

CUIDADO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA Bruna Motta Boettg; Ana Amália Pereira Torres²

¹Universidade Federal de Pelotas – boettg.bruna@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – anaamaliatorres@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A púrpura trombocitopênica idiopática é uma doença adquirida e geralmente benigna, de causa desconhecida, que se caracteriza por trombocitopenia (baixa contagem de plaquetas). Pode ser classificada de acordo com a faixa etária acometida, como infantil ou adulta e, quanto ao tempo de evolução, como aguda ou crônica.

Apesar da etiologia desconhecida reconhecem-se auto anticorpos, geralmente da classe imunoglobulina G (IgG) direcionados a antígenos da membrana plaquetária. Uma vez que a plaqueta apresenta um anticorpo aderido a sua membrana, é reconhecida por macrófagos localizados no baço e em outras áreas de tecido retículo endotelial, onde são destruídas levando a um menor tempo de vida médio plaquetário e, conseqüentemente a menores contagens de plaquetas circulantes (BRASIL, 2010).

A maioria das pessoas não apresentam sintomas, a contagem de plaquetas baixas é um achado ocasional. Geralmente as manifestações são físicas, como o aparecimento de petéquias nos membros e no tronco (SMELTZER *et al*, 2009).

O objetivo deste trabalho foi aprofundar a história clínica de um paciente e os cuidados que foram realizados com ênfase na sua patologia e história de saúde atual e pregressa.

Este trabalho fez parte de uma proposta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e os cuidados realizados foram de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade de assistência e maior autonomia dos profissionais de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado na unidade Bom Conselho, do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

Primeiramente foi realizada a escolha da paciente, realizado a explanação da proposta e após, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela paciente, permitindo prosseguimento ao estudo. A coleta de dados foi realizada pela autora por meio de um instrumento previamente elaborado, no mês de janeiro de 2012, por meio de anamnese, exame físico e observação do prontuário.

Com base nos dados coletados e do estudo específico da patologia em questão, foram realizados cuidados de enfermagem e avaliação desses cuidados durante o tempo de internação da paciente.

O processo de cuidar em enfermagem, ou **processo de enfermagem**, entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos

dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem (GARCIA; NOBRÉGA; 2000).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

,48 anos, internou em 13 de setembro de 2012 no Pronto Socorro de Pelotas (PSP) para realização de hemotransfusão devido a plaquetopenia sendo transferida a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, unidade Bom Conselho. Durante a realização do exame físico foi constatada a presença de petéquias e equimoses nos membros superiores e inferiores, presença de ferida operatória na região hipogástrica decorrente de histerectomia realizada há 4 anos na qual houve a perfuração do intestino e desde então a ferida não havia cicatrizado e a presença de cateter venoso periférico salinizado na face posterior do antebraço esquerdo.

Os exames laboratoriais mostravam alterações no número de plaquetas, o que corrobora com o diagnóstico de púrpura trombocitopênica. Com base na história clínica e nas anormalidades encontradas, foram planejados cuidados a serem realizados na paciente a fim de lhe proporcionar conforto e qualidade de vida.

Com base nas análises realizadas, foram levantados alguns diagnósticos segundo os Diagnósticos de Enfermagem da Nanda 2012-2014, para a elaboração de um plano de cuidado para esta paciente.

O primeiro diagnóstico foi de Risco de Sangramento relacionado a coagulopatias inerentes, diagnóstico que se encaixa pelo baixo número de plaquetas que a paciente apresenta.

O segundo foi risco de infecção relacionado a pele rompida por procedimentos invasivos, pois a paciente apresentava além do cateter periférico uma ferida operatória que precisava de cuidados para evitar infecções.

O terceiro foi sobre a sua ansiedade em voltar para sua residência pois ela já estava a bastante tempo no ambiente hospitalar, seria a Ansiedade relacionada à mudança no estado de saúde evidenciada por inquietação e relato de preocupações devido a mudanças nos eventos de vida.

Através destes diagnósticos os seguintes cuidados foram implementados:

- Monitoramento do aparecimento de petéquias e equimoses;
- Questionamento diário sobre a coloração das fezes, pois também poderia apresentar sangramento nas fezes;
- Monitoramento quanto a sinais de sangramento no dispositivo de acessos vasculares;
- Realização de conversas terapêuticas, proporcionando tranquilidade, explicações simples e apoio emocional para reduzir a ansiedade;
- Monitoramento da presença de sinais flogísticos no local do cateter e ferida operatória;
- Verificação da validade do cateter venoso;

Os cuidados prestados a paciente trouxeram respostas positivas. Quando a paciente apresentava um aumento de petéquias ou equimoses, o médico solicitava os exames laboratoriais o que comprovava a diminuição das plaquetas, por isso é de extrema importância essa monitorização contínua, assim como das fezes, pois pode haver sangramentos internos e a presença de sangramento nos acessos vasculares.

O cuidado com a ferida operatória e o acesso venoso nos permitia um maior controle sobre infecções, pois caso houvesse sinais flogísticos, se interviria rapidamente para que não se agravasse o quadro.

As conversas terapêuticas faziam com que ela apresentasse mais tranquilidade, pois a vontade de voltar para sua casa era grande e isso gerava muita ansiedade na paciente, e essa conversa gerava sempre bons resultados.

4. CONCLUSÕES

Frente ao cuidado realizado ao paciente expõe-se a responsabilidade do bem estar físico, psicológico e social desta pessoa.

Percebe-se a importância de realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o vínculo com a paciente no tempo de internação para poder realizar os cuidados necessários e obter resultados positivos.

Implementando adequadamente as etapas que englobam a assistência de enfermagem, desde o momento que assumimos a paciente, percebe-se como o vínculo que se cria com a mesma é importante para o cuidado e consequentemente para a obtenção do resultado esperado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria SAS/MS n 715, dezembro de 2010. Brasília, disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_purpura_trombocit_idiop_livro_2_010.pdf.

NANDA, I. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**. Porto Alegre: Artmed, 2012-2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

SMELTZER, S. *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, M; PINHEIRO, A. Sistematização da Assistência de Enfermagem-Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.