Recomendaciones PTI

Consenso DELPHI

Evaluación** de la **práctica clínica habitual** en España ante la llegada de **nuevos fármacos** para el **tratamiento** de la **PTI

Con el aval científico de: SEHH Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

Patrocinado por: sobi AMGEN GRIFOLS NOVARTIS

Con el soporte científico de: LUZÁN CINCO health consulting

Resultados del CONSENSO DELPHI

Recomendaciones PTI

Evaluación de la práctica habitual en España ante la llegada de nuevos fármacos para el tratamiento de la PTI

Comité científico

Coordinadores:

Dr. Tomás José González López.
Hospital Universitario de Burgos

Dr. Isidro Jarque Ramos.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Comité Científico:

Dr. Abelardo Bárez
Complejo Asistencial de Ávila – Sacyl

Dr. Ángel Bernardo Gutiérrez
Hospital Central de Asturias

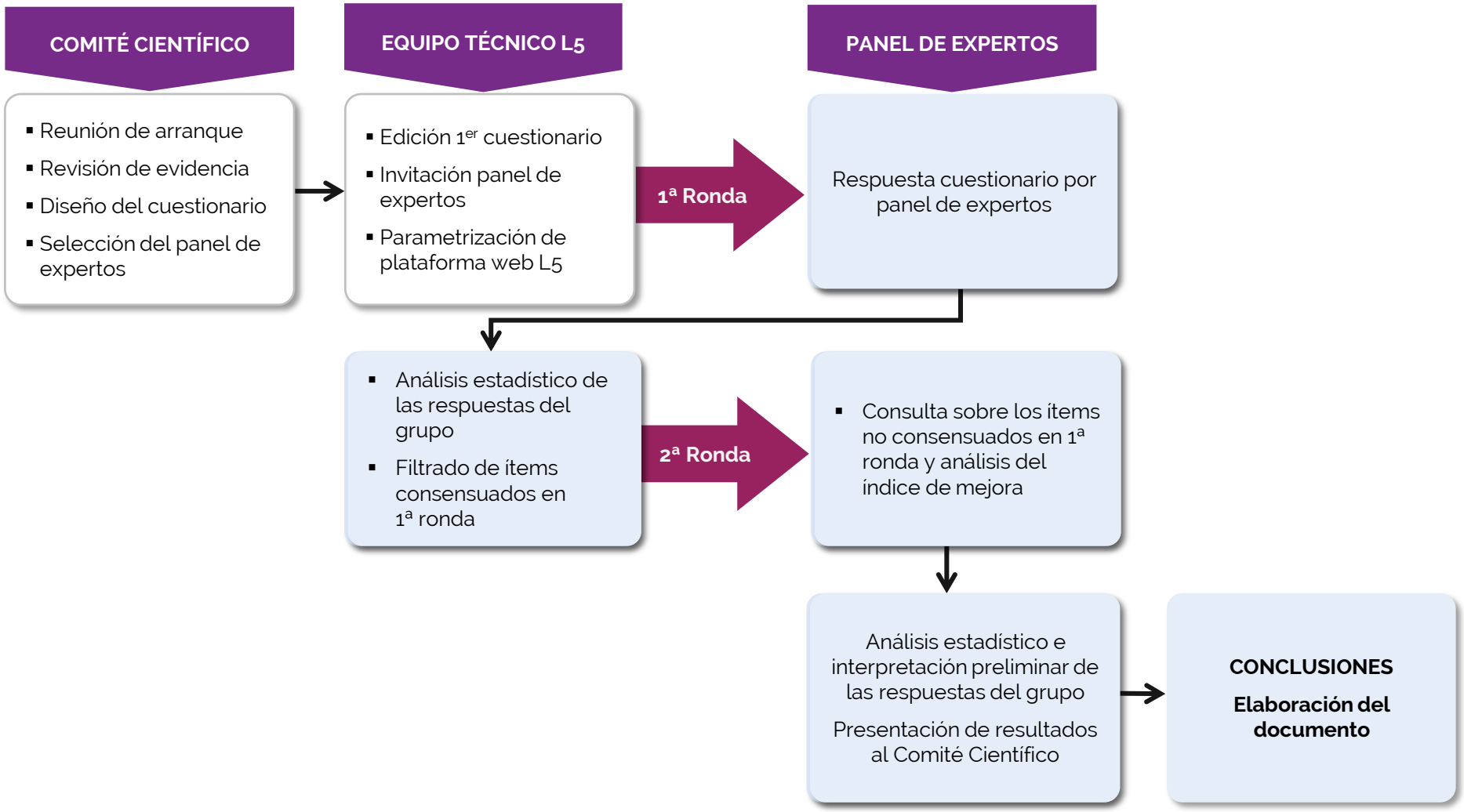
Dra. Silvia Bernat
Hospital de la Plana, Villarreal, Castellón

Dr. Fernando Fernández-Fuertes
Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

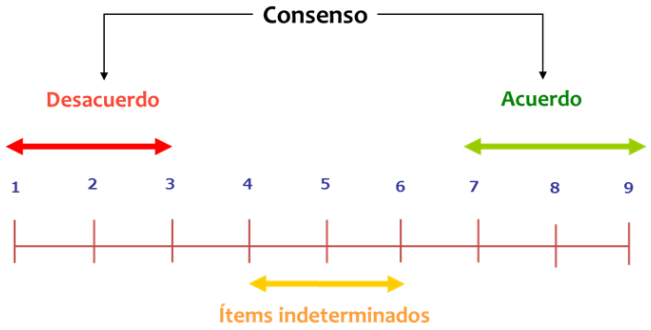
Dra. Reyes Jiménez Bárcenas
Hospital Serranía de Ronda, Málaga

Dr. José María Guinea de Castro
Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

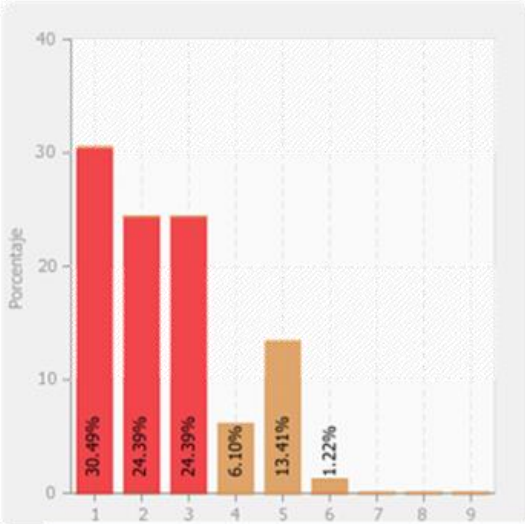
METODOLOGÍA DELPHI



- Para analizar los datos en ambas rondas se tiene en cuenta:
  - La situación de mediana de las puntuaciones para cada ítem.
  - Se interpretan los niveles de "consenso" de los ítems.
- Se considerará consensuado un ítem cuando exista "concordancia" de opinión en el panel, esto es, cuando los expertos que puntúen fuera de la región de tres puntos ([1-3], [4-6], [7-9]) que contiene la mediana sean menos de la tercera parte de los encuestados. En tal caso, el valor de la mediana determinará el consenso grupal alcanzado: **"consenso en el desacuerdo"** mayoritario con el ítem, si la mediana es ≤ 3, o **"consenso en el acuerdo"** mayoritario con el ítem si la mediana es ≥ 7. Los casos en los que la mediana se encuentre en la región 4-6 se definen como **"no consenso por indeterminación"** para una mayoría representativa del grupo.
- Por el contrario, se establecerá que existe "discordancia" de criterio en el panel cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas estén en la región [1-3] y de otro tercio o más, en la región [7-9]. En este caso hablamos de **"no consenso con polarización"**. Los ítems restantes en los que no se observe concordancia ni discordancia se considerarán **"no consenso con dispersión".**
- Los ítems en los que no se observa "consenso" son los que pasan a votación en segunda ronda.

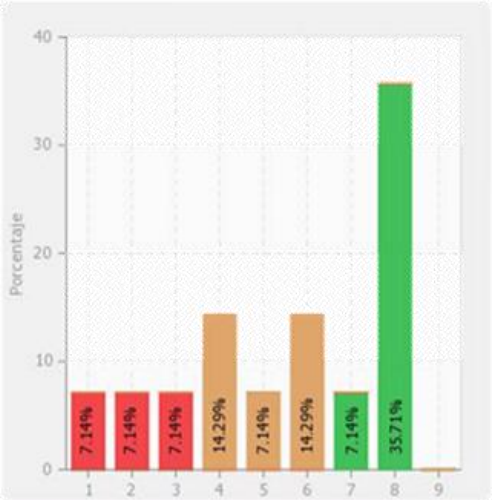


CONSENSO EN DESACUERDO



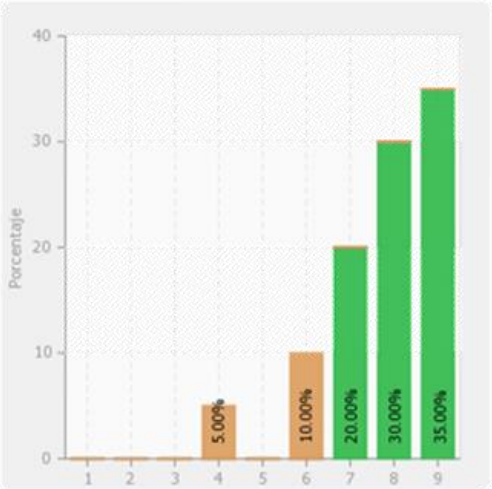
Media	2,51
Mediana	2
rango intercuartílico	2
Porcentaje fuera de la mediana	20,73

NO CONSENSO

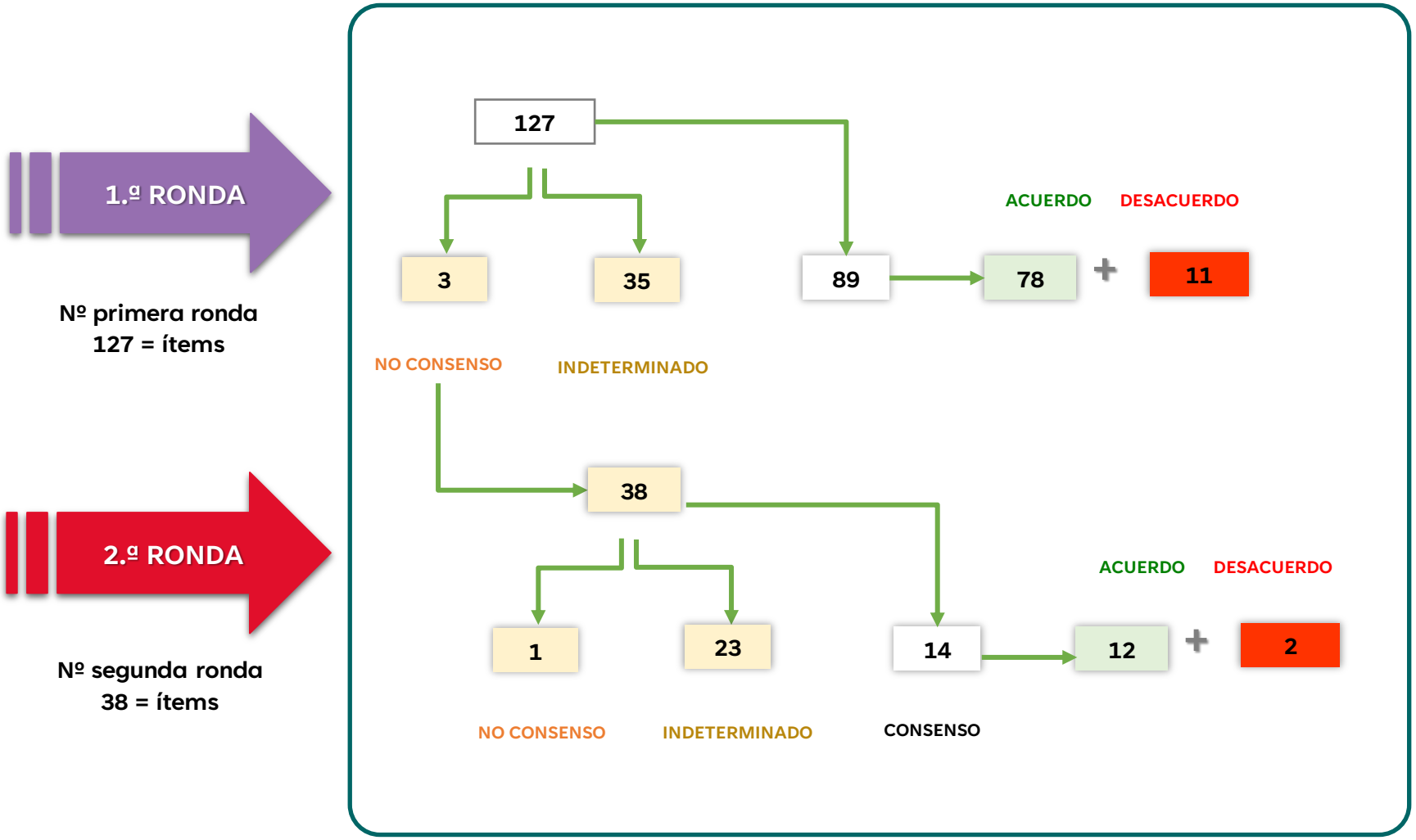


Media	5,57
Mediana	6
rango intercuartílico	4,5
Porcentaje fuera de la mediana	64,29

CONSENSO EN ACUERDO



Media	7,75
Mediana	8
rango intercuartílico	2
Porcentaje fuera de la mediana	15



Participantes

1ª Ronda:
31 personas

2ª Ronda:
23 personas

- Nº total de aseveraciones: **127**
- Nº de aseveraciones consensuadas: **103**
  - Nº de aseveraciones con consenso en el acuerdo: **90**
  - Nº de aseveraciones con consenso en el desacuerdo: **13**
- Porcentaje final de consenso (103 de las 127 aseveraciones): **81%**

- Nº de aseveraciones consensuadas en 1ª ronda: **89**
- Porcentaje de consenso en la 1ª ronda (89 de las 127 aseveraciones): **70%**
- Porcentaje de consenso en la 2ª ronda (14 de las 38 aseveraciones): **37%**
- Porcentaje de mejora en 2ª ronda (14 de las 127 aseveraciones): **11%**

BLOQUE I.
Diagnóstico de la trombocitopenia inmune (PTI)

BLOQUE I: Diagnóstico de la trombocitopenia inmune (PTI)

Bloque 1. Diagnóstico de la trombocitopenia inmune (PTI)	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
1. La vacunación puede desencadenar una PTI de manera más frecuente en la población infantil que en la población adulta.	2	6,74	7	2	30,43	Acuerdo
2. En el diagnóstico de la trombocitopenia inmune (PTI), la exploración física debe basarse en la búsqueda de lesiones hemorrágicas, presencia de visceromegalias, adenopatías y tumoraciones.	1	8,17	8	1	2,86	Acuerdo
3.En el diagnóstico de la PTI, la revisión del frotis de sangre periférica es esencial.	1	8,91	9	0	0	Acuerdo
4. En el diagnóstico de la PTI, el estudio de médula ósea, independientemente de la edad del paciente, no se considera necesario.	2	6,96	7	4	26,09	Acuerdo
5. En el diagnóstico de la PTI, es esencial la detección de anticuerpos antiplaquetarios.	1	1,97	2	2	2,86	Desacuerdo
6. En el diagnóstico de la PTI, se debe realizar hemograma en citrato y recuento manual para descartar falsas trombocitopenias.	2	6,48	7	5	39,13	Indeterminado
7. Los pacientes con PTI y test de autoinmunidad positivos deben de ser remitidos a un servicio especializado en enfermedades autoinmunes.	2	6,35	7	2	34,78	Indeterminado
8. Se debe realizar el estudio de anticuerpos antifosfolípido antes del uso de agonistas del receptor de la trombopoyetina (AR-TPO) u otros agentes que puedan aumentar el riesgo trombótico.	2	6,09	6	2	56,52	Indeterminado
9. Dado que en España existe una alta prevalencia de infección por Helicobacter pylori, se debe descartar en los adultos con PTI que presentan síntomas digestivos.	1	6,8	7	1	22,86	Acuerdo
10. Se recomienda que al diagnóstico los pacientes sean evaluados mediante escalas para valorar la severidad del sangrado.	1	7	7	2	31,43	Acuerdo

BLOQUE I: Diagnostico de la trombocitopenia inmune (PTI)

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que **la vacunación** puede desencadenar una PTI de manera más frecuente en la población infantil que en la población adulta.

- Además, dado que en España existe una alta prevalencia de infección por Helicobacter pylori, hay acuerdo en que se debe descartar en los adultos con PTI que presentan síntomas digestivos.

- En el diagnóstico de la trombocitopenia inmune (PTI), los expertos están de acuerdo en que:
  - La **exploración física** debe basarse en la búsqueda de lesiones hemorrágicas, presencia de visceromegalias, adenopatías y tumoraciones.
  - Es esencial la revisión del **frotis de sangre periférica.**
  - Los pacientes sean evaluados mediante escalas para valorar la severidad del sangrado.
  - **No se considera** necesario el estudio de **médula ósea**, independientemente de la edad del paciente.
  - **No se considera** esencial la detección de **anticuerpos antiplaquetarios**. (Consenso en el desacuerdo).

- Sin embargo, <u>no se ha alcanzado consenso</u> en que:
  - Se deba realizar **hemograma en citrato y recuento manual** para descartar falsas trombocitopenias.
  - Los pacientes con PTI y **test de autoinmunidad positivos** deban de ser remitidos a un servicio especializado en enfermedades autoinmunes.
  - Se deba realizar el estudio de **anticuerpos antifosfolípido antes del uso** de agonistas del receptor de la trombopoyetina (**AR-TPO**) u otros agentes que puedan aumentar el riesgo trombótico.

BLOQUE II.
Tratamiento de primera línea de la PTI

BLOQUE II: Tratamiento de primera línea de la PTI

Bloque 2. Tratamiento de primera línea de la PTI	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
11. Se debe utilizar la clasificación de la OMS del grado de hemorragia para decidir la modalidad de tratamiento.	2	5,48	5	2	47,83	Indeterminado
12. Hay que iniciar el tratamiento a pacientes adultos con PTI de nuevo diagnóstico y recuento de plaquetas < 20 x 10^9/L, sin clínica de hemorragia, ni factores de riesgo hemorrágico.	1	6,69	7	2	31,43	Acuerdo
13. Hay que iniciar el tratamiento a pacientes pediátricos con PTI de nuevo diagnóstico y recuento de plaquetas < 20 x 10^9/L, sin clínica de hemorragia, ni factores de riesgo hemorrágico.	2	4,61	5	3	47,83	Indeterminado
14. El tratamiento de la PTI de nuevo diagnóstico debe iniciarse con corticoides si no existen contraindicaciones.	1	8	9	2	11,43	Acuerdo
15. La duración máxima del tratamiento con corticoides a dosis máxima en el tratamiento de PTI de reciente diagnóstico debe limitarse a 3-4 semanas.	1	7,6	8	2	17,14	Acuerdo
16. Se pueden usar AR-TPO en el tratamiento de la PTI de nuevo diagnóstico.	2	6,43	7	2	30,43	Acuerdo
17. Las inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) deben usarse en situaciones de hemorragia ≥ Grado II de la OMS.	1	7,2	8	3	25,71	Acuerdo
18. Antes de la utilización de IgIV, se debe extraer una muestra para serología y estudio de autoinmunidad.	1	7,29	8	2	20	Acuerdo
19. Hay que suspender la antiagregación en pacientes con PTI de nuevo diagnóstico y plaquetas < 30 x 10^9/L.	1	7,6	8	2	17,14	Acuerdo
20. Hay que suspender la antiagregación en pacientes con PTI de nuevo diagnóstico y plaquetas < 50 x 10^9/L.	2	4,17	4	2	60,87	Indeterminado

BLOQUE II: Tratamiento de primera línea de la PTI

Conclusiones preliminares

- En primer lugar, no se ha alcanzado consenso en que se deba utilizar la clasificación de la OMS del grado de hemorragia para decidir la modalidad de tratamiento.

- Sí hay consenso en que hay que iniciar el tratamiento a **pacientes adultos** con PTI de nuevo diagnóstico y recuento de plaquetas < 20 x 10^9/l, sin clínica de hemorragia, ni factores de riesgo hemorrágico. Sin embargo, no hay consenso en que haya que iniciar el tratamiento a **pacientes pediátricos** con las mismas características.

- Hay acuerdo en que el tratamiento de la PTI de nuevo diagnóstico debe iniciarse con **corticoides** si no existen contraindicaciones y que la duración máxima del tratamiento con corticoides a dosis máxima debe limitarse a 3-4 semanas. También hay consenso en que se pueden usar **AR-TPO** en el tratamiento de la PTI de nuevo diagnóstico.

- En cuanto a las inmunoglobulinas intravenosas (IgIV), se consensua que deben usarse en situaciones de hemorragia ≥ Grado II de la OMS y que antes de su utilización, se debe extraer una muestra para serología y estudio de autoinmunidad.

- Se llega a un acuerdo en que hay que suspender la antiagregación en pacientes con PTI de nuevo diagnóstico y plaquetas **< 30 x 10^9/L**. Sin embargo, no hay consenso en que deba suspenderse la antiagregación en pacientes con PTI de nuevo diagnóstico y plaquetas **< 50 x 10^9/L**.

BLOQUE III. Tratamiento de segunda línea de la PTI

BLOQUE III: Tratamiento de segunda línea de la PTI

Bloque 3. Tratamiento de segunda línea de la PTI	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
21. Como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI utilizo solamente los AR-TPO.	2	5,57	6	4	69,57	Indeterminado
22. Como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI utilizo principalmente los AR-TPO.	1	8,46	9	1	2,86	Acuerdo
23. Como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI utilizo fostamatinib.	1	2,94	3	2	22,86	Desacuerdo
24. Considero fostamatinib como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI si el paciente es de alto riesgo trombótico.	2	4,52	5	5	82,61	No consenso
25. A la hora del tratamiento de segunda línea de la PTI utilizo rituximab antes de usar los AR-TPO.	1	2,34	2	2	17,14	Desacuerdo
26. A la hora de tratar una segunda línea de PTI empleo rituximab antes de fostamatinib.	2	4,22	4	5	69,57	Indeterminado
27. Reservo rituximab para la tercera línea de tratamiento en PTI tras el fracaso terapéutico de los AR-TPO y de fostamatinib.	2	5,7	7	3	43,48	Indeterminado
28. Si un paciente va a seguir necesitando tratamiento para mantener un recuento de plaquetas mayor de 20-30 x 10^9/L, pero ya lleva 8 semanas de tratamiento con corticoides, prefiero cambiarle a un tratamiento de segunda línea en vez de seguir con corticoides.	1	8,31	9	1	5,71	Acuerdo
29. Ante el fracaso terapéutico de un AR-TPO prefiero iniciar un segundo AR-TPO en lugar de cambiar a otro tipo de tratamientos.	2	6,91	7	2	26,09	Acuerdo
30. Ante el fracaso terapéutico de un AR-TPO prefiero iniciar fostamatinib en lugar de cambiar a un segundo AR-TPO.	2	3,91	4	2	52,17	Indeterminado
31. En la PTI de larga duración lo más importante es preservar la calidad de vida y evitar los efectos secundarios de los tratamientos.	1	8,43	9	1	5,71	Acuerdo
32. Ante el fracaso terapéutico de dos AR-TPO prefiero iniciar un tercer AR-TPO en lugar de cambiar a otro tipo de tratamientos.	2	3,65	3	3	34,78	Indeterminado
33. Ante el fracaso terapéutico de un AR-TPO, prefiero añadir dosis bajas de cortciosteroides al tratamiento actual con AR-TPO, que cambiar de grupo terapéutico.	2	3,78	3	3	47,83	Indeterminado

BLOQUE III: Tratamiento de segunda línea de la PTI

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI se utilicen **principalmente los AR-TPO**. Sin embargo, no se ha alcanzado consenso en que se utilicen **solamente** los AR-TPO.
- Los expertos alcanzan consenso en el desacuerdo en que como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI utilicen **fostamatinib**. Y no existe consenso en que se considere fostamatinib como primera opción terapéutica en el tratamiento de segunda línea de la PTI **si el paciente es de alto riesgo trombótico**.
- Hay consenso en el desacuerdo en que a la hora del tratamiento de segunda línea de la PTI utilicen rituximab antes de usar los AR-TPO. Sin embargo, no se ha alcanzado consenso en que se emplee rituximab antes de fostamatinib. Tampoco hay consenso en que se reserve rituximab para la **tercera línea de tratamiento** en PTI tras el fracaso terapéutico de los AR-TPO y de fostamatinib.
- Si un paciente va a seguir necesitando tratamiento para mantener un recuento de plaquetas mayor de 20-30 x 10^9/L, pero ya lleva 8 semanas de tratamiento con corticoides, hay consenso entre los expertos en preferir cambiarle a un tratamiento de segunda línea en vez de seguir con corticoides.
- Ante el fracaso terapéutico de **un AR-TPO**, los expertos prefieren iniciar un segundo AR-TPO en lugar de cambiar a otro tipo de tratamientos. No hay consenso en que, en este caso, prefieran iniciar **fostamatinib** en lugar de cambiar a un segundo AR-TPO. Ni hay consenso en que prefieran añadir **dosis bajas de corticosteroides** al tratamiento actual con AR-TPO, que cambiar de grupo terapéutico.
- Ante el fracaso terapéutico de **dos AR-TPO,** no hay consenso en que los expertos prefieran iniciar un tercer AR-TPO en lugar de cambiar a otro tipo de tratamientos.
- Por último, hay acuerdo en que en la PTI de larga duración lo más importante es preservar la calidad de vida y evitar los efectos secundarios de los tratamientos.

BLOQUE IV.
Tratamiento de la PTI en pacientes refractarios

BLOQUE IV: Tratamiento de la PTI en pacientes refractarios

Bloque 4. Tratamiento de la PTI en pacientes refractarios	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
34. Antes de etiquetar a una PTI como refractaria, debemos cerciorarnos de que se trata realmente de una PTI y no de otras entidades que puedan cursar con trombocitopenia.	1	8,8	9	0	0	Acuerdo
35. En la PTI refractaria, la biopsia de médula ósea en general no evidencia hallazgos anormales, pero hay un subgrupo de pacientes que puede beneficiarse de la misma.	1	8,23	9	1	2,86	Acuerdo
36. En pacientes multirrefractarios hay que descartar un error en el diagnóstico; ej.: trombocitopenia inducida por fármacos, síndrome mielodisplásico o trombocitopenias hereditarias.	1	8,74	9	1	0	Acuerdo
37. La mortalidad en los pacientes con PTI refractaria es elevada debido al sangrado, pero también debido a infecciones graves y eventos trombóticos.	1	7,77	8	2	11,43	Acuerdo
38. El mejor abordaje terapéutico está por definir, por lo que debemos evaluar de forma individual y minuciosa el riesgo/beneficio de cualquier tratamiento.	1	8,54	9	1	0	Acuerdo
39. Debe valorarse la abstención terapéutica en pacientes sin clínica hemorrágica, un recuento de plaquetas <20 x 10^9/L y con buena calidad de vida.	1	7,03	7	2	25,71	Acuerdo
40. Para el tratamiento de la PTI refractaria, la posibilidad de sinergia en la combinación de fostamatinib con AR-TPO es una opción válida si no hay respuestas al agente único.	1	6,91	7	2	25,71	Acuerdo

BLOQUE IV: Tratamiento de la PTI en pacientes refractarios

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que antes de etiquetar a una PTI como refractaria, hay que cerciorarse de que se trata realmente de una PTI y no de otras entidades que puedan cursar con trombocitopenia. En **pacientes multirrefractarios** hay acuerdo en descartar un error en el diagnóstico; ej.: trombocitopenia inducida por fármacos, síndrome mielodisplásico o trombocitopenias hereditarias.
- En la PTI refractaria, la **biopsia de médula ósea** en general no evidencia hallazgos anormales, pero hay acuerdo entre los expertos en que un subgrupo de pacientes puede beneficiarse de la misma.
- Hay consenso en que la mortalidad en los pacientes con PTI refractaria es elevada debido al sangrado, pero también debido a infecciones graves y eventos trombóticos.
- También hay acuerdo en que el mejor abordaje terapéutico está por definir, por lo que se debe **evaluar de forma individual** y minuciosa el riesgo/beneficio de cualquier tratamiento.
- Debe valorarse la abstención terapéutica en pacientes sin clínica hemorrágica, un recuento de plaquetas $< 20x10^9/L$ y con buena calidad de vida.
- Para el tratamiento de la PTI refractaria, la posibilidad de sinergia en la combinación de fostamatinib con AR-TPO es una opción válida si no hay respuestas al agente único.

BLOQUE V.
Seguimiento de la PTI

BLOQUE V: Seguimiento de la PTI

Bloque 5. Seguimiento de la PTI	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
41. Durante el seguimiento de los pacientes con PTI, se debe recomendar que eviten actividades con alto riesgo de heridas y/o hemorragia. (Ej. Deportes de contacto, fútbol, rugby, boxeo ...), aunque permanezcan estables y mantengan recuentos de plaquetas hemostáticos (≥ 50 x 10^9/L).	2	5,13	5	4	65,22	Indeterminado
42. Los pacientes con PTI crónica, con o sin tratamiento activo, que presenten estabilidad en su recuento de plaquetas pueden ser candidatos a un seguimiento mediante visitas no presenciales.	1	8,11	8	2	5,71	Acuerdo
43. El seguimiento de los pacientes con PTI crónica sin tratamiento activo se ha de adaptar al estilo de vida del paciente (ej. viajes, actividad física...).	1	8,26	8	1	2,86	Acuerdo
44. Los pacientes con PTI de debut o en recaída con recuentos de plaquetas < 20 × 10^9/L o con sangrado moderado-grave deben ingresar para recibir tratamiento.	1	7,03	8	3	25,71	Acuerdo
45. Los pacientes con PTI y con medicación antiagregante o anticoagulante deben tener un seguimiento más estrecho debido al riesgo hemorrágico.	1	8,14	9	1	11,43	Acuerdo
46. Si durante el seguimiento el paciente refiere clínica de astenia manifiesta sin otra causa que lo justifique, se debe descartar un empeoramiento de la PTI con un nuevo control analítico.	1	7,49	8	2	14,29	Acuerdo
47. En pacientes que hayan recibido tratamiento con corticoides de manera prolongada, se debe descartar la presencia de osteoporosis e iniciar el tratamiento oportuno.	1	8,17	8	1	5,71	Acuerdo
48. Una paciente con diagnóstico previo de PTI durante el embarazo y que de nuevo se encuentra embarazada, debe de ser controlada conjuntamente entre los Servicios de Obstetricia y Hematología y ser considerado como un embarazo de alto riesgo.	1	8,34	9	1	2,86	Acuerdo

BLOQUE V: Seguimiento de la PTI

Conclusiones preliminares

- No hay consenso en que, durante el seguimiento de los pacientes con PTI, se deba recomendar que eviten actividades con alto riesgo de heridas y/o hemorragia. (Ej. Deportes de contacto, fútbol, rugby, boxeo ...), aunque permanezcan estables y mantengan recuentos de plaquetas hemostáticos ($\geq 50 \times 10^9$/L).
- Hay acuerdo en que los pacientes con PTI crónica, con o sin tratamiento activo, que presenten **estabilidad** en su recuento de plaquetas puedan ser candidatos a un seguimiento mediante visitas no presenciales.
- El seguimiento de los pacientes con PTI crónica sin tratamiento activo se ha de adaptar al estilo de vida del paciente (ej. viajes, actividad física...).
- Los pacientes con PTI de debut o en recaída con recuentos de plaquetas $<20 \times 10^9$/L o con **sangrado moderado-grave** deben ingresar para recibir tratamiento.
- Los pacientes con PTI y con **medicación antiagregante o anticoagulante** deben tener un seguimiento más estrecho debido al riesgo hemorrágico.
- Si durante el seguimiento el paciente refiere clínica de astenia manifiesta sin otra causa que lo justifique, se debe descartar un empeoramiento de la PTI con un nuevo control analítico.
- En pacientes que hayan recibido **tratamiento con corticoides** de manera prolongada, se debe descartar la presencia de osteoporosis e iniciar el tratamiento oportuno.
- Una paciente con diagnóstico previo de PTI durante el embarazo y que de nuevo se encuentra **embarazada**, debe de ser controlada conjuntamente entre los Servicios de Obstetricia y Hematología y ser considerado como un embarazo de alto riesgo.

BLOQUE VI.
Urgencia y cirugía

BLOQUE VI: Urgencia y cirugía

Bloque 6. Urgencia y cirugía	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
49. Se considera indicación de tratamiento urgente en PTI las situaciones con recuento de plaquetas inferior a $50x10^9$/L y hemorragia activa en órgano mayor (sistema nervioso central, pulmón, tracto digestivo, tracto urinario, hemorragia peritoneal).	1	8,43	9	1	11,43	Acuerdo
50. Se considera indicación de tratamiento urgente en PTI las situaciones con recuento de plaquetas inferior a $20x10^9$/L y alto riesgo de hemorragia activa en órgano mayor (sistema nervioso central, pulmón, tracto digestivo, tracto urinario, hemorragia peritoneal).	1	8,49	9	1	2,86	Acuerdo
51. En paciente con PTI y anestesia neuroaxial, el recuento de plaquetas debe ser superior a $80x10^9$/L .	1	8,06	8	2	8,57	Acuerdo
52. En paciente con PTI y necesidad de punción lumbar, el recuento de plaquetas debe ser superior a $80x10^9$/L .	1	7	7	3	31,43	Acuerdo
53. Para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia o de cirugía no demorable, la dosis de IgIV indicada es 1 g/kg/día.	1	8,49	9	1	2,86	Acuerdo
54. Para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia o de cirugía no demorable, se debe esperar de 48 a 72 horas para administrar una nueva dosis de IgIV si la respuesta no es adecuada.	2	1,78	1	1	4,35	Desacuerdo
55. Para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia o de cirugía no demorable, el corticoide de elección es la dexametasona a dosis de 40 mg/día x 4 días	2	7,43	9	2	21,74	Acuerdo
56. En situaciones de urgencia o hemorragia grave o vital, los AR-TPO son una opción si se prevé la necesidad de recuentos elevados de plaquetas más allá de 7 días.	1	7,43	8	2	22,86	Acuerdo
57. En PTI, los fármacos antifibrinolíticos están indicados en cualquier sangrado moderado/grave salvo en casos de hematuria.	1	7,31	8	2	17,14	Acuerdo
58. En pacientes con PTI y cirugía electiva, se suelen usar AR-TPO, aunque no haya refractariedad a corticoides y/o IgIV.	2	5,3	5	3	52,17	Indeterminado
59. En pacientes con PTI y cirugía electiva, se suelen usar AR-TPO si se sabe la fecha concreta de la cirugía y ésta es en menos de 3 semanas.	2	5,43	5	2	52,17	Indeterminado
60. Para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia y ante la escasez de IgIV, un AR-TPO de acción rápida puede ser una opción válida.	2	6,26	7	3	39,13	Indeterminado

BLOQUE VI: Urgencia y cirugía

Conclusiones preliminares

- Se considera indicación de tratamiento urgente en PTI:
  - Las situaciones con recuento de plaquetas inferior a $50x10^9$/L y hemorragia activa en órgano mayor (sistema nervioso central, pulmón, tracto digestivo, tracto urinario, hemorragia peritoneal).
  - Las situaciones con recuento de plaquetas inferior a $20x10^9$/L y alto riesgo de hemorragia activa en órgano mayor (sistema nervioso central, pulmón, tracto digestivo, tracto urinario, hemorragia peritoneal).
- En pacientes con PTI y anestesia neuroaxial, el recuento de plaquetas debe ser superior a $80x10^9$/L .
- En pacientes con PTI y necesidad de punción lumbar, el recuento de plaquetas debe ser superior a $80x10^9$/L .
- Para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia o de cirugía no demorable:
  - La dosis de **IgIV** indicada es 1 g/kg/día. Sin embargo, hay consenso en el desacuerdo en que se deba esperar de 48 a 72 horas para administrar una nueva dosis de IgIV si la respuesta no es adecuada.
  - El **corticoide** de elección es la dexametasona a dosis de 40 mg/día x 4 días
- En PTI, los fármacos antifibrinolíticos están indicados en cualquier sangrado moderado/grave salvo en casos de hematuria.
- En situaciones de urgencia o hemorragia grave o vital, los **AR-TPO** son una opción si se prevé la necesidad de recuentos elevados de plaquetas más allá de 7 días.
- Por el contrario, no se ha alcanzado consenso en que, en pacientes con PTI y cirugía electiva, se suelan usar AR-TPO, aunque no haya refractariedad a corticoides y/o IgIV. Ni hay consenso en que, en pacientes con PTI y cirugía electiva, se suelen usar AR-TPO si se sabe la fecha concreta de la cirugía y ésta es en menos de 3 semanas.
- Tampoco hay consenso en que para incrementar el recuento de plaquetas en una situación de emergencia y ante la escasez de IgIV, un AR-TPO de acción rápida puede ser una opción válida.

BLOQUE VII.
PTI en el paciente anciano

BLOQUE VII: PTI en el paciente anciano

Bloque 7. PTI en el paciente anciano	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
61. En pacientes ancianos con sospecha de PTI, el estudio de médula ósea debe realizarse en caso de otras alteraciones en el hemograma, hallazgos en el frotis compatibles con otra patología o no respuesta a los tratamientos habituales para PTI.	1	8,37	9	1	5,71	Acuerdo
62. El riesgo trombótico del paciente anciano debe ser tenido en cuenta a la hora de iniciar el tratamiento para PTI.	1	7,97	8	2	11,43	Acuerdo
63. En caso de recuento plaquetario superior a 30 $x10^9$/L, se debe iniciar tratamiento solo si el paciente presenta comorbilidades que aumenten el riesgo de sangrado o precisa tratamiento antitrombótico.	1	7,77	8	2	8,57	Acuerdo
64. En pacientes ancianos con PTI, el tratamiento de elección en primera línea es la prednisona a dosis inferiores a las habituales (0,5 mg/kg/día).	2	6,83	7	1	26,09	Acuerdo
65. Si se usa IgIV para el tratamiento de la PTI en primera línea o en urgencias en el paciente anciano, se recomiendan dosis de 0,4 g/kg/día durante 4-5 días frente a las habituales de 1 g/kg/día durante 1-2 días.	1	7,09	7	2	28,57	Acuerdo
66. En pacientes ancianos con PTI, el tratamiento de elección en segunda línea son los AR-TPO.	1	7,89	8	2	14,29	Acuerdo
67. La esplenectomía es menos eficaz en el paciente anciano con PTI que en los pacientes más jóvenes y presenta mayor tasa de complicaciones infecciosas y trombóticas.	1	7,56	8	2	19,44	Acuerdo

BLOQUE VII: PTI en el paciente anciano

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que:
  - En pacientes ancianos con sospecha de PTI, el **estudio de médula ósea** debe realizarse en caso de otras alteraciones en el hemograma, hallazgos en el frotis compatibles con otra patología o no respuesta a los tratamientos habituales para PTI.
  - El **riesgo trombótico** del paciente anciano debe ser tenido en cuenta a la hora de iniciar el tratamiento para PTI.
  - En caso de recuento plaquetario superior a 30 $x10^9$/L, se debe iniciar tratamiento solo si el paciente presenta comorbilidades que aumenten el riesgo de sangrado o precisa tratamiento antitrombótico.
  - En pacientes ancianos con PTI, el tratamiento de elección en **primera línea es la prednisona** a dosis inferiores a las habituales (0,5 mg/kg/día).
  - Si se usa IgIV para el tratamiento de la PTI en primera línea o en urgencias en el paciente anciano, se recomiendan dosis de 0,4 g/kg/día durante 4-5 días frente a las habituales de 1 g/kg/día durante 1-2 días.
  - En pacientes ancianos con PTI, el tratamiento de elección en **segunda línea son los AR-TPO.**
  - La esplenectomía es menos eficaz en el paciente anciano con PTI que en los pacientes más jóvenes y presenta mayor tasa de complicaciones infecciosas y trombóticas.

BLOQUE VIII.
PTI en el embarazo

BLOQUE VIII: PTI en el embarazo

Bloque 8. PTI en el embarazo	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
68. Se debe plantear el tratamiento de la PTI en la gestación cuando las plaquetas están por debajo de $20x10^9$/L.	1	8,03	8	2	11,11	Acuerdo
69. Se debe plantear el tratamiento de la PTI en la gestación en caso de clínica hemorrágica, necesidad de tratamiento antitrombótico o procedimientos invasivos, aunque el recuento de plaquetas sea superior a 30 $x10^9$/L.	1	8,33	9	1	2,78	Acuerdo
70. El tratamiento de primera línea en PTI en gestación son los corticoides orales.	1	7,92	8	2	16,67	Acuerdo
71. En caso de plantearse esplenectomía en pacientes embarazadas con PTI refractaria, ésta debe realizarse en el segundo trimestre de la gestación.	2	7,13	7	1	21,74	Acuerdo
72. Los AR-TPO pueden ser usados en el tercer trimestre de gestación en casos graves y refractarios.	2	6,74	7	2	26,09	Acuerdo
73. Para la realización de parto por cesárea con anestesia general, el recuento de plaquetas segura es de $50x10^9$/L.	1	7,53	8	2	19,44	Acuerdo
74. Para la realización del parto con anestesia epidural, se requiere un recuento de plaquetas superior a $70x10^9$/L.	1	7,72	8	2	13,89	Acuerdo
75. Se recomienda realizar un recuento plaquetario al recién nacido en sangre de cordón umbilical.	1	7,67	8	2	11,11	Acuerdo
76. Si el recuento de plaquetas en el neonato es inferior a 30 $x10^9$/L se recomienda la administración de IgIV.	1	7,19	8	1	19,44	Acuerdo
77. Si el recuento de plaquetas en el neonato es inferior a 50 $x10^9$/L y hay hemorragia intracraneal en la ecografía transfontanelar, se recomienda la administración de IgIV y corticoides.	1	8,56	9	1	2,78	Acuerdo

BLOQUE VIII: PTI en el embarazo

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que se debe plantear el tratamiento de la PTI en la gestación:
  - Cuando las plaquetas están por **debajo de 20x10^9/L.**
  - En caso de clínica hemorrágica, necesidad de tratamiento antitrombótico o procedimientos invasivos, aunque el recuento de plaquetas sea superior a 30 x10^9/L.
- También, hay acuerdo en que el tratamiento de primera línea en PTI en gestación son los **corticoides orales**. En caso de plantearse **esplenectomía** en pacientes embarazadas con PTI refractaria, ésta debe realizarse en el segundo trimestre de la gestación. Los **AR-TPO** pueden ser usados en el tercer trimestre de gestación en casos graves y refractarios.
- Para la realización de parto **por cesárea** con anestesia general, el recuento de plaquetas segura es de **50x10^9/L**.
- Para la realización del parto con anestesia **epidural**, se requiere un recuento de plaquetas superior a **70x10^9/L.**
- Se recomienda realizar un recuento plaquetario al recién nacido en sangre de cordón umbilical.
  - Si el recuento de plaquetas en el neonato es inferior a 30 x10^9/L se recomienda la **administración de IgIV.**
  - Si el recuento de plaquetas en el neonato es inferior a 50 x10^9/L y hay hemorragia intracraneal en la ecografía transfontanelar, se recomienda la **administración de IgIV y corticoides**.

BLOQUE IX.
Anticoagulación y antiagregación

BLOQUE IX: Anticoagulación y antiagregación

Bloque 9. Anticoagulación y antiagregación	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
78. Los criterios de profilaxis primaria con anticoagulantes deben ser los mismos en pacientes con PTI.	1	7,22	8	1	22,22	Acuerdo
79. Los criterios de profilaxis primaria con antiagregantes deben ser los mismos en pacientes con PTI.	1	6,94	7	2	27,78	Acuerdo
80. Se considera segura la antiagregación simple con plaquetas superiores a $20x10^9$/L en pacientes con PTI.	2	4,26	5	2	52,17	Indeterminado
81. Se considera segura la antiagregación simple con plaquetas superiores a $50x10^9$/L en pacientes con PTI.	1	7,83	8	2	13,89	Acuerdo
82. Se considera segura la doble antiagregación con plaquetas superiores a $20x10^9$/L en pacientes con PTI.	1	2,03	2	2	11,11	Desacuerdo
83. Se considera segura la doble antiagregación con plaquetas superiores a $50x10^9$/L en pacientes con PTI.	1	7,08	7	1	22,22	Acuerdo
84. En pacientes con PTI y alto riesgo cardiovascular, el tratamiento de elección de 2º línea más apropiado son los AR-TPO.	2	6,13	7	3	43,48	Indeterminado
85. En pacientes con PTI y alto riesgo cardiovascular, el tratamiento de elección de 2º línea más apropiado es fostamatinib.	2	5,39	5	2	43,48	Indeterminado
86. En pacientes con PTI y alto riesgo cardiovascular, el tratamiento de elección de 2º línea más apropiado es elrituximab.	2	4,48	5	3	52,17	Indeterminado
87. En pacientes con PTI y alto riesgo cardiovascular, el tratamiento de elección de 2º línea más apropiado es la esplenectomía.	1	2,44	2	2	19,44	Desacuerdo
88. En pacientes con PTI y recuento de plaquetas estables superiores a $50x10^9$/L, los fármacos anti-vitamina K son más seguros que los anticoagulantes orales directos desde el punto de vista del riesgo hemorrágico.	2	2,57	2	1	17,39	Desacuerdo

BLOQUE IX: Anticoagulación y antiagregación

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que los criterios de **profilaxis primaria** con anticoagulantes y con antiagregantes deben ser los mismos en pacientes con PTI.
- Se considera segura la **antiagregación simple** con plaquetas superiores a **$50x10^9$/L** en pacientes con PTI. Sin embargo, no se ha alcanzado consenso en que sea segura con plaquetas superiores a **$20x10^9$/L.**
- Así mismo, los expertos consideran segura la **doble antiagregación** con plaquetas superiores a **$50x10^9$/L** en pacientes con PTI. Por el contrario, se ha alcanzado consenso en el desacuerdo en que sea segura con plaquetas superiores a **$20x10^9$/L.**
- Hay división de opiniones en cuanto al tratamiento de elección de 2ª línea más apropiado en pacientes con **PTI y alto riesgo cardiovascular.** No se ha llegado al consenso en que deban sean los **AR-TPO,** que deba ser **fostamatinib,** o que deba ser **rituximab**. Sí hay consenso en el desacuerdo en que en estos pacientes, el tratamiento de elección de 2º línea más apropiado sea **la esplenectomía**.
- Por último, se ha alcanzado consenso en el desacuerdo en que en pacientes con PTI y recuento de plaquetas estables superiores a $50x10^9$/L , los fármacos anti-vitamina K sean más seguros que los anticoagulantes orales directos desde el punto de vista del riesgo hemorrágico.

BLOQUE X.
PTI secundaria

BLOQUE X: PTI secundaria

Bloque 10. PTI secundaria	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
89. Las causas más frecuentes de PTI secundaria en adultos son hemopatías malignas y el lupus eritematoso sistémico (LES).	1	7,75	8	2	8,33	Acuerdo
90. Las causas más frecuentes de PTI secundaria en niños son la inmunodeficiencia primaria y el LES.	1	6,5	7	3	30,56	Acuerdo
91. La infección por SARS-CoV-2 se ha reconocido como causa de PTI secundaria.	1	7,89	8	2	11,11	Acuerdo
92. La mayoría de los linfomas no Hodgkin de células B (LNH B) de bajo grado pueden ser causa de PTI secundaria	1	7,22	8	2	30,56	Acuerdo
93. La hidroxicloroquina es una opción eficaz en el tratamiento de la PTI secundaria a LES.	1	7,28	8	2	25	Acuerdo
94. Los AR-TPO son eficaces en el tratamiento de PTI secundaria en caso de que la enfermedad de base incremente el riesgo trombótico (por ejemplo, síndrome antifosfolípido), pero deben ser usados con precaución.	1	7,14	7	1	19,44	Acuerdo
95. En la fase inicial de la PTI, el manejo de una PTI secundaria es igual a la PTI primaria.	1	7,72	8	2	11,11	Acuerdo
96. Los tratamientos de segunda o tercera línea deben tener en cuenta el tipo de enfermedad asociada y su grado de actividad.	1	8,33	8	1	2,78	Acuerdo
97. En caso de infección por Helicobacter Pylori y recuentos de plaquetas muy bajos o sangrado, se debe pautar tratamiento erradicador junto con el tratamiento de la PTI.	1	7,69	8	2	16,67	Acuerdo

BLOQUE X: PTI secundaria

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que las **causas** más frecuentes de PTI secundaria en adultos son hemopatías malignas y el lupus eritematoso sistémico (LES), y en niños, la inmunodeficiencia primaria y el LES. Además, la mayoría de los linfomas no Hodgkin de células B (LNH B) de bajo grado pueden ser causa de PTI secundaria. Por otro lado, la infección por SARS-CoV-2 se ha reconocido como causa de PTI secundaria.
- Hay acuerdo en que la hidroxicloroquina es una opción eficaz en el **tratamiento** de la PTI secundaria a LES. También, se ha alcanzado acuerdo en que los AR-TPO son eficaces en el tratamiento de PTI secundaria en caso de que la enfermedad de base incremente el riesgo trombótico (por ejemplo, síndrome antifosfolípido), pero deben ser usados con precaución.
- Hay consenso en que, en la fase inicial de la PTI, el manejo de una PTI secundaria es igual a la PTI primaria. En cuanto a los **tratamientos de segunda o tercera línea**, deben tener en cuenta el tipo de enfermedad asociada y su grado de actividad.
- En caso de infección por Helicobacter Pylori y recuentos de plaquetas muy bajos o sangrado, hay acuerdo en que se debe pautar tratamiento erradicador junto con el tratamiento de la PTI.

BLOQUE XI.
Calidad de vida en PTI

BLOQUE XI: Calidad de vida en PTI

Bloque 11. Calidad de vida en PTI	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
98. El deterioro en la calidad de vida del paciente con PTI no sólo afecta a la salud física, también repercute en su salud psíquica, su entorno laboral y en sus relaciones sociales.	1	8,78	9	0	0	Acuerdo
99. El tratamiento con los AR-TPO ha supuesto una mejora en la calidad de vida de los pacientes con PTI tanto adultos como niños.	1	8,47	9	1	2,78	Acuerdo
100. La fatiga es un síntoma significativo de etiología multifactorial presente en muchos pacientes con PTI, que limita su participación en actividades diarias y merma su calidad de vida.	1	8,42	9	1	5,56	Acuerdo
101. Los pacientes con PTI aguda presentan mejor calidad de vida que los pacientes con PTI crónica.	2	6,43	7	1	30,43	Acuerdo
102. El aumento del recuento de plaquetas y la reducción del sangrado se asocian a mejorías en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente (CVRS).	1	8,31	9	1	2,78	Acuerdo
103. La evaluación de la calidad de vida en el paciente con PTI se ha de incorporar a la práctica clínica habitual para realizar una buena praxis médica.	1	7,94	8	2	13,89	Acuerdo
104. Es recomendable realizar la evaluación de la calidad de vida del paciente con PTI mediante escalas de calidad de vida, especialmente las escalas específicas de PTI, antes del inicio y durante el tratamiento.	1	7,75	8	2	16,67	Acuerdo
105. La reducción del tiempo de tratamiento con corticoides solos o como tratamiento concomitante contribuye a la mejoría en la calidad de vida.	1	8,22	8	1	5,56	Acuerdo
106. A la hora de escoger un AR-TPO, es importante tener en cuenta las necesidades del paciente y plantearle la opción que menos interfiera en su día a día.	2	8,22	8	1	0	Acuerdo
107. A la hora de escoger un AR-TPO, los pacientes prefieren un tratamiento oral sin interacciones alimentarias.	2	7,3	8	1	21,74	Acuerdo

BLOQUE XI: Calidad de vida en PTI

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que el deterioro en la **calidad de vida del paciente con PTI** no sólo afecta a la salud física, también repercute en su salud psíquica, su entorno laboral y en sus relaciones sociales. La **fatiga** es un síntoma significativo de etiología multifactorial presente en muchos pacientes con PTI, que limita su participación en actividades diarias y merma su calidad de vida.
- Hay acuerdo entre los expertos en que los pacientes con **PTI aguda** presentan mejor calidad de vida que los pacientes con PTI crónica.
- Los expertos coinciden en que la evaluación de la calidad de vida en el paciente con PTI se ha de incorporar a la **práctica clínica habitual** para realizar una buena praxis médica. Para ello, es recomendable utilizar escalas de calidad de vida, especialmente las escalas específicas de PTI, antes del inicio y durante el tratamiento.
- El aumento del recuento de plaquetas, la reducción del sangrado, así como la reducción del tiempo de tratamiento con corticoides solos o como tratamiento concomitante, se asocian a mejorías en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente **(CVRS).**
- Además, hay consenso en que el tratamiento con los **AR-TPO ha supuesto una mejora en la calidad de vida** de los pacientes con PTI tanto adultos como niños. A la hora de escoger un AR-TPO, es importante tener en cuenta las necesidades del paciente y plantearle la opción que menos interfiera en su día a día. Los expertos coinciden en que los pacientes prefieren un tratamiento oral sin interacciones alimentarias.

BLOQUE XII.
Discontinuación de agonistas del receptor de trombopoyetina (AR-TPO)

BLOQUE XII: Discontinuación de agonistas del receptor de trombopoyetina (AR-TPO)

Bloque 12. Discontinuación de agonistas del receptor de trombopoyetina (AR-TPO)	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
108. Para iniciar la reducción ("tapering") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente debe tener un recuento de plaquetas estable igual o mayor de $50x10^9$/L durante al menos 6 meses sin necesitar de medicación concomitante.	2	6,83	7	3	30,43	Acuerdo
109. Para iniciar la reducción ("tapering") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente debe tener un recuento de plaquetas estable igual o mayor de $50x10^9$/L durante al menos 3 meses sin necesitar de medicación concomitante.	2	4,48	3	4	43,48	Indeterminado
110. Para iniciar la reducción ("tapering") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente debe estar en respuesta completa (RC; recuento de plaquetas igual o mayor de $100x10^9$/L) de manera estable durante al menos 6 meses sin necesitar de medicación concomitante.	2	6,35	7	2	34,78	Indeterminado
111. Para iniciar la reducción ("tapering") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente debe estar en respuesta completa (RC; recuento de plaquetas igual o mayor de $100x10^9$/L) de manera estable durante al menos 3 meses sin necesitar de medicación concomitante.	2	5,52	7	4	47,83	Indeterminado
112. El periodo de reducción ("tapering") de dosis para discontinuar el tratamiento de AR-TPO debe durar varios meses.	1	7,47	8	1	16,67	Acuerdo
113. Con un mes de tratamiento con AR-TPO es posible pensar en la discontinuación.	1	3,08	2	4	30,56	Desacuerdo
114. La reducción de dosis para la discontinuación de AR-TPO, debe ser como máximo de un 30% semanal.	2	6,57	7	1	30,43	Acuerdo
115. La reducción de dosis debe realizarse como mínimo cada 2 semanas con controles periódicos del recuento de plaquetas.	1	7,33	7	1	13,89	Acuerdo
116. Una vez discontinuado el tratamiento con AR-TPO, debe reiniciarse si el recuento de plaquetas baja de $20x10^9$/L o el paciente sangra.	1	8	8	2	8,33	Acuerdo
117. Una vez discontinuado el tratamiento con AR-TPO, si un recuento bajo de plaquetas nos obliga a reiniciar el tratamiento durante algunas semanas, debemos descartar la posibilidad de discontinuar de manera definitiva los AR-TPO.	2	3,65	4	3	47,83	Indeterminado

BLOQUE XII: Discontinuación de agonistas del receptor de trombopoyetina (AR-TPO)

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que para iniciar la reducción ("**tapering**") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente debe tener un recuento de plaquetas estable igual o **mayor de 50x10^9/L durante al menos 6 meses** sin necesitar de medicación concomitante. Sin embargo, no hay consenso en que el paciente deba tener un recuento de plaquetas estable igual o mayor de 50x10^9/L durante **al menos 3 meses.**
- Tampoco hay consenso en que para iniciar la reducción ("tapering") de dosis de AR-TPO con intención de discontinuar el tratamiento, el paciente deba estar en **respuesta completa** (RC; recuento de plaquetas igual o mayor de 100x10^9/L) de manera estable durante al menos **6 meses ni durante al menos 3 meses** sin necesitar de medicación concomitante.
- Sí que los expertos coinciden en que el periodo de reducción ("tapering") de dosis para discontinuar el tratamiento de AR-TPO debe durar varios meses. Hay consenso en el desacuerdo en que con tan solo un mes de tratamiento con AR-TPO es posible pensar en la discontinuación.
- Hay acuerdo en que la reducción de dosis para la discontinuación de AR-TPO debe ser como máximo de un 30% semanal y debe realizarse como mínimo cada 2 semanas con controles periódicos del recuento de plaquetas. Una vez discontinuado el tratamiento con AR-TPO, debe reiniciarse si el recuento de plaquetas baja de 20x10^9/L o el paciente sangra.
- Por último, no se ha alcanzado consenso en que una vez discontinuado el tratamiento con AR-TPO, si un recuento bajo de plaquetas nos obliga a reiniciar el tratamiento durante algunas semanas, se deba descartar la posibilidad de discontinuar de manera definitiva los AR-TPO.

BLOQUE XIII.
PTI y COVID-19

BLOQUE XIII: PTI y COVID-19

Bloque 13. PTI y COVID-19	RONDA	MEDIA	MEDIANA	RANGO INTERCUARTÍLICO	% FUERA DE LA MEDIANA	RESULTADO
118. Se debe considerar posible PTI "de novo" un recuento de plaquetas < 20 x 10^9/L que se detecte 2 -7 días después de la infección por SARS-CoV-2.	1	7,33	8	1	11,11	Acuerdo
119. La PTI "de novo" tras infección por SARS-CoV-2 debe tratarse con las mismas pautas que una PTI "de novo" no asociada a la infección.	1	7,44	8	1	13,89	Acuerdo
120. La terapia en pacientes con PTI tratados con AR-TPO e infección activa por SARS-CoV-2 no debe modificarse.	1	7,08	8	2	30,56	Acuerdo
121. Hay que investigar otras causas de trombocitopenia inmune tras la vacunación frente a SARS-CoV-2.	1	7,72	8	2	13,89	Acuerdo
122. Tras la vacunación frente a SARS-CoV-2 debe hacerse un control más estrecho de los recuentos de plaquetas en pacientes con PTI en tratamiento.	1	7,39	8	2	22,22	Acuerdo
123. Los pacientes con PTI deben recibir la vacunación contra SARS-CoV-2 establecida.	1	8,08	8	2	5,56	Acuerdo
124. Los pacientes con COVID-19 que presenten PTI con recuentos de plaquetas < 20 x 10^9/L no deben recibir tratamiento anticoagulante.	2	7,91	8	2	13,04	Acuerdo
125. En caso de ser necesaria la elevación urgente del recuento de plaquetas hay que usar IgIV.	1	8,14	8	1	2,78	Acuerdo
126.121. Se debe considerar realizar un recuento de plaquetas 3 - 7 días antes y después de la fecha de vacunación para COVID-19.	2	4,91	5	3	47,83	Indeterminado
127. En los casos en los que se produzca una exacerbación mayor de la PTI tras la vacunación no hay que administrar una dosis adicional de la vacuna.	2	5,35	6	3	47,83	Indeterminado

BLOQUE XIII: PTI y COVID-19

Conclusiones preliminares

- Se ha alcanzado consenso en que se debe considerar posible **PTI "de novo"** un recuento de plaquetas < 20 x 10^9/L que se detecte 2 -7 días después de la infección por SARS-CoV-2. La PTI "de novo" tras infección por SARS-CoV-2 debe tratarse con las mismas pautas que una PTI "de novo" no asociada a la infección.
- También hay consenso en que la terapia en pacientes con PTI tratados con AR-TPO e infección activa por SARS-CoV-2 no debe modificarse.
- Hay consenso en que los pacientes con COVID-19 que presenten PTI con recuentos de plaquetas < 20 x 10^9/L no deben recibir tratamiento anticoagulante. En caso de ser necesaria la elevación urgente del recuento de plaquetas hay que usar **IgIV.**
- Los pacientes con PTI deben recibir la **vacunación contra SARS-CoV-2 establecida**. Tras la vacunación frente a SARS-CoV-2 debe hacerse un control más estrecho de los recuentos de plaquetas en pacientes con PTI en tratamiento. Sin embargo, no hay consenso en que se deba considerar realizar un recuento de plaquetas **3 - 7 días antes y después** de la fecha de vacunación para COVID-19.
- Por último, no se ha consensuado que en los casos en los que se produzca una **exacerbación mayor de la PTI** tras la vacunación **no** haya que administrar una **dosis adicional** de la vacuna.
- Los expertos coinciden en que hay que investigar otras causas de trombocitopenia inmune tras la vacunación frente a SARS-CoV-2.

Recomendaciones PTI

Consenso DELPHI

Evaluación** de la **práctica clínica habitual** en España ante la llegada de **nuevos fármacos** para el **tratamiento** de la **PTI

Con el aval científico de: SEHH Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

Patrocinado por: sobi AMGEN GRIFOLS NOVARTIS

Con el soporte científico de: LUZÁN CINCO health consulting