Internato 2026

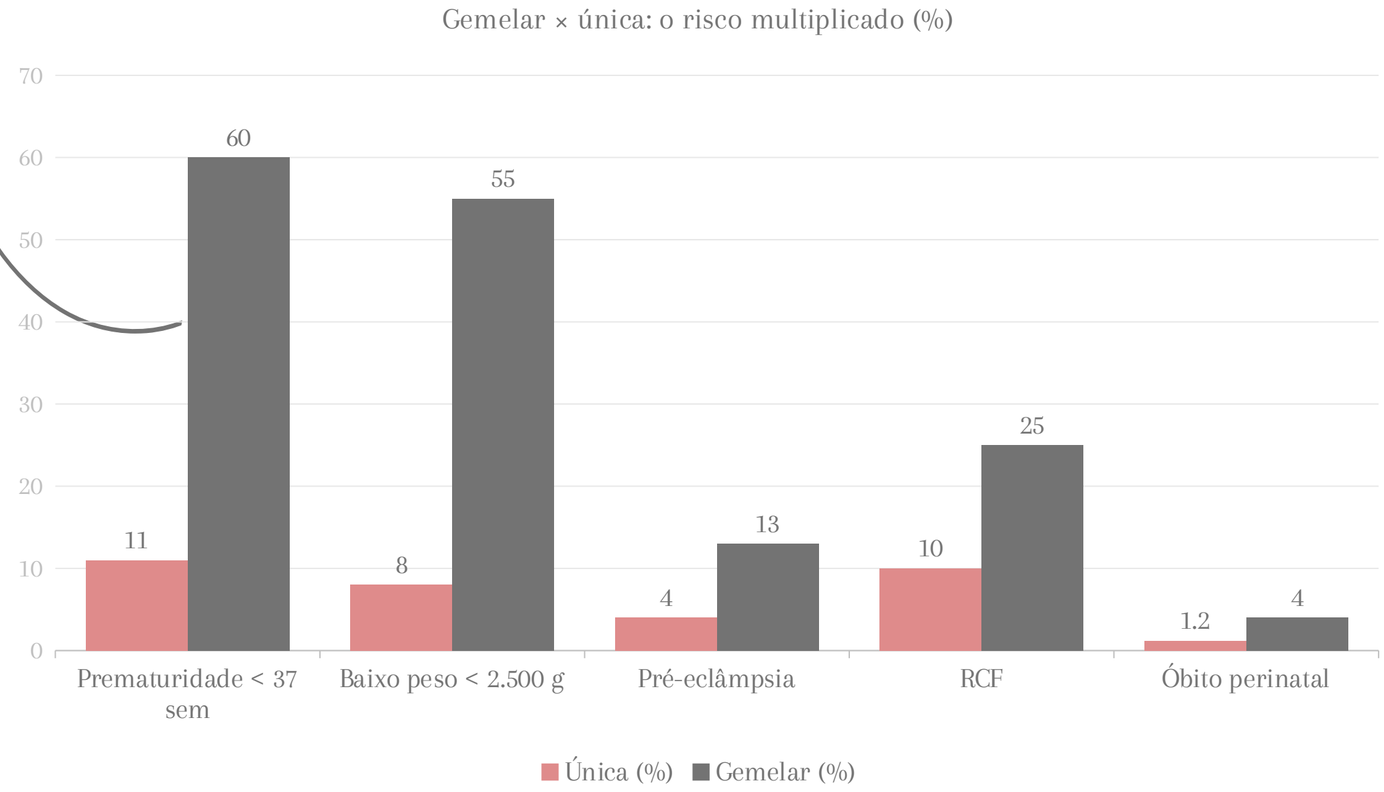
Gemelaridade, isoimunização Rh e óbito fetal

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Gemelar: corionicidade no 1º trimestre decide todo o pré-natal
2. Complicações da monocoriônica: STFF, TAPS, RCF seletiva
3. Isoimunização Rh: prevenir com anti-D e seguir a sensibilizada pelo Doppler
4. Óbito fetal: investigar com método, induzir com segurança, acolher
5. Casos clínicos e questões de prova

EPIDEMIOLOGIA | TRÊS SITUAÇÕES, UM DENOMINADOR: VIGILÂNCIA



1 em 80

gestações é gemelar no Brasil (≈ 2% dos nascidos vivos) — e responde por 10–15% da mortalidade perinatal

5 a 15%

das mulheres brasileiras são Rh negativo; sem profilaxia, 16% sensibilizam após um parto Rh positivo

11,6

óbitos fetais por 1.000 nascimentos no Brasil (2022) — metade dos óbitos perinatais e metade sem causa registrada

Fontes: Sinasc/Datasus 2022; Ministério da Saúde, Gestação de alto risco (2022); ACOG Practice Bulletin 231 (2021); SIM/Sinasc, taxa de mortalidade fetal 2022; Bowman JM, 1998 (Rh).

Gemelaridade

A corionicidade se define até 14 semanas — depois é tarde



CASO 1| 'SÃO DOIS'

Camila, 27 anos, G1, 12 semanas, concepção espontânea.

Ultrassom de 1º trimestre: dois fetos, CCN 58 e 56 mm, uma única placenta, membrana interfetal fina com inserção em 'T' na placenta. Translucência nucal 1,2 mm no feto A e 2,9 mm no feto B. Bexigas visíveis, líquido amniótico normal nos dois sacos.
Assintomática. Sem comorbidades. Pergunta 'se vão ser idênticos', se pode ter parto normal e quantas vezes vai precisar fazer ultrassom.



Mono ou dicoriônica? O que a discordância da TN sugere? Qual o calendário de pré-natal — e quando e como nasce?

GEMELAR | CORIONICIDADE É O QUE IMPORTA

Como definir (até 14 semanas)

Dicoriônica: duas placentas ou sinal do LAMBDA (λ, 'twin peak') — tecido coriônico entra na base da membrana; membrana espessa (≥ 2 mm, 4 camadas)

Monocoriônica-diamniótica: uma placenta, sinal do T — membrana fina (2 camadas) encontra a placenta em ângulo reto

Monoamniótica: sem membrana; cordões entrelaçados

Sexos diferentes = dicoriônica. Mesmo sexo não define nada.

Após 14 semanas a acurácia cai: documentar e fotografar no 1º trimestre.

Zigosidade × corionicidade

Dizigóticos (2/3): sempre dicoriônicos.

Monozigóticos (1/3): depende do dia da divisão — < 3 dias dicoriônica (30%); 4–8 dias mono-di (70%); 8–12 dias monoamniótica (1%); > 13 dias unidos.

Monocoriônica = anastomoses placentárias = STFF, TAPS, RCF seletiva, morte do cogêmeo com dano neurológico no sobrevivente.

'Idênticos' se responde com DNA, não com ultrassom — exceto se dicoriônica de sexos diferentes.

Riscos para a mãe

Hiperêmese, anemia, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia (2–3x; AAS 100–150 mg a partir de 12 sem é indicado só por ser gemelar), colestase, HPP (atonia por sobredistensão), TEV.

Parto prematuro: 60% nascem < 37 semanas; mediana 36 (di), 35 (mono-di), 32 (monoamniótica).

Rastreio de aneuploidia: TN + idade no 1º tri; NIPT possível (menor sensibilidade); amniocentese de cada saco se indicada.

Fontes: ISUOG Practice Guidelines: twin pregnancy (2016, atualizada 2025); FEBRASGO, Gestação gemelar (2021); ACOG Practice Bulletin 231 (2021); NICE NG137 (2019).

GEMELAR | PRÉ-NATAL E PARTO POR CORIONICIDADE

	Dicoriônica-diamniótica	Monocoriônica-diamniótica	Monoamniótica
Ultrassom	A cada 4 semanas a partir de 20 sem: crescimento, LA, Doppler	A cada 2 semanas a partir de 16 sem: maior bolsão de LA e bexiga de cada feto, PSV-ACM a partir de 20 sem, Doppler umbilical	A cada 2 semanas desde 16 sem; internar/vigilância intensiva a partir de 26–28 sem em muitos centros
Colo uterino	Medir no morfológico (20–24 sem); colo < 25 mm: progesterona vaginal (benefício modesto); cerclagem não de rotina; pessário sem benefício	Idem	Idem
Complicações específicas	Discordância de crescimento > 20–25%; RCF de um feto	STFF (10–15%), TAPS (3–5%), RCF seletiva (10–15%), morte de um gêmeo (risco neurológico 25% no sobrevivente)	Entrelaçamento de cordões (quase universal), óbito súbito (10–15%)
Corticoide	Mesmas indicações da única (24–34 sem); não profilático	Idem	Em geral 1 curso ao internar (~28 sem)
Momento do parto (sem complicação)	37 a 37^{6} semanas	36 a 36^{6} semanas	32 a 33^{6} semanas, por cesárea
Via de parto	1º feto cefálico: via vaginal é segura (Twin Birth Study), independentemente do 2º; 1º não cefálico, mono-di com discordância > 20%, STFF, RCF grave: cesárea	Idem (vaginal possível se 1º cefálico e sem complicação); intervalo entre fetos monitorizado	Sempre cesárea

Fontes: Barrett JFR et al., NEJM 2013 (Twin Birth Study); ISUOG 2016/2025; FEBRASGO 2021; Cheong-See F et al., BMJ 2016 (momento do parto).

COMPLICAÇÕES DA MONOCORIÔNICA

STFF — síndrome de transfusão feto-fetal

Diagnóstico: mono-di com oligodrâmnio no doador (maior bolsão < 2 cm) e polidrâmnio no receptor (> 8 cm até 20 sem; > 10 cm depois)

Quintero: I oligo/poli; II bexiga do doador não visível; III Doppler crítico (diástole zero/reversa na umbilical, onda A reversa no ducto, veia umbilical pulsátil); IV hidropisia; V óbito de um ou ambos

Tratamento: ablação a laser das anastomoses por fetoscopia, 16–26 sem, a partir do estágio II (e no I com colo curto/sintomas) — sobrevida de pelo menos um feto 85–90%; amniodrenagem seriada só quando laser indisponível/após 26 sem

Sem tratamento: mortalidade 80–100% nos estágios avançados.

TAPS e RCF seletiva

TAPS (sequência anemia-policitemia): anastomoses minúsculas; sem discordância de LA; diagnóstico por Doppler — PSV-ACM > 1,5 MoM no doador e < 1,0 (ou < 0,8) MoM no receptor; espontânea em 3–5%, pós-laser em 2–13%; conduta: expectante, laser, transfusão intrauterina ou parto conforme IG

RCF seletiva: PFE < p10 em um feto com discordância ≥ 25%; classificação de Gratacós pelo Doppler da umbilical: tipo I fluxo diastólico positivo (bom prognóstico, parto 34–35 sem); II diástole zero/reversa persistente (risco de óbito súbito, parto ~30–32 sem); III fluxo intermitente (imprevisível, 10–20% de morte súbita; parto 32 sem)

Morte de um gêmeo

Dicoriônica: risco para o sobrevivente é só o da prematuridade; conduta conservadora; vigiar coagulação materna raramente

Monocoriônica: o sobrevivente 'sangra' para o circuito do morto: 15% de óbito e 25% de lesão neurológica (leucomalácia) nas horas seguintes — o dano já está feito quando se descobre; parto imediato NÃO protege

Conduta: não antecipar o parto por isso; PSV-ACM em 24 h (anemia), RM fetal 4–6 semanas depois; parto na IG prevista para mono-di

Fetos unidos: diagnóstico no 1º tri; centro terciário; via sempre cesárea.

Fontes: Senat MV et al., NEJM 2004 (laser × amniodrenagem); Quintero RA et al., J Perinatol 1999; Slaghekke F et al., Fetal Diagn Ther 2010 (TAPS); Gratacós E et al., UOG 2007; ISUOG 2016/2025.

CASO 1 | RESOLUÇÃO

Gestação gemelar monocoriônica-diamniótica, com discordância de translucência nucal.

Uma placenta + sinal do T + membrana fina = mono-di; portanto monozigótica.

A TN discordante (1,2 × 2,9 mm): na monocoriônica, discordância > 20% ou TN > p95 em um feto é o marcador mais precoce de risco de STFF e de cardiopatia. Encaminhar à medicina fetal.

Pré-natal: alto risco; AAS 100–150 mg; ultrassom a cada 2 semanas a partir de 16 (maior bolsão, bexigas, Doppler umbilical, PSV-ACM a partir de 20); morfológico com ecocardiograma fetal e medida do colo.

Se aparecer oligo/polidrâmnio: STFF — estadiar (Quintero) e referenciar para laser entre 16 e 26 semanas. Sinais de alarme: barriga crescendo rápido, dispneia, contrações.

Parto: sem complicação, entre 36 e 36^{6} semanas; via vaginal se o primeiro for cefálico, em hospital com cesárea imediata e equipe para o 2º gêmeo. Serão 10–12 ultrassons — o preço de ter dois.



Sinal do T = mono-di

USG a cada 2 semanas desde 16

Parto 36–36^{6} sem

TN discordante → medicina fetal

Isoimunização Rh

A doença que a imunoglobulina quase eliminou — e que volta quando esquecemos de dar



CASO 2 | COOMBS 1:64

Rosana, 33 anos, G3P2, 26 semanas, Rh negativo.

Dois partos anteriores de filhos Rh positivos; no segundo, há 4 anos, 'não lembra' de ter recebido a injeção após o parto. Nesta gestação, Coombs indireto de 1:8 na 1ª consulta e 1:64 hoje. Parceiro Rh positivo. Ultrassom hoje: feto com PFE p50, líquido amniótico normal, sem derrames, placenta de espessura normal. Doppler de artéria cerebral média: pico de velocidade sistólica 62 cm/s — 1,7 MoM para 26 semanas. Pergunta se 'o bebê está com anemia' e se a injeção 'ainda adianta'.



Ela ainda pode receber anti-D? O que o Coombs e o Doppler dizem? Qual o próximo passo — e com que urgência?

ISOIMUNIZAÇÃO | FISIOPATOLOGIA E PREVENÇÃO

Como acontece

Mãe Rh(D) negativo exposta a hemácias Rh positivo → IgG anti-D → atravessa a placenta na gestação SEGUINTE → hemólise fetal → anemia, hidropisia, óbito; no RN, icterícia grave e kernicterus.

Sensibiliza: parto (o principal), abortamento, ectópica, mola, sangramento, amniocentese/biópsia de vilo, versão externa, trauma, óbito fetal — e hemorragia feto-materna silenciosa no 3º trimestre.

Pedir sempre: tipagem + Coombs indireto na 1ª consulta; se negativo, repetir às 28 semanas (antes da profilaxia) e no parto.

Profilaxia — imunoglobulina anti-D (300 µg IM)

Rotina: 28 semanas em toda Rh negativo não sensibilizada com parceiro Rh positivo ou desconhecido

Pós-parto: até 72 h se o RN for Rh positivo (vale até 28 dias se esquecida — menor eficácia)

Evento sensibilizante: em até 72 h — abortamento, ectópica, mola, sangramento, procedimento invasivo, trauma; < 12 sem pode-se usar 50 µg

Kleihauer-Betke/citometria se suspeita de hemorragia feto-materna grande (DPP, trauma): 300 µg cobrem 30 mL de sangue fetal — ajustar a dose.

Não dar se já sensibilizada (Coombs indireto positivo por anti-D) — não adianta mais.

Rh variante/D fraco: tratar como negativo até definir.

No SUS e na prova

Anti-D está no SUS (Portaria 2018) para as duas indicações; cobertura ainda incompleta — por isso ainda vemos casos.

Coombs indireto positivo por anti-D passivo após a imunoglobulina: títulos baixos (≤ 1:4) por até 12 semanas — não confundir com sensibilização.

Pai Rh negativo comprovado dispensa profilaxia; genotipagem RHD fetal no plasma materno (NIPT) já é possível em alguns serviços.

ABO incompatível protege parcialmente (hemácias fetais destruídas antes de sensibilizar).

Fontes: FEBRASGO, Doença hemolítica perinatal (2021); ACOG Practice Bulletin 181 (2017) e 192 (2018); RCOG Green-top 65 (2014); Ministério da Saúde, Gestação de alto risco (2022).

GESTANTE SENSIBILIZADA | COMO SEGUIR

Coombs indireto positivo (anti-D) na gestante Rh negativo → painel de anticorpos para identificar e titular

Título < 1:16 (abaixo do crítico): repetir mensalmente até 24 sem, depois quinzenal; USG de rotina

Título ≥ 1:16 (crítico) OU história de feto/RN afetado (qualquer título): Doppler de ACM a partir de 18–20 semanas, a cada 1–2 semanas

Anti-Kell: título não prediz — Doppler desde 18 sem independentemente do título (anemia por supressão medular)

PSV-ACM ≤ 1,5 MoM: sem anemia moderada/grave → manter vigilância semanal; parto 37–38 sem; hidropisia ou PSV crescente = antecipar

PSV-ACM > 1,5 MoM (sens. 100%, falso-positivo 12%): anemia moderada/grave → cordocentese com transfusão intrauterina preparada (Hb fetal, Ht < 30% transfunde); repetir a cada 2–4 semanas até 34–35 sem

Parto: sem anemia, 37–38 semanas; após transfusões, 34–36 semanas com corticoide; via obstétrica. RN: tipagem, Coombs direto, Hb, bilirrubina; fototerapia/exsanguineotransfusão; anemia tardia até 3 meses (eritropoese suprimida) — pediatria avisada. Próxima gestação: cada vez mais grave e mais cedo — Doppler desde 18 semanas.

Fontes: Mari G et al., NEJM 2000 (PSV-ACM); Oepkes D et al., NEJM 2006 (Doppler × amniocentese); ACOG 192 (2018); FEBRASGO 2021.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Gestante sensibilizada, título crítico e Doppler indicando anemia fetal moderada a grave: cordocentese com transfusão intrauterina, em centro de medicina fetal, nos próximos dias.

Coombs 1:8 → 1:64 confirma anti-D ativo (profilaxia esquecida no 2º parto). Título ≥ 1:16 já exigia Doppler; PSV-ACM 1,7 MoM tem sensibilidade de 100% para anemia moderada/grave. O ultrassom ainda sem hidropisia é a janela boa — hidropisia aparece com Hb < 5 g/dL.

A injeção: não adianta mais. A imunoglobulina previne a sensibilização; uma vez produzido o anti-D, ela não o remove. Esta pergunta merece resposta honesta e sem culpa — a falha foi do sistema, não dela.

Próximos passos: encaminhar com urgência (dias, não semanas) para cordocentese: se Ht < 30%, transfusão intrauterina com concentrado O negativo irradiado; repetir a cada 2–4 semanas conforme a queda prevista (≈ 1% de Ht/dia); corticoide antenatal quando atingir 24–26 semanas se procedimentos invasivos.

Parto: entre 34 e 36 semanas após a última transfusão, em hospital com UTI neonatal e banco de sangue; aviso à neonatologia: Coombs direto, bilirrubina, fototerapia precoce, vigiar anemia tardia por 3 meses.

Próxima gestação: será mais grave e mais precoce; contracepção eficaz até decidir; se engravidar, Doppler desde 18 semanas e, se o parceiro for heterozigoto, genotipagem RHD fetal. Explicar que a doença não se repete se o feto for Rh negativo.



Título ≥ 1:16 = Doppler ACM

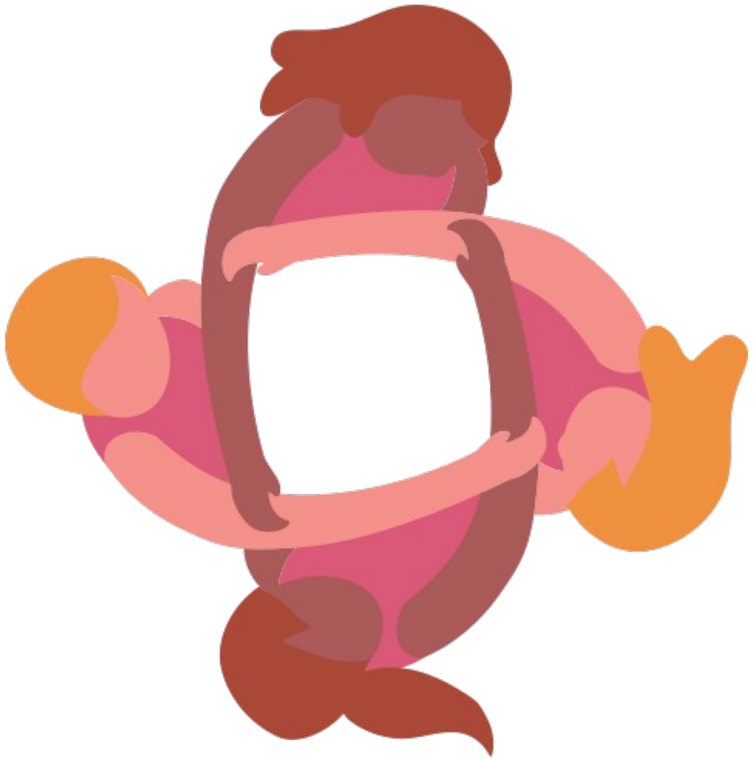
PSV › 1.5 MoM = anemia

Cordocentese + TIU

Anti-D já não adianta

Óbito fetal

Investigar com método, induzir com segurança, acolher sem pressa



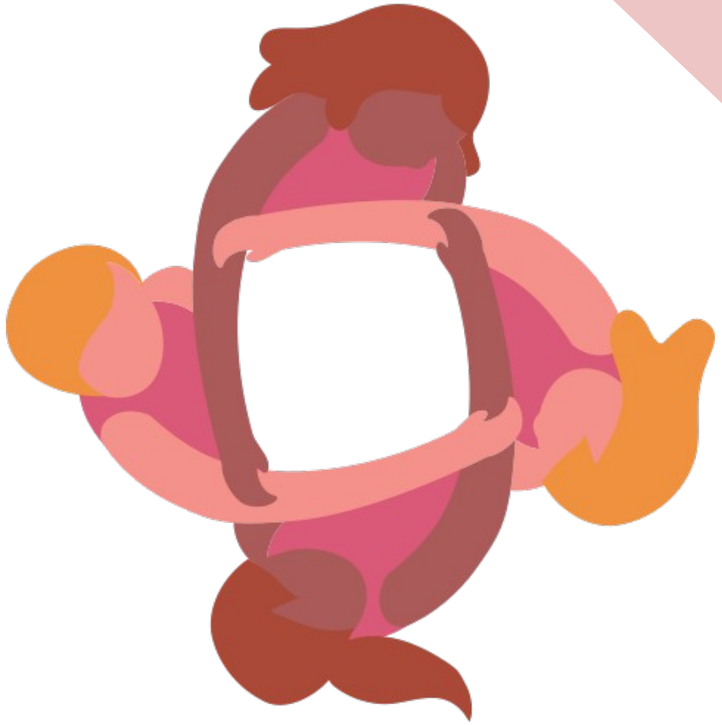
CASO 3| SEM BATIMENTOS

Vanessa, 36 anos, G2P1, 34 semanas.

Procura a maternidade porque 'não sente o bebê desde ontem à noite'. Pré-natal com 7 consultas, sem intercorrências registradas; IMC 32; glicemia de jejum de 1º trimestre 91 mg/dL; TOTG não realizado ('o laboratório não tinha').

Exame: PA 128/84, afebril, AU 31 cm, sem sangramento, sem contrações. Sonar: ausência de BCF. Ultrassom à beira-leito: ausência de atividade cardíaca, feto em apresentação cefálica, PFE 2.950 g (> p90), líquido amniótico aumentado, placenta posterior normal. Sem sinais de maceração.

O marido pergunta 'o que foi feito de errado' e se 'precisa de cesárea agora'.



Como comunicar? O que investigar — e quando colher cada exame? Qual a via e o tempo da resolução?

ÓBITO FETAL | DEFINIÇÃO. CAUSAS. INVESTIGAÇÃO

Definição e números

Óbito fetal: morte antes da expulsão completa, com ≥ 20 semanas (ou ≥ 500 g, ou ≥ 25 cm) — OMS internacional usa ≥ 28 semanas/1.000 g.
Brasil: 11–12 por 1.000; 60% são evitáveis; 30–50% ficam 'sem causa' por falta de investigação.
Fatores de risco: hipertensão, diabetes, obesidade, idade ≥ 35, tabagismo, RCF, pós-datismo, óbito fetal prévio, gemelar, condição socioeconômica.

Causas (classificação ReCoDe)

Feto: anomalias congênitas e cromossômicas (10–15%), infecção (sífilis, parvovírus, CMV, listeria, GBS), hidropisia, RCF (a 'condição relevante' mais frequente: 40%), isoimunização
Cordão: prolapso, nó verdadeiro, circular apertada, inserção velamentosa
Placenta: DPP, insuficiência, vasa prévia, prévia
Líquido: corioamnionite, oligo/polidrâmnio
Útero: rotura, malformação
Mãe: diabetes, hipertensão/PE, SAAF, lúpus, colestase, trauma
Intraparto: asfixia, trauma
ReCoDe reduz os 'inexplicados' de 66% para 15%.

Investigação mínima (o que o serviço deve oferecer)

Antes/no parto: história detalhada; Kleihauer-Betke ANTES da indução (hemorragia feto-materna); hemograma, glicemia/HbA1c, TSH, VDRL, HIV, toxo, CMV, parvovírus B19, hemocultura se febre; anticardiolipina, anticoagulante lúpico e anti-β2-GP (SAAF); tipagem e Coombs; ácidos biliares se prurido
Após o parto: exame macroscópico do feto, placenta, cordão e membranas (fotografar, pesar); histopatológico da placenta (o exame de maior rendimento — 65%); necropsia (com consentimento); cariótipo/microarray (sangue de cordão, pele, placenta — placenta cresce melhor); culturas
Oferecer tudo, respeitar a recusa, registrar.

Fontes: Gardosi J et al., BMJ 2005 (ReCoDe); ACOG Obstetric Care Consensus 10 (2020, Management of stillbirth); Ministério da Saúde, Manual de vigilância do óbito infantil e fetal (2009); FEBRASGO, Óbito fetal (2021).

ÓBITO FETAL | CONDUTA (1)

Etapa	O que fazer	Observações
Confirmar e comunicar	USG por dois examinadores quando possível; comunicar com clareza ('o coração do bebê parou'), em local reservado, com acompanhante; dar tempo; não antecipar culpados	Evitar 'perdeu', 'não vingou'; usar o nome do bebê se os pais quiserem; a conduta pode esperar horas — o luto começa agora
Via e tempo	Via VAGINAL é a regra, inclusive com cesárea prévia; expectante por até 1–2 semanas é opção segura (80–90% entram em trabalho de parto); a maioria escolhe induzir	Cesárea só por indicação materna (prévia total, cesáreas corporais, DPP instável). Coagulopatia após 3–4 semanas de retenção: coagulograma e fibrinogênio semanais
Indução sem cesárea prévia	< 28 sem: misoprostol 100 µg vaginal 6/6 h; 28–34 sem: 50 µg 6/6 h; ≥ 34 sem: 25 µg 6/6 h; ocitocina depois se necessário	Doses maiores que no feto vivo porque não há risco fetal; mifepristona 200 mg 24–48 h antes aumenta a eficácia (onde disponível)
Indução com cesárea prévia	≥ 28 sem: evitar misoprostol (rotura 1–3%); sonda de Foley + ocitocina; < 28 sem: misoprostol em dose reduzida (25–50 µg) é aceito	Uma cesárea segmentar não contraindica indução; duas ou corporal: individualizar

Fontes: ACOG Obstetric Care Consensus 10 (2020); RCOG Green-top 55 (2010); FIGO, misoprostol dosing 2017; FEBRASGO 2021.

ÓBITO FETAL | CONDUTA (2)

Etapa	O que fazer	Observações
Durante o parto	Analgesia plena (peridural); ambiente separado do alojamento conjunto; permitir ver e segurar o bebê; guardar lembranças (foto, pulseira, mecha)	A equipe inteira precisa saber: não perguntar 'como está o bebê' na porta
Após o parto	Anti-D se Rh negativo; inibir lactação (cabergolina 1 mg); contracepção; declaração de óbito fetal (≥ 20 sem ou ≥ 500 g); coletar placenta e material para investigação	Rastrear depressão em 2–6 semanas; consulta de revisão em 6–8 semanas para explicar a causa (ou a ausência dela)
Próxima gestação	Intervalo ≥ 6–12 meses; corrigir fatores (peso, glicemia, PA, tabaco); AAS se causa placentária; SAAF: heparina + AAS; pré-natal de alto risco com USG seriado e vigilância desde 32 sem; parto 37–39 sem conforme a causa	Risco de recorrência 2–10x, mas a maioria tem desfecho favorável; ansiedade intensa é a regra — acolher

Fontes: ACOG Obstetric Care Consensus 10 (2020); RCOG Green-top 55 (2010); Ministério da Saúde, Manual de vigilância do óbito infantil e fetal (2009).

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Óbito fetal recente às 34 semanas com macrossomia e polidrâmnio — diabetes gestacional não diagnosticado é a hipótese principal.

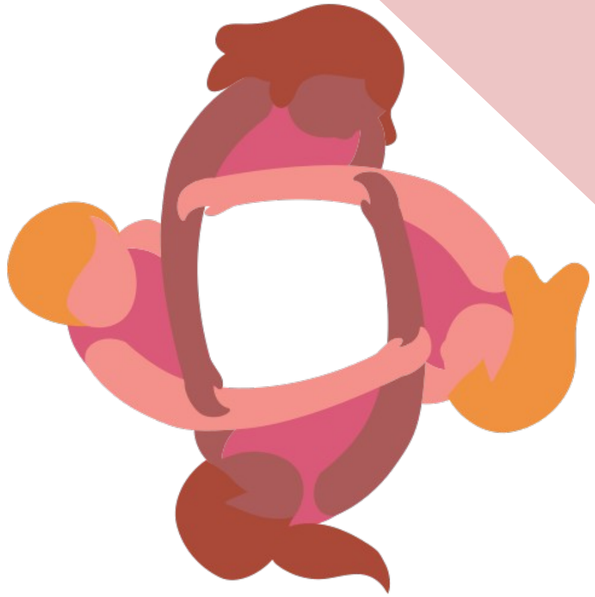
Sem maceração = óbito nas últimas 24–48 h. PFE > p90 + polidrâmnio + obesidade + TOTG não realizado desenham o cenário; mas a investigação precisa ser completa — não se fecha causa na emergência.

Comunicar: sentados, sem interrupções, com o marido: 'Infelizmente o coração do bebê parou de bater.' Pausa. Responder ao 'o que foi feito de errado' sem culpar ninguém e sem prometer resposta: 'vamos investigar com cuidado para entender e para proteger as próximas gestações'.

Não é cesárea: via vaginal, no tempo deles. Se quiserem algumas horas em casa, é seguro. Indução: misoprostol 25 µg vaginal 6/6 h (≥ 34 sem) ou sonda + ocitocina; peridural sem restrição; leito fora do alojamento conjunto.

Investigar: antes da indução, Kleihauer-Betke, HbA1c e glicemia, TSH, sorologias (VDRL, HIV, toxo, CMV, parvovírus), anticorpos antifosfolípides, hemograma e coagulograma. Após o parto: exame do feto e da placenta, histopatologia da placenta (o de maior rendimento), cariótipo/microarray, necropsia com consentimento. Declaração de óbito fetal.

Depois: cabergolina 1 mg, contracepção, rastreio de depressão, retorno em 6–8 semanas com os resultados. Se confirmar diabetes: TOTG no puerpério, metformina/estilo de vida, e na próxima gestação glicemia de jejum e TOTG precoce, USG seriado, vigilância de vitalidade a partir de 32 semanas e parto programado às 37–38.



Via vaginal, no tempo deles

Kleihauer antes da indução

Placenta: o exame que mais responde

Retorno em 6–8 semanas

QUESTÃO | PROFILAXIA ANTI-D

Gestante Rh negativo, Coombs indireto negativo na primeira consulta e às 28 semanas, recebeu imunoglobulina anti-D 300 µg nessa idade gestacional. Evoluiu para parto vaginal a termo de recém-nascido Rh positivo, Coombs direto negativo. Qual a conduta em relação à profilaxia da isoimunização?

A Nenhuma dose adicional, pois a profilaxia de 28 semanas é suficiente.

B Nova dose de imunoglobulina anti-D 300 µg nas primeiras 72 horas após o parto.

C Dosar o Coombs indireto materno e só administrar anti-D se for negativo após 7 dias.

D Administrar imunoglobulina apenas se o teste de Kleihauer-Betke for positivo.

E Contraindicada, pois o Coombs indireto pode estar falsamente positivo pela dose anterior.

QUESTÃO | PROFILAXIA ANTI-D

Gestante Rh negativo, Coombs indireto negativo na primeira consulta e às 28 semanas, recebeu imunoglobulina anti-D 300 µg nessa idade gestacional. Evoluiu para parto vaginal a termo de recém-nascido Rh positivo, Coombs direto negativo. Qual a conduta em relação à profilaxia da isoimunização?

A Nenhuma dose adicional, pois a profilaxia de 28 semanas é suficiente.

B Nova dose de imunoglobulina anti-D 300 µg nas primeiras 72 horas após o parto.

C Dosar o Coombs indireto materno e só administrar anti-D se for negativo após 7 dias.

D Administrar imunoglobulina apenas se o teste de Kleihauer-Betke for positivo.

E Contraindicada, pois o Coombs indireto pode estar falsamente positivo pela dose anterior.

MENSAGENS

1

Corionicidade até 14 semanas: lambda = di, T = mono. Mono-di: USG a cada 2 semanas desde 16, parto 36–36^{6}; di: a cada 4, parto 37–37^{6}; monoamniótica: cesárea 32–33^{6}.

2

STFF: oligo no doador + poli no receptor; Quintero estadia; laser entre 16 e 26 semanas. Morte de um gêmeo mono: não antecipar o parto.

3

Rh negativo: anti-D 300 µg às 28 semanas, até 72 h após parto de RN Rh+ e em todo evento sensibilizante. Já sensibilizada: anti-D não adianta.

4

Título ≥ 1:16 → Doppler de ACM; PSV > 1,5 MoM = anemia → cordocentese e transfusão intrauterina; parto 34–36 semanas após transfusões.

5

Óbito fetal: comunicar com clareza e tempo; via vaginal mesmo com cesárea prévia; misoprostol em dose maior sem cicatriz, sonda + ocitocina com cicatriz.

6

Investigar sempre: Kleihauer antes da indução, placenta ao histopatológico, necropsia, cariótipo, sorologias, SAAF, glicemia. Retorno em 6–8 semanas.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

