

TRATAMENTO DA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO

João Marcos Costa de Siqueira¹, Ana Carolina Rodrigues de Sousa², Alcione de Oliveira dos Santos³

¹Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA, jcostadesiqueira1999@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6305357654689414>; ²Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA, rdanacarolina9@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6818446573571005>; ³Docente em Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA, prof.santos.alcione@fimca.com.br, <http://lattes.cnpq.br/8120484084533828>.

INTRODUÇÃO: A síndrome antifosfolípide (SAF) é definida pela presença de anticorpos antifosfolípidos associados com algum quadro clínico quer sejam: perda gestacional de repetição, trombocitopenia ou trombose arterial ou venosa. Em pacientes portadoras dessa síndrome, a chance de sucesso da gravidez é de apenas 20%, na ausência de uma terapêutica adequada. Ademais, não são raras complicações que levem a prematuridade do feto, podendo alcançar uma margem de 60%. Tal cenário implica, portanto, no consolidado conhecimento dos tratamentos viáveis para contornar essa síndrome. **OBJETIVO:** Evidenciar a melhor medida terapêutica adotada atualmente para as gestantes portadoras da Síndrome Antifosfolípide. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas principais plataformas digitais, como Google Acadêmico, *Scielo* e Biblioteca Virtual em Saúde, buscando-se por artigos completos, gratuitos, escritos entre 2010 e 2022 e publicados nas línguas portuguesas e inglesas. Foram encontrados doze artigos, dos quais foram descartados quatro por não preencherem os objetivos da presente pesquisa. **RESULTADOS:** Evidenciou-se que a terapêutica padrão ouro para gestações onde a mãe é portadora de SAF se faz com o uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM), principalmente a enoxaparina, associada com aspirina (AAS), ambas em baixas dosagens. A HBPM se mostrou mais eficaz que a heparina não fracionada. Sua atuação se dá por meio da inibição da ligação aos fosfolípidos, o que ocasiona uma interação entre a heparina e os anticorpos antifosfolípidos inibindo a ação destes. Também apresenta a vantagem de não atravessar a barreira placentária, não gerando qualquer efeito adverso ao feto. Já a aspirina atua promovendo a inibição seletiva da síntese de tromboxano A₂, prevenindo a trombose de pequenas veias. As dosagens observadas ideais para o tratamento giraram em torno de 40mg e 80mg, respectivamente, por dia. Os usos das medicações devem perdurar durante toda a gestação, sendo suspensa ao se iniciar o trabalho de parto ou 12 horas antes da interrupção da gestação, quando for possível programá-la. Com a adoção de tal estratégia garante-se o sucesso gestacional de até 80% das gravidezes. **CONCLUSÃO:** A síndrome do anticorpo antifosfolípide deve ser sempre investigada pelos obstetras e ginecologistas frente aos quadros clínicos de aborto recorrente, óbito fetal, crescimento intrauterino retardado, pré-eclâmpsia grave ou de início precoce, trombocitopenia e em qualquer fenômeno trombótico presente ou como antecedente clínico na vida da mulher, instituindo-se a terapêutica citada o mais rápido possível, visando impedir abortamentos, prematuridades e danos físicos e psicológicos à gestante.

Palavras-chave: Síndrome antifosfolípide, Perda gestacional, SAF, Fosfolípidos, Enoxaparina.