

# SAF

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE REUMATOLOGIA

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:  
Comissão de Vasculopatias

ILUSTRAÇÃO DA CAPA:  
Gilvan Nunes

EDITORAÇÃO:  
Rian Narcizo Mariano

PRODUÇÃO:  
[www.lettracapital.com.br](http://www.lettracapital.com.br)



Copyright©SBR- Comissão de Vasculopatias , 2011  
O conteúdo desta cartilha pode ser reproduzido  
desde que citada a fonte.

# **Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAF)**

Cartilha para pacientes





# Índice

O que é SAF? .....	4
Quais as causas da SAF?.....	4
Quais são os sintomas? .....	5
Como a SAF é diagnosticada e classificada? .....	6
Como evitar a SAF?.....	6
Como é o tratamento? .....	7
Qual a importância do tratamento? .....	7
Quais são os medicamentos que alteram a ação dos anticoagulantes? .....	8
Quais os cuidados que o paciente deve ter com a alimentação durante o tratamento? .....	9
Quais os cuidados ao fazer uma cirurgia durante o tratamento?.....	9
Quais são os cuidados que o paciente deve ter com sangramentos durante o tratamento?.....	10
Quais os riscos de uma gestação em pacientes com SAF?.....	10
Quais são os riscos para as gestantes que usam os medicamentos para tratar a SAF? .....	11
Como é o tratamento das gestantes com SAF?.....	11
É necessário fazer exames para monitorar o efeito das heparinas durante o tratamento? .....	12

## **1. O que é SAF?**

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAF), ou síndrome de Hughes, é uma doença crônica em que o organismo passa a produzir anticorpos que afetam a coagulação sanguínea, levando à formação de coágulos que acabam obstruindo a passagem de sangue nas veias e artérias, que é a chamada trombose. É uma causa importante para a ocorrência de trombofilia adquirida em homens e mulheres de qualquer idade, e de abortos repetidos. Trombofilia quer dizer tendência a ter eventos trombóticos (obstruções nos vasos sanguíneos). Trombofilias adquiridas são aquelas nas quais não há um marcador genético (polimorfismos dos genes da MTHFR, fator V e fator II são os principais) conhecido. Trombofilias congênitas são aquelas nas quais há um ou mais marcadores genéticos conhecidos.

## **2. Quais as causas da SAF?**

Não se conhece o mecanismo que leva à produção dos autoanticorpos que interferem no sistema da coagulação. Existem os chamados “fatores desencadeantes” que podem agir como gatilhos para a eclosão da SAF, em indivíduos predispostos (que têm um ou mais tipos de anticorpos antifosfolípídeos circulando no sangue) ou novos eventos trombóticos em indivíduos que já tiveram trombose no passado relacionada à SAF. Os mais conhecidos são

intervenções cirúrgicas, infecções graves (que requerem internação e antibiótico venoso), gestação, e no caso dos pacientes que já vinham sendo tratados para SAF, falhas do acompanhamento das dosagens do INR, ou suspensão do uso de anticoagulante.

### **3. Quais são os sintomas?**

As manifestações clínicas são diversas e variam de acordo com o local do vaso acometido. O baixo número de plaquetas (trombocitopenia) pode ser a primeira manifestação da SAF. Os sinais e sintomas da SAF variam desde manchas esparsas na pele que aumentam no frio (livedo), tromboflebite (oclusão de vasos sanguíneos superficiais), insuficiência cardíaca, microtrombose disseminada (trombos de vasos de pequeno calibre por todo o organismo) até outras formas mais graves de doença. A trombose venosa profunda é, na maioria dos centros, a consequência mais comum da SAF. O sistema arterial quando acometido, tem a circulação cerebral como o principal alvo. Algumas pacientes só apresentam a SAF durante a gestação com perdas fetais de repetição (ou outras manifestações gestacionais); nesses casos, a trombose ocorre na placenta.

## **4. Como a SAF é diagnosticada e classificada?**

A suspeita do diagnóstico de SAF é embasada na presença de um evento trombótico em pessoas sem riscos importantes como diabetes e aterosclerose. O diagnóstico (mais amplo) difere da classificação (mais restrita); essa última foi planejada por um grupo de experts no assunto para que se façam estudos científicos e que somente sejam incluídos os pacientes com SAF, sem confundir com outras entidades, o que depende da associação de critérios clínicos como trombose de artérias ou veias e eventos obstétricos, e laboratoriais com anticorpos antifosfolídeos (aPL) que podem ser de três tipos principais: anticardiolipina, anti beta-2 glicoproteína I (valorizados somente quando em títulos moderados ou altos) e lúpus anticoagulante, todos de forma persistente ao longo do tempo.

## **5. Como evitar a SAF?**

A SAF não tem como ser evitada, mas podem-se evitar as suas consequências combatendo os fatores de risco para os eventos trombóticos, cujo peso é ainda maior nas pessoas que têm SAF. Os principais fatores de risco são: fumo, obesidade, vida sedentária, níveis elevados de colesterol e triglicerídeos, o uso de hormônios (principalmente estrógenos)



e certas drogas (como a clorpromazina, usada pelos neurologistas e psiquiatras para várias condições), devendo, portanto ser evitados.

## **6. Como é o tratamento?**

A SAF não tem cura, mas o paciente pode evitar os eventos trombóticos evitando ou corrigindo os fatores de risco para trombooses (citados acima) e usando uma terapia com anticoagulante oral para o resto da vida. Este consiste no uso de inibidores da vitamina K como os cumarínicos/varfarina. O tratamento deve ser monitorado por meio de exames de sangue periódicos. No chamado tempo de atividade de protrombina (TAP), o valor do índice internacional de normalização (INR) deve estar de acordo com a recomendação do seu reumatologista.

## **7. Qual a importância do tratamento?**

A SAF é reconhecida atualmente como a trombofilia adquirida mais comum. Para pacientes que já apresentaram evento trombótico arterial ou venoso, bem como pré-eclâmpsia (aumento da pressão arterial com edema e perda de proteína na urina) e/ou perdas fetais de repetição, o risco de isto ocorrer novamente é alta. A SAF é uma doença crônica e para evitar as consequências, que podem ser graves,

irreversíveis ou até mesmo fatais, requer-se uma boa adesão ao tratamento. Os pacientes devem ser esclarecidos sobre a conduta geral e o regime terapêutico adotado para prevenir perdas fetais e a morbidade por eventos trombóticos.

## **8. Quais são os medicamentos que alteram a ação dos anticoagulantes?**

Inúmeras substâncias podem alterar a ação dos anticoagulantes orais, reduzindo sua ação e aumentando o risco de um evento trombótico ou aumentando a sua atividade e elevando o risco de sangramento. Neste último grupo, destacam-se a aspirina e os demais antiinflamatórios não-hormonais, que devem ser evitados. Aparentemente o celecoxibe (antiinflamatório) e a dipirona (analgésico) interferem menos do que o paracetamol na anticoagulação oral e podem ser usados com maior segurança, mas de qualquer forma exigem acompanhamento laboratorial pelo médico assistente. A lista de medicamentos que podem interferir na ação dos anticoagulantes orais é extensa. Consulte sempre o médico antes de fazer uso de qualquer medicação. Você poderá usar o medicamento que for indicado, desde que haja um controle rigoroso da sua interferência com a anticoagulação oral.

## **9. Quais os cuidados que o paciente deve ter com a alimentação durante o tratamento?**

A ação do anticoagulante oral se dá por meio da inibição da vitamina K. O tratamento atual ideal visa a manter o valor do INR (que mede a atividade da medicação anticoagulante oral) estável e evitar oscilações. Com isso é importante atentar para a dieta. Recomenda-se que o indivíduo consuma quantidades diárias fixas de alimentos ricos em vitamina K. As principais fontes de vitamina K são os laticínios e as folhas verdes escuras.

## **10. Quais os cuidados ao fazer uma cirurgia durante o tratamento?**

O paciente em uso de anticoagulante oral deve avisar a todo profissional da saúde com quem for se consultar. No caso de um procedimento cirúrgico ou dentário (extração), pode ser necessário o uso de plasma, para impedir sangramento ou anticoagulação com heparina (na suspensão da anticoagulação oral). Portanto, o médico assistente que acompanha a anticoagulação deve ser avisado.

## **11. Quais são os cuidados que o paciente deve ter com sangramentos durante o tratamento?**

O paciente deve ser alertado sobre os fatos corriqueiros que podem elevar o risco de sangramento se o INR estiver maior do que 6,0; o que pode ocorrer se houver falha da monitoração da dose do anticoagulante oral. O paciente deve evitar exposição a riscos de cortes e lesões por acidentes. Recomendamos o uso de gelo e compressão e, quando possível, elevação do local cortado. Em caso de hemorragia, a equipe médica deve ser imediatamente consultada. O uso de plasma fresco é preferível ao de vitamina K para reversão da anticoagulação, quando se faz necessário.

## **12. Quais os riscos de uma gestação em pacientes com SAF?**

Com o tratamento adequado, o risco de aborto cai para menos de 20%. Em pacientes que já tiveram aborto prévio, o risco de aborto em uma próxima gestação não tratada é de cerca de 80%. Além de abortamentos no início da gestação e perdas fetais (no segundo e terceiro trimestre de gestação), a SAF está relacionada a crescimento intrauterino restrito, oligohidrâmnia (diminuição do volume do líquido amniótico), baixo peso fetal e insuficiência placentária.

### **13. Quais são os riscos para as gestantes que usam os medicamentos para tratar a SAF?**

Durante a gravidez, os medicamentos utilizados para tratamento da SAF (AAS e heparinas) não apresentam risco para a gestante ou para o feto. Após o nascimento, também não há problemas com esses medicamentos durante o aleitamento materno. Os anticoagulantes orais inibidores da vitamina K podem induzir malformações congênitas quando utilizados no início da gestação, mas podem ser usados com segurança depois da 14.<sup>a</sup> semana, desde que controlados pela equipe médica. Esse é apenas um dos motivos pelos quais a gestação de pacientes com SAF deve ser programada e detectada logo nas primeiras semanas. Recomendamos que quando há o atraso menstrual se faça o exame de sangue para diagnóstico da gravidez. Para que se troque a anticoagulação oral pela via subcutânea.

### **14. Como é o tratamento das gestantes com SAF?**

O tratamento da gestante com SAF difere. Utiliza-se a heparina não fracionada e de baixo peso molecular associada ao AAS infantil nas pacientes que vinham em uso de anticoagulação oral para SAF arterial ou venosa. Para pacientes com SAF obstétrica pode ser usada somente

a aspirina em baixa dose ou o esquema acima de acordo com a indicação individual. Durante o uso prolongado de heparina, especialmente na gestação, é importante usar suplemento de cálcio e vitamina D, tomar sol três vezes por semana durante 15 minutos e fazer atividade física (ex: caminhada, Tai chi, Yoga) para evitar a ocorrência de osteopenia (diminuição da densidade mineral dos ossos). Mesmo com uma dieta adequada, é importante atentar para a suplementação destes elementos; os níveis de vitamina D (25 OH vitamina D3) podem ser monitorados por testes sanguíneos, e ajustados de acordo com a necessidade de cada um(a).

## **15. É necessário fazer exames para monitorar o efeito das heparinas durante tratamento?**

Não se tem monitorado os níveis de antiFator Xa em usuárias de heparinas de baixo peso molecular (enoxaparina, dalteparina ou fraxiparina) durante a gravidez. Alguns médicos recomendam, porém as evidências mostram que a utilização da dose plena de heparina apresenta bons resultados, não sendo necessário realizar exames. Já quando se utiliza a heparina não-fracionada, é importante ter o valor do tempo de protrombina antes do tratamento e ajustar a dose das injeções de acordo com os resultados subsequentes durante a gravidez.



**Sociedade Brasileira de Reumatologia**

[www. reumatologia.org.br](http://www.reumatologia.org.br)

Av. Brigadeiro Luis Antonio, 2.466 gr. 93-94

CEP 01402-000 – São Paulo – SP

Fone/fax: 55 11 3289 7165