



N° 215-2022-DE-HEVES

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 23 DIC. 2022

## VISTO:

El Expediente N° 22-015114-001, que contiene, el Proveído N° 150-2022-UGC-HEVES de fecha 20.12.22 y el Informe N° 076-2022-MC-UGC-HEVES de fecha 20.12.22, ambos de la Unidad de Gestión de la Calidad; y la Nota Informativa N°1794-2022-DAAYH-HEVES de fecha 11.07.22, del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización; y

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, el artículo 57 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30.05.06, se aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en cuyo componente de la garantía y mejora enfatiza que la evaluación de la tecnología sanitaria se constituye en uno de sus principales ejes temáticos del sistema;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de prácticas clínicas, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo de beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, el numeral 5.9 de la referida NTS, dispone que los establecimientos de salud públicos del Segundo y Tercer nivel, podrán elaborar otras Guías de Práctica Clínica que les sean prioritarias usando la metodología que con ese fin apruebe el Ministerio de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuyo objetivo es estandarizar la metodología para la generación de Guías de Práctica Clínica en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una Guías de Práctica Clínica de calidad, basada en la mejor evidencia disponible;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", el cual establece que: "La Guía Técnica es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas y asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permiten al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objeto de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario; cuando se





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC)...";

Que, mediante Nota Informativa N°1794-2022-DAAYH-HEVES de fecha 11.07.22, del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización se remite la propuesta de GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR;

Que, mediante el Informe N° 076-2022-MC-UGC-HEVES de fecha 20.12.22, remitido con el Proveído N° 150-2022-UGC-HEVES de fecha 20.12.22, la Unidad de Gestión de la Calidad remite la propuesta de Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente, la misma que cuenta con la opinión favorable de dicha Unidad;

Que, la referida GUÍA TÉCNICA tiene por objetivo establecer criterios para el diagnóstico y tratamiento de los casos de púrpura trombocitopénica inmune basados en el nivel de evidencia y grado de recomendación.

Que, mediante Informe N° 243-2022-UAJ-HEVES de fecha 22.12.22, la Unidad de Asesoría Jurídica emite la opinión favorable correspondiente;

Que, asimismo, la referida propuesta de Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.21; y la Directiva Administrativa N°001-HEVES/2021/OPP/V.01 "Directiva Administrativa para la elaboración de documentos normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador", aprobada mediante Resolución Directoral N° 160-2021-DE-HEVES;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad y el Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación del Jefe (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Jefe del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; la Directiva Administrativa N°001-HEVES/2021/OPP/V.01 "Directiva Administrativa para la elaboración de documentos normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador", aprobada mediante Resolución Directoral N° 160-2021-DE-HEVES; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y





SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Normativo denominado GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR; que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el portal institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.

CLUD/SOCC/JHJM/JAVE/ERRC.

Distribución:

- ( ) Unidad de Asesoría Jurídica.
- ( ) Unidad de Gestión de la Calidad.
- ( ) Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización
- ( ) Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- ( ) Archivo.



*[Handwritten Signature]*  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR  
 M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAN  
 C.M.F.: 018710 R.N.E.: 018686  
 DIRECTOR DE HOSPITAL II



S. DONAYRE C.



J. JUAREZ M.



J. WATTUONE F.



## GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

### I. FINALIDAD

Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes con púrpura trombocitopénica inmune a través de un adecuado diagnóstico y tratamiento en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

### II. OBJETIVO

Establecer criterios para el diagnóstico y tratamiento de los casos de púrpura trombocitopénica inmune basados en el nivel de evidencia y grado de recomendación.

### III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades de organización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, de corresponder.

### IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

#### 4.1 Nombre y Código

Nombre	Código
Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1 Definición (1,2,4)

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombocitopenia menor de 100 mil por  $\text{mm}^3$ , causada por autoanticuerpos contra antígenos plaquetarios lo que resulta en destrucción y producción de plaquetas alterada.

La trombocitopenia puede ser clasificada como severa (recuento de plaquetas  $< 20 \times 10^9 / \text{L}$ ), moderada (recuento de plaquetas  $20-70 \times 10^9 / \text{L}$ ) y leve (recuento de plaquetas  $> 70 \times 10^9 / \text{L}$ ). Aunque ocurren hematomas fácilmente con recuento de plaquetas  $< 50 \times 10^9 / \text{L}$  y sangrado espontáneo que amenaza la vida con recuentos de plaquetas  $< 15 \times 10^9 / \text{L}$ , el sangrado sintomático es mayormente determinado por comorbilidades que afectan las plaquetas o el sistema de coagulación, como cirrosis hepática, uremia, coagulación intravascular diseminada, o antiagregantes plaquetarios.

Otras definiciones:

**5.1.1. Dependiente de corticoide:** necesidad de prednisona continua a dosis de más de 5 mg/día (o corticoide equivalente) o cursos frecuentes de corticoides para mantener un recuento de plaquetas de 30 mil/ $\text{mm}^3$  o más.

**5.1.2. Respuesta durable:** recuento de plaquetas de 30 mil/ $\text{mm}^3$  o más y al menos duplicar el valor basal en 6 meses.



- 5.1.3. **Respuesta temprana:** recuento de plaquetas de 30 mil/ mm<sup>3</sup> o más y al menos duplicar el valor basal en 1 semana.
- 5.1.4. **Respuesta inicial:** recuento de plaquetas de 30 mil/ mm<sup>3</sup> y al menos duplicar el valor basal en 1 mes.
- 5.1.5. **Sangrado mayor:** sangrado grado OMS 3 o 4 o sangrado intracerebral o amenazante para la vida.
- 5.1.6. **Sangrado menor.** Cualquier sangrado que no sea "sangrado mayor".
- 5.1.7. **PTI de reciente diagnóstico:** duración de PTI de menos de 3 meses.
- 5.1.8. **PTI persistente:** duración de PTI de 3 a 12 meses.
- 5.1.9. **PTI crónica:** duración de PTI de más de 12 meses.
- 5.1.10. **Sangrado crítico:** es el sangrado dentro de un sitio anatómico crítico (intracraneal, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, pericárdico o sangrado intramuscular con síndrome compartamental) o sangrado que causa inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio.
- 5.1.11. **PTI refractaria:** se denomina cuando falla el tratamiento con corticoides y esplenectomía.

## 5.2 Etiología <sup>(1,2)</sup>

La PTI puede ser una condición primaria o puede ser secundaria a otras causas.

5.2.1. **Causa primaria:** No asociada con alguna otra condición.

5.2.2. **Causas secundarias:**

a) **Síndromes autoinmunes**

- Síndrome antifosfolípido
- Síndrome linfoproliferativo autoinmune
- Síndrome de Evans
- Enfermedad inflamatorio intestinal
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico

b) **Síndrome de inmunodeficiencia**

- Deficiencias adquiridas (HIV).
- Deficiencias congénitas (inmune variable común, deficiencia selectiva de Ig A entre otras).

c) **Infecciones**

- Virales (Citomegalovirus, Epstein-Barr, hepatitis C, HIV, varicela zoster, Zika).
- Bacteriana (Helicobacter pylori, etc.)

d) **Malignidades linfoides**

- Leucemia linfocítica crónica
- Linfomas

e) **Medicaciones o vacunas**

- Alemtuzumab



- Oro
- Ipilimumab
- Vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola)
- Nivolumab
- Pembrolizumab

### 5.3 Fisiopatología <sup>(1,5)</sup>

La patofisiología es compleja y permanece incompletamente entendida. El concepto tradicional es que las plaquetas cubiertas por anticuerpos son prematuramente destruidas en el bazo, el hígado o ambos a través de la interacción con receptores Fc-gamma. Los autoanticuerpos pueden también inducir la destrucción de plaquetas mediada por complemento o inducida por desialilación, como también inhibir la función del megacariocito.

Es probable que otros mecanismos sean importantes, incluidas las células T citotóxicas autorreactivas, así como la autoinmunidad humoral y celular dirigida a los megacariocitos, lo que causa una producción de plaquetas deteriorada.

Se cree que el mecanismo principal implica autoanticuerpos específicos producidos por las células B del paciente (típicamente, Ig G), más a menudo dirigidos contra glicoproteínas de la membrana plaquetaria como GP IIb/ IIIa.

Eventos desencadenantes: en algunos pacientes con PTI. Dos eventos adquiridos comúnmente citados son infecciones (típicamente virales) y condiciones sistémicas que alteran la homeostasis inmune (p. Ej. Enfermedad autoinmune, malignidad linfoide, etc).

- a) Infección: algunos casos de PTI se asocian con una infección viral previa o, con menos frecuencia, con una infección bacteriana. Los anticuerpos contra los antígenos virales pueden reaccionar de forma cruzada con los antígenos plaquetarios normales (una forma de mimetismo molecular). Los productos bacterianos, como el lipopolisacárido, pueden adherirse a las superficies plaquetarias y pueden aumentar la fagocitosis plaquetaria.
- b) Alteración inmunológica: las alteraciones en la homeostasis inmunológica pueden inducir la pérdida de tolerancia periférica y promover el desarrollo de anticuerpos autorreactivos. Esto a menudo ocurre en el contexto de otras afecciones autoinmunes, incluido el síndrome antifosfolípido (APS), el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Evans, el trasplante de células hematopoyéticas, la leucemia linfocítica crónica (LLC) y otros trastornos linfoproliferativos de bajo grado (especialmente aquellos tratados con análogos de purina), inmunodeficiencia común variable y síndrome linfoproliferativo autoinmune. A diferencia de la PTI asociada con neoplasias linfoides como CLL, los reportes de PTI en asociación con neoplasias no hematológicas, especialmente cáncer de mama, se deben probablemente a una coincidencia más que una relación causal.

Producción de anticuerpos: la producción de anticuerpos en la PTI parece estar impulsada por las células T colaboradoras CD4 positivas que reaccionan a las glicoproteínas de la superficie plaquetaria, posiblemente con la coestimulación de CD40: CD40L. Los macrófagos esplénicos parecen ser las principales células presentadoras de antígenos.

Destrucción de plaquetas: el sitio principal de eliminación de plaquetas para la mayoría de los pacientes es el bazo, que elimina las células opsonizadas (recubiertas de anticuerpos), incluidas las plaquetas. El papel destacado del aclaramiento esplénico explica la eficacia de la esplenectomía en la mayoría



de los pacientes. Sin embargo, el aclaramiento también puede ocurrir en otros tejidos, como el hígado, la médula ósea y los ganglios linfáticos. Esto ayuda a explicar porqué la PTI puede persistir o reaparecer después de la esplenectomía.

#### 5.4 Aspectos epidemiológicos <sup>(1)</sup>

La incidencia de la PTI varía entre 2 a 4 casos por 100 mil personas-años, con 2 picos entre los 20 y 30 años de edad con ligera predominancia en mujeres y otro pico después de los 60 años de edad con distribución igual entre géneros.

Otros estudios han estimado que entre un quinto y un tercio de los individuos con PTI estarán asintomáticos en el momento del diagnóstico (es decir, diagnosticados debido al hallazgo incidental de trombocitopenia); por tanto, es probable que la incidencia de enfermedad sintomática sea mucho menor.

#### 5.5 Factores de riesgo asociados <sup>(1, 3)</sup>

##### 5.5.1 Medio Ambiente

No aplica

##### 5.5.2 Estilos de vida

No aplica

##### 5.5.3 Factores Hereditarios

Muchos estudios han reportado asociaciones entre PTI y polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en genes relacionados con la inmunidad. Polimorfismos en genes que codifican citocinas o quimiocinas específicas, como la interleucina (IL) -1, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, TNF- alfa, TGF-beta e IFN- $\gamma$ , se han asociado con la PTI. Nuevos biomarcadores como los RNAm que regulan los niveles de citocinas u otros componentes inmunes también se reconocen cada vez más como factores de riesgo potencial de PTI. Clásicamente, polimorfismos en los receptores Fc $\gamma$  se han asociado con la aparición y patogénesis de PTI.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

### 6.1 Cuadro Clínico <sup>(1,6)</sup>

El curso clínico de la PTI puede ser diferente dependiendo de si es una PTI primaria o secundaria, tales como en el escenario de citopenias autoinmunes adicionales (síndrome de Evans), si es la manifestación de una inmunodeficiencia primaria, o si esta asociada con una condición autoinmune o infección subyacente

#### 6.1.1 Signos y Síntomas

Los eventos de sangrado son a menudo impredecibles, y los pacientes con PTI incluso en el escenario de trombocitopenia severa, pueden no exhibir sangrados más que petequias o equimosis. Pueden ocurrir sangrados serios de mucosas como menorragias, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, hematuria o, raramente (1.4% de casos en adultos), hemorragia intracraneal. La fatiga es común también, reportándose en 22% a 45% de pacientes con PTI.

Las petequias son lesiones planas, rojas y discretas que no palidecen bajo presión; estos a menudo se localizan en miembros inferiores en pacientes ambulatorios o en la región sacra en pacientes postrados.

La púrpura se refiere a una lesión causada por la coalescencia de petequias. La púrpura en piel a veces se denomina "púrpura seca".



Las ampollas hemorrágicas en las membranas mucosas, como la mucosa oral, a veces se denominan “púrpura húmeda”, este hallazgo puede ser un predictor de hemorragia más grave. La aparición de púrpura húmeda debe requerir la reevaluación del recuento de plaquetas y la necesidad de terapia de PTI.

El examen físico debe ser normal excepto de las manifestaciones de sangrado. La esplenomegalia moderada o masiva sugiere una causa alternativa. Síntomas constitucionales (como fiebre, pérdida de peso, esplenomegalia, hepatomegalia o linfadenopatía) pueden indicar un trastorno subyacente.

### 6.1.2 Interacción Cronológica

No aplica

### 6.1.3 Gráficos, Diagramas, fotografías.

Gráfico N° 1: Petequia en pierna de paciente con PTI



Fuente: www.visualdx.com. UptoDate

## 6.2 Diagnóstico

### 6.2.1 Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico de PTI esta basado principalmente en la exclusión de otras causas de trombocitopenia aislada usando la historia del paciente, examen físico, hemograma y evaluación de un frotis de sangre periférica, para descartar otras condiciones hematológicas. (2)

La PTI es un diagnóstico de exclusión. Se define como trombocitopenia aislada (recuento de plaquetas  $< 100.000/\mu\text{L}$ ) sin anemia o leucopenia y sin otra causa aparente de trombocitopenia.

### 6.2.2 Diagnóstico Diferencial (5,8,9)

- Síndrome mielodisplásico
- Mieloptisis
- Trombocitopenia hereditaria (Bernard Soulier, Síndrome de Wiskott Aldrich, etc).
- Trombocitopenia inducida por fármacos
- Púrpura postransfusional
- Trombocitopenia asociada a embarazo
- Leucemia aguda



- h) Pseudotrombocitopenia
- i) Hiperesplenismo/hipertensión portal
- j) Abuso de ingesta de alcohol
- k) Deficiencias severas de vitaminas
- l) Síndrome de Evans
- m) Púrpura trombocitopénica trombótica
- n) Síndrome de Von Willebrand tipo 2b
- o) Coagulopatía de consumo
- p) Grandes hemangiomas/ Grandes aneurismas

### 6.3 Exámenes Auxiliares

#### 6.3.1 De patología Clínica <sup>(1,5,8,9)</sup>

- a) Recuento completo de células sanguíneas, incluyendo reticulocitos.
- b) Frotis de sangre periférica
- c) Perfil de coagulación
- d) Perfil hepático
- e) Examen de orina
- f) Examen de heces fecales
- g) Detección de infección por helicobacter pylori: Anticuerpos Helicobacter pylori IgG e IgM, test de ureasa o test de antígeno en heces.
- h) Hepatitis B (Anticuerpos-HBsAg, Anticuerpos-HBcAg y HBsAg)
- i) Inmunoensayo anticuerpos anti-VHC
- j) Inmunoensayo enzimático para anticuerpos anti-VIH
- k) Anticuerpos antitiroglobulina o TSH.
- l) Anticuerpos antinucleares (ANA)
- m) Prueba de antiglobulina directa (Coombs)
- n) Cuantificación de inmunoglobulinas si paciente se tiene sospecha de inmunodeficiencia congénita.
- o) Perfil TORCH (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes) y Parvovirus B19.
- p) Si hay historia clínica de aborto u óbito fetal solicitar (anti b2 glicoproteína, anticardiolipina IgG e IGM, anticoagulante lúpico).

#### 6.3.2 De Imágenes <sup>(5,9)</sup>

- a) Radiografía de tórax, en caso de sospecha de infección de vías respiratorias inferiores.
- b) Tomografía cerebral, en caso de sospecha de sangrado en sistema nervioso central.
- c) Ecografía abdominal, para búsqueda de organomegalia.



### 6.3.3 De Exámenes especializados complementarios <sup>(5,10)</sup>

#### Aspirado de médula ósea:

En adultos con trombocitopenia y mayores de 60 años con otras citopenias o cuadro clínico atípico, examine la médula ósea para descartar síndrome mielodisplásico o leucemia.

En niños con hallazgos hematológicos atípicos, como células inmaduras en el frotis periférico o neutropenia persistente, presencia de adenopatías, esplenomegalia masiva y la falla de respuesta al tratamiento estándar después de 6 meses es una indicación para la aspiración de médula ósea.

Antes de realizar la esplenectomía para evaluar la posible hipoplasia o fibrosis medular.

## 6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

### 6.4.1 Medidas generales y preventivas <sup>(1)</sup>

- Al diagnóstico, considerar el ingreso hospitalario en pacientes con sangrado activo, factores de riesgo hemorrágico o con recuento de plaquetas igual o inferior a  $20 \text{ mil/mm}^3$ .
- Evitar inyectables intramusculares y punciones vasculares en vasos de difícil compresión.
- Esta contraindicado el empleo de ácido acetilsalicílico o sus derivados; administrar solo en caso de ser estrictamente necesario otros fármacos que pueden alterar la agregación plaquetaria (antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, etc).
- Restricción de realización de deportes en función de la clínica y riesgo traumático, evitar deportes de contacto hasta la resolución de la enfermedad.
- Evitar maniobras de Valsalva.

### 6.4.2 Terapéutica

La meta del tratamiento inicial es tratar o prevenir el sangrado significativo más que normalizar la cuenta plaquetaria. Sin embargo, el riesgo de sangrado puede ser difícil de estimar. El riesgo de sangrado severo y crítico es mayor en individuos con sangrado previo, recuento de plaquetas  $< 10 \times 10^9/L$  y  $>60$  años de edad.

#### a) Tratamiento de PTI en adultos

##### Recientemente diagnosticados <sup>(2)</sup>

##### • Manejo hospitalario vs ambulatorio

- Manejo ambulatorio:** Recuento de plaquetas  $\geq 20 \text{ 000 } 10^6/l$  y asintomático o sangrado mucocutáneo menor. \*
- Hospitalización:** Todo paciente que presente valor de plaquetas menor a  $20 \text{ 000 } 10^6/l$  y asintomático o sangrado mucocutáneo menor.

\* Los pacientes que son refractarios al tratamiento, con factores de riesgo sociales, incertidumbre sobre el diagnóstico, comorbilidades significativas con riesgo de hemorragia y hemorragia mucosa más significativa podrían beneficiarse del ingreso al hospital. Los pacientes no hospitalizados deben recibir educación y seguimiento estrecho con un hematólogo.



- **Manejo con observación vs tratamiento farmacológico:** La conducta a seguir depende del grado de trombocitopenia, las comorbilidades del paciente, los medicamentos y la edad, todo lo cual afecta el riesgo de hemorragia. Por lo que se sugiere:

- **Manejo con observación:** si recuento de plaquetas  $\geq 30\ 000 \times 10^6/l$  y asintomático o sangrado mucocutáneo menor. \*\*
- **Tratamiento farmacológico:** recuento de plaquetas  $< 30\ 000 \times 10^6/l$  y asintomático o sangrado mucocutáneo menor.

\*\* Se recomienda manejo farmacológico, si paciente presenta comorbilidades adicionales, uso medicamentos anticoagulantes o antiplaquetarios, o estén próximos a algún procedimiento, y para pacientes de edad avanzada (>60 años).

#### Terapia de primera línea

- ✓ **Corticosteroides:** En adultos con diagnóstico reciente de PTI, se recomienda un ciclo corto de prednisona oral ( $\leq 6$  semanas) y sugiere prednisona dosis inicial de (0,5 - 2,0 mg/kg/día) con reducción de dosis de corticoide cada 2 semanas o dexametasona EV (40 mg/día durante 4 días), si se requiere de una respuesta más rápida del recuento de plaquetas, como el tipo de corticoesteroide para la terapia inicial.
- ✓ **Inmunoglobulina intravenosa (Ig IV):** Dosis recomendada es 1 gr/kg de peso de 1 a 2 días. Usar junto a corticoide si se requiere un aumento más rápido en el recuento de plaquetas (requieran procedimientos quirúrgicos, alto riesgo de sangrado mayor o sangrado en sistema nervioso central, gastrointestinal y/o sangrado genitourinario) o no tienen un aumento inicial del recuento de plaquetas con corticoides. Usar sola si los corticoides están contraindicados.
- ✓ **Anti RhD:** Tiene la misma indicación que Ig IV, la dosis es de 75  $\mu g/kg$  de administración única.

#### Terapia de segunda línea

En adultos con PTI que dura  $\geq 3$  meses que dependen de los corticoesteroides o que no responden a los corticoesteroides, según la medicación disponible en nuestro hospital se tienen las siguientes opciones:

- ✓ **Rituximab**
  - Dosis de 375 mg/m<sup>2</sup>/semana durante cuatro semanas.
  - Respuesta en el 60 % de los pacientes a las 4 a 8 semanas.
  - Las tasas de remisión a largo plazo son del 10 % al 40 %.
  - Uso: para evitar o retrasar la esplenectomía en pacientes con PTI recidivante/resistente y/o hemorragia clínicamente relevante.
- ✓ **Esplenectomía**
  - Indicado en pacientes con trombocitopenia persistente o crónica y hemorragia grave OMS °III de IV o PTI crónico que no responde a tratamiento médico previo.



- No existe una indicación obligatoria para la esplenectomía en pacientes con PTI crónica resistente a la terapia que no tienen sangrado, sangrado leve o solo moderado (WHO °0, I, II), incluso si su recuento de plaquetas es  $< 30\,000 \times 10^6 /l$ .
- Si es posible, la esplenectomía debe retrasarse durante al menos 1 año después del diagnóstico debido a la posibilidad de remisión espontánea en el primer año.
- El médico tratante debe asegurarse de que los pacientes reciban las vacunas correspondientes antes de la esplenectomía y que reciban asesoramiento sobre la profilaxis con antibióticos después de la esplenectomía.

#### Terapia de tercera línea <sup>(2,4,10)</sup>

Se recomienda para los pacientes quienes las terapias anteriores son ineficaces, no bien toleradas o no están disponibles.

Hay varias opciones disponibles que varían según las preferencias del médico y del paciente, y puede llevar tiempo encontrar el mejor agente para cada paciente individual. Sin embargo, no se dispone del respaldo suficiente por evidencia de mayor calidad entre la mayoría de los tratamientos de tercera línea.

#### ✓ 6-mercaptopurina

- Dosis 50-75 mg/m<sup>2</sup> por vía oral una vez al día.
- Respuesta: 83%

#### ✓ Azatioprina

- Dosis: 1 a 2 mg / kg día (máximo 150 mg/día).
- Respuesta: 40-60% (3 a 6 meses).

#### ✓ Ciclosporina

- Dosis: 5-6 mg/kg/d por vía oral divididos en 2 dosis por día (titular hasta niveles sanguíneos de 100-200 ng/mL).
- Respuesta: 30-60% (3 a 12 semanas).

#### ✓ Ciclofosfamida

- Dosis: 0,3-1,0 g/m<sup>2</sup> IV repetido una vez cada 2 a 4 semanas × 1 a 3 dosis o 50-200 mg por vía oral una vez al día; una vez que se ha logrado la respuesta, la dosis puede reducirse a 50 mg.
- Respuesta: 24- 85% (1- 16 semanas).

#### ✓ Danazol

- Dosis: 50-800 mg/d por vía oral divididos en 2 a 4 dosis por día.
- Respuesta: 10-70% (3 a 6 meses).

#### ✓ Dapsona

- Dosis: 75-100 mg por vía oral una vez al día.
- Respuesta: 40-75% (3 semanas).

#### ✓ Hidroxicloroquina

- Dosis 200 mg – 300 mg cada 12 horas.



✓ **Micofenolato de mofetilo**

- Dosis: 250-1000 mg por vía oral dos veces al día.
- Repuesta: 11-80% (4 a 6 semanas)

**b) Tratamiento de PTI en niños**

• **Manejo ambulatorio y hospitalización:** Todo paciente con trombocitopenia menor a  $50\ 000\ 10^6\ /L$ , debe de ser hospitalizado hasta por lo menos 72 horas.

• **Manejo con observación vs tratamiento farmacológico**

- **Manejo con observación:** La Guía de Sociedad Americana de Hematología recomienda observación en niños con PTI recién diagnosticada que no tienen sangrado o presentan sangrado menor.
- **Tratamiento farmacológico:** Se inicia cuando paciente presenta sangrado que pueda poner en riesgo la vida y/o compromete la vida relacionada con la salud (CVRS).

**Terapia de primera línea**

✓ **Corticosteroides:** Se prefiere:

- Prednisona (2-4 mg/kg por día; máximo, 120 mg por día, durante 5-7 días).
- Dexametasona (0,6 mg/kg por día; máximo, 40 mg por día durante 4 días).
- Metilprednisolona 30mg/kg (1 gr como máximo) EV por 3 días.

✓ **Inmunoglobulina intravenosa (Ig IV):** Dosis recomendada es 1 gr/kg de peso de 1 a 2 días. Para los pacientes en los que no se prefieren el uso de corticoesteroides o están contraindicados. Usar junto a corticoides si se requiere un aumento más rápido el recuento de plaquetas (requieran procedimientos quirúrgicos, alto riesgo de sangrado mayor o sangrado en sistema nervioso central, gastrointestinal y/o sangrado genitourinario).

✓ **Anti RhD:** Tiene la misma indicación que Ig IV, a dosis de 75  $\mu g/kg$  de administración única.

**Terapia de segunda línea**

En niños con PTI que duran  $\geq 3$  meses que tiene sangrado de la mucosa que no pone en riesgo la vida y/o calidad de vida relacionada con la salud disminuida y no responden al tratamiento de primera línea. Según la medicación y capacidad resolutive que se tiene en nuestro establecimiento de salud se recomienda:

- ✓ **Rituximab:** Dosis de 375 mg/m<sup>2</sup>/semana durante cuatro semanas.
- ✓ **Esplenectomía:** Seguir las mismas recomendaciones en casos de pacientes adultos.

**c) Tratamiento de PTI en casos de emergencia** <sup>(2,5,9,10)</sup>

En el caso de hemorragia grave y potencialmente mortal (WHO ° III/IV) o antes de una operación que no se puede posponer.

- Glucocorticoides + Inmunoglobulina intravenosa (IG IV)



Adultos: Dexametasona 40 mg EV por 4 días o Metilprednisolona 1g EV por 3 días e IG IV 1-2g/kg por 2 días

Pediátricos: Metilprednisolona 30mg/kg (1gr como máximo) EV por 3 días e IG IV: 1gr/kg por 1 a 2 días.

- Ácido tranexámico

Dosis: 1 gr cada 8 horas EV

Dosis pediátrica: 20-25 mg/kg/d en 3 dosis

No se recomienda usarlo en caso de hematuria.

- Soporte transfusional

La transfusión de plaquetas es la forma más rápida de aumentar el recuento de plaquetas en el sangrado crítico y si las medidas anteriores no mejoran el cuadro del paciente.

La dosis habitual es 01 unidad de aféresis o 1 unidad de concentrado de plaquetas por Kilo de peso. Las transfusiones repetidas pueden ser apropiadas mientras se espera que otras terapias surtan efecto, ya que los individuos con PTI tienden a tener solo respuestas breves y atenuadas a la transfusión de plaquetas debido a la rápida destrucción mediada por el sistema inmunitario de las plaquetas transfundidas.

Paquete globular isocompatible si se tiene anemia severa o inestabilidad hemodinámica debido a sangrado.

- Rituximab: En caso de hemorragia potencialmente mortal, si las medidas anteriores no logran detener la hemorragia e incluso si no hay evidencia de ello.

d) Tratamiento de PTI gestación <sup>(2,5)</sup>

La PTI ocurre en 1 cada 1000 a 10 000 embarazos, es común que se tenga valor de plaquetas inferior a  $50\ 000 \times 10^6/L$ .

La terapia se inicia cuando hay sangrado y/o recuento de plaquetas menor a  $30\ 000 \times 10^6/L$  y cuando se tiene procedimiento o parto.

Objetivo de valor de plaquetas recomendado:

- Parto vaginal:  $> 50\ 000 \times 10^6/L$
- Anestesia epidural y/o cesárea:  $> 80\ 000 \times 10^6/L$

La medición del número de plaquetas debe de realizarse con mayor frecuencia a partir de las 32-34 semanas y repetirse semanalmente en pacientes inestables. Esto generalmente aporta suficiente tiempo para un cambio en la terapia para mejorar los recuentos de plaquetas además de reducir el riesgo de sangrado antes de una cesárea planificada o no planificada o anestesia neuroaxial sin la necesidad de transfusiones urgentes de plaquetas.

Medicamentos

- Corticosteroides
  - ✓ Prednisona: Dosis inicial: 20-30 mg/día, ajuste en función a conteo de plaquetas u objetivo terapéutico de paciente.
- Inmunoglobulina intravenosa (Ig IV): Usar en hemorragia aguda grave. Especialmente al final del embarazo para aumentar aún más



el recuento de plaquetas antes del parto (y posiblemente por cesárea). Fallo a glucocorticoides y hemorragia con plaquetas  $< 30\,000 \times 10^9/L$ . Dosis: 2-5 g/kg en 2-5 días.

- Glucocorticoides + Inmunoglobulina intravenosa (IG IV): Si monoterapia falla.

#### 6.4.3 Efectos Adversos o colaterales con el tratamiento <sup>(2)</sup>

a) **Corticosteroides:** El uso mantenido por más de dos meses condiciona lo siguiente:

- Acné, aumento de la presión arterial.
- Habitus cushingoide (cara de luna)
- Piel fina y atrófica, estrías
- Elevaciones en los niveles de azúcar en la sangre
- Aumento de peso
- Infecciones
- Malestar estomacal
- Distrofia muscular
- Osteoporosis
- Insomnio
- Cambios de humor

b) **Inmunoglobulina intravenosa (IG IV)**

- Cefalea
- Fatiga
- Náuseas y/o vómitos
- Escalofríos
- Vómitos
- Urticaria
- Meningitis aséptica

c) **Esplenectomía**

- Morbilidad y mortalidad postoperatoria
- Infecciones activas
- Infección abrumadora posterior a la esplenectomía (OPSI)
- Trombocitosis postoperatoria
- Tromboembolismo venoso
- Hipertensión pulmonar

d) **Rituximab**

- Reacción a la infusión con debilidad, náuseas, fiebre, escalofríos, dolores de cabeza son comunes (alrededor del 60%), generalmente leves y solo durante la primera infusión.
- Infecciones activas



**e) Azatioprina**

- La neutropenia es común (aprox. 30%)
- Teratogénico

**f) Ciclosporina**

- Fatiga, debilidad, insuficiencia renal, hipertensión y neuropatía.

**g) Ciclofosfamida**

- Efectos secundarios hematológicos, náuseas y vómitos.

**h) Danazol**

- Aumento de peso, mialgia y pérdida de cabello

**i) Micofenolato de mofetilo**

- Gastrointestinales como náuseas, pérdida de apetito, diarrea y vómitos son comunes.

**6.4.4 Signos de alarma**

- a) Anemia
- b) Hemolisis
- c) Presencia de adenopatías
- d) Presencia de organomegalia y/o visceromegalia
- e) Neutropenia
- f) Melena
- g) Signos meníngeos
- h) Hematuria
- i) Hematemesis
- j) Hemoptisis
- k) Inyección conjuntival
- l) Ginecocracia
- m) Cefalea
- n) Trastorno de conciencia
- o) Dolor óseo
- p) Síntomas consuntivos
- q) Infecciones respiratorias, gastrointestinales, dérmicas, en sistema nervioso central y urinarias.

**6.4.5 Criterios de Alta**

- a) Paciente hemodinámicamente estable con diagnóstico de trombocitopenia inmune confirmada de acuerdo a protocolo, evaluado por especialidad de hematología.
- b) Paciente sin presencia de sangrado que pueda poner en riesgo la vida y/o comprometer calidad de vida relacionada con la salud y/o presencia de plaquetas mayor a  $30\ 000 \times 10^6/L$ .
- c) Paciente con respuesta completa a tratamiento.



HEVES

- d) Paciente con planeamiento terapéutico establecido y seguimiento de caso por consultorio externo de hematología.
- e) Alta para referencia de paciente a un establecimiento de mayor nivel de complejidad para manejo de la especialidad.

#### 6.4.6 Pronóstico

- a) Favorable si se realiza el diagnóstico y manejo oportuno.
- b) En pacientes pediátricos generalmente la enfermedad se autolimita en cambio en pacientes adultos suele ser crónica.
- c) Hay mayor riesgo de complicaciones y secuelas en grupos etarios extremos de la vida.

#### 6.5 Complicaciones

- Hemorragias severas (escala de hemorragia OMS 3-4)
- Reacciones secundarias a terapéutica (descritas en 6.4.3).
- Neoplasia secundaria post tratamiento intensivo.
- Inmunosupresión.

#### 6.6 Criterios de referencia y contrarreferencia

##### 6.6.1 Criterios de referencia

###### a) Referencia del I al II nivel de atención

- Paciente con presencia persistente de plaquetopenia.
- Pacientes que debutan con hemorragias de riesgo vital, trasladarlo a un hospital de mayor complejidad.
- Pacientes refractarios o persistentes que requieren tratamiento de 2da línea.
- Pacientes con indicación quirúrgica sea esplenectomía u otras cirugías con o sin morbilidad.

###### b) Referencia del II al III nivel de atención

- Pacientes refractarios o persistentes que requieren tratamiento de 2da línea y no se tenga terapia disponible en nuestro establecimiento de salud.
- Pacientes con indicación quirúrgica sea esplenectomía u otras cirugías con o sin morbilidad que no puedan ser resueltas en nuestro establecimiento de salud.

##### 6.6.2 Criterios de contrarreferencia

###### a) Contrarreferencia del III al II nivel de atención

- Paciente con tratamiento postquirúrgico sensible a corticoide.
- Paciente con tratamiento postquirúrgico o con terapia de segunda línea (si se tiene el medicamento en nuestro establecimiento de salud).
- Paciente con respuesta parcial a tratamiento de primera, segunda o tercera línea (si se tiene el medicamento en nuestro establecimiento de salud).



**b) Contrarreferencia del II al I nivel de atención**

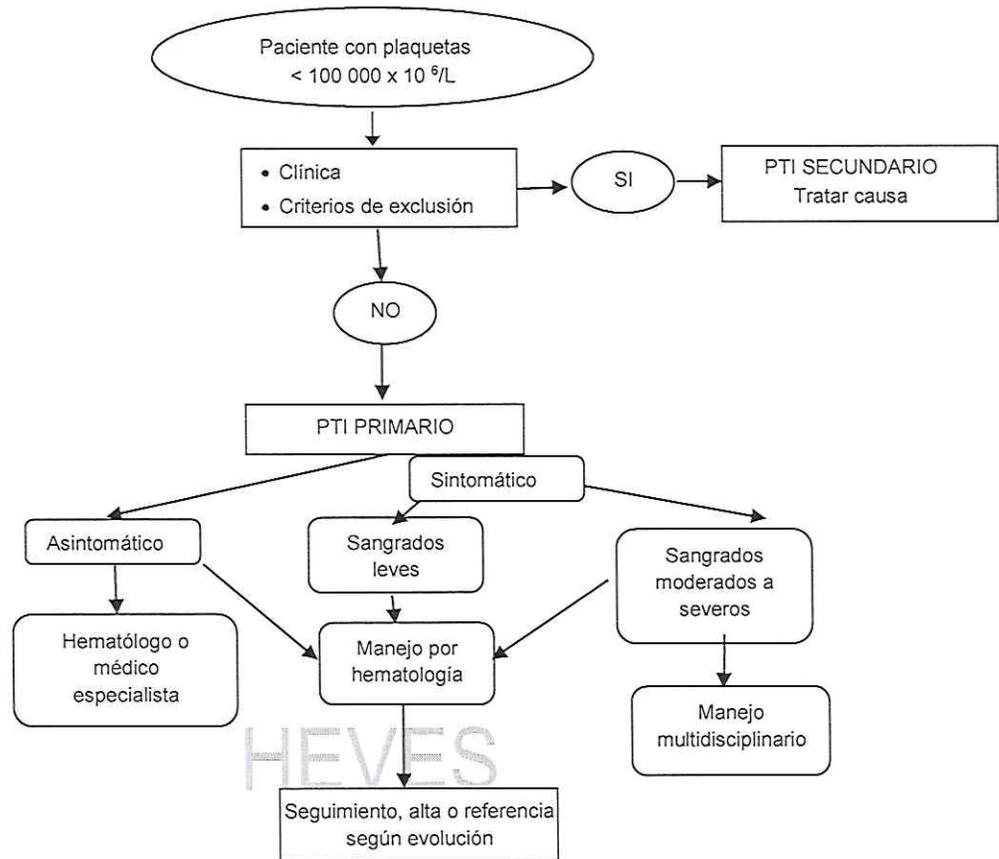
- Paciente con PTI de novo con respuesta completa más de 6 meses, puede ser derivado al médico internista o médico de familia en el nivel I.
- Todos los pacientes de alta deben ser contrarreferidos a su lugar de origen.

**6.7 Fluxograma**

HEVES



### Fluxograma N° 1: Atención para pacientes con púrpura trombocitopénica inmune



Fuente: Elaboración propia



VII. ANEXOS

Anexo N° 1: Escala de sangrado ITP

SITIO	0	1	2
Piel [examen físico (PE)]	Ninguno	1–5 hematomas y/o petequias diseminadas	>5 hematomas de tamaño >2 cm y/o petequias difusas
Oral (PE)	Ninguno	1 ampolla de sangre o >5 petequias o sangrado gingival que desaparece fácilmente con enjuague	Múltiples ampollas de sangre y/o sangrado de las encías
Piel (Hx)	Ninguno	1–5 hematomas y/o petequias diseminadas	>5 hematomas de tamaño >2 cm y/o petequias difusas
Oral (Hx)	Ninguno	1 ampolla de sangre o >5 petequias y/o sangrado de las encías <5 min	Múltiples ampollas de sangre y/o sangrado de las encías >5 min
Epistaxis	Ninguno	Sangre al sonarse la nariz y/o epistaxis <5 min (por episodio)	Sangrado >5 min (por episodio)
Gastrointestinal (GI)	Ninguno	Sangre oculta	Sangre macroscópica
Urinario (U)	Ninguno	Microscópico (tira reactiva)	Macroscópico
Ginecológico	Ninguno (período normal)	Manchado no en el momento del período normal	Sangrado > manchado no en el momento del período menstrual o período muy abundante
Pulmonar	Ninguno	N/A	SI
Hemorragia intracraneal	Ninguno	N/A	SI
Hemorragia subconjuntival	Ninguno	SI	N/A

Fuente: Bleeding Scale modified from: O Page, LK et al., Br J Haematol. 2007;138(2):245-8



### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Práctica Clínica para el manejo de púrpura trombocitopénica inmune en adultos. Departamento de Medicina Interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Perú. 2022.
2. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, Cuker A, Despotovic JM, George JN, Grace RF, Kühne T, Kuter DJ, Lim W, McCrae KR, Pruitt B, Shimanek H, Vesely SK. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019 Dec 10;3(23):3829-3866. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000966. Erratum in: *Blood Adv.* 2020 Jan 28;4(2):252. PMID: 31794604; PMCID: PMC6963252.
3. Swinkels M, et al. Emerging concepts in immune thrombocytopenia. *Frontiers in immunology* 2018, april 30, doi: 103389/fimmu.2018.00880.
4. Adam Cuker, Cindy E. Neunert; How I treat refractory immune thrombocytopenia. *Blood* 2016; 128 (12): 1547–1554. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2016-03-603365>.
5. S2k-Leitlinie 086-001: Neu diagnostizierte Immunthrombozytopenie im Kindes- und Jugendalter Aktueller Stand: 10/2018
6. Trotter P, Hill QA. Immune thrombocytopenia: improving quality of life and patient outcomes. *Patient Relat Outcome Meas.* 2018;9:369-384 <https://doi.org/10.2147/PROM.S140932>
7. Sanz M, et all, directrices para el diagnóstico y tratamiento de la púrpura trombocitopénica inmune, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. 2012.
8. Donato H, Bacciedoni V, Rapetti MC, Elena G, et al. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2019; 117 Supl 6: S243-S254.
9. Malpartida J, Diaz M, Terrones W. Guía técnica: Guía de práctica clínica para atención de púrpura trombocitopénica idiopática Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2012.
10. Kim, T., & Despotovic, J. (2021). Pediatric immune thrombocytopenia (ITP) treatment. *Annals Of Blood*, 6. doi:10.21037/aob-20-96.
11. Qiuni Chen, Yijing Zhang, Yunjie Li, Lijuan Zhang, Wenting Shi, Hong Tao, Kankan Chen, Zhengmei He, Chunling Wang y Liang Yu (2021) Estudio comparativo entre dos sistemas de clasificación de hemorragias de púrpura trombocitopénica inmunitaria, *hematología*, 26:1, 769-774, DOI: 10.1080/16078454.2021.1978753.



### DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES

Los miembros del Grupo Elaborador de la presente Guía Técnica declaran que las decisiones tomadas durante su elaboración no están sujetas a ningún tipo de conflicto de interés, sea este financiero, profesional o de otro tipo relevante al tema tratado por lo cual declaran lo siguiente:

- a) Los participantes del grupo elaborador y revisor dentro de los 04 años pasados, no hemos recibido ningún tipo de remuneración de una entidad comercial o de alguna otra organización con interés en el área objeto del presente grupo de trabajo.
- b) Además, dentro de los 04 años pasados, no hemos recibido financiamiento para nuestras investigaciones y publicaciones de una entidad comercial o de otro tipo de organización con interés relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- c) Actualmente, tampoco poseemos inversiones valoradas en más de S/ 10 000 en ninguna entidad comercial con algún interés en el área de estudio del presente grupo de trabajo.
- d) Finalmente, tampoco poseemos derechos sobre alguna propiedad intelectual que pueda ser beneficiada o perjudicada por los resultados del presente grupo de trabajo.

Declaramos que la información anteriormente descrita es verdadera y completa. Si hubiera algún cambio en la información provista, se notificará inmediatamente al personal debidamente responsable y se llenará una nueva declaración de conflictos de interés que describa los cambios ocurridos. Esto incluye cualquier cambio antes y durante las reuniones de trabajo, así como durante el periodo de publicación de los resultados obtenidos o cualquier actividad concerniente al tema de este grupo de trabajo



  
JACQUELINE GUILLÉN C.  
HEMATÓLOGA  
CMP 74494 RNE 42382

M.C JACQUELINE GUILLÉN CASTILLO  
Elaborador

## METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

El grupo de trabajo participante en la realización de la presente Guía Técnica realizó la priorización de temas y enfermedades más frecuentes y con mayor impacto tomando en cuenta los datos del sistema informático y reporte estadístico del Hospital de Emergencias Villa El Salvador y la validación por parte de los especialistas relacionados al tema y poniendo especial énfasis en la carga de enfermedad, variabilidad en la práctica clínica, disponibilidad de tratamiento, potenciales eventos prevenibles y aumento de su prevalencia a nivel nacional.

Se realizó la búsqueda bibliográfica tanto en los principales organismos elaboradores de guías de práctica clínica (NICE, SIGN, G-I-N, CENETEC – MEXICO, IETS-COLOMBIA, IETSI), los principales organismos recopiladores de Guías de Práctica Clínica (G-I-N, US National Guideline Clearinghouse, American Colleague of physicians, best practice, clinical evidence, guía salud), buscadores (Pubmed, Tripdatabase, etc) y sociedades científicas relacionadas al tema afín a la Guía de Práctica Clínica (GPC).

En base a las GPC encontradas se realizó la elección de la GPC a adaptar y de las referencias bibliográficas que servirán para establecer las recomendaciones finales tomando en cuenta la valoración de la riguridad de la guía, el año de publicación, la similitud de la población objetivo y coincidencias con el tópico en estudio.

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Villa El Salvador realizó el apoyo metodológico, seguimiento y monitoreo de la presente Guía de Práctica Clínica hasta su envío a la Dirección Ejecutiva.

La presente Guía Técnica luego de su aprobación por Dirección Ejecutiva será incorporada a nuestra institución y sus recomendaciones tendrán que ser tomadas como prioridad por los especialistas que se incorporen y brinden atenciones a los pacientes que se atiendan dentro de nuestra institución.

A su vez, la adherencia a la Guía Técnica será supervisada constantemente tomando en cuenta las recomendaciones que envíen los especialistas luego de su implementación y mediante las auditorias que realicen las unidades y oficinas competentes según los formatos y recomendaciones establecidas por el Ministerio de salud del Perú para los Hospitales de nuestro nivel de complejidad.

Finalmente, está Guía Técnica será actualizada al menos una vez cada tres años y en cualquier caso no debería sobrepasar nunca los 5 años. Sin embargo, puede ser modificada en cuanto la Dirección Ejecutiva del Hospital lo solicite.

