO 2: FICHA DE COLETA DE DADOS

DADOS INICIAIS

No na pesquisa: _____

Prontuário: _____ Telefone: _____

Nome: _____

DN: ___/___/___ Idade: ___ Cor: _____(branca/preta/parda/amarela/outra)

Estado civil: _____(solteira/união estável/separada/viúva/outra)

Escolaridade: _____(bás inc/bás comp/méd inc/méd comp/sup inc/sup com/outra)

Peso: ___ kg Altura: ___ m IMC: ___ kg/m²

Menarca: ___ anos Paridade: G ___ P ___ C ___ Ab ___ Ect ___

Tabagismo:

() Atual Duração ___ Quantidade ___

() Passado Duração ___ Quantidade ___ Cessado há ___

Tipo de Parto: vaginal (1) cesariana (2)

IG no nascimento: _____

Patologias na gestação: _____

Indicação da Cesariana: _____

Tempo de uso de ocitocina pré indicação: _____

Sangramento puerperal: () SIM () NÃO

Prevenção de sangramento: () SIM () NÃO

Ocitocina tratamento: () SIM () NÃO

Misoprostol: () SIM () NÃO

Sutura hemostática: () SIM () NÃO

Tipo de sutura: _____

Tranfusão: () SIM () NÃO

ENTREVISTA ANTES DA HISTEROSCOPIA

Data: _____

Sintomas: () SIM () NÃO

Qual: _____

MAC: _____ (aco, preservativo, injetável, nenhum)

HISTEROSCOPIA

Data: _____

Indicação do exame: _____

Anestesia: _____ (sim / não)

Pré-medicação: _____ (sim / não) Qual? _____

Histeroscopia:

Histerometria: _____

Colo: _____

Cavidade: _____

Óstios: _____

Endométrio: _____

Achados: _____

AP: _____

SEGUIMENTO PÓS HISTEROSCOPIA:

Contato telefônico: anual

Presença de sintomas: () SIM () NÃO

Qual? _____

Submetida a alguma cirurgia ginecológica nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Qual? _____

Alguma gestação nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Algum abortamento nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Algum nascimento nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Qual tipo de parto? () VAGINAL () CESÁREA

Placentação anômala? () SIM () NÃO

Trabalho de parto prematuro? () SIM () NÃO