



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN ABRIL – SEPTIEMBRE 2014

“PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Suquilanda Toapanta, Karina Elizabeth

Tutora: Dr. Sunta Ruíz, Mario Leopoldo

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE”** de Karina Elizabeth Suquilanda Toapanta, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Mario Leopoldo Sunta Ruíz

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo 2015

LA AUTORA

.....

Suquilanda Toapanta, Karina Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de este un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo 2015

LA AUTORA

.....

Suquilanda Toapanta, Karina Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE”**, de Karina Elizabeth Suquilanda Toapanta, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A Dios padre todopoderoso por haber permitido que no decaiga en el intento de seguir adelante pese a los obstáculos que se presentaron en la vida. A mis padres por todo el amor y cariño y gran esfuerzo de cada día supieron encaminarme en mis estudios y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida. A mis familiares en especial a mis tíos quienes siempre me mostraron su apoyo y gran colaboración. A mis amigas con quienes he compartido difíciles momentos y gratos a la vez, siempre demostrándome su cariño y gran amistad. A todas y cada una de esas personas que Dios puso en mi camino y que me extendieron su mano generosa para superar todas las dificultades hasta alcanzar el objetivo propuesto en mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la oportunidad de seguir cumpliendo la mi misión de vida. A mis padres, por su apoyo, confianza y sacrificio incondicional. Por ser la luz que brilla y me motivan a superarme día a día, por su amor, por su apoyo económico y por sus consejos que son la brújula que orientan mi vida.

A mis hermanos, que con su esfuerzo constante fueron los referentes para continuar mi meta. A mis docentes a todos que fueron parte de este largo aprendizajes. A mis amigos gracias por estar siempre en los buenos y malos momentos más difíciles, su apoyo es incondicional. A la Universidad Técnica de Ambato a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad. Un agradecimiento especial a mi tutor Dr. Mario Sunta, por la transferencia de sus conocimientos y quien fue mi apoyo durante el desarrollo en este caso clínico.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE.”

Autor: Karina Elizabeth Suquilanda Toapanta

Tutor: Dr. Mario Leopoldo Sunta Ruíz

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

Este caso se trata de una paciente femenina de 34 años de edad, nacida en la provincia de Bolívar, cantón Caluma con residencia habitual en España durante 10 años, y desde hace 10 meses en Caluma, mestiza, unión libre, de instrucción superior incompleta, ocupación agricultora hasta hace 10 meses, al momento en quehaceres domésticos, grupo sanguíneo ARh positivo, evangélica, paciente no afiliada con antecedentes patológicos de Colitis Ulcerosa diagnosticada desde hace 5 años en tratamiento con Mesalazina. Paciente no refiere antecedentes familiares, quirúrgicos relevantes, presenta antecedentes gineco-obstétricos: Gestas 2; Parto: 1, Abortos: 1 Cesárea: 0, Hijos vivos: 1. Paciente acude al Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar desde hace 72 horas proctorragia en leve cantidad y astenia generalizada, el cuadro se exacerban hace 24 horas acompañándose de vómito de contenido alimentario y alza térmica no cuantificada por 3 ocasiones donde además es valorada por presentar petequias a nivel de muslos. Paciente refiere epistaxis y gingivorragia desde hace 8 meses por

lo que se le diagnostica de púrpura trombocitopénica inmune y es derivada al Hospital Regional Docente Ambato donde realizan transfusión sanguínea e instauran tratamiento con corticoides. Paciente es estabilizada y egresa para ser manejada por consulta externa. Las cifras de plaquetas eran normales en el momento del alta.

PALABRAS CLAVES: COLITIS-ULCEROSA, PÚRPURA-TROMBOCITOPÉNICA INMUNE.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

" IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA "

Autor: Karina Elizabeth Suquilanda Toapanta

Tutor: Dr. Mario Leopoldo Sunta Ruíz

Fecha: Marzo del 2015

SUMMARY

This case is a female patient aged 34, born in the province of Bolivar, Canton Caluma habitually resident in Spain for 10 years and 10 months in Caluma, mestiza, union, incomplete higher education, farmer occupation until 10 months ago, when in housework, positive, evangelical ARH blood group, not affiliated with patient medical history of ulcerative colitis diagnosed 5 years treated with mesalazine. Patient no relevant family concerns, surgical history, gynecological and obstetric history presents: Gestas 2; Labor: 1 Abortions: 1 Caesarea: 0, living children: 1. Patient goes to Hospital Alfredo Noboa Montenegro to present from 72 hours ago proctorrhagia mild quantity and generalized fatigue, exacerbated Table 24 hours ago accompanied by vomiting of food content 3 occasions where it is valued by petechiae level thighs and also refers epistaxis and gingival bleeding for 8 months so you are diagnosed immune thrombocytopenic purpura and is derived from the Regional Teaching Hospital Ambato where they perform blood transfusion and established corticosteroid treatment . Patient is stabilized

and graduated to be operated by outpatient. Platelet counts were normal at discharge.

KEYWORDS: ULCERATIVE-COLITIS, IMMUNE-THROMBOCYTOPENIC PÚRPURA.

ÍNDICE DE HOJAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
RESUMEN	viii

INDICE GENERAL

1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- OBJETIVOS	4
2.1.-OBJETIVO GENERAL	4
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3.- DESARROLLO	5
3.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO	5
3.2.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	6
3.3.- ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO	7
3.3.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	7
3.3.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO	7
3.3.3 FACTORES DE RIESGO	10

3.3.4.- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LOS SERVICIOS DE SALUD:	11
3.3.4.1 OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA MÉDICA.	11
3.3.4.2 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	11
3.3.4.3 OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD	12
3.3.4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	12
3.3.4.5 OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN	14
3.4 IDENTIFICACIÓN DE NUDOS CRÍTICOS	14
3.5 CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	15
3.6 CONCLUSIONES	17
3.7 BIBLIOGRAFIA	17
3.8 ANEXOS	21

1.- INTRODUCCIÓN

La púrpura trombocitopénica inmune es un trastorno autoinmune de la coagulación caracterizado por una trombocitopenia aislada (plaquetas <100.000micro/L.) no explicable por la presencia de otra patología cuyo manejo diagnóstico y terapéutico ha sido siempre controvertido. El manejo, evolución, pronóstico y tratamiento es controversial y por ello requiere de un plan individualizado según el recuento plaquetario, la presencia de sangrado, estilo de vida y efectos adversos al tratamiento. (Acón. E. et al 2014).

Se han descrito múltiples anomalías hematológicas asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Se desconoce el mecanismo patogénico por el que ambas entidades se asocian. Se han utilizado varios tratamientos, que van desde cursos cortos de esteroides hasta el uso de inmunodepresores y la esplenectomía, en función de la gravedad del cuadro. (Puebla A. et al 2003).

La prevalencia real de estas asociaciones no se conoce, ya que, hasta la fecha, no se han realizado estudios de poblaciones controladas. La asociación entre púrpura trombocitopénica inmune y la colitis ulcerosa ha sido bien descrita, con una prevalencia estimada de 0.1% -0.48%. Según la estimación actual de la incidencia de púrpura trombocitopénica inmune para los adultos es 3,3 por 10(5) de adultos/año. Una limitación importante de estos estudios es que son principalmente de Europa y pueden no ser generalizables a todas las regiones. En España no existen datos sobre la prevalencia o incidencia exacta aunque algunos expertos estiman que ronda los 5.000 casos. En otras zonas del mundo, como Estados Unidos, se calcula que la incidencia en adultos ronda los 6 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en Reino Unido la prevalencia en adultos se

sitúa en 1,6 por cada 100.000 personas. Lo que sí está claro es que la incidencia de esta enfermedad está aumentando en los últimos años. Un estudio realizado en Dinamarca encontró que el promedio de edad fue de 56 años con un incremento progresivo después de los 60 años. (DR. Terrell, 2010).

Actualmente en nuestro país no se dispone con datos estadísticos ni guías nacionales sobre su manejo terapéutico de la púrpura trombocitopénica inmune, de igual manera en la provincia de Bolívar no existe estudios epidemiológicos por lo que considero que es importante realizar estudios de esta patología ya que su retraso en su diagnóstico inicial y tratamiento puede comprometer e interferir con la vida del paciente, la calidad de vida tanto en el ámbito personal como social, además de ser un gran gasto público.

2.- OBJETIVOS

2.1.-Objetivo General

Establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno en la enfermedad Púrpura trombocitopénica Inmune que permita una eficiente y eficaz manejo.

2.2Objetivos específicos

- Establecer el tratamiento para la enfermedad púrpura trombocitopénica inmune.
- Correlacionar la púrpura trombocitopénica inmune con la patología primaria de la paciente.

- Elaborar guías preventivas para de oportunidades de mejora en la púrpura trombocitopénica inmune.

3.- DESARROLLO

3.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Este caso se trata de una paciente femenina de 34 años de edad, nacida en la provincia de Bolívar, cantón Caluma con residencia habitual en España durante 10 años, y desde hace 10 meses en Caluma, mestiza, unión libre, de instrucción superior incompleta, ocupación agricultora hasta hace 10 meses, al momento en quehaceres domésticos, grupo sanguíneo ARh positivo, evangélica, no afiliada, con antecedentes patológicos de colitis ulcerosa diagnosticada hace 5 años hace aproximadamente. Paciente no refiere antecedentes familiares, quirúrgicos relevantes, presenta antecedentes gineco-obstétricos: gestas 2; parto: 1, abortos: 1 cesárea: 0, hijos vivos: 1. Paciente acude al Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar desde hace 72 horas proctorragia en leve cantidad y astenia generalizada, el cuadro se exacerban hace 24 horas acompañándose de vómito de contenido alimentario por 3 ocasiones y alza térmica no cuantificada, donde es valorado presentando además petequias a nivel de muslos, médico del servicio previo a resultados alterados del hemograma diagnostica púrpura trombocitopénica inmune por lo que es referida al Hospital Regional Docente Ambato donde se decide su ingreso al servicio de Medicina Interna.

3.2.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

UTILIZADAS

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de varias fuentes bibliográficas, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia clínica en la que se evidencia y se destaca la revisión de documentos médico-legales mediante el cual se obtuvo la mayor parte de información para el caso clínico.
- Artículos de revisión y guías de práctica clínica ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.
- Hoja de transferencia en la cual se identificó la derivación del paciente hasta el Hospital Regional Docente Ambato.
- Información directa mediante la aplicación de entrevista directa a la paciente y familiares quienes brindaron la información directa en su lugar de residencia actual, con el objetivo de determinar las oportunidades a su ingreso, tratamiento y egreso.

3.3.- ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.3.1 Datos de Identificación

Este caso se trata de una paciente femenina de 34 años de edad, nacida en la provincia de Bolívar, cantón Caluma con residencia habitual en España durante 10 años, y desde hace 10 meses en Caluma, mestiza, unión libre, de instrucción superior incompleta, ocupación agricultora hasta hace 10 meses, al momento en quehaceres domésticos, grupo sanguíneo ARh positivo, evangélica, paciente no afiliada.

3.3.2 Descripción del caso

Paciente es derivada desde el Hospital Alfredo Noboa Montenegro ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Ambato (02/03/2014, 23:00) por presentar desde hace 72 horas proctorragia en leve cantidad y astenia generalizada, el cuadro se exacerban hace 24 horas acompañándose de vómito de contenido alimentario por 3 ocasiones y alza térmica no cuantificada por lo que paciente acude a médico particular quien administra medicación que no especifica con lo que no cede cuadro y decide acudir al Hospital quien deriva al Hospital Regional Docente Ambato donde se decide su ingreso al servicio de Medicina Interna.

A la exploración física se encuentra con: TA: 80/40mmHg, FC: 110 lpm, FR: 22lpm, T: 36 grados centígrados, Peso: 55kg. paciente consciente, orientada, con palidez generalizada, diaforética, conjuntivas pálidas; mucosas orales semi-húmedas y pálidas, encías eritematosas; orofaringe eritematosa, congestiva; amígdalas: hipertróficas, eritematosas. Cuello: adenopatía cervical anterior,

Cardiopulmonar: conservado. Abdomen: suave depresible no doloroso, región inguino-genital: sonda vesical permeable; tacto rectal: se evidencia dedo del guante manchado de sangre, rojo rutilante. Extremidades: presenta petequias a nivel de muslos, pulsos distales presentes, no edema.

Se realizan exámenes complementarios donde se encuentran:

Hemograma: Hematíes: 1.930.000; Hemoglobina: 3.5 g/dL, Hematocrito: 11,2%, MCV: 57.8fL, MCH: 18,1pg, MCHC: 31,4 g/dL, Plaquetas: 7000. TP 11seg, TTP 34 seg.,

Bioquímica: urea 22, Bum: 10, glucosa 87mg/dl, ácido úrico 2,7mg/dL, creatinina 0.72mg/dL.

Uroanálisis: densidad: 1.015, Ph: 6, Píocitos 1x/campo, leucocitos: 1 x/campo, nitritos negativo, eritrocitos: 1 x/campo, glucosa negativo, proteinuria negativo,

Radiografía estándar de toráx: reporte normal.

Paciente ingresa con cuadro mencionado con el que se concluye el diagnóstico de:

- Shock hipovolémico
- Púrpura trombocitopénica inmune
- Colitis ulcerosa

La paciente es transfundida 3 paquetes de concentrado de glóbulos rojos y un paquete de plasma fresco congelado, previo a consentimiento informado, sin presentar complicaciones durante la transfusión. Dentro del tratamiento en sala de

urgencia los medicamentos utilizados fueron: monitorización de signos vitales, medidas generales, se le administro fluidoterapia (Lactato Ringer 150cc/hora); transfusión sanguínea (2paquetes de CGR); 1 unidad de plasma fresco congelado; bomba de Omeprazol (200mg en 200cc de S.S0.9%); Antiheméticos (metoclopramida 10mg, iv. Stat); Ácido tranexámico (1g. iv. Stat) y corticoides (hidrocortisona 500mg. Iv.).

Paciente es estabilizada e ingresa al servicio de medicina interna para su posterior manejo por especialidad.

Paciente es manejado por gastroenterología (03/03/2015; 9:00) quién solicita y posteriormente realiza rectosigmoidoscopia presentando hallazgos: Poliposis colónica, sangrado activo y úlceras de manera difusa. Además solicita y realiza ecografía de abdomen superior y radiografía estándar de tórax los cuales presentaron un reporte normal. Su manejo terapéutico fue: medidas generales, fluidoterapia (lactato Ringer 1000cc en 24 horas), antibioticoterapia: ciprofloxacina 200mg, iv. c/12 horas, metronidazol 500mg, iv. c/6 horas; Mesalazina 500mg, vo, c/8 horas.

Paciente evoluciona favorablemente durante su hospitalización (04/03/2015) con desaparición de sintomatología gastrointestinal quien decide el egreso de la paciente previo a realización de interconsulta por presentar trombocitopenia en la analítica sanguínea y manejo por el área de Hematología, la cual es respondida el 05/03/2015. Durante su valoración paciente refiere al hematólogo alza térmica no cuantificada, astenia y malestar general desde hace más o menos 8 meses, además refiere gingivorragia. Se solicitó nueva analítica de sangre, serología: HIV, VHC

y exámenes especiales: H. Pylori, anti-DNA. Previo a resultados de exámenes: Hemoglobina de 12,5g/dL, Hematocrito: 37,1% ; Leucocitos de 7.860; plaquetas de 60.000/mm³.

Hematología indica el alta después de 3 días de hospitalización con diagnósticos definitivos de Colitis ulcerosa y púrpura trombocitopénica inmune. Es derivada a un centro de atención de salud nivel dos en la ciudad de Guaranda, a consulta externa para sus controles posteriores.

3.3.3 Factores de riesgo

Según la OMS, factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Dentro de los factores de riesgo la paciente presenta:

Edad: 34 años

Género: femenino

Ocupación: Agricultura durante 10 años

Antecedentes de colitis ulcerosa

Antecedentes gineco-obstétricos: 1 aborto.

Automedicación

Estrés

Para desarrollar una púrpura trombocitopénica inmune se encuentran: edad: puede presentarse en la infancia como en la etapa adulta; sexo: la púrpura trombocitopénica inmune es más propenso a sufrir las mujeres, infecciones virales previas, uso de fármacos, trastornos inmunitarios.

Dentro de los aspectos ambientales como su cambio de residencia y dentro de estilo de vida paciente: tipo de alimentación, adherencia inadecuada al tratamiento, el paciente se automedica analgésicos que no específica y medicina natural; a nivel social: la falta de recursos económicos, abandono del tratamiento

3.3.4.- Factores que se relacionan con los servicios de salud:

3.3.4.1 Oportunidades en la solicitud de la consulta médica.

La paciente desde el inicio de apareamiento de su sintomatología acudió a la unidad primaria de salud (Caluma) el cual queda distanciado de su hogar pero pese a esa dificultad acude, donde al solicitar la consulta médica el personal de salud refiere no estar laborando a pesar de estar en horario de trabajo por lo que opta por acudir a médico particular donde refiere quien solicita exámenes de laboratorio envía a paciente urgentemente con diagnóstico de trombocitopenia y sangrado digestivo bajo, por lo que acude nuevamente de forma ambulatoria acompañado de un familiar al Subcentro de Salud.

3.3.4.2 Acceso a la atención médica

La paciente al venir de un hogar con una condición económica media, es dependiente de los servicios que brinda el Ministerio de Salud Pública que por su

gratuidad, es preferido por la familia, pero su acceso era limitado por la distancia de los centros de atención de salud. La paciente reside en el cantón Caluma se encuentra ubicado a 62 km al sur occidente de la ciudad de Guaranda, capital de la Provincia de Bolívar en el Ecuador. Su mayor población habita en zonas rurales, la paciente habita en la parroquia Santa Rosa, la cual queda distanciado del centro de salud de atención primaria y los medio de transporte terrestre es limitado en este sector para acudir a una unidad de salud especialmente para acudir a un Hospital de especialización.

3.3.4.3 Oportunidades en la atención de salud

La paciente al solicitar la atención médica, hubo rechazo a la atención por falta reserva de turno, además, hubo retraso en la derivación del paciente desde una unidad de atención de salud primaria a una unidad de atención de segundo nivel, ya que la paciente no fue atendida oportunamente por lo que tuvo que acudir a un médico particular donde al valorar y analizar los exámenes solicitados refiere que debe ser enviada inmediatamente a un hospital de mayor resolución médica.

3.3.4.4 Características de la atención

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, siempre con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integradamente, tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de las personas y la comunidad en sí, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría. (Szpilman David, 2012)

La imposición de barreras administrativas y burocráticas, influyen en el sistema de salud lo cual puede interrumpir y demorar la prestación, pronta, adecuada y efectiva del servicio de salud. La paciente presento demora a nivel primario en la atención de salud para ser referida en el tiempo oportuno a un nivel secundario en la atención de salud. En el manejo de paciente hubo ciertas limitaciones ya sea a nivel del acceso a la atención médica a nivel primario, y demora en el sistema referencia – contrareferencia; y; a nivel del manejo terapéutico ya que según las normas estandarizadas el manejo de la paciente no fue instaurado en el momento apropiado, probablemente por retraso en la confirmación del diagnóstico por demora en la obtención de los resultados de exámenes complementarios y por la limitación de capacidad resolutive a nivel dos del servicio de atención de salud.

3.3.4.5 Oportunidades en la Remisión

En condición estable fue remitido a un hospital de segundo nivel para seguimiento terapéutico, paciente fue referido de manera oportuna (en el Hospital Regional Docente Ambato).El egreso de la paciente se dio a los 3 días después de su ingreso posterior a la estabilización de su cuadro clínico.

3.4 IDENTIFICACIÓN DE NUDOS CRÍTICOS

- Descuido de la paciente para acudir a un centro de salud en el tiempo oportuno.
- Falta de identificación y seguimiento por parte del equipo TAPS a nivel primario de pacientes que abandonan el tratamiento.
- Falta de resolución a nivel local.
- Limitación en el acceso a los servicios de atención de salud, lo cual puede retrasar la derivación del paciente a un centro de mayor especialización.
- Falta de supervisión del sistema referencia contrareferencia dentro de la zona respectiva.

3.5 CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

3.5.1. Tabla N°1

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Descuido de la paciente para acudir a un centro de salud en el tiempo oportuno.	Instaurar controles domiciliarios periódicamente y a la vez dando charlas de prevención a la comunidad y realizar planes de mejora a través de programas de atención.	6 meses	MSP	Personal capacitado
Falta de identificación y seguimiento por parte del equipo TAPS a nivel primario pacientes que abandonan el tratamiento.	Mejor control de la población por parte del equipo médico, TAPS.	6 meses	MSP	MSP

<p>Falta de resolución a nivel local.</p>	<p>Incrementar el personal de especialidades médica en los servicios de salud nivel dos.</p> <p>Contar con medios de transporte dentro de las unidades de salud para derivación oportuna de los pacientes</p>	<p>6 meses</p>	<p>Director del Hospital</p>	<p>MSP</p>
<p>Agilizar los trámites a realizarse en el sistema referencia-contrareferencia</p>	<p>Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado del paciente y complejidad de la patología.</p> <p>Supervisar periódicamente e incrementar el área administrativa para agilizar los trámites a realizarse según la gravedad de los casos que se presenten.</p>	<p>6 meses</p>	<p>MSP</p>	<p>Todos los niveles de atención de salud</p>

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de Púrpura trombocitopénica Inmune se hace por exclusión de causas secundarias de trombocitopenia ya que no hay pruebas de diagnóstico para confirmar la Púrpura trombocitopénica Inmune.
- Existe relación estrecha entre colitis ulcerosa con púrpura trombocitopénica inmune, ya que las dos enfermedades son de causa inmunitaria.
- No existe guías estandarizadas de manejo para pacientes con púrpura trombocitopénica inmune propias de nuestro medio, lo que influye a la búsqueda de guías prácticas clínicas de aceptación internacionales.

3.7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

3.7.1 LINCONGRAFIA

- Acón Ramírez E., (2014) Trombocitopenia inmune. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI. Recuperado el 14/03/2-15. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/611/art25.pdf>
- A Puebla Maestu, (2003), Ulcerative colitis associated with idiopathic thrombocytopenic purpura. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14642241>
- Boyne M.S., Dye K. (2000). Crohn's colitis and idiopathic thrombocytopenic purpura. <http://pmj.bmj.com/content/76/895/299.short>

- Chirlette P., (2008), Surgical treatment of immune thrombocytopenic purpura.<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2141.2011.08880.x/pdf>
- Cipriani E., (2009), Conversatorio clínico patológico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Púrpura trombocitopénica inmune. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/143_GPC_PURPURA_TROMBOCITOP/Imss_ER.pdf
- Nos P. (2006), Nuevos tratamientos y aproximaciones diagnósticas en la colitis ulcerosa, Valencia-España. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13098295&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=14&ty=37&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v29nSupl.3a13098295pdf001.pdf
- Meillón-García L., (2014), Trombocitopenia inmune primaria (TIP) del adulto en México: características nacionales y su relación con la literatura internacional.http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n4/GMM_150_2014_4_279-288.pdf
- Sequeira Rojas L. A., (2008), Purpura Trombocitopenica Autoinmune (caso clínico y revisión bibliográfica). <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/582/art3.pdf>
- <http://search.proquest.com/docview/223928098/fulltextPDF/56C494E20BDD47C6PQ/1?accountid=36765>.
- http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/leucemia-mieloide-adultos/Patient/page1#_42

- <https://www.google.com/search?q=colitis+ulcerosa+pdf&newwindow=1&hl=es&authuser=0&source=Int&tbs=qdr:y&sa=X&ei=LscMVazjMYLYgwT164LwDw&ved=0CBUQpwU&biw=1366&bih=607>
- http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_transfucion_de_sangre.pdf
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2012/uo121h.pdf>
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.23262/full><http://www.binass.sa.cr/revistas/rmcc/582/art3.pdf>.
- <http://www.hospitalvernaza.med.ec/servicios/medicina-nterna/hematologia>

3.7.2 CITAS BIBLIOGRÁFICA – BASE DATOS DE UTA

- PROQUEST: Cheng, Yunfeng, (Aug 28, 2003), Initial treatment of immune thrombocytopenic purpura with high-dose dexamethasone. The New England Journal of Medicine 349:9 831-6. Recuperado: 26/03/2015 <http://search.proquest.com/docview/223928098/fulltextPDF/56C494E20BD47C6PQ/1?accountid=36765>.
- PROQUEST: Bredlau, A., (Aug2011), Management of Immune Thrombocytopenic Purpura in Children : 213-23. Recuperado: 20/03/2015, disponible:<http://search.proquest.com/docview/872833637/56C494E20BDD47C6PQ/6?accountid=36765>.
- TAYLOR & FRANCIS ONLINE: CHENG-Q (Jun 2011), Acute immune thrombocytopenic purpura as adverse reaction to oral polio vaccine (OPV). Recuperado: 20/03/2015,

disponible:<http://www.tandfonline.com/action/doSearch?AllField=+immune+thrombocytopenic+purpura>.

- PROQUEST: STASI R. (Apr 2004) Management of Immune Thrombocytopenic Purpura in Adults. Recuperado: 20/03/2015, disponible: <http://search.proquest.com/docview/216866595/56C494E20BDD47C6PQ/2?accountid=36765#center>
- SPRINGER: Villa G., Parrondo J.,(2013), Análisis del coste del tratamiento farmacológico de la trombocitopenia inmune primaria mediante agonistas del receptor de la trombopoyetina en España. Recuperdo: 21/03/2015)Disponible <http://link.springer.com/article/10.1007/s40277-013-0010-page>

3.8 ANEXOS

3.8 .1 CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... con cedula de identidad No....., previo explicación, doy mi consentimiento informado el día, para la utilización de los datos que reportan la historia clínica para la realización de un trabajo investigativo y realización de un caso clínico.

El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que el Srta. Interna del Hospital Provincial Docente Ambato: Karina Elizabeth Suquilanda Toapanta, con cedula de identidad No. 1804117107, estudiante de la UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO use la información médica de la historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: “Púrpura trombocitopénica inmune”.

Para constancia firmamos abajo.

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado.

Cedula No.

Paciente que da el consentimiento informado