



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL (PET-FARMÁCIA)

CONSULTORIA ACADÊMICA- DISCIPLINA: Embriologia

Bolsista: Letícia Augusta Schmidt da Costa Miranda – graduanda do 4º período

Orientada por: Profa. Dra. Vivyanne dos Santos Falcão Silva

Doença hemolítica perinatal

1. Introdução

A doença hemolítica perinatal mais conhecida como eritroblastose fetal consiste na incompatibilidade sanguínea entre mãe e feto. Essa incompatibilidade está relacionada ao sistema Rhesus (Rh) formado por diversas proteínas dentre elas o antígeno D, sendo esse o responsável por caracterizar os indivíduos em Rh positivo, quando o antígeno D for presente, e Rh negativo quando for ausente. Dessa forma, a eritroblastose fetal é causada quando a mãe, Rh negativo, quando sensibilizada produz anticorpos contra o feto Rh positivo (PACHECO, 2013).

Os casos da doença hemolítica perinatal já se configuraram como uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, entretanto o acometimento por essa doença sofreu regresso devido o advento da imunoglobulina anti-Rh (Rhogam) utilizada como método de prevenção disponibilizado pelo SUS. Todavia, dados epidemiológicos sugerem que mesmo com a disponibilidade do anti-Rh (Rhogam), os índices ainda são relativamente altos. Segundo o Sistema de Informação de Nascido Vivos (SISNAC), no Brasil cerca de 5 crianças a cada 1000 nascidos vivos são acometidas pela eritroblastose fetal, resultando no ano

de 2014 em 2.979.259 casos. Além disso, a literatura retrata a falta de notificação pelos setores públicos o que sugere uma subnotificação impedindo a real análise da situação dessa doença no país (ROCHA, NOBRE, FERNANDES, 2016).

2. Fisiopatologia

O quadro fisiopatológico da doença hemolítica perinatal é resultado de uma reação de hipersensibilidade do tipo II, mediada por anticorpos IgG e IgM. O processo inicia com a sensibilização materna a partir da exposição das células sanguíneas do feto, que pode ocorrer durante a gestação, com menor representatividade, e na maioria dos casos após o parto devido à grande troca de sangue. Isso justifica a maior incidência dos casos na segunda gestação pois, caso o segundo feto apresente o grupo Rh positivo, o organismo materno já possuirá anticorpos para esse antígeno em decorrência da exposição prévia na primeira gestação (PACHECO, 2013).

Após a exposição do Rh positivo são produzidos IgM, imunoglobulina que não atravessa a barreira placentária e IgG que consegue atravessar a barreira. A partir da 12ª semana de gestação ocorre a passagem dos anticorpos IgG através da barreira placentária que realizam a opsonização das hemácias fetais desencadeando o processo de hemólise com auxílio das células de defesa do organismo. Com isso, o feto desenvolve um quadro grave de anemia acompanhado na maioria das vezes pela doença Kernicterus devido ao acúmulo excessivo de bilirrubina, oriunda da metabolização do grupo heme presente nas hemácias. Além disso, hepatoesplenomegalia, insuficiência cardíaca congênita e hidropisia fetal são quadros que podem se desenvolver na criança, incluindo o óbito (SILVA, SILVA, MELO, 2016; PACHECO, 2013).

3. Diagnóstico

O método que gera menor risco e evita processos invasivos para as grávidas é a determinação do tipo sanguíneo (ABO e Rh) podendo ser realizado antes da gestação e durante o pré-natal. Associado a isso, a utilização do teste de Coombs Indireto, determinação de anticorpos irregulares, deve ser realizada no início do pré-natal, associado a tiragem do pai (SILVA, SILVA, MELO, 2016).

Outra estratégia para o diagnóstico é a realização da pesquisa de anticorpos antieritrocitários na 28ª semana de gestação. Métodos mais invasivos como amniocentese e biópsia de vilos coriais são evitados devido ao risco à gestação, sendo esses reservados para casos de risco elevado de doença hemolítica perinatal (SILVA, SILVA, MELO, 2016).

4. Tratamento

O tratamento pode ser dividido em profilático, durante o período gestacional e posterior ao nascimento da criança. O primeiro consiste na aplicação do anti-Rh em gestantes diagnosticadas com Rh positivo e que não possuem anticorpos para Rh negativo, teste de Coombs negativo. Essas mães devem receber uma dose de 250µg de imunoglobulina anti-Rh aplicada pela via intramuscular na 28ª semana de gestação. Em ocasiões em que seja comprovado que o bebê possui Rh negativo a mãe deve receber outra dose de anti-Rh, no máximo até 72 horas após o parto (ROCHA, NOBRE, FERNANDES, 2016).

Em casos onde o quadro de eritroblastose se instaure durante a gestação é realizado o tratamento intrauterino, no qual é realizada a transfusão intrauterina com o objetivo de minimizar as condições de anemia do feto. No terceiro caso a fototerapia e a exsanguineotransfusão são as formas de tratamento. A fototerapia é a técnica utilizada para a eliminação da bilirrubina, uma vez que a exposição do sol converte a forma dextrógira dessa molécula em forma levógira o que permite sua eliminação, já exsanguineotransfusão consiste na troca do Rh do feto de positivo para negativo até o quarto mês de vida da criança (ROCHA, NOBRE, FERNANDES, 2016).

5. Conclusão

Dessa forma, é possível inferir que a doença hemolítica perinatal se configura como uma forma grave de enfermidade fetal, mas que com os cuidados do corpo multidisciplinar da saúde pode ser facilmente evitada se o acompanhamento do pré-natal for executado de forma adequada de modo a garantir uma gestação segura para ambos.

Referências:

PACHECO, Cynthia Amaral Moura Sá. **DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL RhD: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.** 2013. Dissertação de Doutorado apresentada com pré-requisito para obtenção do Título de Doutor na Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ROCHA, D. C. B., NOBRE, H. P. S., FERNANDES, P. L. C. **OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL.** Anais do simpósio de TCC do ICESP. v. 2, p. 1560-565, 2016.

SILVA, M. L. A., SILVA, J. O. R., MELO, H. C. S. ERITROBLASTOSE FETAL: diagnóstico e aspectos imunológicos. **Revista Acadêmica Multidisciplinar da Faculdade Cidade de João Pinheiro**, Minas Gerais, v. 4, jan/dez/ 2016.