

«Buenas prácticas en casos de urgencia»

Púrpura trombocitopénica inmune

Definición

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune poco frecuente que puede afectar al niño o al adulto.

Se caracteriza por una destrucción acentuada de las plaquetas por el sistema mononuclear fagocítico (SMF), en particular esplénico, y un aumento compensatorio de la producción de plaquetas por la médula ósea

Se manifiesta por un síndrome hemorrágico de intensidad variable, con trombopenia que generalmente es intensa (plaquetas $< 30 \times 10^9/l$) y aislada, que evoluciona en brotes imprevisibles.

La PTI puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes o a una inmunodeficiencia primitiva, que puede aparecer varios meses o años después del diagnóstico inicial de la PTI.

El síndrome de Evans es la asociación de la TPI a una anemia hemolítica autoinmune (AHA) y/o una neutropenia periférica que puede observarse desde el inicio, o durante la evolución de una PTI

La evolución permite distinguir tres formas:

- agudas y transitorias (80% de los casos pediátricos), que se recuperan en menos de 3 meses;
- persistentes, que evolucionan entre 3 y 12 meses;
- crónicas (70% de los casos en adultos), que evolucionan más allá de los 12 meses.

Para una PTI recién diagnosticada, puede sugerirse la abstención terapéutica, sobre todo en niños, a la espera de una recuperación espontánea

Los tratamientos de primera línea en las formas agudas (inmunoglobulinas y/o corticoides) o de segunda línea en las formas persistentes o crónicas (inmuno-moduladores o esplenectomía) están indicados en caso de índice hemorrágico elevado o trombocitopenia (plaquetas $< 30 \times 10^9/l$) persistente o intermitente.

Las hemorragias externas o internas, con riesgo vital, son poco frecuentes ($< 5\%$ de los casos) e imprevisibles, pero pueden justificar la atención de urgencia en cualquier momento de la historia natural de la enfermedad.

Para obtener más información:

Consulte la ficha de la PTI: www.orphanet.es

Consulte la ficha de la AHA: www.orphanet.es

Menú

[Ficha de regulación para el SAMU](#)

[Ficha para las urgencias hospitalarias](#)

[Sinónimos](#)

[Mecanismos](#)

[Riesgos específicos en urgencias](#)

[Tratamientos habitualmente prescritos a largo plazo](#)

[Riesgos](#)

[Particularidades del tratamiento médico prehospitalario](#)

[Para saber más](#)

[Problemática en urgencias](#)

[Recomendaciones en urgencias](#)

[Orientación](#)

[Interacciones medicamentosas](#)

[Precauciones anestésicas](#)

[Medidas terapéuticas complementarias y hospitalización](#)

[Donación de órganos](#)

[Números en casos de urgencia](#)

[Recursos documentales](#)

Ficha de regulación para el SAMU (Servicio de Asistencia Médica de Urgencias)

Sinónimos

Púrpura trombopénica inmune (PTI) o autoinmune (PTAI). Purpura trombopénica idiopática (PTI)

Mecanismos

- enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de plaquetas; las distintas formas se denominan agudas y transitorias (duración de la evolución <3 meses, 80% de los casos pediátricos), persistentes (3 a 12 meses) o crónicas (>12 meses, 70% de los casos en adultos);
- en el síndrome de Evans, la PTI se asocia a una anemia hemolítica autoinmune (AHAI) con o sin neutropenia autoinmune.

Riesgos específicos en urgencias

Las hemorragias pueden comprometer el pronóstico y conllevar un riesgo vital (hemorragia intracraneal espontánea o a consecuencia de un traumatismo craneal, raquídeo, abdominal, ORL...) o funcional (torsión anexial...).

Tratamientos habitualmente prescritos a largo plazo

- Primera línea: inmunoglobulinas polivalentes (Ig IV),
- Segunda línea: rituximab, agonistas del receptor de la trombopoyetina, esplenectomía, inmunosupresores (ciclosporina, azatioprina, micofenolato mofetilo...)
- Abstención terapéutica (pacientes pediátricos).

Riesgos

- Una hemorragia muy intensa puede comprometer la vida del paciente o conllevar un trastorno funcional.
- Fiebre en pacientes esplenectomizados equivale a antibioterapia anti-neumocócica urgente.
- Si la trombocitopenia es muy intensa o grave ($<10 \times 10^9/l$) y/o el síndrome hemorrágico muestra gran expresividad clínica, debe indagarse un antecedente traumático, sobre todo craneo-raquídeo, la administración reciente de aspirinas, o la administración de anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Las transfusiones de plaquetas poco eficaces, en general, se reservan para hemorragias muy intensas que comprometen la vida del paciente o dejan secuelas funcionales.

Particularidades del tratamiento médico prehospitalario

- Traslado mediante vehículo medicalizado en consonancia con el riesgo vital
- Acceso venoso periférico (accesible a la compresión)
- Riesgo de hematoma bucofaringeo en el momento de la intubación
- Recogida de los informes hematológicos (grupo sanguíneo, y recuento de plaquetas) , registro de la existencia de manifestaciones hemorrágicas frecuentes y selección de los tratamientos habitualmente más eficaces
- Ingreso en centros asistenciales con equipos médicos multidisciplinares capaces de hacer frente a estas situaciones de alto riesgo hemorrágico.

Para saber más

- [Centros/consultas en Orphanet sobre púrpura trombocitopénica inmune](#)
- [Guías de urgencias de Orphanet en castellano](#)

Ficha para las urgencias hospitalarias

Problemática en urgencias

- ▶ **Control en urgencias del síndrome hemorrágico agudo**
 - Síndrome hemorrágico importante que puede comprometer la vida o la función de órganos vitales
 - Síndrome hemorrágico moderado

- ▶ **Evaluar el riesgo hemorrágico en todas aquellas circunstancias que requieren atención hospitalaria de urgencia**
 - Traumatismos, con o sin hemorragia exteriorizada
 - Dolor torácico y disnea
 - Urgencias por infecciones graves
 - Parto
 - Trombocitopenia intensa asintomática descubierta mediante la práctica de un hemograma de rutina

Recomendaciones en urgencias

En la recepción:

Realizar la anamnesis e historial familiar con el objeto de:

- Conocer antecedentes de hemorragias
- Conocer la cifra habitual de plaquetas para el paciente (hemogramas anteriores)
- Iniciar un tratamiento de urgencia, generalmente la administración de inmunoglobulinas por vía IV o cortisona.

1/ Evaluación de la gravedad del síndrome hemorrágico

▶ Signos generales:

- Evaluación del estado de consciencia según la escala de Glasgow (pediátrico, para niños menores de 5 años), de las vías aéreas, de la presencia de signos respiratorios o circulatorios (frecuencia cardíaca, presión arterial, pulso, TRC, evaluación de la precarga, y otros)
- Examen clínico minucioso de la intensidad y evolución de las hemorragias externas (meno metrorragias, epistaxis, etc.) o internas (cerebro meníngea, abdominal: examen clínico minucioso)
- Evaluar la posible coexistencia de un síndrome anémico

► **Índices clínicos de la gravedad del síndrome hemorrágico, repetir para apreciar la evolución**

Niños: índice hemorrágico de Buchanan (Buchanan *et al. J Pediatr Hematol Oncol* 2003; 25: S42-S46)

Riesgo funcional o vital inmediato para grado ≥ 3

DESCRIPCIÓN	GRAVEDAD DEL SANGRADO	GRADO
Ausencia de manifestaciones clínicas	Ninguna	0
Piel: ≤ 100 petequias o ≤ 5 equimosis (≤ 3 cm de diámetro) Mucosas: normales	Menor/mínima	1
Piel: > 100 petequias o > 5 equimosis (> 3 cm de diámetro) Mucosas: normales	Media/poco grave	2
Sangrado de las mucosas que no precisa intervención médica: epistaxis, úlceras bucales, sangrado digestivo, hematuria, metrorragias	Moderada	3
Sangrado de las mucosas que requiere de una intervención: sospecha de hemorragia interna	Grave	4
Sangrado intracraneal o interno que pone en riesgo la vida del paciente	Muy grave	5

Adulto: índice hemorrágico de Créteil (Khellaf *et al. Haematologica* 2005; 90: 829-32)

Riesgo funcional o vital inmediato para una puntuación > 8

FACTORES		PUNTOS(*)
Edad	>65 años	2
	>75 años	5
Aspecto cutáneo	Púrpura petequial localizada (miembros)	1
	Púrpura equimótica localizada	2
	Púrpura petequial con 2 localizaciones múltiples (p.ej. piernas y tórax)	2
	Púrpura petequial generalizada	3
	Púrpura equimótica generalizada	4
Aspecto mucoso	Epistaxis unilateral	2
	Epistaxis bilateral	3
	Ampollas bucales hemorrágicas y/o gingivorragias espontáneas	5
Sangrado digestivo (alto y/o bajo)	Sin anemia	4
	Con anemia (pérdida > 2 g Hb/dL en 24 horas y/o choque)	15
Sangrado urinario	Hematuria macroscópica sin anemia	4
	Hematuria macroscópica con anemia aguda	10
Sangrado ginecológico	Meno metrorragias importantes sin anemia	4
	Meno metrorragias importantes con anemia aguda	10
SNC	Hemorragia intracraneal o interna poniendo en riesgo el pronóstico vital	15

► (*): Solo se contabiliza la puntuación más alta

► **Localización hemorrágica con riesgo funcional**

- Sector laríngeo
- Región orbitaria
- Localización con riesgo de compresión vascular (hematoma yugular o del pliegue del codo)
- Zona articular

► Factores que favorecen o agravan la hemorragia

- Traumatismo (incluso mínimo), estado de shock, o hipertermia (calor intenso)
- Administración de medicamentos que interfieren con la coagulación (aspirina, AINE, anticoagulantes orales)
- Malformación arteriovenosa o lesión conocida susceptible de sangrar, cefaleas
- Fiebre de origen infeccioso que puede aumentar el riesgo hemorrágico (tomar precauciones en caso de esplenectomía, de la administración de rituximab, o de inmunosupresores)

► Exámenes de urgencia (en cuanto sea posible)

- Hemograma completo, recuento de plaquetas y reticulocitos
 - > Interpretar el recuento de plaquetas según los valores propios del paciente
- Examen pre-transfusional
 - > Grupo sanguíneo, factor Rh, y fenotipado eritrocitario
 - > Investigación de aglutininas irregulares
- Hemostasia
 - > Tiempo de protrombina (TP), tiempo de coagulación activado (TCA) o tiempo parcial de tromboplastina (TPT), fibrinógeno, Productos de degradación del fibrinógeno (PDF), dímeros-D
- Según la orientación clínica:
 - > Examen radiológico para investigar la presencia de hemorragia/s profunda/s (consultar con el radiólogo para programar el tipo de examen más pertinente al caso)
 - > Tomo densitometría (TDM) cerebral o del esqueleto facial
 - > Ecografía o TDM abdominal y pélvica
- En caso de fiebre: Investigar presencia de infecciones mediante pruebas bacteriológicas y de acuerdo con la orientación clínica
 - > Si hay antecedente de esplenectomía: Investigar neumococo, meningococo o salmonela principalmente.
 - > En caso de tratamiento con rituximab o inmunosupresores: análisis microbiológico siempre que se produzca una crisis

Situaciones urgentes

Plaquetas $< 1 \times 10^9$ /
y/o

Índice de Buchanan (niños) ≥ 3 o índice de Créteil (adultos) > 8

La puntuación clínica prima siempre sobre el nivel de plaquetas

2/ Medidas terapéuticas inmediatas

► En todos los casos:

- **Ponerse en contacto con el hematólogo experto en hemoterapia y hemostasia**
- **EVITAR acciones invasivas susceptibles de agravar la hemorragia:**
 - colocación de una vía venosa profunda
 - colocación de una perfusión venosa en un punto donde la arteria y la vena estén próximas, o allí donde no sea posible aplicar presión (yugular interna, pliegue del codo, femoral)

- inyecciones intramusculares (vía sub-cutánea posible, con inyección en la parte externa del brazo, seguida de una compresión local prolongada (10 minutos)
 - toma de la temperatura rectal
 - afeitado
- **Contraindicación de aspirina, AINE y anticoagulantes, en ausencia de una prescripción formal (infarto reciente con angioplastia, válvula cardíaca mecánica)**
 - **Síndrome hemorrágico importante con riesgo vital o funcional inmediato**
 - **Restaurar la estabilidad hemodinámica y asegurar una ventilación eficaz**
 - > Administración de: suero fisiológico o ISOFUNDIN esperando los CGR
 - > Intubación (precaución, riesgo de hematoma laríngeo)
 - > Manejo de una posible hipertensión intracraneal (HTIC)
 - **A través del hematólogo o del médico de urgencias contactar con el banco de sangre y la farmacia hospitalaria para solicitar:**
 - > Concentrado de plaquetas y/o de hematíes ((en caso de anemia asociada, empeoramiento rápido o mal tolerado): **Concentrado de Plaquetas de Aféresis (CPA) / Concentrado de plaquetas estándar (CPS):** 1UI/5-7 kg de peso,
 - > En caso de agravamiento: repetir cada 2-3 /24h o de forma continuada 1 UI hora.
 - > Inmunoglobulinas: Ig por vía IV 1g/kg d1 y d2, ver factor VIIa recombinante (con autorización consensuada)
 - **Contactar con los servicios especializados que sea necesario movilizar según la localización de la hemorragia:** neuroimagen, neurocirugía, gastroenterología, ginecología, radiología de intervención vascular...

Puede ser necesaria una intervención quirúrgica o una embolización de urgencia, lo que condiciona la elección del centro hospitalario de acogida:

Cada minuto cuenta: todo debe estar movilizado en 1-2h

Es indispensable recurrir a una **consulta multidisciplinar** que incluya a hematólogos, cirujanos y anestesistas para asegurar una hemostasis adecuada, adaptada a la intubación y a la acción invasiva
(transfusión de plaquetas, tratamiento inmunomodulador, nuevas terapias hematológicas...)

- **Iniciar de urgencia los tratamientos específicos:**
 - > **Corticoterapia IV**, primera dosis , lo antes posible
 - adultos: metilprednisolona 15 mg/kg/día (sin sobrepasar 1000 mg) por vía IV lenta d1-d3.
 - niños: metilprednisolona 2 a 4 mg/kg en 2 a 3 por vía IVD, o 15 mg/kg (sin sobrepasar 1000 mg), por vía IVL 30-60 minutos.

- > **Transfusión de concentrado de plaquetas de aféresis (CPA) o concentrado de plaquetas (CPs) estándar** de urgencia, a repetir posiblemente cada 8 horas o de forma continuada, según la evolución clínica, y transfusión de glóbulos rojos empaquetados (atención al volumen total en pacientes pediátricos).
- > **Inmunoglobulinas IV**, de 3 a 6 horas, con aumento progresivo del caudal: niños y adultos: 1 g/kg, d1 y d2.
- > **Consultar con el hematólogo de referencia sobre la indicación de alcaloides de la vinca (vincristina, vinblastina), del factor VII recombinante activado y en especial de los agonistas del receptor de la trombopoyetina**, reservando los de utilización todavía no consensuada, para las formas excepcionales que ponen en juego de forma inmediata el pronóstico vital, o en caso de indicación quirúrgica.
- > El rituximab o la esplenectomía no tienen una indicación tan precoz en el contexto de la urgencia.
- **En caso de anemia asociada** (hemorragia o anemia hemolítica autoinmune asociada en el síndrome de Evans), se produce un empeoramiento del cuadro clínico, rápido y con mala tolerancia.
 - > Evaluar la gravedad, monitorización hemodinámica
 - > Oxigenoterapia nasal
 - > Seguir el protocolo de Orphanet Urgencias (www.orphanet.es) para el manejo de pacientes con AHAI (corticoterapia y transfusión de concentrado de hematíes)
- **En caso de foco infeccioso asociado** (que puede agravar la trombopenia):
 - > Informes microbiológicos en caso de antecedentes de esplenectomía, rituximab, o inmunosupresores en curso, y terapia antimicrobiana de urgencia.
 - > En ausencia de neutropenia (PNN > $1 \times 10^9/l$): antibioterapia oral
 - > En caso de neutropenia (PNN < $1 \times 10^9/l$): antibioterapia probabilística de amplio espectro por vía IV tras la toma de muestras microbiológicas, factor de crecimiento hematopoyético, según AMM, consultar con el hematólogo de referencia en caso de signos de gravedad.

► En ausencia de riesgo vital o funcional inmediato:

- **Cuidados locales adaptados a la localización y a la abundancia del sangrado**
 - > Hemorragias cutáneas moderadas (hematomas):
 - Compresión manual prolongada (al menos 10 minutos),
 - Aplicación local de frío o de G30%.

- > Epistaxis:
 - con sangrado posterior asociado: asesoramiento ORL para un posible taponamiento posterior
 - en ausencia de sangrado posterior asociado:
 - compresión externa manual durante 10 minutos, aplicación de frío
 - taponamiento mediante compresa hemostática reabsorbible o tampón hemostático nasal

- > Pérdida de los dientes de leche:

Compresión prolongada de la encía con una gasa hemostática reabsorbible empapada de antifibrinolítico (ácido tranexámico)

- > Menorragias:

Tratamiento hormonal (en ocasiones es necesario un asesoramiento ginecológico de urgencia).

- **Ácido tranexámico** por vía oral o IV hasta 50 mg/kg/día fraccionado en 3 a 4 tomas (acción antihemorrágica por inhibición de la actividad fibrinolítica de la plasmina, contraindicaciones: embarazo, antecedentes de flebitis).

Consultar el tratamiento específico para restablecer un nivel de plaquetas > 30x 10⁹/l

- > **en niños:**
 - **posible abstención terapéutica** en ausencia de gravedad clínica
Cualquiera que sea el nivel de plaquetas, consultar con los expertos:
 - **en caso contrario:**
 - Ig por vía IV 1g/kg d1, repetir si es necesario el día 3, en caso de sangrado importante (puntuación >3), o corticoterapia de corta recuperación:
 - por vía IV: metilprednisolona 2 a 4 mg/kg/día en 2 o 3 IVd durante varios días
 - o por vía oral: prednisona 2 mg/kg/día, disminuir a lo largo de 3 semanas, o 4 mg/kg/día durante 4 días.

- > **en adultos, se suele indicar el tratamiento específico**, sobre todo si el nivel de plaquetas es inferior a 30x10⁹/l o 50x10⁹/l , en personas de edad avanzada y/o en caso de tratamiento concomitante con antiagregantes o anticoagulantes:
 - Ig por vía IV 1 g/kg d1, repetir en caso necesario el d3, en caso de sangrado importante (puntuación >8)
 - o metilprednisolona 15 mg/kg/día (sin sobrepasar 1.000 mg) en IVL en d1-d3, reemplazado por prednisona 1 mg/kg/día por vía oral durante 3 semanas
 - o prednisona: 1 mg/kg/día por vía oral durante 3 semanas.

- En general, el tratamiento ambulatorio es posible en ausencia de signos de gravedad. Supervisión en consulta rápida por el hematólogo y control semanal del hemograma.

- La hospitalización está justificada si el síndrome hemorrágico, su riesgo persiste, o cuando la situación familiar o geográfica lo requiera
Seguimiento del manejo clínico del paciente de forma coordinada con el hematólogo.

3/Otros motivos para recurrir a urgencias

- ▶ **Traumatismo sin hemorragia evidente** (miembros, abdomen, traumatismo craneal...)
 - Evaluación clínica habitual, que incluye el síndrome hemorrágico
 - Recuento sistemático de plaquetas:
 - en caso de plaquetas $>50 \times 10^9/l$ seguir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habituales (pruebas por imagen y hospitalización no sistemáticas)
 - en caso de plaquetas $<50 \times 10^9/l$: pruebas de imagen según la localización, búsqueda de un sangrado profundo y vigilancia en un medio hospitalario.

- ▶ **Dolor torácico, disnea**
 - La PTI es un factor que favorece la formación de trombos arteriales y/o venosos, sospechar de un síndrome coronario y una embolia pulmonar, incluso en el adulto joven

- ▶ **Embarazo y parto**
 - Durante el curso de la PTI, el riesgo de hemorragia fetal es excepcional y el riesgo hemorrágico materno no aumenta durante el embarazo.
 - un nivel de plaquetas $> 80 \times 10^9/l$ permite la realización de una raquianestesia y limita el riesgo de hemorragia en el alumbramiento.
 - en todos los casos, es deseable el mantenimiento de una tasa de plaquetas superior a $50 \times 10^9/l$ en el momento del parto.

- ▶ **Fiebre y síndrome infeccioso**
 - las infecciones, incluso benignas, aumentan el riesgo de trombocitopenia
 - el examen clínico debe comprender la búsqueda de un sangrado cutáneo o de la mucosa
 - recuento sistemático de plaquetas
 - tratamiento antibiótico a la menor sospecha de infección.

- ▶ **Trombocitopenia asintomática por hallazgo fortuito en un hemograma de rutina**
 - examen clínico para la búsqueda de un sangrado cutáneo o de la mucosa
 - en ausencia de sangrado, consulta hematológica al día siguiente.

Orientación inicial

▶ ¿Dónde?

En caso de hemorragia exteriorizada, cerebral o intraabdominal masiva: traslado urgente a un centro sanitario con equipo de neurocirugía o de radiología vascular, o a un servicio de urgencias hospitalario (el más próximo), con servicio médico multidisciplinario con todos los medios técnicos y humanos para este tipo de pacientes,

▶ ¿Cuándo?

- Antes de la hospitalización, en presencia de signos de gravedad

► ¿Cómo?

- En presencia de signos de gravedad inmediatos:
 - Traslado en vehículo medicalizado (SAMU)
 - Solicitud de hemoderivados

Orientación en el transcurso de las urgencias hospitalarias

- Apoyarse en el asesoramiento de un servicio de hematología de referencia.
- En caso de hemorragia cerebral o peritoneal masiva: traslado a un centro sanitario que disponga de un equipo de neurocirugía o de radiología vascular.
- En caso contrario, hospitalización en un centro sanitario para continuar con la corticoterapia, la supervisión y las posibles transfusiones en caso de empeoramiento.
- En ausencia de signos de gravedad y bajo vigilancia por parte de las personas de su entorno, es posible un control domiciliario del paciente con reingreso en caso de recaída y/o empeoramiento de las hemorragias.

Interacciones medicamentosas

- Están contraindicados la aspirina, los AINE y los anticoagulantes

Precauciones anestésicas

- La anestesia raquídea y regional está contraindicada si las plaquetas $< 80 \times 10^9/l$
- Evaluar siempre el riesgo hemorrágico antes de un procedimiento invasivo, en particular: colocación de sondas, punción venosa, perfusión, intubación, etc.
- Toda intervención quirúrgica debe obedecer a un dictamen multidisciplinar emitido por hematólogos, cirujanos y anestesiólogos, con el fin de asegurar una hemostasia adaptada en el momento de la intubación y de la intervención quirúrgica. En particular, deberá discutirse la posibilidad de una transfusión de plaquetas y/o la administración de un inmunomodulador o análogo de la trombopoyetina.
- No hay precauciones específicas para el empleo de anestésicos
- Evaluar individualmente para cada paciente la profilaxis antitrombótica en casos de tratamiento quirúrgico, en particular ortopédico, y si hay antecedentes de esplenectomía y/o lupus y/o síndrome de antifosfolípidos asociado en adultos.

Medidas terapéuticas complementarias y hospitalización

- Evitar la perfusión venosa en puntos donde la arteria y la vena estén próximas, o no sea posible aplicar presión (yugular interna, pliegue del codo, femoral).
- No tomar la temperatura rectal.
- Evitar el afeitado en adultos.
- Continuar con los posibles tratamientos específicos (inmunoglobulinas y/o corticoterapia) utilizados en urgencias.
- En caso de corticoterapia, no se precisan medidas nutricionales particulares al margen de seguir las pautas higiénico-dietéticas.
- En caso de neutropenia asociada ($PN < 1,5 \times 10^9/l$) no es preciso el aislamiento del paciente: la mayoría de las infecciones provienen de los gérmenes que porta el propio organismo a través de piel y faneras, boca y aparato digestivo.
- Informar claramente a los pacientes y a sus familiares o acompañantes (familiares cuidadores), que pueden ser derivados a un servicio de oncohematología aunque esta enfermedad, por lo general, no es maligna.

Donación de órganos

- ▶ Según el estado actual del conocimiento, la donación de determinados órganos y tejidos puede ser posible en función de los resultados de la evaluación en cada caso. De forma general:
 - no hay riesgo de transmisión de la enfermedad para la donación de órganos o de tejidos;
 - en caso de PTI secundaria a enfermedades multiorgánicas asociadas a deficiencias inmunitarias o patologías auto-inmunes, la donación de determinados órganos (riñón, corazón, hígado) puede estar contraindicada;
 - La donación de determinados tejidos (córnea, vasos sanguíneos, válvulas, piel, hueso) es posible pero sujeta a una evaluación individual.

Organización Nacional de Trasplantes

C/ Sinesio Delgado 6-8, Pabellón 3
28029 Madrid

- Teléfono: 917 278 699
- Fax: 912 104 006
- Correo electrónico a: ont@msssi.es
- Web ONT: www.ont.es

Números en caso de urgencia

- [Centros/consultas en Orphanet sobre púrpura trombocitopénica inmune](#)

Recursos documentales

- ▶ HAS. ***Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte - Protocole national de diagnostic et de soins***. Octobre 2009.
- ▶ Société d'Hématologie et d'Immunologie pédiatrique. ***Purpura thrombopénique idiopathique***. Archives de Pédiatrie 2007 ; 14 :1394-8.
- ▶ Provan D et al.: ***International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia***. Blood 2010;115(2):168-86.
- ▶ Neunert C et al.: ***The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocy***

Este documento es una traducción de las recomendaciones francesas elaboradas por:

Docteur Nathalie ALADJIDI (Bordeaux), **Guy LEVERGER** (Trousseau), **Thierry LEBLANC** (Robert Debré), **Yves PEREL** (Bordeaux), Centres de référence des cytopénies auto-immunes de l'enfant

Professeurs Bertrand GODEAU, Marc MICHEL (Henri Mondor), Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte

Docteur Gilles BAGOU - anestesiólogo - médico de urgencias SAMU- SMUR de Lyon - Hôpital Edouard Herriot - 69437 - Lyon

Docteur Olivier Ganansia - Commission des référentiels de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Docteur Christophe LEROY – médico de urgencias - Hôpital Louis Mourier 92700 - Colombes et la sous-commission des référentiels de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Con la colaboración de :

Docteur Pascal PILLET, Dr Olivier RICHER, Dr Olivier BRISSAUD et Dr Julien NAUD – service Urgences, Réanimation, SAMU du CHU Bordeaux

Docteur Hélène Jullian Papouin - service de régulation et d'appui de l'Agence de Biomédecine (ABM)

Association de patients O'CYTO : www.o-cyto.org - contact : contact@o-cyto.org

Fecha de realización y publicación de la edición francesa: mayo de 2015

Algunos de los procedimientos mencionados, en particular los tratamientos con medicamentos, pueden no estar validados en el país donde usted practica.
--

Validación de la traducción al castellano:

Dr. Joan-Lluís Vives Corrons – Unidad de Eritropatología, Hospital Clinic i Provincial de Barcelona, Barcelona

Fecha de la traducción y adaptación al castellano: mayo de 2017

Este documento de Orphanet forma parte de la acción conjunta 677024 RD- ACTION que ha recibido una financiación del programa de salud de la Unión Europea (2014-2020).

El contenido de este informe de Orphanet representa únicamente las opiniones del autor, y es únicamente de su responsabilidad. No puede considerarse que refleje la posición de la Comisión europea y/o de la Agencia ejecutiva de los consumidores, de la salud, de la agricultura y de la alimentación o de cualquier otro organismo de la Unión Europea. La Comisión europea y la Agencia declinan cualquier responsabilidad por el uso que pueda hacerse de las informaciones que contiene.