

PROTOCOLO OBS 13 – INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

| Elaborado por: | Revisado por: | Validado por: |
|--|---|---|
| Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico | Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico | Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral |

1. INTRODUÇÃO

A incompetência istmo-cervical (IIC) é definida Quando acontecem duas ou mais perdas consecutivas de segundo trimestre por uma dilatação de colo sem dor compatível, sugerindo incapacidade do colo de segurar a gestação. Deve-se afastar infecções, rotura anteparto de membranas ovulares (RAMO), sangramento placentário e gestação múltipla.

Achado ultrassonográfico de colo curto no segundo trimestre tem correlação importante com trabalho de parto prematuro (TPP), entretanto são insuficientes para o diagnóstico de IIC, assim como passado de traumas ou procedimentos cirúrgicos no colo e malformações Mullerianas. Esses fatores não devem ser considerados de forma isolada para o diagnóstico uma vez que outros fatores como infecção/inflamação decidual, sobredistensão uterina, anormalidades genéticas do colágeno e exposição intrauterina ao dietilbestrol parecem estar relacionados de uma forma mais prevalente. Técnicas de diagnóstico de IIC fora da gestação, como medidas por vela de Hegar, histerossalpingografia ou ressonância magnética, em pacientes com passado de TPP também não têm evidências suficientes. Essas técnicas podem nomear fatores de risco, mas não diagnóstico.

2. CERCLAGEM:

Técnica cirúrgica para fortalecimento do colo, no intuito de diminuir os riscos de abortos de repetição ou partos prematuros.

✓ Indicações:

- **Grupo 1** - Pacientes com diagnóstico de incompetência istmo-cervical (IIC) – nível B de evidência científica;
- **Grupo 2** - Pacientes com pelo menos um parto prematuro prévio E ultrassom transvaginal da gestação atual entre 16 e 23 semanas mostrando colo menor que 25mm – nível A de evidência científica;
- **Grupo 3** - Pacientes com exame de toque ou especular entre 16 e 28 semanas da gestação atual sugerindo diagnóstico de IIC (bolsa protusa, colo dilatado sem contração uterina) – nível C de evidência científica .

OBS: Em pacientes com história de apenas uma perda, sendo essa com quadro clínico de herniação de bolsa, pode-se considerar a cerclagem por volta de 12 -14

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|
| Data da criação MAIO/2020 | Data de Implantação: JUNHO/2020 | Validade: 2 anos |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|

PROTOCOLO OBS 13 – INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

| | | |
|---|---|---|
| Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico | Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico | Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral |
|---|---|---|

semanas – nível D de evidência científica.

quando realizar:

- **Grupo 1:** Indicação pela história clínica: entre 12-14 semanas;
- **Grupo 2:** Indicação pelo ultrassom: logo após o diagnóstico do colo curto ao ultrassom, mas antes de 28 semanas;
- **Grupo 3:** Indicação pelo exame físico: logo após a constatação de exame físico alterado, mas antes de 28 semanas.

2.3 Condições para realização:

A decisão deve ser sempre compartilhada com a paciente. Após consideração dos riscos e benefícios o termo de consentimento deve ser assinado.

- **Grupo 1** - Ultrassom morfológico de primeiro trimestre sem alterações;
- **Grupo 2** - Ultrassom morfológico de segundo trimestre sem alterações;
- **Grupo 3** - Ultrassom morfológico de segundo trimestre sem alterações **E** ausência infecção (ausência de leucocitose, febre, bacteriúria, vulvovaginite) **E** viabilidade de redução da bolsa (julgamento do cirurgião).

2.4 Quando não realizar:

- Pacientes com mais de 28 semanas, devido a viabilidade fetal. A cerclagem pode complicar com rotura de bolsa ou trabalho de parto prematuro precoce, acelerando o tempo de resolução de parto;
- Gestação gemelar com colo menor que 25 mm ao ultrassom (NÍVEL B de evidência). Nesses casos, a progesterona está indicada;
- Pacientes com colo curto ao ultrassom (<25mm entre 16 e 24s) sem história prévia de TPP. Nesses casos, a progesterona está indicada.

2.5 Contraindicações absolutas:

- Malformações fetais incompatíveis com a vida;
- Sangramento vaginal ativo;
- Infecção intrauterina;
- Rotura anteparto de membranas ovulares (RAMO);
- Trabalho de parto prematuro (TPP);
- Óbito fetal.

2.6 Contraindicações relativas:

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|
| Data da criação MAIO/2020 | Data de Implantação: JUNHO/2020 | Validade: 2 anos |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|

PROTOCOLO OBS 13 – INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

| Elaborado por: | Revisado por: | Validado por: |
|--|---|---|
| Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico | Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico | Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral |

- Prolapso de bolsa além do orifício cervical externo (OCE) (risco de rotura iatrogênica de bolsa de aproximadamente 50%). Avaliar a viabilidade fetal pela idade gestacional e condições de UTI neonatal disponível;
- Placenta prévia.

2.7 Cuidados pré-operatórios:

- Profilaxia antibiótica somente para as pacientes do grupo 3. Esquema recomendado: Azitromicina 1g VO, DU + Amoxicilina 500mg VO de 8/8h por 7 dias + Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 7 dias;
- Antisséptico vaginal com cuidado para não encostar nas membranas, priorizando a clorexidina aquosa.

2.8 cuidados operatórios:

- Usar preferencialmente a técnica de McDonald, uma sutura permanente feita da seguinte forma:
 - Esvaziamento da bexiga;
 - Exposição da cérvix e apreensão com uma pinça de Allis ou com um Babcock;
 - Realização de sutura circular com um fio inabsorvível o mais alto possível para que se aproxime do orifício cervical interno (OCI). A agulha é passada 4-6 vezes, na maioria das vezes sem dificuldade e deve ser passada de forma profunda;
 - Apertar o nó de forma suficiente para ocluir o OCI, posicionando-o na frente do canal, com o fio cortado longo, para facilitar a remoção.
 - Preferir raquianestesia;
 - Medidas para auxiliar a redução da bolsa nas pacientes do grupo 3, se necessário:
 - Encher a bexiga com 250ml de SF 0,9%;
 - Colocar a paciente em posição de Trendelenburg;
 - Empurrar delicadamente a bolsa prolapsada com gaze.

2.9 Cuidados pós-operatórios:

- Alta após 24h assintomática para as pacientes dos grupos 1 e 2;
- Pacientes do grupo 3: manter em observação até que sua evolução clínica permita a alta hospitalar;

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|
| Data da criação MAIO/2020 | Data de Implantação: JUNHO/2020 | Validade: 2 anos |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|

PROTOCOLO OBS 13 – INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

| Elaborado por: | Revisado por: | Validado por: |
|--|---|---|
| Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico | Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico | Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral |

- Tocolíticos apenas nas pacientes do grupo 3, se necessário (sinais clínicos de TPP);
- Progesterona de rotina apenas para as pacientes do grupo 2, uma vez que já têm esta indicação pelo parto prematuro prévio;
- Proibir coito para as pacientes dos grupos 2 e 3 e liberar para as pacientes do grupo 1 após o primeiro retorno, se assintomáticas;
- Retorno das pacientes dos grupos 1 e 2 a cada duas semanas e individualizar no grupo 3.
 - Orientar sobre dor e perda de líquido;
 - Corticoide quando risco de parto nos próximos 7 dias (> 24 sem).

2.10 Quando retirar os pontos:

- Trabalho de parto;
- 37 semanas;
- Corioamnionite;
- RAMO que tenha indicação de conduta ativa.

Obs: todas as pacientes q se enquadrarem nos critérios descritos no protocolo de CARACTERIZAÇÃO DE EMERGENCIA/URGENCIA DA GESTAÇÃO EM RISCO HABITUAL E ALTO RISCO, ou se medico assistente julgar necessario, devem seguir fluxograma de encaminhamento descrito nesse mesmo protocolo.

REFERÊNCIAS

Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. American College of Obstetricians and Gynecologists. v. 123, p 372–379, 2014. Disponível em: < <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br>> Acesso em 14 julho.2017.

Cervical Cerclage. Green-Top Guideline Number 60. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. p 1-21, 2011. Disponível em <<http://link-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br>> Acesso em 14 julho.2017.

NDLER, I.;CARP, H. Mildtrimestrer Loss: fte role of cerclage and Pessaries. In: CARP, H (Eds). Recurrent Pregnancy Loss: Causes, controversies and Treatments.

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------|
| Data da criação MAIO/2020 | Data de Implantação: JUNHO/2020 | Validade: 2 anos |
|----------------------------------|--|-------------------------|

PROTOCOLO OBS 13 – INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

| Elaborado por: | Revisado por: | Validado por: |
|--|---|---|
| Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico | Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico | Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral |

Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2015. p. 313-324.

Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Philadelphia, p. 376-386, 2012. Disponível em < [http://link-periodicos-capes.gov.br](http://link-periodicos-capes.gov.br.ez11.periodicos.capes.gov.br) > Acesso em 14 julho.2017.

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------|
| Data da criação MAIO/2020 | Data de Implantação: JUNHO/2020 | Validade: 2 anos |
|----------------------------------|--|-------------------------|