
**1º Simpósio Internacional de Enfermagem e Saúde Mental em Reprodução
Assistida**

Síndrome da Hiperestimulação Ovariana

Viviane Rodrigues Graner

Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO)

- A SHO é uma complicação decorrente de uma resposta exagerada dos ovários, às gonadotrofinas utilizadas na indução da ovulação.
 - A síndrome desenvolve-se na fase pós-ovulatória de um ciclo induzido e compreende uma série de complicações potencialmente graves.
-

Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO)

- Caracterizada por formação de múltiplos cistos ovarianos, associada ao aumento de permeabilidade capilar, distensão abdominal, náuseas, vômitos e diarreia. Nos casos mais severos sobrem a hipovolemia, oligúria e fenômenos tromboebólicos
-

Indução da Ovulação

Realidade:

Não existe um protocolo único de indução da ovulação. Cada paciente responde de forma diferente à uma mesma dosagem de um indutor de ovulação; sendo que a mesma paciente pode variar a sua resposta, em ciclos diferentes.

→ Objetivo:

Adequar a indução da ovulação ao procedimento proposto, ao padrão de resposta ovariana e as condições financeiras da paciente.

Indução da Ovulação

→ Variantes:

- da droga: mecanismo de ação do indutor
pureza biológica do lote
dosagem utilizada
 - da paciente: fator infertilidade
reserva ovariana (pool folicular)
status ovariano (coorte folicular)
índice de massa corpórea (IMC)
idade da paciente
-

Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO)

- Incidência: muito variável

forma leve: 20 a 25%

forma moderada: 0,005 a 7%

forma grave: 0,008 a 10%

Golan e cols, 1989

Classificação

Forma leve

- Distensão abdominal e desconforto, associados a náusea, vômitos ou diarreia, tamanho ovariano entre 5 a 12 cm.

Forma moderada

- Achados da forma leve associados a ascite evidenciada por ultrasonografia.

Forma grave

- Achados da forma leve e moderada associados a clínica de ascite ou hidrotórax ou comprometimento respiratório, hipovolemia, hemoconcentração, anormalidades de coagulação, diminuição de perfusão e função renal.
-

Pacientes de risco (ASRM, 2004)

- Portadoras de SOP
 - Pacientes jovens
 - Usuárias de protocolo longo de estímulo
 - Doses altas de FSHrec
 - Nos casos de gravidez +
 - Baixo IMC
 - Níveis altos de E2
 - SHO prévia
-

Fisiopatologia

Resposta exagerada de crescimento folicular, principalmente em paciente que usam gonadotrofinas (gonadotrofina coriônica(hMG) ocasionando. Hiperfunção das células granulosas luteinizadas, com descarga sanguínea exagerada de estradiol e componentes do sistema renina angiotensina, ocasionando a dilatação vascular anormal e aumento da permeabilidade capilar, com extravasamento agudo do líquido intravascular para o 3° espaço.

Complicações

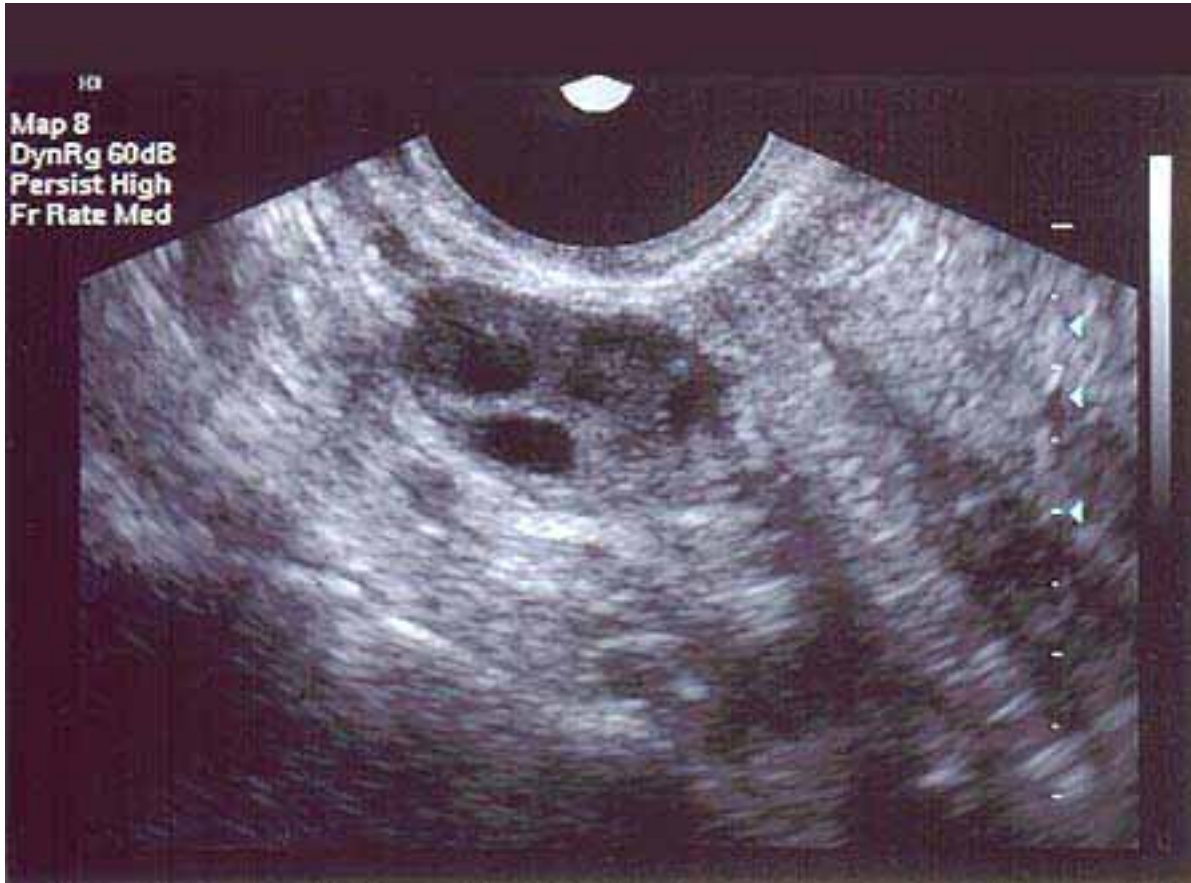
- Fenômenos tromboembólicos
 - Infecções graves – peritonites, choque séptico e sepse grave
 - Acidente vascular cerebral
 - Derrame pleural, insuficiência respiratória aguda
 - Derrame pericárdico
 - Torção anexial
 - Insuficiência renal aguda
 - Distúrbios hidroeletrólíticos
 - Ascite volumosa
 - Síndrome compartimental abdominal
-

Tratamento

- Os sintomas da SHO são vistos de 30 a 130 dias após administração de hCG.
 - Na ausência de gravidez tende resolver espontaneamente dentro de 7 a 14 dias.
 - Reanimação volêmica com cristalóide
 - Instalação de acesso venoso central
 - Anticoagulantes
 - Monitorização hemodinâmica
 - Administração expansores plasmáticos (Albumina)
 - Tratar distúrbios hidroeletrólíticos
 - Paracenteses (abdominal/torácica)
 - Interrupção da gestação
 - Fisioterapia respiratória
-

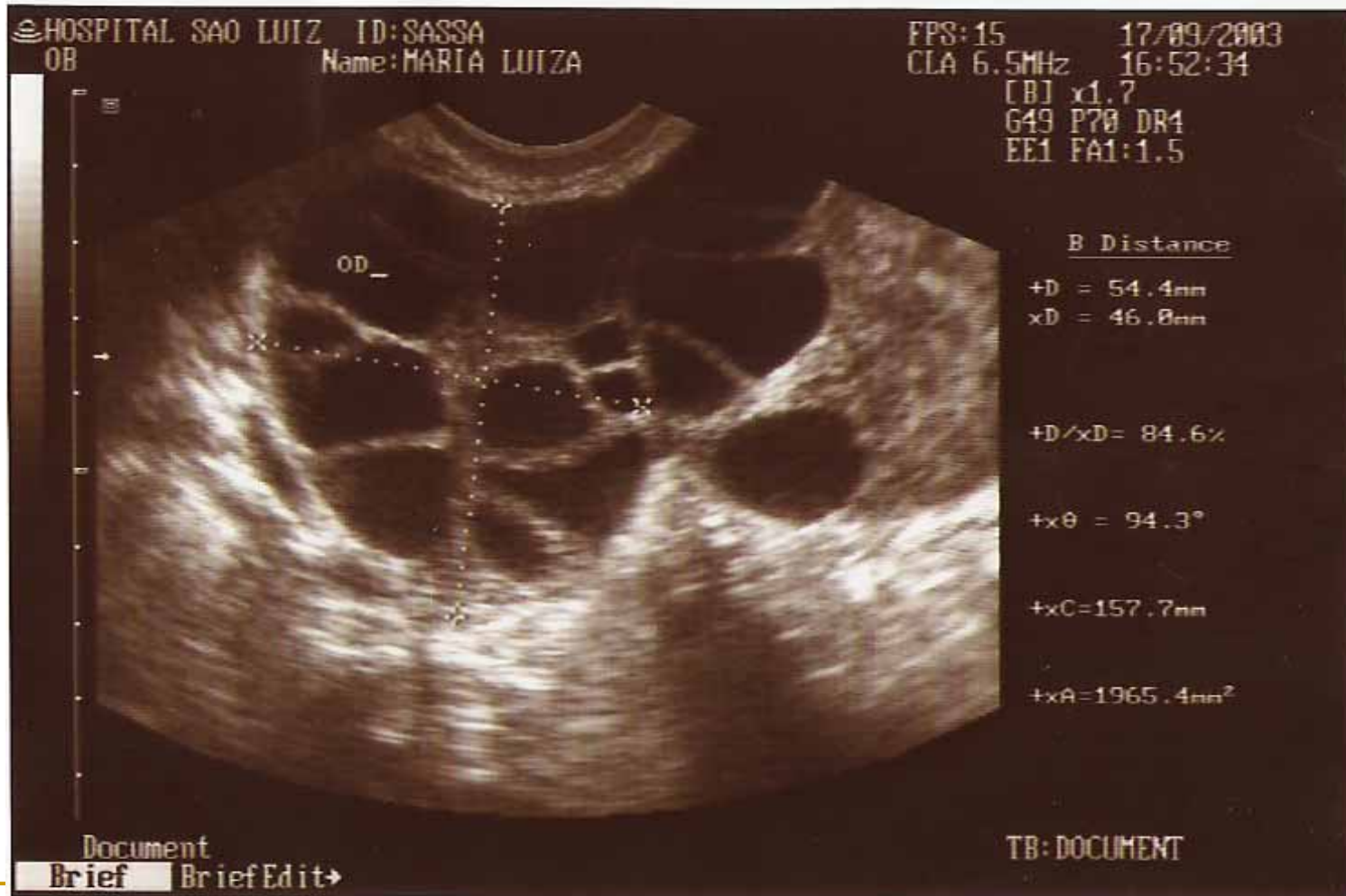
Ciclo Natural

Estradiol entre 200 e 300 pg/ml



Ciclo Induzido para FIV / ICSI

Estradiol entre 3000 e 5000 pg/ml



Síndrome do Hiperestímulo Ovariano (SHO) Grave (Severa)

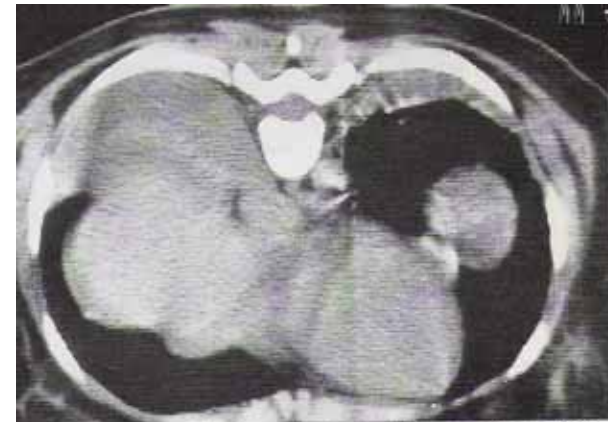


Fig. 33.4 — Tomografia da região abdominal com ascite na SHO.



Fig. 33.1 — Abdome distendido pela ascite na SHO.

Cuidados de Enfermagem

- Aferição de Pressão intra-vesical (PIA)
 - Para conhecimento aproximados da quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, determinando assim junto com outros achados clínicos: (ultra-sonografia, balanço hídrico), a necessidade de realizar a culdocentese e prevenir a Síndrome compartimental abdominal
 - Classificação da PIA
 - Grau 1 até 15 cm de água
 - Grau 2 16 a 20 cm de água
 - Grau 3 26 a 35 cm de água
 - Grau 4 > que 36 cm de água
 - PIA > 25 cm de água já é indicativo de descompressão, com melhora dos padrões hemodinâmicos, pulmonares e renais.
-

Cuidados de Enfermagem

- Controle de peso diário
 - Medida da circunferência abdominal
 - Controle hídrico rigoroso
 - Realizar medida de pressão intra-vesical (PIA)
 - PVC contínua
 - Verificar e evoluir edema de vulva
 - Promover cuidados específicos quanto a decúbito da paciente (manter elevado)
 - Solicitar avaliação nutricional, com fracionamento das dietas
-

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Prevenção ainda é a melhor conduta
 - Não existe um protocolo de indução ideal e sim a melhor opção para cada paciente.
 - O acompanhamento ecográfico é fundamental para avaliar a resposta ovariana e prevenir a ocorrência de hiperestímulo ovariano.
-

