



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

EXPERIENCIA EN CORTICOTERAPIA ROTATIVA CON DEXAMETASONA Y
PREDNISONA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PTI EN HOSPITAL
PÚBLICO DEL PERÚ

EXPERIENCE IN ROTARY CORTICOTHERAPY WITH DEXAMETHASONE
AND PREDNISONONE IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF ITP IN A PUBLIC
HOSPITAL OF PERU

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA

AUTOR

YOHAN CARLOS CARRASCO VILLAR

ASESOR

ALEJANDRA LA TORRE MATUK

LIMA – PERÚ

2023

Experiencia en corticoterapia rotativa con dexametasona y prednisona en paciente con diagnóstico de PTI en hospital público del Perú

INFORME DE ORIGINALIDAD

9 %	9 %	1 %	1 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
2	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %
3	worldwidescience.org Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
6	inba.info Fuente de Internet	1 %
7	1library.co Fuente de Internet	1 %
8	es.aetna.com Fuente de Internet	1 %

9	David Saavedra-Perez, Marti Manyalich, Paula Dominguez, Jordi Farguell et al. "Unilateral axilo-breast approach (UABA) with gas insufflation versus open conventional hemithyroidectomy: A prospective comparative study", Cirugía Española (English Edition), 2022 Publicación	<1 %
10	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	www.saludclick.com Fuente de Internet	<1 %
12	www.infomediconline.net Fuente de Internet	<1 %
13	Miguel Ángel Sanz, Vicente Vicente García, Antonio Fernández, M. Fernanda López et al. "Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la trombocitopenia inmune primaria", Medicina Clínica, 2012 Publicación	<1 %
14	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
15	postpolioproblemadedisapacidad.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
16	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	

<1 %

17

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

18

www.cesardavidrincongoday.com

Fuente de Internet

<1 %

19

www.jove.com

Fuente de Internet

<1 %

20

www.unioncorporation.com

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

1. RESUMEN

Estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo, observacional y longitudinal, con objetivo principal de identificar la respuesta, completa o parcial, al tratamiento con corticoides, en pacientes debut sin tratamiento previo, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo enero 2016 a octubre 2020. Teniendo en cuenta además otros objetivos específicos. Se consideran las variables a estudiar y/o analizar: valor de plaquetas en respuesta al inicio de tratamiento con corticoides, el tiempo en que se logra en objetivo principal, la duración que se mantiene la respuesta y los efectos adversos secundarios al tratamiento. Considerando el valor de plaquetas a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento, para identificar el número de pacientes que mantienen respuestas y quienes pierden la respuesta en dichos periodos de tiempo. La recopilación de datos se realizará con el uso de un instrumento; de estos mismos datos se obtendrá la medida de frecuencia y tendencia central; el valor de plaquetas y la variable de tiempo se procesará mediante el análisis de ANOVA de variables dependientes, con varianza de medidas reiterativas. Los resultados se mostrarán en tabla de entrada simple con valores absolutos y porcentuales.

Palabras clave: Trombocitopenia, Corticoides, Respuesta.

2. INTRODUCCIÓN

La incidencia de la enfermedad de púrpura trombocitopénica autoinmune se presenta alrededor de 2 a 4/ 100 mil adultos, con un pico de presentación entre los 20 a 30 años aproximadamente, con un riesgo de morbimortalidad alta en los casos más graves, como en los pacientes con sangrado intracerebral u otros órganos vitales (1, 2). En países desarrollados la probabilidad de que presenten sangrado severo es de 5%, con un riesgo alto de presentar cuadro crónico o refractario al año de haber iniciado el tratamiento, a pesar de una buena respuesta inicial (3); En la situación actual de salud del Perú, se suman, aparte de dificultad en el acceso al servicio de salud, la falta de métodos diagnósticos y terapéuticos para este tipo de pacientes.

Los pacientes al inicio de la enfermedad presentan un valor de plaquetas marcadamente disminuido, en su mayoría severa por debajo de 50,000/mm³ al momento del diagnóstico, asociado a episodios de sangrado con presencia de púrpura o petequias en piel (4, 5, 6).

El pronóstico como la incidencia varían según grupo etario, con una incidencia variable en niños según edad, como también en adultos cuya incidencia se encuentra entre un rango de 1.6 a 3.9 por cada 10^5 adultos/año. En Dinamarca se registró la incidencia de pacientes diagnosticados con PTI desde 1973 al 1995, hallando un total de 221 pacientes, dando un resultado de incidencia anual de 2,68 por cada 100,000 habitantes; la edad media de los pacientes fue de 56 años y la relación mujeres a hombres fue de 1,7 (5, 7). Una fuente demográfica en América latina donde evalúa la respuesta al tratamiento y pronóstico en niños, mostró un pico de incidencia de PTI durante los dos primeros años de vida, con una tasa de recuperación mayor a menor edad (2-12 meses: 89.7% $P < 0,001$) (8).

Por lo anteriormente mencionado, se resalta la importancia sobre el tratamiento de PTI, que se enfoca principalmente en contrarrestar la acción autoinmune, que es mediado por la presencia de anticuerpos contra plaquetas y probablemente lisis de megacariocitos inducido por efecto de linfocitos T citotóxicos (9). Por ello el tratamiento con inmunomoduladores, ejemplo: Corticoides, inmunoglobulina G, inmunoglobulina anti D, esplenectomía, Rituximab, etc. son considerados como tratamiento en PTI, siempre en cuando no haya una causa secundaria que amerite un manejo distinto.

Según la Guía de ASH (American Society of Hematology) se sugiere el inicio de corticoides en pacientes con plaquetas menores de $30,000 \times 10^9/L$ y valorar manejo intra hospitalarios en aquellos con valores por debajo de $20,000 \times 10^9$, por un tiempo no prolongado (≤ 6 semanas); ya sea con Dexametasona 40 mg por 4 días cada 2 semanas hasta por un periodo de un mes o Prednisona 05-2 mg/kg/día por un periodo de 2 semanas con reducción continua (10, 11).

Respecto al tratamiento en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se considera iniciar con dexametasona 40 mg por 4 días para luego rotar a prednisona 1mg/kg/día por 2 a 6 semanas según la guía de práctica clínica hospitalaria (12), no se cuenta con estudios sobre el desarrollo de la enfermedad, el tratamiento y el valor de pacientes que logran respuesta al tratamiento inicial.

Tanto la respuesta al tratamiento como la presentación de efectos adversos varía según la corticoterapia a elección. Una variable importante es la eficacia, según un meta-análisis, de ensayos aleatorizados realizado en el 2016, dirigido por Mithoowani S y colaboradores; con una población de 1138 pacientes con diagnóstico de PTI recién diagnosticados; 79% de los pacientes tratados con dexametasona presentaron una respuesta parcial al tratamiento (plaquetas > 30

000/microL) a las dos semanas en comparación a un 59% de pacientes que fueron tratados con dexametasona. El objetivo primario del estudio fue valorar la respuesta parcial o completa (plaquetas $>100,000/\text{microL}$) a los 6 meses de tratamiento, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos (54% en la población que recibió dexametasona versus 43% de los que recibieron prednisona [RR] 1,16, IC del 95%; $p=0,44$); mientras que los efectos adversos relacionados a los corticoides se observaron menor frecuencia de presentación en el grupo de dexametasona (13)

Otro estudio que compara la eficacia de ambos medicamentos, de un total de 22 pacientes, se trató a 9 de ellos con prednisona 1mg/kg/día por un periodo de 2 a 4 semanas y 13 pacientes recibieron dexametasona 40 mg por 4 días cada 3 semanas en un total de 6 ciclos, se valoró el tiempo de duración de la respuesta al tratamiento, con una mediana de seguimiento 4 años aproximadamente; observándose remisiones (plaquetas $>50,000/\text{microL}$) más duraderas en el grupo de dexametasona, donde en un periodo de 12 meses el 77% del grupo de dexametasona mantuvo la respuesta en comparación con 22% del grupo de prednisona, $p=0,027$), entre ambos grupos no hubo diferencia significativa en la frecuencia de los efectos adversos (14)

El general recomienda que la elección de los corticoides debe ser según evaluación individual de los pacientes, la duración de los corticoides no debe ser prolongadas como en el caso de prednisona recomiendan un periodo no mayor de 6 semanas, valorando la probabilidad de los efectos adversos en cada medicamento (15)

En términos generales, se define purpura trombocitopénica inmune como una enfermedad caracterizada por la disminución de plaquetas a nivel de sangre periférica, como consecuencia no controlada de la actividad inmune que aumentan la eliminación de plaquetas, a nivel de sangre periférico y esplénico con intervención de los linfocitos T foliculares; produciendo la diferenciación de linfocitos B y con ello la producción de autoanticuerpos; además de su efecto en la sangre periférica, también reducen la producción a nivel de la médula ósea. Como consecuencia se producen problemas de hemorragia en distintas áreas del cuerpo (16).

El diagnóstico es aquel paciente con plaquetas inferior a $100 \times 10^9/\text{L}$, no se considera el rango entre 100 a $150 \times 10^9/\text{L}$, por estar relacionado frecuentemente a otras enfermedades o incluso ser normal en personas sanas (17).

El PTI primario se caracteriza por presentar únicamente trombocitopenia, asociado o no a cuadros de hemorragia, sin hallazgo de otras causas o alteraciones que conlleven a la disminución de plaquetas. Por lo mencionado el PTI, es considerado una enfermedad de exclusión (17).

El PTI secundario son trombocitopenias producidas por enfermedades subyacentes, que, como consecuencia de la evolución de la enfermedad o exacerbación de la misma, trae como consecuencia la disminución del recuento plaquetario; siendo el manejo el tratamiento de la enfermedad de fondo para la remisión de la plaquetopenia (17).

Se considera PTI de reciente diagnóstico: al periodo desde el diagnóstico de la enfermedad hasta los 3 meses posteriores (17).

El objetivo terapéutico principal, está enfocado en reducir los riesgos de sangrado proporcionando un rango de plaquetas aceptable y mantener el rango por periodos prolongados o indefinidos (18); siendo la respuesta completa un recuento de plaquetas $\geq 100 \times 10^9/L$ sin sangrado activo, y la respuesta parcial un valor de plaquetas dos veces el valor basal de plaquetas a inicio del tratamiento o el recuento de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$, con ausencia de sangrado activo.

Para el estudio se define el tiempo de respuesta, al periodo entre el inicio del tratamiento hasta lograr una respuesta completa o respuesta parcial. En cambio, la no respuesta es el recuento de plaquetas $\leq 30 \times 10^9/L$ de forma persistente o la reactivación de sangrado o incremento de plaquetas menor a dos veces el valor basal de plaquetas al inicio del tratamiento (17, 18, 2). La pérdida de respuesta Completa o Respuesta parcial es cuando el valor de plaquetas desciende menos de $\leq 100 \times 10^9/L$ en paciente con previa respuesta completa o $\leq 30 \times 10^9/L$ en respuesta parcial; también se considera perdida de respuesta la presencia de sangrado (2, 9, 17, 18).

Basándonos en los estudios o reportes realizados a nivel mundial, con respecto al tratamiento inicial de PTI, es de gran necesidad contar con un estudio, realizado en nuestro país e institución, con la finalidad de conocer el estado actual sobre la corticoterapia realizada en pacientes con PTI y según ello evaluar objetivamente el método de tratamiento que adoptamos y ajustarlo, si lo requiere, a los estándares internacionales.

3. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Determinar el valor de respuesta completa y respuesta parcial a corticoides a los 3 y 6 meses en pacientes con diagnóstico reciente de púrpura trombocitopénica inmune en el periodo 2016 al 2018, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

b. Objeto específico

- Determinar la frecuencia de efectos adversos relacionados al tratamiento con corticoides en pacientes con diagnóstico reciente de púrpura trombocitopénica inmune en el periodo 2016 al 2018, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Determinar el tiempo en lograr la respuesta a corticoides en pacientes con diagnóstico reciente de púrpura trombocitopénica inmune en el periodo 2016 al 2018, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Determinar el periodo que se mantiene la respuesta parcial o completa a corticoides en pacientes con diagnóstico reciente de púrpura trombocitopénica inmune en el periodo del 2016 al 2018, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Determinar la incidencia anual de pacientes con diagnóstico de púrpura trombocitopénica inmune en el periodo del 2016 al 2018, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a. Diseño del estudio

El diseño de estudio cuantitativo retrospectivo, observacional y longitudinal

b. Población

Pacientes con diagnóstico de púrpura trombocitopénica inmune atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo del 2016 al 2018

c. Criterios de inclusión

- Pacientes con púrpura trombocitopénica inmune que hayan sido diagnosticados en el periodo del 2016 al 2018 sin tratamiento previo.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento con corticoides como terapia de primera línea hasta los 6 meses de seguimiento posterior al inicio de tratamiento.
- Pacientes que hayan completado seguimiento por un periodo de 6 meses desde el inicio de tratamiento.
- Pacientes mayores de 17 años y menores de 65 años.
- Pacientes de ambos sexos

d. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades que provocan trombocitopenia.
- Pacientes que reciban tratamiento distinto a corticoides desde el inicio de terapia hasta los 6 meses.
- Pacientes con registro clínico incompleto.
- Pacientes que no hayan cumplido tratamiento según indicación médica.

e. Muestra

Proyecto sin muestreo, ya que, para el fin del cumplimiento de los objetivos del estudio, no se realizará cálculo de la muestra. Se tomará a toda la población con diagnóstico de PTI de forma no aleatoria, que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo el método de obtención de dicha población, mediante la búsqueda de pacientes con registro de CIE 10: trombocitopenia inmune D69.3 y trombocitopenia D69.6, en colaboración con la oficina de estadística e informática.

f. Definición operacional de variable

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	GRUPO DE VARIABLE
Edad	Años de vida desde el nacimiento hasta el registro de atención	Cuantitativo	Razón	Menor de edad <18 años Mayor de Edad 65 años	Característica no clínica
Sexo	Sexo al nacimiento	Cualitativo	Nominal	Mujer Varón	Característica no clínica
Valor de plaquetas al inicio del tratamiento	Recuento de plaquetas según resultado de hemograma al momento del diagnóstico de PTI	Cuantitativo	Razón	Leve: 150 a 101 mil plaquetas Moderado: 100 mil a 51 mil plaquetas Severo: menor a 50 mil plaquetas muy severo: recuento menor igual de 20 mil plaquetas	Característica clínica
Respuesta parcial	Recuento de plaquetas según hemograma posterior al inicio del tratamiento	Cuantitativo	Razón	Recuento de plaquetas mayor o igual a 30 mil	Característica clínica
Respuesta completa	Recuento de plaquetas según hemograma posterior al inicio del tratamiento	Cuantitativo	Razón	Recuento de plaquetas mayor o igual a 100 mil	Característica Clínica
Tiempo de respuesta al tratamiento	Periodo de tiempo entre el inicio de tratamiento y respuesta parcial o completa	Cuantitativo	Razón	Tiempo en días en que un paciente logre una respuesta parcial o completa	Característica Clínica
Perdida de respuesta al tratamiento	Periodo de tiempo de duración de la respuesta completa o parcial, hasta la pérdida de estas mismas	Cuantitativo	Razón	Periodo del tiempo en días entre que el paciente logró una respuesta hasta el día en que presenta pérdida de respuesta al tratamiento con valor de plaquetas inferior a 30000	Característica Clínica
No respuesta	Ausencia de respuesta parcial o completa desde el inicio del tratamiento	Cuantitativo	Razón	Valor de plaquetas mantenido por debajo de 30000 durante y después del tratamiento	Característica Clínica
Efectos adversos	Cambios perjudiciales en la salud, secundario al uso de los corticoides	Cualitativo	Nominal	Insomnio, necrosis óseas avascular, Hiperglucemia, Cushing Exógeno, Gastropatía, infecciones	Característica Clínica
corticoterapia	Uso de diferentes corticoides para el tratamiento en pacientes con diagnóstico de purpura trombocitopénica	Cualitativo	Nominal	-Prednisona 1mg/kg/día -Dexametasona 40mg por día por 4 días -Metilprednisolona 1gr EV por día por 3 días	Característica Clínica

g. Procedimientos y técnicas

Para la ejecución del proyecto, deberá ser revisado previamente por el área de investigación de la Universidad Particular Cayetano Heredia. Además, se solicitará la realización del estudio a la Dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, como también al área de docencia e investigación.

Posteriormente, se obtendrá las historias clínicas requeridas, previa solicitud al área de estadística para la emisión de registro de pacientes con la enfermedad objetivo del estudio y solicitar el acceso a las historias clínicas al área de archivo, con el fin de lograr la muestra deseada que cumpla tanto los criterios de inclusión y exclusión.

El investigador usará la ficha de recolección de datos, para la recopilación de información necesaria, luego revisar los datos obtenidos y verificar que cumplan con los requisitos del estudio.

En cuanto al instrumento de recolección, se adaptó de un estudio previo, cuya calidad del instrumento de recolección fue aprobada y comprobada por un comité de estudio (19).

h. Aspectos éticos del estudio

El proyecto de estudio, se encuentra bajo la supervisión y aprobación del comité de ética de la Universidad Particular Cayetano Heredia, además, de la supervisión y aprobación del comité de investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se hace mención que los datos requeridos se obtendrán directamente de la Historia Clínica de cada paciente, sin mencionar datos personales que dañen el principio de justicia y autonomía, la manipulación de estos mismos datos será única y exclusiva del investigador principal mediante la creación de usuario y contraseña al acceso de los registros; además, ocultando la identidad o datos personales mediante la asignación de iniciales y números a cada registro por paciente, con la posterior disolución de datos físicos y electrónicos al término de los análisis de datos. No se incluirá población vulnerable menor de edad o adulto mayor. Siendo el único fin de la investigación la búsqueda del beneficio de la comunidad y contribuir al acto médico.

i. Plan de análisis

A partir de la historia clínica de cada paciente con diagnóstico reciente de púrpura trombocitopénica, se recolecta datos sobre el recuento de plaquetas al momento del diagnóstico, el tipo de corticoide que se emplea, el régimen de tratamiento indicado al paciente, el periodo de tiempo desde el inicio de tratamiento hasta lograr una respuesta, valor de plaquetas a los 3 y 6 meses. Además de los efectos adversos reportados durante todo el tratamiento hasta los 6 meses posterior al inicio. Estos datos serán procesados mediante el programa SPSS 25.

j. Análisis descriptivo

Teniendo en cuenta las variables cuantitativas, se realizará la medida de frecuencia (recuento y porcentaje) y de tendencia central o promedio (mediana y moda) para analizar los datos de las historias clínicas, se observará el número de pacientes con respuesta completa, número de pacientes con respuesta parcial, número de pacientes con pérdida de respuesta y número de pacientes sin respuesta al tratamiento. El conteo de plaquetas, la tasa de tiempo de respuesta el tratamiento y la tasa de pérdida de respuesta, se analizarán mediante el proceso ANOVA de variables dependientes, como varianza de medidas reiterativas; no se calcula el valor de confianza al contar con toda la población como parte del estudio.

k. Resultados y discusión

Según los resultados recolectados, se irán añadiendo en una tabla simple en el programa Excel, que irán en orden en relación a los objetivos del estudio. La tabla contará con columna de frecuencia en valores absolutos y columna de porcentaje de cada variable descrita. Para el análisis y discusión de los resultados se harán gráficos representativos (circular) a partir de las mismas tablas, recalando las variables con valores o porcentajes más significativos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lambert MP, Gernsheimer TB. Clinical updates in adult immune thrombocytopenia. *Blood*. 2017 May 25;129(21):2829-2835.
2. Onisai M, Vladareanu AM, Spinu A, Găman M, Bumbea H. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) - new era for an old disease. *Rom J Intern Med*. 2019 Dec;273-283
3. Cooper N, Ghanima W. Immune Thrombocytopenia. *N Engl J Med*. 2019;945-955
4. Cines D, Bussel J, Liebman H, Luning Prak E. The ITP syndrome: pathogenic and clinical diversity. *Blood* 2009; 113:6511.
5. Terrell, D. R., Beebe, L. A., Vesely, S. K., Neas, B. R., Segal, J. B., & George, J. N. (2010). The incidence of immune thrombocytopenic purpura in children and adults: A critical review of published reports. *American journal of hematology*, 85(3), 174–180
6. Cines DB, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 2002; 346:995
7. Frederiksen H, Schmidt K. The Incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults increases with age. *Blood* 1999; 94: 909.
8. Donato H, Picón A, Martínez M, Rapetti M, Rosso A, Gomez S, Rossi N, Bacciedoni V, Schwartzman G. 2009. Demographic data, natural history, and prognostic factors of idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a multicentered study from Argentina. *Pediatric blood and cancer*, 52(4), 491–496
9. Nugent D, McMillan R, Nichol JL, Slichter SJ. Pathogenesis of chronic immune thrombocytopenia: increased platelet destruction and/or decreased platelet production. *Br J Haematol* 2009; 146:585
10. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv* 2019; 3:3829
11. Provan D, Arnold DM, Bussel JB. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv* 2019; 3:3780
12. Servicio de Hematología. Guía de Práctica Clínica de Púrpura Trombocitopénica Inmune y Anemia Ferropénica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2017 (12); 07 – 25.
13. Mithoowani S, Gregory K, Goy J. High-dose dexamethasone compared with prednisone for previously untreated primary immune thrombocytopenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Haematol* 2016; 3:489
14. Matschke J, Müller Beissenhirtz H, Novotny J. A randomized trial of daily prednisone versus pulsed dexamethasone in treatment-naive adult patients with immune thrombocytopenia: EIS 2002 Study. *Acta Haematol*. 2016;101-107.

15. Provan D, Arnold DM, Bussel JB, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv* 2019; 3:3780
16. Audia S, Mahévas M, Samson M, Godeau B, Bonnotte B. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. *Autoimmun Rev.* 2017 Jun;16(6):620-632
17. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood* 2009; 113:2386
18. British Committee for Standards in Haematology General Haematology Task Force. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. *Br J Haematol.* 2003 Feb;120(4):574-96
19. Rodriguez J. Efectividad de Eltrombopag en púrpura trombocitopénica crónica/refractario, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, septiembre 2026 - mayo 2021 [postgrado]. Universidad Ricardo Palma; 2021

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

- PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Papel Bond	2 millares	S/. 17.00	S/. 34.00
Lapiceros	5 unidades	S/. 1.00	S/. 5.00
Corrector	5 unidades	S/. 2.50	S/. 12.50
Folder	5 unidades	S/. 3.00	S/. 15.00
Notas adhesivas	5 unidades	S/. 2.50	S/. 12.50
Resaltador	5 unidades	S/. 1.50	S/. 7.50
Impresiones y fotocopias	-	-	S/. 30.00
Honorario de personal médico	5 médicos	S/. 150.00	S/. 750.00
Refrigerio de personal médico	-	S/. 80.00	S/. 400.00
Pasaje de personal médico	-	S/. 40.00	S/. 200.00
Honorario del personal de archivo	1 personal de archivo	S/. 150.00	S/. 150.00
refrigerio del personal de archivo	-	S/. 80.00	S/. 80.00
Honorario Asesor de Tesis	1 asesor	S/. 250.00	S/. 250.00
TOTAL			S/. 1946.50

- CRONOGRAMA

	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023
Elaboración del trabajo de investigación	X					
Presentación del proyecto al comité de investigación de UPCH		X				
Presentación del proyecto al comité de ética y docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza		X				
Aprobación del proyecto de investigación			X			
Presentación de solicitud al área de estadística, para la emisión de listado de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PTI			X			
Presentación de solicitud al área de archivo para el uso y la entrega de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PTI			X			
Preparación del material de trabajo				X		
Recolección de datos				X		
Verificación de la calidad de los datos recolectados					X	
Análisis de datos					X	
Elaboración de tablas y gráficos						X
Informe de resultados						X

7. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°: _____

Nombre y Apellidos : _____

Edad: ___ años

Historia Clínica : _____

Sexo: (M)

(F)

Personal Médico : _____

VARIABLE	RESULTADO
Estadio de la enfermedad	Reciente, persistente, refractario, crónico
Hemorragia menor	Gingivorragia, petequias, epistaxis, hematuria
Hemorragia mayor	Intracerebral, intraocular, hematemesis, melena, pulmonar
Comorbilidades	
Tiempo de seguimiento	_____ meses
Tiempo de respuesta parcial al tratamiento	_____ días _____ meses ()no presente
Tipo de respuesta completa al tratamiento	_____ días _____ meses ()no presente
Falla de respuesta al tratamiento	Si () No () _____ mm3 plaquetas
Tratamiento	* _____ Dosis inicial: * _____ Dosis inicial:
Remisión	Si () No () _____ mm3 plaquetas
Recaída	Si () No () _____ mm3 plaquetas
Efectos adversos	
Abandono o mal apego de tratamiento	Si () No ()
LABORATORIO	
Hemoglobina	Al debut A los 3 meses _____ g/dL A los 6 meses _____ g/dL
Leucocitos	Al debut A los 3 meses _____ mm3 A los 6 meses _____ mm3
Plaquetas	Al debut A los 3 meses _____ mm3 A los 6 meses _____ mm3