

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00
		PÁGINA:1/6

1. OBJETIVO

Conceituar os distúrbios hemorrágicos do recém-nascido descrevendo as possibilidades diagnósticas direcionando a terapêutica específica.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Manuela Santana e Joiciane Bárbara.

2.2 EXECUÇÃO: Corpo clínico e equipe assistencial.

3. DEFINIÇÕES

TAP: Tempo de protombina

TTPA: Tempo de tromboplastina parcial ativado

TT: Tempo de trombina

CIVD: Coagulação intravascular disseminada

4. PÚBLICO-ALVO

Recém nascidos da Na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira.

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Os distúrbios hemorrágicos do recém-nascido podem resultar de alterações no mecanismo hemostático como integridade dos vasos sanguíneos, plaquetas e fatores de coagulação.

5.1. Recursos / materiais utilizados

Não se aplica.

5.2 Diagnóstico clínico e/ou laboratorial

5.2.1 Diagnóstico clínico

Baseia-se na história e no exame físico.

- História familiar: coagulopatias (hemofilia A e B), Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI);
- História obstétrica: infecções maternas, uso de drogas (hidralazina, anticonvulsivantes, anticoagulantes orais, rifampicina, isoniazida, indometacina, penicilinas e carbenicilinas (altas doses), cefalosporinas, sulfonamidas e quininas. História de sangramento de neonatos e fetos de outras gestações;
- Exame físico do recém-nascido (RN): locais de sangramento, icterícia, hepatoesplenomegalia, hemangiomas e sinais de infecções congênitas.

5.2.2 Diagnóstico laboratorial

- Fazer avaliação inicial com: hemograma completo, tempo de protrombina (TAP) e tempo de tromboplastina parcial (TTPa). Seguir fluxograma da investigação de distúrbio hemostático descrito abaixo.

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00
		PÁGINA:2/6

OBS.: se já houver história familiar, deve-se colher os exames do sangue de cordão, para evitar coleta desnecessária do neonato.

- Se hemorragia de trato gastrointestinal (TGI), diferenciar de sangue materno deglutido (Teste de Apt), realizado pelo método descrito a seguir: mistura-se uma parte da secreção sanguinolenta do TGI do RN a cinco partes de água, e centrifuga-se. Juntam-se 5 mL do sobrenadante a 1 mL de NaOH 1%. Se coloração rósea, o sangue é do RN (teste de Apt positivo). Se marrom–amarelada, é sangue materno deglutido.

5.3 Alterações vasculares

- Causas hereditárias (telangiectasia hemorrágica familiar);
- Causas adquiridas (hipóxia grave, infecção, hipotermia e trauma). Associam-se frequentemente com alteração no número de plaquetas e nos fatores de coagulação.

5.4 Alterações plaquetárias

5.4.1 Trombocitopenia neonatal: número de plaquetas abaixo de 150.000/mm³. Pode ocorrer devido a:

I. Trombocitopenia por destruição aumentada das plaquetas

A. Púrpura trombocitopênica imunomediada

- **Autoimune** – associada a púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) materna, a outras doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, hipertireoidismo) ou a uso de drogas (digoxina, sulfamida). Autoanticorpos maternos atravessam a placenta e levam a destruição das plaquetas fetais. O recém-nascido (RN) habitualmente é assintomático, ou apresenta leve sangramento (petéquias). Existe baixo risco de sangramentos graves. Lembrar que a mãe com PTI esplenectomizada é fator de risco para trombocitopenia grave neonatal. Tratamento: Se plaquetas < 50.000/mm³ e sangramento ou plaquetas.
- **Aloimune** – Aloanticorpos maternos formados por gestação ou transfusão atravessam a barreira placentária e levam à destruição de plaquetas do feto/ RN. A mãe apresenta plaquetas normais. O RN pode ser saudável, com petéquias, ou apresentar hemorragia gastrointestinal ou do trato genitourinário. Há risco elevado de hemorragia intracraniana precoce. Tratamento: se plaquetas < 50.000/mm³ e sangramento ou plaquetas

B. Púrpura trombocitopênica não-imunomediada

Associada a condições patológicas neonatais como: enterocolite necrosante, sepse, anemia hemolítica, policitemia, retardo de crescimento fetal, exsanguíneotransfusão, hiperesplenismo, hemangiomas (síndrome de Kasabach-Merrit), nutrição parenteral prolongada, hipertensão pulmonar persistente neonatal, isoimunização Rh e erros inatos do metabolismo.

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00
		PÁGINA:3/6

Tratamento: deve ser realizado se plaquetopenia grave e presença de sangramento. Observar protocolo de transfusão.

II. Trombocitopenia por diminuição na produção de plaquetas

Pode estar associada a várias doenças congênitas: anormalidades cromossômicas (trissomias 13 e 18), leucemia congênita, anemia de Fanconi, trombocitopenia com ausência de rádio, trombocitopenia amegacariocítica.

Tratamento: deve ser realizado se plaquetopenia grave e presença de sangramento. Observar protocolo de transfusão.

5.4.2 Disfunção plaquetária

As plaquetas apresentam-se em número normal, porém com função alterada. Pode ser adquirida, como no uso de drogas maternas (aspirina, penicilina, cefalosporinas, carbenicilina, indometacina) ou associada à fototerapia, diabetes materno e acidose; ou hereditária, tromboastenia de Glanzmann, síndrome de Bernard-Soulier e síndrome de Wiskott-Aldrich.

Tratamento: deve ser realizado se presença de sangramento. Observar protocolo de transfusão.

5.5 DEFICIÊNCIA DOS FATORES DE COAGULAÇÃO

5.5.1 Alterações hereditárias

I. Hemofilias A (deficiência do fator VIII) e B (deficiência do fator IX)

Manifestações no período neonatal em 10% dos casos, como sangramento, de leve a intenso, em locais de punção, coto umbilical, pós-operatório, e hemorragia intracraniana.

O diagnóstico pode ser realizado com a coleta de amostra de sangue de cordão para quantificação da atividade do fator. Normalmente associado a história familiar, com prevalência quase exclusiva em RN do sexo masculino.

Tratamento: Infusão do fator deficiente se sangramentos.

II. Doença de Von Willebrand – deficiência do fator de Von Willebrand (cofator de adesão plaquetária e carreador do fator VIII na circulação)

Exerce papel importante na hemostasia. Pode se apresentar como problemas na hemostasia primária ou secundária, pela possível diminuição grave concomitante do FVIII.

Tratamento: Infusão do Fator de Von Willebrand, se sangramentos.

5.5.2 Alterações adquiridas

I. Coagulação intravascular disseminada (CIVD)

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00
		PÁGINA:4/6

Coagulopatia adquirida caracterizada pelo consumo intravascular de fatores de coagulação, principalmente I, II, V, VIII e XI e de plaquetas. Pode ser desencadeada por asfixia grave, hipotermia, sepse, choque hemorrágico, aspiração meconial, acidose, enterocolite necrosante e síndrome do desconforto respiratório neonatal.

Tratamento: controlar a doença de base, e transfundir, se sangramento ou no pré-operatório, conforme protocolo de transfusão.

II. Doença hepática

Leva à deficiência de múltiplos fatores de coagulação.

Tratamento: transfundir, se sangramento ou no pré-operatório, conforme protocolo de transfusão.

III. Deficiência de vitamina K

Deficiência de produção dos fatores II, VII, IX e X, sendo responsável pela chamada “doença hemorrágica do recém-nascido” (ver detalhes na tabela 1).

Tratamento: vitamina K: 2mg IV (evitar a administração intramuscular pelo risco de formação de hematoma). Nas hemorragias graves, administrar plasma fresco congelado 10 a 20mL/Kg. Se hemorragia intracraniana ou sangramentos intensos pode-se utilizar concentrado de protrombina (II, IX, X) 50U/Kg + vitamina K1 – 2mg IV.

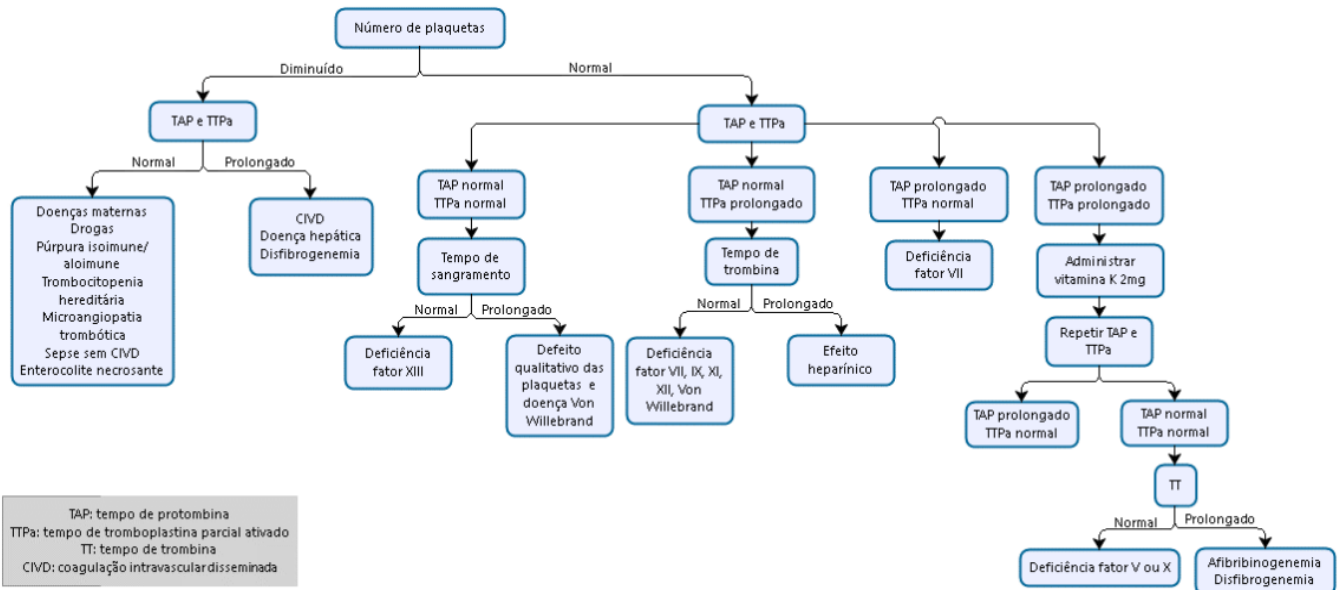
Tabela 1. Doença hemorrágica do recém-nascido

	PRECOCE	CLÁSSICA	TARDIA
INÍCIO	< 24 horas de vida	2 a 7 dias de vida	2 a 12 semanas de vida
Etiologia e fatores de risco	Uso materno de anticonvulsivantes (barbitúricos e fenitoína), de anticoagulante oral (ACO), rifampicina, isoniazida e causa idiopática.	Oferta inadequada de vitamina K ao nascimento e aleitamento materno exclusivo.	Oferta inadequada de vit K ao nascimento, e aleitamento materno exclusivo associado a alteração na absorção da vit K (diarreia, fibrose cística, hepatite, doença celíaca, deficiência de α_1 antitripsina e atresia de vias biliares)
Localização	TGI, umbilical, intra-abdominal, HIC* (20%) e céfalo - hematoma.	TGI, coto umbilical, pós-circuncisão, ouvido, nariz, boca, pontos de punção e HIC.	HIC (50%), TGI**, pele, ouvido, nariz, boca, pontos de punção, TGU***, intratorácico.
Profilaxia	Suspender droga materna, se possível. Substituir o ACO por heparina no primeiro e no terceiro trimestres de gestação. Repor Vit K.	Vitamina K ₁ – 1mg/ IM ao nascimento.	Vitamina K ₁ – 1mg/ IM ao nascimento e a cada quatro semanas.

*HIC: hemorragia intracraniana **TGI: trato gastrointestinal ***TGU: trato genito-urinário

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00 PÁGINA:5/6

ALGORITMO - ROTEIRO NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME HEMORRÁGICA DO RECÉM-NASCIDO*



* Modificado de Gross & Stuart.

5.6 Medidas gerais

- Manter estabilidade respiratória e hemodinâmica;
- Lavagem gástrica com soro fisiológico em temperatura ambiente (evitar soro gelado) nos sangramentos de TGI, se indicado;
- Evitar injeções intramusculares, punções vasculares, capilares e procedimentos invasivos.

6. POSSÍVEIS FALHAS / AÇÕES DE CORREÇÃO

Não se aplica.

7. INDICADORES

Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS

Balda RCX. Distúrbios hemorrágicos no período neonatal. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Myoshi MH, Guinsburg R. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p.413-21.

Deutsch, ADA; Espiridião, S. Síndromes hemorrágicas. In: Rugolo, LMSS. Manual de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª ed., São Paulo, 2000, p.178-81.

Gomella, TL; Cunningham MD; Eyal, FG; Zenk, KE. Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases and drugs. 4th edition, Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, 1999, p.330-34.

PROTOCOLO		
DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS DO RECÉM-NASCIDO	CÓDIGO: PR.CMED.010	REVISÃO: 00
		PÁGINA:6/6

Luchtman-Jones, L; Schwartz, AL.; Wilson, DB. The blood and hematopoietic system. In: Fanaroff, AA; Martin, RJ. Neonatal-perinatal medicine. Diseases of the fetus and infant. 7th ed. Mosby, St Louis 2002; vol.2, p.1183-1254.

Schmidt, BK; Whyte, RK. Hematologic disorders. In: Kirpalani, H; Moore, A; Perlman, M. Residents handbook of neonatology. Third ed, 2006, USA, p.211-19.

9. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/revisado por	Data	Histórico de alteração	Aprovado por	Data
00	Manuela Santana Joiciane Bárbara	05/01/2024	Elaboração de documento	Mauro Bezerra	08/01/2024

11. ANEXOS

Não se aplica.