|  |
| --- |
| **Objetivo** |

Padronizar como será o processo para indicação e administração de imunoglobulina anti-D no HMSH

|  |
| --- |
| **Executantes** |

Médicos e enfermeiros

|  |
| --- |
| **Materiais / Documentos necessários** |

TCLE para administração de Imunoglobulina Anti-D

|  |
| --- |
| 1. **O QUE É A IMUNOGLOBULINA ANTI-D? (RophylacR /MatherganR)**
 |
|  As imunoglobulinas, como a imunoglobulina humana anti-D (Rophylac ou Mathergan) são anticorpos prontos, preparados em laboratório. Resumindo: a imunoglobulina é a defesa já pronta. A imunoglobulina anti-D é um anticorpo pronto, que é indicada em situações onde o médico pretende evitar a aloimunização (uma patologia onde os anticorpos que a mãe produzir irão afetar o feto ainda nesta gestação ou gestações posteriores). É altamente eficaz em proteger o feto ou o bebê na próxima gestação, com redução da mortalidade nos bebês em mais de 83%.  |
| 1. **QUAL O MECANISMO DE AÇÃO DA IMUNOGLOBULINA ANTI-D?**
 |
|  No caso de gestantes com tipo de sangue Rh (D) negativo que possam ter entrado em contato com sangue Rh (D) positivo, de forma a evitar que o organismo da gestante ou puérpera passe a combater agressivamente no caso de uma nova exposição do sangue materno a hemáceas Rh (D) positiva (protegendo o feto quando está intra-útero e no caso de ser aplicada após o parto, irá proteger o feto de ser atacado em uma nova gestação). A administração da imunoglobulina anti-D deve ser realizada nas gestantes com Rh negativo, não sensibilizadas (Coombs indireto negativo), se classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida, nas seguintes situações: na 28ª semana de gestação (considerar sua utilização até a 34ª semana se for ultrapassada a época preconizada) ou no puerpério, quando o recém-nascido for Rh positivo. |
| 1. **QUAIS AS PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA USO DA IMUNOGLOBULINA ANTI-D?**
 |
|  O medicamento se faz necessário e foi indicado para o paciente, pois é o tratamento de escolha para a prevenção da isoimunização ao RhD em mulheres RhD-negativo (onde o marido seja Rh + ou desconhecido ou já se tenha diagnóstico de feto Rh positivo), com a seguinte situação clínica:1. Durante o seguimento da gestação habitual:
	1. Gravidez ectópica ou tumor de tecido da placenta ou membranas (mola).
	2. Hemorragia transplancentária antes do parto;
	3. Indicação de amniocentese ou biópsia coriônica;
	4. Trauma abdominal importante ou versão externa do feto.
	5. Nos atendimentos por abortamento e curetagem se encontram no protocolo sobre Manejo do Abortamento (PROT.DT.048) onde recomenda a administração em pacientes Rh negativo com parceiros Rh positivo ou desconhecido (mesmo na ameaça de abortamento)3. A realização prévia do teste de Coombs pode indicar as pacientes já sensibilizadas onde o tratamento não estaria mais indicado (quando Coombs indireto positivo).
		1. Apesar da literatura deixar como opcional a realização em abortamentos antes de 8 semanas4, recomendamos a aplicação para todos os casos.
		2. A dose recomendada é de 300 mcg, independentemente de ser no primeiro ou segundo trimestre (não temos disponível no Brasil doses de 50 mcg).
		3. Caso não tenha sido feito durante o internamento, pode ainda ser aplicado em até 1 semana do evento.4
2. Após o parto: PARTO DE UM RECÉM-NASCIDO, SENDO ESTE RhD-positivo (D, Dfraco ou Dparcial).
3. Indicação não relacionada ao parto: após receber transfusão com sangue RhD-positivo.
 |

|  |
| --- |
| **ATUAÇÃO DA EQUIPE DIANTE DA NECESSIDADE NOS DIVERSOS CENÁRIOS** |

|  |
| --- |
| **FLUXO PARA ATENDIMENTO E DEFINIÇÃO NA URGÊNCIA** |
| **Responsável** | **Ação** |
| Médico  | Indica a imunoglobulina conforme protocolo assistencial |
| Solicita tipo sanguíneo ABO + Rh da paciente quando a mesma não consegue apresentar um exame prévio recente***Obs.: consideramos exame prévio recente um exame de fácil leitura coletado há menos de um ano coletado em nosso laboratório. Para pacientes que apresentem o exame de outro laboratório, poderá ser aceito somente se nosso laboratório não estiver em horário de funcionamento*** |
| Prescrever a imunoglobulina no sistema MV |
| Enfermeiro | Apresenta as três opções para a paciente:1 – Fazer a dose da imunoglobulina anti-D em caráter particular e ser liberado do atendimento a nível de urgência logo após (sem precisar internar)2 – Internar a paciente para solicitar autorização da imunoglobulina-D pelo convênio e ser administrada sem custos adicionais (visto que os convênios não autorizam administração na urgência). Neste caso, a paciente somente poderá receber alta no dia seguinte à administração (necessidade de uma diária hospitalar para configurar internamento);3 – oferecer à paciente a possibilidade de receber alta com relatório de indicação de imunoglobulina |
| Aplica o TCLE para administração do Rophylac por se tratar de imunoglobulina |
| Enfermeiro ou Técnico  | Administrar a imunoglobulina |
| Preenche o cartão de controle (cartão próprio de registro de imunoglobulinas ou registrar na caderneta de vacinas da paciente) |
| Manter o paciente em observação por 30 minutos devido ao risco de reações adversas  |
| Registrar ao final se a paciente apresentou ou não reações |

|  |
| --- |
| **FLUXO PARA ADMINISTRAÇÃO EM PACIENTE INTERNADA** |
| **Responsável** | **Ação** |
| Médico  | Indica a imunoglobulina conforme protocolo assistencial |
| Solicita tipo sanguíneo ABO + Rh da paciente quando a mesma não consegue apresentar um exame prévio |
| Prescrever a imunoglobulina no sistema MV |
| Enfermeiro | Encaminha ao secretário clínico para autorização |
| Aplica o TCLE para administração do Rophylac por se tratar de imunoglobulina |
| Secretário ou central de autorizações | Informar se autorizado para que enfermeira possa dar andamento à administração |
| Enfermeiro ou Técnico  | Administrar a imunoglobulina |
| Preenche o cartão de controle (cartão próprio ou registrar na caderneta de vacinas da paciente) |
| Manter o paciente em observação por 30 minutos devido ao risco de reações adversas  |
| Registrar ao final se a paciente apresentou ou não reações |

|  |
| --- |
| **FLUXO PARA ADMINISTRAÇÃO EM PACIENTE EM CARÁTER AMBULATORIAL** |
| **Responsável** | **Ação** |
| Médico  | Indica a imunoglobulina conforme protocolo assistencial  |
| Solicita tipo sanguíneo ABO + Rh da paciente quando a mesma não consegue apresentar um exame prévio |
| Prescrever a imunoglobulina em receituário comum |
| Paciente | Procura o setor de orçamento para precificação no caso de particular |
| Procura o convênio para tentar autorização prévia no caso de tentar cobertura pelo convênio |
| Recepção | Faz o cadastro como AMBULATORIAL e solicita enfermeiro para dar seguimento no processo |
| Enfermeiro | Encaminha autorização ao secretário nos casos quando tiver sido autorizado pelo convênio |
| Aplica o TCLE para administração do Rophylac por se tratar de imunoglobulina |
| Enfermeiro ou Técnico  | Abre o documento de administração de medicamento em caráter ambulatorial |
| Administrar a imunoglobulina |
| Preenche o cartão de controle (cartão próprio ou registrar na caderneta de vacinas da paciente) |
| Manter o paciente em observação por 30 minutos devido ao risco de reações adversas  |
| Registrar ao final se a paciente apresentou ou não reações |

|  |
| --- |
| **Referências bibliográficas** |

1. Bichler J, Schöndorfer G, Pabst G, Andresen I. Pharmacokinetics of anti-D IgG in 489 pregnant RhDnegative women. BJOG. 2003;110:39-45.

2. MacKenzie IZ, Bichler J, Mason GC, et al. Efficacy and safety of a new, 493 chromatographically purified rhesus (D) immunoglobulin. Eur J Obstetr Gynecol 494 Reprod Biol. 2004;117:154-161.

3. Griebel CP et al. Management of Spontaneus Abortion. Am Fam Physician 2005;72:1243-50

4. Prager S et al. Pregnancy loss (miscarriage). Up to date: ins 05/10/2021

5. Bula do produto

6. Tratado de Obstetrícia - FEBRASGO

7. Perinatalogia Moderna: visão integrative e sistêmica. 2022.

|  |
| --- |
| **Anexos** |

Documentos necessários que serão utilizados na realização do procedimento.

Exemplo: tabelas, fotos, planilhas, fluxogramas.

Quando não existir, usar “Não se aplica.”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:**  | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| MARCOS PAVIONEDiretor Técnico | NÃO SE APLICA | DERIJULIE SIQUEIRAGerente de Enfermagem+ Dr. MARCIO VINICIUSCoordenador da Obstetricia | ULLY MARIANNECoordenadora da Qualidade |
| **Data: 13/06/2023** | **Data: 14/06/2023** | **Data: 14/06/2023** | **Data: 29/06/2023** |
| **Assinaturas e carimbo:**  |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. | Descrever alterações.  |  |
| 2. |  |  |