



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

GM-CCF-1524-2022

31 de marzo del 2022

PARA: Directores Médicos, Comités Locales de Farmacia, Servicios de Farmacia Institucionales.

DE: Comité Central de Farmacoterapia

Dra. Olga Paola Vásquez Barquero
Secretaria Técnica

Estimados señores(as):

<p>Asunto: Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia Artículo 57: Lineamiento Institucional para el Manejo de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica (PTI) en pacientes adultos.</p>

Para lo procedente, la Secretaría Técnica le comunica lo siguiente:

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2022-12, celebrada el 23 de marzo del 2022, recibe el oficio DFE-AMTC-0122-2022 con fecha del 17 de marzo de 2022, con el cual se remite la propuesta de lineamiento institucional para el manejo de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica (PTI), y se comunica lo siguiente:

El Comité Central de Farmacoterapia como Ente Asesor de la Gerencia Médica y la delegación que este le confiere, en referencia a la propuesta de lineamiento institucional para el manejo de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica, según el oficio DFE-AMTC-0122-2022, acuerda comunicar a los Comités Locales de Farmacoterapia, y a los servicios de farmacia, lo siguiente: Se avala el “Lineamiento institucional para el manejo de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica” y formulario adjunto. Además, se delega al Comité Local de Farmacoterapia la valoración y posible aval hasta el tercer paso de tratamiento (rituximab) del formulario para PTI; ya que para solicitar el cuarto paso de tratamiento (eltrombopag) se debe elevar ante el Comité Central de Farmacoterapia el formulario para PTI y la solicitud no LOM crónica para su respectiva valoración.



Lineamiento institucional para el manejo de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica en pacientes adultos

La Púrpura Trombocitopénica Inmunológica (PTI) es un desorden autoinmune, caracterizado por la destrucción de plaquetas normales o de sus progenitores en respuesta a un estímulo desconocido y que conlleva a una disminución transitoria o persistente del valor de las plaquetas que, dependiendo de su intensidad, puede producir episodios de sangrado variable. La PTI puede ocurrir en forma primaria o bien asociada a otras enfermedades: secundaria.

La historia natural de la PTI en adultos ha sido menos estudiada que su manifestación en los niños. La literatura reporta de 20% a 45% de los pacientes alcanzan una respuesta completa a los 6 meses. La identificación de la frecuencia en los eventos de sangrado es impredecible, es decir, se pueden identificar pacientes con trombocitopenia importante que no podrían tener más allá de equimosis o petequias.

Otras manifestaciones de sangrado pueden involucrar diferentes lechos, por ejemplo: menorragias, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, hematuria y pocas veces hemorragia intracraneal. La frecuencia de la hemorragia intracraneal en adultos fue reportada en 1.4%. La frecuencia del sangrado grave de la población adulta con PTI es de 9.5% y la mortalidad es 1.3 - 2.2 veces mayor que en la población general.

Objetivo: Establecer un tratamiento uniforme para pacientes **adultos** con Púrpura Trombocitopénica Inmunológica en los servicios de hematología de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1. Definiciones y conceptos clave.

- Púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI): Conteo de plaquetas $<100 \times 10^9/L$ en ausencia de otras causas o desórdenes que pueden asociarse con trombocitopenia. Es un diagnóstico de exclusión.

Según **tiempo de aparición**, se puede clasificar en:

- Diagnóstico reciente: Diagnóstico menos de 3 meses;
- Persistente: >3 meses, pero ≤ 12 meses desde el diagnóstico
- Crónica: > 12 meses.



Según la **evolución**, se puede clasificar en:

- Esteroide dependiente: necesidad de administración continua o repetida de esteroides para mantener un conteo $> 30 \times 10^9/L$ plaquetas y/o evitar el sangrado.
- Grave o severa: cuando ocurre sangrado importante que obliga a intervención en el tratamiento ya sea aumentando la dosis de tratamiento base o agregar una nueva droga.
- Refractaria: ocurre cuando:
 - o Hay falla para obtener respuesta o pérdida de la respuesta post-esplenectomía y
 - o Necesidad de tratamientos incluyendo dosis bajas de esteroides para minimizar el riesgo clínico de sangrado. La terapia a demanda adyuvante sola no es una cualidad para clasificar al paciente como refractario.

Según la **respuesta**, se puede clasificar en:

- **Respuesta completa (RC)**: recuento plaquetario $\geq 100 \times 10^9/L$ medida en 2 ocasiones con > 7 días entre ambas mediciones y en ausencia de sangrado.
- **Respuesta**: conteo de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$, incremento más de 2 veces el conteo basal, medido en 2 ocasiones, con > 7 días de diferencia y ausencia de sangrado;
- **No respuesta**: Recuento de plaquetas $< 30 \times 10^9/L$ o un aumento que es inferior a 2 veces del basal o presencia de sangrado. El conteo de plaquetas debe ser medido en 2 ocasiones con más de 24h (1 día) diferencia.
- **Pérdida de respuesta**: conteo de plaquetas $< 100 \times 10^9/L$ (en pacientes con RC), conteo $< 30 \times 10^9/L$ o menos de 2x el valor basal medido en 2 ocasiones, en más de 24h (1 día) y/o con sangrado presente.
- **Respuesta durable o permanente**: Conteos de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$ y que al menos duplica el recuento basal en 6 meses.
- **Respuesta temprana**: Conteos de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$ y que al menos duplica el recuento basal en 1 semana
- **Respuesta inicial**: Conteos de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$ y que al menos duplica el recuento basal en 1 mes.



- **Refractaria:** Inhabilidad para alcanzar la respuesta o pérdida de la respuesta tras la esplenectomía que amerita el tratamiento continuo para disminuir el riesgo de la hemorragia.

2. Previo a inicio de tratamiento.

- Historia clínica y examen físico completo
- Hemograma completo con morfología de glóbulos rojos y plaquetas
- Pruebas de función renal y función hepática
- Serologías por hepatitis A, B, C, Citomegalovirus, Epstein Barr, VIH y VDRL
- Estudios por enfermedades del colágeno: velocidad de eritrosedimentación, PCR, anticuerpos antinucleares, complemento, anticuerpos anticardiolipinas, anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico, factor reumatoide,
- Cuantificación de Inmunoglobulinas
- Imágenes: Radiografía de tórax y US de abdomen
- Test de aliento o Antígeno en heces por *Helicobacter pylori*.
- Aspirado de Médula ósea: no se recomienda de rutina, pero debe considerarse en pacientes >60 años o cuando el frotis documente anomalías morfológicas en el frotis de sangre periférica.

3. Tratamiento.

El objetivo del tratamiento en PTI es revertir y evitar la hemorragia, manteniendo las cifras de plaquetas en un nivel seguro.

Respecto a las metas de tratamiento, se recomienda:

- 1- Las metas de tratamiento deben de individualizarse.
- 2- La meta del tratamiento es prevenir sangrados severos y en pacientes sintomáticos, mantener un recuento plaquetario sobre $20-30 \times 10^9/L$.
- 3- Se debe de valorar la toxicidad de los tratamientos.
- 4- Se debe de optimizar calidad de vida relacionada a salud.

Criterios para iniciar el tratamiento:

Recuento de plaquetas ($\times 10^9/L$)	Criterios para inicio del tratamiento
---	---------------------------------------



< 20	Tratamiento está indicado independientemente si hay o no hemorragia.
> 20 a ≤ 50	No indicar en ausencia de hemorragia. Se recomienda si se documenta diátesis hemorrágica, necesidad de cirugía o procedimientos invasivos o estilo de vida que predisponga a traumatismos.
> 50	En general no está indicado el tratamiento y en caso de asociar hemorragia se deben descartar otras causas. Tratamiento en caso de: requerimiento de neurocirugía, cirugía oftálmica, disfunción plaquetaria que facilite diátesis y necesidad de anticoagulación.

3.1 Primer paso.

PTI de reciente diagnóstico con conteos de plaquetas $\leq 30.000/L$ ó en caso de sangrado sintomático:

a. Esteroides:

- Dexametasona 40mg IV o VO cada día por 4 días en ciclos de cada 15 o 28 días.
- En caso de contraindicación a dexametasona, prednisona 0.5 a 2 mg/kg/día VO por 21 días y en caso de respuesta iniciar descenso.

b. Inmunoglobulina: 1g/kg IV por día por 2 días o 0.4mg/kg/día por 5 días en caso de contraindicación a esteroides o en pacientes con sangrado que cause inestabilidad hemodinámica.

Se debe monitorizar y evaluar el desarrollo de efectos adversos asociados a los corticoesteroides, entre ellos: hipertensión arterial, hiperglicemia, trastornos del sueño, irritación gástrica y úlcera péptica.

3.2 Segundo paso

En pacientes con pérdida de respuesta luego de esquema con esteroides o dependencia a corticoesteroides para mantener conteo plaquetario:



- a. Inmunomodulador: de forma individualizada, se debe valorar el uso de al menos 1 medicamento inmunomodulador disponible en la LOM. Queda a criterio de médico tratante valorar el uso de un segundo inmunomodulador previo a siguiente línea de tratamiento.

Medicamento	Dosis	Tiempo aproximado a respuesta.
Azatioprina	2.5-3mg/kg VO cada día	Respuesta lenta, puede requerir tratamiento de 3 a 6 meses
Ciclosporina A**	5mg/kg/d por 6 días, luego 2.5-3mg/kg/día, dividido en 2 dosis.	3-4 semanas
Micofenolato de mofetilo*	1.5-2g VO por día, dividido en dos dosis, por al menos 12 semanas	Aumento de recuento en promedio a las 8 semanas

* Sin indicación oficial, uso compasivo.

+ Se debe de hacer seguimiento con ciclosporinemia para alcanzar nivel C0 meta 100-200ng/mL; se recomienda que paciente tenga control con programa de Atención Farmacéutica.

3.3 Tercer paso.

Se reserva la segunda línea de tratamiento para:

1. Pacientes sin respuesta a esteroides o esteroides dependientes.
2. Sin respuesta a al menos un inmunomodulador LOM utilizado por el tiempo recomendado para obtener respuesta y con adecuada adherencia al tratamiento con presencia de sangrado (WHO III o IV) durante el tratamiento.



Rituximab (uso compasivo): de acuerdo con las características del paciente, médico tratante puede optar por:

- Dosis baja: 100mg IV por semana por 4 semanas. (Utilizar presentación institucional de 100mg disponible en LOM)
- Dosis alta: 375 mg/m² IV por semana por 4 semanas.

Previo al inicio de este medicamento, médico tratante debe de realizar el consentimiento informado para uso compasivo respectivo.

3.4 Cuarto paso.

Se reserva para pacientes no han obtenido respuesta con las líneas de tratamiento previo.

- a. Agonistas de trombopoyetina (TPO): eltrombopag.
 - Dosis inicial: 50mg/día VO y ajuste de dosis de acuerdo con la respuesta obtenida. Dosis máxima 75mg/día.
 - Pacientes con ascendencia asiática: iniciar con 25mg/día.

Conteo plaquetario	Ajuste de dosis
>200x10 ⁹ /L a ≤400x10 ⁹ /L	Reducir dosis 25mg cada 2 semanas hasta dosis más baja para mantener ≥50x10 ⁹ /L
>400x10 ⁹ /L	Discontinuar por 1 semana. Cuando plaquetas <200x10 ⁹ /L, reiniciar con dosis reducida en 25mg.

Eltrombopag debe utilizarse 4h antes y 4h después de antiácidos, productos lácteos, calcio, complementos multivitamínicos que contengan calcio y magnesio.

En caso de no documentarse una respuesta luego de 4 semanas de terapia a dosis máxima (75mg/día), se debe suspender terapia con eltrombopag.

Es importante señalar que no se dispone de evidencia científica respecto a la seguridad de eltrombopag a largo plazo.



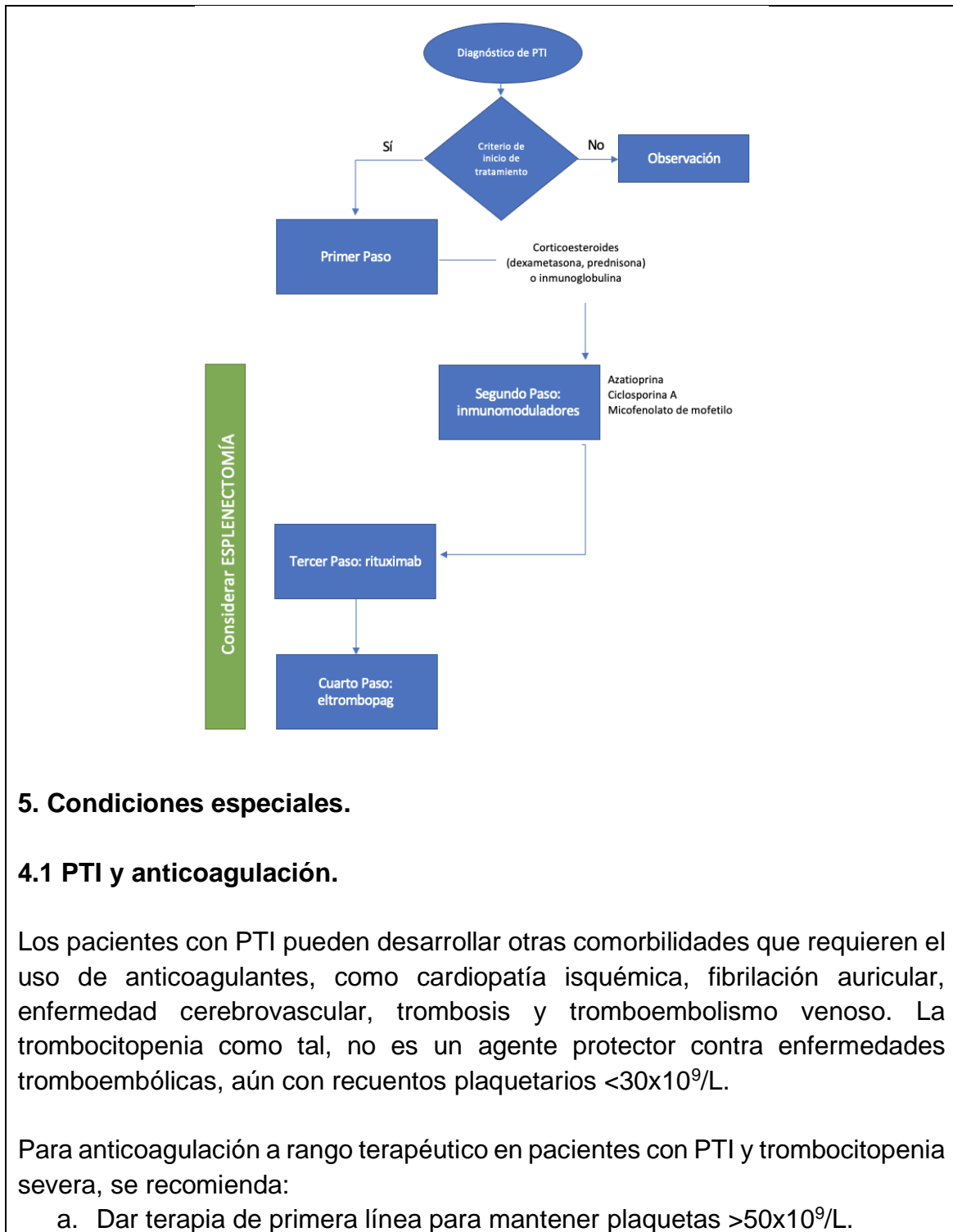
3.5 Esplenectomía.

Se debe de considerar en pacientes con PTI crónica (>12 meses) que presentan un conteo plaquetario $\leq 20 \times 10^9/L$ y/o sangrado sintomático a pesar de tratamiento farmacológico, hipersensibilidad y/o reacciones adversas severas a terapias médicas.

Previo y posterior al procedimiento se recomienda tener algunas consideraciones, descritas a continuación.

ANTES DE ESPLENECTOMÍA	Educación del paciente	Pacientes deben ser informados de los riesgos a largo plazo de la esplenectomía y ser educados para la mitigación y detección temprana de estos riesgos.
	Vacunación	Vacunación contra <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> y <i>Haemophilus influenzae</i> al menos 14 días antes de esplenectomía
	Incremento de conteo plaquetas	Elevación de plaquetas $> 50 \times 10^9/L$ con esteroides o inmunoglobulinas.
	Profilaxis antibióticos	Empleo de antibióticos profilácticos de acuerdo con guías internacionales.
DESPUÉS DE ESPLENECTOMÍA	Tromboprofilaxis	Movilización temprana del paciente, buena hidratación e inicio temprano de terapia anticoagulante temprana una vez que se aseguró la hemostasia si existe algún riesgo de trombosis.
	Discontinuación de otros tratamientos	Traslape gradual de terapias
	Re-vacunación.	Vacunación contra <i>S. pneumoniae</i> y vacuna anual influenza según esquema correspondiente.
	Seguimiento	Evaluación c/3 meses en pacientes respondedores por 1 año; luego de ello los pacientes necesitan énfasis en precauciones. El embarazo requiere re-evaluación.

4. Algoritmo de manejo.



5. Condiciones especiales.

4.1 PTI y anticoagulación.

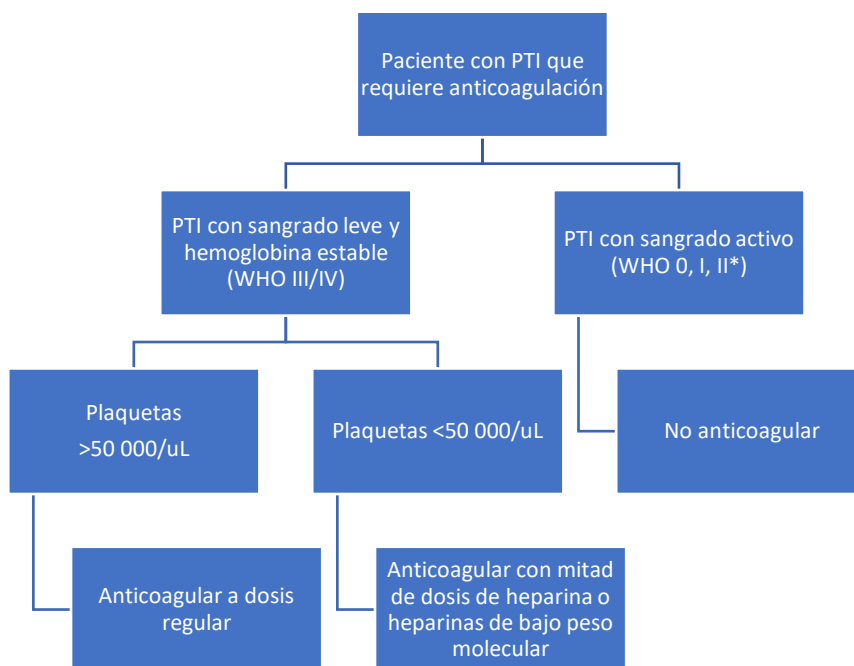
Los pacientes con PTI pueden desarrollar otras comorbilidades que requieren el uso de anticoagulantes, como cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedad cerebrovascular, trombosis y tromboembolismo venoso. La trombocitopenia como tal, no es un agente protector contra enfermedades tromboembólicas, aún con recuentos plaquetarios $<30 \times 10^9/L$.

Para anticoagulación a rango terapéutico en pacientes con PTI y trombocitopenia severa, se recomienda:

- Dar terapia de primera línea para mantener plaquetas $>50 \times 10^9/L$.



- b. Pacientes con sangrados menores como equimosis, petequias o hematomas, pero con hemoglobina estable no se considera como una contraindicación absoluta a anticoagulación.
- c. Los pacientes con sangrados que comprometen la vida y/o descenso de hemoglobina no deben anticoagularse.



4.2 PTI y procedimientos quirúrgicos.

A continuación, se resumen el recuento de plaquetas recomendado en caso de requerir un procedimiento de acuerdo con el tipo.

	Procedimiento	Recuento plaquetario meta
Odontología	Procedimientos generales	$\geq 20\text{-}30 \times 10^9/\text{L}$
	Extracción dental simple	$\geq 30 \times 10^9/\text{L}$
	Extracción dental compleja	$\geq 50 \times 10^9/\text{L}$
	Bloqueo dental regional	$\geq 30 \times 10^9/\text{L}$
	Inserción de línea central	$\geq 20 \times 10^9/\text{L}$
	Punción lumbar	$\geq 40 \times 10^9/\text{L}$



Procedimientos invasivos	Inserción o remoción de catéter epidural	$\geq 80 \times 10^9/L$
	Biopsia percutánea de hígado y considerar transyugular si el conteo es menor	$\geq 50 \times 10^9/L$
Cirugía	Cirugía menor	$\geq 50 \times 10^9/L$
	Cirugía mayor, incluyendo parto vaginal (sin epidural)	$\geq 80 \times 10^9/L$
	Neurocirugía u Oftalmológica	$\geq 100 \times 10^9/L$

No se recomienda realizar transfusión profiláctica de plaquetas en:

- 1- Biopsia y aspirado de medula ósea.
- 2- Inserción de catéteres centrales insertados periféricamente (PICCs).
- 3- Cirugía de catarata.

4.3. PTI asociada a embarazo.

La trombocitopenia es la segunda anormalidad del hemograma más frecuente con el embarazo y aproximadamente 10% de las mujeres embarazadas presentan trombocitopenia, pero únicamente 1% presentan conteos menos a $<100 \times 10^9/L$ y conteos por debajo de $80 \times 10^9/L$ son raros (0.1%) en ausencia de otras patologías.

Al igual que en pacientes no embarazadas, el diagnóstico de PTI durante el embarazo es de exclusión.

Recomendaciones generales de tratamiento:

1. En pacientes con conteos $20-30 \times 10^9/L$ sin sangrado es seguro en la mayoría del embarazo, previo a parto se recomienda conteos $\geq 50 \times 10^9/L$.
2. Terapia de primera línea:
 - a. Corticoesteroides.
 - i. Prednisona a dosis baja: 20mg/día VO o,
 - ii. Dexametasona 30mg/d por 2 días, únicamente en pacientes con embarazo menor a 32 semanas.
 - b. Inmunoglobulina: 1g/kg/día por 1-2 días, produce una respuesta rápida pero usualmente pasajera.
3. Terapia subsecuente debe de ser valorada e individualizada según paciente, condición clínica y edad gestacional.



4. Se sugiere que la vía de parto de pacientes embarazadas y con PTI deberá ser decisión del especialista en obstetricia. Para parto vía vaginal, se recomienda un conteo plaquetario $\geq 50 \times 10^9/L$ y para parto vía cesárea se recomienda conteo plaquetario $\geq 80 \times 10^9/L$.

4.4 PTI asociada a enfermedades infecciosas.

4.5.1 *Helicobacter pylori*.

En 1988, Gasbarrini *et al*, reportaron un incremento en los conteos de plaquetas en los 8 casos de pacientes infectados con *H. pylori* con PTI quienes fueron tratados con un régimen para erradicar la bacteria, en comparación con 3 pacientes quienes no recibieron terapia de erradicación.

Los estudios documentaron, la producción de anticuerpos anti-GPIIb/IIIa que involucra células T CD4 reactivas y linfocitos B en un modelo denominado “asa patogénica”, y que desaparecen luego de que el *H. pylori* es eliminado.

En caso de detección de infección por *H. pylori*, se debe de dar tratamiento de erradicación de primera línea de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes y referir a gastroenterología para seguimiento.

4.5.2 Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La trombocitopenia asociada a VIH raramente produce sangrado y solo son unos pocos casos que han reportado consecuencias fatales. Las causas más comunes son: infecciones por oportunistas, esplenomegalia y fiebre que conducen a disminución de sobrevivencia de las plaquetas.

Los anticuerpos anti-plaquetas aumentan en prevalencia con la progresión de VIH. Estos anticuerpos son anti-glicoproteína II/1a; algunos de esos anticuerpos se unen a epítopes que son homólogos a las proteínas del VIH *nef*, *gag*, *env* y *pol*, lo cual sugiere mimetismo molecular. Los anticuerpos se auto-depositan encima de la superficie de las plaquetas, sobre todo en situaciones de infección y PTI para promover su remoción por el hígado y el bazo.

Asimismo, en la PTI asociada a VIH, los megacariocitos provenientes de células madre hematopoyéticas infectadas por VIH, son defectuosas en su habilidad para la producción de plaquetas, lo cual se evidencia en aspirados con médula ósea: normal o hiper celular con incremento en el número de los megacariocitos.



Para el tratamiento de la PTI secundaria a VIH, como primer paso debe suministrarse en tratamiento antiretroviral, antes que cualquier otro medicamento con excepción de sangrado significativo.

En caso de requerir tratamiento para PTI luego del inicio de antiretrovirales, se debe valorar riesgo/beneficio de uso de corticoesteroides, inmunoglobulina e inmunomoduladores. En caso de contraindicación a estos, valorar uso de terapia de tercera línea y exponer la solicitud por medio del formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM.

5. Reacciones Adversas.

A continuación, se resumen las reacciones adversas según las terapias recomendadas por cada línea de tratamiento.

Línea de tratamiento	Medicamento	Reacciones adversas
1ra Línea	Dexametasona	Supresión adrenal, alteración el comportamiento, fascias cushingoides, alteraciones gastrointestinales (ej. ulcera péptica, dispepsia, gastritis, distensión abdominal), hiperglicemia, infecciones, efectos neuromusculares o esqueléticos (osteoporosis, fracturas vertebrales), efectos oculares (aumento de presión intraocular), retención hídrica, hipertensión arterial.
	Prednisona	Supresión adrenal, alteración el comportamiento, fascias cushingoides, alteraciones gastrointestinales (ej. ulcera péptica, dispepsia, gastritis, distensión abdominal), hiperglicemia, infecciones, efectos neuromusculares o esqueléticos (osteoporosis, fracturas vertebrales), efectos oculares (aumento de presión intraocular), retención hídrica, hipertensión arterial.
	Inmunoglobulina	>10%: cefalea, fiebre, escalofríos, enrojecimiento del sitio de aplicación, fatiga, náuseas, diarrea, dolor abdominal, hipotensión o hipertensión, bradicardia o taquicardia. Otros EA: meningitis aséptica, neutropenia, trombosis (blackbox warning), aumento de creatinina sérica, BUN, necrosis tubular renal, reacciones anafilactoides.
	Inmunomoduladores LOM Micofenolato de mofetilo	>10%: edema, hipertensión, hipotensión, taquicardia, brote cutáneo, celulitis, acidosis, hipercolesterolemia, hiperglicemia, alteración electrolitos, dolor abdominal, constipación, diarrea, dispepsia, esofagitis/gastritis, hematuria,



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

			<p>ITU, aumento de transaminasas, cefalea, artralgias, astenia, lumbalgia</p> <p>EA significativos: supresión de MO (anemia, leucopenia, con menos frecuencia trombocitopenia), diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito, infecciones, desordenes linfoproliferativos, neoplasias.</p>
		Azatioprina	<p>Los principales efectos adversos son hematológicos y gastrointestinales. Los EA son dosis dependiente.</p> <p>Leucopenia, trombocitopenia, náuseas, vómitos, elevación de transaminasas y bilirrubinas, infección.</p>
		Ciclosporina A	<p>>10%: hipertensión arterial edema, cefalea, parestesias, hipertricosis, hirsutismo, hipertrigliceridemia, náusea, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, infecciones, temblor, deterioro de la función renal, hiperplasia gingival.</p>
2da línea		Rituximab	<p>>10%: hipertensión arterial, edema periférico, sudoración nocturna, prurito, brote cutáneo, dolor abdominal, diarrea, náuseas, anemia neutropenia, hipogammaglobulinemia, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, aumento de transaminasas, angioedema, infecciones, fatiga, cefalea, neuropatía sensoria, fiebre, reacciones infusiónales.</p>
3ra línea		Eltrombopag	<p>>10%: anemia, náusea, pirexia, aumento de alanina aminotransferasa, tos, fatiga, cefalea y diarrea.</p>

El uso excepcional para otras condiciones no descritas en este protocolo requiere aprobación individualizada por parte del Comité Central de Farmacoterapia (CCF); el médico prescriptor debe exponer su solicitud justificada mediante el formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM, la gestión debe acoger la normativa y procedimientos institucionales vigentes.

Las consultas serán atendidas por funcionarios del Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica, a los teléfonos 2539-1070, 2539-1071, 2539-1072 o 2539-1074.



Formulario de verificación para tratamiento de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica en pacientes adultos

Formulario de verificación para tratamiento de Púrpura Trombocitopénica Inmunológica en pacientes adultos

Centro de Salud: _____
____/____/____.

Fecha:

Nombre de paciente: _____

Identificación: _____ Peso: _____. Talla: _____. ASC:
_____.

Nombre y código de médico prescriptor:

_____.

Diagnóstico: Purpura trombocitopénica Inmunológica

- Esteroide dependiente
- Pérdida de respuesta
- No respuesta
- Refractario

Medicamento solicitado: _____.

Dosis y duración: _____.

Estudios realizados (marque con x).

- Historia clínica y examen físico completo.
- Hemograma completo y pruebas de función hepática y renal.
- Serologías virales:
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Epstein Barr
 - VDRL
 - Citomegalovirus
 - VIH
- Estudios de imágenes realizados:
 - Radiografía de tórax.
 - Ultrasonido de abdomen.
- Estudios por enfermedades autoinmunes:
 - Anticuerpos antinucleares
 - Snd antifosfolípido (al menos 1):
 - Anticardiolipina o
 - Complemento



- b2 glicoproteína o
 - Anticoagulante lúpico
- Factor reumatoide
- Test de aliento o antígeno en heces por *Helicobacter pylori*.

En pacientes mayores de 60 años o con frotis de sangre periférica con anomalías detectadas, como parte del abordaje inicial se debe valorar:

- Aspirado de Médula Ósea.
- Biopsia de Médula Ósea.
- Citometría de flujo.

Tratamientos previos:

Primer y segundo paso:

Medicamento y dosis	Fecha	Hemoglobina	Plaquetas	Leucocitos	Observaciones
	Inicio				
	Respuesta				
	Inicio				
	Respuesta				
	Inicio				
	Respuesta				

Tercer paso:

Medicamento y dosis	Fecha	Hemoglobina	Plaquetas	Leucocitos	Observaciones
Rituximab	Inicio				
	Respuesta				

Candidato a esplenectomía: Sí () No ()

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Gerencia Médica

Comité Central de Farmacoterapia

Teléfono: 2539-0000 ext. 8604, 8610

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr**Cuarto paso:**

Medicamento y dosis	Fecha	Hemoglobina	Plaquetas	Leucocitos	Observaciones
Eltrombopag	Inicio				
	Respuesta				

Tratamiento actual:

- Medicamento: _____.
- Dosis utilizada: _____.
- Fecha de inicio ____/____/____.

Información adicional: _____

_____.

El uso excepcional para otras condiciones no descritas en este protocolo requiere aprobación individualizada por parte del Comité Central de Farmacoterapia (CCF); el médico prescriptor debe exponer su solicitud justificada mediante el formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM, la gestión debe acoger la normativa y procedimientos institucionales vigentes.

OPVB//msm

Cc: Archivo