

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”

Frank Miguel Hernández-Velázquez¹ , Dayana María Fernández-Sarmiento¹ , Belén de la Caridad Santiesteban-Rodríguez¹ , Raúl Javier Pizarro-Hechevarría² 

1 Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”. Holguín, Cuba.

2 Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Policlínico Universitario “Alex Urquiola Marrero”. Holguín, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la púrpura trombocitopénica inmune es un trastorno hemorrágico caracterizado por una disminución de plaquetas aislada, no asociado a otra patología reconocible. El manejo de la trombocitopenia inmune es motivo de discusión en lo concerniente a evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. **Objetivo:** caracterizar clínico-epidemiológicamente a los pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”, en el periodo de 2015 a 2020. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin” de la provincia de Holguín. El periodo de estudio comprendió desde el 2015 hasta 2020. El universo estuvo constituido por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Se trabajó con la totalidad del universo. **Resultados:** predominó el sexo femenino (63,3 %) y el grupo de edad de 40 a 49 años (46,7 %). Al momento del ingreso, el 43,3 % de los pacientes estudiados, presentó sangramiento leve y el 46,7 % un recuento plaquetario con trombocitopenia moderada. El 56,7 % tuvo una respuesta completa al tratamiento de primera línea. **Conclusiones:** existió un predominio de pacientes del sexo femenino, entre las edades de 40 a 49 años, con sangramiento leve y trombocitopenia moderada al momento del ingreso. La mayor cantidad de pacientes tuvo una respuesta completa al tratamiento de primera línea y evolucionaron a la cronicidad.

Palabras clave: Autoinmunidad; Hemorragia; Púrpura trombocitopénica; Trombocitopenia.

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno caracterizado por una disminución de plaquetas aislada (menos de $100 \times 10^9/L$), no asociado a otra patología reconocible como trombocitopenia inducida por heparina, coagulación intravascular diseminada, déficit de vitamina B9/B12, secuestro esplénico, hipertensión portal, mielodisplasia, trombocitopenia congénita o lupus eritematoso^{1, 2, 3}.

Esta condición hemato-inmunológica, es también conocida como púrpura trombocitopénica autoinmune, inmunológica o primaria. El término púrpura trombocitopénica idiopática, fue utilizado

durante varios años pero en la actualidad no debe ser usado, por considerarse erróneo y ambiguo, debido a la importancia de los mecanismos inmunológicos de destrucción de plaquetas mediada por autoanticuerpos y linfocitos T y/o por la producción deteriorada de la plaqueta en su patogenia^{4, 5, 6}.

La primera descripción de un síndrome purpúrico compatible con PTI fue hecha por Avicenna en el año 1025, pero no fue hasta 1735 cuando Paul Gottlieb Werlhof describe a profundidad su cuadro clínico. Por lo anterior, esta condición es también llamada enfermedad Werlhof^{7, 8}.

Esta enfermedad hemorrágica se caracteriza por la destrucción prematura de plaquetas a cargo de anticuerpos que están dirigidos contra los antígenos (glucoproteínas) que recubren a las plaquetas, a los megacariocitos y se encuentran involucrados mecanismos citotóxicos¹.

Los síntomas más comunes de PTI son petequias, hematomas y equimosis después de golpes leves, que el paciente por lo regular no recuerda, así como epistaxis, hematuria, melena, menorragia, hematemesis y gingivorragia. En casos más severos, las hemorragias espontáneas aumentan y la probabilidad de sangrado del sistema nervioso central es muy alta¹.



Correspondencia a: Frank Miguel Hernández-Velázquez
Correo electrónico: fmhernandezvelazquez@gmail.com

Publicado: 26/11/2021

Recibido: 02/10/2021; Aceptado: 29/10/2021

Citar como:

Hernández-Velázquez FM, Fernández-Sarmiento DM, Santiesteban-Rodríguez BC, Pizarro-Hechevarría RJ. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”. 16 de Abril [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 60 (282): e1532. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1532

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Posee una incidencia mundial de 3,3/100.000 adultos por año. La PTI de reciente diagnóstico tiene una incidencia anual de 2 a 4 casos por cada 100 000 habitantes; mientras que la prevalencia de PTI crónico en adultos es de 9,5 a 23 casos por cada 100 000 habitantes^{2,9}.

En Europa se estima una incidencia anual de 2,68 casos por cada 100 000 adultos. Una de las tasas más altas de América la posee Estados Unidos con alrededor de 1,6 casos por cada 100 000 adultos. Los datos acerca de la incidencia de este trastorno en Cuba, no están del todo claros^{2,10}.

Si bien la mortalidad de esta enfermedad es muy baja, la cual oscila entre 0,016 y 0,038 pacientes por año, esta aumenta en relación con la edad y la presencia de comorbilidades, siendo afectada la calidad de vida en áreas de funcionamiento físico y salud mental^{2,10}.

El manejo de la trombocitopenia inmune es motivo de discusión en lo concerniente a evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se han publicado varias guías que expresan distintas opiniones de expertos, pero no existe aún consenso mundial sobre cuál es el manejo más adecuado de la enfermedad¹¹.

La PTI tiene un curso clínico altamente variable en cuanto a duración y severidad, además la respuesta a los tratamientos convencionales no es predecible. Los tratamientos se dividen en aquellos de primera línea conformados por corticoides, inmunoglobulina intravenosa (Ig IV) e inmunoglobulina anti-D, y los de segunda línea conformados por esplenectomía y otros agentes terapéuticos^{10,12}.

Hechas las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta que esta patología a pesar de su importancia ha sido un tema poco abordado⁹, se realizó la presente investigación con el objetivo de caracterizar clínico-epidemiológicamente a los pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin", en el periodo de 2015 a 2020.

MÉTODO

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin", de la provincia Holguín, Cuba, en el periodo de 2015 a 2020.

Universo y muestra: el universo estuvo constituido por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Fueron incluidos en la investigación, todos aquellos pacientes con edad igual o mayor a 30 años, con diagnóstico de PTI durante el periodo de estudio, y con historias clínicas completas. Se trabajó con la totalidad del universo.

Variables y recolección de datos: se procedió a extraer las variables: sexo, edad, grado de sangramien-

to al ingreso (sin sangramiento, sangramiento leve, sangramiento moderado, sangramiento severo), recuento plaquetario al ingreso (trombocitopenia leve, trombocitopenia moderada, trombocitopenia severa, trombocitopenia muy severa), respuesta al tratamiento de primera línea (respuesta completa, respuesta, no repuesta) y evolución a la cronicidad. Los datos fueron recogidos a partir de la revisión de las historias clínicas.

Para el grado de sangramiento se tuvo en cuenta que el sangramiento leve es la pérdida de menos del 25 % (menos de 1 500 mL) del volumen sanguíneo, el moderado del 25 % al 35 % (entre 1 500 mL y 1 750 mL) y el severo mayor al 35 % (mayor a 1750 mL). En el caso de la trombocitopenia, se considera leve a cifras de recuento plaquetario entre $50 \times 10^9/L$ y $100 \times 10^9/L$, moderada entre $30 \times 10^9/L$ y $50 \times 10^9/L$, severa entre $10 \times 10^9/L$ y $30 \times 10^9/L$ y muy severa cifras menores que $10 \times 10^9/L$.

La respuesta al tratamiento de primera línea se midió luego de 7 días del inicio del tratamiento con esteroides. Los pacientes con una respuesta completa fueron aquellos cuyo recuento plaquetario fue mayor o igual a $100 \times 10^9/L$ y hubo ausencia de hemorragia; con respuesta cuando el recuento plaquetario fue mayor o igual a $30 \times 10^9/L$ con un aumento mayor a dos veces el valor inicial y ausencia de hemorragia, y sin respuesta cuando el recuento plaquetario fue menor que $30 \times 10^9/L$ o hubo un aumento menor a dos veces del valor inicial, o presencia de hemorragia.

Procesamiento estadístico: se confeccionó un modelo para la recolección de la información, que fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel en su versión 2013, donde se analizó mediante estadística descriptiva. Los datos fueron procesados en el programa Epidat versión 4.0 para la obtención de frecuencias relativas y absolutas.

Normas éticas: se solicitó la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética Médica y del Consejo Científico de la institución hospitalaria, los cuales otorgaron los permisos necesarios. Se cumplió en todo momento con los principios éticos de la investigación científica de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

RESULTADOS

El 46,7 % del total de pacientes estudiados, está en el rango de edades de 40 a 49 años. Del total de pacientes analizados el 63,3 % es del sexo femenino. (Tabla 1)

El 43,3 % del total de pacientes presentó sangramiento leve, al momento del ingreso. (Tabla 2)

Tabla 1. Distribución de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune según edad y sexo. Hospital General "Vladimir Ilich Lenin". 2015 - 2020

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30 – 39	3	10,0	1	3,3	4	13,3
40 – 49	9	30,0	5	16,6	14	46,7
50 – 59	1	3,3	2	6,7	3	10,0
60 – 69	4	13,3	2	6,7	6	20,0
70 – 79	2	6,7	1	3,3	3	10,0
Total	19	63,3	11	36,7	30	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 43,3 % del total de pacientes presentó sangramiento leve, al momento del ingreso. (Tabla 2)

Tabla 2. Comportamiento del grado de sangramiento en pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune

Grado de Sangramiento al Ingreso	No.	%
Sin Sangramiento	7	23,3
Sangramiento Leve	13	43,3
Sangramiento Moderado	8	26,7
Sangramiento Severo	2	6,7
Total	30	100

El 46,7 % del total de pacientes presentó un recuento plaquetario con trombocitopenia moderada al momento del ingreso. (Tabla 3)

Tabla 3. Comportamiento del recuento plaquetario en pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune

Recuento Plaquetario	No.	%
Trombocitopenia Leve	5	16,6
Trombocitopenia Moderada	14	46,7
Trombocitopenia Severa	8	26,7
Trombocitopenia Muy Severa	3	10,0
Total	30	100

El 56.7 % del total de pacientes estudiados, presentó una respuesta completa al tratamiento. (Tabla 4)

Tabla 4. Comportamiento de la respuesta al tratamiento de primera línea, en pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune

Respuesta al tratamiento	No.	%
Respuesta Completa	17	56,7
Respuesta	9	30,0
No Respuesta	4	13,3
Total	30	100

DISCUSIÓN

En un estudio realizado por Palmezano et al¹³ en Colombia, con el objetivo de estimar la prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias se encontró que la edad promedio fue de 46,6 años y hubo una mayor prevalencia en las mujeres con un 71 %. Según los datos de esta investigación, la púrpura trombocitopénica inmunitaria se posicionó en el cuarto lugar dentro de todas las enfermedades autoinmunitarias estudiadas con un total de 128 pacientes, lo que representa un 8,8 % y una prevalencia de 33 casos por 100 000 pacientes.

En otra investigación de Palmezano et al¹⁴ realizada con el objetivo de observar las variables clínicas en un cohorte de pacientes con púrpura trombocitopénica inmunitaria, se analizaron 128 casos, de los cuales el 73% de los pacientes eran mujeres, siendo de 42 años la mediana de edad.

En la tesis de León et al⁹ llevada a cabo con el objetivo de conocer las características clínicas, laboratoriales y evolutivas de la trombocitopenia inmune en pacientes adultos, hubo predominio del sexo femenino con un 82,01 % y con una edad media de 45.2 ± 17,3 años.

Los resultados de la distribución según edad y sexo del presente estudio concuerdan con los tres anteriormente citados^{9,13,14}. Igualmente en las investigaciones de Nina et al¹⁰ y Petro et al¹⁵, se evidenció un notable predominio del sexo femenino, pero no existió correspondencia en cuanto a la edad media, pues en ambas esta variable fue superior a lo anteriormente descrito con valores de 59,9 años y 61 años respectivamente.

La causa de la mayor proporción de pacientes del sexo femenino con la enfermedad, resulta todavía desconocida, a pesar de ser un elemento común de varias enfermedades autoinmunitarias¹³. Puede especularse que esto se deba a una íntima interrelación entre factores inmunológicos, hormonales y ambientales inherentes a este sexo, lo que explicaría además su gran incidencia en mujeres en edad reproductiva tardía.

Si bien el predominio del sexo femenino es una constante en muchos estudios, con la edad de los pacientes no sucede lo mismo; pues este elemento posee un amplio espectro de presentación. En los pacientes de la tercera edad, además de la conjugación de los factores antes expuestos, el deterioro sistémico puede desempeñar un importante papel en la manifestación de esta condición.

En el estudio de Nina et al¹⁰, todos los pacientes presentaron alguna manifestación hemorrágica al momento del diagnóstico, siendo más frecuentes a nivel nasal y cutáneo con un 82,6 % y 56,5 % respectivamente, mientras que en la investigación de Palmezano et al¹⁴, el 56 % presentó alguna manifestación

hemorrágica; equimosis (40 %), petequias (39 %), gingivorragia (26 %) y epistaxis (22 %).

Según León et al⁹, la clínica de sangrado menor, fue la más frecuente dentro de las expresiones clínicas, predominando el sangrado cutáneo, petequias y equimosis con un 56,12 % y 52,52 % respectivamente.

En la presente investigación, si bien la mayor cantidad de pacientes presentaron sangramiento al momento del ingreso, esto no fue un elemento común como plantea Nina et al¹⁰ en su estudio. La mayoría de los pacientes atendidos, presentaron sangramiento leve, correspondiente a la cavidad oral, nasal y piel. Este dato se aproxima bastante a los de Palmezano et al¹⁴ y León et al⁹.

A pesar de que el 76,7 % de los pacientes presentó alguna manifestación hemorrágica, existió un considerable porcentaje que no las desarrolló (23,3 %). Con frecuencia el recuento plaquetario sirve como predictor de la severidad del sangrado pero en estos casos, no se encontró una relación estadísticamente significativa que respaldase esto, pues existieron pacientes sin sangramiento con trombocitopenia moderada y severa.

Es probable que estos pacientes, hubieran acudido a la institución hospitalaria por otros motivos de consulta, y mediante la aplicación de métodos clínicos y técnicas de laboratorio, se concluyó el diagnóstico de la PTI. La no aparición de sangrado resulta un hecho peculiar, pero debe tenerse en cuenta que a pesar del descenso de las plaquetas, en individuos sanos, los mecanismos hematopoyéticos actúan para compensar su disminución.

En la investigación de León et al⁹, al momento del diagnóstico, se muestra un recuento de plaquetas promedio de $58 \times 10^9/L$, lo cual constituye una trombocitopenia leve. En cambio, en el de Nina et al¹⁰, el recuento plaquetario al diagnóstico fue en promedio de $26 \times 10^9/L$, lo que se puede clasificar como trombocitopenia severa. Lo mismo sucede con el estudio de Petro et al¹⁵, donde la mediana del recuento plaquetario al ingreso a la institución fue de $12 \times 10^9/L$.

Los resultados del presente estudio no coinciden con ninguna de las investigaciones anteriores, pues predominaron los pacientes con trombocitopenia moderada. Los pacientes con trombocitopenia leve y severa representaron el 16,6 % y el 26,7 %, respectivamente. Estos valores son inferiores a los mencionados anteriormente.

Como se ha evidenciado, con frecuencia existe correspondencia entre el grado del sangrado y los valores del recuento plaquetario. Cuando los niveles de plaquetas descienden lo suficiente como para considerarse trombocitopenia moderada (plaquetas entre $30 \times 10^9/L$ y $50 \times 10^9/L$), generalmente es el momento

preciso en donde comienza a manifestarse el sangrado, siendo el motivo de ingreso más frecuente.

La respuesta al tratamiento de primera línea, fue del 86,7 %, donde el 56,7 % y el 30 % de los pacientes tuvieron una respuesta completa o respuesta al tratamiento respectivamente; comportándose de forma similar al estudio de Nina et al¹⁰. En este, la respuesta al tratamiento fue del 96 %, donde el 61 % y el 35 % de los pacientes tuvieron una respuesta completa o respuesta al tratamiento respectivamente.

Según Escamilla et al¹, el tratamiento de primera línea es la prednisona, un corticoesteroide que debe ser administrado hasta aumentar el conteo plaquetario. Su uso no puede ser prolongado, debido a los efectos secundarios adversos que desarrolla como: síndrome de Cushing, obesidad, hiperglucemia, hipertensión, acné, osteoporosis y aumento de infecciones. A nivel psicológico puede producir ansiedad, inestabilidad emocional, irritabilidad, depresión, alteraciones de memoria y psicosis.

Para los pacientes que no tuvieron respuesta al tratamiento de primera línea, se debió recurrir a estrategias pertenecientes a la segunda línea de tratamiento que comprende: la esplenectomía, la inmunosupresión (principalmente con rituximab) y en los últimos años, los agonistas de los receptores de trombopoyetina: romiplostim y eltrombopag. Estos últimos han cambiado el manejo de la PTI crónica, minimizando el riesgo de sangrado y logrando una respuesta duradera con menos efectos secundarios¹⁵.

CONCLUSIONES

Existió un predominio de pacientes del sexo femenino, entre las edades de 40 a 49 años, con sangramiento leve y trombocitopenia moderada al momento del ingreso. La mayor cantidad de pacientes tuvo una respuesta completa al tratamiento de primera línea.

AUTORÍA

FMHV: análisis formal, investigación, metodología, redacción – borrador original.

DMFS: investigación, metodología, redacción – revisión y edición.

BCSR: conceptualización, investigación, metodología, redacción – revisión y edición.

RJPH: conceptualización, investigación, metodología, supervisión, validación.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo original.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escamilla Gutiérrez ML, Ordaz Carrillo MI. Intervención cognitivo-conductual en un caso de trombocitopénica inmune. *Rev Sa lud Educ [Internet]*. 2020 [citado

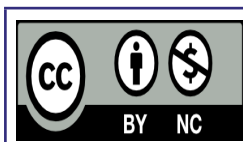
- 31/08/2021]; 8(16):33-7. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4962>
2. Beligoy LE. Trombocitopenia inmune persistente y crónica del adulto: opciones terapéuticas. *Rev Hematología* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2021]; 22(ext):54-61. Disponible en: <http://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/56/43>
3. Arepally GM. Heparin-induced thrombocytopenia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* [Internet]. 2021 [citado 31/08/2021]; 41:141-152. Disponible en: <https://www.aha-journals.org/doi/full/10.1161/ATVBAHA.120.315445>
4. Terrell DR, Neunert CE, Cooper N, Heitink-Pollé KM, Kruse C, Imbach P, et al. Immune Thrombocytopenia (ITP): Current Limitations in Patient Management. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020 [citado 31/08/2021]; 56(12):667. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7761470/>
5. Matzdorff A, Meyer O, Ostermann H, Kiefel V, Eberl W, Kühne T, et al. Immune Thrombocytopenia – Current Diagnostics and Therapy: Recommendations of a Joint Working Group of DGHO, ÖGHO, SGH, GPOH, and DGTI. *Oncol Res Treat* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2021]; 41(suppl5):1–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30235458/> <https://www.karger.com/Article/Pdf/492187>
6. López Rivera VE. Púrpura Trombocitopénica inmune: Respuesta al tratamiento con Metilprednisolona en pacientes que ingresaron al Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mascota" en el período 01 de Enero 2014 al 31 de Diciembre del 2016. [Tesis]. [Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad De Ciencias Médicas UNAN Managua; 2017. [citado 31/08/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/8162/1/98676.pdf>
7. Silva CL, Grandó AC. Complications of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy: a review of literature. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2021 [citado 31/08/2021]; 57(1):1-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/BGbTfj3hBHbVTt3zgFxbBmt/#>
8. Donato H. PTI. "Según pasan los años". *Rev Hematología* [Internet]. 2017 [citado 31/08/2021]; 21(ext23):137–51. Disponible en: http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra3/21-vol21-extra_noviembre.pdf
9. León Mondragón EK, Pereyra Ramírez JG. Características clínicas, laboratoriales y evolución de trombocitopenia inmune en pacientes adultos atendidos en Hospital Regional Lambayeque y Hospital Docente Las Mercedes, 2013 – 2017. [Tesis]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo". Facultad de Medicina Humana; 2019 [citado 31/08/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3883>
10. Nina García NM, Huarita H. Púrpura Trombocitopénica Idiopática en adultos: experiencia en un hospital de tercer nivel, La Paz, Bolivia. *Rev Cient Cienc Méd* [Internet]. 2019 [citado 31/08/2021]; 22(2):7-14. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332019000200002&lng=es
11. Donato H, Bacciedoni V, Rappetti MC, Elena G, Lavergne M, Rossi N, et al. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 31/08/2021]; 117(supl6):243-254. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_trombocitopenia-inmune-guia-de-diagnostico-y-tratamiento-91.pdf
12. Onisâi M, Vlădăreanu Am, Spînu A, Găman M, Bumbea H. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) – new era for an old disease. *ROM J INTERN MED* [Internet]. 2019 [citado 31/08/2021]; 57(4):273-283. Disponible en: <https://sciendo.com/pdf/10.2478/rjim-2019-0014>
13. Palmezano Díaz JM, Figueroa Pineda CL, Rodríguez Amaya RM, Plazas Rey LK. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. *Med Interna Méx* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2021]; 34(4):522-535. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400003&lng=es
14. Palmezano Diaz JM, Figueroa Pineda CL, Amaya RM, Rengifo Quintero LJ, Mogollón Moreno YD, Moreno Useche LD, et al. Caracterización Clínica de los Pacientes con Púrpura Trombocitopénica Inmune en un Hospital Universitario en Colombia. *Rev Med* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2021]; 40(1):108-109. Disponible en: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1299>
15. Petro López K, Sgromo M, Boedo L, Mandrile A, Almeida L. Púrpura trombocitopénica inmune: tratamiento de segunda línea, experiencia en el Sanatorio Güemes centrada en trombomiméticos. *Rev Hematología* [Internet]. 2020 [citado 31/08/2021]; 24(3):19-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863748>

Clinical-epidemiological characterization in patients diagnosed with immunethrombocytopenic purpura at "Vladimir Ilich Lenin" General Hospital

ABSTRACT

Introduction: immune thrombocytopenic purpura is a bleeding disorder characterized by an isolated decrease in platelets, not associated with another recognizable pathology. The management of immune thrombocytopenia is a matter of discussion regarding its evolution, diagnosis, prognosis and treatment. **Objective:** to characterize clinically-epidemiologically the patients diagnosed with immune thrombocytopenic purpura at the Vladimir Lenin General Hospital, in the period from 2015 to 2020. **Method:** an observational, descriptive cross-sectional study was carried out at the "Vladimir Lenin" General Hospital, of the province Holguín, Cuba. The study period ranged from 2015 to 2020. The universe consisted of 30 patients who met the inclusion criteria of the research. It worked with the entire universe. **Results:** the female sex (63.3%) and the age group from 40 to 49 years (46.7%) predominated. At the time of admission, 43.3% of the patients studied presented slight bleeding and 46.7% a platelet count with moderate thrombocytopenia. 56.7% had a complete response to first-line treatment. **Conclusions:** there was a predominance of female patients, between the ages of 40 to 49 years, with mild bleeding and moderate thrombocytopenia at the time of admission. The largest number of patients had a complete response to first-line treatment and progressed to chronicity.

Keywords: Autoimmunity; Bleeding; Thrombocytopenia; Thrombocytopenic purpura.



Este artículo de *Revista 16 de Abril* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista 16 de Abril*.

Clinical-epidemiological characterization in patients diagnosed with immune thrombocytopenic purpura at “Vladimir Ilich Lenin” General Hospital

Frank Miguel Hernández-Velázquez¹ , Dayana María Fernández-Sarmiento¹ , Belén de la Caridad Santiesteban-Rodríguez¹ , Raúl Javier Pizarro-Hechevarría² 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”. Holguín, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Policlínico “Alex Urquiola Marrero”. Holguín, Cuba.

ABSTRACT

Introduction: immune thrombocytopenic purpura is a bleeding disorder characterized by an isolated decrease in platelets, not associated to any other recognizable pathology. The management of immune thrombocytopenia is a matter of discussion regarding its evolution, diagnosis, prognosis and treatment. **Objective:** to characterize the patients diagnosed with immune thrombocytopenic purpura clinically and epidemiologically at “Vladimir Ilich Lenin” General Hospital, from 2015 to 2020. **Method:** an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out at the “Vladimir Ilich Lenin” General Hospital, in the province of Holguín, Cuba. The study period ranged from 2015 to 2020. The universe consisted of 30 patients who met the inclusion criteria of the research. The entire universe was studied. **Results:** female sex (63,3 %) and the age group from 40 to 49 years old (46,7 %) predominated. At the time of admission, 43,3 % of the studied patients presented slight bleeding, and 46,7 %, a platelet count with moderate thrombocytopenia. 56,7 % had a complete response to first-line treatment. **Conclusions:** female patients, between 40 to 49 years old predominated with mild bleeding and moderate thrombocytopenia at the time of admission. The largest number of patients had a complete response to first-line treatment and progressed to chronicity.

Keywords: Autoimmunity; Bleeding; Thrombocytopenia; Thrombocytopenic purpura.

Immune thrombocytopenic purpura (ITP) is a disorder characterized by an isolated platelet decrease (less than $100 \times 10^9/L$), not associated to any other recognizable pathology such as heparin-induced thrombocytopenia, disseminated intravascular coagulation, vitamin B9/B12 deficiency, splenic sequestration, portal hypertension, myelodysplasia, congenital thrombocytopenia or lupus erythematosus^{1,2,3}.

This hemato-immunologic condition is also known as autoimmune, immunologic or primary thrombocytopenic purpura. The term idiopathic thrombocytopenic purpura was used for several years but nowadays should not be used, as it is considered erroneous

and ambiguous, due to the importance of the immunological mechanisms of platelet destruction mediated by autoantibodies and T lymphocytes and/or impaired platelet production in its pathogenesis^{4,5,6}.

The first description of a purpuric syndrome compatible with ITP was made by Avicenna in 1025, but it was not until 1735, when Paul Gottlieb Werlhof described its clinical picture in depth. Therefore, this condition is also called Werlhof disease^{7,8}.

This hemorrhagic disease is characterized by the premature destruction of platelets by antibodies that are directed against antigens (glycoproteins) that coat platelets, megakaryocytes and cytotoxic mechanisms are involved¹.

The most common symptoms of ITP are petechiae, hematomas and ecchymosis after minor blows, which the patient usually does not remember, as well as epistaxis, hematuria, melena, menorrhagia, hematemesis and gingivorrhagia. In more severe cases, spontaneous hemorrhages increase and the probability of central nervous system bleeding is very high¹.

It has a worldwide incidence of 3,3/100 000 adults per year. Newly diagnosed ITP has an annual incidence of 2 to 4 cases per 100 000 population; while the prevalence of chronic ITP in adults is 9,5 to 23 cases per 100 000 population^{2,9}.

In Europe, the annual incidence is estimated at 2,68 cases per 100 000 adults. One of the highest rates in the Americas is in the United States with about 1,6 ca-

 OPEN ACCESS

✉ Corresponding author: Frank Miguel Hernández-Velázquez
e-mail: fmhernandezvelazquez@gmail.com

Published: November 26th, 2021

Received: October 2nd, 2021; **Accepted:** October 29th, 2021

Cite as:

Hernández-Velázquez FM, Fernández-Sarmiento DM, Santiesteban-Rodríguez BC, Pizarro-Hechevarría RJ. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”. 16 de Abril [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 60(282):e1532. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1532

Conflict of interests

The authors declare that they have no conflict of interest.

ses per 100 000 adults. Data on the incidence of this disorder in Cuba are not entirely clear^{2,10}.

Although the mortality of this disease is very low, ranging between 0,016 and 0,038 patients per year, it increases with age and the presence of comorbidities, affecting the quality of life in the areas of physical functioning and mental health^{2,10}.

The management of immune thrombocytopenia is a matter of discussion regarding evolution, diagnosis, prognosis and treatment. Several guidelines have been published expressing different expert opinions, but there is still no worldwide consensus on the most appropriate management of the disease¹¹.

The ITP has a highly variable clinical course in terms of duration and severity, and the response to conventional treatments is not predictable. Treatments are divided into first-line treatments consisting of corticosteroids, intravenous immunoglobulin (IV Ig) and anti-D immunoglobulin, and second-line treatments consisting of splenectomy and other therapeutic agents^{10,12}.

Having made the above considerations and taking into account that this pathology despite its importance has been a subject little addressed⁹, the present research was conducted with the aim of characterizing the patients diagnosed with immune thrombocytopenic purpura clinically and epidemiologically at "Vladimir Ilich Lenin" General Hospital, from 2015 to 2020.

METHOD

Type of study: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in patients diagnosed with immune thrombocytopenic purpura at "Vladimir Ilich Lenin" General Hospital, Holguín, Cuba, in the period from 2015 to 2020.

Universe and sample: the universe was composed of 30 patients who fulfilled the inclusion criteria of the research. All patients aged 30 years or older, with a diagnosis of ITP during the study period, and with complete clinical histories were included in the research. The entire universe was studied.

Variables and data collection: the following variables were extracted: sex, age, degree of bleeding on admission (no bleeding, mild bleeding, moderate bleeding, severe bleeding), platelet count on admission (mild thrombocytopenia, moderate thrombocytopenia, severe thrombocytopenia, very severe thrombocytopenia), response to first-line treatment (complete response, response, no response) and evolution to chronicity. Data were collected from the review of medical records.

For the degree of bleeding, it was considered that mild bleeding is the loss of less than 25 % (less than 1 500 mL) of blood volume, moderate bleeding from 25 % to 35 % (between 1 500 mL and 1 750 mL) and severe bleeding greater than 35 % (greater than 1

750 mL). In the case of thrombocytopenia, platelet count figures between 50 x 10⁹/L and 100 x 10⁹/L are considered mild, moderate between 30 x 10⁹/L and 50 x 10⁹/L, severe between 10 x 10⁹/L and 30 x 10⁹/L and very severe figures lower than 10 x 10⁹/L. Response to first-line treatment was measured 7 days after the initiation of steroid therapy. Patients with a complete response were those, whose platelet count was greater than or equal to 100 x 10⁹/L and there was no bleeding; with response when the platelet count was greater than or equal to 30 x 10⁹/L with an increase greater than twice the initial value and no bleeding; and without response when the platelet count was less than 30 x 10⁹/L or there was an increase of less than twice the initial value, or the presence of bleeding.

Statistical processing: a model was prepared for data collection, which was processed in a Microsoft Excel database 2013, where it was analyzed by means of descriptive statistics. The data were processed in the Epidat program version 4.0 to obtain relative and absolute frequencies.

Ethical standards: approval for the study was requested from the Medical Ethics Committee and the Scientific Council of the hospital institution, which granted the necessary permissions. The ethical principles of beneficence, non-maleficence, justice and autonomy in scientific research were complied with at all times.

RESULTS

Of the total number of studied patients, 46,7 % were in the age range of 40 to 49 years old. Of the total number of analyzed patients, 63,3 % were women (Table 1).

Age	Female		Male		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30 – 39	3	10,0	1	3,3	4	13,3
40 – 49	9	30,0	5	16,6	14	46,7
50 – 59	1	3,3	2	6,7	3	10,0
60 – 69	4	13,3	2	6,7	6	20,0
70 – 79	2	6,7	1	3,3	3	10,0
TOTAL	19	63,3	11	36,7	30	100

Source: Individual Clinical History (Patient Medical Records).

Of the total number of patients, 43,3 % presented mild bleeding at the time of admission (Table 2).

Of the total number of patients, 46,7 % had a platelet count with moderate thrombocytopenia on admission (Table 3).

Degree of bleeding at admission	No.	%
No Bleeding	7	23,3
Mild Bleeding	13	43,3
Moderate Bleeding	8	26,7
Severe Bleeding	2	6,7
TOTAL	30	100

Platelet Count	No.	%
Mild thrombocytopenia	5	16,6
Moderate thrombocytopenia	14	46,7
Severe thrombocytopenia	8	26,7
Very severe thrombocytopenia	3	10,0
TOTAL	30	100

Of the total studied patients, 56,7 % showed a complete response to treatment (Table 4).

Treatment Response	No.	%
Complete Response	17	56,7
Response	9	30,0
No Response	4	13,3
TOTAL	30	100

DISCUSSION

In a study conducted by Palmezano *et al.*¹³ in Colombia, with the aim of estimating the prevalence of autoimmune diseases, it was found that the average age was 46,6 years and there was a higher prevalence in women with 71 %. According to the data of this research, immune thrombocytopenic purpura ranked fourth among all the autoimmune diseases studied with a total of 128 patients, representing 8,8 % and a prevalence of 33 cases per 100 000 patients.

In another study by Palmezano *et al.*¹⁴ conducted with the aim of observing clinical variables in a cohort of patients with immune thrombocytopenic purpura, 128 cases were analyzed, of which 73 % of the patients were women, with a median age of 42 years.

In the thesis of León *et al.*⁹ carried out with the aim of finding out the clinical, laboratory and evolutionary characteristics of immune thrombocytopenia in adult patients, there was a predominance of the female sex with 82,01 % and a mean age of 45,2 ± 17,3 years old.

The results of the distribution according to age and sex in the present study are in agreement with the three previously cited studies^{9,13,14}. Likewise, the studies by Nina *et al.*¹⁰ and Petro *et al.*¹⁵ showed a notable predominance of female sex, but there was no correspondence in terms of mean age, since in both studies this variable was higher than previously described, with values of 59,9 years and 61 years old, respectively.

The cause of the higher proportion of female patients with the disease is still unknown, despite being a common element of several autoimmune diseases¹³. It can be speculated that this is due to an intimate interrelationship between immunological, hormonal and environmental factors inherent to this sex, which would also explain its high incidence in women of late reproductive age.

Although the predominance of female sex is a constant in many studies, the same is not true for the age of the patients, since this element has a wide spectrum of presentation. In elderly patients, in addition to the conjugation of the aforementioned factors, systemic deterioration may play an important role in the manifestation of this condition.

In the study by Nina *et al.*¹⁰, all patients presented some hemorrhagic manifestation at the time of diagnosis, being more frequent at nasal and cutaneous level with 82,60 % and 56,50 % respectively; while in the study by Palmezano *et al.*¹⁴, 56 % presented some hemorrhagic manifestation, ecchymosis (40 %), petechiae (39 %), gingivorrhage (26 %) and epistaxis (22 %).

According to León *et al.*⁹, minor bleeding was the most frequent clinical expression, with a predominance of cutaneous bleeding, petechiae and ecchymosis with 56,12 % and 52,52 %, respectively.

In the present study, although most of the patients presented bleeding on admission, this was not a common element, as suggested by Nina *et al.*¹⁰ in their study. Most of the attended patients presented mild bleeding, corresponding to the oral cavity, nasal cavity and skin. This data is quite close to those of Palmezano *et al.*¹⁴ and León *et al.*⁹.

Although 76,7 % of the patients presented some hemorrhagic manifestation, there was a considerable percentage that did not develop them (23,3 %). The platelet count often serves as a predictor of bleeding severity, but in these cases, no statistically significant correspondence was found to support this, since there were patients without bleeding with moderate and severe thrombocytopenia.

It is likely that these patients had come to the hospital for consultation regarding other reasons, and through the application of clinical methods and laboratory techniques, the diagnosis of ITP was concluded. The non-appearance of bleeding is a peculiar fact, but it should be taken into account that, despite a decrease in platelets in healthy individuals, hematopoietic mechanisms act to compensate that decrease.

In the investigation by León *et al.*⁹, at the time of diagnosis, an average platelet count of $58 \times 10^9/L$ is shown, which constitutes mild thrombocytopenia. In contrast, in Nina *et al.*¹⁰, the platelet count at diagnosis averaged $26 \times 10^9/L$, which can be classified as severe thrombocytopenia. The same happens to the study conducted by Petro *et al.*¹⁵, where the median platelet count on admission to the institution was $12 \times 10^9/L$.

The results of the present study do not coincide with any of the previous investigations, as patients with moderate thrombocytopenia predominated. Patients with mild and severe thrombocytopenia accounted for 16,6 % and 26,7 %, respectively. These values are lower than those previously mentioned.

As it has been shown, there is often a correspondence between the degree of bleeding and platelet count values. When platelet levels fall sufficiently low to be considered moderate thrombocytopenia (platelets between $30 \times 10^9/L$ and $50 \times 10^9/L$), this is generally the precise moment when bleeding begins to manifest itself, being the most frequent reason for admission.

The response to first-line treatment was 86,7 %, where 56,7 % and 30 % of patients had a complete response or response to treatment, respectively; behaving similarly to the study by Nina *et al.*¹⁰. In this study, the response to treatment was 96 %, with 61 % and 35 % of patients having a complete response or response to treatment, respectively.

According to Escamilla *et al.*¹, the first-line treatment is prednisone, a corticosteroid that should not

be administered until the platelet count increases. Its use cannot be prolonged due to adverse side effects such as Cushing's syndrome, obesity, hyperglycemia, hypertension, acne, osteoporosis and increased infections. At the psychological level it can produce anxiety, emotional instability, irritability, depression, memory alterations and psychosis.

For patients who did not respond to first-line treatment, it was necessary to resort to strategies belonging to the second line of treatment which includes: splenectomy, immunosuppression (mainly with rituximab) and in recent years, thrombopoietin receptor agonists: romiplostim and eltrombopag. The latter have changed the management of chronic ITP, minimizing the risk of bleeding and achieving a long-lasting response with fewer side effects¹⁵.

CONCLUSIONS

There was a predominance of female patients, between the ages of 40 and 49 years old, with mild bleeding and moderate thrombocytopenia at admission. Most patients had a complete response to first-line treatment.

AUTHORSHIP

FMHV: formal analysis, research, methodology, writing-original draft.

DMFS: research, methodology, writing-revision and editing.

BCSR: conceptualization, research, methodology, writing-revision and editing.

RJPH: conceptualization, research, methodology, monitoring, validation.

FINANCING

The authors did not receive funding for this article.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Escamilla Gutiérrez ML, Ordaz Carrillo MI. Intervención cognitivo-conductual en un caso de enojo relacionado con púrpura trombocitopénica inmune. *RevSalud Educ* [Internet]. 2020 [cited 08/31/2021]; 8(16):33-7. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4962>
2. Beligoy LE. Trombocitopenia inmune persistente y crónica del adulto: opciones terapéuticas. *Rev Hematología* [Internet]. 2018 [cited 08/31/2021]; 22(ext):54-61. Available from: <http://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/56/43>
3. Arepally GM. Heparin-induced thrombocytopenia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* [Internet]. 2021 [cited 08/31/2021]; 41:141-152. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/ATVBAHA.120.315445>
4. Terrell DR, Neunert CE, Cooper N, Heitink-Pollé KM, Kruse C, Imbach P, et al. Immune Thrombocytopenia (ITP): Current Limitations in Patient Management. *Medicina (Kaunas)*[Internet].2020 [cited 08/31/2021]; 56(12):667. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7761470/>
5. Matzdorff A, Meyer O, Ostermann H, Kiefel V, Eberl W, Kühne T, et al. Immune Thrombocytopenia—Current Diagnostics and Therapy: Recommendations of a Joint Working Group of DGHO, ÖGHO, SGH, GPOH, and DGTI. *Oncol Res Treat* [Internet]. 2018 [cited 08/31/2021]; 41(suppl5):1–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30235458/https://www.karger.com/Article/Pdf/492187>

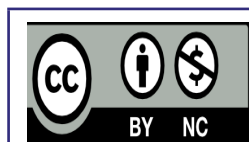
6. López Rivera VE. Púrpura Trombocitopénica inmune: Respuesta al tratamiento con Metilprednisolona en pacientes que ingresaron al Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mascota" en el período 01 de Enero 2014 al 31 de Diciembre del 2016.[Thesis].[Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad De Ciencias Médicas UNAN Managua; 2017. [cited 08/31/2021]. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/8162/1/98676.pdf>
7. Silva CL, Grando AC. Complications of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy: a review of literature. J Bras Patol Med Lab [Internet]. 2021 [cited 08/31/2021]; 57(1):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/BGbTf-j3hBHbVTt3zgFxbBmt/#>
8. Donato H. PTI. "Según pasan los años". Rev Hematología [Internet]. 2017 [cited 08/31/2021]; 21(ext23):137-51. Available from: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra3/21-vol21-extra-noviembre.pdf>
9. León Mondragón EK, Pereyra Ramírez JG. Características clínicas, laboratoriales y evolución de trombocitopenia inmune en pacientes adultos atendidos en Hospital Regional Lambayeque y Hospital Docente Las Mercedes, 2013–2017. [Thesis]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo".Facultad de Medicina Humana; 2019 [cited 08/31/2021]. Available from: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3883>
10. Nina García NM, Huarita H. Púrpura Trombocitopénica Idiopática en adultos: experiencia en un hospital de tercer nivel, La Paz, Bolivia. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2019 [cited 08/31/2021]; 22(2):7-14. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332019000200002&lng=es.
11. Donato H, Bacciedoni V, Rapetti MC, Elena G, Lavergne M, Rossi N, et al. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2019 [cited 08/31/2021]; 117(supl6):243-254. Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_trombocitopenia-inmune-guia-de-diagnostico-y-tratamiento-91.pdf
12. Onisâi M, Vlădăreanu Am, Spînu A, Găman M, Bumbea H. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) – new era for an old disease. Rom J Intern Med [Internet]. 2019 [cited 08/31/2021]; 57(4):273-283. Available from: <https://sciendo.com/pdf/10.2478/rjim-2019-0014>
13. Palmezano Díaz JM, Figueroa Pineda CL, Rodríguez Amaya RM, Plazas Rey LK. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. Med Interna Méx[Internet]. 2018[cited 08/31/2021]; 34(4):522-535. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400003&lng=es
14. Palmezano Diaz JM, Figueroa Pineda CL, Amaya RM, Rengifo Quintero LJ, Mogollón Moreno YD, Moreno Useche LD, et al. Caracterización Clínica de los Pacientes con Púrpura Trombocitopénica Inmune en un Hospital Universitario en Colombia. Rev Med [Internet]. 2018 [cited 08/31/2021];40(1):108-109. Available from: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/articulo/view/1299>
15. Petro López K, Sgromo M, Boedo L, Mandrile A, Almeida L. Púrpura trombocitopénica inmune: tratamiento de segunda línea, experiencia en el Sanatorio Güemes centrada en trombotomiméticos. Rev Hematología [Internet]. 2020 [cited 08/31/2021]; 24(3):19-24. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863748>

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin"

RESUMEN

Introducción: la púrpura trombocitopénica inmune es un trastorno hemorrágico caracterizado por una disminución de plaquetas aislada, no asociado a otra patología reconocible. El manejo de la trombocitopenia inmune es motivo de discusión en lo concerniente a evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. **Objetivo:** caracterizar clínico-epidemiológicamente a los pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin", en el periodo de 2015 a 2020. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin" de la provincia de Holguín. El periodo de estudio comprendió desde el 2015 hasta 2020. El universo estuvo constituido por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Se trabajó con la totalidad del universo. **Resultados:** predominó el sexo femenino (63,3 %) y el grupo de edad de 40 a 49 años (46,7 %). Al momento del ingreso, el 43,3 % de los pacientes estudiados, presentó sangramiento leve y el 46,7 % un recuento plaquetario con trombocitopenia moderada. El 56,7 % tuvo una respuesta completa al tratamiento de primera línea. **Conclusiones:** existió un predominio de pacientes del sexo femenino, entre las edades de 40 a 49 años, con sangramiento leve y trombocitopenia moderada al momento del ingreso. La mayor cantidad de pacientes tuvo una respuesta completa al tratamiento de primera línea y evolucionaron a la cronicidad.

Palabras clave: Autoinmunidad; Hemorragia; Púrpura trombocitopénica; Trombocitopenia.



Este artículo de *Revista 16 de Abril* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista 16 de Abril*.