



**PROTOCOLO PARA TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO  
DE PLAQUETAS**

Basicamente as indicações da transfusão de concentrado de plaquetas (CP) estão associadas às plaquetopenias desencadeadas por falência medular, raramente em plaquetopenias por destruição periférica ou alterações congênitas da função plaquetária.

Em **plaquetopenias por tempo determinado**, frequentemente associadas a métodos terapêuticos para doenças oncológicas como quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea, indica-se transfusão de CP profilática:

- 1- Se plaquetas abaixo de 10.000 sem fatores de risco;
- 2- Se plaquetas abaixo de 20.000 na presença de fatores de risco como: febre acima de 38 graus, manifestações hemorrágicas menores (petéquias, equimoses, gengivorragias), GVHD, esplenomegalia volumosa, utilização de medicamentos que encurtam a sobrevivência das plaquetas (alguns antibióticos e antifúngicos), hiperleucocitose (contagem de leucócitos maior que 30.000), presença de outras alterações da hemostasia (CIVD) ou queda rápida da contagem das plaquetas.

Em **pacientes com plaquetopenia crônica** (por exemplo, aplasia da medula ou síndrome mielodisplásica), os pacientes devem ser observados sem transfusão. Esta estaria indicada profilaticamente se plaquetas abaixo de 5.000 ou abaixo de 10.000 com manifestações hemorrágicas.

**Pacientes pediátricos** toleram contagens mais baixas e está indicada transfusão profilática quando plaquetas abaixo de 10.000 em pacientes estáveis.

**Pacientes adultos** com tumores sólidos que farão quimioterapia ou radioterapia, transfundir se plaquetas abaixo de 20.000.

**Alteração da função plaquetária:**

Trombastenia de Glanzmann, Síndrome de Bernard Soulier, Síndrome da plaqueta cinza: transfundir se procedimentos cirúrgicos ou no caso de sangramentos, apenas se não houver resposta ao uso de antifibrinolíticos ou DDAVP.



**PROTOCOLO PARA TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO  
DE PLAQUETAS**

**Diminuição das plaquetas por diluição ou destruição periférica:**

Transfusão maciça: transfundir se plaquetas abaixo de 50.000 se duas volemias forem trocadas. Neste caso, transfundir se plaquetas abaixo de 50.000 ou abaixo de 100.000 com alterações graves da hemostasia, trauma múltiplo ou de sistema nervoso central.

CIVD: transfundir apenas se presença de sangramentos mesmo sem gravidade repondo fatores de coagulação (plasma fresco congelado) e CP objetivando contagens acima de 20.000.

Imunes: transfundir apenas se sangramentos graves com risco de vida para o paciente. A reposição deve ser agressiva e sempre associada com altas doses de corticóides e imunoglobulina.

Dengue hemorrágica: mesma situação da PTI, então não se transfunde profilaticamente. Mesmo caso na leptospirose e Riquetsioses.

**Procedimentos Cirúrgicos:**

Existe consenso que contagens plaquetárias acima de 50.000 são suficientes para a maioria dos casos com exceção de neurocirurgias ou procedimentos oftalmológicos que exigem contagens entre 80.000-100.000.

Punção lombar: plaquetas devem estar acima de 30.000

Biópsia de medula óssea: acima de 20.000

EDA e broncoscopia: com biópsia acima de 50000 e sem biópsia entre 20.000-40.000

Biópsia hepática: acima de 50.000

Cirurgias de médio e grande porte: acima de 50.000

Cirurgias neurológicas e oftalmológicas: acima de 100.000.

Cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea por mais de 90-120 minutos: podem ter a função plaquetária comprometida e nesta situação se ocorrer sangramento difuso intraoperatório deve-se transfundir CP mesmo se contagens acima de 50.000 plaquetas.

Púrpura trombocitopênica trombótica e na plaquetopenia induzida por heparina: transfundir apenas se sangramento grave com risco de vida e a profilaxia com transfusão está contra-indicada mesmo para realização de procedimentos cirúrgicos devido ocorrência de eventos tromboembólicos.



**PROTOCOLO PARA TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO  
DE PLAQUETAS**

**Compatibilidade ABO e Rh**

O significado clínico da transfusão de CP ABO incompatível é questionável.

Deve-se dar preferência a compatibilidade ABO porém, se esta não estiver disponível optar por ABO incompatíveis.

Aloimunização contra RhD está associada à contaminação por hemácias nos CP.

**Dose**

1U de plaquetas para cada 7-10Kg de peso do paciente.

Infundir em 30 minutos não excedendo a velocidade de 20-30ml/Kg/hora.

---

Protocolo elaborado por Sabrina Wisintainer e aprovado pelo Comitê Transfusional do Hemocentro Regional de Caxias do Sul, em setembro de 2015.

*Referências Bibliográficas:*

Guia para o uso de Hemocomponentes – segunda edição, Ministério da Saúde – 2014.

Gibson, B. E. *et al.* Transfusion guidelines for neonates and older children. Br J Haematol, 2004.

Roseff, S.D. *et al.* Guidelines for assessing appropriateness of pediatric transfusion. Transfusion, 2002. 42 (11), p.1398-1413.