Tabla 1. Criterios de evaluación clínica (10)

|  |
| --- |
| AsintomáticoClínica CutáneaClínica Cutáneo-MucosaSangrado Activo:* Epistaxis que precisa taponamiento
* Hematuria macroscópica
* Hemorragia digestiva macroscópica
* Menorragia
* Gingivorragia importante
* Cualquier hemorragia con riesgo razonable de precisar trasfusión de hematíes o que condicione un daño orgánico grave
 |

Tabla 2. Factores de riesgo hemorrágico.

|  |
| --- |
| TCE, politraumatismo previoCirugía previa (10 días previos)Antiagregantes hasta 7-10 días antes, anticoagulantes Diátesis hemorrágica: coagulopatía, vasculitis |

Tabla 3. Criterios de respuesta al tratamiento (10)

|  |
| --- |
| REMISIÓN COMPLETA (RC). Recuento igual o superior a 100.000/μL mantenido más de seis semanas tras la supresión del tratamientoREMISIÓN PARCIAL (RP).Elevación sobre la cifra inicial con recuento entre 30.000 y 100.000/ μL mantenido más de 6 semanas tras la supresión del tratamientoAUSENCIA DE RESPUESTA (AR). No se modifica clínica ni biológicamente RESPUESTA TRANSITORIA (RT). Mejoría inicial (clínica o biológica) con nueva clínica ó recuento inferior a 30.000/μL antes de seis semanas de haber finalizado el tratamientoRECAÍDA (REC). Recuento inferior a 30.000/ μL después de seis semanas de haber finalizado el tratamiento, habiéndose obtenido previamente una remisión completa (RC) o parcial (RP) |

Tabla 4. Estudios recomendados al diagnóstico.

|  |
| --- |
| Hemograma y recuento de reticulocitos, se observa trombocitopenia aisladaMorfología en sangre periférica con revisión por persona experta, normalEstudio de Hemostasia: TP, TTPA, fibrinógenoGrupo, Rh y Coombs directoInmunoglobulinasEstudio microbiológico de: CMV, EBV, parvovirus B19, herpes simple, herpes 6, VIH, hepatitis B y CBioquímica hemática: GOT, GPT, LDH, glucosa, urea, creatinina.Sedimento urinarioEstudio morfológico de médula ósea por punción aspirativa. Indicado en todos los niños que presenten alguna de las siguientes condiciones: clínica que no sea la típica, si hay otras citopenias en el hemograma, aquellos que no responden al tratamiento de primera línea y en los pacientes no tratados que no remiten espontáneamente. |

Tabla 5. Recomendaciones generales.

|  |
| --- |
| * Al diagnóstico, considerar el ingreso hospitalario en pacientes con sangrado activo, factores de riesgo hemorrágico o con recuento de plaquetas igual o inferior a 20.000/μL.
* Evitar inyectables intramusculares y punciones vasculares en vasos de difícil compresión.
* Contraindicado el empleo de ácido acetil salicílico o sus derivados; administrar sólo en caso de ser estrictamente necesario otros fármacos que puedan alterar la agregación plaquetar (antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroideos).
* Deportes: restricción en función de la clínica y riesgo traumático
* Antifibrinolíticos: ácido tranexámico(14). Especialmente en pacientes con hemorragia activa y en hemorragia de mucosas. Contraindicado si hay hematuria. Se puede administrar por vía oral a dosis de 20 mg/kg/8-12h o bien por vía IV 10 mg/kg/8-12h.
 |

Tabla 6. Recomendaciones para el manejo de las urgencias con riesgo vital, situaciones de riesgo especial y esplenectomía programada.

|  |
| --- |
| Urgencias con riesgo vital**Hemorragias del SNC****Otras hemorragias que comprometan la vida del paciente**Se administran sucesivamente:1º metilprednisolona i.v. 10 mg/kg2º gammaglobulina i.v. 400 mg/kg3º plaquetas 1 unidad / 5-10 kg/6-8 h4º gammaglobulina i.v. 400 mg/kg5º esplenectomía urgente: valorar según cada casoSituaciones con riesgo especial**TCE, politraumatizados y cirugía urgente**Administrar IGIV 0,8-1 g/kg si plaquetas < 50.000/μL y plaquetas si recuento < 10.000/μL **Cirugía programada (valorar riesgo hemorrágico según intervención)**IGIV 0,8-1 g/kg si plaquetas < 50.000/μL **Esplenectomía programada**IGIV 0,8-1 g/kg si plaquetas < 20.000/μL Clampaje precoz de la arteria esplénica |