



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E
INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE
GABINETE DO COORDENADOR**

São Paulo, 20 de junho de 2012.

Ofício Circular CCTIES nº484x/2012

Caros Colegas,

Em nome da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, vimos por meio deste, em primeiro lugar agradecer seu empenho e esforço constatados com o Projeto de desenvolvimento do Projeto de desenvolvimento de mais **NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE** em Hospitais no Estado de São Paulo.

Sua atuação na **REDE PAULISTA DE ATS**, junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, tem constituído importante aporte para a integração dos hospitais no nível de gestão da SES.

Mais tecnologias inovadoras para o SUS, **que ainda não constam na Tabela do SUS**, evidenciaram-se entre as contribuições dos colegas. Importantes contribuições para a saúde foram enfatizadas nas apresentações que anexamos ao final desta, as quais servirão como base para projetos multicêntricos **PPSUS/FAPESP** (com lançamento previsto para o final de julho 2012) com os colegas e revisões sistemáticas da literatura que estruturarão **Pareceres Técnico Científicos**. Estes projetos também podem beneficiar de fomento regular FAPESP na linha de pesquisas **“Políticas Públicas”** de interesse da SES-SP, onde pode haver subsídios para a rubrica “Serviços de Terceiros - Pessoa Física” (com até 03 pagamentos eventuais/ano a contratantes com CPF e que não caracterizem vínculo empregatício).

- **Métodos:** *fazer PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO no modelo da CONITEC à SES-SP (p/endorso pelo Secretário e nosso Coordenador, Dr Sérgio Muller protocolar submissão à CONITEC/MS) + REVISÃO DA RELAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE DAS EXPERIÊNCIAS VIGENTES EM SÃO PAULO ↔ É importante comunicar aos potenciais colegas de suas instituições que atuam na assistência à saúde nas DISCIPLINAS ENVOLVIDAS, visando à participação ativa das instituições no maior número de projetos possíveis com os PARTICIPANTES INTERESSADOS vindo pessoalmente nas Reuniões mensais dos NATSs ou enviando documento assinado.*
- **Parceria e apoio Bibliográfico:** A Câmara de Evidências Científicas está mobilizada para co-participar e apoiar as demandas de buscas bibliográficas e envio de texto pleno dos artigos por e-mail mediante solicitação estruturada das perguntas para a busca [**POPULAÇÃO INDICADA, TECNOLOGIA EM ESTUDO, ALTERNATIVA A QUE SE COMPARA E DESFECHOS A ESTUDAR**]. A Secretaria da Câmara de Evidências Científicas se encontra na Biblioteca Central da Faculdade de Medicina da USP e pode ser solicitada por e-mail [[Valéria Lombardi valeria@biblioteca.fm.usp.br](mailto:valeria@biblioteca.fm.usp.br); [Suely Campos Cardoso suely@biblioteca.fm.usp.br](mailto:suely@biblioteca.fm.usp.br); [Cibele Araújo Marques cibele@biblioteca.fm.usp.br](mailto:cibele@biblioteca.fm.usp.br); [Daniela Rago daniela@biblioteca.fm.usp.br](mailto:daniela@biblioteca.fm.usp.br); [Maria Crestana Pazanelli crestana@usp.br](mailto:crestana@usp.br); [Lilian Nunes Schiavon lvs-ric@saude.sp.gov.br](mailto:lilian@usp.br) ou ctd@saude.sp.gov.br] ou telefone [(11) 3061-7266 ou -7265 ou -7264; (11)3065-4701ou (11)3066-8281]. A Câmara de Evidências Científicas está planejando Curso de Especialização em Informações da Saúde

para profissionais da saúde e bibliotecárias dos hospitais que interajam com Residentes e Pós-Graduandos. Este curso se destina a desenvolver a sua co-participação em projetos de Avaliação de Tecnologias da Saúde e será programado a partir das inscrições no grupo interessado, visando ampliar a Câmara de Evidências Científicas da **REDE PAULISTA DE ATS**, junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Os seguintes **GRUPOS TÉCNICOS TEMÁTICOS** iniciaram a ser constituídos: – *Inscriver-se por e-mail à Andréia azamberlan@fmb.unesp.br, as apresentações se encontram disponíveis e os slides de 20 de junho se encontram colados aos final desta (Anexo II)*

1º. Controle de Infecção Hospitalar:

- a) Avaliação de Impacto de Abordagens para Controle de Infecção de sítio Cirúrgico,
- b) PTC de saneantes (**glutaraldeído x água ácida x ácido peracético**) para desinfecção de aparelhos de endoscopia e compilar os processos de validação conforme RDCs/ANVISA e RDC N°.2 com rastreabilidade.

2º. Pré-Qualificação de Compras de Produtos para a Saúde:

- a) Avaliação da Efetividade de estratégias para a Implantação dos Programas de Pré-Qualificação
- b) Impacto do Treinamento de Tecnovigilância e Farmacovigilância no Desempenho na Prática das Equipes
- c) Impacto Orçamentário da Vigilância e Rastreabilidade de Implantes nos Programas de Pré-Qualificação

3º. Incorporação de PRODUTOS E PROCESSOS INOVADORES: cada estudo necessita um **GRUPO TÉCNICO** – *A Inscriver-se por e-mail à Andréia azamberlan@fmb.unesp.br e especificar qual parte do projeto pode contribuir e quais são os recursos que possui e as necessidades para cumpri-la.*

- a) PTC e Custo-Efetividade da **Alteplase** para trombólise precoce na prevenção de seqüelas pós-AVC
- b) Relação de Custo-Efetividade do implante de **Tela sintética** versus Tela absorvível em cirurgias de correção de prolapso genital
- c) PTC do *Screening* de **Incretismo** Placentário por Ultrassonografia com Doppler de vilosidades coriônicas,
- d) PTC da Ressonância Magnética de vilosidades coriônicas para avaliação de **Percretismo**
- e) PTC e Custo-Efetividade da **Embolização de Artérias Uterinas** pré-histerectomia por Percretismo de vilosidades coriônicas
- f) PTC e Custo-Efetividade da **Angiotomografia** Vascular ou Coronariana com múltiplas camadas de detectores
- g) PTC e Custo-Efetividade da **PET** em linfomas, oncologia pulmonar, esofágica, colo-retal, e Cardiologia
- h) PTC de **Screening e estratificação de risco** em pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos
- i) Relação de Custo-Efetividade da Consulta de **psicólogo** dedicado para Cuidados Paliativos

- j) PTC de **Internação domiciliar** em Cuidados Paliativos
- k) PTC e Custo-Efetividade do Tratamento de **intercorrências clínicas** em paciente sob Cuidados Paliativos
- l) PTC e Custo-Efetividade de **eletroterapia e termoterapia** da Fisioterapia específica de Cuidados Paliativos
- m) PTC e Custo-Efetividade de **nutrição artificial** em pacientes terminais oncológicos e não oncológicos sob Cuidados paliativos
- n) PTC e Custo-Efetividade do **laser de baixa intensidade** para aceleração da cicatrização de lesões cutâneas crônicas, cirúrgicas ou trauma extenso
- o) PTC e estudo comparativo do custo-efetividade de **válvulas anti-sifão** programáveis *versus* outras válvulas de controle de hidrocefalia
- p) PTC e Custo-Efetividade de **cirurgias endoscópicas para implante** de válvulas de controle de hidrocefalia
- q) PTC e Custo-Efetividade de **cirurgias endoscópicas de derivação ventricular para cura** de hidrocefalia
- r) PTC e Custo-Efetividade da Infusão de **correção de NaCL** nos suportes avançados de vida, pré-hospitalar, SAMU...
- s) PTC e Custo-Efetividade de **canetas com hormônio de crescimento** em solução pronta para aplicação
- t) PTC e Custo-Efetividade comparativa de **novos medicamentos oncológicos**, antivirais ou outros *versus* estratégias convencionais de medicamentos, cirurgia, quimioterapia e radioterapia
- u) PTC de Ipilimumabe: análise de sobrevida em pacientes com melanoma.

4º. Mal-formações congênitas, cardiologia e neurologia:

- a) *Screening* fetal de mal-formações cardíacas congênitas
- b) *Screening* fetal de mielomeningocele
- c) Relação de Custo-Efetividade e Impacto Orçamentário da cirurgia de mielomeningocele em pós-parto imediato
- d) Estudo de fluxo e impacto de estratégias programáticas de referenciamento e contra-referências na assistência a recém-nascidos com mal-formações congênitas no Estado de São Paulo.

4º. Cuidados Paliativos:

- a) Levantamento da ocorrência de casos terminais e necessidades de recursos;
- b) Programa dedicado de Cuidados Paliativos: Relação de Custo-Efetividade e Impacto Orçamentário
- c) Estudo de fluxo e impacto de estratégias programáticas de referenciamento e contra-referências na assistência a pacientes com diagnósticos terminais no Estado de São Paulo.

5º. Acidente Vascular Cerebral, AVC:

- a) Relação de Custo-Efetividade da Alteplase para trombólise precoce na prevenção de seqüelas pós-AVC e Impacto Orçamentário,
- b) Estudo de fluxo e impacto de estratégias programáticas de referenciamento e contra-referências na assistência a pacientes com AVC no Estado de São Paulo.

6º. Radiologia Digital:

- a) Estudo comparativo de Métodos de Captura e Armazenamento de Imagens: placas transportáveis ou sistemas de captura integrados.

As próximas reuniões mensais da **REDE PAULISTA DE ATS** serão na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo:

• dia 18 de julho de 2012, • dia 15 de agosto de 2012, • dia 19 de setembro de 2012	das 10:00 às 12:30 hrs no 9º. Andar: Auditório Vranjac da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, SES-SP, Rua Enéas de Carvalho, 188, Bairro Cerqueira César
---	--

+ Favor **averiguar** a possibilidade de trocar a data das reuniões mensais do 2º. Semestre para as 3ªs. **Terças-feira de cada mês: Voto por e-mail à Andréia azamberlan@fmb.unesp.br** de todos até **dia 16 de julho** para consolidar e fazer consenso.

Ficam as seguintes **discussões agendadas para a reunião do dia 18 de julho** [Apresentador], ou novos tópicos que vocês identifiquem e enviem por e-mail à Andréia azamberlan@fmb.unesp.br, apresentações de ± 15 minutos de acordo com o tempo disponível:

- Custo-efetividade dos curativos à Vácuo [Santa Casa de São Paulo: Carmem Haddad e Flávio C. L. Cavalcante de Araujo]
- Produtos especiais para procedimentos de traqueostomia [InCor-HC/FMUSP & ...: Elza L. Outubo]
- Efetividade da Antibioprofilaxia precoce (antes do clamp do cordão) durante o parto [CAISM: Caroline R. Valle e Roberta Paro de Carvalho]
- Planejamento de Grupos para Oficinas de Formação em Avaliação Econômica de **PRODUTOS** e **PROCESSOS INOVADORES** para a saúde – Número de potenciais inscrições de (1) médicos e farmacêuticos; (2) Enfermeiros e outros profissionais da saúde; e, (3) Engenheiros
-

As **inscrições** estão **abertas** para a Realização das próximas **Oficinas de PTCs**, logo após as reuniões mensais da **REDE PAULISTA DE ATS**, na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo:

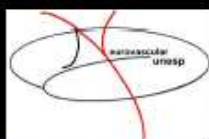
(____) 4ª. Oficina de Parecer Técnico científico nos dias 15 (pela tarde), 16 (dia) e 17 (dia) de agosto
(____) 5ª. Oficina de Parecer Técnico científico nos dias 19 (pela tarde), 20 (dia) e 21 (dia) de setembro de 2012

A **Inscriver-se** pelos 2 e-mails: oficinaptc@isaude.sp.gov.br; azamberlan@fmb.unesp.br com a **Ficha de Inscrição ANEXA preenchida** ↔ serão realizadas nas instalações da Escola de Educação Permanente - Hospital das Clínicas, situada na Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 471; CEP 05403-010 São Paulo, SP fone: (11) 2661-7025 ou 2311 (www.hcnet.usp.br/eeep), situada a poucos metros da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

+ Indicar necessidade de realização de Oficina de Parecer Técnico científico LOCAL, identificando datas possíveis, Local com capacidade (computadores e Rede Internet) e Lista de inscritos.

Anexo I: Lista de Presença – Reunião dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde- 20/06/2012

NOME	E-MAIL	INSTITUIÇÃO
Adriana Cavalcanti da Silva	adriana.cavalcanti@hc.fm.usp.br	IOT/HCFMUSP
Adriana Gomes Luz	adrigoluz@gmail.com	CAISM/UNICAMP
Alessa AP. de Campa	alessa_campa@yahoo.com.br	UNESP/BOTUCATU
Alexandre A Hermini	ahermini@saude.sp.gov.br	SES/SP/GES e CAISM/UNICAMP
Ana AP S Bersusa	anab@isaude.sp.gov.br	INSTITUTO DE SAÚDE
Ana Paula L Furcin	ana.furcin@incor.usp.br	INCOR/HCFMUSP
Andrea Cotait Ayoub	direnf@dantepazzanese.org.br	IDPC/FAJ
Andrea Zamberlan	azamberlan@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU
Ângela Maria Bacha	angela@caism.unicamp.br	CAISM/UNICAMP
Antonio Roberto Mariano Silveira	Roberto@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU
Camila Gomes da Rocha	camila.rocha@hc.fm.usp.br	IOT/HCFMUSP
Cantidio M Campos Neto	cantidio@dantepazzanese.org.br	IDPC
Carlos Clayton	cclayton@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU
Carmem E Haddad	enf.cqmmh@santacasa.sp.org.br	SANTA CASA
Carolina Carvalho Ribeiro do Valle	ccrvalle@gmail.com	CAISM/UNICAMP
Cássia Raquel Teatin Juliano	cassia.raquel@gmail.com	CAISM/UNICAMP
Claudia de S Queiroz Melchior	cmelchior@saude.sp.gov.br	SES/SP/GES
Conceição A F Inacio	concap@dantepazzanese.org.br	IDPC
Eliane M A Apolinario	emapolinario@saude.sp.gov.br eliane_apolinario@yahoo.com.br	SES/SP/GES
Elza L O Hayashi	elza.hayashi@incor.usp.br	INCOR/HCFMUSP
Flavio Araujo	coord.cqmmh@santacasa.sp.org.br	SANTA CASA
Gabriel Pereira Braga	gabrielbraga@yahoo.com	UNESP/BOTUCATU
Ilza dos Passos Zborowski	ilza.passos@hospitaldebasemcom.br	HB/FUNFARME
João Renato Benini Junior	benini@gmail.com	CAISM/UNICAMP
Julietti de Andrade	julietti.andrade@hc.fm.usp.br	IOT/HCFMUSP
Jussara de Lima e Souza	jussaraneo@yahoo.com	CAISM/UNICAMP
Leandro Alves Vaz	tecno.cqmmh@santacasa.sp.org.br	SANTA CASA
Loraine Martins Diamante	loramdi@terra.com.br	HMCC/TATUAPÉ/SP
Luciana P S Martins	luciana.martins@hc.fm.usp.br	INRAD/HC
Luciene O Conterno	Luciene@famema.br	FAMEMA
Marilia Cristina Prado Louvison	mariliaapl@isaude.sp.gov.br	INSTITUTO DE SAÚDE
Paula Maria Cintia Batista	cintiabatista@yahoo.com.br	CAISM/UNICAMP
Paula Opromolla	opromolla@saude.sp.gov.br	CCTIES/SES
Regina M C Rangel	reginamcrangel@gmail.com	
Roberta Paro de Carvalho	roberta.paro@caism.unicamp.br	CAISM/UNICAMP
Rodrigo Berzan	Berzan.r@terra.com.br	HC/UNESP/BOTUCATU
Rosimeire A M Lopes	rosi@carime.unicamp.br	CAISM/UNICAMP
Silvana A Molina Lima	smolina@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU
Simone Fernanda Gonçalves	simone@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU
Tereza S Toma	ttoma@isaude.sp.gov.br	INSTITUTO DE SAÚDE
Thalita Fragozo Gonçalves	thalitafragozo@fmb.unesp.br	UNESP/BOTUCATU



Organização do atendimento ao AVC no HC-FMB UNESP

Prof. Rodrigo Bazan
Equipe de
Neurovascular

Gabriel Pereira Braga
Equipe de
Neurovascular
Unidade de AVC

Prof. Carlos Clayton de
Freitas
Equipe de Neurovascular
Neurorradiologia
Intervencionista

Porque o AVC é uma Emergência?

Acidente Vascular Cerebral



Fornecimento de sangue é interrompido

Lesão Cerebral Irreversível



Isquêmico

80 % casos

AVC

Aterosclerose de Grandes Vasos
(intra ou extra cranianos)

Cardioembolismo

Doença de pequenos Vasos

Outras causas definidas

Indeterminado



Hemorrágico

20 %
casos

Hemorragia Intraparenquimatosa

Hemorragia Subaracnóidea

Hematoma Extradural

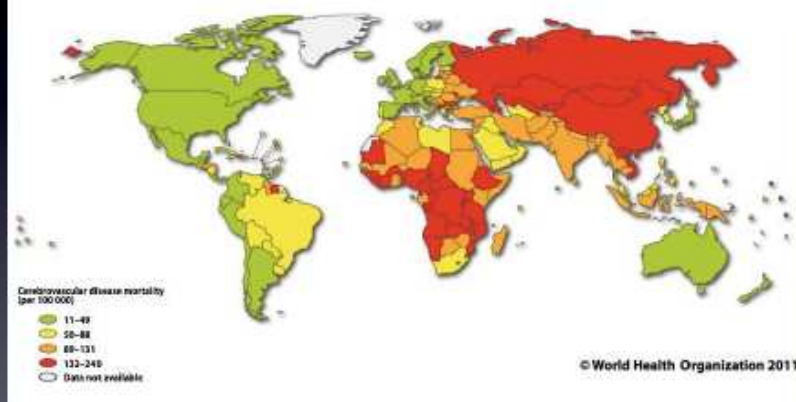
Hematoma Subdural

O Problema em Números

- Segunda causa de mortalidade em pessoas > 60 a
- Quinta causa em jovens 15 - 59 anos
- 6 milhões de mortes/ano relacionadas ao AVC
- A cada 6 segundos uma pessoa morre de AVC
- E a cada 2 segundos adicionais acontece um novo AVC
- Mais mortes do que as relacionadas a AIDS, tuberculose e malária juntas



Figure 20 World map showing cerebrovascular disease mortality rates (age standardized, per 100,000) (7).



No Brasil

- No Brasil é a primeira causa de mortalidade
- Incidência: 400.000 casos por ano
- Mortalidade: 137 a 168 / 100.000 hab

Ordem	Causas	Número de óbitos	Taxa bruta de mortalidade (óbitos/100.000 hab.)	%
	Total de óbitos	1.006.827		
	Causas mal definidas	104.855	115,2	10,4
	Total de óbitos por causas definidas	901.972	995,2	100
1	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	90.006	99,3	10,0
2	Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	84.985	92,7	9,4
3	Agravados (hemocidos) (X85-X98)	47.578	52,5	5,3
4	Diabetes melitus (E10-E14)	40.317	44,5	4,5
5	Influenza e pneumonia (J10-J18)	36.053	39,8	4,0
6	Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)	26.555	29,1	2,9
7	Acidentes de transporte terrestre (V00-V89)	25.994	28,7	2,9
8	Doenças hipertensivas (I10-I15)	22.487	24,6	2,5
9	Insuficiência cardíaca (I50-I59)	21.054	23,2	2,5
10	Certas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	20.799	22,8	2,5

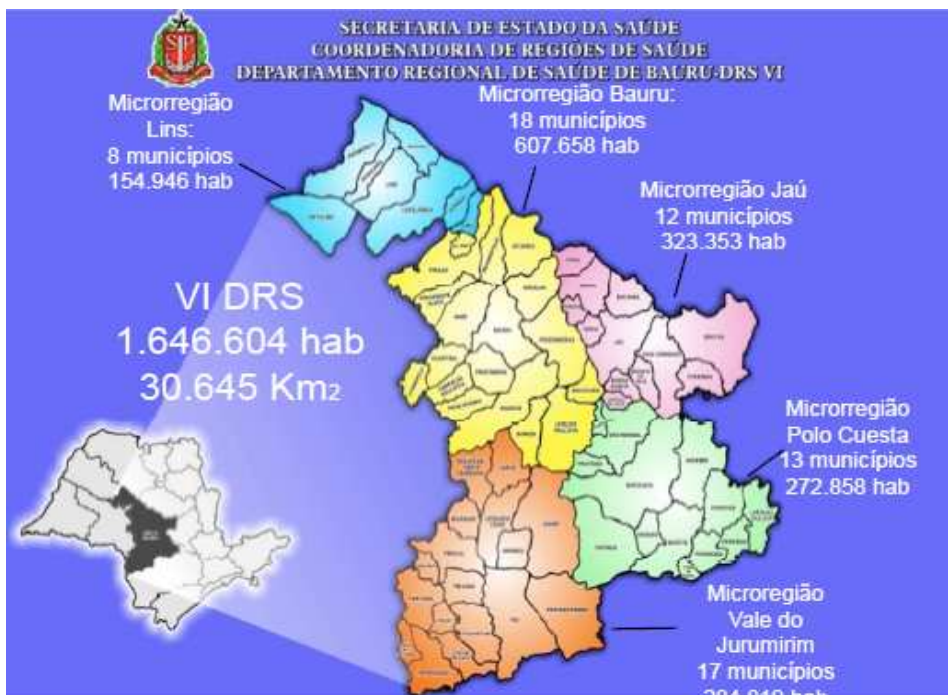
Fonte: SIM/SVS/MS

O desafio do AVC



Área de Abrangência





DRS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	DRS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO		
GRANDE S. PAULO	ALTO DO TETÊ	10	1.524.883	PIRACABA	ARARAS	5	311.244		
	FRANCO DA ROCHA	8	544.588		LIMOSA	4	337.202		
	GRANDE ABC	7	3.615.096		PIRACABA	11	137.365		
	GUARULHOS	1	1.310.059		RIO CLARO	6	243.660		
	MAJANDUBA	8	1.002.337	TOTAL PIRACABA			26	1.429.471	
	ROTA DOS BANDEIRANTES	7	1.842.888	PRESIDENTE PRUDENTE	ALTA PAULISTA	12	117.143		
SÃO PAULO	1	11.154.712	ALTA SOROCABANA		19	386.423			
TOTAL GRANDE SÃO PAULO			39		19.846.251	ALTO CARVALI	5	55.581	
ARACATUBA	CENTRAL DO DRS II	11	274.081		ALTO CARVALI UEST-PAULISTA	9	93.921		
	DOS LADOS GROSSOS DO DRS II	17	247.128	PONTAL DO PARANAPANEMA	4	75.972			
	DOS LADOS DO DRS II	12	185.297	TOTAL PRESIDENTE PRUDENTE			45	729.540	
TOTAL ARACATUBA			40	706.506	REGISTRO	VALE DO RIBEIRA	15	353.748	
ARARAQUARA	CENTRAL DO DRS II	8	281.178	TOTAL REGISTRO	15	353.748			
	CENTRO OESTE DO DRS II	5	133.413	RIBEIRÃO PRETO	HORIZONTE VERDE	8	384.337		
	CORAÇÃO DO DRS II	6	363.573		AQUINO GUARANI	10	768.211		
	NORTE DO DRS II	5	150.912		VALE DAS CACHOEIRAS	7	127.945		
TOTAL ARARAQUARA			24		929.068	TOTAL RIBEIRÃO PRETO			28
BAIXADA SANTISTA	BAIXADA SANTISTA	8	1.895.181	S. JOÃO B. VISTA	BAIXA MOGANA	4	319.730		
	TOTAL BAIXADA SANTISTA	8	1.895.181		BRUNHABIM	8	487.491		
BARRETOS	NORTE-BARRETOS	11	289.781	TOTAL S. JOÃO B. VISTA			20	808.845	
	SUL-BARRETOS	5	119.523	S. JOSÉ R. PRETO	CATANDUBA	18	267.123		
TOTAL BARRETOS			16		409.304	FERNANDÓPOLIS	13	110.780	
BAURU	AVARE	17	284.819		JALES	18	183.888		
	BAURU	18	687.698		JOSE BONIFÁCIO	11	86.279		
	JAÚ	12	323.353		SANTA FÉ DO SUL	6	43.534		
	LINS	8	154.946	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	20	884.397			
	POLO CUESTA	13	272.858	VOTUPORANGA	17	179.676			
TOTAL BAURU			68	1.646.604	TOTAL S. JOSÉ R. PRETO			101	1.476.778
CAMPINAS	CAMPINAS	11	1.630.111	SOROCABA	ITAPETINGA	11	397.476		
	JUNDIAÍ	8	780.089		ITAPEVA	17	348.984		
	OESTE-M	14	1.136.358		SOROCABA	20	1.543.647		
TOTAL CAMPINAS			33	3.546.558	TOTAL SOROCABA			48	2.287.907
FRANCA	ALTA ANHANGUERA	6	146.812	TAUBATÉ	ALTO VALE DO PARAIBA	8	973.629		
	ALTA MOGANA	6	118.448		CIRCUITO DA FÉ VALE HISTÓRICO	17	458.077		
	TRÊS COLINAS	10	403.162		LITORAL NORTE	4	290.126		
TOTAL FRANCA			22		668.422	V. PARAIBA-REG. SERRANA	10	559.060	
MARILIA	ADAMANTINA	18	120.971	TOTAL TAUBATÉ			39	2.281.819	
	ASSIS	13	243.257	TOTAL DO ESTADO			645	41.863.823	
	MARILIA	19	373.227						
	OURINHOS	12	226.888						
TOTAL MARILIA			62	1.964.286					

Coordenadoria de Regiões de Saúde – SES/SP
Fev/08

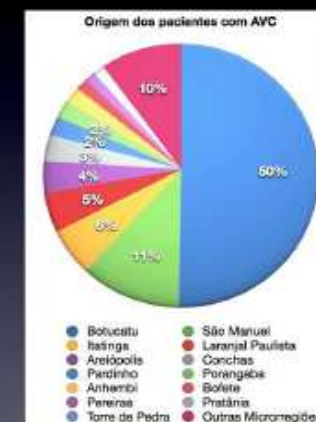
AVC na VI DRS

- Epidemiologia VI DRS
- Dados sub-estimados

Informações de Saúde		DATASUS
Tecnologia da Informação e serviço de SUS		
Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - São Paulo		
Internações segundo Município		
Regional de Saúde: Bauru		
Lista Morb CID-10: Acid vascular cerebr isquêm transit e síndr correl, Hemorragia intracraniana, Infarto cerebral, Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isquêm, Outras doenças cerebrovasculares		
Período: 2011		
Município	Internações	
TOTAL	2.192	

Microrregião Pólo Cuesta

- 287 casos/ano
- Mortalidade 68/100.000 hab/ano
- Distribuição Atendimentos HC-UNESP



Secretaria Municipal de Saúde Botucatu 2009
UNESP Stroke Data Bank

Novo Paradigma do AVC em Botucatu

- Primeira Trombólise endovenosa
 - 29/06/08 - Fem, 81 anos, NIHSS entrada 8, NIHSS final 2, mRS:2
- Primeira Trombólise Endovenosa com resgate IA
 - 24/08/08 - Masc, NIHSS entrada 25, NIHSS final 7, mRS: 2
- Início atividades do Doppler Transcraniano - Fev/2010

- [illegible]

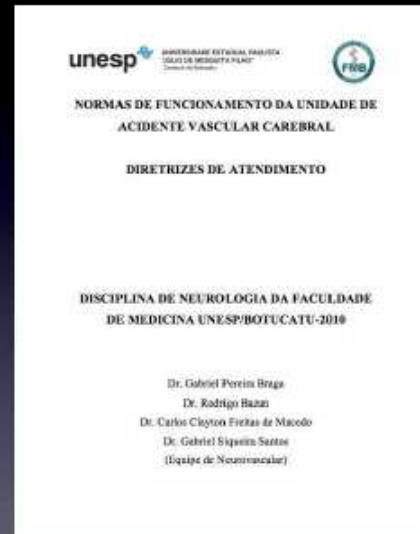
Unidade de AVC



Inauguração Outubro 2010
Funcionamento Agosto 2011

9 de 32

- 4 leitos
- Monitorização multi-paramétrica
- Protocolos específicos:
 - Manejo de fase aguda
 - Investigação
 - Profilaxia secundária



Unidade de AVC

- **Critérios de Admissão:**
 - AIT de Alto Risco (classificados segundo protocolos internacionais atuais)
 - AVC isquêmicos
 - AVCh intraparenquimatoso
- **Critérios de Exclusão:**
 - AIT de Baixo Risco (tto ambulatorial)
 - Coma
 - Comorbidades graves c/ indicação UTI:
 - Suporte respiratório
 - Suporte hemodinâmico
 - Suporte de hemodiálise
 - HSA
 - HSD/HED/Pós-operatório de craniectomia descompressiva

Unidade de AVC
Controle de Qualidade

- **Controle de qualidade**
 - Objetivos de assistência médica
 - Reuniões periódicas
 - Análises:
 - Tempo de internação
 - Prognóstico funcional
 - Complicações
 - Custos

[illegible]

Neurorradiologia Intervencionista



Multidisciplinaridade

- Neurocirurgia
- Cardiologia
- Cirurgia Vascular
- Clínica Médica
- Hematologia
- SAMU

Ambulatórios

- Ambulatório de Neurovascular
- Investigação etiológica complementar
- Início de profilaxia secundária
- Consultas 30, 90 180 dias
- Encaminhamento UBS

[illegible]

Ambulatórios

- Ambulatório de Anticoagulação:
 - Profilaxia secundária
 - Controle de anticoagulação dos pacientes em uso de Cumarínicos
- Ambulatório de Endovascular
- Ambulatórios de Reabilitação:
 - Bloqueio Neuroquímico
 - Fonoaudiologia Disfagia
 - Fisioterapia

Atividades Acadêmicas

- Banco de dados - UNESP Stroke Data Bank
- 3 teses de mestrado em andamento
- 2 teses de doutorado (1 em andamento)
- 3 trabalhos de conclusão de curso
- Trabalhos para congressos
- Reunião Neurovascular Semanal
- Clube de Revista semanal
- Teleconferência semanal (Dr Ayrton Massaro)

Fluxograma Previsto do Atendimento do AVC na UNESP



ESO: RECOMMENDED REQUIREMENTS FOR CENTRES MANAGING ACUTE STROKE PATIENTS

Primary stroke centre

Availability of 24-hour CT scanning

Comprehensive stroke centre

MRI / MRA / CTA

PORTARIA Nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

Early multidisciplinary stroke speech therapy, occupational therapy

Transcranial doppler sonography

Neurosonological investigation (extracranial doppler sonography)

PORTARIA Nº 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012

Transthoracic echocardiography

Laboratory examinations (parameters)

Monitoring of blood pressure, ECG, oxygen saturation, blood glucose, body temperature

Automated ECG monitoring at bedside

Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Automated monitoring of pulse oximetry, blood pressure

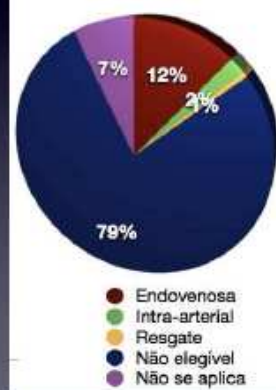
Established network of rehabilitation facilities to provide a continuous process of care, including collaboration with outside rehabilitation centre

Cerebrovasc Dis 2006;22:294-316.

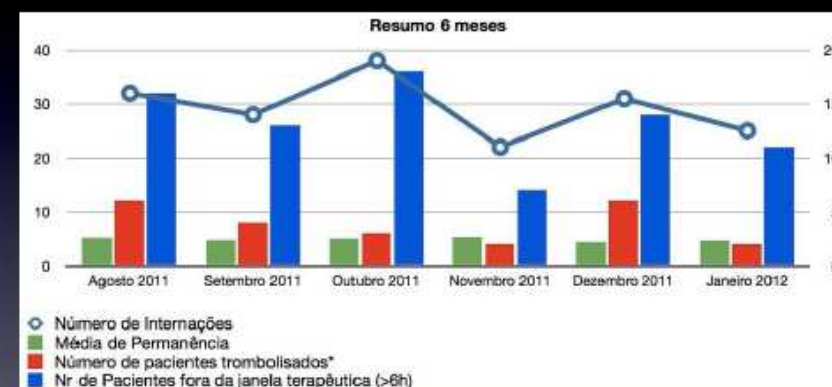
AVC em Números - UNESP

- 633 casos desde maio 2010
- Média 25,3 casos/mês
- NIHSS médio de entrada 8
- Procedimentos de reperfusão 14,7%
- Endovenosa
- Intra-arterial
- Resgate
- Taxa de complicações hemorrágicas 8%

Resumo dos tratamentos

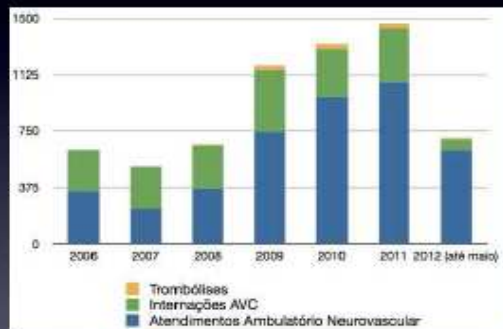


Unidade de AVC



	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	TOTAL
Número de Internações	32	28	38	22	32	25	176
Média de Permanência	5,28	5,37	5,31	5,25	5,28	5,28	5,44
Número de pacientes trombolisados*	12	8	6	4	12	4	33
Nr de Pacientes fora da janela terapêutica (>6h)	10	13	18	7	14	11	73

Atendimento Neurovascular



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (até maio)
Atendimentos Ambulatório Neurovascular	348	235	365	742	979	1075	625
Internações AVC	277	278	289	418	317	388	79
Trombólises	0	0	8	30	35	37	9



Email:
bazan.r@terra.com.br

Pontos de Dificuldades





ASSESSORIA DE RECURSOS MATERIAIS

EXPERIÊNCIA DO CAISM

ENFª ROSIMEIRE A MENDES LOPES
Hospital da Mulher Prof. Dr. José
Aristodemo Pinotti
Centro de Atenção Integral a Saúde Mulher
CAISM – UNICAMP

Assessoria de Recursos Materiais

NOSSO ESCOPO...



Aquisição de produtos dentro da conformidade legal

obedecendo a regulamentação sanitária vigente



Avaliação da qualidade do produto

inseridos na nossa prática clínica



Acompanhamento do seu desempenho
segregando os produtos com desvio
de qualidade

Assessoria de Recursos Materiais

Como fazemos?

- **Especificação Técnica:** descrição detalhada do material, contendo especificações como: dimensões, composição, matéria-prima e particularidades no contexto que será utilizado. ➤
- **Avaliação de Qualidade:**
 - **Teste de Produtos (Funcional):** encaminhamento ao usuário com ficha de avaliação para aprovação ou reprovação do produto. ➤
- **Banco de dados:** sistema de cadastro dos produtos onde os dados de aprovação ou reprovação são inseridos. ➤
- **Acompanhamento de desempenho:** Notificação de não conformidade por queixa técnica ou evento adverso. ➤

Especificação Técnica

Embalagem descartável para esterilização; medindo 20cm de largura, s/ prega; em papel grau cirúrgico c/gramatura de 60 a 90g/m²; filme laminado de poliéster e polipropileno atóxico; com gramatura aproximada de 60g/m²; deve permitir abertura e transferência asséptica, c/bordas termosseladas maior ou igual a 6mm;s/rugas; c/indicador químico p/esterilização a vapor e óxido de etileno; rolo de no mínimo 100 metros; embalado em material que garanta a integridade do produto; a apresentação do produto devesa obedecer a legislação atual vigente. ◀

Avaliação de Qualidade

Teste de Produtos (Funcional)

- Avaliação se o produto está de acordo com o edital
- Se for conforme: é encaminhado para teste
- Encaminhamento para o usuário com uma Formulário de Avaliação para aprovação ou reprovação produto
- Retorno e avaliação do resultado dos teste realizado
- Se for não conforme:
 - Reprovado
 - Por desvio da qualidade: o produto não é adquirido e é feita a notificação no NOTIVA.

Avaliação de Qualidade

Formulário

Resumo de Dados do Produto - Avaliação de Qualidade
Código: 123456789
TESTE DE PRODUTOS - Padrão
Número: 1.564
Serviço: Serviço de Controle de Qualidade
Data: 00/00/00

Especificações do Produto:
Desc. Resumida: Desc. Resumida 5 cm
Desc. Detalhada: Embalagem para esterilização 5 cm de largura, altura 5 cm, profundidade 5 cm, peso 5 g, material 5 g, cor 5 g, textura 5 g, etc.
Reg. Anvís: 123456789
Marca: 123456789
Observações: 123456789

Embalagem:
Material: 123456789
Espessura: 123456789
Resistência: 123456789
Resistência mecânica: 123456789

Outras Considerações:
123456789
123456789
123456789

Conclusão:
123456789
123456789
123456789

Validado por: 123456789
Data: 12/12/2020

Avaliação de Qualidade- Formulário

Cadastrar Produto

Número: Buscar Novo Fechar

Classificação: Classificações

Descrição Resumida:

Descrição Detalhada:

Cód. Anvisa:

Fornecedor:

Marca:

Registro Anvisa: Vencimento Registro Anvisa:

Serviço:

Serviços:

Local de Teste:

Embalagem: ☐ Estéril ☐ Rótulo em Português ☐ Identificação Completa

Tipo de Embalagem: Tipos de Embalagem:

Observações:

Escolha de Formulário:
☐ Fio Cirúrgico
☐ Limador Endodôntico
☐ Solução para Higienização
☐ Pó de Identificação
☐ Formulário Padrão

Ok Cancelar

Avaliação de Qualidade

Características do produto antes de ser submetido ao processo de esterilização

A embalagem de acondicionamento do produto apresenta rótulo completo	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização não apresenta furos, rasgos ou fissuras na estrutura do papel ou do filme após inspeção visual e por lupa	sim ()	não ()
Presença de indicadores químicos de esterilização ao longo das margens laterais da embalagem para esterilização	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização apresentou resistência mecânica (não rasgou) antes do processo de esterilização	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização apresenta símbolo indicativo (seta) do sentido da sua abertura	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização não apresenta manchas, sujidades ou corpo estranho	sim ()	não ()

Avaliação de Qualidade

Características do produto após ser submetido ao processo de esterilização

A abertura da embalagem para esterilização, após exposição ao processo de esterilização permite a transferência asséptica do material	sim ()	não ()
A selagem da embalagem para esterilização se mantém íntegra (não abre) após exposição ao processo de esterilização	sim ()	não ()
Os indicadores químicos coram após ser submetido ao processo de esterilização	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização não apresentou deformidade na sua estrutura após submissão ao processo de esterilização (não enrugou)	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização não delaminou durante a sua abertura após submissão ao processo de esterilização	sim ()	não ()
A embalagem para esterilização apresentou resistência mecânica (não rasgou) durante o processo de esterilização	sim ()	não ()

Avaliação de Qualidade

Avaliação da seladora

Promove selagem íntegra	sim ()	não ()
Promove selagem contínua sem pregas ou rugas	sim ()	não ()
Apresenta controle de tempo de solda	sim ()	não ()
Apresenta regulagem de temperatura	sim ()	não ()

Avaliação da guilhotina

Apresenta corte preciso da embalagem (sem mastigar ou sem deixar rebarbas)	sim ()	não ()
Apresenta dimensões aproximadas de 90cm (C) x 40cm (P) x 12cm (A)	sim ()	não ()

Banco de Dados: Cadastro de Produtos

Administração - Compras - Produtos - Produtos - Após

Análise Técnica de Produtos

Numero: Ok Fechar

Serviço:
Local de Teste:
Descrição:

Marca:

Fla catóxico ☐ Limpador enzimático ☐ Solução para higienização ☐ Pulseira de identificação ☐

Pulseta:

☐ Fecho viável ☐ Identificação segura e resistente a água ☐ Tamanho ajustável

Embalagem:

☐ Abertura Fácil ☐ Selagem Íntegra e Regular ☐ Permite Transferência Asséptica

Coordenação:
Vantagens:
Desvantagens:

Material testado por:
Data Retorno:
Registro Profissional:

Conclusão:

☐ Aprovada ☐ Aprovado com Restrição ☐ Reprovado

Ok Cancelar

Banco de Dados: Resultado

Conclusão de Teste do Produto

Numero: 1.466

PAORÃO

Data: 19/07/2011

Classificação: Artigo Médico Hospitalar

Descr. Resumida: Agulha p/ punção huber c/ disp. seg.

Descr. Detalhada: Agulha de punção; ponta tipo huber; em aço inox, com dispositivo de segurança, alça ou placa de fixação; 22 g x 25 mm; agulha com ângulo de 90 graus em relação à base; embalagem indiv. em material que promova barreira microbiana de abertura e transferência asséptica; com prolongador de PVC ou polietileno de aproximadamente 20 cm; com clamp corta fluxo, conexão luer lock, estéril, descartável; o produto deverá obedecer a legislação vigente.

Cod. Almox.: 068366

Registro Anvisa: 10234400059

Vencimento do Registro: 24/01/2013

Marca: Kawazumi ref. PS03021

Fornecedor: CEI

Serviços: Diretoria do Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos

Local de teste: Quimioterapia

Ocorrência:

Teste do Produto - Padrão

Banco de Dados: Resultado

Observação:

Vantagens: Produto de manuseio fácil; o acionamento do dispositivo de segurança é fácil.

Desvantagens: Não observado.

EMBALAGEM

Tipo:	Rótulo em Português: SIM	Permite Transferência Asséptica: SIM
Papel grau cirúrg. filme plast	Abertura Fácil: SIM	Identificação Completa: SIM
	Estéril: SIM	Selagem Inteira e Regular: SIM

CONCLUSÃO

Conclusão: APROVADO	Data retorno: 19/07/2011
Testado por: Equipe de enfermagem	Registro do Profissional:

Banco de Dados: Busca de Cadastro

Busca de Produto

☐ Descrição do Produto
☐ Fornecedor
☐ Cod Abrreviado

Nº	Descrição Resumida	Cod Abrreviado	Fornecedor	Marca	Conclusão
----	--------------------	----------------	------------	-------	-----------

Número: Descrição:

Banco de Dados: Busca de Cadastro

Busca de Produto

☐ Busca (Por Descrição)
☐ Fornecedor
☐ Cod Abrreviado

Nº	Descrição Resumida	Cod Abrreviado	Fornecedor	Marca	Conclusão
571	Cateter central duplo lumen adulto 7F	580046	Cotação Com. Rep. (11) 223960	Biomedical	Aprovado
572	Cateter central duplo lumen adulto 7F	580046	ChelidMed	Logosoft	Reprovado
574	Cateter Central ML 14x30	580012	B Braun	Catete Mono 14G x 30cm	Aprovado
596	Cateter Central ML 14x20	580012	Sisal Med (11) 32576477	Vascular 14G - 20cm - San-Inta	Reprovado
597	Cateter Central ML 14x20	580012	MediSoft, Inc (11) 5824-3400	Medes Alemanha	Aprovado/Restrição
173	Cateter Central ML 14x20	580012	Casa Guimarães (150) 3619-4032	Anov	Aprovado
573	Cateter central ml 14x20	580012	Cotação (11) 22396050 (11) 39	Biomedical	Aprovado
1183	Cateter de cateterismo 7F	0	Eumed	Unimed inf 200	Aprovado
88	Cateter duplo lumen 20,3cm	580046	Casa Guimarães (11) 32348796	Anov	Aprovado
89	Cateter duplo lumen 20,3cm	580046	HTS (31) 36811915	Ducoflex - Intra GNBH	Aprovado
156	Cateter duplo lumen 20,3cm	580046	Medex Medical - Anov (15) 5152	Medex Medical	Aprovado/Restrição
507	Cateter duplo lumen 20,3cm	580046	Neonox (15) 32740044	Bioperson internacional	Aprovado
102	Cateter endovenoso viral agulha 18G	105015	Abbott	Vascular	Aprovado
103	Cateter endovenoso viral 18G	154724	Abbott	Vascular	Aprovado
104	Cateter epidural 16G	60306	Cirurgia Fernandes	Portex	Aprovado
74	Cateter epidural 16G	60306	B Braun	Portex	Aprovado
225	Cateter intravenoso 14G	154050	Casa Guimarães (11) 32348796	Tamano Suficiente IV Cateter	Aprovado
105	Cateter intravenoso 14G	154050	Sintra (11) 33725958 (11) 5151	Jelco plus - Medex	Reprovado
106	Cateter intravenoso 14G	154050	80	Injeite	Aprovado
107	Cateter intravenoso 14G	154050	B Braun	Intracut Catet	Aprovado

Número: Descrição:

- Acompanhamento de Desempenho**
- Recebimento de Formulário de não conformidade
 - Notificação no NOTIVISA
 - QT
 - EA
 - Comunicação ao fornecedor:
 - para troca de lote para correção
 - rompimento de contrato
 - Impedir a aquisição de produtos c/ histórico de problema não resolvido
- OBRIGADA!**

E-MAIL: rosi@caism.unicamp.br

Comissão de Padronização e a Qualificação de Materiais Médico- Hospitalares no HCFMB

Silvana Andréa Molina Lima
Profa Dra Depto de Enfermagem –
FMB-UNESP



Caracterização do Hospital:

- **Hospital:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP;
- **Localização:** Botucatu, centro-oeste do estado de São Paulo, aprox. 250 Km da capital;
- **Esfera de Gestão:** Público, Estadual, Hospital Universitário e de Ensino;



Caracterização do Hospital:

- **Hospital Geral**
- **Atendimento Secundário, Terciário e Quaternário**
- **Campo de ensino e pesquisa para os alunos e profissionais da Medicina, Enfermagem e outros cursos;**
- **Capacidade atual é de 415 leitos.**
- **2011 – Processo de mudança:**
Unesp → SES



Caracterização do Hospital:

- faz parte da rede de Hospitais Sentinela da ANVISA;
- participa das atividades de Telemedicina, uma parceria da ANVISA, HSL e Centro Cochrane do Brasil - Programa Sentinelas em Ação e Curso de Saúde Baseada em Evidências;
- faz parte da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino - Unidade de Pesquisa Clínica (UPECLIN) ;
- possui o NATS e faz parte da REBRATS.



COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS DO HCFMB



-Equipe:

-Presidente da Comissão

-Representantes das áreas:

- CCIRAS
- Hospital Sentinela
- Unidade de Terapia Intensiva
- Unidade de Internação Adulto
- Unidade de Internação Pediatria/Neonatal
- Engenharia Clínica
- Núcleo de Capacitação
- Suprimentos

-Convidados das áreas de acordo com assunto da reunião

Atividades:

Solicitação Interna:

- Recebe a solicitação de padronização de material médico-hospitalar
- Analisa a solicitação de aquisição para padronização
- Solicita parecer técnico científico ao NATS, quando necessário.
- Elabora parecer de padronização e manifestação de inclusão/não inclusão e/ou substituição/cancelamento de produto.
- Encaminha parecer para providenciar compra/devolução ao solicitante.
- Auxílio e Emissão de laudo técnico.
- Encaminhamento do Laudo Técnico do produto à Seção de Suprimentos para padronização ou não.
- Encaminha queixas técnicas e eventos adversos de produtos ao Hospital Sentinela que foram testados no HCFMB para notificação à ANVISA.

Atividades:

Solicitação Externa:

- Recebe a solicitação de aquisição/teste de materiais médico-hospitalares pelas empresas.
- Após análise e interesse da instituição, recebe representantes de produtos.
- Após análise e parecer favorável para realização do teste, realiza contato com a empresa para solicitação de amostra (quantidade e prazo para teste).
- Encaminha material para teste na unidade de maior demanda do Hospital.
- Auxílio e Emissão de laudo técnico.
- Encaminhamento do Laudo Técnico do produto à Seção de Suprimentos para padronização ou não.
- Encaminha queixas técnicas e eventos adversos de produtos ao Hospital Sentinela que foram testados no HCFMB para notificação à ANVISA.

Licitação:

- Constituição e participação na equipe técnica para os processos licitatórios bem como estabelece quantidade, prazo para teste e contato com as unidades de maior demanda para realização do teste.
- Realiza os testes dos produtos dos processos licitatórios e emite parecer técnico (impressos próprios).
- Análise de RMS/Edital.
- Análise de Relatório Gerencial.
- Assessoria durante a Sessão de Pregão.
- Utilização das notificações do H. Sentinela para aquisição de produtos nos pregões/compras diretas.
- Análise/Revisão/Elaboração da descrição do produto.
- Indica treinamento de novos produtos.



- Encaminha queixas técnicas e eventos adversos de produtos ao Hospital Sentinela que foram testados no HCFMB para notificação à ANVISA.
- Análise das notificações do Hospital Sentinela e providências cabíveis (troca e/ou cancelamento e substituição de produtos).



Qualificação dos Materiais no HCFMB:

•Edital:

- exigência de registro na ANVISA, autorização de funcionamento de Empresa (AFE), certificado de boas práticas de fabricação e controle (BPFC),....
- Instruções de uso, manual de uso, rotulagens, necessidade de treinamento,...
- Produtos notificados – a empresa não participa da licitação.
- Solicitação de laudos específicos por laboratórios credenciados junto à ANVISA.
- Descrição detalhada do produto (completa)



Qualificação dos Materiais no HCFMB:

•Licitação:

- Definição de equipe técnica (Comissão de padronização + usuários de maior demanda);
- Solicitação de amostras, quantidade e prazos;
- uso de formulários específicos para pareceres técnicos dos produtos;



Qualificação dos Materiais no HCFMB:

- Licitação:
- Análise da amostra – conformidades, rotulagens – de acordo com especificação (descrição)
- Teste nas unidades;
- Assessoria da Eng. Clínica (qdo necessário);
- Análise do produto, elaboração de parecer;



Qualificação dos Materiais no HCFMB:

- Monitoramento dos produtos padronizados e adquiridos no HCFMB pelo Hospital Sentinela (busca ativa e espontânea), rastreamento de notificações
- Notificações de QT e EA à ANVISA (sistema NOTIVISA)
- Troca/cancelamento de compra no âmbito interno – comunicação a Comissão de padronização, área de compras,...
- Uso das informações para aquisição de material
- Desafio:
- Início do Pregão Eletrônico:
- HC se preparando para a implantação da Pré-qualificação de materiais e marcas (qualificação de produtos anterior ao processo de licitação)



Formulários

OBRIGADA!!!

smolina@fmb.unesp.br

Cirurgias para prolapso genital



Profa. Dra. Cássia Raquel Teatin Juliato

e-mail: cassia.raquel@gmail.com



Epidemiologia

- 50 % das parturientes terão prolapso genital
- 10-20% procurarão serviço de saúde por causa do prolapso

Beck *et al.*, 1983

- 300.000 cirurgias por prolapso uterino e IU/ano USA

FDA, 2011

- Taxa de Reoperação 43-56%!!!!

Wiskind, Creighton e Stanton, 1992
Kjohede, Noren e Ryden, 1996



Epidemiologia

- Reoperação ocorre porque a correção anatômica de um compartimento predispõe o aparecimento ou a piora do prolapso em outro compartimento

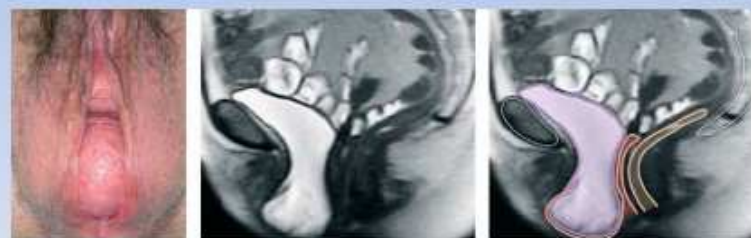
Clark *et al.*, 2003

- Fraqueza dos tecidos de sustentação



Tipos de prolapso

Prolapso Anterior



Tipos de prolapso

Prolapso Posterior



Tipos de prolapso

Prolapso Apical: Cúpula ou Útero



Cirurgias para prolapso apical

Vários tipos de cirurgia

- Abdominal-com fixação da cúpula no promontório –Colpopromontofixação
- Vaginal-com fixação no ligamento sacro-espinhoso



Cirurgias para prolapso apical

Revisão sistemática incluiu apenas 3 estudos, considerados heterogêneos

- Promontofixação (abdominal) tem menos taxa de recorrência do que a técnica vaginal

RR 0,23, 95% IC 0,07-0,77

- Sem diferença entre as taxas de reoperação

RR 0,46 95% IC 0,19-1,11

Cochrane CD00414, 2012



Cirurgias para prolapso apical

- Sem evidência para detectar diferença entre a satisfação da mulher
- Cirurgia abdominal é mais longa , com mais dias necessários para recuperação e mais cara
- Custo efetividade não foi avaliado nestes estudos

Cochrane CD00414, 2010



Cirurgias para prolapso apical

Fixação sacroespinhoso está associado a maior prolapso de parede anterior

- 22% de recorrência da cistocele após fixação no ligamento sacroespinhoso

Lancey, 1988

- 30% cistocele após o mesmo procedimento

Shull *et al.*, 1992



Uso de tela vaginal

Estudo prospectivo, randomizado comparando colporrafia X tela absorvível X inabsorvível

- Colporrafia: falha 58%
- Tela absorvível: 46%
- Tela sintética : 18%

Manefee *et al.*, 2011



Uso de tela vaginal

- 60,8 % cura objetiva e subjetiva com colocação de tela de propileno (sintética)
- 34,5% cirurgia convencional

Altman, 2009

Vários estudos não mostram diferença nos índices de qualidade de vida nas duas técnicas



Complicações Uso de telas

Meta-análise com 110 artigos

- Erosão 10,3% (sintética 10,3 % e biológica 10,1%)

Meta-análise com 70 artigos

- Dispareunia 9,1% (sintética 8,9% e biológica 9,6%)

Abed *et al.*, 2011



Recomendações Uso de telas

- Mulheres com grandes prolapso e com recidiva após tentativa cirúrgica apresentam tecidos naturais pobres e tem indicação precisa de utilização de telas

Cochrane, 2010



Problema?

Como resolver o problema de mulheres com prolapso genital?



Objetivo principal do estudo

- Comparar as taxas de cura em mulheres submetidas a tratamento de prolapso de cúpula com a técnica promontofixação abdominal e com a técnica de fixação no ligamento sacroespinal e colocação de tela em parede vaginal anterior



Objetivos específicos

- Comparar taxas de cura objetiva e subjetiva
- Comparar a qualidade de vida após 12 meses dos 2 procedimentos
- Comparar a presença de sintomas associados como sintomas urinários e intestinais
- Comparar a função sexual nos dois grupos através do FSFI



Objetivos específicos

- Comparar o tempo cirúrgico
- Comparar a perda sanguínea nos 2 procedimentos
- Comparar a necessidade de transfusão
- Comparar os eventos adversos
- Comparar os indicadores financeiros



Materiais e Métodos

- Estudo prospectivo e randomizado
- Mulheres serão alocadas em dois grupos (cirurgia de promontofixação com colocação de tela abdominal ou fixação sacroespinhosa com colocação de tela parede anterior vaginal)
- Randomização será realizada por um programa de computador
- Mulheres serão seguidas por pelo menos 12 meses (45 dias, 6 meses e 12 meses)



Materiais e Métodos

Consultas de seguimento serão avaliados:

- Sintomas prolapso, urinários, intestinais
- Questionário de qualidade de vida e sexualidade
- Classificação do prolapso- POP-Q (critério de cura objetivo prolapso menor que estadio 2)
- Presença de complicações da tela

Obrigada !





UNICAMP

PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO PLACENTÁRIO

Adriana Gomes Luz
Obstetrícia/DTG/CAISM/UNICAMP

Hemorragia obstétrica

- ▶ Reino Unido
- ▶ Histerectomia será necessária em 2.5 de cada 1000 partos
- ▶ Principais causas:
 - Atonia uterina – 53%
 - Placenta anormal (previa, acreta, ambos) – 51%
 - Placenta com adesão anormal – 38%
- ▶ 21% cirurgias com alterações de outros órgãos (bexiga, ureter, etc.)
- ▶ 20% com necessidade de reexploração

Miller et al., Am J Obstet Gynecol, 1997
Knight et al., Br J Obstet. Gynaecol, 2007

Placenta Acreta

- ▶ Definição: implantação anormal da placenta, as vilosidades coriônicas invadem o miométrio, serosa e até órgãos vizinhos.
- ▶ Classificação:
 1. Acreta: 75% (vilos em contato com miométrio, sem invadi-lo)
 2. Increta: 18% (vilos invadem o miométrio)
 3. Percreta: 7% (penetram a serosa ou órgãos vizinhos)

Miller et al., Am J Obstet Gynecol, 1997

M. Gonsalves, A. Belli: Interventional Radiology in Obstetric Hemorrhage, 2010

Placenta Previa e Acreta

- ▶ O aumento do número de cesáreas, tem levado a um aumento da placentação anormal:
 1. Sem cesárea previa: 1–5% risco
 2. Uma cesárea previa: 11–25% risco
 3. Duas cesáreas previas: 35–47% risco
 4. Três cesáreas previas: 40% risco
 5. Quatro ou mais cesáreas previa: 50–67% risco

Miller et al., Am J Obstet Gynecol, 1997
Silver et al., Obstet Gynaecol, 2006

Placenta Acreta

- ▶ Mesmo na ausência de placenta previa a incidência de acretismo aumenta com aumento do numero de cesáreas:

1. Uma cesárea previa: 0,3%
2. Duas cesáreas prévias: 0,6%
3. Três cesáreas prévias: 2,4%

NIH Consensus Development Conference, 2010

Diagnóstico

Estudos com mais de 30 sujeitos para detecção de acretismo mostraram:

- ▶ Ultrassonografia + Doppler

1. Sensibilidade 77-90%
2. Especificidade 71-97%

Warshak CR et al., Obstet Gynecol, 2006
Esakoff TF et al., Obstet Gynecol, 2011
Dwyer BK et al., J Ultrasound Med, 2008

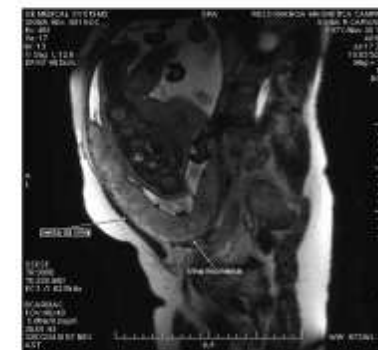
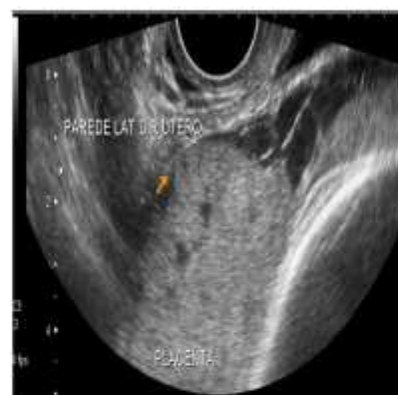
Diagnóstico

- ▶ Ressonância Nuclear Magnética superior a Ultrassonografia :

1. Avaliação de placenta posterior
2. Avaliação da profundidade da invasão do miométrio e envolvimento do paramétrio e envolvimento da bexiga em placenta anterior
3. Avaliação espacial e topográfica da pelve

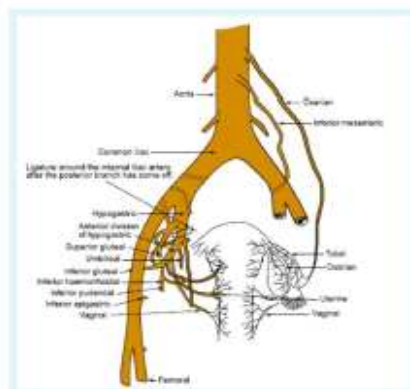
M. G. A. B: Interventional Radiology in Obstetric Hemorrhage, 2010

Ultrassonografia e RNM



MÉTODOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

- ▶ embolização de artérias pélvicas



EMBOLIZAÇÃO ANGIOGRÁFICA

- ▶ Literatura aponta eficácia
- ▶ Dependência de radiologista e equipamentos
- ▶ Tempo médio: 60 minutos
- ▶ Controle rápido da hemorragia: 95% dos casos
- ▶ Não pode ser realizada após ligadura de hipogástricas
- ▶ Inserção profilática de cateter pré cirurgia



Embolização de artérias pélvicas

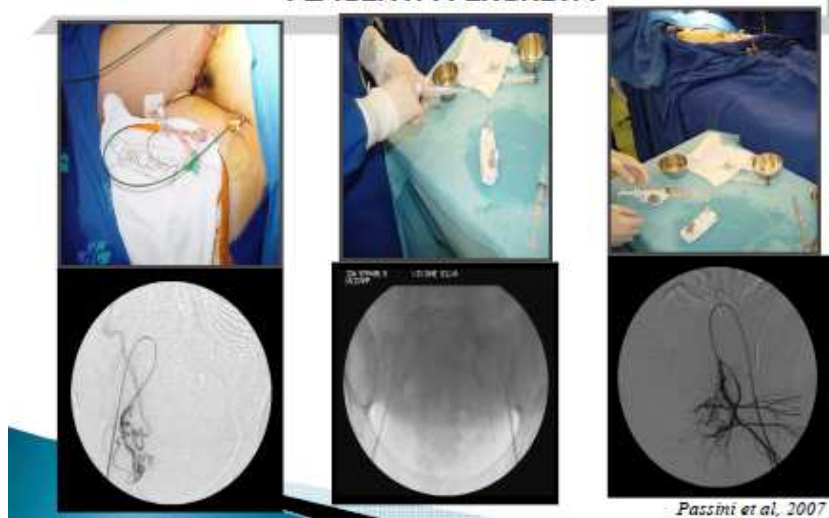
- ▶ Método alternativo para HPP
- ▶ Baixa taxa de complicações (6-9%)comparado à morbidade cirúrgica
- ▶ Taxa de sucesso ao redor de 90%

*Pelage et al., Radiology, 1998
Mithy et al., Radiology, 1993
Yamashita et al., Radiology, 1994
M. Gonsalves, A. Belli: Interventional
Radiology in Obstetric Hemorrhage, 2010*

Técnica básica

- ▶ Anestesia geral ou anestesia espinal materna seguida de anestesia geral,
- ▶ colocação de **sonda duplo J ureteral**,
- ▶ punção da artéria femoral e passagem de **micro cateter sob fluoroscopia**, cateterismo sequencial das artéria uterinas direita e esquerda
- ▶ cesariana com incisão fúndica-corporal dependendo da localização da borda placentária (avaliada pela RM), sepultamento intrauterino do coto umbilical com placenta in situ e fechamento da incisão uterina,
- ▶ embolização do leito placentário com **esferas de PVA ou gel foam** até que angiografia digital de subtração mostre stop total ou parcial,
- ▶ histerectomia puerperal com preservação anexial com isolamento,
- ▶ ressecção e sutura do segmento vesical suspeito de invasão placentária.

OCCLUSÃO TEMPORÁRIA DE ARTÉRIA ILÍACA INTERNA COM BALÃO, PARA HISTERECTOMIA EM PLACENTA PERCRETA



PRÉ



PÓS



RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO ASSOCIADO AO USO DE OCCLUSÃO VASCULAR TEMPORÁRIA EM PERCRETISMO PLACENTÁRIO (Ano de 2007)

	Caso 1	Caso 2
Idade Materna (anos)	20	39
Número de cesáreas prévias	2	3
IG de diagnóstico US de PA (sem.)	33	23
IG de cesárea-histerectomia (sem.)	35	36
Peso RN (g)	2500	2525
Tempo cirúrgico	4h 50 m	5h
Hg prévia (mg/dL)	12.8	13.2
Hg pós-cirurgia (mg/dL)	9.2	9.6

Nenhuma paciente necessitou transfusão

RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO ASSOCIADO AO USO DE EMBOLIZAÇÃO EM PERCRETISMO PLACENTÁRIO (Ano de 2011)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Idade Materna (anos)	35	39	41
Número de cesáreas prévias	1	3	3
Anestesia	Peri+geral	Bloqueio combinado + geral	Geral
IG de cesárea-histerectomia (sem.)	33	24	31
Tempo cirúrgico	4h 20 m	6h 20m	7h 50m
Hg prévia (mg/dL)	11.5	11.1	12
Hg pós-cirurgia (mg/dL)	9.7	9.5	11,7

PLACENTA PERCRETA ANTERIOR, LATERAL E POSTERIOR(Pós-embolização angiográfica)

Passini, 2002



Objetivo

- ▶ Avaliar o papel da Radiologia Vascular Intervencionista na prevenção da morbidade materna grave no acretismo placentário

Justificativa

- ▶ Com um planejamento adequado pré-operatório teremos a redução de hemorragia grave de suas consequências (transfusões maciças de hemoderivados, tempo cirúrgico reduzido, menor tempo de internação, choque hipovolêmico, óbito materno)

ACRETISMO PLACENTÁRIO Tratamento Cirúrgico

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▶ Possibilidade de cateterização vascular pré-parto▶ Retaguarda hemoterápica▶ Posicionamento adequado da paciente na mesa cirúrgica▶ Cateterização vesical com Foley de 3 vias (ajuda dissecação) e/ou cateterização ureteral▶ Cateterização femoral bilateral com posicionamento de cateteres em ilíacas internas▶ Histerotomia alternativa (corporal, fúndica)▶ Ligadura do cordão na inserção placentária | <ul style="list-style-type: none">▶ Avaliação cuidadosa do grau de acretismo e aderência a outros órgãos:▶ Deixar placenta <i>in situ</i>: increta, percreta▶ Extração manual: acreta▶ Histerorrafia com ou sem placenta <i>in situ</i>▶ Oclusão parcial, embolização ou ligadura de ilíacas internas▶ Ressecção miometrial ou histerectomia (total) ou subtotal)▶ Recuperação sanguínea e reposição rápida e efetiva de fatores de coagulação |
|--|--|

Recomendações

- ▶ Planejamento do parto entre 34–36 semanas
- ▶ Equipe multidisciplinar e parto em hospital de nível terciário melhoram os resultados e diminuem as taxas de complicações
- ▶ A equipe inclui especialistas em neonatologia, anestesista, obstetra experiente, enfermagem treinada, cirurgião vascular, urologistas e banco de sangue disponível.
- ▶ Sala cirúrgica equipada para radiologia intervencionista

Acretismo placentário

- ▶ Para tratar o acretismo placentário é fundamental **conhecimento cirúrgico e suporte hemoterápico efetivo**. O não preenchimento de uma dessas condições obriga o médico assistente a solicitar auxílio de outro serviço e/ou outro médico para conduzir o caso. Não há dúvida que o conhecimento **prévio** dessa condição placentária é a principal forma de evitar a morbi-mortalidade associada.

OBRIGADA

e-mail: adrigoluz@gmail.com

