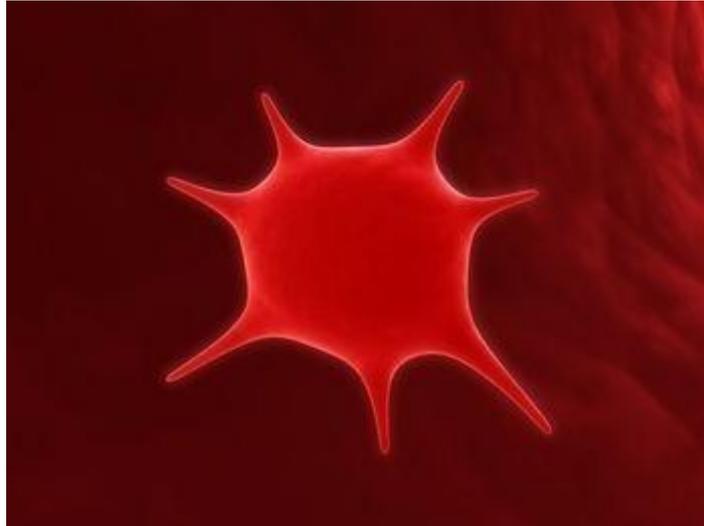


[Trombopenia neonatal]



[Módulo HEMATOLOGÍA]

Autores:

Juana María Cerdán y Lucía Sanguino

Fecha de elaboración: octubre de 2011.

Fecha de consenso e implementación: noviembre de 2011.

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R1

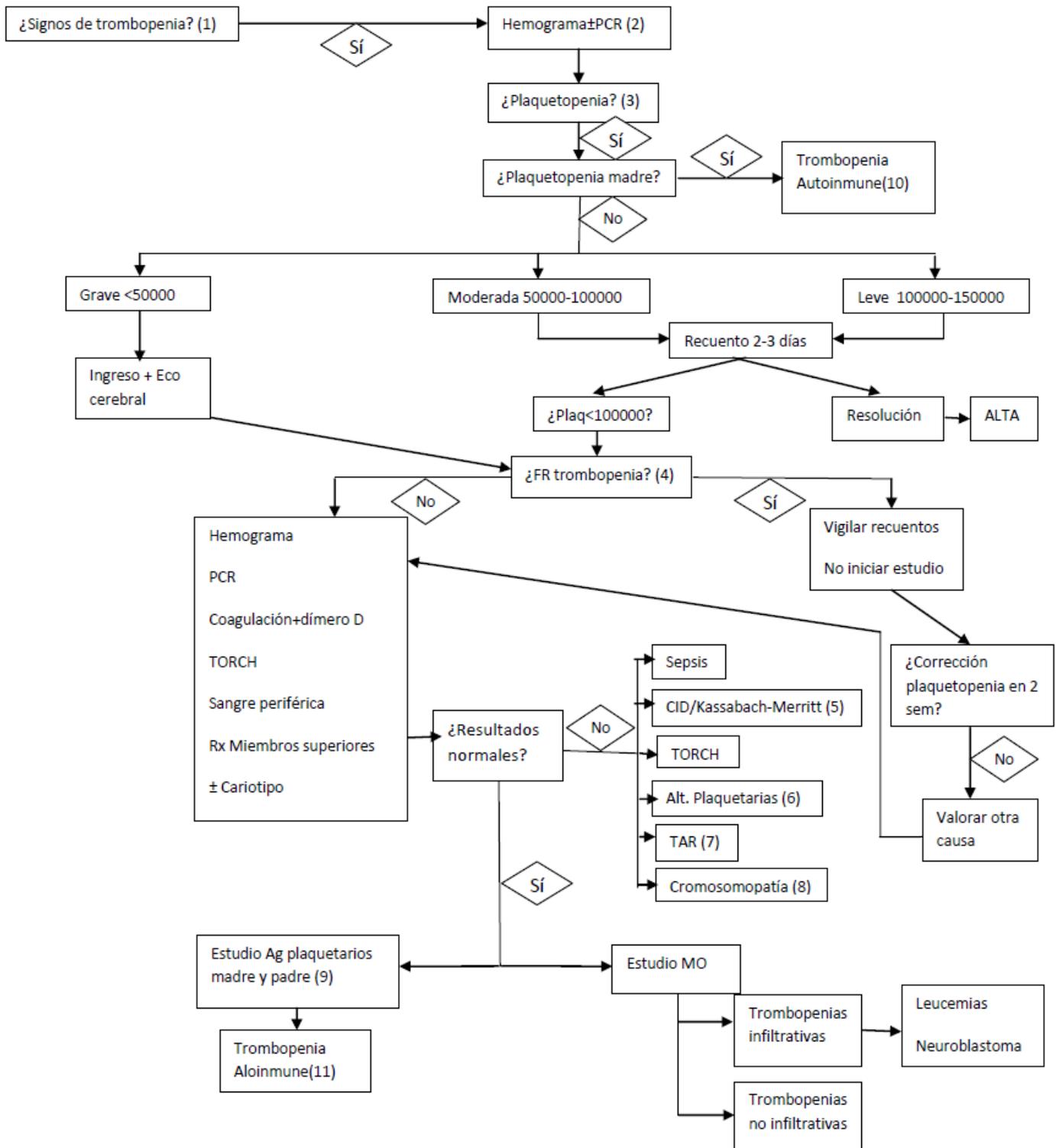
DIFERENCIAS ENTRE TROMBOPENIA ALOINMUNE Y AUTOINMUNE

Aloinmune	Autoinmune
<p>Las plaquetas del feto tienen un antígeno heredado del padre que la madre no tiene, por lo que esta produce IgG contra el mismo.</p> <p>HPA-1a (75%)</p> <p>HPA-5b</p> <p>HPA-sistema 4: en asiáticos</p> <p>HPA-15b</p>	<p>AutoAc maternos contra plaquetas propias y fetales.</p> <p>PTI</p> <p>LES</p>
Madre sana	Madre afecta
Los títulos de Ac maternos no se correlacionan con la severidad trombopenia neonatal.	La severidad de la plaquetopenia materna se correlaciona con la fetal.
<p>Puede ocurrir en el 1er embarazo (50%)</p> <p>Si hijo previo afecto, la recurrencia es >75-90% y la severidad aumenta.</p>	<p>Factores Riesgo:</p> <p>Plaquetas madre durante la gestación <50000</p> <p>Hermano previo afecto</p>
1/1000-5000 nacimientos	1/10000 nacimientos
Plaquetas <10.000	Plaquetas 50.000-20.000
Mayor severidad-HIV intraútero (20% en no tto)	Más leve
<p>Transfusión</p> <p>Plaquetas maternas lavadas o irradiadas.</p> <p>Donante compatible o donante universal (HPA1a negativo, HPA5b negativo)</p> <p>Gammaglobulina iv: 400mg/Kg/día durante 3-4 días (<i>adyuvante</i>)</p> <p>Metilprednisolona iv: 1mg/Kg/8h durante 1-3 días (<i>adyuvante</i>)</p>	<p>Transfusión: menos efectiva que en aloinmune, ya que Ac pueden reaccionar contra plaquetas transfundidas.</p> <p>Gammaglobulina iv</p> <p>Prednisona (2mg/Kg/día) o metilprednisolona vo durante 5 días (1mg/Kg/12 horas): <i>Si la trombopenia persiste tras la Ig</i></p>

DIFERENCIAS ENTRE TROMBOPENIA PRECOZ Y TARDÍA

Precoz	Tardía
<ul style="list-style-type: none">-Primeras 72 horas-Nadir el día 4-Por disminución de la producción plaquetaria.-Insuficiencia placentaria, asfixia perinatal, infección perinatal, CID, aloinmune, autoinmune-.Leve o moderada- Plaquetas >50000-Pretérmino (si severa, misma incidencia en términos)-Autolimitada: resolución en 7-10 días-No necesitan tratamiento específico	<ul style="list-style-type: none">- Tras las primeras 72 horas- Nadir en 24-48 horas.-Aumento del consumo, disminución de la producción-Sepsis tardía, Enterocolitis necrotizante-Severa-Plaquetas <50000-Neonatos de UCIN-Prolongada-Generalmente requieren transfusiones múltiples.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOPENIA NEONATAL



(1) Signos de trombopenia: petequias, púrpura, equimosis, sangrados.

(2) PCR según riesgo/sospecha de infección.

(3) Se considera **plaquetopenia** un recuento plaquetario inferior a 150000 plaquetas. Ante un primer recuento plaquetario bajo, hemos de confirmar la verdadera presencia de plaquetopenia con un nuevo recuento. Si encontramos pancitopenia, valorar realización frotis de sangre periférica.

(4) Factores de riesgo de trombopenia: preeclamsia, prematuridad, CIR, asfixia perinatal, historia familiar de plaquetopenia (hermano previo con trombopenia idiopática o trombopenia autoinmune).

(5) Kassabach-Merritt: Considerar este signo ante la evidencia de CID y hemangiomas.

(6) Alteraciones plaquetarias:

-Plaquetas pequeñas:

-Wiskott-Aldrich (ligado al X): Asocia inmunodeficiencia+eccema

-Plaquetas grandes:

- May-Hegglin (AD).

-Síndrome de Bernard-Soulier (AR)

-Síndrome de Alport

(7) TAR (trombopenia ausencia de radio): trombopenia+ausencia bilateral del radio.

(8) Cromosomopatías: trisomías 21, 18, 13, síndrome de Turner.

(9) Estudio Ag plaquetarios madre y padre: Petición a la subdirección médica del hospital General Universitario de Alicante, adjuntando el anexo "FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO DE TROMBOPENIA ALOINMUNE", disponible de Lunes a Jueves. Una vez aceptada la petición por la subdirección médica enviar formulario de solicitud al centro de transfusiones de la Fe (tfno. 963868100).

(10) Trombopenia Autoinmune: Tratamiento específico

-Transfusión según protocolo de transfusión adjunto con plaquetas maternas lavadas o irradiadas, donante compatible o donante universal (HPA1a negativo, HPA5b negativo)

-Gammaglobulina iv: 400mg/Kg/día durante 3-4 días

-Metilprednisolona iv: 1mg/Kg/8 horas durante 1-3 días

(11) Trombopenia Aloinmune:

- Transfusión según protocolo de transfusión adjunto.

-Gammaglobulina iv: 400mg/Kg/día durante 3-4 días.

-Prednisona (2mg/Kg/día) o metilprednisolona vo 1mg/Kg/12 horas

PROTOCOLO TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

PLQ (x10 ⁹)	TROMBOPENIAS NO INMUNES			TROMBOPENIAS INMUNES	
	No sangrado (1ª semana)	No sangrado (a partir 2ª s)	Sangrado mayor ¹	Autoinmune	Alloinmune
<20-30	Transfusión en todos	Transfusión en todos	Transfusión en todos	Transfusión si sangrado o no se puede utilizar IG	Transfusión
30-49	Solo si: <1000g Inestable ³ Sangrado mayor previo Sangrado menor ² actual Coagulopatía Previo a Qx o exanguinotx	No	Transfusión	Solo si sangrado o inestable	Transfusión
50-99	No	No	Transfusión	No	Transfusión si sangrado mayor
99	No	No	No	No	No

¹Sangrado mayor: Sangrado intraventricular grado 3-4; hemorragia pulmonar, hemorragia digestiva, hematuria macroscópica.

²Sangrado menor: petequias, sangrados en lugares de punción, hematuria microscópica.

³Clínicamente inestable: altas necesidades de oxígeno, TA fluctuante, hipovolemia.

❖ **Transfusión:** 10-15 ml /Kg de concentrado de plaquetas aumenta su n° de 50.000 a 100.000. Se transfunde mediante vía periférica, a una velocidad entre 30 minutos y 2 horas (lo más rápido que tolere el neonato)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO DE TROMBOPENIA ALOINMUNE:

Nombre niño/a			
Fecha de nacimiento		Fecha de estudio	
Nombre madre			
AÑOS		GRUPO	
Nombre padre			
AÑOS		GRUPO	
Domicilio			
teléfono			
Hospital			
Médico y tfno contacto			
Patología asociada			
Nº plaquetas			
Parto a termino		Cesarea	
Bajo peso			
Posibilidad infección			
Clínica hemorrágica			
Transfusión			
Tratamiento			
Evolución			
Antecedentes padres			
Embarazos/abortos			
enfermedades durante			
Plaquetas			

Bibliografía:

1. Caraciolo J, Fernandes MD. Neonatal thrombocytopenia. Uptodate 2011.
2. Roberts I, Murray NA. Neonatal thrombocytopenia. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2008; 13, 256-264.
3. Paidas MJ. Prenatal management of neonatal alloimmune thrombocytopenia. Uptodate 2011.
4. Chakravorty S, Murray N, Roberts I. Neonatal thrombocytopenia. Early Human Development (2005) 81; 35-41
5. Vecchio A, motta M. Evidence-based platelet transfusion recommendations in neonates. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2011; 24(S(1)): 38-40.