

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 1/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

1. OBJETIVO

Descrever a gravidez ectópica, seus tipos e subtipos os tipos de Gravidez Ectópica, suas possíveis causas, complicações, principais sintomas, métodos para diagnóstico, fatores relacionados à ocorrência da gravidez ectópica.

2. RESPONSABILIDADES

Clínica de Ginecologia e Obstetrícia.

3. ABRANGÊNCIA

Urgência obstétrica.

4. DESCRIÇÃO

4.1. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Material para exame ginecológico.
- Exames laboratoriais (BHCG, GS/Fator Rh e Hemograma - para todas as pacientes com diagnóstico de GE; Coagulograma, TGO, TGP, GGT, FA, Ureia Creatinina para pacientes que irão receber MTX)
- Ultrassom transvaginal
- Termo de consentimento específico
- Metotrexato
- Material para videolaparoscopia
- Material para laparotomia

4.2. TAREFAS CRÍTICAS

- Atendimento médico
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem
- Orientações
- Cuidados da enfermagem
- Administração de medicação
- Internação e encaminhamento ao bloco cirúrgico se necessário.

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 2/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

4.3. DEFINIÇÃO

Toda gestação que ocorre fora da cavidade uterina é chamada de gravidez ectópica e, de acordo com a Sociedade Brasileira de Obstetrícia, atinge cerca de 2% das gestações e é responsável por 18% das emergências em gestantes com sangramento vaginal, ou dor abdominal ou ambos, no primeiro trimestre.

Mais de 90% dos casos ocorrem na tuba uterina, principalmente na ampola tubária; as localizações menos habituais são: abdominal (1%), cervical (1%), ovariana (1-3%), na cicatriz de cesárea (1-3%), intersticial ou cornual (1%).

4.4. FATORES DE RISCOS

- Gestação ectópica prévia (o risco de recorrência é de 10% nas mulheres com uma gestação ectópica anterior nas pacientes com história de duas ou mais ou risco de recorrência é de mais de 25%).
- História de Doença Inflamatória Pélvica (DIP).
- Cirurgia tubária ou pélvica.
- Pacientes que fizeram reprodução assistida, portadoras de fator tubário e nos casos de transferência de múltiplos embriões.
- História de infertilidade.
- Tabagismo.
- Idade maior que 35 anos.
- Uso de dispositivo intra uterino (DIU).

Vale destacar que em 50% das pacientes com diagnóstico de gestação ectópica não apresentam qualquer fator de risco.

4.5. DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO ECTÓPICA

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 3/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

Para mulheres com vida sexual ativa, com ou sem fatores de risco, na presença de pelo menos um dos seguintes achados, deve-se investigar uma gestação ectópica:

- Atraso menstrual.
- Dor abdominal.
- Sangramento vaginal.

Entretanto a tríade clássica de atraso menstrual, sangramento vaginal e dor abdominal nem sempre está presente, por isso é válido realizar a dosagem seriada dos níveis de BhcG e o exame de imagem como a ultrassom transvaginal.

Para avaliação dos níveis de BhcG considera-se:

- BhcG - curva de aumento em uma gravidez normal < 1500mIU/mL: aumento de 49% em 48 horas entre 1500 e 3000mIU/mL: aumento de 40% em 48 horas. 3000mIU/mL: aumento de 33% em 48 horas
- Quando há um crescimento lento desses valores ou uma queda deve-se suspeitar de gestação ectópica

4.6. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) deve ser considerado para mulheres com uma gestação ectópica confirmada que estão hemodinamicamente estáveis, que não tem uma gestação ectópica rota e que não tem uma contraindicação absoluta ao uso do metotrexato.

4.6.1. Contraindicações absolutas

- Gestação intrauterina viável
- Imunodeficiência
- Anemia, leucopenia ou trombocitopenia moderados ou severas
- Alergia ao metotrexato

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 4/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

- Doença pulmonar ativa (exceto asma)
- Úlcera gastroduodenal ou gastrite ativa
- Disfunção hepática clinicamente importante
- Disfunção renal clinicamente importante
- Amamentação
- Dor abdominal importante
- Gestação ectópica rota
- Paciente instável hemodinamicamente
- Impossibilidade da realização do seguimento após a administração da medicação

4.6.2. Contraindicações relativas

- Batimentos cardíacos embrionários detectadas ao ultrassom.
- Valores iniciais de BhcG maiores que 5000mIU/ML.
- Valores de BhcG que dobram em 48 horas
- Gestação ectópica com tamanho maior que 35-40 mm ao ultrassom transvaginal
- Recusa em receber transfusão de sangue

4.6.3. Coleta de exames antes de administrar o MTX

- BhcG quantitativo, Grupo Sanguíneo e Fator Rh, hemograma completo, coagulograma, creatinina, TGO, TGP, GGT e FA

4.6.4. Esquema terapêutico

- Dia 1 - uma dose de MTX de 50mg/m² via intramuscular
- Dia 4 - dosagem de BhcG quantitativo

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 5/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

- Dia 7 - dosagem de BhcG quantitativo

4.6.5. Efeitos colaterais

- Comuns: náuseas, vômitos, dor de estômago, gases, pequeno sangramento vaginal, dor abdominal leve, principalmente após o segundo ou terceiro dia da administração da medicação.
- Raros: pequena elevação das enzimas hepáticas, que geralmente reduz após a descontinuidade do tratamento, alopecia, pneumonite, fibrose pulmonar, cirrose hepática, falência renal e úlcera gástrica.

4.6.6. Orientações para pacientes que receberam o MTX

- Comunicar se dor abdominal intensa, devido ao risco de rotura da gestação ectópica
- Evitar medicações que reduzem a eficácia do MTX, como suplemento de ácido fólico e anti-inflamatórios não esteroidais.
- Não engravidar em até 3 meses após a administração do MTX
- Evitar relação sexual e atividade física moderada/intensa
- Evitar exposição solar sem proteção, devido ao risco de dermatite

5. CONDUTA EXPECTANTE

- As pacientes candidatas a conduta expectante deve ser assintomática, apresentar níveis de BhcG estáveis ou em redução (preferencialmente níveis iniciais abaixo de 1500mIU/mL), a gestação ectópica deve medir menos que 30 mm, sem evidência de embrião com atividade cardíaca e devem ser orientadas e concordarem com os potenciais riscos, que incluem rotura tubária, hemorragia e necessidade de cirurgia de emergência.

6. TRATAMENTO CIRÚRGICO

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 6/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

Pacientes com sinais e sintomas de gestação ectópica rota, como instabilidade hemodinâmica ou abdome agudo devem ser tratadas cirurgicamente.

O tratamento cirúrgico também deve ser oferecido para as pacientes com contraindicações absolutas ao uso de MTX, para as pacientes que tiveram falha terapêutico com o tratamento medicamentoso e para as pacientes que estão planejando uma fertilização in vitro futura. Quando o tratamento cirúrgico for indicado, a salpingectomia laparoscópica deve ser realizada preferencialmente. Se for necessário a salpingostomia, informar a pacientes que 1 a cada 5 pacientes poderão necessitar de um tratamento adicional, como a administração de MTX a/ou salpingectomia. A laparotomia só deve ser realizada em pacientes instáveis hemodinamicamente, com grande quantidade de sangramento intraperitoneal e em pacientes com múltiplas cirurgias prévias, nas quais o acesso a gestação ectópica pode ser difícil.

6.1. OPÇÕES DE TRATAMENTO NAS GESTAÇÕES ECTÓPICAS COM LOCALIZAÇÕES ATÍPICO

6.1.1. Gestação Cervical

O tratamento com metotrexato pode ser considerado. A curetagem uterina deve ficar reservada para pacientes com sangramento vaginal significativo.

6.1.2. Gestação na Cicatriz de Cesárea

Não há evidência suficiente para recomendar alguma intervenção específica, mas a literatura atual mostra que o tratamento cirúrgico parece ser mais efetivo. Pode ser abordada pela excisão do corno rudimentar via laparoscopia ou laparotomia.

6.1.3. Gestação Ovariana

O tratamento laparoscópico deve ser preferível. O tratamento com metotrexato pode ser usado quando o risco cirúrgico for alto ou se houver níveis de BhcG persistentes após a laparoscopia, sugerindo a presença de tecido Trofoblastico residual.

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 7/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

6.1.4. Gestação Abdominal

A laparoscopia é uma opção nos casos de gestação inicial. Gestações mais avançadas devem ser abordadas por laparotomia.

6.1.5 Gestação Heterotópica

O tratamento cirúrgico da gestação ectópica é o método de escolha. O tratamento com metotrexato só deve ser considerado se a gestação intrauterina não for viável. A conduta expectante pode ser uma opção em gestações heterotópicas quando o ultrassom mostrar gestação intrauterina não viável.

6.1.6. Gestação Intersticial

O tratamento com metotrexato tem se mostrado efetivo, entretanto não há evidência suficiente para recomendar qual a melhor via, se uso local ou sistêmico. O manejo cirúrgico por ressecção laparoscópica do corno ou salpingostomia parece ser uma opção efetiva. Uma técnica cirúrgica alternativa inclui ressecção histeroscópica guiada por ultrassom

6.1.7. Gestação Cornual

Pode ser abordada pela excisão do corno rudimentar via laparoscopia ou laparotomia.

6.1.8. Gestação Ovariana

O tratamento laparoscópico deve ser preferível. O tratamento com metotrexato pode ser usado quando o risco cirúrgico for alto ou se houver níveis de BhcG persistentes após a laparoscopia, sugerindo a presença de tecido trofoblástico residual.

6.1.9. Gestação Abdominal

A laparoscopia é uma opção nos casos de gestação inicial. Gestações mais avançadas devem ser abordadas por laparotomia.

6.1.10. Gestação Heterotópica

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 8/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

O tratamento cirúrgico da gestação ectópica é o método de escolha. O tratamento com metotrexato só deve ser considerado se a gestação intrauterina não for viável. A conduta expectante pode ser uma opção em gestações heterotópicas quando o ultrassom mostrar gestação intrauterina não viável.

7. DOSAGEM SEMANAL DE BHCG

Nas pacientes submetidas a tratamento com metotrexato, conduta expectante ou salpingostomia, a dosagem seriada de BchG até a negatização se faz necessária.

7.1. PARA AS MULHERES QUE RECEBERAM O MTX

- Se houver queda de 15% ou mais do BhcG entre o D4 e D7, níveis de BhcG devem ser medidos semanalmente até negativar
- Se houver uma queda menor que 15% ou um aumento, uma segunda dose de MTX 50mg/m² deve ser administrada.
- Se não houver queda BhcG de 15% ou mais a partir da segunda dose, o tratamento cirúrgico deve ser considerado

7.2. PARA AS MULHERES SUBMETIDA A CONDUTA EXPECTANTE

Dosar o BhcG semanalmente até negativas. Se os níveis estabilizarem ou aumentarem, considerem a possibilidade do tratamento com metotrexato.

7.3. PARA AS MULHERES SUBMETIDAS A SALPINGOSTOMIA

- Dosar BhcG 1 semana após a cirurgia e semanalmente até negativar; se nível menor que 5% do pré-operatório indica resolução completa; nível maior que 5% do pré-operatório ou estáveis necessita de metotrexato adjuvante em dose única.
- Os níveis de Bhcg negativam em geral em 2-4 semanas, mas podem negativar em até 8 semanas.

8. PROFILAXIA COM IMUNOGLOBULINA ANTI D

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 9/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

Administrar imunoglobulina antiD 50mcg via intramuscular para todas as gestantes Rh negativas que foram submetidas a remoção cirúrgica da gestação ectópica, ou para aquelas com sangramento vaginal ou dor abdominal.

Na falta da posologia de 50mcg, administrar 300mcg.

9. INDICADORES

- Necessidade de cirurgia de emergência
- Instabilidade hemodinâmica
- Necessidade de tratamento cirúrgico
- Falha do tratamento medicamentoso ou da conduta expectante.

10. GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO	CATEGORIA	PRÁTICAS DE CONTROLE	AÇÕES FRENTE AO EVENTO
Administrar MTX em pacientes com contraindicações absolutas ao medicamento	Assistencial	Checar se paciente possui alguma contraindicação antes da administração do medicamento	Observação rigorosa de possíveis efeitos colaterais e seguimento da paciente.
Não administrar imunoglobulina profilática em pacientes Rh negativas	Assistencial	Solicitar GS e Fator Rh para todas as pacientes	Tentar entrar em contato com a paciente via telefone ou email.

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 23/07/2024
		Ult. Revisão: NA
		Vencimento: 23/07/2026
		Versão: 01
		Nº Páginas: 10/10
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	GRAVIDEZ ECTÓPICA HPD-MATER-POP-10	

11. REGISTROS

Prontuários Médicos.

12. SIGLAS

- BhcG - Fração Beta da Gonadotrofina Coriônica Humana
- Mtx - Metotrexato
- IM - Intramuscular
- D - Dia
- TGO - Transaminase Glutâmico Oxaloacética
- TGP - Transaminase Glutâmico Pirúvica
- DHL - Desidrogenase Láctica
- GGT - Gama GT
- FA - Fosfatase Alcalina

13. REFERÊNCIAS

ACOG, Practice Bulletin, Number 193, March 2018, Tubal Ectopic Pregnancy
 RCOG/AEPU Green-top Guideline No. 21, November 2016, Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy
 Nice Guidelines, November 2016, Management of ectopic pregnancy.

14. ANEXOS

Não se aplica.

15. QUADRO RECAPTULATIVO

Descrição da Revisão	Revisão	Data
Emissão inicial	01	20/01/2023

Elaboração e Revisão: Dra. Patrícia Carvalho Coordenação UTI Neonatal	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	--	---