

# Ambulatório de Infertilidade

**Característica:** Atendimento multidisciplinar. Consulta básica pelo ginecologista e colaboração do andrologista, psicólogo e nutricionista.

## 1. Crterios para admissão

1.1 Pacientes que, apresentando vida sexual ativa durante um ano, sem uso de métodos anticoncepcionais, não engravidaram, mesmo com referência a gestações anteriores ou abortamentos à repetição. Limita-se a idade feminina aos 35 anos.

1.2 O tratamento é do casal, o que implica na participação do marido ou companheiro na investigação e no tratamento.

## 2. Anamnese dirigida

### 2.1. Anamnese pessoal

Exames e tratamentos realizados anteriormente. Tipo de trabalho, viroses na infância, febres não identificadas, tuberculose, asma, problemas pulmonares, uso de drogas, operações prévias, infecções pélvicas, acidentes, diabetes, anomalias congênitas, transfusões de sangue, traumatismo cranioencefálico, doenças de transmissão sexual, consumo de álcool e tabagismo.

### 2.2. História familiar

Caso de tuberculose na família, câncer, hipertensão arterial, diabetes.

História de crianças com mongolismo, malformações, hemofilia e outras síndromes e alterações cromossômicas.

2.3. História matrimonial. Início da vida sexual, outros casamentos do cônjuge, prole, filhos com outros parceiros, conflitos conjugais, tipo de coito (frequência e alteração), tipo de anticoncepção (quando iniciou e por quanto tempo usou e quando deixou de usá-lo).

2.4. História fisiológica. Idade da menarca, telarca e pubarca. Tipo de ciclo menstrual (quantidade, número de dias do fluxo, intervalo etc.)

Repercussões sistêmicas da menstruação.

2.5. História obstétrica. Número e época das gestações anteriores e tipos de parto. Número de fetos à termo e respectivo peso. Presença de malformações. Abortamentos (época, se espontâneos ou provocados, com ou sem procedimento cirúrgico)

### 3. Exame físico

3.1 Ectoscopia: Biotipo, distribuição de pelos e de gordura, exoftalmia, macroglossia, peso, altura.

3.2 Mamas: no exame verificar presença de cicatrizes. Investigar lactações passadas, cirurgias prévias, hormonioterapia, galactorréia e descarga papilar.

3.3. Exame abdominal: Verificar cicatrizes e tipo de pilificação.  
Palpação e percussão.

3.4. Exame dos órgãos genitais externos: Inspeção da vulva e da vagina. Verificar o trofismo, presença de hipertrofia do clitóris e anomalias vaginais. Expressão da uretra, glândulas vestibulares e distopias. Inspeção do ânus.

3.5. Exame ao espelho: fluxo vaginal, muco cervical, conformação do orifício. Assinalar a quantidade e cor do muco cervical.

No caso de suspeita de insuficiência istmo- cervical, realizar a prova da passagem da vela de Hegar até número 9 pelo canal cervical sem anestesia. Observar a amplitude do lago seminal (fundo de saco posterior).

3.6. Toque bimanual: Vaginismo, presença de nódulos nos fundos de saco vaginal, verificar volume, superfície, consistência e sensibilidade uterina; existência de massas pélvicas e sensibilidade e volume dos anexos uterinos.

3.7. Toque retal. Avaliar septo retro-vaginal, face posterior do útero e ligamento útero sacro.

### 4. Exames complementares de rotina

1. Citopatologia - citologia de fase e corada.

2. Exames de laboratório que podem ser solicitados:

2.1. Sangue - hemograma completo

grupo sangüíneo e o fator RH

reação sorológica para lues

Anti-HIV – I e II

Glicemia

3. Exames a serem pedidos à critério clínico:

3.1. Solicitar a intradermoreação à tuberculina (PPD); nos casos suspeitos de tuberculose.

3.2. Pesquisa das zoonoses (associada à história de abortamentos à repetição)

A) Toxoplasmose - reação de soro aglutinação e imunofluorescência.

1. determinação da imunoglobulina IgG e IGM

B) Brucelose

1- intradermoreação

2- soroaglutinação

C) Listeriose

1- soroaglutinação

3.3. Avaliação tireoideana, quando história for sugestiva.

3.4. Avaliação androgênica, quando a paciente apresentar clínica de hiperandrogenismo.

# **Fatores de Infertilidade**

## **Estudo do fator cervical**

- Realizar a observação do muco cervical na primeira e segunda fases do ciclo menstrual para estudo comparativo. Observar a quantidade, filância, cristalização, determinação do pH e presença de células. Havendo suspeita de infecção, colher material para citologia ou cultura específica.
- Realização da prova do pós-coito (Sims-Hühner )  
Período - peri-ovulatório. Abstinência de quatro dias.

### **Realização da prova:**

3/6 horas após o coito; com as devidas orientações à paciente. De modo geral, a prova é boa quando são encontrados dez espermatozoides com boa vitalidade.

Preencher a folha específica do exame.

## **Estudo do fator uterino**

- a) Ultra-sonografia
- b) Histerossalpingografia entre o 10<sup>o</sup> e o 12<sup>o</sup> dias do ciclo menstrual.
- c) Histeroscopia. Poderão ser evidenciados. tumores, pólipos, malformações congênitas, sinéquias, septos, etc.

## **Estudo do fator tubário**

- a) Histerossalpingografia na 1<sup>a</sup> fase do ciclo.
- b) Laparoscopia, associada à cromotubagem. Verificação da permeabilidade tubária, sua situação, presença de aderências, focos de endometriose, etc. A laparoscopia é método que melhor estuda o fator peritoneal.

## **Estudo do fator ovariano**

Realizar a biópsia do endométrio entre o 21<sup>o</sup> e 24<sup>o</sup> dias do ciclo para diagnóstico da ovulação. A progesterona plasmática poderá ser também solicitada na segunda fase do ciclo. (21<sup>o</sup> dia).

A ultra-sonografia é utilizada para acompanhar o crescimento folicular e a ovulação.

Nos casos de amenorréia, excluída gravidez, pratica-se em primeiro lugar, o teste do progestogênio, 10 mg de medroxiprogesterona, diariamente, por via oral durante sete dias (70mg no total).

Para esclarecimento de distúrbios ovarianos algumas dosagens hormonais plasmáticas serão empregadas tais como: hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH) e prolactina (PRL)

## **Estudo do fator masculino**

Quando houver alteração no espermograma ou qualquer dúvida em relação ao fator masculino, encaminha-se o paciente ao andrologista que, após exame físico, interpretação do espermograma ou realização de outras provas, emitirá laudo médico. No caso de tratamento especializado, o ginecologista será informado das etapas terapêuticas.

### **Estudo do fator psicológico**

1. Trabalho do grupo de sala de espera. Estabelece-se que todas as pacientes matriculadas no ambulatório serão entrevistadas, de modo genérico, pelas psicólogas antes da consulta.

2. Entrevista individual: Indicada quando a paciente solicitar ou quando o médico ou a psicóloga julgarem necessária.

Obs: Serão entrevistadas em cada semana apenas quatro pacientes.

De acordo com o resultado da entrevista, a psicóloga indicará o tipo de acompanhamento que a paciente deverá ter e, caso necessário, o respectivo tratamento.

### **Estudo do fator imunológico**

1. Pesquisar somente após exclusão de causas orgânicas de outros fatores de infertilidade.

2. Após teste pós-coito deficiente (hipomotilidade, imobilidade dos espermatozoides, oligo ou azoospermia).

A- No soro

A-1 Antígenos superficiais - aglutinação - cabeça a cabeça

- Franklin-Dukes e Friberg

- Cauda a cauda

- Friberg

- imobilização-Isojima

A-2 Antígenos sub-superficiais-B1- Imunofluorescência

B - No trato genital

aglutinação

a) Muco cervical

imunofluorescência

b) Plasma seminal - os testes sorológicos espelham, na maioria dos casos, o padrão local.

Hostilidade cruzada – muco + sêmen

## Estudo do fator genético

A avaliação genética é recomendada em pacientes que apresentaram malformações fetais e abortamentos à repetição.

## **Reprodução Assistida**

Tempo de infertilidade – 1 ano de coito descoberto até 35 anos e 6 meses a partir de 37 anos

### Propedêutica:

- Espermograma com morfologia estrita ou OMS – repetir com 30 dias se alterado
- Dosagem de prolactina e tsh
- Histerosalpingografia
- Ultra som endovaginal
- Mulheres com > 37 anos ou ciclos irregulares, dosagem de FSH e estradiol no 2º /3º dia do ciclo.
- Histeroscopia antes de iniciar o tratamento

Indicações para tratamento com técnicas de reprodução assistida

- Obstrução tubárea bilateral (mulheres <30anos, avaliar possibilidade de cirurgia com videolaparoscopia)
- Mulheres com idade >37 anos
- Mais de 4 anos de infertilidade sem causa aparente
- Fator masculino moderado e grave
- Insucesso em 3 ciclos de indução da ovulação e coito programado
- Insucesso em 3 ciclos de indução da ovulação e inseminação intra-uterina
- Ligadura tubárea ou vasectomia há mais de 5 anos ou em mulheres >35 anos

### PROTOCOLOS DE INDUÇÃO DA OVULAÇÃO PARA FIV / ICSI

- ✓ Análogos do GnRH de depósito no 2º ou 21º dia do ciclo
- ✓ Ultra som e dosagem de estradiol 10 dias após para confirmação do bloqueio
- ✓ Início do FSHr ao confirmar o bloqueio. A dose é administrada de acordo com a idade da paciente.
- <30anos inicia com 150UI por 4 dias.
- 30 a 35 anos 225UI por 4 dias.
- 35 a 38 anos, 300 UI por 4 dias.
- 38 a 40 anos 375UI por 4 dias.
- >40 anos 450 UI por 4 dias. A partir daí a dose é ajustada de acordo com a idade da paciente.

Mulheres com 40 anos em diante, não utilizam análogos do GnRH mas antagonistas, que serão iniciados quando os folículos atingirem 14 mm.

Quando os folículos atingem 17 mm, aplicamos hCG.  
A punção é realizada 36 horas após o hCG.