
ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DO VALE DO ITAJAÍ**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS UNDERGOING BLOOD COMPONENT TRANSFUSIONS IN A PEDIATRIC HOSPITAL IN THE ITAJAÍ VALLEY**Douglas Mauricio Spies Junior ¹Sandra Mara Witkowski ²Luciana dos Santos Celia Fossari ²Gabriel Lazouwnik Nunes ³DOI: <https://doi.org/10.63845/sxbdza58>**RESUMO**

Introdução: As transfusões sanguíneas são práticas essenciais no cuidado pediátrico, mas apresentam particularidades e carecem de dados nacionais. Este estudo buscou caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes pediátricos submetidos a transfusão em um hospital do Vale do Itajaí, Santa Catarina.

Métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo, baseado em revisão de prontuários de pacientes de 0–14 anos transfundidos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Resultados: Foram analisados 195 pacientes, dos quais 51,3% tinham menos de 1 ano e 54% eram do sexo masculino. O peso médio foi de 21,4 kg. Infecção esteve presente em 90,2%, principalmente pneumonia (38%) e sepse (21%). A maioria das transfusões ocorreu em UTI (76,5%). O concentrado de hemácias foi o hemocomponente mais utilizado (52,8%), seguido por plaquetas (27,2%) e plasma fresco congelado (20%). Apenas 2 pacientes (1%) apresentaram reações adversas. **Conclusão:** As transfusões foram mais frequentes em menores de 1 ano, com predomínio masculino e alta prevalência de infecções. Apesar de alinhamento parcial às recomendações internacionais, observou-se heterogeneidade nas indicações, reforçando a necessidade de protocolos institucionais padronizados.

Descritores: Transfusão sanguínea; Pacientes pediátricos; Epidemiologia; Práticas transfusionais.

ABSTRACT

Introduction: Blood transfusions are essential in pediatric care but have specific features and limited national data. This study aimed to describe the epidemiological profile of pediatric patients undergoing blood component transfusions in a hospital in the Itajaí Valley, Brazil. **Methods:** An observational, cross-sectional, descriptive, and retrospective study was conducted using medical records of patients

¹ Hospital Infantil Pequeno Anjo, Residência de Pediatria - Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

² Universidade do Vale do Itajaí, Departamento de Pediatria - Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

³ Universidade do Vale do Itajaí, Faculdade de Medicina - Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

aged 0–14 years who received transfusions between January 2020 and January 2021. **Results:** A total of 195 patients were analyzed; 51.3% were under 1 year and 54% were male. Infections were present in 90.2%, mainly pneumonia (38%) and sepsis (21%). Most transfusions occurred in intensive care units (76.5%). Red blood cells were the most used component (52.8%), followed by platelets (27.2%) and fresh frozen plasma (20%). Only 2 patients (1%) experienced adverse reactions. **Conclusion:** Transfusions were more frequent in children under 1 year, predominantly male, with high infection prevalence. Despite partial alignment with international restrictive recommendations, heterogeneity in indications was observed, underscoring the need for standardized institutional protocols and evidence-based practices.

Keywords: Blood Transfusion; Pediatric Patients; Epidemiology; Transfusion Practices.

INTRODUÇÃO

O uso de transfusões sanguíneas é prática essencial na assistência hospitalar, beneficiando desde pacientes estáveis até aqueles em condições críticas. Dados internacionais estimam que aproximadamente 4% das transfusões de hemácias, 8% das de plasma e 14% das de plaquetas são realizadas em crianças, sendo que metade ocorre em menores de um ano de idade ¹. Em alguns contextos, até 10% das internações pediátricas envolvem transfusão, e, em centros terciários, cerca de 5% das crianças necessitam desse recurso ^{2,3}.

Apesar de seu uso frequente, a transfusão pediátrica apresenta particularidades relevantes. Os eritrócitos fetais e neonatais diferem significativamente dos de adultos em tamanho, metabolismo, composição de hemoglobina e deformabilidade, o que influencia diretamente a resposta transfusional e a fisiopatologia de doenças perinatais ⁴. Além disso, estudos multicêntricos demonstram que as práticas transfusionais em pediatria variam amplamente entre países e instituições, refletindo ausência de consenso uniforme ^{5,6,7}.

Entre os hemocomponentes, o concentrado de hemácias é um dos mais utilizados, indicado principalmente para correção de anemias sintomáticas ou para assegurar adequada oxigenação tecidual ⁸. Plaquetas podem ser administradas de forma profilática ou terapêutica, seja para prevenir sangramentos, tratar disfunções ou preparar o paciente para procedimentos invasivos ^{9,10}. O plasma, por sua vez, é reservado para situações como deficiência múltipla de fatores de coagulação, sangramento ativo ou microangiopatias trombóticas ¹¹.

Nos últimos anos, grandes ensaios clínicos randomizados trouxeram evidências de que estratégias restritivas de transfusão — tanto de hemácias quanto de plaquetas — são mais seguras em neonatos muito prematuros. O estudo PlaNeT-2/MATISSE demonstrou maior mortalidade em recém-nascidos <34 semanas transfundidos com limiar liberal de plaquetas, reforçando a adoção de limiares mais baixos ¹². Da mesma forma, as diretrizes internacionais recentes sobre transfusões em pacientes criticamente enfermos e oncológicos para neonatos pré-terms recomendam limiares restritivos para hemoglobina, uma vez que não há benefício em estratégias liberais em termos de sobrevida e desenvolvimento neurocognitivo ¹³.

Além da questão dos limiares transfusionais, outro ponto crítico é a segurança. Embora a frequência de reações adversas em pediatria seja baixa, estudos de hemovigilância indicam que crianças apresentam riscos diferentes dos adultos, especialmente em relação a reações alérgicas e febris^{14,15}.

Diante da relevância clínica e da escassez de dados nacionais sobre o perfil epidemiológico das transfusões em pediatria, o presente estudo tem como objetivo caracterizar os pacientes submetidos a transfusões sanguíneas em um hospital infantil no sul do Brasil, contribuindo para o entendimento local e subsidiando práticas transfusionais mais seguras e baseadas em evidências.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo, baseado na coleta de dados secundários obtidos por meio da revisão de prontuários.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 7.361.457), foram analisados 195 prontuários de pacientes atendidos em um Hospital Infantil em Santa Catarina, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

O critério de inclusão foi a presença de registro de transfusão sanguínea no prontuário. Foram excluídos os prontuários não localizados no banco eletrônico e aqueles sem exames laboratoriais pré e pós-transfusionais, totalizando 39 exclusões.

A análise foi realizada no programa Microsoft Excel. Variáveis quantitativas foram descritas por média, frequências absolutas e relativas (percentuais).

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos pacientes transfundidos, todos com até 14 anos de idade, foi encontrado um total de 195 pacientes. Observou-se que 30 (15,3%) eram recém-nascidos. Do total, 100 (51,3%) tinham idade menor ou igual a 1 ano, enquanto 95 (48,7%) tinham mais de 1 ano. Houve predomínio do sexo masculino, representando 106 indivíduos (54%) (Tabela 1).

Quanto ao peso, a média foi de 21,4 kg (1,5–65). No que se refere à presença de infecção, 176 pacientes (90,2%) apresentaram algum quadro infeccioso prévio, sendo o sistema respiratório o sítio mais prevalente (68 casos; 38%), seguido por sepse (37 casos; 21%) e acometimento do sistema nervoso central (18 casos) (Tabela 1).

Considerando a unidade de internação onde ocorreu a transfusão, 149 pacientes (76,5%) receberam hemocomponentes em unidade de terapia intensiva, 42 (21,5%) em enfermaria e 4 (2%) em pronto-atendimento (Tabela 1).

Na análise das comorbidades, a maioria dos pacientes apresentou alguma condição associada, sendo doença neurológica a mais frequente (35 casos), seguida pelas doenças relacionadas à prematuridade (19 casos; 12,8%) (Tabela 1).

Do total de transfusões realizadas, 103 (52,8%) corresponderam a concentrado de hemácias, 39 (20%) a plasma fresco congelado e 53 (27,2%) a concentrado de plaquetas. Os valores hematimétricos

médios pré-transfusionais foram de 22,89% (9,7–29,4) para hematócrito (Ht), 7,66 g/dL (3,3–9,9) para hemoglobina (Hb) e 32.483/mm³ (9.500–99.850) para plaquetas (Tabela 2).

Quanto às reações adversas, apenas 2 pacientes (1%) apresentaram efeitos relacionados à transfusão, que foram reação febril não hemolítica e reação alérgica (urticária) (Tabela 2).

Ao analisar as indicações de transfusão de concentrado de hemácias, verificou-se que 37 (35,9%) ocorreram por hematócrito inferior a 30–35% na vigência de sinais/sintomas (como taquicardia, taquipneia, fraqueza), configurando a principal motivação. Outras 27 (26,2%) foram indicadas por hematócrito <40% ou hemoglobina <13 g/dL em crianças com doença pulmonar grave, e 7 (6,8%) por perda aguda de sangue com hipovolemia refratária a outras medidas (Tabela 3).

Nas 53 transfusões de concentrado de plaquetas, a plaquetopenia por diluição ou destruição periférica, na vigência de coagulação intravascular disseminada (CIVD) ou evento hemorrágico, por exemplo, foi a principal indicação com 23 casos (43,4%), seguida pela plaquetopenia de origem medular com 20 casos (37,7%), disfunção plaquetária com 9 casos (17%) e contagem <100.000/mm³ em criança prematura com comorbidade apenas 1 caso (1,9%) (Tabela 3).

Por fim, em relação ao plasma fresco congelado, 21 pacientes (53,8%) receberam transfusão para correção de deficiência congênita ou adquirida de fatores de coagulação, enquanto 18 (46,2%) foram submetidos ao procedimento como parte do tratamento por aférese em microangiopatias trombóticas (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que 15,3% dos pacientes eram recém-nascidos e 84,7% tinham mais de 28 dias de vida. Esses valores diferem dos relatados por Rouette et al. ¹, em que apenas 3% tinham ≤28 dias, mas se aproximam dos resultados de Slonim et al. ², que encontraram 46,9% nessa faixa etária. Essa diferença pode refletir o perfil de referência do hospital estudado, que concentra casos neonatais graves.

Houve predominância masculina (54%), em consonância com Pedrosa et al. ³. Quanto ao local de internação, 76,5% das transfusões ocorreram em UTI, superior aos 58,3% relatados em estudo retrospectivo brasileiro de Faria et al. ⁴. Isso provavelmente se relaciona à alta proporção de casos graves no serviço analisado.

Em relação aos valores pré-transfusionais, nossos achados (Hb média 7,66 g/dL e Ht médio 22,9%) são semelhantes aos descritos por Marvulo et al. ⁵, reforçando que a decisão transfusional deve considerar não apenas valores laboratoriais, mas também o quadro clínico. Diretrizes recentes recomendam limiares mais restritivos em prematuros <30 semanas, com Hb entre 7–9 g/dL, dependendo da idade pós-natal e necessidade de suporte respiratório ⁶.

A principal indicação para hemácias foi Ht <30–35% (35,9%). De forma semelhante, Lobo et al. ⁷ e Paula et al. ⁸ também apontaram anemia como a principal motivação. O presente estudo, contudo, registrou menor frequência de transfusões por sangramento ativo. Esses achados dialogam com o

movimento internacional em direção a práticas mais restritivas, sustentado por evidências que demonstram ausência de benefício de parâmetros liberais em prematuros ^{6,9}.

Nas transfusões de plaquetas, a plaquetopenia periférica/dilucional foi o motivo mais frequente (43,4%), seguida pela de origem medular (37,7%). Dados austríacos mostraram que 70% dos pacientes apresentavam contagem $<30.000/\text{mm}^3$ ¹⁰, próximos aos nossos resultados. Importante destacar que, após o estudo PlaNeT-2, recomenda-se não transfundir profilaticamente neonatos assintomáticos com plaquetas $\geq 25.000/\text{mm}^3$, dado o aumento de mortalidade associado a limiares mais altos ¹¹.

No tocante ao plasma, metade das indicações foi correção de coagulopatias e metade relacionada a microangiopatias trombóticas. Revisões recentes ^{12,13} alertam que, na prática, muitas dessas transfusões ainda ocorrem como profilaxia em pacientes não sangrantes, apesar de evidências limitadas de benefício. O consenso TAXI-CAB enfatiza que não há teste laboratorial único que defina a necessidade, reforçando a importância do julgamento clínico ¹³.

A prevalência de infecção (90,2%) foi marcante, especialmente respiratória (38%) e sepse (21%). Esses achados são semelhantes aos de Faria et al. ⁴, mas diferem de Rocco et al. ¹⁴, que apontaram sepse como principal causa. A literatura internacional confirma a heterogeneidade: estudo nacional chinês reportou pneumonia e sepse como causas predominantes, variando conforme região e perfil hospitalar ¹⁵.

Quanto às reações adversas, apenas 1% apresentou eventos (reação febril e alérgica). Esse dado é próximo ao estudo multicêntrico norte-americano ¹⁶ e à hemovigilância da Nova Zelândia, que identificou taxas baixas em neonatos e lactentes, embora maiores em crianças acima de 2 anos, principalmente por reações alérgicas ¹⁷. A baixa frequência de eventos na nossa amostra reforça a segurança transfusional, embora não elimine riscos residuais.

As comorbidades relacionadas à prematuridade foram observadas em 12,8%, inferiores ao descrito em estudo de Freitas e Franceschini ¹⁸. Diferenças de população e critérios podem explicar a variação.

Por fim, ressalta-se que, embora diretrizes internacionais estejam cada vez mais claras sobre parâmetros restritivos ^{6,9,12,13}, a prática transfusional ainda apresenta heterogeneidade, sobretudo em países em desenvolvimento, reforçando a necessidade de estudos locais e padronização de protocolos.

CONCLUSÃO

As transfusões sanguíneas permanecem elemento essencial no suporte pediátrico hospitalar, especialmente entre lactentes e crianças criticamente enfermas. Neste estudo, verificou-se maior frequência de transfusões em menores de um ano, com predomínio do sexo masculino e associação a infecções respiratórias e sepse, refletindo o perfil clínico de maior vulnerabilidade dessa faixa etária.

As práticas observadas apresentaram alinhamento parcial às recomendações internacionais de condutas restritivas, porém evidenciaram variações nas indicações, possivelmente relacionadas a diferenças institucionais e à ausência de protocolos uniformes. A baixa incidência de reações adversas

demonstra a segurança do processo transfusional, embora indique a necessidade de vigilância contínua e revisão periódica dos critérios utilizados.

Esses resultados evidenciam a importância de consolidar programas de hemovigilância ativa e de desenvolver protocolos institucionais baseados em evidências, capazes de aprimorar a tomada de decisão clínica, evitar transfusões desnecessárias e otimizar o uso dos hemocomponentes. Além de ampliar o conhecimento regional, o estudo contribui para o avanço de práticas transfusionais mais seguras, racionais e sustentáveis no contexto pediátrico brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Rouette J, Trottier H, Ducruet T, Beaunoyer M, Lacroix J, Tucci M. **Red blood cell transfusion threshold in postsurgical pediatric intensive care patients: a randomized clinical trial.** Ann Surg. 2010;251(3):421–7.
2. Slonim AD, Joseph JG, Turene WM, Sharangpani A, Luban NL. **Blood transfusions in children: a multi-institutional analysis of practices and complications.** Transfusion. 2008;48(1):73–80.
3. Pedrosa AK, Pinto FJ, Lins LD, Deus GM. **Blood transfusion reactions in children: associated factors.** J Pediatr (Rio J). 2013;89(4):400–6.
4. Faria JC, Victorino CM, Souza FS, Sarni FS. **Assessment of the prescription of red blood cell concentrates in the pediatric age group.** Rev Assoc Med Bras. 2018;64(2):181–6.
5. Marvulo NL, Bonatto RC, Carpi MF, Ricchetti SQ, Moraes MA, Fioretto JR. **Red blood cell transfusion in children admitted in a pediatric intensive care unit.** Rev Bras Ter Intensiva. 2006;18(4):390–5.
6. Deschmann E, Dame C, Sola-Visner MC, Fustolo-Gunnink SF, Patel RM, Stanworth SJ, et al. **Clinical Practice Guideline for Red Blood Cell Transfusion Thresholds in Very Preterm Neonates.** JAMA Netw Open. 2024;7(6):e2417431. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.17431.
7. Lobo SM, Vieira SR, Knibel MF, Grion CC, Fridman G, Valiatti JL, et al. **Anemia e transfusões de concentrados de hemácias em pacientes graves nas UTI brasileiras (FUNDO-AMIB).** Rev Bras Ter Intensiva. 2006;18(3):234–41.
8. Paula IC, Azevedo LP, Falcão LF, Mazza BF, Barros MO, Freitas FG, et al. **Perfil transfusional em diferentes tipos de unidades de terapia intensiva.** Rev Bras Anesthesiol. 2014;64(3):183–9.
9. New HV, Berryman J, Bolton-Maggs PHB, Cantwell C, Chalmers EA, Davies T, et al. n Br J Haematol. 2016;175(5):784–828. Addendum 2020. doi:10.1111/bjh.17109.
10. Resch E, Hinkas O, Urlesberger B, Resch B. **Neonatal thrombocytopenia: causes and outcomes following platelet transfusions.** Eur J Pediatr. 2018;177(7):801–9.
11. PlaNeT-2/MATISSE Investigators. **Platelet transfusion thresholds in preterm neonates.** N Engl J Med. 2019;380:242–51.

12. Liumbruno GM, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G. **Recommendations for the transfusion of plasma and platelets.** Blood Transfus. 2009;7(2):132–50.
13. Lieberman L, Karam O, Stanworth SJ, Goobie S, Crichton G, Goel R, et al. **Plasma and Platelet Transfusion Strategies in Critically Ill Children (TAXI-CAB).** Pediatr Crit Care Med. 2022;23(Suppl 1):e37–e49.
14. Rocco JR, Soares M, Espinoza RA. **Transfusão de sangue em terapia intensiva: um estudo epidemiológico observacional.** Rev Bras Ter Intensiva. 2006;18(3):242–50.
15. Guo K, Wang XY, Feng GS, Tian J, Zeng YP, Ma SX, et al. **The epidemiology of blood transfusion in hospitalized children: a national cross-sectional study in China.** Transl Pediatr. 2021;10(4):1055–62.
16. Schulz WL, McPadden J, Gehrie EA, Bahar B, Gokhale A, Ross R, et al. **Blood utilization and transfusion reactions in pediatric patients transfused with conventional or pathogen reduced platelets.** J Pediatr. 2019;209:220–5.
17. Wei WH, Cho G, Smith M, Morley S. **Dissecting the complexity of pediatric blood transfusions and risk of adverse reactions in Aotearoa New Zealand.** Blood Transfus. 2023;21(6):428–36. doi:10.2450/2022.0178-22.
18. Freitas BC, Franceschini SC. **Fatores associados à transfusão de concentrado de hemácias em prematuros de uma unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva. 2012;24(3):224–9.

TABELAS

Tabela 1. Características gerais dos pacientes transfundidos em um hospital do Vale do Itajaí

	n (%) ou média ± DP
Recém-nascidos (≤ 28 dias)	30 (15,3%)
Idade ≤ 1 ano	100 (51,3%)
Idade > 1 ano	95 (48,7%)
Sexo	
Masculino	106 (54%)
Feminino	89 (46%)
Peso (kg), média (mín–máx)	21,4 (1,5 – 65)
Vigência de infecção	176 (90,2%)
Sítio de infecção	

Respiratório	68 (38%)
Sepse	37 (21%)
Sistema Nervoso Central	18 (10,2%)
Gastrointestinal	17 (9,7%)
Renal	14 (8%)
Cutâneo	12 (6,8%)
Cardíaco	10 (5,7%)
Local de transfusão	
UTI	149 (76,5%)
Enfermaria	42 (21,5%)
Emergência	4 (2%)
Presença de comorbidade	183 (93,8%)
Comorbidades	
Neuropatia	35 (19,1%)
Doença da prematuridade	19 (10,4%)
Alergia alimentar	16 (8,7%)
Insuficiência renal	15 (8,2%)
Malformações gastrointestinais	14 (7,7%)
Malformações neurológicas	12 (6,6%)
Malformações renais	12 (6,6%)
Asma	12 (6,6%)
Doença hematológica não oncológica	12 (6,6%)
Cardiopatias	10 (5,5%)
Neoplasia	7 (3,8%)
Doença hemato-oncológica	5 (2,7%)
Síndrome genética	5 (2,7%)
Diabetes mellitus	2 (1,1%)
Outras	2 (1,1%)
	5 (2,7%)

Nota: DP = desvio padrão; valores expressos como média (mín–máx) ou frequência absoluta e relativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Tabela 2. Características gerais dos valores laboratoriais dos pacientes transfundidos em um hospital do Vale do Itajaí no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021

	n (%) ou média $\pm$ DP
Tipo de hemocomponente transfundido	
Concentrado de hemácias	
Concentrado de plaquetas	103
Plasma fresco congelado	53
	39
Quantidade de hemocomponente transfundido (mL/kg)	
Concentrado de hemácias	16 (9,9 - 20,8)
Concentrado de plaquetas	7,9 (5 - 16,3)
Plasma fresco congelado	11,2 (9,1 - 16,8)
Valores laboratoriais pré-transfusionais	
Hb	
Ht	7,6 (3,3 - 9,9)
HCM	22,8 (9,7 - 29,4)
VCM	27 (14,1 - 38)
RDW	80,5 (33,8 - 124)
Leucócitos	16,3 (11,4 - 29,9)
Plaquetas	11.638 (112 - 72.900)
TAP	32.483 (9.500 - 99.850)
TTPa	33,1 (16,1 - 120)
	56,5 (24,8 - 120)
Valores laboratoriais pós-transfusionais	
Hb	
Ht	10,2 (5,7 - 14)
HCM	29,8 (16,5 - 42,8)
VCM	28,2 (20,3 - 37,6)
RDW	80,9 (31 - 108,9)

Leucócitos	16 (12 - 31,2)
Plaquetas	11.607 (149 - 68.800)
TAP	68.186 (18.570 - 424.000)
TTPa	15,7 (12,5 - 32,3)
	30,4 (21,7 - 46,3)
Reações transfusionais	
Presentes	2 (1%)
Ausentes	193 (99%)

Nota: DP = desvio padrão; valores expressos como média (mín-máx) ou frequência absoluta e relativa.

Hb - hemoglobina; Ht - hematócrito; HCM - hemoglobina corpuscular média; VCM - volume corpuscular médio; RDW - red cell distribution width; TAP - tempo de atividade da protrombina; TTPa - tempo de tromboplastina parcial ativada.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Tabela 3. Indicações de transfusão de hemácias, plaquetas e plasma dos pacientes transfundidos em um hospital do Vale do Itajaí no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021

	n (%) ou média ± DP
Hemácias	
Ht < 35 - 30%.	37 (35,9%)
Ht < 40% ou Hb < 13 g/dl com doença pulmonar grave.	27 (26,2%)
Ht < 20% ou Hb < 6 g/dl com anemia congênita ou adquirida crônica.	11 (10,7%)
Ht < 40% com cardiopatia cianótica congênita.	
Ht < 24% ou Hb < 10 g/dl no perioperatório com quadro clínico de anemia.	10 (9,7%)
Perda aguda de sangue com hipovolemia não responsiva a outra terapia.	8 (7,8%)
Doença falciforme.	7 (6,8%)
Plasma	3 (2,9%)
Correção de deficiência de fator de coagulação congênita ou adquirida.	
Tratamento de microangiopatias trombóticas como um fluido de reposição.	
Plaquetas	21 (53,8%)
Plaquetopenia devido diluição ou degradação periférica.	
Plaquetopenia devido insuficiência medular.	18 (46,2%)
Disfunção na funcionalidade plaquetária.	
Contagem de plaquetas < 100.000 g/dl em prematuro com comorbidade.	23 (43,4)
	20 (37,7%)
	9 (17%)
	1 (1,9%)

Nota: DP = desvio padrão; valores expressos como média (mín-máx) ou frequência absoluta e relativa.
 Hb - hemoglobina; Ht - hematócrito.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.