

41  
2 ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
EN UN PACIENTE CON PURPURA  
TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

**MARIA GUADALUPE VELASCO SOTO**  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NOV. 17 1994

COORDINACION DE SERVICIOS  
SOCIAL Y OPCIONES  
TERMINALES DE TITULACION

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A S E S O R A

LIC. EN ENF. Y OBST. IRIGA PÉREZ CABRERA

**A LA MEMORIA DE MIS PADRES:**

Sr. Luis Velasco Martínez

Sra. Margarita Soto Avila

**A MI ESPOSO:**

Sr. Juan Jiménez S.

Por su comprensión y apoyo.

**A MIS HIJOS**

Ma. Antonieta, Guadalupe Cecilia,

Ma. Guadalupe y Juan Carlos

Con todo el cariño y respeto que se merecen.

**A MI ASESORA**

Lic. Iñiga Pérez Cabrera

Por su estímulo y apoyo

## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	5
<b>OBJETIVOS</b>	6
<b>I. MARCO TEORICO</b>	7
1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Sistema Hematológico e Inmunológico	7
1.1. Púrpura Trombocitopénica Ideopática	13
1.2. Etiología de Púrpura Trombocitopénica Ideopática	13
1.3. Manifestaciones Clínicas	14
1.4. Diagnóstico	15
1.5. Tratamiento	16
1.6. Complicaciones	18
1.7. Historia Natural de Púrpura Trombocitopénica Idiopática	18 BIS
<b>II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</b>	19
2.1. Diagnóstico de Enfermería	27
<b>III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA IMPLEMENTACION Y EVALUACION</b>	29
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	30
<b>GLOSARIO</b>	31
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	36

## INTRODUCCION

Los trastornos que afectan la sangre o los órganos hematopoyéticos en la niñez y edad adulta abarcan una amplia diversidad de estados patológicos. La sangre es un medio líquido que cumple objetivos múltiples relacionados con el funcionamiento de numerosos tejidos y órganos, de modo que cualquier cambio primario o secundario en la sangre se refleja en el funcionamiento indispensable de tales tejidos.

La Enfermedad de Werlhof o Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) confundida en el heterogéneo grupo de las púrpuras hemorrágicas, cuya etiología infecciosa fue señalada desde Hipócrates, desglosada de este grupo hasta los trabajos de Werlhof en 1735. Este autor llamó a la nueva enfermedad Morbus Maculosus Haemorrhagicus. Con todo, no fue admitida como entidad autónoma, dada la base meramente clínica en que se apoyaba la identificación del proceso hasta que estudios muy posteriores descubrieron el resto de sus características. En 1883 Kraus comprobó el descenso de las plaquetas; Hayem, en 1895, la irretractilidad del coágulo, y Duke en 1912, la prolongación del tiempo de sangría. En 1916 Kaznelson propuso por vez primera tratarla con la Esplenectomía. Desde 1925 E. Frank ha publicado una serie de trabajos en que defiende la autonomía del proceso, destacando la existencia constante de la trombopenia.

Por esta razón se propone elaborar un proceso de atención de enfermería a una paciente adulta que presentó el cuadro antes descrito en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

## OBJETIVOS

Señalar la importancia de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática desde el punto de vista Hematológico e Inmunológico.

Obtener información de las causas que pueden originar el padecimiento de Púrpura Trombocitopénica Ideopática.

Explicar los cuidados específicos de enfermería a un paciente de Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

Elaborar el plan de atención con base en los problemas identificados en la paciente.

## I. MARCO TEORICO

### 1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Sistema Hematológico e Inmunológico

#### Componentes Celulares de la Sangre Normal.

##### Eritrocitos

Los glóbulos rojos, hematíes o eritrocitos comprenden la mayor parte de los elementos figurados en la sangre y de ellos depende en gran parte el color de este elemento vital. En cada  $\text{mm}^3$  de sangre esto es, una gota del tamaño aproximada de la cabeza de un alfiler muy pequeño, hay en promedio 5 millones de eritrocitos. El eritrocito normal es un disco bicóncavo, y su configuración es semejante a la de una bola blanda comprimida firmemente entre dos dedos. Su función principal es transportar oxígeno, lo que se lleva a cabo por la participación de un pigmento que contiene hierro, la hemoglobina, que comprende 95% de la masa de cada eritrocito, y cuya concentración total es alrededor de 15 g por 100 ml. de sangre completa. La hemoglobina muestra gran tendencia a combinarse con oxígeno, y esta afinidad es tal, que cuando los dos están en contacto breve, se unen para formar Oxihemoglobina, pigmento del que depende el color rojo vivo de la sangre arterial. Empero esta combinación es débil, dado que la Oxihemoglobina fácilmente cede su oxígeno cuando es expuesta a concentraciones de este gas menores de la que transporta. <sup>(1)</sup>

La afinidad de la hemoglobina por el oxígeno y el carácter reversible de esta combinación explica el mecanismo de transporte de oxígeno en nuestro organismo y la importancia de los eritrocitos en él.

---

(1) Ganong William Fisiología Médica. p.p. 660



## OBJETIVOS

Señalar la importancia de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática desde el punto de vista Hematológico e Inmunológico.

Obtener información de las causas que pueden originar el padecimiento de Púrpura Trombocitopénica Ideopática.

Explicar los cuidados específicos de enfermería a un paciente de Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

Elaborar el plan de atención con base en los problemas identificados en la paciente.

doxina. Para la síntesis de hemoglobina es necesario el hierro; si la cantidad de este mineral absorbido por las vías gastrointestinales no basta para satisfacer las necesidades mayores que impone el crecimiento o para compensar la pérdida que resulta de sangrado, hay detención de la maduración eritrocítica en la etapa de normoblasto. Muchas de estas células, al no incorporar hemoglobina en su citoplasma, no se desarrollan ni alcanzan etapas posteriores y no salen de la médula sino que se desintegran en ella; las que maduran por completo y pasan a la circulación son anormalmente pequeñas y contienen cantidades mucho menores de hemoglobina que la normal. <sup>(3)</sup>

La vitamina B12 se absorbe en las vías gastrointestinales después de ingerir algunos alimentos, especialmente aliproduitos lácteos, leche y huevos, en sujetos con jugo gástrico normal; es necesario para la maduración de eritrocitos, granulocitos y plaquetas a partir de las células precursoras en la médula. De la avitaminosis B12 depende la enfermedad llamada "Anemia Perniciosa" que se caracteriza por un número menor de eritrocitos muy grandes y deformes, granulopenia y trombocitopenia. Si se acepta que la constitución genética de los precursores eritrocíticos es normal y que hay cantidades adecuadas de todos los nutrimentos necesarios en la médula, un adulto humano sano no anémico produce entre 16 y 20 ml. o un promedio de 200 000 millones de nuevos eritrocitos al día. Aún más, la médula puede aumentar esta tasa de producción cuando menos seis a ocho veces según las exigencias impuestas, por ejemplo, después de un episodio de hemorragia o hiperhemólisis.

La vida normal de un eritrocito calculada va de 115 a 130 días, y al llegar a ese momento es eliminado por fagocitosis en alguna parte del Sistema Reticuloendotelial, con mayor probabilidad en bazo o hígado. (4)

---

(3) Harrison. Medicina Interna. p.p. 2762

(4) Leavell, B.S. y Trarup, B.A. Fundamentos Clínicos Hematología. p.p. 511

#### Valores Normales.

La concentración de eritrocitos circulantes o la llamada cuenta eritrocítica, varía en el varón adulto normal de 4.5 a 5.4 millones, en promedio, y en las mujeres normales de 4.0 a 4.8 millones por  $\text{mm}^3$  de sangre. El espacio ocupado con estas células, representado por el volumen de hematócrito (medido en un tubo después de centrifugación rápida y expresado como Valor de Hematócrito) en varones, va de 42 a 52, y en mujeres, de 38 a 48 por 100 del volumen de la sangre completa. De la concentración de la hemoglobina en la sangre depende la presencia o ausencia de anemia, por una parte, ó de policitemia por la otra. Valores Menores de 14.0 g por 100 ml en el varón adulto o menores de 12.0 g por 100 ml. en la mujer adulta representan anemia; cifra mayor de 17.0 g en uno y otros sexos, representa policitemia.

#### Leucocitos.

Los leucocitos glóbulos blancos están en concentración de 5 000 a 10 000 células por  $\text{mm}^3$  de sangre completa; en otras palabras hay un leucocito por cada 500 a 1 000 eritrocitos. Los leucocitos a diferencia de los eritrocitos adultos no contienen hemoglobina, pero tienen un núcleo; aún más, pueden hacer movimientos activos. Entre los tipos importantes de leucocitos están la llamada Serie Granulocítica, los monocitos y las células plasmáticas.

Cuando la cuenta leucocítica es mayor de 10 000 células el estado recibe el nombre de Leucocitosis, y cuando es menor de 5 000 Leucepenia. Las inflamaciones en cualquier parte del cuerpo y las enfermedades con formación de abacesos suelen causar aumento del recuento, por incremento en el número de leucocitos polimorfonucleares. En la neumonía, por ejemplo, el recuento leucocítico puede ser incluso de 10 000 células o más por  $\text{mm}^3$ . En algunas infecciones cabe que no aumente el número de leucocitos, e

incluso disminuya. Complemento importante en el diagnóstico es el recuento total y también el recuento relativo de las variedades de leucocitos. <sup>(5)</sup>

Son los leucocitos producidos en la médula ósea, esto es, la "seriemieloide" que comprende el 70%, poco más o menos de todos los leucocitos y son llamados Granulocitos por la abundancia de gránulos en su citoplasma ó leucocitos polimorfonucleares por su núcleo que en etapa madura tiene configuración muy irregular.

Los linfocitos, las más abundantes de las células "mononucleares" comprenden alrededor de 25% de los leucocitos circulantes; son formados en los ganglios linfáticos del organismo y en menor grado en la médula ósea. De esta célula depende la capacidad y suficiencia Inmunológica del sujeto. Participa en el rechazo de los trasplantes heterólogos, y en las reacciones de sensibilidad de tipo tuberculínico (tardías).

Los Monocitos comprenden 5% del recuento total leucocítico; provienen de los componentes del sistema reticuloendotelial, esto es, el acumulo total de histiocitos tisulares que puede advertirse en varios órganos, especialmente bazo, hígado y ganglios linfáticos. Los monocitos constituyen una fuente fácilmente disponible de fagocitos móviles, que se acumulan y llevan a cabo su función de fagocitosis en sitios de inflamación y necrosis tisular, en cualquier sitio en que aparezcan. Los Plasmacitos representan en promedio 1% de los leucocitos sanguíneos se forman en los ganglios linfáticos y la médula ósea, especialmente en esta última; son la fuente principal y tal vez la única, de las globulinas inmunitarias circulantes.

---

(5) Leslie, D. Proceso de atención de Enfermería p.p. 29

### **Plaquetas.**

Las plaquetas sanguíneas o trombocitos, los elementos figurados más pequeños y frágiles de la sangre, son partículas pequeñas sin núcleo que nacen como resultado de fragmentación ó "gemación" de células gigantes de la médula ósea llamadas Megacariocitos. Su número va de 250 000 a 500 000 por  $\text{mm}^3$  de sangre.<sup>(6)</sup>

La función principal de las plaquetas es cohibir la hemorragia, función llevada a cabo por su acumulación y depósito en todos los sitios de lesión vascular y por taponamiento con su propia substancia, de la luz de los vasos sangrantes al desintegrarse liberan un constituyente (factor 3 plaquetario) que desencadena la formación de coágulo en su vecindad inmediata, lo que cohibe el flujo de sangre y la salida de la misma por el desgarró del vaso.

Las plaquetas hacen que el cóagulo sanguíneo se retraiga y cuyo efecto es acercar los bordes del defecto vascular disminuir su tamaño y yugular todavía más la salida de sangre. La diferencia plaquetaria (trombocitopenia) si es intensa, origina hemorragias múltiples espontáneas de tipo capilar en la piel, mucosas y órganos internos de todo el cuerpo.<sup>(7)</sup>

Es el defecto básico en un trastorno hemorrágico importante llamado "púrpura trombocitopénica idiopática".

El aumento en el número de plaquetas (trombocitosis) es rasgo característico de los llamados Trastornos Mieloproliferativos que incluyen la leucemia granulocita y la policitemia.

---

(6) Marriner. Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. p.p. 326

(7) Merck. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. p.p. 2310

### 1.1 Púrpura trombocitopénica Idiopática

### 1.2 Etiopatología de Púrpura Trombocitopénica Idiopática

La púrpura trombocitopénica idiopática es un trastorno hemorrágico adquirido que se caracteriza por:

- 1) Desintegración excesiva de plaquetas (trombocitopenia) y
- 2) Púrpura (cambios de color causado por las petequias subyacentes a la piel).

Se desconoce su causa, pero se cree que es una reacción autoinmunitaria antígenos relacionados con esta enfermedad.

Es una enfermedad que ataca en cualquier edad pero lo hace con mayor frecuencia en niños y en mujeres jóvenes. Se producen anticuerpos contra plaquetas por causas desconocidas, de modo que se acorta notablemente la vida de dichos elementos. En ocasiones se demuestra in vitro la presencia de anticuerpos.<sup>(8)</sup>

La púrpura trombocitopénica idiopática de la infancia es una enfermedad hemorrágica relativamente común, probablemente mediada por anticuerpos antiplaquetarios. Por lo general se presenta en pacientes entre 2 y 10 años de edad, habitualmente 2 o 3 semanas después de una infección (viral, de la parte superior del aparato respiratorio, del aparato digestivo ó, en ocasiones, dental ó de las vías urinarias). En el período neonatal, la púrpura trombocitopénica puede presentarse después de infección exanguinotransfusión o puede deberse a isoanticuerpos maternos a las plaquetas del niño.

---

(8) Nordmark Medelyn. Bases Científicas de Enfermería. p.p. 712

### **Clasificación de Púrpuras:**

A diferenciación clínica se ha considerado el cuadro clínico, el número y el tipo de las plaquetas en sangre periférica, y el número de los megacariocitos de la médula ósea.

- 1) Púrpuras con plaquetopenia y número normal o elevado de megacariocitos o inmunológica.
- 2) Púrpuras vasculares
- 3) Púrpuras Anafilactoide.
- 4) Púrpura tóxica.

#### **1.3 Manifestaciones Clínicas.**

El comienzo es con frecuencia agudo. De 1 a 4 semanas o sea según el curso evolutivo, la edad de aparición de las hemorragias y su localización.<sup>(9)</sup>

1) Forma Aguda. Es poco frecuente e incluso dudamos de que exista, lo cual se debe a que las trombocitopenias inmunológicas de corta duración suele presentarse a continuación de procesos infecciosos sobre todo en los niños, asociadas a hipersensibilidad medicamentosa en los adultos y por lo tanto pueden considerarse, no como idiopáticas aquellas que sin causa adversible duran de 1 a 3 meses con subsiguientes curación completa.<sup>(9)</sup>

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- a) Se producen equimosis y un exantema petequial generalizado
- b) Hemorragias de las mucosas, como epistaxis, hemorragia gingival.
- c) Hematoma de los miembros inferiores que pueden dar resultados de úlceras.

---

(9) Rapaport, S.S. Introducción a la Hematología. p.p. 930

El hígado, bazo y ganglios linfáticos no están agrandados exceptuando los signos de hemorragia, el paciente aparece clínicamente bien. La fase aguda de la enfermedad asociada con hemorragias espontáneas dura de 1 a 2 semanas. Aunque persista la trombocitopenia, las hemorragias mucocutáneas espontáneas remiten posteriormente. En algunos casos, el comienzo es insidioso con moderadas equimosis y escasas petequias.

#### 1.4 Diagnóstico

El diagnóstico se hace con base en los datos de supervivencia de las plaquetas y la falta de enfermedad subyacente.

Datos de laboratorio. La cifra de plaquetas está reducida a menos de  $20.000 \text{ mm}^3$  y las pruebas que dependen de la función plaquetaria, tales como la prueba del torniquete, el tiempo de hemorragia y la retracción y el coágulo, dan resultados anormales. La cifra de glóbulos blancos es normal y no se observa anemia, a menos que haya ocurrido una hemorragia.<sup>(10)</sup>

La aspiración de la médula ósea revela una serie granulocítica y eritrocítica normales así como numerosos megacariocitos, pueden demostrarse anticuerpos antiplaquetarios. Los resultados de las demás pruebas hematológicas son anormales.

Diagnóstico Diferencial: La púrpura trombocitopénica Idiopática puede ser diferenciada de los procesos aplásicos o infiltrativos de la médula ósea mediante el examen de ésta. Un considerable agrandamiento del bazo sugerirá una hepatopatía primaria con esplenomegalia congestiva, lipidosis o reticuloendoteliosis. La púrpura trombocitopénica puede ser una manifestación inicial de un

---

(10) PELAYO CORREA. Texto de Patología. La prensa médica mexicana. México. p.p. 190



lupus eritematoso sistémico, pero esta secuencia es infrecuente en los niños.

### 1.5 Tratamiento

El objetivo terapéutico es la completa supresión de los síntomas, conservar la vida del paciente y evitar complicaciones.

La púrpura trombocitopénica idiopática tiene un excelente pronóstico aún cuando no se administre tratamiento específico. El 75% de los pacientes se recuperan por completo en un plazo de 3 meses, la mayoría de ellos en 8 semanas.

Las hemorragias espontáneas graves y la hemorragia intracraneal suelen quedar a la fase inicial de la enfermedad. Tras la fase aguda inicial, las manifestaciones espontáneas tienden a remitir, de 9 a 12 meses después del comienzo el 90% de los niños afectados han recuperado las cifras normales de las plaquetas, y las recidivas son infrecuentes. En términos generales el tratamiento puede ser:

- Farmacológico
- Transfusión de concentrados de plaquetas
- Quirúrgico (La esplenectomía)

#### Farmacológico

El tratamiento con corticosteroides es de gran valor, aunque no ha disminuido el número de casos crónicos, reduce la gravedad y acorta la fase inicial. Cuando la enfermedad es leve y no existen hemorrágicas de la retina o de las membranas mucosas, no está indicada la administración de tratamiento específico.<sup>(11)</sup>

---

(11) A. Pedro Pons. P. Farreros Valenti. Patología y Clínica Médica. Salvat Editores S.A. 1989, 1971. p.p. 733.

Las infecciones bacterianas deben ser tratadas con antibióticos apropiados.

La utilidad de los corticosteroides usados en este padecimiento, es muy discutible; algunos investigadores aconsejan su administración en periodos cortos (2 a 4 semanas). Por que si se prolonga puede deprimir la médula ósea.

Para los casos graves, el tratamiento con un corticosteroide, como la prednisona a la dosis de 1 a 2 mg por kg o su equivalente puede resultar. La corticoterapia prolongada no está indicada y puede a la vez deprimir a la médula ósea. Si la trombocitopenia persiste durante 4 a 6 meses puede administrarse una segunda serie breve de corticosteroides.

#### **Transfusión de Concentrados de Plaquetas.**

Un concentrado de plaquetas de más o menos 10 ml se prepara de cada unidad de plasma, y las plaquetas deben emplearse en el paciente, en un lapso que no exceda de 12 a 24 hrs. de su obtención. Cada unidad de plaquetas aumentará el recuento plaquetario del receptor, aproximadamente en 5,000 elementos por  $\text{mm}^3$ . El nivel de 30,000 plaquetas suele bastar para proteger al enfermo de hemorragia interna, y por esta razón, seis a ocho unidades suelen ser adecuadas.<sup>(12)</sup>

#### **Quirúrgico**

##### **La Esplenectomía**

Es la extirpación del bazo y puede ser el sitio de la destrucción excesiva de eritrocitos y elementos figurados de la sangre, y cuando esta destrucción pone en peligro la vida, la operación puede ser paliativa. Ello ocurre en la anemia hemolítica

---

(12) Idem. p.p. 740

autoinmunitaria o la púrpura trombocitopénica idiopática, cuando estos trastornos no mejoren con los corticosteroides.

### 1.6 Complicaciones

Puede presentarse en el paciente post operado, cualquier síntoma de hemorragia. Entre ellos puede citarse:

**Accidente Cerebrovascular:** Trastorno de los vasos sanguíneos del cerebro caracterizado por oclusión por un émbolo o una hemorragia cerebrovascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales normalmente irrigados por los vasos lesionados. Las secuelas de los accidentes cerebrovasculares dependen de la localización y extensión de las isquemias, pudiendo haber parálisis, debilidad, trastornos de la dicción o afasia. Además muchos pacientes mueren.

Los síntomas pueden remitir tras los primeros días al ir desapareciendo el edema cerebral. Mediante fisioterapia y logoterapia se restablece gran parte de la función perdida.<sup>(13)</sup>

**Hemorragia Cerebral:** Hemorragia de un vaso sanguíneo del cerebro, y se clasifican por su localización y el tipo del vaso afectado y su origen.

La hemorragia suele provocar el desplazamiento o destrucción del tejido celular con anemia medular. Estas pueden ser fatales, pero algunos pacientes pueden recuperarse totalmente. Depende de la extensión y localización del tejido lesionado, las secuelas son afasia, disminución de la función mental, trastornos sensoriales específicos, etc.

---

(13) RAPORT. Sl. Introducción a la Hematología, New York, Harper and Row, 1971. p.p. 942

## HISTORIA NATURAL DE PURPURA TROMBOCITOPENICA I.

	<b>PREPATOGENICO</b>	<b>PATOGENICO</b>	
<b>AGENTE</b>	Proceso autoinmune. Antígeno que se genera a partir de la disminución de plaquetas en la sangre.		<b>MANIFESTACIONES CLINICAS</b> Hemorragia urinaria, hemorragia de tubo digestivo Esplenomegalia. Epistaxis, anemia
<b>HUESPED</b>	Más frecuente en la infancia, pubertad y en mujeres adultas.		<b>SIGNOS Y SINTOMAS.</b> Hemorragias, petequias, equimosis, gingivorragia, epistaxis
<b>MEDIO AMBIENTE</b>	Universal, mayor incidencia en primavera	<b>FISIOPATOLOGIA</b> Disminución de plaquetas que afectan generalmente, hígado, médula ósea.	<b>HORIZONTE CLINICO</b>

PRIMER NIVEL DE ATENCION		SEGUNDO NIVEL DE ATENCION		TERCER NIVEL DE ATENCION	
PROMOCION A LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ.	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
Dar charla a la comunidad sobre las enfermedades causadas por herencia.  Dar charlas sobre las enfermedades virales; saber cuales son sus causas y afecciones secundarias.  Dar a conocer a la comunidad la importancia que tiene el cuadro básico de vacunación	- Vigilancia a futuras madres. - Dar a conocer los problemas hereditarios. - Orientación de cualquier anomalía de los R/Nen el transcurso y etapa de crecimiento. - Chequeo mensual del R/N. - Tomar dieta adecuada y balanceada. - Cualquier herida o hemorragia. - Visitar al médico y llevar un tratamiento adecuado.	- Química Sanguínea - Examen General de orina - Exploración física - Examen de exudado de cualquier herida o lesión cutánea. - Historia Clínica - Saber la causa de la hemorragia, cada cuando y por que motivos. - Exploración de miembros superiores e inferiores, si existen equimosis y petequias. - Punción de Médula Ósea. - U.S.G. - Toma de Rx	Toma de signos vitales. Toma de muestras cada vez que lo necesite el paciente. Dar medicamentos de corticoesteroides. Prednisona de 1 a 2 mg/kg. Transfusión de sangre. Evitar cualquier traumatismo. Proteger la piel. Evitar hemorragias. Aplicación de Vitamina K y C.	Evitar dejar el tratamiento médico  Ir a consultas  Tomar precauciones para evitar dañar la piel.  Tomar dietas adecuadas y balanceadas	Dar terapia puncional.

## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: G.M.M.  
No. de cama: 311  
Edad: 47 años  
Sexo: Femenino  
Servicio: Hospitalización mujeres  
Fecha de ingreso: 27-11-92  
Nacionalidad: Mexicana  
Lugar de procedencia: México, D.F.

### NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA

#### Ambiente físico

Características físicas de la habitación: La casa que habitan se encuentra en buenas condiciones de higiene, ventilación e iluminación, consta de tres recámaras, cocina y baño.

#### Servicios sanitarios:

Agua: de toma intradomiciliaria la que es suficiente para cubrir sus necesidades.

Control de basura: Por medio de camión recolector que pasa a diario.

Eliminación de desechos: Cuenta con drenaje y W.C.

Iluminación: Cuenta con alumbrado público.

Pavimentación: La calle donde habitan está bien alineada, pavimentada y con banquetas.

#### Vías de Comunicación:

Teléfono: Existen teléfonos públicos

Medios de transporte: Circulan por su domicilio vehículos de tipo colectivo como microbuses, autobuses de ruta 100, trolebuses y metro.

Recursos para la salud: Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

**Hábitos Higiénicos:**

Baño: El baño es diario, con cambio de ropa aparentemente diario, el aseo de manos es antes de comer, de preparar los alimentos y después de vaciar el intestino, el aseo bucal es después de los alimentos.

Alimentación: El desayuno es a base de café con leche, pan tostado o negro y yoghurt; la comida es a base de derivados de la leche (queso, crema, requesón, etc.), verduras, pollo, pescado; la cena es a base de café con leche, carne con verduras y pan integral.

**Eliminación:**

Vesical: La realiza de 6 a 7 veces durante las 24 horas.

Intestinal: Una vez al día (normal).

Descanso: Lo realiza a ratos y por la tarde ve televisión.

Sueño: Duerme de 6 a 8 horas diarias.

Diversión: Es por medio de la televisión y tejer.

**Composición Familiar:**

<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Participacion económica</u>
Paciente	47	Hogar	
Esposo	48	Empleado	Si
Hija	22	Secretaria	Si
Hijo	20	Estudiante	Ninguna
Hijo	19	Estudiante	Ninguna

**Dinámica familiar:**

Es una familia aparentemente integrada y con buenas relaciones familiares y de comunicación, y la autoridad moral la tiene tanto

el esposo como la paciente y el aporte económico proviene del padre y de la hija.

#### Dinámica social

La relación que existe con sus vecinos es limitada y acude muy frecuentemente a las reuniones familiares y refiere no fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas.

#### Comportamiento

Debido a su padecimiento y que tiene que estar en reposo se ha vuelto muy introvertida.

#### Rutina cotidiana

Al levantarse acude al WC, se baña en regadera, prepara el desayuno, despide a la familia, realiza los quehaceres domésticos, acude al supermercado, prepara la comida, descansa viendo televisión, prepara la cena y por último acude a la recámara a descansar.

#### Problema actual o padecimiento

Inicia su padecimiento aproximadamente un año; acude al Centro de Salud por presentar; adinamia, anorexia, equimosis acompañado de epistaxis y gingivorrea, dolor de cabeza, le dan tratamiento multivitamínico con resultados inocuos, acude al Hospital General con amigdalitis y le realizan exámenes de laboratorio y sale baja en plaquetas y es cuando acude al Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda.

#### Antecedentes personales patológicos

Refiere inmunizaciones completas, a los 5 meses de edad presenta poliomielitis en miembro pélvico derecho, es intervenida quirúrgicamente en 5 ocasiones, menarca a los 14 años; nuevamente es intervenida quirúrgicamente de plastia umbilical, cesárea,

cistocele, salpingoclasia, histerectomía; refiere presentar cuadros amigdalinos 2 veces por año y ser diabética controlada desde hace 3 años.

#### Antecedentes familiares patológicos

El padre de la paciente falleció al parecer de Cirrosis Hepática (alcoholismo). Madre fallecida de Diabetes (leucemia); abuela materna fallecida de CA Basocelismo. Y los demás miembros (hermanos) de la familia aparentemente sanos.

#### Comprensión y/o comentarios a cerca del problema o padecimiento.

Se trata de un padecimiento de tipo hematógeno que se encuentra asociado a cuadro inmunológico.

#### Participación de la paciente y la familiar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Acepta bien el padecimiento y hace preguntas relacionadas a éste, la participación es positiva tanto en la paciente como en la familia y el tratamiento lo llevan al pie de la letra.

#### Exploración Física

##### Inspección

Aspecto físico: Paciente del sexo femenino de edad aparentemente a la cronológica, obesa, con marcha claudicante, sin fascias patológicas, con actitud libremente escogida, complexión robusta, mal conformada, con hipertrofia de miembro pélvico derecho, consciente, bien orientada, ligera palidez de tegumentos.

##### Aspecto Emocional: (Estado de ánimo, temperamento, emociones).

No presenta trastornos de la personalidad, es normal en la relación interpersonal; no presenta irritabilidad de presión; euforia a veces, presenta introversión.



### Palpación

Cabeza: cráneo normocéfalo, con pequeñas cicatrices a nivel de piel cabelluda, cabello entrecano, cara, ojos, nariz, orejas, boca y cuello normales.

Extremidad superior con presencia de zona equimótica, en pliegue anterior del codo de 1 cm de diámetro. Miembro inferior asimétricos con presencia de hipertrofia de lado derecho con múltiples cicatrices, además zona de equimosis y petequias en área de maleolo externo bilateral y en el miembro pélvico izquierdo zonas equimóticas grandes en diferentes etapas de degradación.

### Percusión

Tórax: De forma y volumen normales, movimientos respiratorios normales, ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad.

### Auscultación

Abdomen: Cicatrices correspondientes a las intervenciones quirúrgicas, el abdomen es blando depresible no se aprecian masas ocupativas.

Urinario: Con buena uresis; orina de caracteres normales.

Genital: Organos genitales del sexo femenino sin anomalías.

Circulatorio: presencia de zonas equimóticas y petequias, con sangrado fácil de mucosas, extremidades inferiores, miembro pélvico derecho, marcha claudicante.

Organos de los sentidos: Sin datos patológicos aparentes.

Medición: Acortamiento del miembro pélvico derecho debido a que presentó poliomielitis.

### DATOS COMPLEMENTARIOS

Examen de laboratorio y gabinete.

Los estudios de laboratorio y gabinete solicitados fueron los siguientes:

<u>ESTUDIO</u>	<u>CIFRAS DEL PACIENTE</u>				<u>CIFRAS NORMALES</u>		
<b>Biometría Hemática</b>							
Hemoglobina	14.6%	14.3	15.2	14.96	15	15.9	15.8
Hematocrito	45%	43	44.9	45.5	46.1		46.7
Cmitbg	32						
Leucocitos	5000 mm <sup>3</sup>	7500	0.72	2	09.5		11.5
Reticulositos	0.4%	2.03					
Plaquetas	14.000	18.000	40.000	55.00	34.000		48.500
Linfocitos	47	49	46	34	25		25
Monocitos	3	2	2	2	2		2
Basófilos	2	1	0	0	0		0
Segmentados	48	43	44	63	75		73
Eosinofilos	5		6	1	0		0
Eritrocitos	4.85	4.91					
T.p.t.	32.3"						
Test	28.5"						
Glucosa	132	112	103	87	140		116
Urea	28	19	16	19			
Creatinina	2.7	0.9	0.6	0.4			
Bilirrubina	0.6						
Bilirrubina	Ictérico						
Proteína	68	71					
Glob	2.2	2.8					
A - G	2	1.5					
Fosfato Alc.		38					
Typ	s/r						
Tyo	71						
Grupo sanguíneo	A. Positivo						
Fc-ra	Neg	Neg					
Acido úrico	4						
Plaquetas	21.500 x 10 <sup>3</sup>						
Ph	75						
Depuración de C.	102 ml x 8						
Volumen	1600						
Densidad	1.020						

**EXAMENES DE GABINETE**

**U.S.G. HEPATICO Y ESPLECNICO**

Se realiza ultrasonografía con equipo digital computarizado en tiempo real con traductor sectorial de 3.5 mhz.

Hígado: de forma y bordes regulares, patrón escográfico homogénico.

Bazo: de forma y bordes regulares.

IDX.- Hígado y baso. U. SG. Normales.

**HEMATOLOGIA**

**INTERPRETACION DE MEDULA OSEA**

Sitio de punción _____	External
Celularidad _____	Normal
Megacericitos _____	5 a 6 x campo
Pro - normoblastos _____	0
Nº Basofilos _____	5
Nº policromatofilos _____	7
Nº ortocromáticos _____	9
Células plasmáticas _____	3
Nutrofilos adultos _____	30%
Linfocitos _____	11
Eosinofilos _____	4
Basofilos _____	1
Cel. retículos _____	0
Promielocitos _____	1%
Mielocitos _____	20%
Metamielocitos _____	5%
Bandas _____	3%
Blastos _____	1%
Observación _____	M/E 3:1

DX. Púrpura Trombocitopénica. Prog; Inmunológica

**FROTIS DE SANGRE PERIFERICA**

Poiquelocitos +  
Anisocromia +  
Anisocitos +

**SERIE ITRELOIDE**

Monocitos \_\_\_\_\_ 6  
Linfocitos \_\_\_\_\_ 45  
Eosinofilos \_\_\_\_\_ 2  
Basofilos \_\_\_\_\_ 0  
Segmentados \_\_\_\_\_ 46  
Banda \_\_\_\_\_ 0  
Mielocitos \_\_\_\_\_ 0  
Blastos \_\_\_\_\_ 0  
Plaquetas \_\_\_\_\_ Disinuidad +++  
Observación \_\_\_\_\_ Series Eritroide y Mieloide normales

**MICROBIOLOGIA Y ESTUDIOS**

Exudado Vaginal: Moderado desarrollo de lactobacilo ussp  
Moderado desarrollo enterobacterio aero genes  
Sensible a ampicilina, nitrofurantoina, carben  
cilina, cefalotina  
Escaso desarrollo de staphilococcus aureus

Exudado Otico: O.D. Moderado desarrollo de staphilococcus sp  
coagulasa neg.  
O.I. Moderado desarrollo de staphilococcus sp  
coagulasa neg.  
Moderado desarrollo de bacillus sp.

Exudado Nsal: N.D. Moderado desarrollo de staphilococcus sp  
coagulasa neg.  
N.I. Escaso desarrollo de staphilococcus sp  
coagulasa neg.  
Escaso desarrollo de Klebsiella pneumonias.

Exudado Faríngeo: Moderado desarrollo de streptococcus sp grupo  
viridans.  
Moderado desarrollo de neisseria sp.  
Moderado desarrollo de staphilococcus aureus.  
Moderado desarrollo de klebsiella pneumonias.

**PROBLEMAS DETECTADOS**

Ninguno.

## 2.2 Diagnóstico de Enfermería.

Se trata de una paciente adulta casada, con primaria completa dedicada al hogar, forma parte de una familia integrada por el esposo y 3 hijos, uno trabaja, 1 estudia secundaria y el otro preparatoria, habita en casa propia, en zona urbanizada con todos los servicios públicos, la atención de la salud la hace de preferencia en el ISSSTE, tiene buenos hábitos higiénicos, su alimentación es variada y equilibrada, buenos hábitos higiénicos y de eliminación.

Su actividad diaria (es de ama de casa) las dedica a las labores del hogar, ver televisión, tejer y duerme alrededor de 8 hrs. diarias, aunque es introvertida el ambiente familiar es agradable y tiene buenas relaciones con los vecinos.

Tiene antecedentes de madre diabético que falleció de diabetes (leucemia) y padre fallecido de cirrosis hepática. Padeció polio-mielitis a los 5 meses de edad, debido a las secuelas fue intervenida en etapas posteriores del miembro pélvico atrofiado (afectado). Ha sido intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones de hernia umbilical, cesárea, corrección de cistocele e histerectomía.

En 1989 presenta polifagia, polidipsia y poliuria, lo que la lleva a solicitar consulata, donde le diagnostican diabetes y es controlada con tolbutamida y además de la dieta y ejercicios que lleva a cabo.

Sin causa aparente presenta zonas equimatosas en miembros torácicos y miembros pélvicos y debido a su gran extensión, recurre al Centro de Salud para diagnóstico y tratamiento. Posteriormente en el Hospital General le detectan Púrpura Trombo-

citopénica y le envían al Hospital General Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

También presenta petequias, con sangrado de mucosas. En los exámenes de laboratorio se observan hematocritos dentro de los límites normales, plaquetas entre 14.000 a 50.000  $\text{mm}^3$  con gran cantidad de segmentados, glicemias de 87, 179, 116 mg.

En el Ultrasonido Hepático Esplénico son normales.

El resultado de la Médula Osea se reportan normales.

Los resultados de Exudado Oótico y Vaginal se reportan la presencia de lactobacilos enterobacteriano y aerogenes, staphilococcus sp coagulasa, staphilococcus kleibella y neisserias, streptococcus sp y neisseria sp.

El tratamiento se lleva a cabo con Prednisona de 1 a 2 mg.

Al salir de Alta habían desaparecido los síntomas y se corrige la plaquetopenia.

Reingresa después de un largo tiempo (4 meses) por una Gastroenteritis que se complica por su Diabetes Mellitus.

### III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

#### FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre del paciente: G.M.M.  
Edad: 47 años  
Sexo: Femenino  
Ocupación: Hogar  
Religión: Católica  
Estado Civil: Casada  
Servicio: Hospitalización mujeres  
Nacionalización: Mexicana  
Registro: MAGL-460512/3  
No. de cama: 311

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### OBJETIVOS:

Detectar y jerarquizar los problemas que manifiesta la paciente para brindar atención de enfermería a través de acciones específicas.

Participar en el tratamiento farmacológico así como en la terapia ocupacional y familiar.

Proporcionar un ambiente terapéutico a la paciente durante su estancia en el hospital.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: GLORIA MEDINA MARMOLEJO  
NO. EXPEDIENTE: MAGL-468512/3

EDAD: 47 AÑOS  
CAMA: 311

EDO. CIVIL: CASADA  
Dx MEDICO: PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA

Dx DE ENFERMERIA:

SE RECIBE PACIENTE FEMENINO CURSANDO EL 4º DIA DE INTERRANIMIENTO, CONSCIENTE, TRANQUILA EN REPOSO ABSOLUTO, CON POSICION LIBREMENTE ESCOGIDA, CON LIGERA PALIDEZ DE TEGUMENTOS, CON MUCOSA ORAL BIEN HIDRATADA, ASTENIA Y ADINAMICA, EPISTAXIS DE AMBAS NARIAS Y GINGIVORREA Y EN OJELLO SE APRECIAN PETECIAS Y EQUIMOSIS, CON VENOCLISIS EN USD, SOLUCION FISIOLOGICA 0.9% 1000 ML. P/24 HRS. P.C.V. PRESENTANDO EQUIMOSIS EN TROCRO Y MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (CARAS LATERALES) Y EN REPOSO ABSOLUTO, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS PRESENTANDO LA TRIADA (POLIDIPSIA, POLIFAGIA, POLIURIAS)

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
PALIDEZ DE TEGUMENTOS.	PRESENTA PALIDEZ EN TEGUMENTOS Y PIEL	- AUSENCIA DE COLOR EN LA PIEL. DISMINUCION DE LA CANTIDAD DE MELANINA EN LA EPIDERMIS. YA QUE LOS RAYOS SOLARES ULTRAVIOLETA, ESTIMULAN LA PRODUCCION DE MELANINA QUE LOS ABSORBE SIMULTANEAMENTE, TIENE LA PIEL Y ES DEBIDO A LA FALTA DE CAPILARES SANGUINEOS.	- TOMA DE SIGNOS VITALES - ASEO DE LA UNIDAD - PROPORCIONAR BANO DE ARTEZA - REALIZAR GARGARISMO	- VALORAR LA REGULARIDAD DE BACTERIAS - EVITAR LA FATIGA - EVITAR LESIONES EN LA BOCA	- EL PACIENTE QUEDA EN OPTIMAS CONDICIONES HIGIENICAS
ASTENIA	FALTA O PERDIDA DE FUERZA O ENERGIA, DEBILIDAD, DISMINUCION DE LA VITALIDAD	- RESULTADO DE DISMINUCION EN LA PRODUCCION DE PLASMETAS POR PARTE DE LA MEDULA O DE ALBERTO EN DESTRUCCION PERFERICA.	- TOMA DE SIGNOS VITALES	- SI NO PRESENTA NINGUNA ALTERACION EN RELACION CON SU PADECIMIENTO.	
ADINAMIA	FALTA DE ENERGIA FISICA Y EMOCIONAL POR DEBILIDAD PSICODINAMICA	- DEBIDO A LA DISMINUCION DE ENERGIA (POR PARTE DE LA CELDULA) (MITOCONDRIA) ES LA QUE NOS DA LA ENERGIA.	- VIGILANCIA ESTRECHA - PROPORCIONARLE TERAPIA OCUPACIONAL (LECTURA - MUSICA)	- REPOSO ABSOLUTO	- AYUDA COMPLEMENTARIA A SU RELAJACION PSICOICA
EPISTAXIS	SALIDA DE SANGRE EN AMBAS NARIAS	- MEMBRANA MALAL PRODUCIDA POR LA IRRITACION LOCAL DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS, Y LA FRAGILIDAD DEL EPITELIO O DE LAS PAREDES ARTERIALES PRODUCIDAS POR LEUCEMIA. DEFICIENCIA DE LA VITAMINA K PUEDE DEBERSE A LA ROTURA DE LOS PEQUENOS VASOS QUE RECUBREN EL TABIQUE BASAL ANTERIOR Y PUEDE SER ACOMPAÑADO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS, ANSIEDAD, INQUIETUD, VERTIGO, NAUSEAS Y TAMBEN PUEDE CAUSAR SINCOPE.	- POSICION DE SEMIFOWLER - BANO DE REGADERA EN SILLA DE RUEDAS - VIGILANCIA DE SANGRADO  - REPOSO ABSOLUTO	- EL PACIENTE DEBE RESPIRAR CON LA BOCA ABIERTA Y SERTARSE CON LA CABEZA INCLINADA PARA EVITAR LA ENTRADA DE SANGRE EN LA FARINGE Y NO DEGLUTIRLA. - PRESIONAR FIRMEMENTE LAS ALAS NASALES CON LOS DEODOS. - INTRODUCIR EN LOS ORIFICIOS NASALES TAPONAMIENTO (GASA ALGODON) DE UN VASO CONSTRICCION TOPICO APLICANDO PRESION OCCLUSIONANDO EL APORTE DE SANGRE A LA ZONA Y COLOCANDO UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA NARIZ. - RETIRAR LOS COAGULOS DE SANGRE POR ASPIRACION. - EL REPOSO EVITARA QUE LA PACIENTE TENGA MOVIMIENTOS BRUSCOS	- TODOS LOS CUIDADOS Y RECOMENDACIONES QUE SE HAN PROPORCIONADO HAN FAVORECIDO A SU RECUPERACION.



PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
GINGIVORREA	SANGRADO DE ENCIAS	- CARACTERIZADA POR ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y MEMBRANIAS DE LAS ENCIAS, SE PRESENTA CUANDO LAS PLAQUETAS DISMINUYEN A MENOS DE 75.000 X MM3.	- VIGILAR SANGRADO BUCAL - DIETA BALANCEADA - LIMPIEZA DE LA BOCA CON APLICADORES DE ALGODON Y NO USAR CEPILLO DE DIENTES.	- DISMINUYE LA MEMORRAGIA DE ENCIAS.	
PETEQUIAS	APARICION DE PUNTOS ROJOS EN CUELLO Y MIEMBROS INFERIORES Y ZONA PELVICA.	- MANCHA MUY PEQUENA DE COLOR ROJO O PURPURA QUE APARECE EN LA PIEL Y CORRESPONDE A UNA MEMBRANIA DIFUSITA LOCALIZADA EN LA DERMIS O CAPAS SUBMUCOSAS. SON ROTURAS O HEMORRAGIAS EN ARTERIAS DE PEQUEÑO CALIBRE O EL EXTREMO DE LA ASA CAPILAR. ESTOS PUEDEN ESTAR DISTRIBUIDOS AMPLAMENTE PERO PUEDEN PRESENTARSE EN ZONAS DE DECLIVE. ZONAS SOBRE ESTRUCTURAS OSEAS MUCOSA BUCAL. ESTAS NO SON PALPABLES NO SE ACOMPAÑAN DE ERITEMA. POR LO REGULAR HAY MEMORRAGIA DURADERA Y ES EXCESIVA POR ABRACIONES O DESGARROS PEQUEÑOS.	- LUBRICAR ENCIAS Y LABIOS CON GLICERINA CADA DOS HORAS. - VIGILANCIA ESTRECHA - TOMA DE SIGNOS VITALES		
ADINAMIA	FALTA DE ENERGIA FISICA Y EMOCIONAL POR DEBILIDAD PSICODINAMICA		- PERMITE QUE SE PONGA DE PIE SOLO CON AYUDA.		
EPISTAXIS	SALIDA DE SANGRE EN AMBAS NARINAS	SU TAMAÑO VARIA ENTRE LA PUNTA Y LA CABEZA DE UN ALFILER Y NO DESAPARECE POR VITRO PRESION.			
QUINOSIS	PRESENTANDO MANCHAS DE COLOR VINO (MORETONES) EN MIEMBROS INFERIORES Y CARAS LATERALES	CAMBIO DE COLOR DE UNA AREA CUTANEA O MUCOSA DESDEO A LA EXTRAVASACION DE SANGRE HACIA EL TEJIDO CELULAR SUBCUTNEO, POR TRAUMATISMO O FRAGILIDAD DE LOS VASOS SANGUINEOS SUBYACENTES	VIGILANCIA ESTRECHA VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES. MANTENER VENA PERMEABLE. APLICAR INYECCIONES INTRAMUSCULARES, CON UNA AGUJA FINA Y HACER PRESION DESPUES DE LA APLICACION. CORTISONA. ACTH	- PROTEGIENDO CON ALMOHADILLAS LA CABECERA Y PIESE- RA DE LA CAMA Y MUEBLES QUE SE ENCUENTREN EN CONTACTO CON LA PACIENTE. - PARA PROTEGERLOS Y NO FORMER (MORETONES) EQUI- MOSIS - PARA QUE LA PACIENTE SEA TRANSFUNDIDA (PLASMA) - PARA EVITAR LA EQUIMOSIS EN GLUTEDS. - ES UN ANTIINFLAMATORIO QUE ACTUA A NIVEL (ANTI- SUPRESOR) DECLINA LA PRO- DUCCION DE ANTICUERPOS.	- TOMANDO ESTAS MEDIDAS DE PRECAUCION HARAY AYUDADO A SU TRATAMIENTO. - AYUDA A AUMENTAR EL NUMERO DE PLAQUETAS - LA TERAPIA MEDICAMENTOSA HA SIDO ACEPTADA POR LA PACIENTE

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
DIABETES MELLITUS	INSUFICIENTE PRODUCCION EN LA CANTIDAD DE INSULINA EN EL PANCREAS AFECTANDO EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS PROTEINAS Y GRASAS.	- EL PANCREAS ES UNA GLANDULA DE SECRECION INTERNA QUE SE ENCARGA DE SECRETAR LA HORMONA INSULINA QUE SE FORMA EN LAS CELULAS DE LOS ISLOTES DE LANGERHANS Y SU PRINCIPAL FUNCION ES EL CONTROL DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS Y ENZIMAS ENTRE OTROS.	- ADMINISTRACION DE INSULINA	- ES NECESARIA PARA EL METABOLISMO NORMAL DE GRASAS Y PROTEINAS.	EL TRATAMIENTO MEDICO Y RECOMENDACIONES QUE SE HAN PROPORCIONADO HAN FAVORECIDO SU RECUPERACION Y CONTROL EN SU PADECIMIENTO. LA PACIENTE Y LOS FAMILIARES ACEPTAN SU PADECIMIENTO Y SE DA APOYO EMOCIONAL.
POLIDIPSIA	SED EXCESIVA	- PRODUCCION POR EL AUMENTO DE LA CANTIDAD DE ORINA DEBIDO A LA ELEVADA CONCENTRACION DE GLUCOSA EN LA SANGRE, AUMENTADA POR UN MECANISMO OSMOTICO. LA EXCRECION DE LIQUIDOS CON LA CONSTANTE HIPOVOLEMIA Y SED.	- INGERIR LIQUIDOS Y CONTROL DE ESTOS.		
POLIFAGIA	EXCESO DE HAMBRE	- SUELE CARACTERIZARSE POR EPISODIOS DE INGESTION CONTINUA DE ALIMENTOS SEGUIDOS POR OTROS, DE DEPRESION NERVIOSA Y AUTODEPRIVACION.	- DIETA HIPOSODICA E HIPERCALORICA	- PARA CONTROLAR SU PESO (EVITANDO LA OBESIDAD)	
POLIURIA	EXCRECION DE GRANDES VOLUMENES DE ORINA	- YA QUE EL RIÑON EXCRETA EL EXCESO DE GLUCOSA QUE HAY EN LA SANGRE.	- INGERIR LIQUIDOS - PROTEGER LA PIEL CON LUBRICANTES - EVITAR INFECCIONES DE VIAS URINARIAS - EXAMENES DE LABORATORIO	- PORQUE SU RESISTENCIA A ELLOS HA DISMINUIDO POR LA HIPERGLUCEMIA Y PORQUE SU ENFERMEDAD SE AGRAVA EN PRESENCIA DE INFECCION	
GLUCOSURIA	PRESENCIA ANORMAL DE GLUCOSA EN LA ORINA	DEBIDO A LA INGESTION DE GRANDES CANTIDADES DE CARBOHIDRATOS COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD RENAL O ENFERMEDAD METABOLICA.	- GLUCOSURIAS PREPRANDIALES Y POSPRANDIALES - EXAMENES DE LABORATORIO EN SANGRE Y ORINA	- LA HIPERGLUCEMIA Y PORQUE DE SU ENFERMEDAD SE AGRAVA EN PRESENCIA DE INFECCION INDICAR LA PRESENCIA DE GLUCOSA EN ORINA. - CONTROL DE CIFRAS NORMALES DE GLUCOSA EN SANGRE Y ORINA.	EL TRATAMIENTO MEDICO HA SIDO ACEPTADO POR LA PACIENTE Y SU EVOLUCION INDICAR LA PRESENCIA DE GLUCOSA EN ORINA.
HIPERGLUCEMIA	ELEVACION DE LA CANTIDAD DE GLUCOSA EN LA SANGRE.	PUEDA SER CONSECUENCIA DE ADMINISTRACION DE GLUCOCORTICOIDES (NEONATOS) A ENFERMOS QUE SE LES HA ADMINISTRADO SIERO GLUCOSADO EN CANTIDADES EXCESIVAS.  EN EL TRATAMIENTO DE HIPERALIMENTACION PROLONGADA.	- DEXTROSTIX PREPRANDIALES Y POSPRANDIALES.  - VIGILANCIA ESTRECHA - TOMARLA 50 MG CADA 8 HORAS POR VIA ORAL	- ES UNA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA  - ESTIMULA LA SECRECION DE INSULINA.	

## CONCLUSIONES

Las transfusiones que brindan la oportunidad de una vida mejor al paciente con Púrpura Trombocitopénica en fase inicial y de tener la esperanza de que existe algún tratamiento para su padecimiento, ya que se sabe que de no ser por las transfusiones o intervención quirúrgica puede morir irremediamente de anemia o complicarse algún órgano. En México se investigan los problemas de carácter hematológico y los resultados hasta ahora son satisfactorios con tratamiento de medicamentos (corticosteroides) y la Esplenotomía.

En la actualidad la capacitación en especial al personal de enfermería, en estos tipos de pacientes es esencial ya que de ellos depende el cuidado del paciente, por lo que es necesario establecer cursos de Cuidados Específicos de Enfermería en Pacientes Hematológicos, ya que en la actualidad existen Instituciones.

Durante el tiempo que se le hizo el estudio a la paciente y en la atención brindada, se pudo llevar a cabo el Plan de Atención para lo cual se contó con la participación de la paciente y su familia.

En este tiempo se le proporcionó la Educación para la Salud, respecto a la Diabetes Mellitus, y el seguimiento del tratamiento de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

## G L O S A R I O

### **ABRACIONES.**

Erosión o desprendimiento de una superficie por fricción.

### **ADINAMIA.**

Falta de energía física y emocional por debilidad psicodinámica.

### **ANSIEDAD.**

Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro de origen intrapsíquico.

### **ASTENIA.**

Falta o pérdida de fuerza o energía o debilidad.

### **CONSCIENTE.**

Capaz de responder a estímulo sensoriales, dispuesto, alerta capaz de percibir su propio entorno.

### **DESGARROS.**

Fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

### **DERMIS.**

Sufijo que significa "Tejido o Piel".

### **DIABETES.**

Trastorno caracterizado por la excesiva excreción de orina. El exceso puede deberse a una deficiencia de hormona antidiurética (ADH).

**DIABETES MELLITUS.**

Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

**EPISTAXIS.**

Hemorragia nasal producida por la irritación local de las membranas mucosas, un estornudo violento, la fragilidad del epitelio o de las paredes arteriales.

**EQUIMOSIS.**

Cambio de color de una área cutánea o mucosa debido a extravación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo por traumatismos o fragilidad de los vasos subyacentes.

**ESPLECNECTOMIA FATICA.**

Estirpación quirúrgica del bazo. Estado de agotamiento o pérdida de fuerza tras la realización de una actividad física muy intensa o pérdida de la capacidad de los tejidos para responder a los estímulos que normalmente producen contracciones musculares u otras actividades.

**FRAGILIDAD.**

Sensibilidad para variar la presión osmótica característica de los hemáties.

**GINGIVITIS.**

Anomalia caracterizada por enrojecimiento tumefacción y hemorragia de las encías.

**GLOCOSURIA.**

Presencia anormal de glucosa en la orina como resultado de la ingestión de grandes cantidades de carbohidratos o como consecuen-

cia de una enfermedad renal como la Nefrosis o una enfermedad Metabólica como la Diabetes Mellitus.

**HENORRAGIA.**

Pérdida de una gran cantidad de sangre en un período de tiempo corto que puede ser interna o externa y puede ser arterial o venosa o capilar.

**HENATOCRITO.**

Medida de volumen de la fracción de hematíes de la sangre, expresado como porcentaje del volumen sanguíneo total.

**HEMATOLOGIA.**

Estudio médico científico de la sangre y los tejidos formadores de la misma.

**HIPOSODICA.**

Dieta en la que se restringe el consumo de cloruro sódico y otros componentes que contienen sodio como la levadura, soda, glutamato monosódico, citrato sódico y sulfato sódico.

**HIPOCALORICA.**

Dieta que se prescribe para limitar la ingestión de calorías casi siempre con la finalidad de reducir el peso corporal del paciente.

**HIPERGLUCEMIA.**

Elevación de la cantidad de la glucosa en sangre por encima de lo normal.

**IDIOPATICA.**

Enfermedad que no tiene causa conocida o aparente.

**NAUSEA.**

Sensación previa al vómito.

**PALIDEZ.**

Ausencia de color en la piel.

**PETEQUIAS.**

Mancha muy pequeña de color rojo o púrpura que aparece en la piel y corresponde a una hemorragia diminuta localizada en la dermis o las capas submucosas, su tamaño varía entre la punta y la cabeza de un alfiler.

**POLIDISPSIA.**

Sed excesiva producida por distintos trastornos, como la diabetes mellitus, en la cual la elevada concentración de glucosa en la sangre aumenta por un mecanismo osmótico, la excreción de líquidos por la orina, con la consiguiente hipovolemia y sed.

**POLIFAGIA.**

Deseo insaciable de comer que suele caracterizarse por episodios de ingestión continuada de alimentos seguidos por otros de depresión nerviosa y autodeprivación.

**POLIURIA.**

Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina. La poliuria puede deberse a la diabetes mellitus, diabetes insípida, administración de diuréticos, ingestión excesiva de líquidos, hipercalcemia, etc.

**PURPURA.**

Trastorno hemorrágico que se caracteriza por la presencia de hemorragias en los tejidos, especialmente bajo la piel o las membranas mucosas y que produce equimosis y petequias.

**PLAQUETAS.**

El menor de los elementos de la sangre tiene forma de disco y no

contiene hemoglobina, es esencial para la coagulación de la sangre y su cifra alcanza normalmente de 200.000 a 300.000 por  $\text{mm}^3$ .

**SINCOPE.**

Pérdida de conciencia de poca duración, debido a un episodio de hipoxia central transitoria.

**TRAUMATISMO.**

Lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una substancia tóxica.

**TROMBOCITOPENIA.**

Situación hematológica anormal en el que el número de plaquetas esta disminuido, debido a la destrucción de tejido eritrocítico en la médula ósea.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) BRUNNER-EMERSON. FERGUSON-Sudarth. Enfermería Médico-Quirúrgica 2da. Ed. Interamericana, México, pp.19.
- 2) GANONG William. Fisiología Médica. Ed. El Manual Moderno. México, 1982 pp. 660.
- 3) HARRISON. Medicina Interna. Ed. Interamericana. Mc. Graw. Hill. México, 1991 pp. 29.
- 4) MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque Clínico. Ed. Manual Moderno. México, 1983 pp. 326.
- 5) LESLIE. D. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1983 pp. 29.
- 6) LEAVELL. B.S. y THARUP. B.A. Fundamentos Clínicos de Hematología. Ed. 1971 pp. 13.
- 7) MERCK. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Ed. Interamericana, México, 1986 pp. 2310.
- 8) NORDARK. Medelyn. Bases Científicas de Enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1979 pp. 712.
- 9) RAPAPORT, S.I. Introducción a la Hematología. New York, Harper and Row, 1971 pp. 930-942.
- 10) PELAYO CORREA. Patología Clínica. La Prensa Médica Mexicana. México, pp. 190.
- 11) A. PEDRO PONS. P. FARREROS VALENTI. Patología y Clínica Médica. Salvat Editores S.A. 1989 - 1971. pp. 733-740.