



**Nombre de alumnos: Yarinet Pereida Montes**

**Nombre del profesor: L.E. GABRIEL TOLEDO ORDOÑEZ.**

**Nombre del trabajo: Ensayo Unidad 4.**

**Materia: ENFERMERIA CLINICA I.**

**Grado: 4 To. Cuatrimestre**

**Grupo: "A".**

PICHUCALCO CHIAPAS A, 17 DE OCTUBRE DEL 2021.

## INTRODUCCION

En el presente trabajo se hablará de temas de gran importancia para nuestra preparación académica y posteriormente profesional ya que nos habla de enfermedades a nivel sanguíneo. Enfermedades que afectan al sistema inmune y de la cuales nadie esta exento, saber cuales son los cuidados que hay que tener con esos pacientes. Cuáles son los síntomas de la enfermedad, cuales son los tratamientos para mejorar la calidad de vida de esos pacientes.

Cuales son los tipos de leucemia que existen, que es la leucemia y sobre todo su tratamiento. A que grupo de personas ataca principalmente, cuales son los factores de riesgo. Etc.

## TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA.

Hemostasia se refiere a la detención del flujo sanguíneo. El proceso normal de la hemostasia se regula mediante una disposición compleja de activadores e inhibidores que mantienen la fluidez sanguínea y evitan que la sangre salga del compartimiento vascular.

La hemostasia es normal cuando sella un vaso sanguíneo para evitar la pérdida de sangre y la hemorragia. Es anómala cuando causa coagulación sanguínea inapropiada o cuando la coagulación es insuficiente para detener el flujo de sangre desde el compartimiento vascular.

Los trastornos de la hemostasia caen en 2 categorías principales: formación inapropiada de coágulos dentro del sistema vascular (trombosis) e incapacidad de la sangre para coagularse en respuesta a un estímulo apropiado (hemorragia).

Hemostasia es el proceso ordenado por pasos para detener la hemorragia que incluye vasoespasmo, formación de un tapón plaquetario y desarrollo de un coágulo de fibrina.

El proceso de coagulación sanguínea requiere la presencia de plaquetas producidas en la médula ósea, FvW generado por el endotelio vascular y factores de coagulación sintetizados en el hígado, con la utilización de vitamina K.

Los trombos arteriales se relacionan con padecimientos que producen flujo sanguíneo turbulento y adherencia plaquetaria.

Los trombos venosos se vinculan con afecciones que causan estasis del flujo sanguíneo con concentraciones incrementadas de factores de coagulación.

Los trastornos de formación del tapón plaquetario incluyen una disminución en la cantidad de plaquetas debida a su producción inadecuada de éstas (disfunción de médula ósea), exceso de destrucción de plaquetas (trombocitopenia), función plaquetaria anómala (trombocito Patía) o defectos en el FvW.

La alteración de la etapa de coagulación de la hemostasia se debe a una insuficiencia de uno o más de los factores de coagulación.

La retracción del coágulo, que tira de los bordes del vaso lesionado y, su disolución, que implica la acción de la plasmina para desintegrarlo y permitir que el flujo de sangre se restablezca y que la cicatrización tisular tenga lugar, también son procesos importantes de la hemostasia.

La coagulación sanguínea requiere la activación por pasos de los factores de coagulación, que son controlados con cuidado por activadores e inhibidores.

## HIPERCOAGUBILIDAD

La hipercoagulabilidad causa coagulación excesiva y contribuye a la formación de trombos. Es resultado de afecciones que promueven un incremento del número o la función de las plaquetas, o actividad acelerada del sistema de coagulación. La trombocitosis, una elevación del recuento de plaquetario, puede presentarse como un proceso reactivo (trombocitosis secundaria) o un proceso esencial (trombocitosis primaria).

El aumento de la función plaquetaria suele deberse a trastornos, como la aterosclerosis, que dañan el endotelio vascular y perturban el flujo sanguíneo, o a condiciones que incrementan la sensibilidad de las plaquetas a factores que promueven la adhesividad y agregación, como el tabaquismo.

Los factores que aceleran la actividad del sistema de coagulación incluyen estasis del flujo sanguíneo, cuyo resultado es una acumulación de factores de coagulación y alteraciones en los componentes del sistema de coagulación (es decir, incremento de los factores procoagulantes o disminución de los factores anticoagulantes). El síndrome antifosfolípido, un trastorno de coagulación venosa y arterial adquirido, se manifiesta como trastorno primario o como trastorno secundario vinculado con lupus eritematoso sistémico. Se relaciona con anticuerpos antifosfolípidos, que promueven la trombosis que puede afectar muchos órganos.

## TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Los trastornos hemorrágicos o el deterioro de la coagulación sanguínea pueden ser consecuencia de defectos en cualquiera de los factores que contribuyen a la hemostasia: plaquetas, factores de coagulación o integridad vascular.

El número de plaquetas circulantes puede reducirse (es decir, trombocitopenia) por producción reducida de la médula ósea, acumulación excesiva en el bazo o destrucción inmunitaria.

La función plaquetaria defectuosa (es decir, trombocitopenia) es causada por trastornos heredados (enfermedad de von Willebrand) o por medicamentos o enfermedad.

Es posible que el deterioro de la coagulación sanguínea se deba a las insuficiencias de uno o más factores de coagulación conocidos.

Las insuficiencias pueden ser secundarias a trastornos adquiridos (es decir, enfermedad hepática o deficiencia de vitamina K) o enfermedades heredadas (es decir, hemofilia A o enfermedad de von Willebrand).

La hemorragia también tiene lugar en vasos estructuralmente débiles por alteraciones de la síntesis de componentes de la pared vascular (es decir, insuficiencia de vitamina C, niveles excesivos de cortisol como en la enfermedad de Cushing o el proceso de envejecimiento) o por daño secundario a mecanismos genéticos (es decir, telangiectasia hemorrágica), o la presencia de micro trombos.

La CID se distingue por coagulación generalizada y hemorragia en el compartimiento vascular. Comienza con activación masiva de la cascada de coagulación y generación de micro trombos que causan oclusión vascular e isquemia tisular. La formación del coágulo consume todas las proteínas y plaquetas de coagulación disponibles, y produce hemorragia grave.

factores que contribuyen a la hemostasia.

## APLICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO



Revisar historia del paciente y registros en sala de hemodinámica

Toma de la tensión arterial y electrocardiograma de 12 derivaciones en caso de angioplastia

Si inestable o dolor monitorización continua

Revisar zona de punción y pulsos distales

Administrar sueroterapia

Administrar ácido acetil salicílico y clopidogrel según protocolo

Realizar glucemias a los pacientes diabéticos

Reducir la ansiedad del paciente y permitir pasar a la familia



Hemostasia femoral: Técnicas no invasivas

Compresión manual:

Localizar pulso femoral unos 2 cm por encima de la punción

Aplicar compresión firme con 2-3 dedos y retirar el introductor

Mantener compresión 10-20 minutos

Colocar apósito o vendaje compresivo

Reposo absoluto durante 6 horas

Reposo relativo durante 24 horas



**Compresión mecánica o asistida**

Se realiza con el C-Clamp (Gato)

Similar a la compresión manual

Tiempo de hemostasia 20 minutos

Disminuir la compresión paulatinamente

Vigilar síntomas de palidez y diaforesis y

control de la tensión arterial y frecuencia

cardíaca

Tapón de colágeno y derivados:

Vasoseal ®

Angioseal ®

Duett ®

Sutura mecánica percutánea:

Perclose ®

Suprestich ®

Starclose ®



## CUIDADOS:

Apósito no compresivo en la zona de punción  
Vigilancia de signos de sangrado o hematoma

### **Ventajas:**

Reduce tiempos de inmovilización y permite  
deambulación precoz.

Evita consecuencias adversas derivadas de la  
compresión: dolor, reacciones vágales, etc....

### **Inconveniente:**

La arteria en la que se utiliza un tapón de colágeno (tipo Angioseal) no se debe puncionar en un periodo de 90 días.

Técnicas de hemostasia radial: Técnica convencional

Material:

Tres tiras elásticas

Torunda cilíndrica y compacta

Técnica:

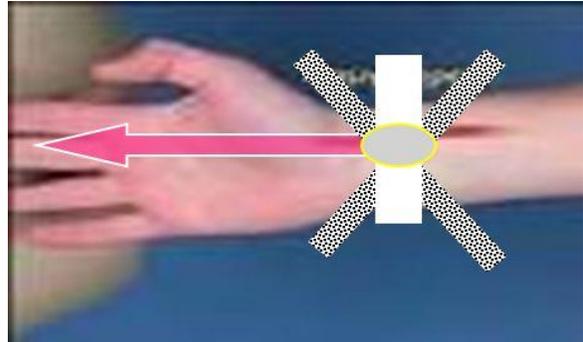
Retirar el introductor y colocar torunda sobre el punto de punción

Colocar una tira transversal a la arteria y otras dos en aspa

Mantener la mano sobre el pecho en reposo

Tiempo de hemostasia:

1-2 horas para cateterismo diagnóstico



## ALTERACION DE LOS LEUCOCITOS

Cuando se produce una leucocitosis pueden aumentar todos los tipos de glóbulos blancos, o sólo uno de ellos, principalmente los neutrófilos (neutrofilia) y, en segundo lugar, los linfocitos (linfocitosis).

La leucocitosis puede ser debida a infecciones, intoxicaciones (plomo, benzoles), alteraciones metabólicas (acidosis diabética o urémica), y hemopatías (anemia aplásica, síndromes mieloproliferativos crónicos, policitemia), o asociada a neutrofilia intensa, como respuesta al tratamiento con vitamina B12/ácido fólico, en quemados. Existe leucocitosis de forma normal, sin que signifique problema de salud, en la infancia y el embarazo, o tras un intenso esfuerzo físico.

Leucopenia significa disminución de los glóbulos blancos, y lo más frecuente es que se trate de una neutropenia. Los fármacos son la causa más frecuente de neutropenia. Entre los más habituales tenemos el captopril, la indometacina, las penicilinas, los antitiroideos y el cloranfenicol. Suele aparecer a las 1-2 semanas de administrar el fármaco, y cesa con su suspensión a los 4-7 días.

**LEUCOCITOS**

● Leucopenia.- GB < 4 000 por microlitro     
 ● Entre 4 000 y 10 000 por microlitro.     
 ● Leucocitosis.- GB > 11 000 por microlitro

Tipo	Apariencia microscópica	Diagrama	Percent. Aproxil. en adultos	Diámetro (µm)	Principal objetivo	Núcleo	Vida media
Neutrófilo			62%	10	Bacterias Hongos	Multilobulado	6 horas- unos cuantos días
Eosinófilos			2,3%	10	Modulan respuesta alérgica inflamatoria	Bilobulado	8 a 12 días
Basófilo			0,4%	15	Liberan histamina para respuesta inflamatoria	Bilobulado o trilobulado	Pocas horas hasta pocos días
Linfocito			30%	15	Linfocitos B: libera anticuerpos y coopera para la activación de linfocitos T. Virus	Excéntrico y se tiñe muy fuertemente	De memoria años. otras semanas
Monocito			5,3%	15	se diferencian a macrófagos residentes de tejido	Arriñonado	De horas a días

## TRASTORNOS NO MALIGNOS DE LOS LINFOCITOS

La linfocitopenia consiste en un número anormalmente bajo de linfocitos (un tipo de glóbulos blancos) en la sangre.

Muchos trastornos reducen su número, pero las infecciones víricas (incluyendo el sida) y la malnutrición son los más frecuentes.

Las personas afectadas pueden no tener síntomas o, en algunos casos, tener fiebre y otros síntomas de infección.

Para establecer el diagnóstico de linfocitopenia se utiliza una muestra de sangre, pero para determinar su causa puede ser necesaria una muestra de médula ósea o de ganglios linfáticos.

Los médicos tratan la causa de la linfocitopenia.

A algunas personas se les administra gammaglobulina, y en ciertos casos resulta eficaz el trasplante de células madre (células progenitoras).

Los linfocitos son un tipo de glóbulo blanco que desempeña varias funciones en el sistema inmunitario, incluyendo la protección contra bacterias, virus, hongos y parásitos. Por lo general, los linfocitos constituyen del 20 al 40% de los glóbulos blancos (leucocitos) que se encuentran en la sangre. El número de linfocitos suele estar por encima de 1500 células por microlitro de sangre ( $1,5 \times 10^9$  por litro) en los adultos y de 3000 células por microlitro de sangre ( $3 \times 10^9$  por litro) en los niños. Una reducción en el número de linfocitos puede no causar una disminución remarcable del número total de glóbulos blancos.

Tipos de linfocitos

Existen tres tipos de linfocitos:

Linfocitos B (células B)

Linfocitos T (células T)

Células NK (linfocitos citolíticos naturales)

Los tres tipos tienen funciones importantes en el sistema inmunitario. Un número bajo de linfocitos B puede llevar a una disminución en el número de células plasmáticas, que son las que producen anticuerpos. La disminución de la producción de anticuerpos puede causar un aumento de las infecciones bacterianas.

Las personas con muy pocos linfocitos T o muy pocas células citolíticas naturales tienen problemas para controlar ciertas infecciones, en especial víricas, parasitarias y fúngicas. Es posible que las deficiencias importantes en los linfocitos den lugar a infecciones de difícil control, que pueden ser mortales.

## CAUSAS

Son varios los trastornos que repercuten en una disminución del número de linfocitos en la sangre, entre ellos la infección por virus, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que causa el sida) y el virus de la gripe. La linfocitopenia puede ser

Aguda: ocurre brevemente durante el curso de ciertas enfermedades y luego suele resolverse

Crónica: ocurre durante un período de tiempo más prolongado debido a trastornos de larga duración

### Causas de linfocitopenia aguda

El número de linfocitos puede disminuir temporalmente durante

Ciertas infecciones virales (como la influenza y hepatitis)

Ayuno

Momentos de estrés físico grave

Uso de corticoesteroides (como la prednisona)

Quimioterapia y/o radioterapia para el cáncer



## Causas de linfocitopenia crónica

El número de linfocitos puede permanecer bajo durante mucho tiempo en los siguientes casos

Desnutrición

Algunos trastornos autoinmunitarios, como lupus eritematoso sistémico (lupus), artritis reumatoide y miastenia grave

Ciertas infecciones crónicas, como el sida y la tuberculosis miliar

Algunos tipos de cáncer, como leucemias y linfomas

El número de linfocitos puede ser permanentemente muy bajo en determinados tipos de inmunodeficiencia hereditaria, como el síndrome de Di George, el síndrome de Wiskott-Aldrich, el síndrome de inmunodeficiencia combinada grave y la ataxia telangiectasia.

## SÍNTOMAS

La linfocitopenia leve puede no producir síntomas. A veces, pueden observarse los síntomas del trastorno que provocó la linfocitopenia. Por ejemplo, las personas afectadas pueden presentar

Ganglios linfáticos y bazo aumentados de tamaño, lo que puede ser indicativo de cáncer o infección por el VIH

Tos, rinorrea y fiebre, todo ello indicativo de una infección viral respiratoria

Tonsilas o ganglios linfáticos de pequeño tamaño, lo que puede ser indicativo de un trastorno hereditario del sistema inmunitario

Eczema y articulaciones hinchadas y dolorosas, lo que puede ser indicativo de artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico (lupus)

La disminución drástica del número de linfocitos conduce a repetidas infecciones por bacterias, virus, hongos y parásitos; los síntomas de esas infecciones varían mucho según el lugar de la infección y el microorganismo específico que las causa.

## DIAGNÓSTICO

### Hemograma completo

La linfocitopenia leve suele detectarse por casualidad en un hemograma completo realizado por otras causas. También se llevan a cabo hemogramas completos en las personas con infecciones recurrentes o graves y en aquellas con infecciones causadas por microorganismos que normalmente no causan infecciones. Estas pruebas pueden mostrar que una linfocitopenia grave es la causa de las infecciones recurrentes o inusuales que ha desarrollado la persona afectada.

Cuando el número de linfocitos desciende drásticamente, los médicos suelen hacer un análisis de sangre para detectar el VIH y otras infecciones, y a veces toman una muestra de médula ósea para examinarla al microscopio (examen de la médula ósea ).

La cantidad de cada uno de los tipos específicos de linfocitos (linfocitos T, linfocitos B y linfocitos citolíticos naturales) también puede determinarse en el análisis de sangre. La disminución del número de ciertas clases de linfocitos ayuda a los médicos a diagnosticar algunos trastornos, como el sida o determinadas inmunodeficiencias hereditarias.

## TRATAMIENTO

### Tratamiento de la causa

El tratamiento de la linfocitopenia depende principalmente de la causa. La linfocitopenia causada por fármacos suele normalizarse pocos días después de haberse interrumpido la administración del fármaco. Si está asociada al sida, el tratamiento combinado con al menos tres sustancias antivirales de diferentes clases incrementa el número de linfocitos T y prolonga la supervivencia.

Se administra gammaglobulina (una sustancia rica en anticuerpos) para prevenir infecciones en personas con muy pocos linfocitos B (y que por lo tanto tienen una deficiencia en la producción de anticuerpos).

En las personas con inmunodeficiencia hereditaria puede ser beneficioso un trasplante de células madre .

## LEUCEMIAS CUIDADOS DE ENFERMERIA

### Leucemia Mieloide Crónica:

Corresponde a un síndrome mieloproliferativo que es más común en pacientes de la tercera edad, el cual se encuentra asociado en un alto porcentaje a la traslocación de los cromosomas 9 y 22 t (9,22) generándose un cromosoma pequeño (cromosoma Philadelphia) y produciéndose una proteína quimérica BCR/ABL la cual induce alteraciones en el control de la proliferación y apoptosis celular de la serie granulocítica.

Posee 3 fases de evolución en las cuales la anemia, trombocitopenia y blastos se hacen más visibles:

Fase Crónica: caracterizada por anemia leve normocítica/normocrómica, Recuento de leucocitos mayor a 100,000 /mm<sup>3</sup> (generalmente recuentos de 400,000), trombocitosis leve y presencia de macro plaquetas y con una fórmula diferencial en la cual se observa toda la línea granulocítica.

Fase Acelerada: caracterizada por anemia normocrómica con anisocitosis leve, recuento de leucocitos mayor a 100,000/ mm<sup>3</sup>, Fórmula diferencial en la cual se observa un aumento del porcentaje de blastos, Recuento plaquetario normal.

Fase Blástica: Anemia moderada con anisocitosis, anisocromia y poiquilocitosis, un recuento de leucocitos disminuido, normal o aumentado, fórmula diferencial con un porcentaje de blastos mayor al 20% y trombocitopenia.

### Leucemia Linfática Crónica

Corresponde a un síndrome Linfoproliferativo caracterizado por presentar un alto % de linfocitos en sangre periférica y médula ósea. Los linfocitos son morfológicamente normales de tamaño pequeño con escaso citoplasma y de aspecto maduro. El recuento de leucocitos está aumentado y no se presenta con anemia. Además, en el frotis se observan las sombras de Gumprecht las que corresponden a restos celulares que se observan en alta cantidad.

## Tricoleucemia o Leucemia de Células Velludas

Corresponde también a un síndrome Linfoproliferativo que afecta a los linfocitos B, el cual se da principalmente en hombres de 40 años, cuyos síntomas principales son infecciones recurrentes y sangrado de encías en conjunto con esplenomegalia. En el frotis se observan células muy características de tamaño variable, núcleo con cromatina laxa y un citoplasma con prolongaciones. Debido a su morfología es que a estas células se les conoce como velludas y de ahí el nombre Leucemia de las células Velludas.

### Síntomas.

Los síntomas varían en función del tipo de leucemia ante el que nos encontremos. Estos son los más comunes:

Leucemia mieloide aguda: Cansancio, pérdida de apetito y de peso, fiebre y sudores nocturnos.

Leucemia mieloide crónica: Debilidad, sudoración profusa sin razón aparente y, al igual que en el caso anterior, fiebre y pérdida de apetito y de peso.

Leucemia linfocítica aguda: Sensación de mareo o aturdimiento, debilidad y cansancio, dificultades respiratorias, infecciones recurrentes, formación de moratones fácilmente, fiebre y sangrado frecuente o grave en nariz y encías.

Leucemia linfocítica aguda: Además de algunas de las manifestaciones ya descritas, como la debilidad, el cansancio, la pérdida de peso, la fiebre o los sudores nocturnos, este tipo de leucemia provoca el agrandamiento de los ganglios linfáticos y dolor o sensación de hinchazón estomacal.

Otros síntomas generales son dolor en los huesos, como resultado de la multiplicación de las células leucémicas en el sistema óseo, o la aparición de anemia, cuyas características son palidez, cansancio y poca tolerancia al ejercicio, fruto de la disminución de glóbulos rojos. A consecuencia de la enfermedad también se produce una bajada en el número de glóbulos blancos (leucocitos), situación que repercute en las defensas del enfermo frente a las infecciones.

La reducción del número de plaquetas que conlleva la leucemia provoca asimismo la aparición de manchas en la piel (petequias) y hemorragias esporádicas. Las más comunes son a través de nariz, boca o recto y las más graves son las que pueden producirse en el cerebro, a raíz de una caída severa del número de plaquetas.

#### Tratamiento

En una leucemia (cáncer en la sangre) el tratamiento depende, sobre todo, de la forma de leucemia que sufra el paciente.

#### Quimioterapia

La quimioterapia es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de leucemia (cáncer de la sangre). Los medicamentos que se emplean se denominan citostáticos. Las citotoxinas inhiben el crecimiento y la proliferación de células cancerosas. Los citostáticos atacan principalmente las células que se dividen ya que las células cancerosas se dividen rápidamente de forma descontrolada, los citostáticos actúan sobre ellas. Sin embargo, en el organismo también hay células sanas que se dividen rápidamente (por ejemplo, las células de las mucosas). La quimioterapia, por lo tanto, puede afectar transitoriamente a otros órganos o tejidos sanos del cuerpo.

Por lo general, los agentes citotóxicos se administran en monodosis o en combinación. La quimioterapia se lleva a cabo a intervalos regulares (ciclos). Durante el tratamiento el médico realiza regularmente una analítica sanguínea.

La quimioterapia daña temporalmente la médula ósea, deteriorando la formación de nuevas células sanguíneas y células del sistema inmune. Como resultado sobreviene anemia y la inmunodepresión, lo cual aumenta el riesgo de hemorragia y de infección.

Otros efectos secundarios de la quimioterapia pueden ser los siguientes:

Náuseas, Vómitos, Malestar general, Inflamación de mucosas (mucositis), Caída del cabello

Los citostáticos pueden aumentar el riesgo de cáncer (carcinógenos). Los médicos deben sopesar primero la utilidad y los riesgos de un tratamiento. En la leucemia la quimioterapia es, a menudo, la única posibilidad de luchar contra la enfermedad.

La intensidad, la forma y el grado de quimioterapia dependen, entre otras cosas, del tipo de leucemia que padece el paciente.

### Radioterapia

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir los siguientes síntomas:

La radioterapia, junto con la quimioterapia, puede ser útil en el tratamiento de determinadas leucemias. Así, irradiar regiones específicas del cuerpo como, por ejemplo, el cráneo, puede evitar que, en determinadas leucemias, las células malignas pasen al sistema nervioso central. Los rayos X a ciertas dosis, dañan las células tanto sanas como enfermas. Las células sanas pueden recuperarse a un ritmo más rápido porque tienen mejores mecanismos de reparación. Las células tumorales son más sensibles y mueren.

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir los siguientes síntomas:

Fatiga

Náuseas

Vómitos

Diarrea

Dolor de cabeza

Irritación de la piel y de las membranas mucosas

Trasplante de médula ósea

Un trasplante de médula ósea o trasplante de células madre ofrece grandes posibilidades de curación en la leucemia.

Trasplante de células madre autólogas

En el trasplante de células madre autólogas, el médico obtiene del propio paciente médula ósea a través de la punción del hueso de la cadera (cresta ilíaca). Ésta tiene un alto contenido en células madre, células que todavía no se han diferenciado en una línea celular concreta (glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas).

Las células madre de médula ósea son el precursor de todas las células sanguíneas (glóbulos rojos, blancos y plaquetas). Para poder realizar el trasplante es necesario destruir primero completamente la médula ósea enferma que forma la sangre de los pacientes con un tratamiento previo intensivo de quimioterapia. El objeto de esta terapia es matar todas las células tumorales con medicamentos (citostáticos) y entonces se introduce en el cuerpo células sanas (trasplante) con capacidad para formar sangre nueva, no tumoral. El paciente recibe las células madre sanas mediante una transfusión. Las nuevas células madre llegan así a la sangre y encuentran el camino a la médula ósea por sí mismas.

#### Trasplante alogénico de células madre

En el trasplante alogénico de células madre, el donante y el receptor no son idénticos. Las células donadas deben ser, sin embargo, lo más similares posible y mostrar muchas características en las superficies celulares. La mejor posibilidad de encontrar células de donantes con características idénticas se encuentra entre los familiares.

En primer lugar, es necesario destruir la médula ósea que forma la sangre de los pacientes con leucemia mediante altas dosis de quimioterapia. Luego se transfieren mediante una transfusión las células madre sanas del donante, las cuales se establecen en la médula ósea del paciente. Para evitar que el sistema inmunológico rechace las células del donante, el paciente recibe, además, medicamentos que suprimen su sistema inmune (llamados inmunosupresores).

Un trasplante de células madre tiene también riesgos. En la fase en que la médula ósea queda destruida, el paciente no tiene defensas en el cuerpo. Por lo tanto, está amenazado de infectarse con gérmenes inofensivos y debe recibir medicamentos como antibióticos durante este período, a fin de prevenir infecciones graves.

## Cuidados de enfermería

– Alteración del sistema inmunológico:

Límite de visitantes y aislamiento protector.

Control de higiene general. Lavado de manos.

Evitar vacunas.

Vigilar signos en caso de infección (temperatura)

Evitar el contacto con personas enfermas o infectadas (como gripe).

– Alteración del sistema digestivo:

Nutrición: hay que proporcionar una alta ingesta de agua, alimentos con fibra y se puede dar un masaje para favorecer movimientos intestinales.

Vigilancia de vómitos y peso a diario.

Aseo bucal.

– Alteración del sistema músculo-esquelético:

Proporcionar masaje.

Administrar analgésicos en casos necesarios.

Colocar medios físicos e inmovilizar el miembro que se encuentre con dolor.

Mantener en reposo pero favorecer a la vez periodos de actividades y descanso.

– Alteración del sistema circulatorio:

Cambiar de posición para facilitar la circulación.

Evitar tener cerca objetos puntiagudos.

No administrar anticoagulantes.

Evitar punciones innecesarias.

Control de líquidos: favorecer la hidratación, valorar estado de hidratación y administrar líquidos en caso de baja hidratación.

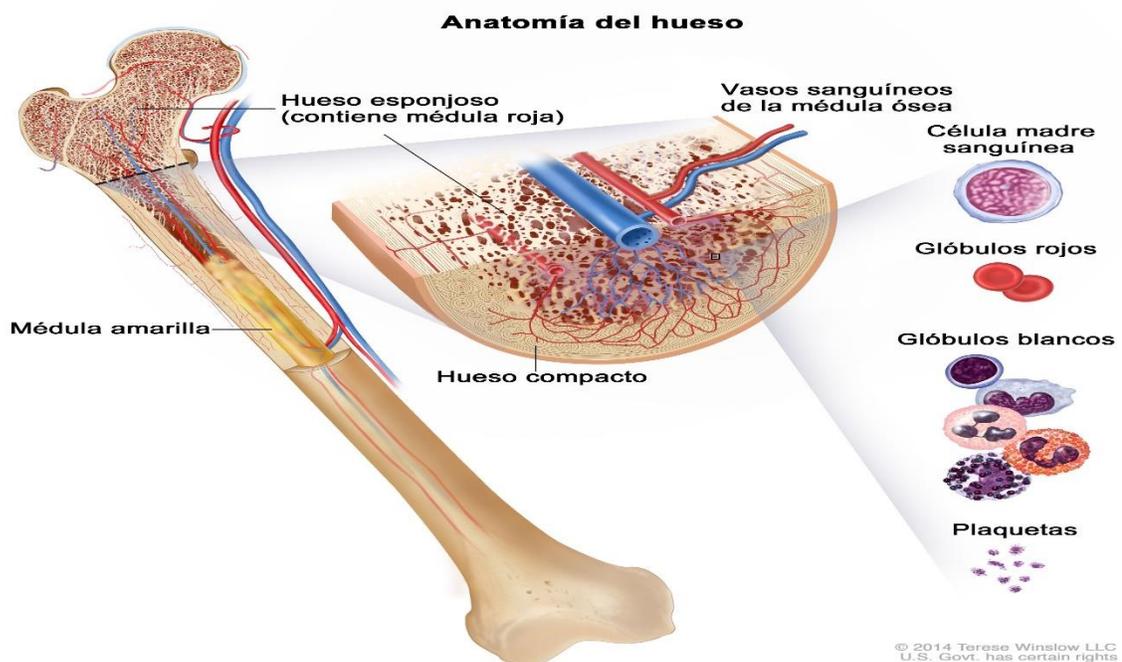
– Alteración de la imagen corporal:

Favorecer el uso de pelucas gorros o pañuelos.

Explicar que el tratamiento tiene cambios transitorios y que son reversibles.

Actividades recreativas.

Los cuidados de enfermería en pacientes con leucemia cubrirán varios aspectos que conlleva padecer esta enfermedad. A nivel inmunológico, respetar una higiene rigurosa y evitar riesgo de infección; a nivel digestivo, vigilar la dieta y el peso; a nivel músculo-esquelético, alternar períodos de actividad y reposo y aliviar dolor; a nivel circulatorio, controlar nivel de hidratación y facilitar la circulación; y a nivel estético, informar al paciente sobre la evolución de la enfermedad y cuidar aspecto físico para evitar estados de angustia o depresión.



## LINFOMAS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los linfomas son un conjunto de neoplasias hematológicas que se desarrollan en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunitario del cuerpo humano. A los linfomas también se les llama tumores sólidos hematológicos para diferenciarlos de las leucemias.

Tipos de linfomas

-Linfoma de Hodgkin.

-Linfoma no Hodgkin.

La modificación de la clasificación REAL por la OMS reconoce 3 categorías principales de neoplasias linfoides basándose en la morfología y el linaje celular: neoplasias de linfocitos B, neoplasias de linfocitos T y linfocitos citolíticos naturales o células NK (del inglés, natural killer), y linfoma de Hodgkin. Tanto los linfomas como las leucemias linfoides caen bajo esta clasificación porque tanto las fases sólidas como las circulantes se encuentran en muchas neoplasias linfoides y la distinción entre ambos es artificial.

Por ejemplo, *la* leucemia linfocítica crónica de linfocitos B y *el* linfoma linfocítico pequeño de linfocitos B no son más que diferentes manifestaciones de la misma neoplasia como lo son los linfomas linfoblásticos y las leucemias linfocíticas agudas. Dentro de las categorías de linfocitos B y linfocitos T, se reconocen 2 subdivisiones: neoplasias de células precursoras, que corresponden a los estados más tempranos de diferenciación, y neoplasias de células maduras (ya diferenciadas).

### LINFOMAS DE LINFOCITOS B

Linfomas precursores de linfocitos B: leucemia linfoblástica precursora aguda de linfocitos B (LLA-B, y linfoma linfoblástico precursor de linfocitos B (LBL, por sus siglas en inglés).

Linfomas periféricos de linfocitos B.

Leucemia linfocítica crónica de linfocitos B y linfoma linfocítico pequeño de linfocitos B.

Leucemia prolinfocítica de linfocitos B.

Linfoma extra nodal de zona marginal de linfocitos B de tipo MALT.

Linfoma nodal de zona marginal de linfocitos B (de linfocitos B ± monocito des).

Linfoma esplénico de zona marginal (linfocitos ± vellosos).

Leucemia de células pilosas.

Plasmacitoma y mieloma de células plasmáticas.

Linfoma difuso de células B grandes.

Linfoma de Burkitt.

## LINFOMAS DE LINFOCITOS T Y CÉLULAS NK

Linfomas precursores de linfocitos T: leucemia linfoblástica precursora aguda de linfocitos T (LLA-T) y linfoma linfoblástico precursor de linfocitos T (LBL), por sus siglas en inglés).

Linfomas de células NK y linfocitos T periféricos.

Leucemia linfocítica y leucemia prolinfocítica crónicas de linfocitos T.

Leucemia linfocítica granular de linfocitos T.

Linfoma y leucemia de linfocitos T en adultos (HTLV 1+).

Linfoma anaplásico de linfocitos grandes, de tipo sistémica primario.

Linfoma anaplásico de linfocitos grandes, de tipo cutáneo primario.

Leucemia agresiva de células NK

## LINFOMA DE HODGKIN (ENFERMEDAD DE HODGKIN)

Linfoma de Hodgkin nodular abundante en linfocitos.

Linfoma de Hodgkin clásico.

Linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular.

## Causas

En la mayoría de los casos de cáncer, los investigadores aún están tratando de entender que los causa, que los origina. Esta verdad también aplica para los linfomas, y aunque los médicos no saben cuál es su causa, señalan que es más probable que ocurra en cierto tipo de personas.

Los investigadores médicos han identificado ciertos factores de riesgo que hacen más probable que un linfoma se desarrolle, aunque a su vez no se entienda el por qué:

### No Hodgkin

Edad: la mayoría de los linfomas no Hodgkin se presentan en personas mayores de 60 años

Sexo: los índices de linfomas no Hodgkin son variados dentro de los sexos

Etnicidad y ubicación: en los Estados Unidos, el afroamericano y el asiático-americano es menos propenso que el caucásico estadounidense a desarrollar esta enfermedad, a su vez esta enfermedad es más común en países desarrollados

Productos químicos y radiación: algunos productos químicos utilizados en la agricultura, al igual que la exposición a radiación nuclear se han identificado como factores de riesgo

Inmunodeficiencia: por ejemplo, la causada por infección por VIH o adquirida en trasplante de órganos

Enfermedad autoinmune: en la cual el sistema inmune ataca a las células del propio cuerpo

Infección: ciertas infecciones virales y bacterianas aumentan el riesgo de desarrollar un linfoma

### Hodgkin

Mononucleosis infecciosa: Infección causada por el virus Epstein-Barr

Edad: dos grupos específicos son los más afectados, por un lado, las personas en sus 20 años y por el otro los mayores de 55 años

Sexo: ligeramente más común en los hombres

Familia: el riesgo de desarrollar esta enfermedad es ligeramente más alto si un hermano la ha padecido.

## SÍNTOMAS Y SÍGNOS.

Los linfomas pueden desencadenar un número variado de síntomas, muchos de los cuales pueden ser causados por otras enfermedades. Por esta razón es importante comunicar a su médico todos los síntomas que presente.

Los síntomas y signos del linfoma son muy similares al de enfermedades comunes como el resfriado, y esto puede ocasionar un retraso en el diagnóstico.

La diferencia es que, cuando se trata de un linfoma, estos síntomas persisten durante un tiempo superior al curso normal de una infección vírica.

El síntoma más común de un linfoma es la inflamación de los ganglios linfáticos generalmente indolora, sin embargo, puede ser doloroso para algunas personas e incluso, este dolor puede incrementarse tras el consumo de alcohol. Con frecuencia esta inflamación se nota en el cuello y la axila, donde los ganglios se encuentran concentrados. También pueden notarse en la ingle y en el abdomen, aunque algunas personas no presentarán ninguna inflamación ganglionar que sea detectable. Los cuidados enfermeros para la enfermedad de Hodgkin se dirigen fundamentalmente al control de la pancitopenia (disminución de los elementos celulares de la sangre) y de otros efectos secundarios del tratamiento.



## ALTERACIONES DE LA RESPUESTA INMUNITARIA

Una respuesta inmunitaria eficiente protege contra muchas enfermedades y trastornos, mientras que una respuesta inmunitaria ineficiente permite que las enfermedades se desarrollen. Una respuesta inmunitaria excesiva, deficiente o equivocada causa trastornos del sistema inmunitario.

Una respuesta inmunitaria hiperactiva puede llevar al desarrollo de enfermedades autoinmunitarias, en las cuales se forman anticuerpos contra los tejidos del propio cuerpo.



Las complicaciones a raíz de la alteración de las respuestas inmunitarias son, entre otras:

Alergia o hipersensibilidad

Anafilaxia, una reacción alérgica que amenaza la vida

Trastornos autoinmunitarios

Rechazo al trasplante

El papel de los profesionales enfermeros con los pacientes con IDP es de vital importancia, ya que son los responsables de su formación en autoadministración de inmunoglobulinas subcutáneas en su domicilio. “Somos el enlace entre el médico y el paciente y la familia. Y con los cambios introducidos en la era del COVID-19, el papel de las enfermeras se vuelve esencial en el establecimiento de una adecuada coordinación de los procesos asistenciales del paciente”

## CONCLUSION

En el presente trabajo se habló de temas muy importantes como lo son las enfermedades y trastornos de la hemostasia, alteraciones de los leucocitos, trastornos de los linfocitos, lo que ocasiona la llamada leucemia. De la cual nos indica cuales son los cuidados a seguir para la recuperación de la salud.

Los cuidados de enfermería en pacientes con leucemia cubrirán varios aspectos que conlleva padecer esta enfermedad. A nivel inmunológico, respetar una higiene rigurosa y evitar riesgo de infección; a nivel digestivo, vigilar la dieta y el peso; a nivel músculo-esquelético, alternar períodos de actividad y reposo y aliviar dolor; a nivel circulatorio, controlar nivel de hidratación y facilitar la circulación; y a nivel estético, informar al paciente sobre la evolución de la enfermedad y cuidar aspecto físico para evitar estados de angustia o depresión.

## BIBLIOGRAFIA

<https://www.cuidandote.net/2011/08/protocolo-de-cuidados-en-enfermeria-postcateterismo/>.

<https://www.fisterra.com/m/ficha.asp?idFicha=2324#19888>

<https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-los-gl%C3%B3bulos-blancos-leucocitos/linfocitopenia>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-leucemia/2/>