

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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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

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

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

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

OPEN ACCESS

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

Publicado: 26/11/2021

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

Citar como:

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

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

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

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

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

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

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

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

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

Fuente: Historia Clínica Individual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

AUTORÍA

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

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

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

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

FINANCIACIÓN

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

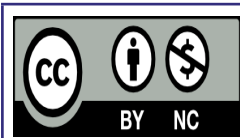
- 31/08/2021]; 8(16):33-7. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4962>
2. Beligoy LE. Trombocitopenia inmune persistente y crónica del adulto: opciones terapéuticas. *Rev Hematología* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2021]; 22(ext):54-61. Disponible en: <http://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/5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

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

ABSTRACT

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

Keywords: Autoimmunity; Bleeding; Thrombocytopenia; Thrombocytopenic purpura.



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