

OF/CBR/0111/2020

São Paulo, 20 de março de 2020.

À Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

Ilmo. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho

Presidente

Prezado Doutor,

Em continuidade à formalização do consenso acordado entre o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, encaminhamos a seguir a normatização de exames ultrassonográficos em ginecologia e obstetrícia, bem como os protocolos de exames de Ultrassom Obstétricos, elaborada pela Comissão Nacional de Ultrassonografia do CBR, para ciência.

Solicitamos, gentilmente, a anuência destes para posterior divulgação simultânea.

Na certeza de contarmos com sua prestigiosa colaboração, aproveitamos para renovar nossos cordiais cumprimentos.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Dr. Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos

Presidente

Normatização de exames de Ultrassonografia ***Posição da Comissão Nacional de Ultrassonografia do Colégio Brasileiro*** ***de Radiologia (CBR)***

A versatilidade e a alta eficácia da ultrassonografia como método diagnóstico na prática médica diária constituem a grande força deste método, mas ao mesmo tempo, impõem uma enorme dificuldade de padronização de condutas tanto no que se refere à execução dos exames ultrassonográficos pelo especialista de imagem, quanto à solicitação dos exames a serem executados. Alguns aspectos merecem especial consideração:

- A multiplicidade de designações possíveis para se referir a algumas regiões passíveis de estudo ultrassonográfico.
- A extensão de doenças por diferentes órgãos ou estruturas próximas, porém frequentemente não exatamente dentro do campo de estudo solicitado.
- A necessidade da adequação da terminologia utilizada na solicitação do médico-assistente aos códigos disponíveis na CBHPM ou a outras tabelas de referência, a depender do contratado junto aos convênios e planos de saúde.
- A eventual solicitação equivocada no pedido médico com relação à estrutura que realmente desejaria ver avaliada ou a dissociação da estrutura solicitada e a indicação médica informada.
- O aumento das demandas judiciais no que se refere tanto ao conteúdo incluído quanto ao ausente do relatório médico.

As situações supracitadas são exemplos que demonstram a importância da padronização da denominação do estudo ultrassonográfico por região e a real abrangência de cada exame segundo esta denominação, tornando mais eficiente a comunicação e integração do médico-assistente com o médico especialista em diagnóstico por imagem, bem como mais clara a interação do

serviço de imagem com o paciente e com os planos de saúde. Nesta primeira versão, procuramos relacionar os principais pontos de interesse e dúvidas que surgiram da prática dos especialistas envolvidos nesta Comissão, bem como das consultas realizadas ao CBR por meio de seus veículos oficiais, tendo como base as denominações de exames ultrassonográficos empregadas nos códigos disponíveis na CBHPM 2016. Assim como a própria prática médica é dinâmica e mutável, novas versões desta padronização deverão ser elaboradas quando a evolução tecnológica, das normas ou das leis ou, ainda, quando alguma questão ou dúvida de maior interesse tornarem necessárias reinterpretações ou maiores esclarecimentos.

Ultrassonografia de Abdome Superior

Inclui a avaliação do Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço e Pâncreas. Não inclui a avaliação de Rins, Aorta Abdominal, Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente o órgão desejado no pedido médico quando for necessária sua realização (há inclusive códigos específicos para alguns órgãos e estruturas).

A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame.

Ultrassonografia de Abdome Total

Inclui a avaliação do Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço, Pâncreas, Rins e Bexiga.

O estudo em modo B (sem Doppler) da Aorta Abdominal e a Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais também está incluído neste tipo de exame. Quando necessária, a avaliação com Doppler de alguma destas estruturas ou de

outros órgãos abdominais deverá ser solicitada especificamente e cobrada adicionalmente ao exame de base (há códigos específicos).

Alças intestinais, apêndice cecal, adrenais e outras estruturas abdominais devem ser citadas se detectada patologia demonstrável pelo método durante a realização do exame.

A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.

A realização de avaliação pós-miccional da bexiga não é realizada rotineiramente, podendo ser incluída à critério do médico executante ou quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame.

Ultrassonografia de Rins e Vias Urinárias

Inclui a avaliação dos Rins e Bexiga.

Os ureteres e as glândulas adrenais são citados apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluídas no relatório do exame na ausência de achados ou quando estes órgãos não forem detectados no exame ecográfico.

A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou, ainda, quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico e cobrada adicionalmente ao exame de base quando sua realização for necessária.

Ultrassonografia de Parede Abdominal

Inclui a avaliação da integridade dos grupos musculares da parede abdominal, bem como a pesquisa de hérnias, lesões subcutâneas em parede abdominal anterior (inclusive em região umbilical).

O estudo frequentemente é realizado direcionado para a região da queixa do paciente ou para a região indicada no pedido médico. A avaliação das regiões inguinais (inclusive pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonomegalias nestas regiões) não está incluída neste tipo de exame, devendo ser solicitada separadamente quando necessária (unilateral ou bilateral).

Não inclui a avaliação dos órgãos intra-abdominais e da pelve, cujo estudo, quando for necessário ao médico-assistente, deverá ser solicitado separadamente.

Ultrassonografia de Região Inguinal

Inclui a pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonomegalias em regiões inguinais.

Pode ser uma avaliação unilateral ou bilateral, a depender da solicitação médica, que deve especificar a indicação do estudo e a lateralidade da investigação desejada.

Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal) ou da Pelve Masculina

(Abdome inferior)

Inclui avaliação transabdominal da Bexiga, Próstata (volumetria e estimativa de peso), Vesículas Seminais e aferição de resíduo vesical pós-miccional.

Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)

Não inclui a avaliação transabdominal da Bexiga nem a aferição de resíduo vesical pós-miccional.

Ultrassonografia da Pelve Feminina (Abdome inferior)

Inclui avaliação transabdominal da Bexiga, Útero, Ovários e Regiões Anexiais. A realização de avaliação pós-miccional da bexiga não é rotineiramente executada, porém pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou, ainda, quanto explicitamente solicitada no pedido médico.

Ultrassonografia Transvaginal

Inclui avaliação endovaginal do Útero, Ovários e Regiões Anexiais. A vagina é citada apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluída no relatório do exame na ausência de alterações.

A realização de avaliação transabdominal complementar ao estudo endocavitário não é rotineiramente executada.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

Ultrassonografia de Tireoide

Inclui avaliação da Tireoide (Volumetria, Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais).

Não inclui a avaliação de linfonodos cervicais.

O Doppler da Tireoide e de suas lesões focais (inclusive nódulos) não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

O Doppler de Tireoide não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares) que tem código próprio e cuja avaliação deve ser solicitada especificamente no pedido médico quando for necessária a sua realização.

Ultrassonografia de Região Cervical

Inclui avaliação dos linfonodos cervicais em todos os seus compartimentos (centrais e laterais), bem como do leito tireoideano (exclusivamente em caso de tireoidectomia total prévia), das lojas paratireoideanas e dos principais grupos musculares cervicais. Glândulas paratireoides e grupos musculares são especificados no relatório médico apenas em caso de patologia detectada ao método, não sendo necessário relato dessas estruturas se não forem individualizadas ou se não apresentarem alterações.

Não inclui a avaliação da Tireoide e das Glândulas Salivares, que têm códigos específicos e devem ser especificados separadamente no pedido médico.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

O exame de Região Cervical com Doppler não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares) que tem código próprio e cuja avaliação deve ser solicitado especificamente no pedido médico quando for necessária a sua realização.

Ultrassonografia de Glândulas Salivares

Inclui avaliação das Glândulas Submandibulares, Parótidas e Sublinguais

bilateralmente.

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

Não inclui a avaliação da Tireoide e da Região Cervical.

Ultrassonografia de Crânio Transfontanela

O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

Ultrassonografia de Mamas

Inclui avaliação das Glândulas Mamárias (Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais). Não inclui o estudo das regiões axilares, o que deve ser solicitado especificamente no pedido médico (incluindo lateralidade). O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

Ultrassonografia de Axila

Avaliação das partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III. O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária.

A Comissão Nacional de Ultrassonografia do CBR revisará quando necessário e oportuno as padronizações supra descritas, permanecendo à disposição para dirimir quaisquer dúvidas adicionais que nos sejam encaminhadas.

Exames não mencionados neste documento serão objeto de normatização em publicações subsequentes.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA INICIAL (ENDOVAGINAL)

Idade gestacional: Realizada no 1o trimestre gestacional, até a 13ª semana, por via endovaginal.

Protocolo de avaliação:

a) Útero:

a. Avaliação de sua forma e textura.

b) Saco gestacional:

a. Avaliação de sua localização e número. Medir as dimensões (diâmetro médio) até o momento em que o embrião passe a ser visualizado.

b. Localização do trofoblasto: avaliar presença ou não de áreas de descolamento ovular;

c. Avaliação de anexos embrionários: vesícula vitelina, cordão umbilical e membrana amniótica

c) Embrião:

a. Avaliação do número de embriões e definir amnionicidade e corionicidade quando for múltipla.

b. Medida do comprimento para definição da idade gestacional.

c. Presença ou não de movimentação ou batimentos cardíacos.

d) Ovários:

a. Avaliação da forma, textura e localização do corpo lúteo.

e) Fundo de saco de Douglas e regiões anexiais:

a. Checar a presença de massas ou tumorações;

b. Pesquisa de gravidez ectópica ou heterotópica.

f) Documentação fotográfica:

a. Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.

Idade gestacional:

a. Documentar no laudo a data da última menstruação (DUM) informada para paciente (ou o seu desconhecimento),

b. indicar a Idade Gestacional à partir da DUM (em semanas e dias)

c. em caso de discordância de mais de 5 dias até a 9ª semana e de 7 dias ou mais entre 9ª semana e 14ª semana, re-definir a idade gestacional e informar a nova data provável do parto (pela ultrasonografia).

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM MEDIDA DA TRANSLUCÊNCIA NUCAL

Idade gestacional: Realizada entre a 11^a e 13^a + 6 dias de idade gestacional (feto de 45 a 84 mm), a contar da data da última menstruação normal ou de ultrassonografia anterior, podendo ser realizada tanto pela via transvaginal quanto abdominal.

Medida do CCN para definição da idade gestacional

Protocolo de avaliação:

a) Útero:

a. Avaliação de sua forma, textura.

b) Saco gestacional e anexos embrionários:

a. Avaliação de sua localização.

b. Presença ou não de áreas de descolamento ovular;

c. Avaliação de anexos embrionários: placenta (localização, textura e espessura), membrana e cavidade amnióticas.

c) Feto:

a. Avaliação do número de fetos (definir amnionicidade e corionicidade quando for múltipla);

b. Medida do comprimento cabeça-nádegas (CCN),

c. Avaliar movimentos fetais e medida dos batimentos cardíacos;

d. Medida da translucência nucal.

e. Identificação de todos os membros fetais, incluindo mãos e pés

d) Ovários:

a. Avaliação da forma, textura e volume;

e) Fundo de saco de Douglas e regiões anexiais:

a. Checar a presença de massas ou tumorações;

f) Documentação fotográfica:

a. Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.

ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DE 1º TRIMESTRE

Idade Gestacional: Realizada entre a 11a e a 14a semana, calculada pela data da última menstruação normal ou por ultrassonografia obstétrica anterior.

Protocolo de avaliação:

- Medida do CCN para definição da idade gestacional

Avaliação da Anatomia Fetal

a. Crânio:

- Avaliação da integridade e formato da calota craniana;
- Presença da foice do cérebro, CSP e ventrículos laterais e plexos coróides

b. Face:

- Avaliação das órbitas;
- Identificar a presença ou não do osso nasal
- Avaliação do triângulo facial

c. Tórax:

- Conformação do tórax;
- Proporcionalidade da área cardíaca e sua localização (situs);
- Avaliação do batimento cardíaco fetal.
- Identificação dos pulmões e dos diafragmas
- Avaliação do eixo cardíaco, 4 câmaras.

d. Abdome:

- Conformação do abdome e Integridade da parede abdominal com identificação da inserção do cordão umbilical.
- Identificação do estômago, rins e bexiga urinária.

f) Membros superiores:

- Mobilidade; Simetria; identificação dos ossos; identificação das mãos e pés com os dígitos

g) Avaliação placenta e líquido amniótico:

Localização placentária; Espessura; ecogenicidade
Avaliação do líquido amniótico e da membrana amniótica

Documentação fotográfica:

a. Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA DE 2º E 3º TRIMESTRES

Realizada a partir da 15ª semana de gestação, calculada pela data da última menstruação ou por ultrassonografia obstétrica anterior, até o final do período gestacional.

Protocolo de avaliação:

a) Segmento cefálico:

a.1 Crânio: Medir diâmetro bi-parietal (DBP) e circunferência cefálica (CC)

- Avaliação da calota craniana: integridade, formato e proporções

Identificar:

- Foixe cerebral e CSP, tálamo, ventrículos laterais.
- Fossa posterior: cerebelo e cisterna magna

a.2 Face:

- Avaliação das órbitas, dos lábios e perfil fetal, quando possível.

b) Tórax:

- Conformação do tórax; Proporcionalidade da área cardíaca e sua localização (situs); identificação das 4 câmaras e eixo cardíaco
- Frequência e ritmo cardíaco

c) Abdome: Medir circunferência abdominal (CA)

- Integridade da parede abdominal; Inserção do cordão umbilical
- Identificação do estômago, rins e bexiga urinária
- Avaliação da ecogenicidade intestinal.

d) Membros: Medir fêmur (CF) e úmero (CH)

e) Avaliação dinâmica fetal

- Presença de movimentação ativa fetal.

f) Avaliação placenta, líquido amniótico e cordão umbilical

- Localização, espessura e textura placentária
- Volume do líquido amniótico
- Número de vasos e inserção do cordão umbilical

Calcular o Peso Fetal e o informar o percentil de crescimento do feto de acordo com a tabela utilizada.

A IDADE GESTACIONAL NÃO DEVE SER ALTERADA DE ACORDO COM AS MEDIDAS FETAIS, devendo ser seguida a Idade Gestacional já determinada nos ultrassons anteriores.

Caso o 1º ultrassom estiver sendo feito no 2º ou 3º trimestre, a Idade gestacional deverá ser baseada nas medidas do feto.

g) Documentação fotográfica:

a. Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLERFLUXOMETRIA

Sinonímia: Doppler obstétrico

- REALIZAR EXAME OBSTÉTRICO DE ROTINA

Proceder às seguintes avaliações e utilizar as tabelas de referência de acordo com a Idade Gestacional:

- Identificar e medir o (índice de pulsatilidade) IP das **artérias uterinas** e calcular o IP médio. Não deve ser valorizado a presença ou ausência de incisuras.

- Identificar e medir os IR (índice de resistência) e o IP (índice de pulsatilidade) das **artérias umbilicais**.

- Identificar e medir o IR (índice de resistência) e o IP (índice de pulsatilidade) da **artéria cerebral média**.

- Calcular e informar o **Índice Cérebro-Placentário (ICP)**, dividindo-se o valor de IP da artéria cerebral média pelo IP da artéria umbilical. Informar sobre sua relação com as tabelas de referência.

- **Ducto Venoso:**

- deve ser realizada sempre que houver sinais de centralização hemodinâmica fetal

- deve ser realizado conjuntamente às demais avaliações realizadas na gestação entre 11^a e 13^a semana + 6 dias.

OBS: A DOPPLERFLUXOMETRIA pode ser executada conjuntamente a outros exames obstétricos (p.e., US Morfológico, Perfil Biofísico Fetal, etc) e deve ser cobrado separadamente por codificação específica.

ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DE 2º TRIMESTRE

Idade Gestacional: Realizada preferencialmente entre a 19ª e a 24ª semana de gestação, calculada pela data da última menstruação normal ou por ultrassonografia obstétrica anterior. Em casos especiais e com indicação clínica, a realização fora desse período é possível desde a 15ª semana até o final do período gestacional, sendo que nestes casos o examinador deve ressaltar ao final do exame que este foi realizado em período gestacional que diminui a capacidade de diagnóstico do exame.

a) Segmento cefálico:

a. Crânio: Medir BBP e circunferência cefálica

- Avaliação da calota craniana: integridade, formato e proporções

Identificar:

- Foixe cerebral e CSP, tálamo, ventrículos laterais.
- Fossa posterior: cerebelo, cisterna magna e prega nugal
- **Medir:** diâmetro transverso do cerebelo, ventrículos laterais, cisterna magna e prega nugal

b. Face: Medir: distâncias orbitárias interna e externa, osso nasal.

- Avaliação das órbitas, dos lábios e perfil fetal.
- Avaliar integridade do palato.

b) Tórax:

- Conformação do tórax; Proporcionalidade da área cardíaca e sua localização (situs);
- Identificação das 4 câmaras e eixo cardíaco; Vias de saída dos grandes vasos
- Frequência e ritmo cardíaco
- Identificação dos pulmões e diafragmas

c) Abdome: Medir circunferência abdominal

- Integridade da parede abdominal; Inserção do cordão umbilical
- Identificação do estômago, rins e bexiga urinária
- Avaliação da ecogenicidade intestinal.

d) Membros: Medir todos os ossos longos

- Avaliar: Número; Mobilidade; Simetria e Eixo dos pés e mãos

e) Avaliação dinâmica fetal

- Presença de movimentação ativa fetal

f) Avaliação placenta, líquido amniótico e cordão umbilical

- Localização, espessura e textura placentária
- Volume do líquido amniótico
- Número de vasos e inserção do cordão umbilical

Calcular o Peso Fetal e o informar o percentil de crescimento do feto de acordo com a tabela utilizada.

A IDADE GESTACIONAL NÃO DEVE SER ALTERADA DE ACORDO COM AS MEDIDAS FETAIS, devendo ser seguida a Idade Gestacional já determinada nos ultrassons anteriores.

Caso o 1º ultrassom estiver sendo feito no 2º ou 3º trimestre, a Idade gestacional deverá ser baseada nas medidas do feto.

Documentação fotográfica:

Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.

US OBSTÉTRICA – PERFIL BIOFÍSICO FETAL REALIZAR EXAME OBSTÉTRICO DE ROTINA

- Exame indicado após 27ª semana.
- Na realização do Ultrassom Obstétrico com Perfil Biofísico Fetal (PBF) são avaliados os componentes ultrassonográficos do PBF. Desta forma a **Reatividade cardíaca fetal, não é avaliada durante o Ultrassom pois demanda utilização de equipamento (cardiotocógrafo) que é distinto do equipamento de Ultrassom.**

Variáveis avaliadas pelo Ultrassom, durante o período de observação de até 30 minutos. Cada parâmetro quando presente equivale a dois pontos.

- **Movimentos corporais** (ao menos três episódios de movimentos de tronco/membros)
- **Tônus fetal** (ao menos um episódio de extensão/flexão de tronco/membros, abertura e fechamento das mãos)
- **Movimentos respiratórios fetais** (ao menos um episódio com amis de 30 segundos de duração)
- **Avaliação do líquido amniótico** (ao menos um bolsão maior que 2 cm medido no plano perpendicular).

No laudo deverá constar na conclusão qual foi o resultado final encontrado, de acordo com a pontuação máxima possível (0/8, 2/8, 4/8, 6/8 ou 8/8).

ULTRASSONOGRAFIA DE COLO UTERINO

Sinonímia: US Transvaginal para avaliação do colo uterino

Idade gestacional: Realizada, pela via transvaginal, em qualquer trimestre gestacional.

Protocolo de avaliação:

a. Colo uterino:

- Medida de seu comprimento longitudinal, acompanhando-se a linha endocervical, podendo ser medido de forma linear ou respeitando a sua curvatura. Deve englobar apenas a área do eco glandular endocervical;
- Avaliação da sinais de protusão de membranas amniótica pelo canal endocervical (sinal do “dedo de luva”), por 2 a 3 minutos ou utilizando-se a compressão do fundo uterino para avaliar a competência do orifício interno do colo uterino;
- Avaliação da textura do colo uterino, ressaltando a presença de cistos ou outras alterações da morfologia normal;
- Avaliar a presença/ausência do “Sludge”.

b. Documentação fotográfica:

i. Deverá constar da documentação fotográfica cada item exposto acima, com identificação por escrito de cada estrutura.