

*Atualizado em 08/2019*

### **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 frequente 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 Perinatal. 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; Rh(-) e Du(-) caracteriza o indivíduo como RH negativo; Rh(-) e Du(+) ou fraco, o indivíduo deverá ser acompanhado como se fosse RH positivo;
- Na mulher Rh(-) é fundamental que seja solicitado o coombs indireto(CI) que avalia a presença de anticorpos irregulares, devendo também ser solicitada a tipagem sanguínea, Rh e Du, do parceiro;
- Quando o parceiro for Rh(-) e o CI for negativo, a gravidez deverá cursar com pré-natal normal;
- Quando o parceiro for Rh(+) ou desconhecido e o CI for negativo, a conduta é repetir a pesquisa de anticorpos irregulares(CI) por volta de 27 semanas, antes da administração da imunoglobulina anti-D;

- Caso não ocorra administração da imunoglobulina anti-D, repetir o CI no terceiro trimestre;
- Quando há história de sangramento sem administração da imunoglobulina, o CI deve ser solicitado mensalmente, independentemente do período da gestação, visto que pode ter ocorrido sensibilização;
- 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;
- Após a administração da imunoglobulina anti-D *não é* recomendado realizar novamente a pesquisa de anticorpos anti-D, pois a imunoglobulina administrada poderá ser detectada no sangue materno ainda por período que varia de seis a 12 semanas;
- 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;
- Na gestante RH negativo que permaneceu não sensibilizada na gestação, deverá ser realizado no momento do parto, após o nascimento, tipagem ABO-Rh e Du com pesquisa de anticorpos anti-Rh no sangue fetal (Teste de Coombs Direto);
- Quando o recém nascido for Rh(+) Du(+), 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;
- Administrar imunoglobulina anti-D para todas as pacientes Rh (-) com parceiro Rh (+) ou status não conhecido, em casos de abortamento, gravidez ectópica e moléstia trofoblástica gestacional;
- 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 hemácias, aplicando 1.200 mcg, IM, a cada 12 hs. até neutralizar todo o volume transfundido.