

BANC DE SANG  
I TEIXITS

## Newsletter de la sang

Núm. 3 Newsletter de la sang

## ■ Sumari

- » Newsletter de la sang
- » Editorial


## Newsletter de la sang

Newsletter de l'Hemodonació i la Transfusió



## • Editorial

En els darrers, anys estem assistim a l'aparició de nous patògens a causa de diverses circumstàncies. En primer lloc, la mobilitat de les persones per motius de turisme, migracions o viatges de negocis. Això determina que persones portadores de patògens s'instal·lin, transitòriament o de forma permanent, en societats en les quals aquests patògens són inhabituals.

 Més informació [Subscriure's](#) [Donar-se de baixa](#) [Enviar a un amic](#)

## Més continguts

- El brot epidèmic de grip A i el subministrament de components sanguinis
- Cribatge selectiu d'HTLV I/II en el BST. Actuació davant de les alertes de patògens emergents
- La fotofaèresi extracorpòria (Extracorporeal Photopheresis ECP)
- El BST disposa de plaquetes HPA-1a negatiu: revisem els seus usos terapèutics

↑ Pujar

ORGANITZACIÓ QUE  
PUBLICA ELS  
CONTINGUTS (STAFF)

Banc de Sang i Teixits

## CONTACTE

Marta Garriga  
Màrqueting  
[mgarriga@bstcat.net](mailto:mgarriga@bstcat.net)


 Generalitat de Catalunya  
 Departament de Salut

© 2009 Banc de Sang i Teixits  
 Info legal - Contacte



Núm. 3 Newsletter de la sangre

[Índex](#)[Enviar a un amic](#)**• El brot epidèmic de grip A i el subministrament de components sanguinis**

Algunes previsions apunten a que **més del 35% de la població pot afectar-se per la grip**. Això voldrà dir que una part important dels donants habituals o esporàdics de sang no podran seguir col·laborant amb el BST. És possible que les campanyes de donació de sang que tenen lloc a empreses i universitats s'hagin de suspendre. En definitiva, **hem de preveure que si el brot d'epidèmia de la grip A supera considerablement el de la grip estacional, es produirà un descens important de les donacions de sang total**. Cal preveure que, en el període de temps que duri l'epidèmia, aquest descens pot ser del 20–30%.

Si l'epidèmia adquireix les magnituds que s'han vingut anunciant, també es produirà una **disminució de la demanda d'hematies**, atesa la reorientació de l'assistència sanitària, que preveu un descens de la cirurgia programada. D'altra banda, no hi ha motius per pensar que les necessitats de plaquetes i de plasma es modificaran.

Si el descens de les donacions supera el de la demanda d'hematies, és evident que es produirà una **situació de conflicte important** perquè no es podrà donar resposta a totes les necessitats. A més, aquesta situació pot ser difícil de revertir, perquè ni volent, la població podrà anar massivament a donar sang com s'ha produït en altres circumstàncies de dificultat.

Per això, cal començar a adoptar algunes mesures poc complexes però que poden ser de gran utilitat. El BST hem començat per **incrementar els estocs de productes que es poden conservar durant un període temps llarg** (plasma fresc i crioprecipitats). Però a més, cal arribar a l'inici de l'epidèmia, amb uns **estocs de concentrats d'hematies adequats**. Això es tradueix en que disposem, com a mínim, dels **necessaris per al consum de 7 dies (aproximadament, 7.000 CH)**. Però també cal que la distribució dels grups sanguinis d'aquests hematies segueixi la distribució normal de la població.

**ORGANITZACI&OACUTE;  
QUE PUBLICA ELS  
CONTINGUTS (STAFF)**

Banc de Sang i Teixits

**CONTACTE**

Marta Garriga

Màrqueting

[mgarriga@bstcat.net](mailto:mgarriga@bstcat.net)

En cas contrari, fàcilment es produiria el dèficit específic d'hematies d'un determinat grup sanguini. En la pràctica habitual, no és infreqüent el dèficit d'hematies 0 negatius i l'excedent de B i AB positius. Un fet semblant es produeix amb el plasma del grup AB, que sovint resulta insuficient per cobrir totes les demandes. Si aquestes situacions de conflicte apareixen en condicions normals, és possible que en situacions de crisi aflorin amb més gravetat.

En conseqüència, cal remarcar que **és indispensable que tant els hematies com el plasma que s'administrin siguin del mateix grup sanguini que el receptor, per evitar el sobreconsum d'alguns grups i el consegüent dèficit.**

Si aquestes mesures i les que s'emprendran per augmentar les donacions no fossin suficients per assegurar les necessitats urgents de transfusió, **caldrà implantar d'altres que limitin la total i lliure disponibilitat de productes sanguinis que s'hauran de reservar per a les transfusions destinades als malalts crítics.** En aquest cas, serà la Comissió d'Hemoteràpia de Catalunya l'organisme amb potestat per endegar aquestes mesures.

En resum, atès que en els propers mesos ens poden trobar en una situació de manca de components sanguinis, cal implantar totes les **mesures necessàries per fer un ús el més racional possible d'uns recursos** que, en condicions normals, són limitats i que, en un futur pròxim, a més, poder ser escassos.

---

[↑ Pujar](#)



© 2009 Banc de Sang i Teixits  
Info legal - Contacte



BANC DE SANG  
I TEIXITS

## Newsletter de la sang

Núm. 3 Newsletter de la sangre

 [Índex](#)



[Enviar a un amic](#)



• **Cribratge selectiu d'HTLV I/II en el BST. Actuació davant de les alertes de patògens emergents**  
Anàlisi dels resultats de la determinació durant un any dels anticossos anti-HTLV I/II en donants de risc



El 2005, el Reial Decret es va actualitzar i va obligar els bancs de sang espanyols a implementar el cribratge de la **malaltia de Chagas en donants de risc**. Així, des de setembre de 2005, les persones nascudes o transfoses, o de **mare nascuda a l'Amèrica Central i del Sud** s'accepten com a donants de sang si la determinació d'anticossos enfront del paràsit *Trypanosoma cruzi* és negativa.

Per altra banda, la infecció pel virus limfotrópic de les **cèl·lules T humanes** (Tipus I o tipus II: HTLV-I/II) és endèmica al Japó, l'Àfrica Occidental, el Carib i també en alguns països de l'Amèrica Central (El Salvador, Hondures i Costa Rica). **Per normativa europea, les persones portadores d'aquest virus s'han d'excloure de la donació**, ja que existeix el risc de transfusió de cèl·lules infectades.

El cribratge d'HTLV-I/II no s'ha implementat en els bancs de sang espanyols, per no ser Espanya zona endèmica. Tanmateix, s'exclouen de la donació les persones nascudes en zones d'altra prevalença. En el BST es va implementar al febrer de 2008 el **cribratge d'HTLV-I/II** com a mesura de seguretat addicional, en el grup de donants de **risc de Chagas**. Aquesta mesura va permetre a més determinar la prevalença de la infecció per HTLV-I/II en els donants de l'Amèrica Central i del Sud.

Entre febrer de 2008 i febrer de 2009, es van analitzar **11.861 donacions** per la presència d'anticossos anti-HTLV-I/II, corresponents a 8.721 donants. Els països d'origen més representats en aquest grup de donants van ser Argentina (21%), Colòmbia (19%), Equador (11%) i Brasil (10%). Set donants (5 dones/ 2 homes, de 18 a 57 anys) es van confirmar positius d'HTLV-I. La prevalença d'infecció per HTLV-I en donants procedents o que han residit a l'Amèrica Central o del Sud és del 0,08%. Els donants positius van néixer a Xile, Perú, Bolívia, Equador i Colòmbia. Dos donants eren donants habituals del nostre centro, fet pel qual es va procedir a fer un "look-back" dels

**ORGANITZACI&OACUTE;  
QUE PUBLICA ELS  
CONTINGUTS (STAFF)**

Banc de Sang i Teixits

**CONTACTE**

Marta Garriga

Màrqueting

[mgarriga@bstcat.net](mailto:mgarriga@bstcat.net)

productes transfosos (5 concentrats d'hematies leucorreduïts a 5 receptors). Quatre receptors havien mort poc després de la transfusió i un receptor va presentar una serologia negativa per a HTLV-I/II.

Durant el seguiment clínic dels donants, es van identificar 5 familiars també infectats per HTLV-I: 3 parelles sexuals (una de nacionalitat espanyola) i els pares de la donant més jove d'origen equatorià. Aquests 12 casos *catalans* van representar més de la meitat dels casos diagnosticats a tota Espanya durant el 2008.

### **Actuació del BST enfront les alarmes epidemiològiques**

A banda dels moviments poblacionals, altres factors provoquen l'aparició de noves malalties. La instal·lació del **Mosquit Tigre** en els països mediterranis és un exemple. El Mosquit Tigre (*Aedes albopictus*) és vector de malalties virals como el **Dengue** o la **Febre de Chikungunya**, transmissibles per la sang. Aquestes malalties estaven en principi descrites en zones tropicals.

L'arribada del vector en les costes del Mediterrani ens exposa el risc de transmissió i brots locals, tal com va ser el cas durant l'estiu de 2007 a Itàlia per la Febre de Chikungunya (Regió de l'Emília Romagna). El Mosquit Tigre s'havia instal·lat uns anys abans en aquesta zona d'Itàlia, un viatger va iniciar el brot en tornar de l'Índia al juny de 2007. Aquest brot va obligar els bancs de sang a suspendre les col·lectes en aquesta regió durant un mes.

Per evitar haver d'aturar les col·lectes de sang en el cas de brot local de Febre de Chikungunya a Catalunya, el BST va desenvolupar una **tècnica de PCR a temps real** per detectar el virus en plasma. La virèmia alta que acostumen a presentar les persones afectades així com la bona sensibilitat de la tècnica permetrien analitzar les donacions en *pools* de 96 donacions per determinació en cas de necessitat.

Un altre patògen que podria afectar les col·lectes de sang és el **virus del Nil** (West Nile Virus), el seu vector és el **Mosquit Culex** i l'hoste habitual són les aus. El mosquit també pot transmetre el virus a humans i cavalls. La infecció pot provocar meningoencefalitis. A França, es van descriure dos casos en humans i molts en cavalls al 2003. Als Estats Units, una epidèmia va començar al 1999 a Nova York, i, des d'aleshores, els casos d'infecció han anat estenent-se per tots els EUA.

**El cribratge per detecció dels àcids nucleics (NAT) és obligatori en totes les donacions de sang des de 2003.**

La detecció per tècniques NAT del virus en

donacions de sang es veu limitada per virèmies normalment baixes que obliguen determinacions individuals o en mini-pools de fins a 16 donacions. Actualment, **s'aplica en el BST una exclusió temporal durant 28 dies després d'abandonar una zona en què es detecten casos de transmissió a humans.**

Els moviments migratoris senzillament a causa de viatges turístics poden portar a la "importació puntual" d'agents infecciosos nous. El brot de grip A (*Influenza*) que es va iniciar a Mèxic i als EUA és una bona il·lustració.

Encara que no existeixen casos de transmissió del virus per transfusió, s'han de prendre precaucions en la selecció de donants. **En el banc de sang, les persones amb febre segueixen sense poder donar sang.** A més, arran de l'altre brot de Dengue a l'Amèrica Central i del Sud, s'aplica una exclusió temporal d'un mes a totes les persones que han estat de viatge a Amèrica Central o del Sud. Aquesta mesura inclou els viatgers que procedeixen de Mèxic i que es poden haver exposat al virus *Influenza*.

Finalment, poden aparèixer altres brots provocats per patògens no necessàriament nous però que poden afectar l'activitat del banc de sang. És el cas del recent **brot de virus de l'Hepatitis A (VHA)** que va començar a Barcelona al setembre de 2008. El VHA és un virus molt comú de transmissió feco-oral, que també es pot transmetre per transfusió. Existeix una vacuna, però no és obligatòria en el nostre país, només queda recomanada per a determinats grups de risc.

El brot de Barcelona afecta majoritàriament a homes que tenen relacions sexual amb homes (87 identificats de 150 casos entre el 01/09/2008 i el 09/03/2009). De forma general, s'ha descrit un augment en el nombre de notificacions d'infeccions per augment en el nombre de notificacions d'infeccions per VHA en altres regions d'Espanya (Andalusia, Madrid i Castilla La Mancha). En principi, els donants que presenten relacions sexuals de risc s'exclouen per a la donació de sang, però el **BST està implementant la tècnica NAT de detecció dels àcids nucleics del VHA en pools de plasma de 96 donacions de forma temporal fins que finalitzi el brot.**

En el BST ens informem de forma contínua de les **alertes epidemiològiques** a nivell mundial gràcies a la consulta setmanal de varis **butlletins epidemiològics** (DIT Alerte, Institut de Veille Sanitaire, França, i Eurosurveillance, European Center for Disease Control, ECDC) i intentem adaptar-nos a aquestes.

---

[↑ Pujar](#)



© 2009 Banc de Sang i Teixits  
[Info legal](#) - [Contacte](#)



BANC DE SANG  
I TEIXITS

## Newsletter de la sang

Núm. 3 Newsletter de la sangre

 Índex



Enviar a un amic



### • La fotofàeresi extracorpòria (Extracorporeal Photopheresis ECP)

#### Aplicacions clíniques

L'ECP s'ha utilitzat amb èxit en el tractament del **Limfoma T cutani** (síndrome de Sézary) **eritrodèrmic** (aprovat per la FDA des de 1988). També s'ha utilitzat amb bons resultats en la **Malaltia de l'empelt contra l'hoste GVHD** (agut i crònic) **posttrasplantament**, i en la prevenció i el **tractament del rebuig en el trasplantament cardíac**, però aquests casos encara no disposen de la indicació aprovada, i per tant s'utilitza com a "**ús compassiu**".

Alguns estudis no controlats han reportat el seu ús en **diferents malalties autoimmunes immunològiques**, amb diferent grau de resposta.

No s'ha demostrat eficàcia en:

- Esclerosis sistèmica
- Esclerosis múltiple
- I en altres formes de limfoma cutani diferents al síndrome de Sézary

El principal avantatge d'aquest tractament és la baixa freqüència d'efectes secundaris, ja que no produeix immunosupressió i es tolera molt bé clínicament.

Els inconvenients són la infraestructura necessària i l'elevat cost.

#### **Les etapes**

La fotofàeresi o fotoquimioteràpia extracorpòria (ECP) és un tractament immunomodulador que consta de **3 etapes**:

- **Leucofàeresi:** separació de plasma ric en leucòcits del pacient (*buffy coat*)
- **Fotoactivació del *buffy coat*:**
  - o administració *ex vivo* d'un fotosensibilizador (8-methoxypsoralen)
  - o i irradiació ultravioleta A,

**ORGANITZACIÓ I OACUTE;  
QUE PUBLICA ELS  
CONTINGUTS (STAFF)**

Banc de Sang i Teixits

#### **CONTACTE**

Marta Garriga

Màrqueting

[mgarriga@bstcat.net](mailto:mgarriga@bstcat.net)

## Reinfusió al pacient

### Mecanisme d'acció

El mecanisme d'acció i l'esquema de tractament òptim estan encara en estudi.

La base del tractament de la fotoafèresi extracorpòria és la **reinfusió dels leucòcits** prèviament exposats al 8-methoxy-psoralé (8-MOP) i a la irradiació amb UVA.

La immunotolerància induïda per fotoafèresi és, molt probablement, el mecanisme responsable de la seva eficàcia clínica.

### Les 3 fases del procediment tècnic i esquema terapèutic:

1. La **leucoafèresi**
2. L'administració *ex-vivo* del **psoralé** i la **irradiació amb UVA**
3. La **reinfusió** al pacient del producte tractat

Cada sessió/procediment té una durada aproximada d'**1 hora** i es fa **ambulatòriament** (amb cita programada).

La seva aplicació requereix disposar de

1. L'aparell **d'afèresi i il·luminador UVA**
2. El **fàrmac 8-methoxypsoralé**, líquid, que s'administra *ex vivo* en cada procediment. S'ha d'injectar dins del *buffy coat*, just abans de la il·luminació per UVA.
3. Personal **facultatiu i d'infermeria** específicament format i entrenat

L'esquema terapèutic, en general, per al GVHD consisteix en 2 procediments setmanals durant 3 mesos, seguint amb 2 procediments mensuals els 6 mesos següents.

La durada del tractament depèn de la resposta aconseguida. Cada malalt rep **una mitjana de 20-30 sessions en el curs d'un any**. En altres patologies de tipus autoimmune la intensitat del tractament els primers mesos és menor, sent generalment de 2 procediments mensuals.

### Fotoafèresi a Catalunya

El BST ha valorat posar en marxa el sistema de fotoafèresi extracorpòria en resposta a la demanda dels hematòlegs clínics dels hospitals trasplantadors de Catalunya, i després de fer-ne la valoració tècnica i mèdica per un grup de treball multidisciplinari.

Es considera que el BST, com a únic proveïdor

d'hemoteràpia a Catalunya, ha de tenir en la seva cartera de serveis la fotoafèresi per a aquells malalts que en siguin candidats, d'acord amb el protocol consensuat per a l'ús i seguiment.

Al març de 2008, es va constituir un grup de **treball multidisciplinari i multicèntric català**, on participen hematòlegs clínics, hematòlegs dels serveis de transfusió i hematòlegs de teràpia cel·lular. S'ha reunit periòdicament i ha consensuat el protocol de tractament i seguiment.

### El circuit previst

El tractament és generalment ambulatori i s'ha centralitzat al **servei de transfusions del BST. Vall d'Hebron** (en funcionament des de març 2009), que rep i avalua la sol·licitud. Si compleix els requisits, programa el pacient.

Requisits:

- Complir els **critèris d'inclusió del protocol** acordat pel grup de treball.
- **Sol·licitud de fotoafèresi signada** pel cap d'hematologia de l'hospital d'origen.
- **Sol·licitud aprovada d'ús compassiu.** Farmàcia hospitalària.

El grup de treball en fa el seguiment i l'avaluació periòdica

### Conclusions

L'objectiu del grup de treball de la fotoafèresi a Catalunya és establir un consens en la utilització de la **fotoafèresi com a tractament**, i per la malaltia de l'empelt contra **l'hoste i per al limfoma T cutani**, utilitzant la medicina basada en l'evidència i la "best medical practice" (millor practica clínica), per tal d'estandaritzar tant els criteris de selecció de malats candidats com els esquemes terapèutics a Catalunya.



Enllaços relacionats



Bibliografia

↑ Pujar



BANC DE SANG  
I TEIXITS

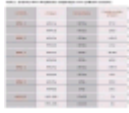
## Newsletter de la sang

Núm. 3 Newsletter de la sangre

 Índex



Enviar a un amic



### • El BST disposa de plaquetes HPA-1a negatiu: revisem els seus usos terapèutics



Actualment, es disposa d'un panell de prop de **400 donants de plaquetes tipificats per HLA i HPA**. Aquest registre inclou 20 donants HPA-1a negatius, dels quals 15 són també HPA-5b negatius. Amb aquest grup de donants es poden seleccionar plaquetes compatibles pels **malalts amb una refractarietat a les transfusions de plaquetes d'origen immune**.

Des del passat mes de febrer, el BST ha posat en marxa un programa d'afèresi de donants de plaquetes HPA-1a negatiu que realitzen donacions periòdiques de forma programada, que assegura la disponibilitat de plaquetes HPA-1a negatiu amb una disponibilitat immediata. En casos de trombopènia fetal- neonatal al·loimmune (TFNA) demostrada o davant la sospita clínica, es disposa d'aquest producte, el que comporta una millora terapèutica per a aquests pacients.

El principal ús terapèutic de plaquetes HPA-1a negatiu és la transfusió, profilàctica o terapèutica, als nounats amb TFNA. La trombopènia es produeix per la destrucció de les plaquetes del fetus induïda per anticossos produïts per la mare, que van dirigits contra antígens específics plaquetaris d'origen patern. És una eventualitat que té lloc aproximadament en 1 de cada 1.000 naixements, i és la causa més freqüent de trombopènia greu en fetus i nounats. La TFNA és el resultat de l'existència d'una **incompatibilitat maternofetal en els antígens plaquetaris (HPA; Human Platelet Antigens)** i de la **sensibilització de la gestant**, que produeix anticossos anti-HPA de tipus IgG, que travessen la barrera placentària (1).

En la *Taula 1 (imatge adjunta)* es mostren els sistemes HPA més rellevants per a aquesta patologia, la seva localització en les diferents

**ORGANITZACIÓ I OACUTE;  
QUE PUBLICA ELS  
CONTINGUTS (STAFF)**

Banc de Sang i Teixits

**CONTACTE**

Marta Garriga

Màrqueting

[mgarriga@bstcat.net](mailto:mgarriga@bstcat.net)

glicoproteïnes de la membrana plaquetar i la freqüència de cada antigen en la població caucàsica. Menys d'un 3% d'aquesta població és HPA-1a negatiu (HPA1b1b) mentre que més del 97% és HPA-1a positiu (HPA1a1a o HPA1a1b). **La causa més freqüent de TFNA és la immunització enfront l'antigen HPA-1a**, que representa més del 75% dels casos descrits. Amb una freqüència molt menor, la causa és una immunització enfront els antigens HPA-5b o HPA-15b. En la *figura 1 (imatge adjunta)* es mostren les especificitats dels anticossos anti-HPA identificats en un recent estudi de 200 casos de TFNA (2). Tot i que existeix una incompatibilitat per l'antigen HPA-1a aproximadament en una de cada 350 gestacions, només en 1:1.000 naixements es produeix una trombopènia. La capacitat d'alloimmunitzar-se enfront l'antigen HPA-1a en les gestants HPA-1a negatiu està molt lligada al HLA; les dones HLA DRB3\*010 positives tenen un risc 140 vegades superior de sensibilitzar-se que aquelles que no tenen aquest al·lel HLA.

La TFNA seria, doncs, una situació homologable a la malaltia hemolítica del fetus i nouat per incompatibilitat Rh (D), però, a diferència d'aquesta, **es produeix en un 30-50% de casos en la 1a gestació**. Degut a que, en la actualitat, no es realitza un cribatge d'anticossos anti-HPA de rutina a les gestants, la majoria de casos de TFNA es diagnostiquen en el moment del naixement. Tot i que el grau de trombopènia és variable, la TFNA pot ser potencialment molt greu ( $<20 \times 10^9/l$ ), comportant un **risc d'hemorràgia intracranial** en un 10-30% d'aquestes gestacions. Més del 50% de HIC es produeixen durant la vida intrauterina, habitualment entre les 30 i 35 setmanes de gestació, però, a vegades, tan prematurament com a les 20 setmanes de gestació.

Les gestants immunitzades amb anticossos anti-HPA, amb antecedents de TFNA en una gestació anterior, presenten un **risc molt elevat de recidiva**, que pot arribar a un 90%. D'altra banda, s'ha observat també que en les successives gestacions, la gravetat de la trombopènia tendeix a augmentar. Aquestes evidències justifiquen el donar un tractament preventiu en les gestants amb antecedents de

TFNA, amb dosis altes d'immunoglobulines e.v. i/o corticoides i, en algunes situacions, es planteja realitzar una cordocentesi amb **transfusions intrauterines** de plaquetes compatibles. La tendència actual és realitzar un tractament a la gestant adaptat al grau de risc en cada cas (3). S'aconsella **programar una cesària** entre la setmana 34-36 de gestació, segons els casos, i disposar de **plaquetes compatibles** amb el sèrum de la mare.

### **Diagnòstic de Trombopènia Fetal/Neonatal Al·loimmune (TFNA)**

La trombopènia és una alteració hematològica relativament freqüent en nounats, que arriba a afectar el 25% dels casos que ingressen en una unitat de cures intensives. Es manifesta per diàtesi hemorràgica més o menys greu, des de l'aparició de petèquies i/o equimosis, fins a hematúria, hemorràgies digestives o, en els casos més greus, una hemorràgia intracranial. Existeixen **moltes causes** de trombopènia neonatal, com infeccions, asfíxia perinatal, alteracions de la hemopoesis, trastorns autoimmunes en la mare (PTAI, Lupus), etc. **El moment d'aparició, el grau de trombopènia i l'evolució orienten molt sobre la possible etiologia en cada cas** (4). Caldrà sospitar una etiologia al·loimmune en aquells casos en què la trombopènia apareix de forma molt precoç, des del naixement o a les poques hores de néixer, en nounats d'una mare sana, sense trombopènia, i després d'una gestació i un part sense complicacions. **La xifra de plaquetes és molt variable**, però pot arribar a ser  $<20 \times 10^9/l$ . D'altra banda, són nens que no presenten altres patologies ni alteracions biològiques destacables. En algunes ocasions, es tracta d'un nounat totalment asimptomàtic en què la trombopènia és una troballa casual, al realitzar una analítica per altres causes.

Davant la sospita d'una TFNA caldrà **confirmar el diagnòstic** mitjançant un estudi serològic, investigant la presència en el sèrum de la mare d'al·loanticossos antiplaquetaris. Caldrà també remetre mostres al **laboratori d'Immunohematologia** de la parella i del nen, per posar de manifest l'existència o no d'incompatibilitat maternofetal per als sistemes

HPA, i completar l'estudi realitzant una prova creuada entre el sèrum de la mare i les plaquetes del pare; aquesta darrera prova permetrà descartar anticossos enfront antígens de baixa freqüència. En molts casos, tot i la millora de les tècniques utilitzades als laboratoris, no s'arriben a demostrar anticossos en el sèrum de la mare. Malgrat això, quan la sospita clínica és clara, l'existència d'alguna incompatibilitat pel sistema HPA, dona suport al diagnòstic de TFNA.

### **Tractament del nounat amb una possible TFNA**

Davant la sospita clínica d'una possible TFNA, cal **iniciar el tractament sense esperar els resultats dels estudis** del laboratori.

Recentment ha estat publicat una revisió de trombopènia en el nounat (4) on es presenten unes **Guies per a la Transfusió de Plaquetes** en nounats en general i en casos de **TFNA o sospita de TFNA** (Taula 2, imatge adjunta).

Idealment, es transfondran plaquetes de donant únic, amb fenotip HPA compatible amb la mare. En cas que el fenotip no es conegui, és aconsellable **transfondre plaquetes HPA-1a negatiu**, que seran compatibles amb el sèrum de la mare en més del 75% dels casos. Si es disposa de plaquetes HPA-1a i HPA-5b negatives, seran compatibles amb el sèrum matern en més d'un 90% dels casos de TFNA.

Adicionalment, s'administren immunoglobulines (Ig) endovenoses en altes dosis (1gr/Kg/dia, 2 dies) com a tractament complementari a la transfusió; les Ig e.v. aconseguixen remuntar la xifra de plaquetes habitualment en pocs dies fins a nivells de seguretat (>50x10<sup>9</sup>/l) en la majoria de casos. En casos menys greus, les Ig e.v. constitueixen el tractament d'elecció.

### **Nou programa de donants de plaquetes HPA-1a negatiu al BST**

És aconsellable que els centres de transfusió i els bancs de sang connectats amb serveis hospitalaris de neonatologia, mantinguin un registre de donants genotipats per als sistemes HPA, a fi de proveir de plaquetes compatibles quan es requereixin. Cal tenir present que sempre hi haurà una demora, d'unes 24 hores mínim, des de

que se cita un donant fins que el producte es pot transfondre. El BST disposa, des de fa 2 anys, d'un **panell de prop de 400 donants de plaquetes tipificats** per a HLA i HPA, per poder seleccionar donants compatibles per als pacients amb refractarietat plaquetar immune i en casos de TFNA. Aquest registre inclou 20 donants HPA-1a negatius, dels quals 15 són també HPA-5b negatius.

Des del passat mes de febrer, el BST ha posat en marxa un **programa d'afèresi de donants de plaquetes HPA-1a negatiu** que realitzen donacions periòdiques de forma programada, que assegura la disponibilitat de plaquetes HPA-1a negatiu amb una disponibilitat immediata. En casos de TFNA coneguts o davant una sospita clínica de TFNA, es podrà disposar d'aquest producte, el que comportarà una millora terapèutica per a aquests pacients.

 **Enllaços relacionats**

 [Bibliografia](#)

[↑ Pujar](#)

 **Generalitat de Catalunya**  
**Departament de Salut**

© 2009 Banc de Sang i Teixits  
Info legal - Contacte