

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

111 anos
1899-2011

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



NÚMERO: 057/2011

DATA: 28/12/2011

ASSUNTO: Imagiologia do Abdómen e Pélvis: Ecografia Ginecológica
PALAVRAS-CHAVE: Ecografia; Ginecologia
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte:

I – NORMA

1. A prescrição de ecografia ginecológica está indicada nas seguintes situações (Nível de evidência A):
 - a) dismenorrea, amenorrea, menorragias, metrorragias, menometrorragias e hemorragia pós-menopausa;
 - b) atraso da menarca;
 - c) puberdade precoce;
 - d) hemorragia vaginal em criança pré-púbere;
 - e) avaliação de anomalias congénitas;
 - f) exame ginecológico alterado ou limitado;
 - g) infeção pélvica;
 - h) avaliação e monitorização de infertilidade;
 - i) localização de dispositivo intra-uterino;
 - j) incontinência urinária;
 - k) prolapso urogenital;
 - l) hemorragia, dor ou infeção após cirurgia pélvica, parto ou aborto;
 - m) vigilância de alteração detectada anteriormente.
2. A via de abordagem da ecografia ginecológica pode ser transvaginal ou transabdominal ou ambas (Nível de evidência A).
3. A realização de ecografia ginecológica por via transrectal ou pela via transperineal está indicada em mulheres em que não é possível utilizar a via transvaginal ou quando a ecografia tem por indicação a avaliação do pavimento pélvico (Nível de evidência C).
4. A ecografia por via transvaginal é a que melhor avalia o útero e anexos (Nível de evidência A).

5. A ecografia transabdominal, de forma isolada, está indicada nas seguintes nas seguintes situações (Nível de evidência A):
 - a) crianças;
 - b) mulheres com hímen íntegro;
 - c) atrofia vaginal acentuada;
 - d) formações pélvicas de grande volume.
6. A ecografia ginecológica *doppler* está indicada nas seguintes situações (Nível de evidência B):
 - a) diagnóstico diferencial de massas anexiais;
 - b) suspeita de cancro do endométrio e lesões intracavitárias;
 - c) doença inflamatória pélvica com suspeita de abscesso tubo-ovárico;
 - d) suspeita de torsão do ovário.
7. A prescrição médica de ecografia ginecológica tem que estar fundamentada no processo clínico com informação adequada, que demonstre a necessidade do exame. Esta informação acompanha a mulher na realização do exame, de forma a permitir uma avaliação correta e deve conter, nomeadamente:
 - a) sinais e sintomas;
 - b) história clínica relevante;
 - c) informação adicional relativa à razão específica para o pedido do exame.
8. A ecografia ginecológica tem que avaliar o seguinte:
 - a) localização, orientação, forma e tamanho do útero;
 - b) caracterização e espessura do endométrio;
 - c) caracterização do miométrio e do colo uterino;
 - d) localização, morfologia e dimensões dos ovários;
 - e) identificação de formações sólidas e quísticas, uterinas e anexiais;
 - f) identificação de líquido livre ou massas no fundo-de-saco posterior.
9. A ecografia ginecológica tem que ser acompanhada de relatório final, com identificação da doente e gravação ou impressão de imagens.
10. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
11. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico do doente.

II – CRITÉRIOS

- a) A ecografia é uma técnica de imagem que consiste em gerar, capturar e analisar ondas vibracusticas a partir de estruturas internas, superfícies e interfaces.

- b) A ecografia pélvica pode ser realizada por via transvaginal, transabdominal ou ambas.
- c) A via vaginal é a mais frequentemente utilizada na avaliação ecográfica ginecológica. Tem, como vantagem, ter uma melhor definição e resolução das imagens obtidas, devido ao facto da sonda estar mais próxima dos órgãos pélvicos e por ser de alta frequência, permitindo a visualização das estruturas pélvicas mais detalhadamente.
- d) Nalguns casos, o exame transvaginal isolado não permite o diagnóstico de lesões de localização mais alta na cavidade pélvica, uma vez que a resolução desta sonda permite, apenas, uma boa resolução até 6 a 8 cm de profundidade.
- e) A ecografia pélvica por via transabdominal realizada em crianças, mulheres com hímen íntegro, atrofia vaginal acentuada ou formações pélvicas de grande volume, deve ser realizada com bexiga cheia.
- f) A histerosonografia é importante no diagnóstico das lesões uterinas intracavitárias, sobretudo na avaliação pré-cirúrgica.
- g) A avaliação ecográfica tridimensional tem interesse no diagnóstico e caracterização das anomalias congénitas uterinas, com vantagens económicas relativamente à ressonância magnética.
- h) O tumor uterino (fibromioma) deve ser medido em, pelo menos, dois diâmetros, com descrição da sua localização.
- i) A localização do dispositivo intra-uterino deve incluir a medição da distância em relação ao fundo da cavidade uterina.
- j) No caso de suspeita de patologia endometrial, a avaliação ecográfica do endométrio deve ser realizada, idealmente, na fase proliferativa do ciclo menstrual, altura em que este se encontra homogéneo, hipocogénico e não muito espessado (4-7 mm de espessura). Deve ser tida em conta o grupo etário da mulher, ciclos menstruais e o tipo de terapêutica hormonal realizada.
- k) A avaliação de massas anexiais complexas deve ser detalhada, para além das dimensões em, pelo menos, dois diâmetros, com caracterização do conteúdo, homogeneidade, parede, presença ou ausência de septos e vegetações. Nos casos em que esteja indicada vigilância ecográfica o novo exame deverá ser realizado três a quatro meses depois.
- l) Embora as investigações tenham sempre demonstrado que os ultrassons são de utilização segura em humanos, permanecem riscos teóricos de danos biológicos nos tecidos, pelo que só se deve prescrever e realizar a ecografia quando está clinicamente indicada.
- m) A qualidade técnica da ecografia ginecológica e a sua contribuição para o diagnóstico está dependente da competência do médico que a realiza.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.

- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. % de inscritos com indicação clínica a quem foi prescrita ecografia ginecológica;
 - ii. % do valor com ecografias ginecológicas transvaginais no total das ecografias ginecológicas;
 - iii. % das ecografias ginecológicas transvaginais no total das ecografias ginecológicas.

III – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A ecografia pélvica é um exame complementar de diagnóstico, que pode ser considerado como componente essencial no estudo dos problemas ginecológicos.
- b) A ecografia transvaginal tem elevada acuidade diagnóstica na deteção de miomas intramurais e subserosos, com uma sensibilidade de 99% e especificidade de 91% e pode ser utilizada para caracterizar o número, as dimensões e a posição de cada um. Relativamente aos miomas submucosos, a sensibilidade diminui para 58,3%, sendo a especificidade de 94,8%. A histerossonografia aumenta, nestes casos, a acuidade diagnóstica devido ao contraste obtido pela introdução da solução salina ou do meio de contraste.
- c) Pólipos endometriais são achados frequentes em mulheres assintomáticas, embora muitas vezes estejam associados a metrorragias ou dores pélvicas. É importante salientar que em 1% dos casos são malignos.
- d) A ecografia transvaginal permite formular uma suspeição forte do diagnóstico de carcinoma do endométrio, pela análise da ecoestrutura e espessura do endométrio. Também é importante na avaliação da infiltração miometrial e na extensão ao endocolo, contribuindo para o estadiamento e posterior definição do plano terapêutico.
- e) A adenomiose é uma patologia frequente na mulher cujo diagnóstico é histológico, mas na qual a ecografia transvaginal pode dar importante contributo, com uma sensibilidade de 53 a 70% e uma especificidade de 65 a 97%.
- f) A ecografia transvaginal é um eficaz meio complementar de diagnóstico nas anomalias congénitas uterinas. No diagnóstico de útero septado tem uma sensibilidade de 100% e especificidade de 80%. O uso da opção tridimensional aumenta a acuidade diagnóstica e faz com que a ecografia pélvica seja o único exame que permite distinguir o útero septado do bicórneo.

- g) A definição de ovário poliquístico, segundo o consenso de Roterdão, inclui, também, critérios ecográficos, que consistem na presença de 12 ou mais folículos medindo 2-9 de diâmetro ou um aumento de volume do ovário de 10 centímetros ou mais, em um ou em ambos os ovários. Estes limiares baseiam-se em estudos, que sugerem que o número de folículos e o volume do ovário têm uma sensibilidade de 92 e 99% e uma especificidade de 97 e 75% para o diagnóstico de ovário poliquístico, respectivamente.
- h) Os quistos do ovário são frequentes e a sua deteção é, muitas vezes, acidental no decurso de um exame ecográfico. Muitas massas pélvicas podem ser diagnosticadas com segurança, com base no seu aspecto ecográfico. É possível distinguir entre tumores benignos e malignos, mediante as características ecográficas, com uma sensibilidade de 88 a 100% e especificidade de 62 a 96%. Com base na morfologia das lesões, a prevalência de malignidade é de 0,6% em quistos uniloculares, 10% em multiloculares, 33% em uniloculares sólidos, 41% em multiloculares sólidos e 62% em massas sólidas.
- i) Os quistos simples ou funcionais são, quase sempre, uniloculares homogêneos, hipocogénicos, de paredes finas e lisas e medem menos de 6 cm de diâmetro. Muitos diminuem espontaneamente de tamanho até à completa regressão.
- j) A ecografia apresenta uma sensibilidade de diagnóstico para os endometriomas de 43-84% e uma especificidade de 89 a 100%. Para os teratomas ou quistos dermóides a sensibilidade é de 53 a 100% e a especificidade de 94 a 100%.
- k) Os quistos do para-ovário são, também, quistos simples, que surgem bem individualizados relativamente aos ovários e que, tipicamente, podem mudar de localização na pélvis.
- l) A patologia tubar mais frequente é o hidrosalpinge, cuja imagem típica é uma estrutura quística em forma de salsicha, com septos hiperecogénicos incompletos. A sensibilidade diagnóstica é 84,6% e a especificidade é de 99,7%. As imagens ecográficas de abscesso tubo-ovárico nem sempre permitem distinguir as componentes ováricas e tubar e devem ser enquadradas no contexto clínico.
- m) A ecografia pélvica, via transvaginal ou transabdominal, sendo uma técnica amplamente disponível e de relativo baixo custo, pode desempenhar um importante papel no *follow-up* da patologia maligna ginecológica.

V – APOIO CIENTÍFICO

- a) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- b) Fernanda Águas e João Bernardes (coordenação científica), Rita Dessai (coordenação executiva) e Fernando Guerra.
- c) A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- d) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.

- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

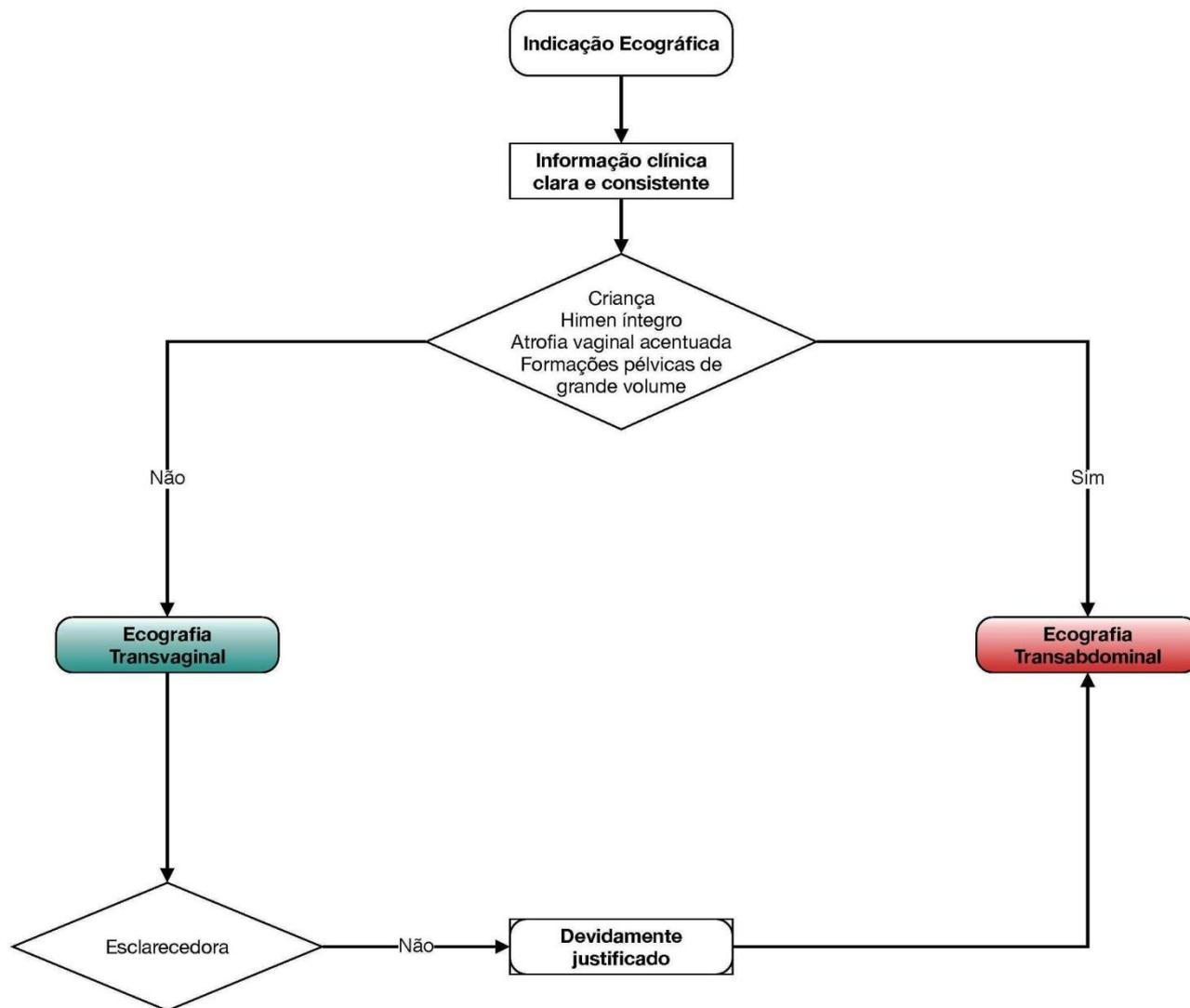
- American Institute of Ultrasound in Medicine. *AIUM Practice Guideline for the Performance of Pelvic Ultrasound Examinations*. American Institute of Ultrasound in Medicine 2009;
- Ardaens Y, Masgenet BG, Coquel P. *Ecographie en pratique gynecologique*. 4ª ed. Masson; 2007;
- Balen et al. *Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definitions*. Human Reproduction Update, 2003;
- Blumenfeld M, Turner L. *Role of transvaginal sonography in the evaluation of endometrial hyperplasia and câncer*. Clinical Obstetrics and Gynecology 1996, 39 (3): 641-655;
- Bourne T, Valentin L. *Ultrasound in Gynaecology*. Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2004. 18 (1);
- Freire de Oliveira C. *Manual de Ginecologia*. Vol II. Permanyer Portugal; 2011;
- Gostout BS, Brewer MA. *Guidelines for referral of the patient with adnexal mass*. Clin Obstet Gynecol. 2006; 49(3):448-58;
- Heilbrun M, Olpin J, Shaaban A. *Imaging of benign adnexal masses: characteristic presentations on ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance imaging*. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52(1):21-39;
- Kinkel K, Lu Y, Mehdizde A et al. *Indeterminate Ovarian Mass at US: incremental value of second imaging test for characterization – meta-analysis and Bayesian analysis*. Radiology. 2005; 236(1):85-94;
- Le T, Giede C, Salem S et al. *Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses*. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31 (7): 668-680;
- Leone F, Timmerman D, Bourne T et al. *Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010; 35(1):103-12;
- Raine-Fenning NJ. *Ultrasound in benign gynaecology*. 2006. www.gehealthcare.com;
- Shipp T, Lockwood C, Levine D et al. *Ultrasound examination in obstetrics and gynecology*. UptoDate: April 2011;
- Testa AC. *Ultrasound in gynaecological oncology*. 2009. www.gehealthcare.com;
- Timmerman D, Valentin L, Bourne TH et al. *Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000; 16(5):500-5;
- Vandermeer FQ, Wong-You-Cheong JJ. *Imaging of acute pelvic pain*. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52(1):2-20.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Cada ecografia deverá ter Relatório Final escrito com identificação da doente com gravação/impressão da imagem

Anexo II: Bilhetes de identidade

Designação	Percentagem de inscritos com indicação clínica a quem foi prescrita ecografia ginecológica		
Dimensão	Efectividade	Entidade gestora	ACES
Norma	Ecografia Ginecológica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como activo na sua lista de problemas (X02, X06, X07, X08, X11, X63, X87, X90, X91, X92 ou X99). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ser mulher; - Ter pelo menos uma prescrição de ecografia ginecológica (cod. tabela SNS 17280, 17155 ou cod. tabela convenções 293.3, 487.1). 		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de inscritos com prescrição de ecografia ginecológica que tem diagnóstico clínico para tal	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
B - Denominador	N.º de inscritos com prescrição de ecografia ginecológica	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

Designação	Percentagem do valor com ecografias ginecológicas transvaginais no total de ecografias ginecológicas		
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	ACES
Norma	Ecografia Ginecológica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador: - Valor total da prescrição de ecografias ginecológicas transvaginais (cod. tabela SNS 17280 ou cod. Tabela convenções 293.3).</p> <p>Denominador: - Valor total da prescrição de ecografias ginecológicas (cod. tabela SNS 17280, 17155 ou cod. tabela convenções 293.3, 487.1).</p>		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor total da prescrição de ecografias ginecológicas transvaginais	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Valor total da prescrição de ecografias ginecológicas	SI USF/UCSP	€

Designação	Percentagem de ecografias ginecológicas transvaginais no total de ecografias ginecológicas		
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	ACES
Norma	Ecografia Ginecológica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	$A / B \times 100$
		Output	Percentagem de ecografias
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador: - N.º de ecografias ginecológicas transvaginais prescritas (cod. tabela SNS 17280 ou cod. Tabela convenções 293.3).</p> <p>Denominador: - N.º de ecografias ginecológicas prescritas (cod. tabela SNS 17280, 17155 ou cod. Tabela convenções 293.3, 487.1).</p>		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de ecografias ginecológicas transvaginais prescritas	SI USF/UCSP	N.º de exames
B - Denominador	N.º de ecografias ginecológicas prescritas	SI USF/UCSP	N.º de exames