

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TEMÁTICA DE SAÚDE DA MULHER

PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-Rh

A Isoimunização é uma alteração imunológica caracterizada pela incompatibilidade sanguínea materno-fetal.

Cerca de 98% dos casos de isoimunização são decorrentes da incompatibilidade ao fator Rh (antígeno D), que além de mais freqüente é muito mais grave podendo levar a hidropisia e morte fetal. É decorrente da produção de anticorpos anti-Rh em mulher Rh negativo (Rh-) pela transfusão de sangue Rh positivo (Rh+).

Embora rara nos dias de hoje (principalmente em países desenvolvidos) é possível nas seguintes situações:

- Transfusão sanguínea incompatível
- Hemorragia materno-fetal decorrente da falha da profilaxia em mãe Rh(-) e feto Rh(+). É mais comum no parto mas pode ocorrer também em casos de aborto espontâneo ou induzido, neoplasia gestacional, hemorragia da segunda metade da gestação, gravidez ectópica e procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese)
- Paciente usuária de drogas ilícitas injetáveis.

A sua incidência situa-se entre 1 e 10% das gestações de mulheres Rh(-). A probabilidade de ocorrência é maior em múltiparas e tende a aumentar quando a utilização da imunoglobulina anti-Rh não for adequadamente utilizada na prevenção da doença. Existe um risco de sensibilização durante a primeira gravidez em mulher Rh(-) com feto Rh(+) que gira em torno de 0,8% (0,3 a 5,6%).

PROTOCOLO SUGERIDO NO CUIDADO DA ISOIMUNIZAÇÃO Rh.

É de fundamental importância que o diagnóstico da incompatibilidade sanguínea se antecipe à instalação da Doença Hemolítica Peri-natal. Desta forma, os cuidados devem ser tomados em fases o mais precoce possível.

- Na fase pré-gestacional e durante o pré-natal precoce a mulher deve realizar a tipagem sanguínea com determinação do fator Rh e Du.
- Na mulher Rh(-) é fundamental a realização da tipagem sanguínea, Rh e Du, do parceiro.
- Na vigência de parceiro com Rh(+) a gestante deverá realizar mensalmente a partir da 16ª semana de gestação a pesquisa de anticorpos anti-Rh no sangue sangue periférico (Teste de Coombs Indireto).
- Quando o Teste de Coombs Indireto (CI) resultar negativo ou certamente o parceiro for Rh(-) Du(-), a gravidez deverá cursar com pré-natal normal.
- Pensando na rara possibilidade de sensibilização durante a gestação, recomenda-se, preventivamente, na 28ª semana da gravidez a realização de imunoglobulina anti-D, 250 a 300 mcg, intramuscular.

- Sendo o Teste de Coombs Indireto negativo até o final gestação, deverá ser realizado no momento do parto, após o nascimento, a pesquisa de anticorpos anti-Rh no sangue fetal (Teste de Coombs Direto).
- Quando o recém nascido for Rh(+) Du(+) e o Teste de Coombs Direto forem negativo, a gestante deverá receber 250 a 300mcg de imunoglobulina anti-D, intramuscular, até 72 hs. após o parto. Se o recém nascido for Rh(-) Du(-) não haverá necessidade da imunoglobulina.
 - Nos casos de ameaça de abortamento, aborto de primeiro trimestre, gravidez ectópica e moléstia trofoblástica gestacional administrar 50 mcg, IM.
 - Nos casos de abortamento tardio administrar 250 a 300 mcg de imunoglobulina anti-D, intramuscular.
 - Nos procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese) administrar 250 a 300 mcg de imunoglobulina anti-D, IM
 - Nos casos de hemorragia de 2º e 3º trimestre administrar 250 a 300 mcg de imunoglobulina anti-D, IM e repetir após 12 semanas.
 - Doses adicionais de imunoglobulina anti-D podem ser necessárias na gestação gemelar, na doença trofoblástica gestacional e na transfusão feto materna maciça.
 - No caso de transfusão sanguínea incompatível deve-se administrar 250 a 300 mcg de imunoglobulina anti-D para cada 30 ml de sangue total ou cada 15 ml de concentrado de hemáceas, aplicando 1.200 mcg, IM, a cada 12 hs. até neutralizar todo o volume transfundido.
- Quando o Teste de Coombs Indireto for positivo, com títulos maior ou igual a 1/8, ou antecedentes obstétricos desfavoráveis (mal passado obstétrico – prematuridade - natimortalidade – hidropisia – exsanguineo transfusão – transfusão intra uterina) o seguimento deverá ser realizado em pré-natal de alto risco através do estudo espectrofotométrico do líquido amniótico para avaliação do grau de hemólise fetal.