



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE
TIPO 2”**

Requisito previo para optar por el título de Médico.

Autor: Gallegos Moreno, José Luis

Tutora: Dra. Miranda Carillo, Amanda de las Mercedes

Ambato – Ecuador

Junio 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de Investigación sobre Análisis de caso Clínico sobre el tema: “**ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO 2**”, De José Luis Gallegos Moreno, 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, Mayo 2015

LA TUTORA:

.

.....
Dra. Miranda Carillo, Amanda de las Mercedes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO 2**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como el autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2015.

EL AUTOR

.....

Gallegos Moreno, José Luis

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga del análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi análisis 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 Autor.

Ambato, Mayo 2015

EL AUTOR

.....
Gallegos Moreno, José Luis

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso Clínico, sobre **“ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO 2.”** de José Luis Gallegos Moreno estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2015

Para constancia firman

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios pilar fundamental en nuestras vidas, amigo incondicional que jamás nos abandona y está ahí siempre para extendernos una mano. A mi madre que con su amor, comprensión y paciencia ha sabido guiarme en el camino correcto, porque tu amor de madre jamás ha permitido que decline mi esfuerzo en lograr esta meta. A mis hermanos, que han sido mis amigos, compañeros en el caminar de la vida, a ellos que están siempre dispuestos a escuchar y dar una palabra de aliento. A mis amigos, compañeros y colegas con quienes hemos formado un gran equipo, un grupo que ha permanecido unido, a ellos con quienes he compartido risas y penas. A ti amada esposa y compañera Silvia, tu amor incondicional es un faro de luz que alimenta fervientemente la calidez de nuestro hogar.

AGRADECIMIENTO

Reitero mi más sincero agradecimiento primero a Dios por darme la fortaleza de seguir y concluir esta meta.

A mi madre por darme la vida y ser ese faro guía en mi camino, ejemplo de lucha constante frente a las adversidades.

A mis hermanos con quienes desde niños nos hemos respaldado y con quienes he compartido momentos gratos de mi vida.

A mi amada esposa que llegaste a mi vida como un ángel de luz, a darme fuerza y a ser la compañera incondicional.

A mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte de este largo aprendizaje, por compartir sus conocimientos y experiencias, mil gracias.

A mis amigos con quienes he pasado momentos de adversidad y alegría.

A la Universidad Técnica de Ambato, mi alma mater, a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir el conocimiento necesario para ser un profesional.

Un agradecimiento especial a mi Tutor Dra. Amanda Miranda, por la transferencia de sus conocimientos que me sirvieron en el desarrollo de este caso clínico.

Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del tribunal.

Fraternalmente

José Luis Gallegos

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	4
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	13
Factores de Riesgo.....	13
Antecedentes como factores de riesgo	14
Acceso a la atención Médica	16
Características de la atención	18
Descripción de las fuentes utilizadas.....	23
Identificación de los Puntos Críticos.....	24
Caracterización de las oportunidades de mejora	25
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	28
ANEXOS.....	30

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO
2”**

Autor: Gallegos Moreno, José Luis

Tutora: Dra. Miranda Carillo, Amanda de las Mercedes

Fecha: Mayo del 2015

RESUMEN

Paciente femenina de 62 años, con antecedentes de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2. Acude al Hospital Provincial Docente Ambato, por dolor torácico en región anterior, de moderada intensidad, continuo sin irradiación, de 12 horas de evolución, se acompaña de tos que moviliza secreciones blanco amarillentas en poca cantidad, alza térmica no cuantificada, astenia generalizada. Paciente se automedica Ibuprofeno. Refiere además polaquiuria 24 horas previas. Es ingresada a hospitalización, con tensión arterial de 130/80 mmHg, Frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, Temperatura axilar de 36.8 grados centígrados, Peso 98Kg, Talla 1.60cm, IMC 38.2, Saturación de oxígeno 89%. Extremidades superiores e inferiores simétricas, tono y fuerza disminuido, con predominio proximal, ulcera por presión en región glútea izquierda, edema bilateral en miembros inferiores ++/+++, flictena en cara interna de pierna derecha y placas eritematosas.

Es valorada por neurología, por disminución de fuerza en las cuatro extremidades, de predominio proximal con intenso dolor muscular a la palpación de igual predominio, planteándose un diagnostico presuntivo de Polimiositis, para lo cual se instaura tratamiento con Metilprednisolona 125mg Stat y cada 6 horas por tres días y se solicita exámenes reportados el 14/04/2015: Biometría hemática: Leucocitos: 28.900; Neutrófilos: 86.9%; Hgb: 14.4 g/dL; Hct: 45%; Plaquetas:

30.000. Aldolasa: 11.2 U/L. TGO: 55.9 U/L; TGP: 73,6 U/L. Posteriormente dermatología valora a la paciente por múltiples lesiones de piel, que aparecieron en horas de la mañana del 13/04/2015, en regiones diversas (brazos, abdomen, espalda, miembros inferiores, miembros superiores), de tipo diana con ampolla en el centro, tamaño variable, que van desde 1 cm hasta 10cm aproximadamente, con contenido líquido seroso, algunas presentan restos y otras se encuentran denudadas, con una base eritematosa. Las lesiones impresionan un eritema multiforme menor, por lo que se solicitan exámenes, que son reportados el 14/04/2015: Herpes 1 (ANTI IgG): >200 U/mL; Herpes 1 (ANTI IgM): 14.7 U/mL; Herpes 2 (ANTI IgG): 13.1 U/mL; Herpes 2 (ANTI IgM): 48.6 U/mL. Se mantiene terapia con corticoides e implementa Acido fusídico crema 2 aplicaciones al día.

Recibe antibioticoterapia por 10 días, con resolución de cuadro neumónico y de infección de ulcera de presión en región glútea izquierda. Además recibe corticoide para enfermedades autoinmunes en dosis decreciente, con evolución favorable de las mismas, se añade Enoxaparina como tromboprolifáctico. Trombocitopenia inicial mejora sustancialmente después del tratamiento con corticoides, llegando a 110.000. Es dada de alta a los 10 días de hospitalización, con hoja de contrareferencia.

**PALABRAS CLAVE: ERITEMA_MULTIFORME,
METILPREDNISOLONA, POLIMIOSITIS, ENOXAPARINA,
CONTRAREFERENCIA.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

**"ERYTHEMA MULTIFORME LOWER DUE TO HERPES SIMPLEX
TYPE 2"**

Author: Moreno Gallegos, José Luis

Tutor: Dra. Miranda Carillo, Amanda de las Mercedes

Date: May 2015

SUMMARY

62 year old female patient with a history of hypertension and diabetes mellitus type 2. Visit your Ambato provincial teaching hospital for chest pain in anterior region of moderate intensity continued without irradiation of 12 hours of evolution, accompanied by cough yellowish white secretions mobilized sparingly, unquantified thermal rise, generalized fatigue. Ibuprofen patient self-medicate. Also refers polaquiuria previous 24 hours. He is admitted to hospital, with blood pressure of 130/80 mmHg, heart rate of 80 beats per minute, respiratory rate of 20 breaths per minute, axillary temperature of 36.8 degrees Celsius, weight 98kg, size 1.60cm, BMI 38.2, oxygen saturation 89%. Symmetrical upper and lower extremities, decreased tone and strength, with proximal predominance, pressure ulcers at left gluteal region, bilateral lower limb edema ++ / +++, flictena on inside of his right foot and erythematous. On the first day of hospitalization it is valued by neurology, by decreasing strength in all four limbs, considering a presumptive diagnosis of polymyositis, for which treatment is established with methylprednisolone 125mg Stat and every six hours for three days and tests were requested reported the 14/04/2015: blood count: Leukocytes: 28,900; Neutrophil: 86.9%; Hb: 14.4 g / dL; Hct: 45%; Platelets 30,000. Aldolase: 11.2 U / L. TGO: 55.9 U / L; TGP: 73.6 U / L.

It is valued for neurology, by decreasing strength in all four limbs, predominantly proximal with intense muscle tenderness of equal dominance, raising a presumptive diagnosis of polymyositis, for which treatment is established with

methylprednisolone 125mg Stat and every 6 hours CBC: Leukocytes: three days and reported the tests requested 04/14/2015 28,900; Neutrophil: 86.9%; Hb: 14.4 g / dL; Hct: 45%; Platelets 30,000. Aldolase: 11.2 U / L. TGO: 55.9 U / L; TGP: 73.6 U / L. Later dermatology values the patient by multiple skin lesions, which appeared on the morning of 13/04/2015, in various parts (arms, abdomen, back, lower limbs, upper limbs), target the guy with blister center, variable size, ranging from 1 cm to 10 cm approximately, with serous fluid content, some have found remains and other denuded, with an erythematous base. Injuries impresses less erythema multiforme, so tests are required, which are reported on 04.14.2015: Herpes 1 (ANTI IgG):> 200 U / mL; Herpes 1 (ANTI IgM): 14.7 U / mL; Herpes 2 (ANTI IgG): 13.1 U / mL; Herpes 2 (anti-IgM): 48.6 U / mL. corticosteroid therapy is maintained and implements fusidic acid cream 2 applications per day.

Receive antibiotics for 10 days, with resolution of pneumonic infection box and pressure ulcer in the left buttock. Besides receiving corticosteroids for autoimmune diseases in decreasing doses, with favorable evolution of the same, enoxaparin is added as tromboprofilaxtico. Thrombocytopenia improved substantially after initial treatment with corticosteroids, reaching 110,000. It is discharged after 10 days of hospitalization, with counterreferral sheet.

KEYWORDS: **ERYTHEMA_MULTIFORME,**
METHYLPREDNISOLONE, POLYMYOSITIS, ENOXAPARIN,
COUNTERREFERRAL.

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme (EM) o eritema polimorfo es un síndrome de hipersensibilidad originado por múltiples factores de evolución aguda, que además de afectar piel y mucosas, se caracteriza por un polimorfismo de lesiones, entre las cuales tiene como prototipo la semejante a una diana o iris. Además de que puede desarrollarse como una enfermedad crónica recurrente, provoca lesiones cutáneas eritematobullosas de varios tipos o afecta las mucosas pluriorificiales en forma vesiculoampollar. (Gavaldá-Esteve C, 2009)

Entre las formas clínicas el eritema multiforme menor es el que prevalece, lo cual coincide con los datos a nivel mundial, donde se recoge, según Nanda et al, que la mayor incidencia es de 0,8 - 6,0 por millón y año. (Villar García, 2010)

Se han reportado numerosos factores desencadenantes, entre los cuales se encuentran infecciones, enfermedades malignas, enfermedades autoinmunes, radiación, inmunizaciones, medicamentos y menstruación. El VHS es la causa más común y está involucrado en un 80-90% de los casos. (Naar, 2010)

Las infecciones por virus del herpes simple (VHS) inducen a reacciones de hipersensibilidad retardada al Eritema Multiforme por el transporte de fragmentos de su DNA viral a sitios distantes de la piel a través de las células mononucleares de sangre periférica; estas partículas virales también son expresadas en queratinocitos, con posterior reclutamiento de células T helper y el inicio de la cascada inflamatoria. (Ballona Chambergo, 2008)

El diagnóstico de eritema polimorfo puede ser un reto para el facultativo debido a la diversidad de sus características clínicas, sobre todo, en casos en que el eritema polimorfo afecta exclusivamente la mucosa bucal y en casos en que no se identifica el factor desencadenante; en la mayoría de los casos el inicio agudo del cuadro, aunado a las manifestaciones bucales y cutáneas, sugiere el diagnóstico. El manejo del eritema polimorfo está orientado esencialmente a identificar el factor causal para prevenir una futura exposición al mismo, a medidas paliativas y en ocasiones a administrar esteroides. Los pacientes con eritema polimorfo asociado con herpes deben ser informados acerca de la naturaleza de la enfermedad y de la posibilidad de prevenir su recurrencia con un manejo adecuado. (Fernández-Cuevas L, 2011)

Existe controversia respecto al uso de corticoides sistémicos para el tratamiento del Eritema Multiforme Menor, sobre todo en cuadros clínicos moderados y los Eritemas Multiformes recurrentes debidos al herpes simple. La instauración del tratamiento iría encaminada a mejorar la sintomatología y acortar el proceso, pero parece ser que la tendencia actual es no utilizarlos pues no está demostrado que acorte la duración de la enfermedad y pueden estar asociados a un aumento en la frecuencia de los brotes de Eritema Multiforme y su cronicidad. (Fernández-Cuevas L, 2011)

OBJETIVO GENERAL

1. Analizar de manera detallada la historia clínica y la bibliografía de la patología presentada en el caso “**ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO 2**”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los puntos críticos en el manejo del paciente, que permita una valoración más eficiente y eficaz.
2. Establecer los factores de riesgo que presenta la paciente para el desarrollo de la enfermedad.
3. Examinar métodos diagnósticos y tratamiento acordes a la clínica que presentó la paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente, de 62 años de edad, sexo femenino, casada, mestiza, nacida en Azuay y residente en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Picaihua, escolaridad primaria, ocupación quehaceres domésticos, religión católica, lateralidad diestra, grupo de sangre desconoce.

HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA.

HÁBITOS:

Alimentación: 4-5 veces al día

Micción: 4-5 veces al día

Defecatorio: 1 vez al día

Tabaco.- Negativo

Alcohol.-Negativo.

Drogas.- Negativo.

Medicamentos: Enalapril 10mg; Linagliptina 5mg.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Diagnosticada de Diabetes Mellitus Tipo 2 hace un año en tratamiento con Linagliptina 5mg al día. Hipertensión arterial diagnosticada hace 14 años en tratamiento con Enalapril 10mg al día.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS.-

Histerectomía hace 14 años

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

LINEA MATERNA: Madre fallecida con diagnóstico de Hipertensión arterial

LINEA PATERNA: Padre fallecido con diagnóstico de Parkinson

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que acude al hospital Provincial Docente Ambato, sin referencia del centro de salud, por presentar cuadro de dolor torácico en región anterior de moderada intensidad, continuo sin irradiación, de 12 horas de evolución, se acompaña de tos que moviliza secreciones blanco amarillentas en poca cantidad, alza térmica no cuantificada, astenia generalizada. Paciente se automedica Ibuprofeno por dos ocasiones, sin mejoría de cuadro clínico, por lo que acude. Es valorada en el servicio de emergencia, posteriormente es ingresada a hospitalización.

REVISION ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Polaquiuria: Paciente refiere aumento en número de micciones (6-7), en poca cantidad, desde aproximadamente 24 horas previas al ingreso.

EXAMEN FÍSICO

- **SIGNOS VITALES.**

Presenta tensión arterial de 130/80 mmHg, Frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, Temperatura axilar de 36.8 grados centígrados, Peso 98Kg, Talla 1.60cm, IMC 38.2, Saturación de oxígeno al aire ambiente de 89%.

APARIENCIA:

Paciente, consciente, vigíl, orientada en tiempo, espacio y persona, fascie álgica, biotipo pícnico.

OJOS

Conjuntivas rosadas, escleras tinte icterico, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación.

BOCA

Mucosas orales y linguales secas. Paladar blando y duro sin patología, úvula de color rosada, piezas dentales en regular estado. Orofaringe no eritematosa, no congestiva

CUELLO:

Simétrico, con movimientos pasivos y activos conservados, sin presencia de ingurgitación yugular. Tiroides OA

TÓRAX:

A la inspección se evidencia maculas eritematosas en región torácica posterior, en número de dos.

A la palpación frémito aumentado, expansibilidad disminuida.

PULMONES:

MV disminuido en bases pulmonares. Se auscultan estertores leves en bases pulmonares.

CORAZÓN: Ruidos cardiacos rítmicos, no hay presencia de soplos.

ABDOMEN:

Abundante panículo adiposo, blando, no doloroso a la palpación profunda. No se palpan viceromegalias.

REGIÓN INGUINO-GENITAL:

Presencia de sonda vesical que muestra orina amarilla turbia.

EXTREMIDADES:

Extremidades superiores e inferiores simétricas, tono y fuerza disminuido, con predominio proximal, se evidencia ulcera por presión en región glútea izquierda, edema bilateral en miembros inferiores ++/+++, flictena en cara interna de pierna derecha y placas eritematosas.

Los exámenes solicitados en emergencia el 12/04/2015 reportan:

Tabla 1.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetro	Resultados	Valores	de
-----------	------------	---------	----

		referencia
Leucocitos	12,370	4.000-10.000
Linfocitos	90.1%	50-70
Hemoglobina	15.4g/dL	11-16
Hematocrito	45.5%	37-54
Plaquetas	35.000	150.000- 450.000

Elaborado por Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Tabla 2.- QUÍMICA SANGUÍNEA

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	287.3mg/dL	74-106
Urea	49.7mg/dL	16.6-48.5
Creatinina	1.36 mg/dL	0.70-1.20
Ac. Úrico	5.4 mg/dL	3.4-7
BUN	23	-----

Elaborado por Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Tabla 3.- UROANÁLISIS

Parámetro	Resultados
Densidad	1010
pH	5
Hemoglobina	++
Piocytes	15-30 por campo
Bacterias	+++
Aspecto	Amarillo turbio
Eritrocitos	15-20
Células altas	2-3
Cilindros granulosos	1-2

Elaborado por Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Rx de tórax: Sin reporte. Se observa infiltrados bibasales, aumento de la trama vascular.

Paciente al momento de ingreso con diagnóstico de:

- Obesidad Mórbida
- Síndrome metabólico
- Diabetes Mellitus Tipo 2 descompensada
- Neumonía
- Hipertensión Arterial controlada
- Infección de Vías Urinarias

Por lo que se instauro tratamiento con:

- Solución salina 0.9% a 70ml/h
- Ampicilina Sulbactam 1.5g cada 6 horas
- Omeprazol 40mg intravenoso cada día.
- Tramadol 50mg diluido en 100cc de solución salina por razones necesarias.
- Paracetamol 500mg cada 8 horas.
- Enalapril 10 mg cada día.

Se solicita además exámenes de laboratorio e imagenología en los que consta: Colesterol, Triglicéridos TSH, T3, T4, Electrolitos, Electrocardiograma, Troponinas cardiacas y CPKMB, VDRL, VIH.

Paciente en su primer día de hospitalización es valorada por Neurología por presentar tono y fuerza disminuido, con predominio proximal. Valoración que reporta tetraparesia de predominio proximal, con fuerza I/IV en las cuatro extremidades, osteoreflexia plantares flexores, intenso dolor a la palpación proximal. Por lo que solicita Biometría completa, VSG, Transaminasas, CPK, Aldolasa para estudio de Polimiositis. Se instauro tratamiento con Metilprednisolona 125mg Stat y cada 6 horas por tres días, Ranitidita 50mg cada 12 horas. Se suspende el Omeprazol y se realiza interconsulta a Dermatología por múltiples lesiones distribuidas en diferentes zonas del cuerpo, de tipo ampollar.

Resultados de laboratorio reportados el 13/04/2015:

Tabla 4.- HORMONAS TIROIDEAS, PERFIL LIPÍDICO

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
CKMB	4,06 ng/mL	1.39-6.22
T3	0,157 ng/dL	0.202-0.443
T4	0,938 ng/dL	0.932-1.71
TSH	5,33uIU/mL	0.270-4.20
TNT-HSST	15,60 pg/mL	0-14
COLESTEROL	96,4 mg/dL	0-200
TRIGLICERIDOS	96,4 mg/dL	107-143
HDL	5,4 mg/dL	35-55
LDL	36 mg/dL	

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

El 14/04/2015 Dermatología responde interconsulta por lesiones de piel, las mismas que aparecieron en horas de la mañana del 13/04/2015, en regiones diversas (brazos, abdomen, espalda, miembros inferiores, miembros superiores). Al examen dermatológico presenta a nivel de cara (región supraciliar izquierda), en mentón dos lesiones , a nivel de brazos región lumbar, abdomen, miembros inferiores (región poplítea), múltiples lesiones constituida por manchas eritematosas irregulares, las cuales se extienden hasta formar placas bien delimitadas, con cambios concéntricos variables de apariencia anular, con bordes rojos y con un área central blanco grisácea; de tipo ampolla, de tamaño y forma variable, que van desde 1 cm hasta 10cm aproximadamente de contenido líquido seroso, algunas presentan restos y otras se encuentran desnudas. Por las características de la lesiones impresiona un Eritema Multiforme Menor, por lo que se solicita PCR, Herpes tipo 1 y tipo 2, Látex, VDRL, ASTO. Indica que se

mantenga terapia con corticoides e implementa Acido Fusídico crema 2 aplicaciones al día en áreas denudadas.

Se receiptan los resultados de laboratorio solicitados que fueron reportados el 14/04/2015:

Tabla 5.- SEROLÓGICO

Parámetro	Resultados
VDRL	No Reactivo
VIH	No Reactivo

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Tabla 6.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	28.900	4.000-10.000
Linfocitos	86.9%	50-70
Hemoglobina	14.4g/dL	11-16
Hematocrito	45%	37-54
Plaquetas	30.000	150.000-450.000
VSG	12 mmh	<20mm

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Tabla 7.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Herpes 1 (ANTI IgG)	>200 U/mL	NEGATIVO: <20 LIMITE: 20-25 POSITIVO: >25
Herpes 1 (ANTI IgM)	14.7 U/mL	NEGATIVO: <20 LIMITE: 20-25

		POSITIVO: >25
Herpes 2 (ANTI IgG):	13.1 U/mL	NEGATIVO: <20
		LIMITE: 20-25
		POSITIVO: >25
Herpes 2 (ANTI IgM)	48.6 U/mL	NEGATIVO: <20
		LIMITE: 20-25
		POSITIVO: >25

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Tabla 8.- ALDOLASA, PCR

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
ALDOLASA	11.2 U/L	HASTA 7.6 U/L
PCR	81.26 mg/L	0-5 mg/L

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Con los resultados se evidencia una leucocitosis marcada, con neutrofilia, por lo que se decide aumentar dosis de Ampicilina más Sulbactan a 3g cada 6 horas y se añade Oxacilina 2g cada 4 horas, por ulcera de presión en región glútea izquierda, que muestra signos de infección. Se completan los tres días de Meltiprednisolona y se pasa a Prednisona 40 mg cada día a las 8 de la mañana. Se solicitan nueva biometría.

El 16/04/2014 la biometría de control reporta:

Tabla 8.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	12.650	4.000-10.000
Neutrófilos	87.5%	50-70
Hemoglobina	13.9g/dL	11-16

Hematocrito	38.7%	37-54
Plaquetas	51.000	150.000-450.000

Elaborado por: Gallegos Moreno José Luis. **Fuente** Exámenes complementarios

Se añade Enoxaparina 0,6ml subcutáneo cada día como Tromboprofilaxis.

El 17/04/2015 se añade 20 mg de Prednisona cada día a las 16 pm.

En las evoluciones dermatológicas se observa lesiones ampollosas denudadas en estado resolutivo. No lesiones ampollosas nuevas, evolución favorable por lo que se puede reducir dosis de corticoides sistémicos.

Paciente es dada de alta en condiciones favorables, lesiones en estado de cicatrización, glicemias controladas, plaquetas con valor de 110.000, cuadro neumónico resuelto, ulcera por presión en región glútea izquierda en estado de granulación y a completar antibióticos, el 22/04/2015 con diagnóstico en hoja de epicrisis de Polimiositis, Eritema Multiforme Menor, Diabetes Mellitus Tipo 2, Obesidad. Tratamiento domiciliario:

- Baño diario
- Curación con Rifampicina y fusidin
- Dicloxacilina 500mg. Cada 6 horas
- Insulina NPH 34U 7 am y 14 U 9 pm
- Prednisona 30mg 8 am y 10 mg 4 pm.
- Enalapril 10 mg cada día
- Control por dermatología 29/Mayo/2015
- Control por medicina interna en 10 días

Paciente es enviada con hoja de contrareferencia al subcentro de salud de Picaihua.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

El Eritema Multiforme es una enfermedad dermatológica aguda, inmunomediada que afecta la piel y las mucosas. Se desarrolla como una reacción de hipersensibilidad tipo IV a las infecciones, medicamentos, u otros estímulos. La presentación clínica con lesiones diana y / o erosiones de la mucosa con una historia de exposición a un disparador conocido es por lo general suficiente para el diagnóstico. Aunque autolimitada en la mayoría de los casos, las formas graves o recurrentes de Eritema Multiforme requieren terapia sistémica. (Semkova, 2015)

La aparición del Eritema Multiforme puede darse a cualquier edad con un pico de incidencia en pacientes jóvenes, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida. También puede aparecer en niños aunque es raro, sobre todo, en la primera infancia.

Predomina ligeramente en el sexo masculino con una proporción que oscila entre 3:2 a 2:1 y no parece existir predilección racial.

Su etiología es desconocida aunque en muchos casos aparece vinculado a factores predisponentes como infecciones por virus. El más frecuente es el herpes simple (VHS), pero también por hepatitis o mononucleosis infecciosa. Se ha demostrado por métodos de reacciones de polimerasa en cadena (PCR) la presencia de DNA del VHS en las lesiones de la piel y también se ha hallado el DNA viral en las células epiteliales por métodos de hibridación in situ. Así mismo, se han descrito como factores desencadenantes la infección por *Mycoplasma pneumoniae* y la ingesta de determinados fármacos.

Factores de Riesgo

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

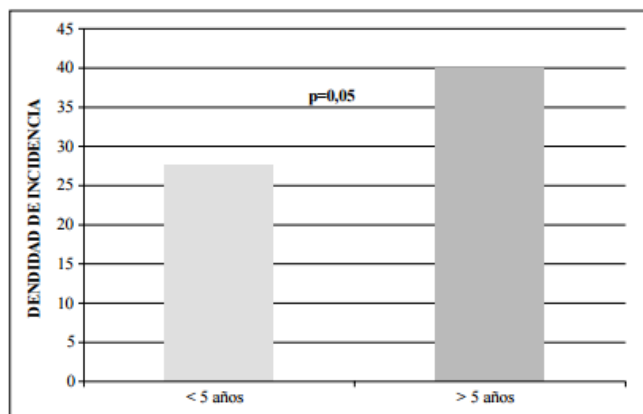
Según la Organización Mundial de la Salud:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Antecedentes como factores de riesgo

Al realizar el análisis de la historia clínica destaca, las múltiples patologías que la paciente presenta de base. Una Diabetes Mellitus descompensada que según estudios representa un mayor riesgo de presentar infección de forma global.

Gráfico 1.- Tasa de incidencia de infecciones según años de evolución de Diabetes Mellitus.



Elaborado por: Martín-Muñoz. **Fuente:** Martín Muñoz MC, Gómez de la Cámara A, Román Martínez A, Ferrando Vivas P, Albarrán Juan ME, Hawkins F. (2004). Riesgo de infecciones y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An Med Interna (Madrid); 21: 118-122.

El número de infecciones es significativamente mayor en los obesos con Diabetes Mellitus tipo 2 ($p=0,0005$). La obesidad es un factor de riesgo modificable, fundamental en el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2, sobre el que tendríamos que actuar específicamente si queremos llevar un buen control de la enfermedad. La paciente en cuestión muestra un Índice de Masa Corporal que indica obesidad mórbida, lo que claramente supone un factor de riesgo importante como se destaca anteriormente. (Martín-Muñoz, 2004)

La Hipertensión Arterial, es otro factor de riesgo a tomar en cuenta y a pesar de que se encuentra controlada, esta puede ser causante de agravamiento de lesiones debido al daño vascular que genera y a una mala perfusión que pueden afectar a cualquier territorio.

Tabla 1.- Factores de riesgo para Eritema Multiforme Menor

INFECCIONES

Virus del Herpes Simple

Mycoplasma pneumoniae

Infecciones micóticas

MEDICAMENTOS

Penicilinas

Sulfonamidas

Barbitúricos

Hidantoínas

Antiinflamatorios no esteroides

Elaborado por: José Luis Gallegos. **Fuente:** Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. (2009). Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. RCOE; 9(3):415-423.

El Herpes es el principal factor de riesgo del Eritema Multiforme Menor (forma recurrente) y se estima que entre el 15 y el 63% de los casos de Eritema Multiforme Menor son secundarios al Virus del Herpes Simple y que la mayoría de casos considerados hasta ahora como idiopáticos estarían relacionados con infecciones subclínicas por Virus del Herpes Simple Tipo 5. (Fernández-Cuevas L, 2011)

En el Eritema Multiforme asociado con infección por virus del Herpes Simple Tipo 1 y Tipo 2, el cuadro clínico aparece aproximadamente en las tres semanas siguientes a la reactivación viral; en los individuos con dicho padecimiento las recurrencias ocurren frecuentemente después de nuevos episodios de infección por herpes, aunque dichas recurrencias pueden ocurrir antes o durante el cuadro infeccioso; en el caso del Eritema Polimorfo. En la bibliografía se ha descrito que en la patogénesis del Eritema Polimorfo asociado con infección por herpes aparece una respuesta de hipersensibilidad retardada. Inicialmente las células CD34+, precursoras de las células de Langerhans, transportan fragmentos de ADN viral hacia los queratinocitos de la piel, lo que da lugar al reclutamiento de células T cooperadoras Th1 CD4+, las cuales –a su vez– producen interferón gamma (IFN- γ) en respuesta a los antígenos virales, con lo cual inicia una cascada inflamatoria, con el consecuente daño epidérmico; en contraste, las lesiones del

eritema polimorfo asociado con fármacos son positivas para el factor de necrosis tumoral alfa y no para el interferón gamma. (Fernández-Cuevas L, 2011)

Acceso a la atención Médica

El Ecuador se encuentra dentro de un proceso de cambio estructural del Estado y las formas de organización para una visión de cumplimiento de los derechos básicos, que plantea la nueva Constitución de la República del año 2008. En cumplimiento del artículo 358, en el sector salud se están definiendo, implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para —el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural, y el trabajo integrado entre las instituciones, que conforman el Sistema Nacional de Salud. (MSP, 2014)

En este sentido el MAIS tiene como propósito lo siguiente:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo. (MSP, 2014)

La paciente residente en la parroquia Picaihua que cuenta con Centro de Salud, no fue referida al hospital debido a que no se realizaba controles de sus patologías de base, y queda también demostrado, según refiere la paciente nunca recibió visitas

médicas domiciliarias por parte de dicho centro, lo que denota una falla en el sistema y en el propósito que tiene el nuevo sistema de salud que como se detalla, va orientado a una medicina preventiva, sin embargo de lo cual, la paciente presenta patologías de base descompensadas y un claro descuido en la promoción de salud que en el caso concreto va dirigido al mejoramiento de los estilos de vida y a la reducción del sedentarismo.

En este marco, (MSP, 2014) el Modelo de Atención Integral de Salud es planteado con enfoque familiar, comunitario e intercultural para su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, establece los siguientes lineamientos estratégicos, que orientan la estructuración de los niveles desconcentrados:

- **Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud-Renovada que incluye la Promoción de la Salud:** Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad.
- **Organización territorial de la red pública integral de salud:** Se estructuran macroredes, redes zonales, microredes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental
- **Acercamiento de los servicios integrales e integrados de salud a los hogares:** Se garantiza que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la RPIS. Se fortalece la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema y una atención de calidad, oportuna y continúa

En la visita domiciliaria a la paciente se puede constatar, que la vivienda de la misma se encuentra en un punto geográfico de difícil acceso a un centro de salud, y que su llegada se logra mediante transporte mecánico a unos 30 minutos del

Centro de Salud de Picaihua, esto explica en parte el ausentismo de paciente a controles periódicos en dicho centro.

Otra situación que se pudo evidenciar en la visita domiciliaria es el descontento y la desconfianza de la paciente, familiares y personas de la zona en el sistema de salud y esto queda demostrado por la predilección de las personas de acudir a medico particular, situación que sucedió con la paciente quien no acudió a el control citado 10 días posteriores al alta.

Características de la atención

Una vez que la paciente fue ingresada en hospitalización, se denota fallas en la realización de la historia clínica, en la cual faltan datos relevantes, para el enfoque diagnóstico y posterior manejo. No se detalla en ningún acápite de la historia los antecedentes no patológicos, hábitos de la paciente, así, como los antecedentes Gineco-obstétricos.

Por lo que es importante tener en cuenta que la historia clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal. La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

Hay que destacar sin embargo que se realizaron varias interconsultas necesarias, denotando, el trabajo multidisciplinario que se realizó en beneficio de la

recuperación del estado de homeostasis de la paciente. Se plantearon diversas posibilidades diagnósticas, para las cuales se solicitaron múltiples exámenes. Por otro lado, la asociación del Eritema Multiforme Menor con infección herpética sólo pudo detectarse mediante el estudio de laboratorio, ya que el paciente nunca presentó lesiones orales ni genitales sugerentes. El estudio histopatológico y virológico de las lesiones, no fue realizado siendo este fundamental para el diagnóstico de Eritema Multiforme Menor asociado a HSV, tal como se ha recomendado en la literatura.

El manejo del eritema polimorfo implica, cuando es factible, identificar el factor desencadenante, ya sea al suspender el fármaco o al iniciar el manejo de la infección, según sea el caso. En los casos leves la implantación de medidas paliativas –que incluyen colutorios bucales con antiácidos, dieta blanda e incremento de la ingestión de líquidos– suele ser suficiente. Los casos moderados pueden manejarse adicionalmente con esteroides locales, y los casos graves, con esteroides sistémicos por periodos breves; sin embargo, existe controversia en cuanto a su administración, y la tendencia que prevalece es a no administrarlos, debido a que producen recurrencia, en los producidos por el Virus del Herpes Simple.

En el caso analizado se evidencia una clara afectación sistémica, y se ha demostrado mediante exámenes de laboratorio la implicación del Herpes Tipo 2 como causa desencadenante del Eritema Multiforme por lo que en este aspecto (WARREN, 2010) indica que:

Ha habido muchos intentos de encontrar una cura efectiva contra el herpes, pero a la fecha, no se ha encontrado una cura permanente. Sin embargo, se ha logrado gran avance en el tratamiento de la enfermedad, y la investigación continúa en todos los aspectos de la infección. En 1985 fueron puestas a la disposición del público general las primeras medicinas para el tratamiento antiviral oral. Ahora solo existen tres antivirales disponibles en los Estados Unidos: Acyclovir, Valtrex y Famvir. Los antivirales pueden ser tomados en una de tres formas: terapia de primer episodio, terapia incidental (tomar las medicinas sólo cuando hay manifestaciones), y terapia represiva (tomar las medicinas todos los días). Las primeras dos formas de uso intentan disminuir el tiempo y la gravedad de las

manifestaciones. El tomar las medicinas durante las manifestaciones, ya sean las primeras o recurrentes, no ha demostrado impacto en el ritmo de recurrencia del herpes. El tercer tipo de uso, o terapia represiva (que previene que aparezcan las manifestaciones), es recomendable para aquellos que tienen manifestaciones frecuentes, aquellos a quienes les resultan muy desagradables, o bien para aquellos que tienen parejas sanas. Estudios realizados con estas drogas han encontrado que el 80 al 90% de las personas que toman las medicinas de forma represiva han reducido enormemente la recurrencia de manifestaciones, o bien no las presentan al estar tomando la medicina. El virus se mantiene presente en el cuerpo, y después de que se detiene la medicación, las manifestaciones y posibilidad de contagio regresan a niveles normales. Aunque el riesgo de contagio asintomático puede ser reducido considerablemente por este medio, no se elimina por completo.

ACYCLOVIR (GENERICO) Esta medicina antiviral fue la primera aprobada por la Administración Federal de Drogas (FDA por sus siglas en inglés) como tratamiento tópico en manifestaciones de primera vez. La presentación tópica del medicamento demostró reducir ligeramente los tiempos de las primeras manifestaciones, pero no tuvo ningún efecto en las recurrencias posteriores. La forma tópica no tiene lugar en el tratamiento de herpes genital recurrente. El Acyclovir en forma oral se indica en una de las tres siguientes formas:

Manifestaciones de Primera vez: 400 mg tres veces al día durante 7-10 días.
Recurrencias: 400 mg tres veces al día durante 5 días, o bien 800 mg dos veces al día durante cuatro días.
Represión: 400 mg dos veces al día, todos los días.

VALTREX (VALACYCLOVIR) Esta medicina aprobada por la Administración Federal de Drogas puede usarse en manifestaciones de primera vez, en manifestaciones recurrentes y para represión. Está aprobada también como reductora de la transmisión del herpes genital de una persona infectada a una sana. En la actualidad, es el único antiviral con un tratamiento reducido de 5 a 3 días para manifestaciones, que está aprobado por la Administración Federal de Drogas (FDA).

Manifestaciones de Primera vez: 100 mg dos veces al día durante 10 días.
Recurrencias: 500 mg dos veces al día durante 3 días.
Represión: 1000 mg una vez al día para personas que tienen 10 o más manifestaciones por año. 500 mg una

vez al día para personas que tienen 9 o menos manifestaciones al año. Las dosis se deben tomar todos los días.

FAMVIR (FAMCICLOVIR) Esta medicina antiviral está aprobada por la Administración Federal de Drogas para el tratamiento de recurrencias y para represión. Sin embargo, la Administración Federal de Drogas no ha aprobado el uso de Famvir para episodios de primera vez, aunque el CDC (Centro de control de enfermedades) describe un régimen de dosis con este propósito: Manifestaciones de Primera vez: 250 mg tres veces al día durante 10 días. Recurrencias: 125 mg dos veces al día durante 5 días. Represión: 250 mg dos veces al día, todos los días. A pesar de lo cual la paciente no recibió tratamiento antirretroviral.

Un punto a discutir es la Polimiositis como una posibilidad diagnóstica que se planteó, que en evoluciones posteriores y a pesar de los exámenes solicitados, no fue mencionada, sin embargo al alta de la paciente se coloca como primer diagnóstico, y por ende es importante mencionar, que para que se planteé este debe contar con criterios, los mismos que se exponen a continuación:

Tabla 2.- Criterios diagnósticos de Polimiositis

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE POLIMIOSITIS
<i>Rasgos característicos</i>
Manifestaciones clínicas
Inicio subagudo en la edad adulta (raramente antes)
Debilidad muscular difusa de predominio próximal
Manifestaciones sistémicas en algunos casos (disfagia, afectación intestinal)
Alteraciones de laboratorio
Elevación de enzimas musculares
Electromiografía (EMG): potenciales miopáticos de unidad motora con descargas espontáneas o no.
Biopsia muscular: <ul style="list-style-type: none"> • Mionecrosis (patrón de fibra única) y regeneración • Polifásica y multifocal • Infiltrado endomicial de células mononucleares: Linfocitos T CD8 • Invasión de fibras no necróticas por células mononucleares, macrófagos y linfocitos T CD8 • Expresión de antígenos del MHC de clase I en las fibras musculares
Trastornos asociados
Conectivopatías

Otros trastornos autoinmunitarios
Ocasionalmente infección por VIH o HTLV-I
Cáncer

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS
Polimiositis definida
Clínica característica con biopsia confirmatoria
Otros hallazgos de laboratorio no son imprescindibles si la biopsia es confirmatoria
Polimiositis probable (una de las 2 siguientes)
Clínica característica, hallazgos en EMG y elevación de enzimas musculares, con criterios musculares incompletos de biopsia muscular (cambios inflamatorios mínimos poco específicos)
Clínica atípica , con EMG compatible, elevación de enzimas musculares y evidencia de miopatía inflamatoria necrosante en la biopsia
Polimiositis posible
Clínica y EMG compatible, con elevación de enzimas musculares, pero biopsia normal o inespecífica

Elaborado por: José Luis Gallegos. **Fuente:** Selva O'Callaghan A et al. (2008). Miopatías inflamatorias. Dermatomiostitis, polimiositis y miositis con cuerpos de inclusión. Reumatol Clin. 2008;4(5):197-206.

De esto se deduce que la paciente presenta una posible Polimiositis por la clínica compatible y enzimas ligeramente elevadas, sin embargo de lo cual no se realizó la biopsia que es un criterio mandatorio en el diagnóstico de la misma.

Otro punto que llama la atención es la trombocitopenia que la paciente presenta desde su ingreso en el servicio, y para lo cual no se demuestra que se haya realizado intervención alguna, En cuanto a este punto (Bradbury, 2013) menciona que:

La trombocitopenia puede ser el resultado de la producción alterada de las plaquetas (por ej., por disfunción medular), de su mayor destrucción (inmune o no inmune), de su distribución anormal o, de una combinación de estos factores. Si se detecta trombocitopenia aislada en forma incidental en un paciente asintomático que no está bajo tratamiento farmacológico importante y su extendido de sangre periférica es normal, comúnmente se trata de una trombocitopenia inmune (TPI).

La TPI es un trastorno adquirido caracterizado por trombocitopenia aislada $<100 \times 10^9/L$, provocada por una mayor destrucción plaquetaria y el deterioro de su

formación. En el mundo desarrollado, se registran anualmente 6/100.000 casos incidentales de TPI crónica en adultos, con igual proporción en ambos sexos, aunque es más común en las mujeres de 30 a 60 años.

Es un diagnóstico de exclusión, sin pruebas específicas que ayuden al diagnóstico definitivo. La TPI puede ser primaria o secundaria a otras condiciones (lupus eritematoso sistémico, trastornos linfoproliferativos, VIH y hepatitis C).

Menciona también que si el recuento de plaquetas es $<50 \times 10^9/L$, es necesario evitar los agentes antiplaquetarios como la aspirina y los antiinflamatorios no esteroides, siempre que sea posible.

Si se decide hacer tratamiento de la TPI, la primera opción es la administración de inmunosupresores, comenzando comúnmente con corticosteroides.

Lo que explica la mejoría después de iniciar tratamiento con Metilprednisolona y posteriormente con Prednisona, en el recuento de plaquetas de la paciente.

Descripción de las fuentes utilizadas

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través en la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempo de permanencia en los servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión 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.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente y sus familiares quienes brindaron la información activa y directa la cual permitió identificar los factores de riesgo que influyeron de alguna manera en la evolución de este caso clínico.
- Discusión directa con profesionales y tutor del trabajo de investigación, quienes son guía con su experiencia en diferentes campos de la medicina.

- Visita domiciliaria a la paciente, posterior al alta para evaluar situación geográfica y de acceso a la unidad de salud.

Identificación de los Puntos Críticos.

1. Inadecuado cumplimiento del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.
2. Incorrecto llenado de la historia clínica, considerando como documento médico-legal, que recoge toda la información del paciente, en pro de su mejora.
3. Falta de actividad e inadecuado estilo de vida de la paciente que conlleva a riesgo claramente establecido por su obesidad en el desenlace de sus patologías subyacentes.
4. Desconfianza del paciente y sus familiares en el sistema de salud basado en la prevención y promoción de salud.
5. Situación geográfica de la vivienda en relación con el centro de salud que dificulta el acceso al mismo.

Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Control eficiente y periódico dentro de las unidades de atención primaria	Realizar controles periódicos domiciliarios en caso de ausencia y realizar planes de mejora a través de programas en prevención primaria	A mediano plazo	Ministerio de Salud Pública	
Recopilación y llenado apropiado de la historia clínica.	Capacitación a profesionales residentes, e internos rotativos en el manejo y llenado apropiado de la historia clínica	Inmediato	Ministerio de Salud y Profesionales Jefes de servicios	Expediente único para la historia clínica del MSP
Aplicación adecuada de mapas parlantes en unidades de salud	Realizar una adecuada actualización de mapas parlantes que permitan identificar y dar seguimiento a pacientes con patologías crónicas	Inmediato	Ministerio de Salud Profesionales comunitarios Técnicos en Atención Primaria de Salud	Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS

Reducción en el tiempo de demora y cantidad de tramites a realizar	Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado y diagnóstico del paciente dentro de las diferentes unidades de salud	A mediano plazo	Director General del HPDA Trabajo social	Guías clínicas con respaldo de evidencias en la atención
Conocimiento y aplicación de guías clínicas médicas aceptadas y actualizadas por parte de los profesionales de salud para una atención optima e individualizada del paciente	Establecer protocolos relacionados a la atención, tiempos y manejo dentro de cada servicio del HPDA	A corto plazo	Director General del HPDA Jefe médico de cada servicio	Guías estandarizadas donde resuman algoritmos de atención

CONCLUSIONES

El actual sistema de salud está basado en la prevención y promoción de la salud, y para ello cuenta con una red de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad.

El adecuado manejo de los pacientes en estos niveles permitirá la reducción de complicaciones, así como la disminución de la morbimortalidad, para esto es necesario el cumplimiento adecuado de los protocolos establecidos en el manejo primario del paciente.

Si bien un paciente es trasladado por una determinada patología, este debe ser tomado como un ente con múltiples factores, los mismos que deben ser recogidos en una adecuada historia clínica, que posteriormente permita un análisis minucioso, para llegar a la aplicación del tratamiento más apropiado. Hoy en día las patologías dermatológicas son en su mayoría manejadas por consulta externa, sin embargo la sospecha diagnóstica y la consulta entre especialidades en hospitalización permite un manejo integrado del paciente en sus diferentes aspectos. Y para ello debe contarse con guías clínicas actualizadas en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías.

Como se ha visto en el caso analizado las fallas en la atención primaria, en la realización de una adecuada historia clínica deben ser situaciones que tienen que superarse en beneficio del paciente, como también lo es fortalecer el trabajo multidisciplinario en los servicios hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Ballona Chambergo, R., & YOLOTA, K. (2008). Iris. A propósito de un caso: infecciones herpéticas causantes del eritema multiforme. *Rev. peru. pediatr*,61(3), 188-191.

Bradbury, D. C., & Murray, J. (2013). Trombocitopenia incidental. *BMJ*, 346, f11.

Díez, M., & Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(2), 58-66.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2014). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Comisión de Reforma de la Historia Clínica. (2007). Expediente único para la Historia Clínica. 4ª Edición, Quito, Ecuador.

Fernández-Cuevas L, DomínguezUgalde MG. (2011). Eritema polimorfo asociado con herpes simple. *Dermatol Rev Mex*; 55(5):301-305.

Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. (2009). Eritema multiforme. Revisión y puesta el día. *RCOE*; 9(3):415-423.

Martín Muñoz MC, Gómez de la Cámara A, Román Martínez A, Ferrando Vivas P, Albarrán Juan ME, Hawkins F. (2004). Riesgo de infecciones y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An Med Interna (Madrid)*; 21: 118-122.

Naar, O. S. (2010). Eritema Multiforme.

Selva O'Callaghan A et al. (2008). Miopatías inflamatorias. Dermatomiositis, polimiositis y miositis con cuerpos de inclusión. *Reumatol Clin*. 2008;4(5):197-206.

Villar García, E., Casado de la Cruz, L., & Cerero Lapiedra, R. (2010). Eritema multiforme: una posibilidad diagnóstica a considerar ante lesiones agudas de la mucosa oral. *Científica Dental. Revista científica de formación continuada*, 7(1), 69-77.

LINKOGRAFÍA

Fung, Maxwell A., Barr, Keira L., (2012). El conocimiento actual en Dermatopatología Inflamatoria. *Dermatología Clínica*. Volumen 30, Número 4, páginas 667-684. Disponible en: <http://www.derm.theclinics.com/action/showFullTextImages?pii=S0733-8635%2812%2900064-2>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS (UTA)

SPRINGER: Lizbeth Ruth A. & cols. (2015). El eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. *Ampollas Enfermedades*, pp 319-326. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45698-9_29

SPRINGER: Norman, R.A., Young, E.M. (2014). *Atlas of Geriatric Dermatolog*. London Springer-Verlag. Disponible en: http://download-v2.springer.com/static/pdf/850/chp%253A10.1007%252F978-1-4471-4579-0_6.pdf?token2=exp=1432142240~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F850%2Fchp%25253A10.1007%25252F978-1-4471-4579-0_6.pdf*~hmac=3b76efd449c9750448bf37ca1b2c19a85e5030c0c45d67f20f1b36cb4011702b

SPRINGER: Parque, IH., Kang, JN., Seol, JE., Sung, HS., Kim, H. (2014). Un caso de eritema multiforme seguido por herpes zoster. *Infección*. Volumen 42, Número 4, pp 799-800. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s15010-014-0623-3>

SPRINGER: Semkova, Kristina., Kazandjieva, Jana. (2015). El eritema multiforme. *Manual Europeo de Tratamientos Dermatológicos*. Springer Berlin Heidelberg. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45139-7_26

ANEXOS

Gráfico 2.- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,..... , en calidad de paciente del Hospital Regional Docente Ambato (HPDA), con cedula de identidad No....., previo explicación, doy mi consentimiento informado el día 14 de Mayo del 2014, para la utilización de los datos que reportan la historia clínica de mi persona para la realización de su caso clínico.

El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que el Sr. Interno del Hospital Provincial Docente Ambato: José Luis Gallegos Moreno, con cedula de identidad No. 1804639860, estudiante de la UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO use la información médica de la historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“ERITEMA MULTIFORME MENOR DEBIDO A HERPES SIMPLE TIPO 2”**.

Para constancia firmamos abajo.

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado, hoy Jueves del 2014 a las 11:00 minutos am,

Sra.....

Cedula No.

Paciente que da el consentimiento informado

Interno José Luis Gallegos

Cedula No. 1804639860

Interna solicita consentimiento

Gráfico 3.-

Fecha: 16.Apr.2015 Hora Impresión: 08:25 173722 [744084]

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
HERPES 1: (ANTI IgG)		
<u>HERPES 1 IgG</u>		
HERPES 1: (ANTI IgG)	>200 .	NEGATIVO: < 20 U/mL LIMITE: 20 - 25 U/mL POSITIVO: > 25 U/mL
<u>METODO : Inmunológico heterogéneo</u>		
HERPES 1: (ANTI IgM)		
<u>HERPES 1: (ANTI IgM)</u>		
HERPES 1: (ANTI IgM)	14,7 .	NEGATIVO: < 20 U/mL LIMITE: 20 - 25 U/mL POSITIVO: > 25 U/mL
<u>METODO : Inmunológico heterogéneo</u>		
HERPES 2: (ANTI IgG)		
<u>HERPES 2: (ANTI IgG)</u>		
HERPES 2: (ANTI IgG)	13,1 .	NEGATIVO: < 20 U/mL LIMITE: 20 - 25 U/mL POSITIVO: > 25 U/mL
<u>METODO : Inmunológico heterogéneo</u>		
HERPES 2: (ANTI IgM)		
<u>HERPES 2: (ANTI IgM)</u>		
HERPES 2: IgM	48,6 Resultado verificado con repetición de test .	NEGATIVO: < 20 U/mL LIMITE: 20 - 25 U/mL POSITIVO: > 25 U/mL
<u>METODO : Inmunológico heterogéneo</u>		

Gráfico 4.-

14.Apr.2015 Hora Impresión: 10:06 173548 [74359]

QUIMICA SANGUINEA

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
ALDOLASA		
ALDOLASA	11,2 U/l	HASTA 7.6 U/l
<u>METODO : Cinético - espectrofotometría</u>		

Gráfico 5.-

PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
BHCG CUANTITATIVA		0.0 - 5.0 mU/ml
TROPONINA T US	12,8	0.0 - 14.0 pg/ml
CKMB	3,10	1.39 - 6.22 ng/ml
PROCALCTONINA		0.02 - 0.5 ng/ml

Gráfico 6.-



Gráfico 7.-



Gráfico 8.-

