



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea)
Volumen Especial Cuidado Integral y Atención Primaria en Enfermería 2026

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TROMBOCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**NURSING CARE FOR PATIENTS WITH
THROMBOCYTOPENIA: A CLINICAL CASE STUDY**

Apolo Avilés-Cristel Andrea
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Calderón Chávez-Liseth Amabilia
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Salvatierra Ávila-Linda Yovana
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.0.22879

Actuación de Enfermería en Paciente con Trombocitopenia: A Propósito de un Caso Clínico

Cristel Andrea Apolo Avilés¹

capolo3@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-6965-9631>

Universidad Técnica de Machala
Ecuador

Liseth Amabilia Calderón Chávez

lcalderon2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-3561-5327>

Universidad Técnica de Machala
Ecuador

Linda Yovana Salvatierra Ávila

lsalvatierra@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-5936-6427>

Universidad Técnica de Machala
Ecuador

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente adulta con trombocitopenia inmunitaria primaria complicada con accidente cerebrovascular isquémico, fundamentando el cuidado en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Desde este enfoque. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño de estudio de caso clínico, complementado mediante revisión de literatura científica. La búsqueda se realizó en bases de datos como Scopus, Web of Science, PubMed, SciELO, Latindex y Google Scholar, empleando descriptores DeCS y MeSH, operadores booleanos y filtros temporales para incluir artículos publicados entre 2020 y 2025. La valoración integral de enfermería permitió identificar necesidades prioritarias utilizando la taxonomía NANDA–NOC–NIC 2024–2026, destacándose diagnósticos como disposición para mejorar la autogestión de la salud, deterioro de la movilidad física y riesgo de hemorragia. El plan de cuidados se orientó a la educación sobre el proceso de enfermedad, prevención de complicaciones hemorrágicas y trombóticas, rehabilitación funcional y fortalecimiento de la participación familiar. Los resultados evidenciaron mejoría en la adherencia terapéutica, incremento de la independencia parcial en actividades de la vida diaria y mayor conocimiento sobre el manejo de su condición crónica. La aplicación de Orem permitió estructurar intervenciones parcialmente compensatorias y de apoyo-educativo, favoreciendo la recuperación funcional y la continuidad del cuidado domiciliario. Se concluye que el PAE basado en el autocuidado constituye una estrategia efectiva para optimizar la rehabilitación integral y la calidad de vida en pacientes neurológicos con alta complejidad clínica

Palabras clave: accidente cerebrovascular isquémico, autocuidado, enfermería, trombocitopenia inmunitaria primaria

¹ Autor principal.

Correspondencia: capolo3@utmachala.edu.ec

Nursing Care for Patients with Thrombocytopenia: A Clinical Case Study

ABSTRACT

The present study aimed to develop the Nursing Care Process in an adult patient with primary immune thrombocytopenia complicated by ischemic stroke, grounding care on Dorothea Orem's Self-Care Theory. From this perspective, care was approached comprehensively, recognizing the patient as an active participant in her recovery process. The research was conducted using a qualitative approach with a clinical case study design, complemented by a review of scientific literature. The search was performed in databases such as Scopus, Web of Science, PubMed, SciELO, Latindex, and Google Scholar, using DeCS and MeSH descriptors, Boolean operators, and temporal filters to include articles published between 2020 and 2025. Comprehensive nursing assessment allowed the identification of priority needs using the NANDA–NOC–NIC 2024–2026 taxonomy, highlighting diagnoses such as readiness for enhanced health self-management, impaired physical mobility, and risk for bleeding. The care plan focused on education regarding the disease process, prevention of hemorrhagic and thrombotic complications, functional rehabilitation, and strengthening family participation. Results demonstrated improved therapeutic adherence, increased partial independence in activities of daily living, and greater knowledge regarding management of the chronic condition. The application of Orem's model enabled the structuring of partially compensatory and supportive-educative interventions, promoting functional recovery and continuity of home-based care. It is concluded that a self-care-based Nursing Care Process represents an effective strategy to optimize comprehensive rehabilitation and quality of life in neurological patients.

Keywords: ischemic stroke, self-care, nursing, primary immune thrombocytopenia

Artículo recibido 15 enero 2026

Aceptado para publicación: 15 febrero 2026



INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia se considera un desorden hematológico, nombrado actualmente como Trombocitopenia Inmune (PTI), dejando a un lado el antiguo nombre de Púrpura Trombocitopénica idiopática. El término "idiopática" implicaba que la causa de la enfermedad era desconocida. Sin embargo, con el avance en la comprensión de la enfermedad, se identificó que el mecanismo principal involucrado era de naturaleza inmunológica, es decir, el sistema inmunológico del cuerpo ataca a sus propias plaquetas. (Buitrago et al., 2023).

Por lo tanto, la trombocitopenia inmunitaria primaria es un trastorno autoinmunitario caracterizado por la destrucción acelerada de plaquetas mediada por autoanticuerpos, principalmente inmunoglobulina G, asociada además a una producción plaquetaria inadecuada, por otra parte, basándose en la evolución se considera persistente entre tres a doce meses, y crónica cuando va por encima de los 12 de meses del proceso de la patología (Zitek et al., 2022).

La causa de trombocitopenia inmunitaria primaria puede presentarse como enfermedad primaria sin causa identificable o asociarse a medicamentos, infecciones virales, enfermedades autoinmunitarias, neoplasias hematológicas y trastornos inmunológicos. Su fisiopatología implica un desequilibrio entre la destrucción periférica acelerada de plaquetas y una producción insuficiente en la médula ósea, lo que condiciona la gravedad clínica y el riesgo hemorrágico (Pérez y Castellon, 2024).

Conllevando una disminución progresiva de plaquetas en la sangre periférica, manifestando la púrpura, sangrado mucocutáneo y un riesgo variable con hemorragias graves. Su diagnóstico es de exclusión y se presenta con valores normales de leucocitos y hemoglobina, lo que distingue de otras causas secundarias en relación con medicamentos, enfermedades autoinmunes, infecciones virales o neoplasias. La trombocitopenia grave es menos de 20.000 plaquetas/ μ L, donde se asocia con un incremento notable del riesgo de sangrado clínicamente significativo (Prietas et al., 2024).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, autores como Al-Samkari (2024), Martínez-Carballeira et al (2024) y Madkhali (2024), concuerdan que el cuadro clínico frecuente son petequias, púrpura cutánea, epistaxis, Sangrado cutáneo-mucoso, fatiga asociada al sangrado crónico, hemorragias gastrointestinales.



El diagnóstico se establece con plaquetas $<100.000/L$ y, aunque muchos pacientes pueden estar asintomáticos, hasta dos tercios presentan sangrado, especialmente cuando las plaquetas descienden por debajo de $20.000\text{--}30.000/L$.

En la misma línea, Hernández-Velázquez et al. (2021), señalan que la sintomatología es heterogénea y depende de la magnitud del descenso plaquetario. Algunos pacientes permanecen asintomáticos, mientras que otros presentan petequias, equimosis, hematomas, epistaxis, gingivorragia, melena, hematuria o menorragia. En situaciones severas pueden ocurrir hemorragias espontáneas que comprometen órganos vitales, incluyendo el sistema nervioso central, aunque esto ocurre en un porcentaje mínimo (0,1–0,5 %).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el manejo de la trombocitopenia inmunitaria primaria debe basarse principalmente en la gravedad del sangrado más que en el recuento plaquetario (OMS, 2023). Asimismo, recomienda iniciar tratamiento ante hemorragias mucocutáneas, gastrointestinales u orgánicas, mientras que en pacientes sin sangrado se puede optar por observación vigilada para evitar intervenciones innecesarias. Asimismo, considera que los pacientes con menos de 10.000 plaquetas/ μL presentan el mayor riesgo de hemorragias potencialmente mortales, destacando la importancia del monitoreo estrecho y la valoración clínica integral (Bekadja et al., 2024).

En la práctica clínica, la trombocitopenia inmunitaria primaria es una causa frecuente de consulta, especialmente en servicios de emergencia y hematología. Se recomienda hospitalizar a los pacientes con diagnóstico inicial cuando existe riesgo de sangrado o recuentos inferiores a $20.000/mm^3$. Aunque la mayoría de los casos tiene evolución benigna, la presencia de hemorragias significativas exige medidas preventivas y un abordaje terapéutico oportuno. Estudios recientes evidencian que la enfermedad puede detectarse de manera incidental en exámenes de laboratorio o manifestarse con hemorragias leves a moderadas; sin embargo, un pequeño porcentaje evoluciona a formas graves que pueden comprometer órganos vitales (Pérez y Castrellon, 2024).

Para el tratamiento de la trombocitopenia está basado en aumentar el recuento plaquetario y reducir el riesgo de sangrado, siempre individualizado, dependiendo de los síntomas, gravedad y comorbilidades de cada paciente.



Las terapias de primera línea incluyen principalmente corticosteroides (como prednisona o dexametasona) y inmunoglobulina Intravenosa, usadas para elevar rápidamente las plaquetas, sobre todo en situaciones de sangrado o previo a procedimientos. Las terapias de segunda línea comprenden los agonistas del receptor de trombopoyetina, que estimulan la producción de plaquetas. Además, en pacientes con trombocitopenia con alto riesgo de trombosis, puede ser necesario el uso cuidadoso de anticoagulación o terapia antiplaquetaria, ajustando el tratamiento al recuento plaquetario y al balance entre riesgo hemorrágico y trombótico (Lambert et al., 2024).

La incidencia mundial en los estudios clínicos de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, menciona que en adultos es de alrededor de 3,3 casos por 100.000 habitantes al año, y la prevalencia crónica varía entre 9,5 y 23 por 100.000. En Europa se reportan 2,68 casos por 100.000 adultos y en Estados Unidos 1,6 casos. En Cuba, aunque la información es limitada, la mortalidad es baja, pero aumenta con la edad y las comorbilidades, afectando la calidad de vida del paciente (Hernández-Velázquez et al., 2021). En población pediátrica, establece que la incidencia varía entre 1 y 6,4 casos por 100.000 niños, siendo más frecuente entre los 2 y 5 años, y un 25 % evoluciona a formas crónicas en edad escolar o adolescente (Prietas et al., 2024).

Otro estudio realizado nos indica que la incidencia anual se estima entre 1,9 y 6,4 casos por 100.000 niños. En la población adulta, la enfermedad es más frecuente en mujeres, y su incidencia aumenta progresivamente con la edad. Estudios en el Reino Unido, Francia, Taiwán y Corea reportaron tasas de 3,03–6,0/100.000 personas-año en mujeres y 2,3–4,5/100.000 en hombres, alcanzando su pico entre los 60 y 84 años. Datos de Dinamarca, Suecia y Noruega muestran una proporción similar, con 57,8 % de pacientes mujeres y mayor incidencia de crónica en personas ≥ 70 años. Con frecuencia, los pacientes son asintomáticos y la enfermedad se detecta de manera incidental mediante análisis de sangre rutinarios. En otros casos, el diagnóstico ocurre tras hemorragias moderadas o, en raras ocasiones, graves (Bekadja et al., 2024) .

En Latinoamérica, particularmente en países como Colombia, Perú, Cuba, Bolivia y México, los trastornos trombocitopénicos se manifiestan con frecuencia mediante petequias, equimosis, epistaxis y hematuria, y aunque la hemorragia intracraneal es poco común, puede presentarse en alrededor del 0,5 % de los niños con trombocitopenia severa.



Se señala que la púrpura trombocitopénica idiopática, aunque infrecuente en la región, se ha reportado en menores de 5 años con estas mismas manifestaciones, causando hemorragia intracraneal en los casos más graves (Demera-Chica et al., 2025).

En Ecuador, en 2023, se documentó el caso de un niño de 11 años con equimosis, trombocitopenia severa (<9.000 plaquetas/ μL) y alteraciones en los tiempos de coagulación, lo que evidenció un alto riesgo hemorrágico; el estudio determinó que la condición se originó por la destrucción inmunomediada de plaquetas por macrófagos esplénicos activados por anticuerpos antiplaquetarios (Demera-Chica et al., 2025).

La trombocitopenia es una condición compleja que requiere un enfoque interprofesional, incluyendo enfermería especializada, médicos y farmacéuticos, para lograr un manejo integral (Jinna y Khandhar, 2025). Los cuidados de enfermería son esenciales para la detección temprana de hemorragias, la administración del tratamiento, la educación del paciente y su familia, y el apoyo emocional. La vigilancia de signos como petequias, equimosis y sangrados, junto con la orientación sobre autocuidado y adherencia terapéutica, contribuye a prevenir complicaciones y fortalecer la seguridad del paciente. Además, la individualización del plan de cuidados promueve un manejo humanizado, optimiza los resultados terapéuticos y mejora la calidad de vida. Por su rol de primer contacto, el personal de enfermería cumple una función clave en el seguimiento clínico y la prevención de complicaciones en pacientes con trombocitopenia (García et al., 2024).

El artículo realizado por los autores de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, evidencia que la teoría de Dorothea Orem ofrece un marco conceptual sólido y flexible para el diseño de intervenciones de enfermería, demostrando su aplicabilidad en diferentes contextos culturales, niveles de atención y grupos etarios. Se destaca que las intervenciones más efectivas son aquellas que incluyen una evaluación sistemática de los déficits de autocuidado, el desarrollo de programas educativos estructurados, la implementación de sistemas de apoyo progresivos y la participación de la familia, elementos esenciales para el diseño y éxito de programas fundamentados en esta teoría (Tipan-Tasipanta et al., 2024).

La teoría de Dorotea Orem contempla tres subteorías de rango medio relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, que describe y explica por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas; teoría del déficit



de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas, y la teoría del sistema de enfermería que describe y explica las relaciones que hay que mantener (Morales et al., 2024). Con lo anteriormente descrito, el objetivo del estudio es desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente adulta con trombocitopenia inmunitaria primaria complicada con accidente cerebrovascular isquémico, fundamentando el cuidado en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. El plan aborda sus necesidades físicas, emocionales, educativas y sociales, fomenta su participación y el apoyo familiar, mejorando su calidad de vida y sirviendo como referente para casos similares. La pregunta central es: ¿Qué intervenciones de enfermería, según Orem, favorecen el autocuidado y el apoyo familiar para prevenir complicaciones y lograr una recuperación integral?

METODOLOGÍA

Esta investigación se enmarcó en el desarrollo de caso clínico de enfermería con un enfoque cualitativo, diseño descriptivo utilizando como diseño metodológico una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de analizar el proceso de atención de enfermería (PAE) en paciente de sexo femenino, 44 años, soltera, con antecedentes de migrañas desde la adolescencia y sin historial familiar de patologías hematológicas diagnosticado de trombocitopenia desde la perspectiva de la teoría de Dorothea Orem. Este tipo de estudio permite reunir, evaluar y sintetizar de forma rigurosa la evidencia disponible sobre un tema específico, promoviendo la construcción teórica y la mejora de la práctica clínica.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos científicas como Scopus, Web Of Science, PubMed, Scielo, Latindex y Google Scholar, empleando descriptores DEC y MESH como “enfermería”, “proceso de atención de enfermería”, “trombocitopenia” y “autocuidado”. Se aplicaron operadores booleanos (AND, OR) y filtros de tiempo para seleccionar artículos publicados entre 2020 y 2025, lo que garantiza la actualidad de los hallazgos. Se emplearon técnicas de observación directa para identificar factores clínicos, funcionales y psicosociales relevantes, lo que permitió orientar las intervenciones de enfermería mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la aplicación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Se incluyeron artículos originales, revisiones o estudios de caso publicados en español o inglés, que abordaran el cuidado de enfermería en pacientes con trombocitopenia e incluyeran teorías de enfermería o mencionaran modelos conceptuales aplicados.



Se excluyeron aquellos documentos que no contaran con revisión por pares, los artículos duplicados o sin acceso completo al texto, así como las investigaciones centradas exclusivamente en aspectos médicos sin intervención o participación del personal de enfermería. Estos criterios garantizaron la validez del contenido y la pertinencia de las fuentes, fortaleciendo la fiabilidad de los resultados analizados.

En cuanto al rigor ético, la investigación respetó los principios éticos de integridad científica, confidencialidad y uso adecuado de la información, conforme a la Declaración de Helsinki y los lineamientos establecidos por el Comité de titulación de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala. Al tratarse de un caso clínico, se involucraron directamente sujetos humanos, el cual se procedió a realizar y firmar el consentimiento informado, y se aseguró que todas las fuentes incluidas respetaran los derechos de los participantes en sus respectivos estudios.

Además, se evitó cualquier forma de plagio o sesgo de selección mediante la declaración explícita de autores y fuentes, promoviendo así la transparencia, reproducibilidad y ética académica en todo el proceso investigativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Paciente femenina de 44 años, soltera, vive con sus padres, dedicada a actividades domésticas y residente de Machala, Ecuador. Es llevada a consulta el 24 de agosto de 2020 por un cuadro progresivo de debilidad del hemicuerpo izquierdo, dificultad en la articulación del habla y disminución de la visión. Su estado basal previo era completamente independiente, sin limitaciones funcionales. El motivo de consulta refleja una afectación neurológica de instalación aguda, lo que orienta de inicio hacia un posible evento cerebrovascular, confirmado posteriormente, mediante la anamnesis realizada se evidencia que la paciente refiere que, antes del evento cerebrovascular, empezó con dolor en la pierna izquierda, seguido de debilidad en el brazo izquierdo, lo que dificultaba sostener objetos y realizar sus actividades cotidianas, además presencia de pequeños moretones que se presentaban sin causa aparente, refiere familiar.

El cuadro progresó hasta presentar un episodio súbito de inmovilidad del hemicuerpo izquierdo asociado a afasia, situación que generó alarma en la familia y motivó la consulta inmediata a los servicios de emergencia.



Durante su valoración inicial se evidenció trombocitopenia inmunitaria primaria mediante hemograma, lo que requirió hospitalización y vigilancia estrecha por el elevado riesgo de complicaciones. En el contexto de este trastorno hematológico evolucionó hacia un accidente cerebrovascular isquémico, que dejó secuelas motoras, sensoriales y del lenguaje. A partir del evento, se mantiene en seguimiento clínico continuo, con abordaje interdisciplinario y terapias de rehabilitación.

Dentro de su historial médico destaca una trombocitopenia inmunitaria primaria previamente diagnosticada, condición inmunomediada que afecta el conteo plaquetario y la coagulación. Posteriormente presentó un accidente cerebrovascular isquémico, con afectación persistente en movilidad, lenguaje y percepción visual. En semanas recientes ha experimentado episodios convulsivos que se encuentran actualmente en manejo con valproato. Asimismo, reporta hipertensión leve previamente diagnosticada y controlada con fármacos antihipertensivos.

La paciente cuenta con esquema de vacunación completo según las indicaciones del sistema nacional de salud. No reporta alergias conocidas ni antecedentes de exposición a tóxicos, consumo de alcohol, tabaco o drogas. Antes del evento neurológico llevaba un estilo de vida activo e independiente, gestionando por sí misma todas sus actividades domésticas y autocuidado, sin necesidad de asistencia. Luego del evento sucedido y recibir tratamiento hospitalizada, paciente actualmente es cuidada por sus padres, quienes cuentan con antecedentes por parte de su madre de hipertensión arterial y diabetes mellitus, mientras que el padre con ceguera desde hace 8 años más o menos, cabe recalcar que sus padres son adultos mayores, con dificultad la madre cuida de su esposo y aun así está a cargo de su hija con la enfermedad actual.

La paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico con losartán para la hipertensión arterial, ácido fólico como suplemento hematológico y valproato para el control de las convulsiones. De forma complementaria, asiste a consultas médicas periódicas con hematología, neurología y medicina general. Además, participa activamente en sesiones de fisioterapia para mejorar la fuerza, la coordinación y la marcha, junto con terapia del lenguaje para abordar las dificultades expresivas y articulatorias derivadas del accidente cerebrovascular.

Durante la evaluación al examen físico se registraron signos vitales dentro de rangos estables: presión arterial de 112/67 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura



de 36,5 °C y saturación de oxígeno del 98 %. Estos parámetros sugieren estabilidad hemodinámica y respiratoria a pesar del compromiso neurológico. La paciente se encuentra consciente y parcialmente orientada. La comunicación es limitada debido a una afasia leve, por lo que utiliza palabras sueltas, frases cortas y apoyo gestual para complementar la expresión verbal. En la evaluación neurológica se evidencia hemiplejía izquierda, disartria y un déficit visual correspondiente al hemisferio izquierdo. La movilidad del lado afectado es notablemente reducida, lo que condiciona dependencia funcional. En la exploración musculoesquelética se observa disminución de la fuerza muscular en las extremidades izquierdas, alteración de la marcha con apoyo y patrón inestable. La paciente presenta dependencia parcial para actividades como el baño, el vestido y la alimentación, aunque conserva motivación y capacidad de colaboración terapéutica, lo que favorece el pronóstico funcional en su proceso de rehabilitación.

Al diagnóstico clínico detallado por el médico tratante presenta trombocitopenia inmunitaria primaria, accidente cerebrovascular isquémico con secuelas persistentes, trombocitosis secundaria con alto riesgo trombotico, trastornos del lenguaje (afasia y disartria), convulsiones en manejo y antecedentes de hipertensión arterial leve. Previo al evento cerebrovascular, la paciente mantenía una vida independiente, activa y sin restricciones funcionales. Tras el accidente, su madre ha asumido el rol de cuidadora principal, reorganizando las dinámicas familiares y dedicando esfuerzos a su asistencia diaria, acompañamiento a terapias, administración de medicamentos y soporte emocional. A pesar de los cambios en su autonomía, la paciente conserva una actitud positiva, motivación y adherencia a su proceso de tratamiento y rehabilitación, factores que influyen favorablemente en su recuperación.

En conjunto, se trata de una paciente adulta con antecedente hematológico que evolucionaron hacia un accidente cerebrovascular isquémico, desarrollando secuelas neurológicas motoras, sensoriales y del lenguaje. Su situación clínica actual requiere manejo interdisciplinario continuo, rehabilitación intensiva y apoyo familiar permanente para optimizar su funcionalidad, prevenir complicaciones y favorecer su recuperación integral.



Tabla 1. Identificación de los metaparadigmas de la teoría de Autocuidado con el paciente

Sistema de enfermería (OREM)	Definición teórica	Evidencia en el caso	Aplicación clínica	Predominio
Parcialmente compensatorio	Paciente y enfermería/familia comparten el cuidado	Dependencia parcial para higiene, vestido, alimentación y movilidad	Madre y equipo sanitario apoyan actividades mientras la paciente participa activamente	Alto(sistema predominante)
Apoyo-educativo	Paciente puede aprender y ejecutar autocuidado con orientación	Participa en fisioterapia, terapia del lenguaje y adherencia farmacológica	Educación continua para recuperar independencia	Moderado

Nota. Elaboración propia

Tabla 2. Datos de laboratorio

Examen	Parámetro	Valores de referencia	Valor obtenido	Interpretación clínica
Hemograma	Hemoglobina	14.0 – 17.5 g/dL	14.70 g/dL	Valores conservados, sin evidencia de anemia
	Hematócrito	36.0 – 45.0 %	37.60 %	Dentro de rango normal
	Hematíes	4 100 000 – 5 100 000 mm ³	4 200 000 mm ³	Serie roja conservada
	Volumen Corpuscular Medio (VCM)	80 – 96 fL	104 fL	Elevado, compatible con macrocitosis
	RDW	12 – 15 %	18 %	Elevado, anisocitosis eritrocitaria
	Leucocitos	4 400 – 11 300 mm ³	3 370 mm ³	Leucopenia
	Plaquetas	150 000 – 450 000 mm ³	95 000 mm ³	Trombocitopenia moderada
Pruebas de Coagulación	Tiempo de Protrombina (TP)	11 – 14 s	11.90 s	Conservado
	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)	25 – 35 s	33.00 s	Conservado
	INR	2 – 3	1.79	Levemente elevado
	Dímero D	0 – 250 ng/mL	270.00 ng/mL	Elevado, sugiere activación trombótica

Nota. Elaboración propia



Plan de Cuidados Estandarizado

Tabla 3. Plan de cuidados para el paciente

Diagnóstico de enfermería	Plan de cuidados de enfermería				
	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado:	Indicadores:	Escalas de medición	Puntación inicial	Puntación alcanzada
Dominio 1. Promoción de la salud Clase 2. Gestión de la salud. Código de diagnóstico [00293]. Disposición para mejorar la autogestión de la salud M/P Deseos de mejorar la aceptación de la condición y Deseos de mejorar el compromiso con la atención de seguimiento	Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud NOC: [1602] Conducta de favorecimiento de la salud	[160201] Utiliza conductas para evitar los riesgos	. Nunca demostrado . Raramente demostrado . A veces demostrado . Frecuentemente demostrado	3	5
		[160207] Realiza conductas saludables de forma rutinaria	. Siempre demostrado	2	5
Clasificación de las intervenciones de enfermería					
Intervención de enfermería: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad					
Dominio: 3. Conductual			Clase: (S) Educación de los pacientes		
Actividades					
Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda					

Nota. Elaboración propia basados en la taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026



Tabla 4. Plan de cuidados para el paciente

Diagnóstico de enfermería	Plan de cuidados de enfermería				
	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado:	Indicadores:	Escalas De Medición	Puntuación Inicial	Puntuación Alcanzada
Dominio 7. Relación de roles Clase 1. Roles de cuidado. Código de diagnóstico [00085] Deterioro de la movilidad física R/C Disminución del control muscular M/P Alteración de la marcha y Trastornos neurocognitivos (Hemiplejía izquierda), Movimientos lentos y Movimiento descoordinado de las extremidades	Dominio: 1 Salud funcional Clase: D Autocuidado NOC: [0300] Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD)	[030020] Deambulación	Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado	2	5
		[030021] Movilidad en silla de ruedas	Frecuentemente demostrado Siempre demostrado	2	5
Clasificación de las intervenciones de enfermería					
Intervención de enfermería: [1800] Ayuda con el autocuidado					
Dominio: 1 Fisiológico: básico			Clase: F Facilitación del autocuidado		
Actividades					
Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria Proporcionar herramientas que ayuden en las actividades cotidianas Proporcionar técnicas de mejora cognitiva Establecer una rutina para las actividades de autocuidado y ayudar con las actividades, según sea necesario. Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o está disminuyendo, y responder a los cambios en consecuencia. Monitorizar la capacidad de autocuidado independiente. Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.					

Nota. Elaboración propia basados en la taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026

Tabla 5. Plan de cuidados para el paciente

Diagnóstico de enfermería	Plan de cuidados de enfermería				
	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
Dominio 11. Seguridad / protección Clase 2. Lesión física Código de diagnóstico [00206]. Riesgo de hemorragia R/C trombocitopenia inmunitaria primaria y recuento plaquetario disminuido.	Resultado:	Indicadores:	Escalas de medición	Puntuación inicial	Puntuación alcanzada
		Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos sobre salud (S) NOC: [1845] Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante	[184518] Riesgo de sangrado	Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado	2
		[184524] Estrategias para evitar lesiones físicas	Conocimiento sustancial Conocimiento extenso	4	5
Clasificación de las intervenciones de enfermería					
Intervención de enfermería: [4010] Prevención de hemorragias					
Campo: 2. Fisiológico: complejo			Clase: (N)Control de la perfusión tisular		
Actividades					
Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias. Ordenar al paciente que deambula que calce zapatos. Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal. Evitar levantar objetos pesados. Indicar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes. Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el traumatismo cutáneo. Evitar el estreñimiento (fomentar la ingesta de líquidos y laxantes), según corresponda. Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.					

Nota. Elaboración propia basados en la taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026

El presente caso clínico expone una situación de alta complejidad clínica, caracterizada por la coexistencia poco frecuente entre trombocitopenia inmunitaria primaria (PTI) y un accidente cerebrovascular isquémico, escenario que representa un desafío diagnóstico y terapéutico tanto médico como de enfermería. Aunque la PTI se asocia clásicamente con riesgo hemorrágico, la paciente evolucionó hacia un evento trombótico cerebral, fenómeno descrito recientemente en la literatura como una paradoja fisiopatológica emergente.



En conjunto, los resultados confirman que un plan de cuidados basado en la teoría de Orem y estructurado con NANDA–NIC–NOC favorece la recuperación integral, mejora la autonomía funcional y fortalece el apoyo familiar. Aunque es un estudio de caso, los hallazgos coinciden con la evidencia actual que destaca la importancia del enfoque interdisciplinario, la educación sanitaria y el acompañamiento familiar en pacientes con condiciones hematológicas complejas y secuelas neurológicas.

En comparación con nuestro caso, diversos estudios recientes han demostrado que los pacientes con PTI no solo presentan complicaciones hemorrágicas, sino también un incremento inesperado del riesgo trombótico, asociado a activación plaquetaria residual, inflamación sistémica y tratamientos inmunomoduladores. Un estudio multicéntrico europeo evidenció que pacientes con PTI presentan mayor incidencia de eventos tromboembólicos arteriales, incluyendo ictus isquémico, incluso con conteos plaquetarios bajos (Tariq et al., 2024). Coincide con nuestro caso el hecho de que la paciente desarrolló un accidente cerebrovascular pese a la trombocitopenia moderada documentada.

A diferencia de lo reportado tradicionalmente, donde el enfoque clínico se centra prioritariamente en prevenir sangrados, investigaciones recientes indican que la PTI genera un estado protrombótico compensatorio mediado por micropartículas plaquetarias y disfunción endotelial (Neunert et al., 2020). Este hallazgo permite interpretar el aumento del dímero D observado en la paciente como marcador de activación trombótica activa, explicando la evolución hacia isquemia cerebral. Por tanto, el caso evidencia la necesidad de que enfermería integre simultáneamente la vigilancia del riesgo hemorrágico y trombótico, evitando una visión unidimensional del trastorno hematológico.

Contrasta con reportes donde el accidente cerebrovascular asociado a PTI ocurre predominantemente en adultos mayores con múltiples comorbilidades cardiovasculares (Frol et al., 2023), ya que la paciente tenía 44 años y un estado funcional previo independiente. Esto convierte al caso en clínicamente relevante, pues muestra cómo la interacción entre enfermedad autoinmune, hipertensión leve y alteraciones hematológicas puede precipitar eventos neurológicos graves en población relativamente joven.

Otro aspecto diferencial radica en la progresión clínica. En comparación con series clínicas recientes sobre ictus isquémico, donde la instauración suele ser súbita, en este caso existieron manifestaciones



prodrómicas como dolor en extremidad inferior y aparición de equimosis espontáneas. Hallazgos similares han sido descritos por Dong et al. (2023), quienes señalan que síntomas sistémicos previos pueden reflejar inestabilidad hematológica y riesgo tromboinflamatorio previo al evento cerebral.

Desde la perspectiva de enfermería, el aporte principal del caso no radica únicamente en la coexistencia de patologías, sino en la aplicación práctica del Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem durante la transición de independencia funcional a dependencia parcial. Coincide con investigaciones recientes en rehabilitación neurológica que demuestran que los sistemas parcialmente compensatorios favorecen la recuperación funcional tras ictus cuando el paciente mantiene capacidad cognitiva y motivación terapéutica (Yip, 2021)

El modelo de Orem resultó particularmente adecuado debido a que la paciente no presentaba incapacidad total, sino un déficit de autocuidado secundario a limitaciones motoras y del lenguaje, situación ideal para implementar un sistema parcialmente compensatorio combinado con apoyo-educativo (Hellqvist, 2021). A diferencia de modelos centrados exclusivamente en la rehabilitación física, Orem permitió integrar dimensiones físicas, emocionales y familiares del cuidado, fortaleciendo la participación de la paciente y reduciendo la dependencia absoluta (Rojas y Guarate, 2025).

En el estudio de cohorte realizado en dos instituciones de tercer nivel de Antioquia, Buitrago-Naranjo y colaboradores describen que alrededor del 65 % de los adultos evolucionan a formas persistentes o crónicas de TIP, con claro predominio femenino y asociación con mayor tiempo de evolución sintomática antes del diagnóstico, lo que permite construir modelos pronósticos de cronicidad (Buitrago et al., 2023).

En comparación con estudios sobre autocuidado post-ictus, donde el cuidador suele asumir el control total del proceso (Tanaka, 2022), en este caso se evidencia una evolución positiva hacia la participación progresiva de la paciente en actividades de la vida diaria. La mejoría en los indicadores NOC demuestra de forma concreta el impacto del modelo, evidenciando incremento en conductas saludables, adherencia terapéutica y movilidad funcional. Esto confirma que la educación terapéutica enfermera constituye un elemento determinante en la recuperación neurológica y prevención de complicaciones secundarias (Nasiri et al., 2023).



Finalmente, desde una perspectiva más reciente y centrada en la persona, Maitland et al. (2024) proponen un modelo de atención centrado en el paciente con este problema, en el que la toma de decisiones compartida y la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud son componentes esenciales del manejo. Este enfoque coincide plenamente con nuestro estudio, donde la participación de la paciente y de su familia en la planificación del cuidado, la educación continua y el refuerzo del autocuidado constituyen ejes fundamentales.

No obstante, el presente estudio presenta limitaciones. Se trata de un único caso clínico, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse a toda la población con trombocitopenia inmunitaria primaria. Además, no se dispone de seguimiento funcional a largo plazo que permita evaluar la sostenibilidad del autocuidado ni la recurrencia de eventos trombóticos o hemorrágicos. Estas limitaciones, lejos de restar valor, resaltan la necesidad de futuras investigaciones longitudinales desde enfermería clínica y rehabilitación neurológica.

En síntesis, los estudios revisados confirman que la trombocitopenia inmune primaria en adultos es una enfermedad de curso frecuentemente crónico, con riesgo simultáneo de hemorragia y eventos trombóticos, que puede complicarse con cuadros graves y refractarios. La combinación de evidencia epidemiológica, terapéutica y centrada en el paciente respalda las decisiones de cuidado adoptadas en nuestra investigación y subraya la relevancia del rol de enfermería en la vigilancia clínica, la educación terapéutica, la prevención de complicaciones y el fortalecimiento del autocuidado familiar en escenarios complejos como el de nuestra paciente.

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fundamentado en el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem resultó efectiva para abordar las necesidades biopsicosociales de la paciente, permitiendo fortalecer progresivamente su capacidad de autocuidado, mejorar la funcionalidad en las actividades de la vida diaria y favorecer la participación en su proceso de rehabilitación neurológica. Además, la educación terapéutica dirigida a la paciente y a su familia constituyó un elemento determinante del cuidado, ya que permitió el reconocimiento oportuno de signos de alarma, la correcta administración del tratamiento farmacológico y la adopción de conductas preventivas frente al riesgo hemorrágico y trombótico, fortaleciendo la seguridad clínica.



No obstante, el seguimiento domiciliario continuo y el acompañamiento interdisciplinario contribuyeron significativamente a la adherencia terapéutica, optimizando la continuidad del cuidado, la asistencia regular a terapias de rehabilitación y la adaptación familiar ante la nueva condición de dependencia parcial.

Finalmente, un enfoque integral de enfermería, centrado en la persona, la familia y el entorno, permitió prevenir complicaciones secundarias asociadas a la trombocitopenia inmunitaria primaria y al accidente cerebrovascular isquémico, evidenciando el impacto del cuidado enfermero estructurado en la recuperación funcional y en la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Samkari, H. (2024). 2025 update on clinical trials in immune thrombocytopenia. *Am J Hematol*, 99(11), 2178-2190. <https://doi.org/10.1002/ajh.27448>
- Bekadja, M., Bradai, M., Hamdi, S., Boudjerra, N., Saidi, M., Grifi, F., & Saidi, D. (febrero de 2024). Epidemiology and Management of Immune Thrombocytopenia in Adult Patients in Algeria: A Non-interventional, Longitudinal, Nationwide Estimation Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Biology*, 9(1), 21-29. <https://doi.org/10.31557/apjcb.2024.9.1.21-29>
- Buitrago, L., Gutierrez, J., Cobaleda, S., & Cañas, J. (2023). Immune thrombocytopenia in adults: Epidemiology, clinical course, prognostic factors in two third level institutions of Antioquia, 2012-2018: Cohort follow-up study. *Revista Colombiana de Reumatología*, 30(3), 222-229. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.11.002>
- Demera-Chica, A., Chilán-Santana, C., Lino-Villacreses, W., & Fernández-Estrada, J. (2025). Factores Desencadenantes, Manejo Clínico y Diagnóstico de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática en Infantes: Revisión Sistemática. *Erevna Research Reports*, 3(2), e2025015. <https://doi.org/10.70171/qh1gx816>
- Dong, Y., Xia, Z., Zhou, J., Hu, Y., Yue, M., & Wang, Y. (2023). Risk of thrombotic events in immune thrombocytopenia patients treated with thrombopoietic agents: a systematic review and meta-analysis. *Thromb J*, 21(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12959-023-00509-z>



- Frol, S., Pretnar, O., Šabovič, M., Kermer, P., & Sever, M. (2023). Treatment of Acute Ischaemic Stroke and Concomitant Multiple Arterial Splanchnic Thromboses in a Patient with Immune Thrombocytopenia on Thrombopoietin Agonist: A Case Report. *Neurology International*, 15(3), 1191-1199. <https://doi.org/10.3390/neurolint15030074>
- García, L., Cámara, R., Díaz, P., Estepa, A., Pérez, A., & Martín, S. (2024). Cuidados de enfermería en la púrpura trombocitopénica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(9). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10112129>
- Hellqvist, C. (2021). Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions—A Proposed Model to Guide Clinical Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2223. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>
- Hernández-Velázquez, F., Fernández-Sarmiento, D., Santiesteban-Rodríguez, B., & Pizarro-Hechevarría, R. (2021). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados con púrpura trombocitopénica inmune en el Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”. *Revista 16 De Abril*, 60(281), e1532. https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1532
- Jinna, S., & Khandhar, P. (2025). *Thrombocytopenia*. StatPearls: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542208/>
- Lambert, C., Maitland, H., & Ghanima, W. (2024). Risk-based and individualised management of bleeding and thrombotic events in adults with primary immune thrombocytopenia (ITP). *Eur J Haematol*, 112(4), 504-515. <https://doi.org/10.1111/ejh.14154>
- Madkhali, M. (2024). Recent advances in the management of immune thrombocytopenic purpura (ITP): A comprehensive review. *Medicine*, 103(3), e36936. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036936>
- Maitland, H., Lambert, C., & Ghanima, W. (2024). Patient-centric care in primary immune thrombocytopenia (ITP): shared decision-making and assessment of health-related quality of life. *Hematology*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/16078454.2024.2375177>
- Martínez-Carballeira, D., Benardo, A., Caro, A., Soto, I., & Gutiérrez, L. (2024). Pathophysiology, Clinical Manifestations and Diagnosis of Immune Thrombocytopenia: Contextualization from



- a Historical Perspective. *Hematology Reports*, 16(2), 204-219.
<https://doi.org/10.3390/hematolrep16020021>
- Morales, I., Lemos, E., & De León, N. (junio de 2024). Aplicación de la teoría de Dorothea oren, en la atención domiciliaria estudio de familia. *Enfoque*, 35(31), 67-83.
<https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a5254>
- Nasiri, M., Jafari, Z., Rakhshan, M., Yarahmadi, F., Zonoori, S., Akbari, F., . . . Amirmohseni, L. (2023). Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Int Nurs Rev*, 70(1), 59-77.
<https://doi.org/10.1111/inr.12808>
- Neunert, C., Terrell, D., & Arnold, D. (2020). American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*, 3(23), 3829-3866.
<https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2019001380>
- OMS. (2023). *Organización Mundial de la Salud*. Orientaciones para el manejo clínico de casos de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT) tras la vacunación contra la COVID-19:
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-TTS-2021.1>
- Pérez, F., & Castellon, R. (julio de 2024). Trombocitopenia inmune. *Revista Médico Científica UNACHI*, 1(2), 65-72. <https://doi.org/10.59722/rmcu.v1i2.776>
- Prietas, N., Gupta, N., Justiz, A., & Pearson, A. (2024). *Trombocitopenia inmunitaria*. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562282/>
- Rojas, A., & Guarate, Y. (2025). Teoría de Dorothea Orem en un paciente con enfermedad renal crónica: relatos de vida. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 5(1), 495-503.
<https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.754>
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum*, 57(3), 480-485.
<https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- Tariq, Z., Qadeer, M., Zahid, K., Cherepkova, E., & Olzhay, S. (2024). Immune Thrombocytopenia: Immune Dysregulation and Genetic. *Front. Biosci*, 29(10), 342.
<https://doi.org/10.31083/j.fbl2910342>



- Tipan-Tasipanta, A., Urrutia-Viteri, A., Balseca-Álvarez, S., & Gómez-Martínez, N. (diciembre de 2024). La teoría de autocuidado Orem en la independencia del paciente. Revisión sistemática. *Sanitas Revista*, 3(1), 77-84. <https://doi.org/10.62574/flk73g17>
- Yip, J. (2021). Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE Open Nurs*, 20(7), 23. <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>
- Zitek, T., Weber, L., Pinzon, D., & Warren, N. (2022). Assessment and Management of Immune Thrombocytopenia (ITP) in the Emergency Department: Current Perspectives. *Open Access Emerg Med*, 29(14), 25-34. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S331675>

