



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON SINDROME
ANEMICO**

E S T U D I O

Q u e p r e s e n t a :

JOSE GABRIEL REYES

Para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

México, 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

PAGINA

I.- PROLOGO	1
II.- INTRODUCCION.	
1.- Planteamiento del problema	2
2.- Objetivos generales del estudio	3
3.- Hipótesis	3
4.- Campo de la investigación	3
5.- Glosario	5
III.- MARCO TEORICO.	
1.- Concepto de síndrome anémico	7
2.- Epidemiología de las anemias	7
3.- Grupos sociales afectados	8
4.- Indices y tasas de mortalidad	10
5.- Etiología del síndrome anémico	15
6.- Diagnóstico	21
7.- Generalidades de tratamiento	28
8.- Manifestaciones clínicas	32
9.- Complicaciones	33
IV.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.	
1.- Metodología empleada	34
2.- Fuentes de obtención de los datos	34
3.- Descripción del instrumento de recolección de datos	35

V.- RESULTADOS.

- Edad y sexo de los pacientes	38
- Antecedentes del paciente	40
- Situación social del paciente	42
- Situación económica del paciente y su familia	46
- Alimentación del paciente	47
- Tratamiento médico-dietético del paciente	54
- Complicaciones durante la evolución del síndrome anémico ...	56
- Datos sobre la calidad de la atención de enfermería	57

VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1.- Replanteamiento del problema	65
2.- Conclusiones	65
3.- Alternativas de solución: Plan de atención de enfermería a pacientes con síndrome anémico	69

VII.- REFERENCIAS.

A.- Bibliografía	100
B.- Apendices:	
1.- Instrumento de recolección de datos	101

PROLOGO.

En este estudio sobre la atención de enfermería al paciente con síndrome anémico, en primer término se ha revisado la magnitud y los factores que determinan que este problema de salud se genere entre los seres humanos, se identificaron varias causas pero entre ellas sobresale la referente a la mal nutrición, la cual puede darse por economía familiar deficitaria que impide a las personas proveerse de los alimentos necesarios para su correcta nutrición o también debido al bajo nivel educacional que les impide identificar cuales son los nutrientes necesarios para mantener su vida en condiciones aceptables.

En la población de nuestro país, el problema de las anemias, ocupa un lugar importante (16avo.) por lo que este trabajo de investigación resulta valioso para orientar con precisión al personal de enfermería en las principales acciones a ofrecer a estos pacientes, para la determinación de ellas se han considerado las necesidades anatómo-fisiológicas, psico-sociales y los requerimientos terapéuticos a nivel institucional que actualmente funcionan en la atención médica de este problema salud en nuestro país.

E.H.T.

México, 1981.

II. INTRODUCCION.

1. Planteamiento del problema.

En los últimos años, el índice de natalidad se ha visto aumentado en gran escala, afectando en diferentes niveles de la población; ya que existe una mala distribución de la misma ocasionando así un gran desempleo o empleos que producen salarios mínimos e insuficientes para vivir - en los altos costos de la vida, orillando así a la familia a incrementar su lucha por la subsistencia de la misma.

Por otro lado los recursos sanitario-asistenciales no han sido suficientes para orientar o controlar que los productos alimenticios sean utilizados en las mejores condiciones tanto cualitativas como cuantitativas; ya que la utilización de los mismos productos alimenticios es de muy bajo aporte protéico y mayor el de los carbohidratos, situación que propicia mal estado de nutrición, menor rendimiento y mayor susceptibilidad a -- las enfermedades, en la cual una de las principales manifestaciones es la de presentar síndrome anémico; hecho que se incrementa día con día y se -- hace notorio en los pacientes que se ven afectados por el mencionado problema, entrando en etapas clínicas del mismo síndrome para quedar expues-- tos a las múltiples infecciones o complicaciones.

Por lo cual se ha considerado interesante realizar un estudio dirigido al conocimiento de fondo de éste padecimiento, ya que el estudio de un paciente con anemia requiere no solamente el conocimiento adecuado de las diversas manifestaciones clínicas que caracterizan al síndrome anémico, sino que es fundamental conocer los diferentes mecanismos etiológicos que conducen a este síndrome.

2. Objetivos generales del estudio.

- 1o. Revisar los aspectos epidemiológicos de diagnóstico, etiología y tratamiento del síndrome anémico.
- 2o. Precisar los tipos y manifestaciones clínicas que produce el síndrome anémico.
- 3o. Dar a conocer cuales son las complicaciones más frecuentes que tienen los pacientes con síndrome anémico.
- 4o. Señalar los aspectos generales que hay que considerar en el plan de atención de enfermería en el paciente con síndrome anémico.
- 5o. Presentar un plan de cuidados específicos de enfermería a pacientes con síndrome anémico.

3. Hipótesis.

- a). Las complicaciones en el paciente con síndrome anémico se evitan en la medida que la atención de enfermería se eleva en calidad junto con el tratamiento oportuno.
- b). El tiempo de evolución en el síndrome anémico es satisfactorio, cuando la terapéutica médica dietética se relacionan eficazmente con los aspectos económicos y sociales de la familia del paciente.

4. Campo de investigación.

a). Area geográfica:

Unidad de hematología sección 103 del Hospital General de México de la Secretaría de salubridad y Asistencia.

b). Grupos humanos:

25 pacientes hospitalizados en la unidad, con diagnóstico de síndrome anémico; de ambos sexos y cualquier grupo de edad.

5. Variables.

10. Complicaciones en el síndrome anémico.
20. Atención de enfermería de calidad.
30. Tiempo de evolución en el síndrome anémico.
40. Terapéutica médica dietética.
50. Situación económica del paciente y su grupo familiar.
60. Situación social del paciente y su grupo familiar.

Amenorrea.- "Ausencia de la menstruación durante tres o más meses".

Anorexia.- "Falta o escasez notable del apetito".

Anticuerpo.- "Substancias (monoglobulinas) que pueden funcionar específicamente con el antígeno que estimuló su producción".

Antígeno.- "Substancia que al ser inyectada al organismo es capaz de provocar la formación de sustancias especiales (anticuerpos)".

Angor pectoris.- "Del latín, constricción; pectoris, pecho, torax; grave afección cardíaca, sensación angustiosa del torax".

Anamnesis.- "Del griego mnesis, memoria; y el prefijo ana sobre; recopilación de datos del enfermo en su cabecera por el médico".

Piometría hemática.- "Estudio hematológico utilizado para determinar el número de eritrocitos, la hemoglobina, el hematocrito y otros componentes de la sangre".

Cardiomegalia.- "Hipertrofia del corazón, con agrandamiento de su volumen".

Cefalea.- "Dolor de cabeza de cualquier origen".

Constipación.- "Alteración en los movimientos del peristaltismo de los intestinos para poder evacuar las heces fecales".

Diagnóstico de enfermería.- "La conclusión que se hace sobre la situación de condiciones del paciente mediante la investigación, valoración o identificación de sus necesidades y/o problemas" (1).

Disnea.- "Dificultad para respirar".

Dispepsia.- "Trastorno digestivo; dificultad para la digestión de los alimentos".

Eritrocitos.- "Del griego, células rojas; células de la sangre, glóbulos rojos".

Eritropoyesis.- "Proceso de formación de los glóbulos rojos en el seno de la médula ósea".

Escotoma.- "Visión borrosa en zonas bien características del campo visual".

Flatulencia.- "Producción abundante de gases de origen gástrico o intestinal".

Hemoglobina.- "pigmento rojo de los eritrocitos que transporta al oxígeno".

Hemorragia.- "Salida de sangre por los conductos venosos del interior de los cuernos circin".

(1). ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA A.C. Proceso de atención de enfermería, México 1976 Pág. 24.

Hemolisis.- "Destrucción o disolución de los glóbulos rojos de la sangre".

Hipocromia.- "Del griego, Hipo disminución, poco; cromo color; disminución del color".

Hipoxia.- "Deficiencia de oxígeno a nivel de los tejidos".

Leucocitos.- "Del griego, células blancas de la sangre".

Lipotimias.- "Desvanecimiento con pérdida de la conciencia".

Macroцитosis.- "Volumen superior a lo normal de los glóbulos rojos de la sangre".

Microcitosis.- "Dimensiones inferiores a lo normal de los glóbulos rojos de la sangre".

Normocítico.- "Aspecto normal de las células".

Plan de atención de enfermería.- "Es una forma de comunicar por escrito a otro personal las necesidades de atención, los objetivos del cuidado y — las actividades específicas que se tomarán para el paciente. El plan de cuidados se desarrolla después de la admisión del paciente tan pronto como haya datos suficientes para poder elaborarlo y está sujeto a una revisión constante" (2).

Síndrome.- "Conjunto de signos y síntomas característicos de un estado patológico determinado".

Signo.- "Alteración objetiva del organismo provocada por una enfermedad".

Síntoma.- "Alteración subjetiva provocada por una enfermedad".

Transfusión sanguínea.- "ministración de sangre por las venas de un individuo".

Taquicardia.- "Del griego (corazón veloz), aceleración de los latidos cardiacos".

Vértigos.- "Sensación de pérdida del equilibrio y tendencia al desplazamiento del organismo" (3).

(2). FLOREN DUGAS. Tratado de enfermería práctica. Ed. Interamericana, México 1974. Pág. 24.

(3). DR. SEGATORE IUNGI. Diccionario Médico Teide. 5a. ed. Ed. Teide, México 1976.

1. Concepto de síndrome anémico:

Se define como "la disminución de la concentración de hemoglobina y de eritrocitos circulantes por abajo de lo normal, como resultado de producción baja de eritrocitos, síntesis reducida de hemoglobina por los precursores de los eritrocitos, aumento de destrucción de estos o combinación de todos" (4).

Es definida como "el síndrome de reducción por abajo de los valores normales de acuerdo a la edad y sexo, en el número y/o en la calidad de los eritrocitos, de la hemoglobina y del hematocrito" (5).

Es la reducción de la capacidad transportadora de oxígeno por reducción de los glóbulos rojos, disminución de la concentración de hemoglobina por abajo de los límites tomados como valores normales en los individuos sanos (6).

2. Epidemiología de las anemias:

En México las anemias macrocíticas (deficiencia de vitamina B-12 y ácido fólico) aunque no son raras, tampoco se pueden considerar como frecuentes; ya que el Instituto Nacional de la Nutrición encontró en 6,548 casos de anemia, que solamente 70 fueron macrocíticas o sea el 1.1 %. No obstante la posibilidad de que por el carácter de la institución se hubiera podido registrar aflujo considerable de algunas de ellas. La anemia microcítica hipocrómica (deficiencia de hierro) ocupa un 2do. lugar de los casos de anemia según el Instituto Nacional de la Nutrición que reporta en su investigación efectuada en adultos, encontró que 12.7 % pertenecieron a este

(4). HASKY JOHNS. Tratado de Medicina Interna 19a. ed. Ed. Interamericana México 1978. pág. 527.
(5). MACRYDA, MACIEL. Signos y Síntomas 5a. ed. Ed. Interamericana México 1978 pág. 5FB.
(6). HILSON, WALDO E. Tratado de Pediatría Tomo II 6a. ed. Salvat Editores -- México 1976 pág. 1069.

grupo de anemias. Sin embargo la anemia por deficiencia en hierro es más frecuente en niños y en el sexo femenino. Las anemias normocíticas normocrómicas (disminución en la cantidad de eritrocitos, por destrucción excesiva o pérdida considerable de ellos) ocupa el 66.2 % lo que le da el primer lugar de todos los casos de anemia (7).

En los Estados Unidos de Norteamérica, así como en algunas partes de Europa, Península Escandinava; la anemia macrocítica es más frecuente que en México; se ha dicho que la enfermedad (anemia megaloblástica o perniciosa) aparece con más frecuencia en las personas rubias y de ojos azules que encanecen prematuramente. No obstante se ha observado en personas con caracteres físicos bastantes diferentes y afecta por igual a varones y mujeres (8). La anemia por deficiencia en hierro se encontró en 64 % de los niños, en 13 % de las mujeres embarazadas lo que indica, que también en estas partes del mundo, como en México, este grupo de anemias afecta con más frecuencia a los niños y a las mujeres. En otras partes como en la Gran Bretaña, Asia, Medio Oriente, algunas partes de África, América Central y del Sur este tipo de anemias es común.

3. Grupos sociales afectados:

Se analizan las características más importantes de los grupos sociales afectados por las anemias en México; ya que cuenta con 60 millones de habitantes, de los cuales un 40 % de ellos sufren un grado de desnutrición, otro 40 % restringe su dieta principalmente en alimentos de alto valor nutritivo (proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales), el 13 % padece obesidad en diferentes grados, debido a una dieta desequilibrada con abundantes carbohidratos y grasas y sólo el 7 % de los mexicanos se alimentan

(7). HARRISON WINTROBE, THOMAS ADAMS. Medicina Interna 5a. ed. Ed. La prensa Médica Mexicana, México 1972. pág. 1777.

(8). HAZZ VILLASENOR J. Hematología clínica 1a. ed. Editada por Médicos Oteos P. México 1978. pág. 47.

tan correctamente. Observándose de esta manera que 40 mexicanos de cada 100 que tienen una dieta restringida en alimentos de alto valor nutritivo, son los más afectados por la desnutrición lo que trae como consecuencia una variedad de enfermedades entre las cuales se encuentra el llamado "síndrome anémico"; ya que la desnutrición es la carencia en calidad o cantidad de uno o varios nutrientes (9), como es el caso de las anemias carenciales donde hay deficiencia de vitamina B-12, ácido fólico y hierro.

El Instituto Nacional de la Nutrición a través de su estudio -- realizado en diferentes zonas del país y en grupos según su estado fisiológico (10), encontró que las zonas más pobres de México (sur y sureste) existen menores consumos de alimentos de origen animal en comparación con los de la zona norte que tiene mejor condición socioeconómica y nutricional. También dentro del mismo estudio da a conocer que la dieta del mexicano es escasa en cantidad y pobre en calidad, dando como resultado la dieta desequilibrada con menor ingestión de alimentos de origen animal que es de donde se obtiene la mayor cantidad y calidad de la vitamina B-12, ácido fólico y principalmente el hierro. Aunque cabe señalar que la anemia no es necesariamente causada por déficit del consumo de estos elementos antes señalados, sino que existen otros factores importantes como es la absorción y la utilización de estos nutrientes.

LEYRYSY, Ha encontrado que los alimentos de origen vegetal -- (acelga, berro, soya, espinaca etc.), contienen una suficiente cantidad de vitamina B-12, ácido fólico y hierro para el organismo, sin embargo al ser medidos con F 55 y F 59 la absorción tubo un rango de 1 a 5 % y con valores intermedios de 3% con excepción de la soya que fue de 11%, en los alimentos de

(9). ACACIO RIMUNDO. El Niño, la Desnutrición y México. Editado por el Instituto Nacional de la Nutrición, México 1979 Pág. 27
 (10). SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Salud Pública de México Vol. XIII No. 1 Enero, Febrero 1971 Pág. 74

origen animal el rango fue de 7 a 22 % con valores intermedios de 11 %. Lo que explica que los alimentos de origen animal proporcionan al organismo los nutrientes en mayor cantidad y mejor disposición para la absorción que los de origen vegetal, principalmente el hierro ya que como importancia tiene, que ocupa el 2do. lugar de los casos de anemia (11).

En grupos especiales los más afectados por la anemia ferropénica o deficiente en hierro, son los niños, ya que apenas alcanzan a consumir un 25 % de lo recomendado, posiblemente la causa del menor consumo sea la producción láctea de la madre deficiente en hierro, así como una alimentación suplementaria con escasos hábitos dietético, higiénicos que se practican en las zonas pobres de México.

Otro grupo de anemias que afecta con más frecuencia en México es la del grupo normocíticas normocrómicas (disminución de la cantidad de eritrocitos, por destrucción excesiva o pérdida considerable de ellos), que se observa en las personas que viven en la sociedad industrial moderna, ya que están expuestos constantemente a un gran número de agentes orgánicos sintéticos complejos que se usan para preservar y elaborar alimentos, en los cosméticos, en la ropa (colorantes), en innumerables procesos industriales y de la agricultura, en medio del hogar (solventes de pinturas, pinturas, sustancias adhesivas, insecticidas), quizá contaminantes aéreos en las zonas muy industrializadas. Tal exposición a dichas sustancias, condicionan a su vez una gran serie de enfermedades (neoplasias, síndrome de insuficiencia renal etc.) que son en las que se ven este tipo de anemias.

4. Índices y tasas de mortalidad:

La mortalidad general en México según la dirección general de -
biostatísticas de México 1975, que clasifica en 20 principales causas de -

(11). SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA. Salud Pública de México Vol. -
XIII, No. 1 Enero, Febrero 1971 Pág. 74.

mortalidad general, las afecciones ocupan un 1.º lugar, observándose también - dentro de las estadísticas vitales, que las tasas de mortalidad por grupo de edad, son mayores en las personas de 65 y más años o sea 64.1 por cada 100,000 habitantes registrados, y en 2.º lugar ocupado por los menores de un año 21.1 por cada 100,000 habitantes registrados. Observándose de esta manera - que la mortalidad general por afecciones es mayor en los extremos de la vida - (12). Se anexan los siguientes cuadros:

(12). SUBSECRETARIA DE PLANEACION, DIRECCION GENERAL DE BIOESTADISTICAS - Compendio de Estadísticas Vitales de México 1975 Pág. 32.

CUADRO No. 1
VÍFIFER PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
MEXICO 1975

ORDEN	CAUSA	DEFUNCIO- NES	TASA
1o.	Influenza y Neumonías	53868	89.6
2o.	Bacteritis y otras enfermedades diarreicas	51061	84.9
3o.	Enfermedades del corazón	45642	75.9
4o.	Accidentes	27140	45.1
5o.	Ciertas causas de morbilidad y de morbilidad perinatales	21785	36.2
6o.	Tumores malignos	21674	36.0
7o.	Enfermedades cerebrovasculares	12827	21.3
8o.	Cirrosis hepática	12236	20.3
9o.	Lesiones en las que se ignora el factor accidental o intencionalmente	11364	18.9
10o.	Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas	10632	17.7
11o.	Diabetes mellitus	10408	17.3
12o.	Bronquitis, Euficoma y Asma	10255	17.1
13o.	Tuberculosis en todas las formas	8516	14.1
14o.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.	7061	11.7
15o.	Infecciones respiratorias agudas	5169	8.6
16o.	Angias	4950	8.2
17o.	Anomalías congénitas	4384	7.3
18o.	Enfermedades de las arterias y de los vasos capilares.	4069	6.8
19o.	Nefritis y Nefrosis	3856	6.4
20o.	Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales.	2801	4.1
	Todas las demás causas	106208	176.6
	Total	435088	724.7

Tasa por 100,000
habitantes

FUENTE: Subsecretaría de planeación;-
Dirección General de Estadística
Compendio de estadísticas vitales de
México 1975 p.36.

CUADRO No.2

TASAS DE MORTALIDAD EN LAS ANEMIAS POR GRUPO DE EDAD
EN MEXICO 1975

GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES	TASA
Menores de 1 AÑO	531	21.9
De 1 a 4 AÑOS	536	6.2
De 5 a 14 AÑOS	453	2.7
De 15 a 24 AÑOS	353	3.0
De 25 a 44 AÑOS	844	6.5
De 45 a 64 AÑOS	848	15.2
De 65 y más AÑOS	1128	64.1
Total	4897	119.6

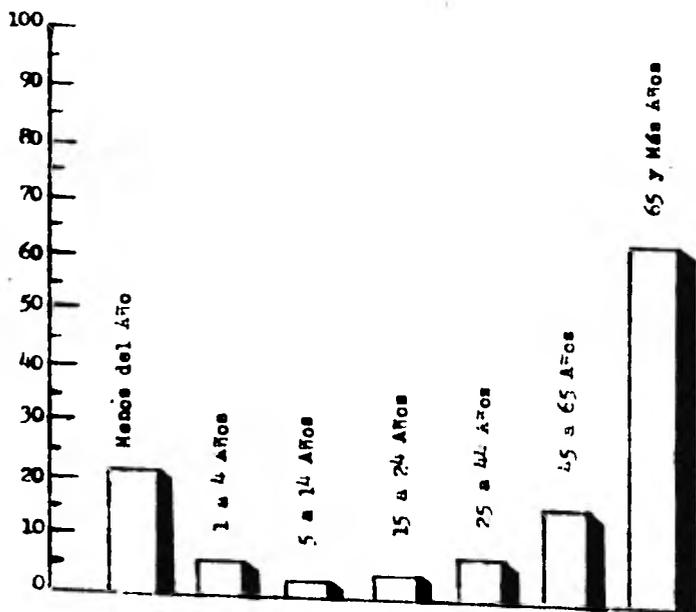
(1). TASA: Por 100,000 habitantes.

(2). NOTA ACLARATORIA: No se incluyen 57 defunciones ignoradas.

(3). FUENTE: Subsecretaría de planeación; Dirección General de Estadísticas Vitales. Compendio de estadísticas Vitales de México 1975, p. 12.

GRAFICA No. 1

TASAS DE MORTALIDAD EN LAS ANEMIAS POR GRUPO DE EDAD
EN MEXICO 1975



(1). TASA por 100,000 habitantes.

(2). FUENTE: Subsecretaría de planeación, Dirección -
General de Estadísticas. Compendio de esta -
dísticas vitales de México 1975, Pág. 32.

5. Etiología del síndrome anémico.

15

El estudio del paciente con anemia requiere no solamente del conocimiento adecuado de las diversas manifestaciones clínicas que caracterizan al síndrome anémico, sino que es fundamental conocer los diferentes mecanismos etiológicos que conducen a este síndrome. Ya que la anemia no es una entidad específica, pero constituye una indicación o manifestación de un proceso patológico o de una enfermedad subyacente (13), lo cual debe ser investigado por todos los medios a nuestro alcance, tratarla adecuadamente y eliminarla cuando sea posible.

La anemia se presenta como resultado del desequilibrio entre la producción y la pérdida de los eritrocitos, por lo cual se han considerado las siguientes causas:

1o. Pérdida de sangre.

2o. Destrucción excesiva de glóbulos rojos "hemólisis aumentada"

3o. Disminución en la producción de glóbulos rojos "eritropoyesis disminuida".

1o. Pérdida de sangre.

La pérdida de sangre puede ser grande y súbita o de pequeña magnitud pero continuada ocasionando la anemia, por lo que se enlistaran dos grandes grupos de los que suele haber pérdida hemática (14).

a). Post-hemorragia aguda.

-Traumatismo a intervenciones quirúrgicas con lesión o ruptura de vasos.
-Úlcera duodenal sangrante

b). Post-hemorragia crónica.

-Hemorragias repetidas.
-Carcinoma gástrico y otras neoplasias.
-Úlcera gastroduodenal.

(13). NELSON ALDO E. Y OTROS. Tratado de Pediatría Tomo II (4.ª ed. Salvat Editores, México 1976 Págs. 1071.

(14). CORREA, ANIAS, STRELLA. Texto de Patología 2ª. ed. La Prensa Médica Mexicana: 1975. Pág. 300.

Post-hemorragia aguda:

- Ruptura de várices esofágicas.
- Desgarros de aneurismas.
- hemorragias gineco-obstétricas
- embarazo extrauterino.
- Hematuria.
- Hemorragias por trastornos -
de la coagulación; hemofilia,
púrpuras, hipoprotrobinemias, -
hipofibrinogenemia.
- Otras.

Post-hemorragia crónica. 16

- Várices esofágicas.
- Parasitosis por uncinaria
(anquilostomiasis).
- Hemorroides sangrantes.
- Hernia diafragmática san-
grante.
- Epistaxis.
- Hemorragias vaginales de -
diversas etiologías.
- Otras.

2o. Destrucción excesiva de glóbulos rojos.

La hemólisis (destrucción de eritrocitos) causa disminución de su número. Se piensa que normalmente, cada eritrocito vive cuatro meses; el bazo la médula ósea y el hígado destruyen los eritrocitos desgastados (15). El organismo constantemente produce nuevos eritrocitos y destruye los viejos, de modo que conserva su número. En trastornos hemolíticos los eritrocitos viven menos de lo normal, pueden vivir solamente dos semanas o incluso horas como es en éste caso de la hemólisis aumentada que se destruyen en mayor número apareciendo así la anemia. Se dan a conocer las causas de la hemólisis.

1. Defectos intracorpúsculares.

2. Causas extracorpúsculares:

2.1. Con producción de anticuerpos.

2.2. Sin producción de anticuerpos.

1. Defectos intracorpúsculares:

1.1. Eritrocitos de contorno anormal (defectos de la membrana).

(15). SMITH ORMAIN G. Enfermería Médicoquirúrgica 3a. ed. 7d. Interamericana México 1973 Págs. 577.

- 1.1.2. Esferocitosis hereditaria (ictericia hemolítica congénita).
- 1.1.3. Eliptocitosis hereditaria (forma oval o de bastón del glóbulo rojo por anomalía de su membrana).
- 1.1.4. Estomatocitosis (hematíes en forma de figura).
- 1.1.5. Aumento selectivo de la lecitina de la membrana.
- 1.2. Eritrocitos con hemoglobina anormal (hemoglobinopatías).
 - 1.2.1. Por hemoglobina "S" en los eritrocitos falciformes (drepanocitosis).
 - 1.2.2. Enfermedades de la hemoglobina "C".
 - 1.2.3. Por hemoglobina fetal.
 - 1.2.4. Combinaciones: enfermedad de hematíes falciformes, hemoglobina "C", talasemia y otras.
 - 1.2.5. Por hemoglobinas "D, E, G, H, I".
 - 1.2.6. Hemoglobinas inestables de: Zurich, Colonia, Ginebra, Sidney, - Hemmeramith, México y otras.
 - 1.2.7. Diversas hemólisis por cuerpos de inclusión (Heinz y Pappenheimer).
- 1.3. Eritrocitos con contenido anormal de enzimas.
 - 1.3.1. Deficiencia de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa (G.G.V.D).
 - 1.3.2. Deficiencia de piruvato cinasa (sensibilidad a medicamentos primaquina).
 - 1.3.3. Otras deficiencias: deshidrogenasa de 6 fosfato gluconato, - reductasa de glutación, difosfogliceromutasa, isomerasa de tri fosfato, cinasa de ATP a fosfoglicarato, deshidrogenasa de 3 fosfato de gliceraldehído.
 - 1.3.4. Hemólisis congénita no esferocítica.

2. Causas extracorpósculares.

2.1. Con producción de anticuerpos:

2.1.1. Autoanticuerpos:

2.1.1.2. Hemólisis autoinmune primaria o de origen idiopático.

2.1.1.3. Hemólisis autoinmune secundaria o sintomática (lupus eritematoso sistémico, leucemia linfocítica crónica, enfermedad de Hodgkin, linfosarcoma, tumor de ovario, púrpura trombocitopénica, sarcoidosis, mielofibrosis, neumonía atípica primaria, neumonía por micoplasma mononucleosis infecciosa, sarampión, influenza, fiebre de origen clostridium Welchii y padecimientos hepáticos.

2.1.1.4. Hemoglobinuria paroxística por frío.

2.1.2. Isoanticuerpos:

2.1.2.1. Enfermedad hemolítica del RN. (eritroblastosis fetal por Rh y AP).

2.1.2.2. Reacciones de transfusión por incompatibilidad del grupo sanguíneo (anti A, anti B, anti Rh, anti Kell)

2.1.3. Anticuerpos inducidos por medicamentos:

2.1.3.1. Sensibilidad a: quinidina, penicilina alfametil dopa etc.

2.2. Sin producción de anticuerpos:

2.2.1. Agentes químicos (hipersensibilidad a fármacos).

2.2.2. Agentes físicos (quemaduras).

2.2.3. Agentes tóxicos: Venenos de origen vegetal y animal (favismo y picadura de serpientes).

- 2.2.4. Hemólisis mecánica (hemoglobinuria de marcha, hemólisis cardíaca y microangiopatías).
- 2.2.5. Infecciones (paludismo, neumonía neumococcica, septicemia infecciosa viral y bacterianas).
- 2.2.6. Hiperesplenismo.
- 2.2.7. Hemólisis transitoria de pacientes con alcoholismo agudo, cirrosis moderada, infiltración grasa del hígado e hiperlipemia "síndrome de Zieve".
- 2.2.8. Duda de hemoglobina paroxística nocturna.

3o. Disminución en la producción de glóbulos rojos.

La disminución en la producción de glóbulos rojos (eritropoyesis disminuida) se debe a diferentes causas o factores que intervienen entre los cuales se encuentran:

1. Deficiencia de sustancias que son esenciales para la eritropoyesis:

1.1. Hierro; pérdida crónica de sangre, deficiencia de absorción, deficiencia de alimentación, exigencias excesivas (embarazo y adolescencia).

1.2. Vitamina B-12 y ácido fólico; deficiencia nutritiva, dieta inadecuada, imposibilidad gástrica para secretar factor intrínseco esencial para la absorción de la vitamina B-12, gastroectomía, sprue, diarrea, intestina, anomalías diversas, exigencias excesivas (embarazo).

1.3. Piridoxina, proteínas, cobre, cobalto, ácido ascórbico, ácido pantoténico, niacina, biotina, vitamina "E", zinc y otras sustancias como la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas.

2. Daño y/o supresión de los centros germinales de la médula ósea con incapacidad para utilizar las sustancias esenciales en la eritropoyesis -- (anemia aplásica, hipoplásica, síndrome de insuficiencia medular).

2.1. Agentes químicos; benceno y derivados, DDT, tianer, medicamentos (predig

posición genética).

2.2. Agentes físicos (radiación ionizante), intoxicación por plomo.

2.3. Agentes biológicos (virus), anemia aplásica familiar y la asociada con miastenia gravis y tumores del tino, hormonas (hipófisis, tiroides etc.).

3. Invasión metastásica a médula ósea por células malignas (anemia mieloplásica).

3.1. Neoplasia metastásica.

3.2. Linfoma.

3.3. Leucemia.

3.4. Mieloma múltiple.

3.5. Enfermedad de gaucher.

4. Otras causas:

4.1. Tuberculosis diseminada.

4.2. Mielofibrosis, mieloesclerosis.

4.3. Enfermedades crónicas renales.

4.4. Hipopituitarismo, mixedoma.

4.5. Enfermedades crónicas del hígado (16).

(16). PAREZ VILLASEÑOR J. Hematología Clínica 6a. ed. Editada por Méndez Oteo F. México 1978. Pág.12 a la 31.

6. Diagnóstico.

En el diagnóstico de la anemia se han tomado en cuenta criterios y ciertas consideraciones de algunos aspectos tales como:

Los valores normales de la hemoglobina, hematíes y el hematócrito así como la altura sobre el nivel del mar, ya que por cada 1000 metros de altura sobre el mismo nivel del mar, la hemoglobina aumenta de 0.5 a 1.0 gr. por 100 ml. de sangre.

En la mujer embarazada que cursa con cifras de hemoglobina entre 11 y 12 gr. por 100 ml. de sangre, hecho que se explica por retención de líquidos y hemodilución.

Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que existe anemia por abajo de 12 gr. de hemoglobina por cada 100 ml. de sangre, no obstante el criterio de otros autores, consideran que a nivel del mar en un adulto puede sospecharse anemia, cuando las cifras se encuentran por debajo de las siguientes (17).

Sexo.....	Hombre	Mujer
Hemoglobina (gr./100 ml. de sangre)	menor de 14	y 12
Hematócrito (%).....	menor de 41	y 36.5
Hematíes (millones por mm ³)...	menor de 4.4	y 3.9

Existe una diferencia entre el hombre y la mujer con respecto a las cifras antes mencionadas, lo cual se debe a que en el varón se refleja el efecto de la mayor secreción de testosterona sobre la eritropoyesis y - que aparece en la pubertad y desaparece en los ancianos, incluyendo de esta manera también la edad y sexo.

Otro de los criterios que se toman en cuenta para los valores -

(17). MAPAPORT I, SAMUEL.M.D. Introducción a la hematología 1a. ed. Salvat Mexicana 1979. Pág.6.

normalmente en la citología hemática y para las personas de la altiplanicie mexicana son las siguientes:

CUADRO No.3
VALORES NORMALES DE LA CITOLOGIA HEMATICA
PARA LAS PERSONAS DE LA ALTIPLANICIE MEXICANA

ELEMENTO	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Eritrocitos por mm^3	5.0 a 6.0 millones	4.5 a 5.5 millones
Hemoglobina en gr/100 ml.de sangre.	15.5 a 20.0	13.5 a 17.0
Hematocrito (%).	47 a 57	42 a 48
Volumen globular(mic.)	84 a 103	84 a 103
Concentración media de hemoglobina en gr.5	31 a 37	31 a 37
Reticulositos en %	0.5 a 1.5	0.5 a 1.5
Sedimentación globular en 1 Hora en mm (M.d)	0 a 10	0 a 15
Leucositos por mm^3	de 4000 a 11000	de 4000 a 11000

FUENTE:

EMILIO ROSENTEIN Y DEL CAMPO MARTIN ALFONSO. Diccionario de especialidades decimnovenena edición, editorial mexicana 1979.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores y de acuerdo a las manifestaciones clínicas que más adelante se explicarán, se irán encuadrando cada uno de los signos y síntomas para llegar al diagnóstico, ya - que como es sabido, que la presencia de tales signos y síntomas de ninguna manera se ajustan a determinadas reglas, sino que dependen de varios factores y circunstancias, de las cuales las más importantes son (18).

1o. La rapidez con la que se instala la anemia, cuando es lento su establecimiento y su desarrollo tiene lugar en el curso de meses es posible que las manifestaciones clínicas sean escasas.

2o. La edad y sexo, se acepta que los niños y las mujeres toleren mejor la anemia.

(18). HANZ VILLASENOR J. Hematología Clínica 6a. ed. Editada por Méndez - Oteo F. México 1978 Pág. 35.

3o. El tipo de vida y clase de trabajo.

No obstante cuando la anemia es de consideración nunca faltan determinados signos y síntomas clínicos entre ellos se encuentran los más comunes que son:

1o. Sistema tegumentario.

Palidez. Es el signo más común que interesa a tegumentos y mucosas, se debe observar cuidadosamente la mucosa bucofaríngea, labios conjuntivas, lóbulos de la oreja, palmas de las manos preferentemente a nivel de los pliegues y particularmente en el lecho ungueal donde adquiere mayor significación la sospecha de anemia. Sin embargo debe recordarse que la palidez puede aparecer o estar presente sin que exista anemia como es el caso de: la insuficiencia renal que es clásica dicha palidez, y que afecta no solamente a piel y mucosas, sino que afecta a todos los órganos lo cual se explica por retención de pigmentos de naturaleza desconocida, el edema generalizado, en el mixodema, la esclerodermia, la vasoconstricción sostenida o habitual así como en personas que viven en climas tropicales o subtropicales y en las personas que trabajan en lugares cerrados, en la estenosis mitral en casos de insuficiencia aórtica avanzada y en otras más, puede haber palidez sin que exista anemia (19).

2o. Aparato cardiorrespiratorio, donde la anemia tiene repercusiones importantes a tal grado que podemos señalar como el punto de partida de las diferentes expresiones clínicas de este síndrome que se está analizando. La disnea se presenta generalmente con los grandes o medianos esfuerzos, y cuando la anemia es intensa ocurre además respiración superficial inclusive durante el reposo. La taquicardia es percibida por el paciente en forma de palpitaciones, los soplos comúnmente son olosistólicos, plurifocales, aunque -

(19). CORREA, ANIAS, S^{ta} M^{ta} L^a. Texto de patología 2^a ed. la Prensa Médica Mexicana : 1975 Pág. 887.

es el foco mitral un sitio principal donde estos son auscultables. Tambien se perciben en el pulmonar y aórtico, su caracter es funcional, pero puede hacer sospechar lesión orgánica valvular cuando alcanzan un grado importante, sin embargo no se exacerban con las maniobras de Valsalvo o de Rivero - carballo; hipotensión arterial aumento de la amplitud pulsátil "pulso saltón", observación de pulsatilidad sublingual, en casos de que la anemia es muy intensa es dable observar cardiomegalia global, cambios electrocardiográficos, insuficiencia cardíaca congestiva, dolor anginoso, isquemia coronaria etc.

3o. Aparato neuromuscular.

Son manifestaciones comunes tales como: cefalea, tendencia a lipotimias, vértigos, escotomas, visión borrosa, somnolencia, depresión, irritabilidad y debilidad muscular. En la anemia intensa crónica puede producirse hemorragias retinianas en forma de llamas.

4o. Aparato digestivo.

Los trastornos gastrointestinales más comunes son: anorexia, dispepsia, flatulencia, constipación y diarrea.

5o. Aparato genital.

De manera peculiar muchas anemias pueden existir y evolucionar sin deterioro del estado de nutrición. En cambio en la esfera endócrina lo habitual es que haya amenorrea y pérdida de la libido (20).

De acuerdo a las manifestaciones antes señaladas y sin olvidar la importancia radical de una buena y completa historia clínica; ya que de ello se tendrá el primer camino a seguir en busca del diagnóstico y recurrir con precisión a las pruebas de laboratorio, como es sabido que tales

(20). VAREZ VILLARREAL J. Hematología Clínica 6a. Ed. Editada por Méndez - Oteo P. México 1978 Pág. 37.

pruebas de laboratorio son indispensables de practicarsele a todo individuo portador de anemia, con el fin de aclarar cualquier duda, corregir y eliminar lo más pronto posible la causa que la está originando.

Para efectuar las pruebas de diagnóstico de la anemia, es necesario recurrir a las técnicas de laboratorio clínico entre las cuales se mencionaran las de uso común y de aplicación práctica en el síndrome anémico:

1o. La biometría hemática, que es el estudio básico en todo paciente portador de anemia, la cual debe comprender las siguientes determinaciones:

- a). Recuento de glóbulos rojos.
- b). Hemoglobina (Hb).
- c). Volumen globular medio (VGM).
- d). Hematócrito (Hto.).
- e). Concentración media de hemoglobina globular (CMHbG).
- f). Reticulocitos.
- g). Sedimentación globular.
- h). Determinación de glóbulos blancos con su fórmula diferencial.
- i). Recuento de plaquetas.
- j). Frotis de sangre periférica.

Estos exámenes de laboratorio son solamente los iniciales ya que - junto con la anamnesis, la exploración física darán en ocasiones el diagnóstico certero. La anemia debe ser identificada de acuerdo a la clasificación - etiológica, ya que uno de los principales objetivos en el tratamiento de la - anemia, que más adelante se explicará, es corregir y eliminar la causa que la está originando ; También se debe identificar de acuerdo a la clasificación de tipo morfológico, por el hecho de que en ciertos tipos de anemia no son - fáciles de identificar ni comprobar las causas que la están originando. Sin

embargo en los eritrocitos hay cambio del volumen y del contenido de la hemoglobina; hecho que si es posible comprobar mediante pruebas de laboratorio, lo cual da como resultado una buena base para escoger con fundamento otras pruebas especiales que facilitarán el diagnóstico completo, tales como: la aspiración de médula ósea, determinación de bilirrubinas etc.

Una vez que el diagnóstico se ha confirmado, se aclarará la causa que la ha originado, ya que anteriormente se ha dicho que la anemia no es una entidad específica, sino que constituye sólo una expresión secundaria de una patología subsistente o primaria. Se identificará dentro de las dos clasificaciones; etiológica (ver etiología de las anemias) y la morfológica (21).

-anemias según el tipo morfológico.

La base de esta clasificación radica en las dimensiones del glóbulo rojo y el contenido de su hemoglobina, por lo cual se debe tener presente el índice eritrocitario que es el que permite obtener estas dimensiones así como su contenido hemoglobínico.

- a). Volumen globular medio (VGM) con el cual se conoce el promedio del volumen del glóbulo rojo.
- b). Concentración media de hemoglobina globular (CMHG), que nos permite saber la concentración de hemoglobina en los eritrocitos independientemente de su tamaño.

El índice de glóbulos rojos se obtiene mediante las siguientes fórmulas:

$$10. \text{ V.G.M: } \frac{\text{Hematocrito} \times 100}{\text{Normal de } 83 \text{ a } 104 \text{ micras cúbicas}} \\ \text{Dos primeras cifras de glóbulos rojos.}$$

(21). BALZ VILLASENOR J. Hematología clínica 6a. ed. Editada por Méndez - Otero F. México 1978 Pág.39

26. CMHbG: $\frac{\text{Hemoglobina} \times 100}{\text{Hematocrito}}$ Normal de 31 a 37 %

En la clasificación morfológica de las anemias hay tres tipos -
que son:

CUADRO No. 4

TIPOS MORFOLOGICOS DE LAS ANEMIAS

TIPO	V.C.M.	CMHbG
Normocítica Normocrémica	Normal	Normal
Macroscítica Normocrémica	Aumentada	Normal
Microscítica Hipocrémica	Disminuida	Disminuida

Fuente: BAEZ VILLASENOR J. Hematología Clínica 6a.ed.
por Méndez Oteo México 1978. Pág. 44.

Otros eritrocitos mencionan que en la práctica clínica se encuen-
tran combinaciones que dan por resultado otros tipos de anemias que son las
del siguiente cuadro:

CUADRO No. 5

TIPOS MORFOLOGICOS DE LAS ANEMIAS
COMBINACIONES

TIPO	V.C.M.	CMHbG
Normocítica hipocrémica	Normal	Baja
Macroscítica hipocrémica	Alta	Baja
Microscítica normocrémica	Baja	Normal

Fuente: BAEZ VILLASENOR J. Hematología Clínica 6a.ed.
por Méndez Oteo P. México 1978. Pág. 44.

7. Generalidades de tratamiento.

El tratamiento de las anemias se encaminará a corregir los diferentes mecanismos etiológicos que conducen a este síndrome. Debe ser específico e integral, por lo cual se debe tomar en cuenta las dos clasificaciones antes señaladas o sea la etiológica y la morfológica, ya que en base a la primera se identificará y tratará la causa que la ha originado, en ocasiones es suficiente eliminar la alteración subyacente para corregir el síndrome anémico. La clasificación morfológica permite instituir las medidas específicas para la corrección de la carencia existente (hierro, vitamina B-12, ácido fólico y transfusiones sanguíneas).

En la anemia normocítica normocrómica que es la más frecuente entre los tipos de anemia y que obedecen a la disminución en la cantidad de eritrocitos; por destrucción excesiva o pérdida considerable de ellos. Se encaminará hacia la transfusión de estos elementos, ya que es la única medida con la cual se corrijan o mejoren las manifestaciones de hipoxia tisular que comúnmente se presentan cuando la hemoglobina se encuentra -- por abajo de 8 gr. particularmente si el descenso de ésta ha sido progresivo. La transfusión de estos elementos será a través de paquetes globulares de 500 ml. con lo cual se mantendrá una cifra de hemoglobina superior a los 8 gr.; ya que un paquete globular de 500 ml. da lugar a una elevación de hemoglobina (en gramos por 100 ml.) de 1.5 gr. en el adulto (22).

La anemia microcítica hipocrómica como se vio en la frecuencia de las anemias, ocupa un segundo lugar entre los tipos de anemia, donde el hierro es el elemento carencial, aunque ocasionalmente puede ser secundaria a deficiencia de piridoxina.

(22). BAEZ BILASENOR J. Hematología Clínica 6a. ed. Editada por Méndez - Oteo F. México 1978 Pág. 151

El hierro se repona de acuerdo a la intensidad de la anemia, se hace utilizando sales ferrosas (fumaratos, gluconatos y sulfatos) ya que las sales ferrosas se absorben mejor que las férricas, las dosis usuales son entre 0.20 a 0.90 gr. de sales ferrosas, se recomienda en general tomar una tableta de 300 mg. tres veces al día junto con los alimentos durante 6 semanas y continuando posteriormente de que la hemoglobina haya buuelto a la normalidad, durante tres meses a fin de reponer las reservas de hierro, existen tambien preparados de sulfato ferroso en suspensión (fersanal, ferrogadmet) que en cierta manera evitan la acción irritante sobre el estómago, el cual se recomienda tomar dos cucharadas tres veces al día en el adulto y en los niños una media cucharada según la edad y la intensidad de la anemia (23).

El hierro se utiliza por vía parenteral sólo en casos especiales como en trastornos gastrointestinales graves que limiten la terapéutica oral de reposición (colitis ulcerosa o ileítis regional) se indicaran dosis intramusculares de complejo de hierro dextrano (inferon) inicialmente se recomiendan 50 mg. dos veces por semana ajustando posteriormente la dosis según las necesidades del paciente, otro de los preparados para aplicación intravenosa es el dextriferron (astrafer) el cual se inicia con 1.0 ml. de una solución al 2% (24).

La dieta como complemento de éste tratamiento debe ser a base de alimentos de alto contenido mineral principalmente del hierro los cuales deben ser preparados con: leche, carne, huevos, leguminosas, verduras, cereales frutas y otros alimentos; según valores nutritivos de alimentos mexicanos que a continuación se van en el siguiente cuadro:

- (23). SMITH CHEMAYNO. Referencia Medicouniversitaria 3a. ed. Ed. Interamericana México 1973 Pág. 573
- (24). RAPAPORT I, SAMUEL M. D. Introducción a la Hematología 3a. ed. Salvat - Mexicana 1979. Pág. 43.

CUADRO No.6

DIEZ PRINCIPALES ALIMENTOS MEXICANOS
QUE CONTIENEN HIERRO

PREPARACION POR RACION	HIERRO EN MG.
Pan de caja	4.52
Carnes asada (Bistek)	4.00
Huevos guisados con jitomate	3.63
Espinacas guisadas	3.48
Garbanos guisados	2.70
Leche fresca (de vaca)	2.60
Fresas con crema	1.82
Frijoles fritos	1.71
Sopa de tortilla	1.55
Jugo de frutas (naranja)	1.40

FUENTE: HERNANDEZ MERCEDIS, CHAVEZ A., BOURGHS H. Valores nutritivos de los alimentos mexicanos 6a. ed.- Editada por el Instituto Nacional de la Nutrición México 1974 Págs. 28 a la 31.

Los alimentos antes mencionados que son fáciles de encontrar en el mercado y que son comunes en el medio hogar; son los que más aporte de hierro proporcionan para el organismo, por lo cual se recomiendan como complemento en este tratamiento.

La anemia macrocítica normocrómica que es la anemia menos frecuente, se debe a la deficiencia de vitamina B-12 y ácido fólico por lo que la ministración de estas sustancias están indicadas a fin de corregir dichas deficiencias. Las dosis de vitamina B-12 (cianocobalamina) es variable, pero suelen administrarse 1000 microgramos intramuscular cada tercer día durante 6 semanas que es el tiempo en que se espera respuesta

hematológica.

En los niños la administración parenteral de vitamina B-12 es de 1 a 5 microgramos intramuscular por día, ya que es el requerimiento fisiológico y con el cual se ha obtenido respuesta hematológica. Si la evidencia de afecciones neurológicas persisten, debe inyectarse 1.0 mg. intramuscularmente al día durante dos semanas, además será necesario seguir administrando dosis de mantenimiento durante el tiempo que sea necesario (1 mg. por mes).

El tratamiento con ácido fólico se hace con dosis de 15 a 30 mg. por vía oral al día durante 3 a 4 semanas. En los niños el principio puede administrarse por vía parenteral la dosis que oscila entre 2 y 5 mg. por día durante 2 o cuatro semanas.

La dieta como auxiliar en el tratamiento de esta anemia es también de importancia, ya que la vitamina B-12 y el ácido fólico se encuentran en muchos de los alimentos de origen animal y vegetal: leche, yema, de huevo, glándulas, vísceras etc.

Los recursos terapéuticos antes señalados deben ir acompañados de las medidas sintomáticas (25).

(25). NELSON WALDO E., VAUGHAN, McFAY. Tratado de Pediatría Tomo II 6a. ed. - Salvat Editores México 1976 pág. 1073.

8. Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones clínicas se dan de acuerdo al tipo de anemia o a la causa que la está originando. Sin embargo se tratará de resumir -- las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) más comunes que suelen -- haber en el síndrome anémico de acuerdo a los siguientes aparatos y sistemas:

1o. Piel y anexos.

- a). Palidez de tegumentos y mucosas (mucosas bucofaríngeas, labios conjuntivas, lóbulos de la oreja, palmas y pliegues de las manos, lecho ungueal).
- b). Piel de aspecto rugoso, pelo seco y fino, uñas quebradizas sin brillo cóncavas y convexas.

2o. Sistema cardiorrespiratorio.

- a). Disnea de esfuerzos.
- b). Taquicardia (palpitaciones).
- c). Soplos sistólicos funcionales.
- d). Cardiomegalia.
- e). Insuficiencia cardíaca (cor anémico).
- f). Angor pectoris.

3o. Aparato neuromuscular.

- a). Cefalea, lipotimias, vértigo, escotomas, astenia, adinamia, fatigabilidad somnolencia.

4o. Aparato digestivo.

- a). Atrofia de las papilas linguales (lengua lisa).
- b). Anorexia.
- c). Dispepsia.
- d). Flatulencia.
- e). Constipación.

f). Diarrea.

5o. Aparato genital.

a). Amenorrea.

b). Pérdida de la libido (26).

9. Complicaciones.

Las complicaciones en el síndrome anémico suelen ser las asociadas con la enfermedad fundamental o sea la causa que la ha originado, tales como las infecciones piógenas crónicas, ciertos procesos inflamatorios crónicos (abscesos, empiema, bronquiectasia etc.) la tuberculosis y micosis profunda.

Otras complicaciones son características de los tipos de anemias (anemia aplásica) que se complica con las mismas infecciones y hemorragias severas.

El tratamiento prolongado con transfusiones sanguíneas y corticosteroides complica la enfermedad, ya que las múltiples transfusiones de sangre sensibilizan al organismo, se asocian con las leucoaglutininas y con los anticuerpos eritrocíticos. La testosterona como tratamiento prolongado en la infancia estimula el desarrollo precoz de los caracteres sexuales secundarios.

En las anemias por deficiencia en hierro, vitamina B-12 y ácido fólico suelen complicarse con la desnutrición entruada (27).

(26). RAPAPORT I. SAMUEL M.D. Introducción a la Hematología 2a. ed. Ed. Salvat Mexicana, 1979. Pág. 56.

(27). RAVE VILLASETOR J. Hematología Clínica 6a. ed. Editada por Méndez Oteo P. México 1978. Pág. 153.

IV. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

1. Metodología empleada.

Los metodos y técnicas utilizadas en el presente estudio son: - la investigación documental o bibliográfica, cuyo fin fue de estructurar - el marco teórico, registrando dicha información en fichas bibliográficas y de trabajo, por medio de las cuales se fue dando crédito a los autores con- sultados para la integración total del marco teórico .

Para la contrastación de las hipótesis planteadas se realizó la investigación de campo, seleccionando 25 paciente con diagnóstico de sín- drome anémico hospitalizados en la unidad de hematología sección 103 del hospital general de méxico de la secretaria de salubridad y asistencia. Los datos recavados en esta etapa fueron obtenidos por medio de: interro- gatorio directo a pacientes considerados en el estudio, consulta a expen- dientes clínicos, registro de hojas de enfermería, entrevistas a médicos y enfermeras encargadas de la atención de los mismos pacientes. Estos datos fueron registrados en cuestionarios diseñados exclusivamente para este - tipo de pacientes considerados.

2. Fuentes de obtención de los datos:

- a). Obras bibliográficas y documentos específicos sobre síndrome anémico.
- b). 25 pacientes con diagnóstico de síndrome anémico, hospitalizados en la unidad de hematología sección 103 del hospital general de méxico de - la secretaria de salubridad y asistencia.
- c). Médicos tratantes de los pacientes considerados.
- d). Personal de enfermería encargado de la atención de los pacientes con- siderados.

3. Descripción del instrumento de recolección de datos.

El cuestionario utilizado en la recopilación de datos abarcó - las características socioeconómicas, tratamiento médico-dietético y atención de enfermería, el cual consta de 23 preguntas cerradas descritas en - la siguiente forma:

1o. Nombre del paciente.

2o. Domicilio.

3o. Sexo.

4o. Edad.

5o. Hospital y servicio en que se encuentra internado.

6o. Tiempo de estar hospitalizado.

7o. Motivos por los que ingresó al hospital.

8o. Número de personas que integran la familia del paciente.

9o. Nivel educativo del paciente y sus integrantes familiares.

10o. Papel, ocupación y aportación económica por mes de los integrantes familiares del paciente.

11o. Número de comidas que hace al día.

12o. Alimentos que con mayor frecuencia ingiere en su comida.

13o. Tratamiento médico-dietético del paciente.

14o. Complicaciones que ha tenido el paciente durante la evolución del síndrome anémico.

15o. Se ministran los medicamentos en dosis y horarios prescritos.

16o. Se logra que el paciente consuma íntegramente los alimentos en cada comida.

17o. Las transfusiones de sangre se efectúan sin problemas de ninguna índole.

18o. Se logra mantener en reposo absoluto al paciente.

- 19o. Se logra la comodidad y seguridad del paciente.
- 20o. La ministración de oxígeno satisface las necesidades del paciente.
- 21o. La eliminación intestinal y renal del paciente es vigilada.
- 22o. Los cuidados a la piel, mucosas y anexos son realizados de acuerdo a las necesidades del paciente.
- 23o. Observaciones generales sobre atención de enfermería.

V. RESULTADOS.

CUADRO No. 1
 EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

No.	EDAD	SEXO MASC.	§	SEXO FEM.	§
1	Menos de 15 Años	-	-	1	4
2	De 15 a 19	4	16	3	12
3	De 20 a 24	1	4	1	4
4	De 25 a 29	1	4	7	28
5	De 30 a 34	3	12	0	0
6	De 35 a 39	-	-	-	-
7	De 40 a 44	-	-	-	-
8	De 45 a 49	0	0	1	4
9	De 50 y Más	0	0	3	12
TOTAL		9	36	16	64

NOTA: El porcentaje fue calculado en base a 75 pacientes considerados en el estudio.

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a pacientes, médicos y enfermeras en cargadas de la atención de los mismos pacientes. Los datos generales se obtuvieron por consulta al expediente. Tiempo de recolección de datos del 10 al 25 de Febrero de 1961.

Se observa en el cuadro anterior que el sexo femenino es el más afectado por el síndrome anémico, principalmente en la edad de 25 a 29 años, y en el sexo masculino se observa que la mayor frecuencia ocurrió en la edad de 15 a 19 años.

CUADRO No. 2
TIEMPO DE ESTAR HOSPITALIZADO

No.	TIEMPO EN SEMANAS	FRECUENCIA	%
1	De 1 a 2	6	24
2	De 3 a 4	7	28
3	De 5 a 6	7	28
4	De 7 a 8	2	8
5	De 9 a 10	1	4
6	De 11 a 12	-	-
7	De 13 a 14	-	-
8	De 15 a 16	1	4
9	De 17 a 18	1	4
TOTAL		25	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

Este cuadro representa al tiempo en semanas de haber estado hospitalizado, y como importancia se ve un 28 % de los pacientes considerados permanecieron 3 y 4 semanas y otro 28 % entre 5 y 6 semanas; señalando así que es el tiempo en que se espera respuesta hematológica al tratamiento del síndrome anémico.

CUADRO No.3

MOTIVOS POR LOS QUE INGRESO AL HOSPITAL

CAUSA	FRECUENCIA	%
SINTOMATOLOGIA DEL SINDROME ANEMICO	17	68
OTRAS ENFERMEDADES	3	32
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Como importancia en este cuadro que reporta los motivos por los que ingresó al hospital se puede ver que la mayor frecuencia (68 %) fue internada por haber presentado datos, signos y síntomas propios del síndrome anémico y en menor frecuencia (32 %) por otras enfermedades de las cuales fue desencadenado el mismo síndrome anémico, manifestando así en general que las anemias son secundarias o subyacentes a una enfermedad primaria.

CUADRO No. 4

NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DEL PACIENTE

No. DE PERSONAS	FRECUENCIA	%
Das personas	8	32
Tres personas	2	8
Cuatro Personas	4	16
Cinco personas	1	4
Seis personas	5	20
Siete personas	-	-
Ocho personas	3	12
Nueve personas	-	-
Diez y más personas	-	-
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Representación numérica de integrantes familiares del paciente; don de se observa que la mayor frecuencia está formada por solamente dos personas y siguiendo en orden de importancia las familias que se describieron en su integración por seis personas ya que alcanzaron un 20 % del total de los pacientes considerados.

CUADRO No. 5

NIVEL EDUCACIONAL DEL PACIENTE

No.	NIVEL	FRECUENCIA	%
1	Analfabeto	4	16
2	Primaria incompleta	8	32
3	Primaria completa	8	32
4	Secundaria incompleta	1	4
5	Secundaria completa	-	-
6	Comercio	1	4
7	Fachillerato o - equivalente	-	-
8	Profesional	1	4
9	Otros	2	8
TOTAL		25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Este cuadro reporta que el nivel educacional del paciente es bajo, ya que se observa que 64 % tienen los niveles de primaria incompleta y completa así como un 16 % de analfabetos.

CUADRO No. 6
PAPEL QUE DESEMPEÑA EL PACIENTE EN EL HOGAR

PAPEL	FRECUENCIA	%
Jefe de familia (sosten familiar)	10	40
Dependiente familiar	13	52
Autodependiente	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

La importancia del papel que desempeña el paciente en el hogar radica en el sostenimiento económico familiar, como para el tratamiento de él mismo; por lo que este cuadro reporta en orden de importancia que la mayor frecuencia es dependiente en una u otra forma de su familia, en segundo lugar a los que sostienen la familia y por último a los que dependen de ellos mismos.

CUADRO No. 7
OCUPACION DEL PACIENTE

No.	OCUPACION	FRECUENCIA	%
1	Obreros de la industria	3	12
2	Empleados	1	4
3	Comerciantes	-	--
4	Profesional asociado	1	4
5	Agricultores	5	20
6	Labores del hogar	6	24
7	Artesanos	1	4
8	Estudiantes	3	12
9	Otros	5	20
TOTAL		25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Se informa en el cuadro anterior que un 24 % de los pacientes estudiados se dedican a las labores del hogar, un 20 % a la agricultura - y otro 20 % a realizar actividades no determinadas, un 24 % son obreros y estudiantes

CUADRO No. 8

APORTACION ECONOMICA PARA EL GASTO FAMILIAR

No.	APORTACION MENSUAL	FRECUENCIA	\$
1	De \$ 500 a 1400	6	24
2	De 1500 a 2400	8	32
3	De 2500 a 3400	5	20
4	De 3500 a 4400	2	8
5	De 4500 a 5400	2	8
6	De 5500 a 6400	-	-
7	De 6500 a 7400	1	4
8	De 7500 a 8400	1	4
9	De 8500 a 9400	-	-
TOTAL		25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Representación global del dinero reunido para el gasto familiar del paciente, donde se observa que la aportación con mayor frecuencia es la de 1500 a 2400 pesos por mes, siguiendo de 500 a 1400 pesos mensuales, considerando de esta manera que ésta aportación económica es muy baja para cubrir los gastos de primer necesidad en cada familia de los pacientes considerados. De ello la explicación económica al problema de salud del paciente.

CUADRO No. 9

NUMERO DE COMIDAS QUE HACE AL DIA

No. DE COMIDAS	FRECUENCIA	%
Una vez	-	-
Dos veces	5	20
Tres veces	19	76
Más de tres veces	1	4
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

CUADRO No.10

ALIMENTOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA INGIEREN EN SUS COMIDAS

CARNES

CARNES	FRECUENCIA	%
Diario	10	40
Cada tercer día	10	40
Ocasional	3	12
No ingieren	2	8
TOTAL	25	100

NOTA: No aparece la cantidad, fue descrita en 1 y 2 raciones.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

46

Cuadro No. 9, se informa que de 25 pacientes estudiados un 76 % reportó realizar tres comidas al día, un 20 % dos veces y el 4 % restante más de tres veces al día; lo que indica que los hábitos en la alimentación son adecuados en la mayoría de ellos y sólo un reducido número está con hábitos deficientes siendo este aspecto fundamental de la alimentación.

Cuadro No. 10, reporta en cuanto al consumo de carne que la mayor parte de los pacientes entrevistados la ingieren diario y cada tercer día también se ve que un mínimo porcentaje la consumen ocasionalmente y los que no la comen.

CUADRO No. 11
CONSUMO DE LECHE

LECHE	FRECUENCIA	%
Diario	15	60
Cada tercer día	5	20
Ocasional	3	12
No ingieren	2	8
TOTAL	25	100

NOTA: No aparece la cantidad, fue descrita en 1 y 2 raciones.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

CUADRO No. 12
CONSUMO DE HUEVOS

HUEVOS	FRECUENCIA	%
Diario	15	60
Cada tercer día	6	24
Ocasional	2	8
No ingieren	2	8
TOTAL	25	100

NOTA: No aparece la cantidad, fue descrita en 1 y 2 raciones.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Cuadro No. 11, en lo que respecta al consumo de leche este cuadro reporta que se ingiere diariamente por 60 % de los pacientes entrevistados, un 20 % cada tercer día, y también se observa a los que la ingieren ocasionalmente así como a los que no la toman de ninguna forma.

Cuadro No. 12, informa que el consumo de huevo es sobresaliente por las personas que lo ingieren diario y en menor frecuencia los que lo utilizan cada tercer día, se observa también que hay quienes lo consumen ocasionalmente y los que no lo ingieren por lo que existe la necesidad de hacer hincapié en su consumo, ya que la importancia de este alimento es que proporciona principalmente proteínas, hierro y calcio.

CUADRO No. 13
CONSUMO DE FRUTAS

FRUTAS	FRECUENCIA	%
Diario	13	52
Cada tercer día	5	20
Ocasional	7	28
No ingieren	-	-
TOTAL	25	100

NOTA: La cantidad no aparece, fue descrita en 1 y 2 piezas.

FUENTE: Mismo de los cuadros anteriores.

CUADRO No. 14
CONSUMO DE VERDURAS

VERDURAS	FRECUENCIA	%
Diario	5	20
Cada tercer día	6	24
Ocasional	6	24
No ingieren	8	32
TOTAL	25	100

NOTA: No aparece la cantidad, fue descrita en 1 y 2 raciones

FUENTE: Mismo de los cuadros anteriores.

Cuadro No.13, en cuanto al consumo de frutas los pacientes encuestados reportan que el 52 % las consumen constantemente y el 48 % el consumo espaciado. Siendo las frutas alimentos proporcionadores de vitaminas y sales minerales. Será necesario insistir en su consumo en este grupo de personas afectadas por el síndrome anémico.

Cuadro No.14, reporta que un 32 % de los pacientes considerados no consumen verduras de ninguna especie, un 48 % las ingieren cada tercer día y ocasionalmente y sólo un 20 % las ingieren diario; lo que nos indica que un alto porcentaje no utilizan las verduras en sus alimentos, siendo éstas las que proporcionan hierro, ácido fólico, vitaminas y otras sales minerales.

CUADRO No.15

CONSUMO DE CEREALES

CEREALES	FRECUENCIA	%
Diario	16	64
Cada tercer día	5	20
Ocasionalmente	4	16
No ingieren	-	-
TOTAL	25	100

NOTA: No aparece la cantidad, fue descrita en 1 y 2 raciones.

FUENTE: Muestra de los cuadros anteriores.

Se observa en este cuadro que un 64 % de los pacientes estudiados consumen diariamente cereales y un 36 % restante los consumen cada tercer día y ocasionalmente; lo que nos da a entender que estos alimentos son consumidos en mayor frecuencia que otros, quizá por ser más comunes dentro del hogar o por que se consiguen más fácilmente.

CUADRO No. 16
TRATAMIENTO MEDICO DIETETICO

No.	MEJIDA TERAPEUTICA	FRECUENCIA	%
1	Transfusión Sanguinea	21	84
2	Ministración de Hierro y calcio	3	12
3	Ministración de Vit. P-12	3	12
4	Dieta hiperprotéica rica en minerales sales y vitaminas	10	40
5	Antibióticos	21	84
6	Ministración de Oxígeno	1	4
7	Diuréticos	1	4
8	Analgésicos	12	48
9	Enzimas	5	20
10	Laxantes	3	12
11	Répoco	21	84
12	Otros	20	80
TOTAL		101	404

NOTA: El porcentaje fue calculado en base a 25 pacientes considerados en el estudio.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Cuadro No. 16, Reporta la frecuencia en que se utilizan las diferentes medidas terapéuticas con el fin de eliminar el síndrome anémico donde se puede ver que las principales son: las múltiples transfusiones sanguíneas y los antibióticos acompañadas del reposo absoluto, siguiendo como importancia las medidas específicas que se utilizaron para combatir la enfermedad principal de la cual fue desencadenado el síndrome anémico, lo que nos explica que el tratamiento inicial fue de carácter sintomático acompañado del reposo y la dieta hiperprotéica y posteriormente con fin de eliminar la causa que lo originado, aunque cabe mencionar que los porcentajes antes señalados son diferentes y algunos repetidos dado que los pacientes fueron tratados con dos o más de estas medidas terapéuticas.

CUADRO No.17

COMPLICACIONES QUE TUVO EL PACIENTE
DURANTE LA EVOLUCION DEL SINDROME ANEMICO.

No.	TIPO DE COMPLICACION	FRECUENCIA	%
1	Infecciosa	14	56
2	Cardiovascular	-	-
3	Neuromuscular	1	4
4	Genito-urinaria	1	4
5	Otras(enfermedad primaria)	5	20
6	Sin complicaciones	4	16
TOTAL		25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Se informa en este cuadro que las principales complicaciones - manifestadas en los pacientes estudiados fueron de tipo infeccioso y complicaciones relacionadas con la enfermedad principal de la cual fue desencadenado el síndrome anémico. Lo que da a entender que los pacientes anémicos están más susceptibles a presentar infecciones, por lo que se insistirá en el manejo adecuado del paciente que tiene síndrome anémico.

CUADRO No. 18
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS
AL MINISTRAR LOS MEDICAMENTOS

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	22	88
Deficiente	3	12
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores

CUADRO No. 19
AL PROPORCIONAR LOS ALIMENTOS

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	15	60
Deficiente	10	40
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Cuadro No. 18, reporta que un 88 % de los pacientes estudiados obtuvieron atención de enfermería satisfactoria al recibir sus medicamentos ya que les fueron proporcionados en dosis y horarios prescritos, así como en condiciones favorables para la aceptación de los mismos; sin embargo el 12 % restante reportó deficiencias en la ministración de los -- fármacos al proporcionarlos sin previa explicación a su ingestión de los mismos.

Cuadro No. 19, manifiesta que un 60 % de los pacientes encuestados recibieron su dieta indicada e ingerida en su mayor cantidad, el 40 % restante refirió que la dieta a pesar de tenerla indicada normal no es -- satisfactoria ni proporcionada en condiciones de aceptarse (fría). Lo -- que nos hace ver que un alto porcentaje no acepta los alimentos del hospital, lo que propicia la entrada de alimentos por parte de los familiares del paciente, situación que puede repercutir en el tratamiento y evolución clínica del paciente.

CUADRO No.20

ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS
AL REALIZAR TRANSFUSIONES SANGUINEAS

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	17	68
Deficiente	4	16
TOTAL	21	84

NOTA: El porcentaje fue calculado en base a 21 pacientes que se les dio atención de enfermería por haberse tratado con transfusiones de sangre.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

CUADRO No.21

EN LA VIGILANCIA DEL PACIENTE CON REPOSO

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	16	64
Deficiente	5	20
TOTAL	21	84

NOTA: El porcentaje fue calculado en base a 21 pacientes con indicación de reposo.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

66

Cuadro No.20, especifica que la atención de enfermería descrita como satisfactoria fue obtenida en un 68 % de los pacientes que se transfundieron con paquetes globulares; ya que durante el tiempo de estarse transfundiendo no presentaron problemas de ninguna índole. El 16 % restante se manifestó con reacciones de tipo "antígeno-anticuerpo" al iniciarse las últimas transfusiones; por lo que se considera que una mala técnica al aplicarse la transfusión o bien por la cronicidad del mismo síndrome anémico (múltiples transfusiones).

Cuadro No.21, describe que de 25 pacientes entrevistados un 84 % tuvieron indicación de reposo de los cuernos un 64 % obtuvieron satisfacción y mayoría sintomática al mantenerse en reposo. El 20 % restante guardó parcialmente el reposo; por lo que se considera necesario insistir o vigilar más de cerca a estos pacientes con síndrome anémico.

CUADRO No. 22

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS
AL PROPORCIONAR COMODIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	18	72
Deficiente	7	28
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

CUADRO No. 23

EN LA MINISTRACION DE OXIGENO

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	1	100
Deficiente	-	-
TOTAL	1	100

NOTA: El porcentaje fue calculado en base a un paciente que tubo in dicación de oxígeno.

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Cuadro No. 22, describe la comodidad y seguridad de los pacientes entrevistados, los cuales reportaron que durante el tiempo de estar hospitalizados un 72 % obtuvieron mejoría con respecto al síndrome ansioso, un 28% manifestaron mejoría parcial; lo que explica que según la evolución del cuadro clínico de las neumas de seguridad y comodidad en el paciente.

Cuadro No. 23, muestra que de 25 pacientes encuestados, uno tuvo indicación de oxígeno, el cual fue proporcionado por personal de enfermería y aprovechado en 100 % gracias a la misma atención de enfermería.

CUADRO No.24

ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS
DE LA ELIMINACION INTESTINAL Y RENAL DEL PACIENTE

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	24	96
Deficiente	1	4
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

CUADRO No.25

EN LA VIEL MUCOSAS Y ANEXOS

CALIDAD	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	24	96
Deficiente	1	4
TOTAL	25	100

FUENTE: Misma de los cuadros anteriores.

Cuadro No. 24, informa que un 96 % de los pacientes estudiados tuvieron eliminación intestinal y renal en condiciones satisfactorias - y un 4% restante se manifestó con deficiencias al no obtener atención de enfermería oportuna.

Cuadro No. 25, en relación a la piel, mucosas y uñas se observa que la mayoría de los pacientes encuestados se les proporcionó cuidados de enfermería específicos para esta necesidad, sin embargo se observa también que un mínimo porcentaje presentó escaras en la piel. - Lo que indica descuido al paciente anéscico.

VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1. Replanteamiento del problema.

A través de las diferentes etapas que cruza el ser humano se va exponiendo ante el medio y a los múltiples factores propiciadores de enfermedades, siendo unas primarias y otras secundarias o subyacentes entre las cuales se encuentran las anemias, quienes alteran el funcionamiento del organismo descendiendo sus defensas ante los diversos agentes patógenos que oportunamente entran en contacto para complicarlo, siendo los pacientes hospitalizados los que aumentan el riesgo a sufrir las complicaciones (infecciones), por un inadecuado, o mal manejo de estos pacientes por el personal asistente, de ahí el gran interés por contribuir al mejoramiento de la atención de pacientes con síndrome anémico mediante la exposición de un proceso de atención de enfermería.

2. Conclusiones.

En base a la exposición teórica y los resultados obtenidos de la realidad se pueden señalar las siguientes conclusiones:

1. El cuadro No. 1, determina que la edad y sexo más expuesta a sufrir el síndrome anémico son las mujeres de 25 a 29 años; siendo que esta edad es joven para combatir las enfermedades. Lo que indica que las anemias no son prevenidas ni tratadas oportunamente.
2. Cuadro No. 2, señala que la máxima estancia hospitalaria ante la evolución del síndrome anémico oscila entre 3 y 6 semanas; lo que indica que el síndrome anémico evoluciona en diferentes etapas y de acuerdo al tratamiento médico dietético y a la calidad de atención de enfermería.
3. Cuadro No. 3, señala que los pacientes ingresaron al hospital por presentar manifestaciones severas de síndrome anémico y otros por ser vícti-

mas de una enfermedad primaria que posteriormente les desencadena el mismo síndrome anémico; lo que indica que la anemia no es una entidad específica, sino que constituyen una indicación o manifestación de un proceso patológico o de una enfermedad subyacente.

4. Cuadro No. 4, indica que la mayoría de las familias de los pacientes estudiados están integradas por solamente dos personas concluyendo de esta manera que las familias en general no son numerosas.

5. Cuadro No. 5, da a conocer que el nivel de preparación de estos pacientes es bajo; ya que al ser entrevistados declararon haber cursado los primeros años de la primaria y otros refirieron haberla cursado completa.

6. Cuadros 6 y 7, que del total de los pacientes encuestados un alto porcentaje depende de una u otra forma de su familia y en menor frecuencia se muestran como jefes de familia, ya que son ellos quienes sostienen económicamente a la misma. Explicando así que los dependientes familiares son los que se dedican a las labores del hogar (ocupación cuadro 7), realizando trabajos sencillos los cuales le son permitidos a causa de la sintomatología del síndrome anémico.

7. Cuadro No. 8, expone que el ingreso económico destinado para el gasto familiar es bajo; ya que la mayor frecuencia de los pacientes encuestados refirieron reunir mensualmente la cantidad de 1500 a 2400 pesos de donde se toman pequeñas cantidades para cubrir sus necesidades de primera intención y otras como es la de atención médica por lo que es común en ellos acudir a este centro hospitalario el cual está destinado a dar atención médica o de salud para estos grupos sociales.

8. Cuadro No. 9, En cuanto al número de comidas que realizan al día reporta este cuadro que la mayoría tienen adecuados hábitos ya que realizan las tres comidas al día.

9. Cuadros de la alimentación (10,11,12,13,14 y 15), reportan que los alimentos de mayor consumo en cantidad y frecuencia han sido los cereales; - alimentos que proporcionan mayores cantidades de carbohidratos y grasa - para el organismo, y en menor frecuencia los alimentos de origen animal - (carne, leche y huevos) siendo estos los que aportan proteínas, lípidos, vitaminas, sales minerales en mejores condiciones para que sean aprovechados por el organismo. En cuanto al consumo de frutas y verduras que son las que aportan cantidades suficientes de vitaminas y sales minerales es muy poco dicho consumo. Por lo que se explica en general que la dieta ingerida por los pacientes es de aspecto desequilibrada con mayor ingestión de carbohidratos, lípidos que el de proteínas y sales minerales.

10. Cuadro No. 16, indica que las medidas terapéuticas utilizadas con el fin de eliminar el síndrome anémico, son al principio de carácter sintomático; ya que en mayor frecuencia ocurrió ser con múltiples transfusiones de paquetes globulares con los cuales se incrementaron las cifras de hemoglobina, hematocrito y la cantidad de eritrocitos, desapareciendo así momentáneamente las principales manifestaciones de síndrome anémico, y posteriormente se utilizaron las medidas específicas para combatir la enfermedad principal que desencadenó al cuadro anémico, ya que sin los estudios correspondientes de identificación o clasificación de las anemias no es posible tratarla desde el principio. Por otro lado se observa que el tratamiento con antibióticos es alto debido a que los pacientes portadores de síndrome anémico son fáciles de adquirir infecciones, ver la siguiente conclusión.

11. Cuadro No. 17, muestra que las complicaciones de mayor incidencia ocurrieron en forma infecciosa; situación que se explica en parte por un de

cense de anticuerpos (defensas) y por otro lado el descuido del personal asistente en el manejo de estos pacientes con síndrome anémico.

12. Cuadros del 18 al 25, reportan que en la calidad de atención de enfermería existe deficiencia, principalmente al proporcionar cuidados específicos como son en las transfusiones sanguíneas y sus derivados (plasma plaquetas etc). Ya que se observa en los pacientes que se les ministran paquetes globulares un alto porcentaje con suspensión total de la transfusión sanguínea por presentar reacción de tipo antígeno anticuerpo o a pirógenos. Lo que quiere decir por un lado el mal manejo de la sangre desde su captación hasta su preparación (separación) en paquetes globulares (Banco de sangre), por otro lado las múltiples transfusiones sensibilizan al organismo para desencadenar la reacción antígeno anticuerpo y finalmente la falta de precaución anticéptica por el personal de enfermería al administrar los paquetes globulares, ya que durante la entrevista a pacientes y asistentes de los mismos no refirieron usar una técnica especial para la ministración de paquetes globulares.

Con respecto a la alimentación se observa también deficiencias ya que no se tiene control sobre las dietas por otro lado fue manifestado que al momento de proporcionarse la dieta se hace en forma inadecuada para su aceptación (fría) por lo que la mayoría de los pacientes estudiados prefieren alimentos que les sean llevados por sus familiares.

3.- Alternativas de solución: Plan de atención de enfermería a pacientes con síndrome anémico.

La exposición de este proceso de atención de enfermería está basado en el diagnóstico de enfermería y fundamentado en el marco teórico; así como en datos verídicos de pacientes con este padecimiento.

a). Diagnóstico de enfermería:

El diagnóstico de enfermería es: " La conclusión que se hace sobre la situación de condiciones del paciente mediante la investigación valoración o identificación de sus necesidades y/o problemas " (28).

b). Plan de atención de enfermería:

Es una forma de comunicar por escrito a otro personal las necesidades de atención, los objetivos del cuidado y las actividades específicas que se tomarán para el paciente. El plan de cuidados se desarrollará después de la admisión del paciente tan pronto como haya datos suficientes para poder elaborarlo y está sujeto a una revisión constante (29).

(28). ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA A.C. Proceso de atención de enfermería, México 1976 Págs. 24.

(29). KOZIER HUGAS. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana, México 1974 Págs. 64.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD			PLAN DE ATENCION DE ENFERMEDAD			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA.	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). Disfuncionamiento del tejido sanguíneo.	1. Disminución de la cantidad de glóbulos rojos.	La fragilidad de los glóbulos rojos debido a la mala constitución protéica en el paciente anémico, origina la destrucción excesiva de los mismos. Las hemorragias en los diferentes órganos del cuerpo por la fragilidad capilar causan disminución de la cantidad de glóbulos rojos.	1o. Vigilancia estrecha en caso de cualquier signo de hemorragia. 2o. Instalar la transfusión sanguínea, tomando en cuenta el grupo sanguíneo y factor Rh. 3o. Vigilancia estrecha al paciente durante el tiempo que se esté transfundiendo.	La transfusión sanguínea produce: 1o. Incrementa las cifras de hemoglobina. 2o. Aumenta el volumen sanguíneo (eritrocitos). 3o. Aporte de proteínas. 4o. Suministro de los factores de la coagulación (trombina, protrombina, plasmina etc.).	Enfermera general.	1o. Se evita agravar el síndrome anémico por hemorragias. 2o. Se incrementan las cifras de hemoglobina. 3o. Se eleva el aporte de oxígeno a los tejidos por el incremento de los eritrocitos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA.	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
a). Deficiencia de la síntesis de hemoglobina.	2. Disminución de la hemoglobina.	La eritropoyesis tiene como finalidad sintetizar -- hemoglobina en forma paralela a la maduración de los glóbulos rojos en presencia de sustancias tales como: aminoácidos, hierro, cianocobalamina, ácido fólico, ascorbico etc. -- por lo que una deficiencia de estos produce una síntesis de hemoglobina.	1o. Orientar al paciente y a sus familiares del valor nutritivo de los alimentos de consumo en el hogar. 2o. Vigilancia estrecha en caso de cualquier signo de hemorragia.	Los alimentos de alto valor nutritivo son de origen animal y vegetal, ya que el organismo obtiene de éstos la mejor cantidad y calidad de las proteínas, ácido fólico, hierro etc. Las hemorragias disminuyen las cifras de hemoglobina.	Enfermera (o) general.	1o. Se logra incrementar la nutrición del paciente y sus familiares? 2o. Se da educación alimentaria al paciente y sus familiares? 3o. Se logra detectar todo tipo de hemorragia? 4o. Se evita agravar al paciente por la anemia?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
b). Alteraciones en el aparato cardiovascular.	1. Taquicardia (palpitaciones)	La taquicardia en el paciente ansioso es originada por un estímulo hipérico hacia el impulso de los nervios adrenérgicos simpáticos del corazón que hacen que aumente el número de latidos por minuto.	1o. Vigilancia de la frecuencia cardíaca. 2o. Orientar y preparar psicológicamente -- ante su enfermedad de ansiedad. 3o. Proporcionar confianza y tranquilidad al paciente.	La taquicardia en el paciente ansioso suele ser detectada por él mismo en forma de palpaciones en el pecho, ocasionándole inquietud (angustia) por su padecimiento.	Enfermera (o) general.	1o. Se obtiene un registro constante de la frecuencia cardíaca. 2o. Se logra tranquilizar al paciente. 3o. Se logra mejor cooperación del paciente para con el -- equipo de salud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
b). Alteraciones en el estado cardiovascular.	2. Soplos sistólicos funcionales.	Los soplos sistólicos funcionales en el síndrome anémico se debe a: el aumento de volumen cardíaco por minuto, así como por la disminución de la viscosidad sanguínea.	10. Mantener en reposo al paciente. 20. Vigilar que se cumple con el reposo indicado.	La actividad física y las emociones así como todo tipo de esfuerzo en el paciente con anemia, tiende a aumentar el gasto cardíaco.	Auxiliar de enfermería	10. Se logra mejoramiento de la frecuencia cardíaca? 20. Se mantiene al paciente en reposo y con manejo mínimo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	BAZU CIENTIFI- CA DE LAS ACCI- ONES.	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION EN LAS ACCIONES.
b). Alteracio- nes en el app- rato cardio- vascular.	3. Cardiomega- lia.	El aumento del volumen -- sanguineo en el co ^r azon del paciente an ^{te} co, se debe al funcionamiento acelerado que efectua como mecanismo para compensar la -- hioxia que su- fren los tejidos por la an ^{em} ia, por lo que el tejido car- d ^{iac} o responde a esta activi- dad acelerada con atrofia y arrandamiento del mismo.	1o. Mantener -- en reposo al -- paciente. 2o. Evitar to- do tipo de es- esfuerzo al pa- ciente, asisti- endolo en su -- alimentacion y eliminacion de excretas.	La actividad en el paciente con anemia in- crementa el -- consumo de oxj- geno por los -- tejidos, por lo que el reposo favorece a la compensacion de los mecanis- mos de hipoxia.	Auxiliar de enfermeria.	1o. Se tiene ahorro en la economia car- d ^{iac} a del pa- ciente. 2o. Se logra que el pacien- te est ^e en re- poso y con un -- bajo m ⁱⁿ imo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
b). Alteraciones en el aparato cardiovascular.	4. Insuficiencia cardiaca.	Por disminucion de la tension de O ₂ en la sangre el organismo muestra un gasto cardiaco mayor de lo normal como mecanismo compensatorio ante la hipoxia de los tejidos, hecho que incrementa y debilita el miocardio el cual llega a ser incapaz de proporcionar al torrente circulatorio el volumen de sangre que requieren los tejidos.	1o. Tomar conscientemente la frecuencia cardiaca segun orden medica. 2o. Llevar y registrar graficamente la frecuencia cardiaca.	La disminucion del funcionamiento de todo el musculocardiaco o una parte de el; se valora objetivamente mediante el registro grafico de la frecuencia cardiaca.	Enfermera especializada en cardiologia.	1o. Se logra registrar la frecuencia cardiaca. 2o. Se valora objetivamente la grafica de la frecuencia cardiaca. 3o. Se logra controlar la frecuencia cardiaca?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
DEFINICION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
b). Alteraciones en el estado cardiovascular.	5. Edema de pies y tobillos.	La falta de proteínas en el volumen circulatorio disminuye la presión oncótica en el torrente circulatorio, la cual permite que el líquido intersticial se quede atrinacado en los tejidos -- principales de las zonas de declive del organismo (pies y tobillos).	1o. Llevar control estricto de líquidos. (ingresos y egresos). 2o. Tomar la presión venosa central cada hora (orden estándar). 3o. Ministración de medicamentos indicados por el médico, (albúmina humana y diuréticos). 4o. Vendado de miembros inferiores y superiores.	La proporción del ingreso de líquidos al organismo y los egresos, son de acuerdo a la fisiología y alteraciones del organismo por lo que la presión venosa central indica la cantidad de volumen circulante. Por otro lado las proteínas -- mantienen la presión oncótica -- del torrente circulatorio y junto con los diuréticos actúan recíprocamente -- para combatir el edema. La compresión elástica en miembros sup. e inferiores contribuyen a disminuir el edema.	Enfermera (o) general.	1o. Se logra controlar el edema de pies y tobillos? 2o. Se evita la deshidratación del paciente? 3o. Se logra disminuir el edema de pies y tobillos?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FORMULACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	BASES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
1). Alteraciones en el ritmo cardíaco.	6. Ataque de angor pectoris.	<p>La angina de pecho se debe a una deficiencia relativa de O_2 en el miocardio.</p> <p>En el paciente anémico la hipoxia es común, la cual estimula y aumenta la contractilidad del corazón, hecho que incrementa el consumo de O_2 y al no obtenerlo provoca el ataque de angina de pecho.</p>	<p>1o. Aplicar analgésicos y medicamentos prescritos por el médico en dosis, horario establecido y vía indicada.</p> <p>2o. Mantener en reposo al paciente.</p>	El ataque de angina de pecho imposibilita cualquier movimiento del cuerpo.	Enfermera general.	<p>1o. Se obtiene mejoría sintomática?</p> <p>2o. Se evitan errores en la aplicación de analgésicos y medicamentos.</p> <p>3o. Se evita prolongar el ataque de angina de pecho con el reposo?</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FORMULACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
c). Alteraciones en el aparato respiratorio	1. Dificultad de esfuerzo.	La disminución del número de eritrocitos y de hemoglobina producen alteraciones de hipoxia ya que el eritrocito sintético hemoglobina la cual por sus propiedades químicas es capaz de transportar el oxígeno hacia los tejidos del organismo.	1o. Colocar al paciente en posición de semi Fowler. 2o. Proporcionar oxígeno - tres litros -- por minuto.	La posición de fowler o semifowler permite una mejor ventilación de las vías aéreas. La ministración de oxígeno por máscara ayuda a combatir la dificultad de esfuerzo.	Enfermera - (o) general.	1o. Se logra una mejor ventilación de las vías aéreas? 2o. Se obtiene mejoría sintomática?

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD			PLAN DE ATENCION DE ENFERMEDAD			
SITUACION PROBLEMA	DEFINICION DEL PROBLEMA	FORMULACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
d). Alteraciones en el aparato digestivo.	1. Lengua lisa	Es causada por atrofia de las papilas linguales (fungiformes y caliciformes) en la anemia perniciososa. Esta atrofia de las papilas causa disminución de la sensación de los sabores ya que dentro de ellas se encuentran los botones gustativos (receptores gustativos).	10. Asesorar bucales con agua bicarbonatada.	La cavidad bucal es una zona séptica con diferentes grados de acidez que altera la flora normal de la cavidad, por lo que los aseos bucales contribuyen a la eliminación de cualquier cambio de acidez.	auxiliar de enfermería.	10. Se evita un mal ambiente de la cavidad bucal. 20. Se practican medidas preventivas en las posibles enfermedades de la cavidad bucal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD			PLAN DE ACCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA EN LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
d). Alteración en el apetito dispeptico.	1. Anorexia.	Causada por la disminución de la sensación de los sabores, por aclorhidria de la mucosa gástrica y por la tensión emocional. Por otro lado las características propias de la dieta restringida al paciente con síndrome anémico inhiben el apetito.	1o. Estimular el apetito del paciente, mediante la asistencia de su dieta. 2o. Orientar al paciente de las características que debe tener su dieta.	El ataque general al estado del paciente con anemia y los factores que intervienen en el trabajo dispeptico causar anorexia; por lo que la asistencia de la dieta, así como la explicación de sus características de la misma al paciente contribuyen en la aceptación de los alimentos.	Enfermera (o) general.	1o. Se logra que el paciente acepte su dieta indicada? 2o. Se logra alimentar al paciente por vía oral? 3o. Se logra que el paciente comprenda porque de las características de su dieta y la acepte mejor?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES
d). Alteraciones en el aparato digestivo.	3. Dispepsia.	Causada en el paciente anémico por la falta de factor intrínseco (vitamina B-12 y ácido fólico) y otras enzimas propias de la digestión (tripsina, quimiotripsina, amilasa etc.).	1o. Ministrar los medicamentos (ácido fólico, vitamina B-12 en dosis, hora y vía indicada) indicados por el médico.	Por que las sustancias (enzimas, sustrato) que no producen el organismo, deben ser ministradas al mismo por la vía que más convenga al paciente.	Enfermera (o) general.	1o. Se obtiene mejoría sintomática? 2o. Se evitan errores en la ministración de medicamentos. 3o. Se obtiene la acción farmacológica deseada?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
d). Alteraciones en el aparato digestivo.	4. Flatulencia.	La falta de enzimas y factores de la digestión ocasionan alteraciones de la digestión de los alimentos provocando gases que se acumulan en los intestinos.	1o. Administrar medicamentos (asnoven enzimas, alcalino, etc.) según dosis, vía y hora indicada por el médico. 2o. Poner sonda rectal. 3o. Colocar al paciente en posición de decubito ventral en sesiones de 10 a 15 minutos.	La distensión abdominal por acumulación de gases ocasiona incomodidad e inquietud en el paciente, por lo que la ministración de medicamentos completa el proceso de digestión así como la aplicación de sonda rectal contribuyen a la eliminación de gases acumulados.	Enfermera (o) personal.	1o. Se evitan errores en la ministración de medicamentos. 2o. Se logra eliminar los gases acumulados en el intestino.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
d). Alteraciones en el aparato digestivo.	5. Constipación.	La dieta desequilibrada con pocos líquidos y el reposo indicado por afonía, desfavorable con el peristaltismo intestinal, que ocasiona gran acumulación de materia fecal dentro de los mismos.	<p>1o. Contribuir a la evacuación intestinal del paciente mediante:</p> <p>a). Vigilancia y existencia de la dieta indicada (blandas y con abundantes líquidos)</p> <p>b). Aplicación de laxantes (supositorios de glicerina, agua, etc)</p>	La constipación ocasiona distensión abdominal por acumulación de materia fecal, la cual mantiene al paciente en una constante molestia abdominal.	Enfermera (o) general.	<p>1o. Se logra facilitar la eliminación intestinal?</p> <p>2o. Se obtiene tranquilidad en el paciente?</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL TIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONEL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
d). Alteraciones en el aparato digestivo.	6. Diarrea.	El síndrome de mala absorción y la falta de factor intrínseco ocular y aumento del peristaltismo intestinal lo cual hace que el paciente tenga evacuaciones frecuentes en las 24 hrs.	10. Vigilar el número y las características de las evacuaciones del paciente. 20. detectar cualquier signo de deshidratación.	Las evacuaciones frecuentes en el paciente con síndrome anémico aumentan la eliminación de los líquidos sin que estos puedan absorberse. Por otro lado son eliminados también los electrolitos los cuales contribuyen con su pérdida a la deshidratación del paciente.	Enfermera (o) general.	10. Se valoró el estado de hidratación del paciente. 20. Se valoró la deshidratación del paciente?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES
e). Alteraciones en el sistema neuromuscular.	1. Cefalea.	Debida a la falta de O ₂ en el cerebro por disminución del volumen sanguíneo, el cual tiende a ser compensado por aumento del bombeo del corazón - hecho que ocasiona dilatación de los vasos sanguíneos cerebrales que se manifiesta por dolor de cabeza.	1o. Disminuir el dolor de cabeza mediante la ministración de analgésicos (de origen codeínico pirrólico etc.) 2o. Evitar ruidos que alteren el estado del paciente.	Los analgésicos (derivados del ácido acetil salicílico) son anti-inflamatorios que favorecen las hemorragias por lo que en el paciente con síndrome anémico deben ministrarse analgésicos de contenido pirrólico, codeínico, papaverínico etc.	Enfermera (c) general.	1o. Se logra mejoría sintomática? 2o. Se evita agravar la anemia por hemorragias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES:	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). alteraciones en el sistema neuromuscular.	2. Lipotimias	La falta de un buen flujo sanguíneo en los hemisferios cerebrales o bien la hipoxia de trascendencia progresiva ocasiona pérdida de la conciencia, ya que el encéfalo es extremadamente sensible a la hipoxia y la oclusión de su irrigación produce inconsciencia en un periodo corto de minutos.	1o. Vigilancia de los constantes vitales. 2o. Administración de O ₂ por puntos nasales 2 litros por minuto. 3o. Vigilancia del estado de conciencia.	Porque la disminución de la presión arterial por disminución del volumen sanguíneo o la hipoxia de origen anémico tienden a alterar la frecuencia cardíaca, temperatura, etc. La irrigación adecuada es bien tolerada por el organismo.	Enfermera (o)	1o. Se logra tener constantemente los signos vitales. 2o. Se valoró constantemente el estado de conciencia?

DIAGNOSTICO DE SUFFOCERIA			PLAN DE ATENCION DE SUFFOCERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
a). Alteraciones en el sistema neuromuscular.	3. Vértigos.	La falta de oxígeno en el sistema nervioso central ocasiona pérdida del equilibrio y tendencia al desplazamiento del organismo.	1o. Checar los signos vitales. 2o. Evitar la deambulación del paciente. 3o. Ministrar oxígeno por puntos nasales 3 litros por minuto.	Porque la pérdida del equilibrio ocasiona desplazamiento del cuerpo hacia el piso. El oxígeno ministrado por puntos nasales y dosis adecuada es bien tolerado por el paciente.	Enfermera (o) general.	1o. Se evitan complicaciones por traumatismos (golpes, desmayos etc.) 2o. El oxígeno que se proporciona al paciente da mejoría sintomática.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). Alteraciones en el sistema neuromuscular.	H. Incontinencia.	Debido al efecto de la disminución de la concentración de oxígeno en la irrigación del sistema nervioso central la cual ocasiona visión borrosa y con manchas.	1o. Mantener en reposo absoluto al paciente.	Porque la hipoxia en el paciente con síndrome anémico se acentúa con la deambulación y todo tipo de actividad física, por lo que el reposo favorece a no incrementar el consumo de oxígeno.	Auxiliar de enfermería.	1o. Se evita aumentar el consumo de oxígeno? 2o. Se evitan traumatismos por derrozos?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). Alteraciones en el sistema neuromuscular .	5. Somnolencia.	La disminución de la concentración de oxígeno en el cerebro ocasiona somnolencia en el paciente con síndrome anémico.	10. Mantener en reposo absoluto al paciente.	La somnolencia en el paciente anémico se debe al consumo inadecuado de oxígeno por los tejidos del cerebro, por lo que un esfuerzo físico incrementa dicho consumo.	auxiliar de enfermería.	10. Se evita incrementar el consumo de oxígeno?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
n). Alteración en el sistema neuromuscular.	6. Atontia.	La debilidad física y mental en consecuencia de la sintomatología general del síndrome anémico.	1o. Evitar actividades físicas.	La actividad física favorece e incrementa la debilidad del paciente anémico.	auxiliar de enfermería.	1o. se evita fatigar al paciente? 2o. Se logra mejoría sintomática?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
a). Alteraciones en el sistema neuromuscular.	7. Adinamia.	Debido al soporte de la sintomatología general de la anemia. Por otro lado el consumo inadecuado del oxígeno en los tejidos del organismo.	1o. Mantener en reposo al paciente. 2o. Ministrar oxígeno por puntos nasales 3 litros por minuto.	La fatigabilidad del organismo por falta de un buen consumo de oxígeno por tejidos orgánicos disminuye el rendimiento físico y mental del organismo.	Enfermera (o) general.	1o. Se evita incrementar el consumo de oxígeno? 2o. Se logra mejoría sintomática?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). Alteraciones en el sistema neuromuscular.	P. Fatigabilidad.	Ocasionada por el suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos del organismo.	1o. Evitar todo tipo de esfuerzo y de actividad física. 2o. Ministrar oxígeno por nuntos nasales 3 litros por minuto.	Porque la hemoglobina es la responsable de transportar el oxígeno a los tejidos la cual por su deficiencia o pérdida de ella no es adecuado el suministro de oxígeno a los tejidos.	Enfermera (o) general.	1o. Se evita incrementar el consumo de oxígeno? 2o. Se logra mejoría sintomática?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
f). Alteraciones en el aparato genital. - (sexo femenino)	1. Amenorrea.	El organismo del paciente femenino con síndrome anéxico debida a la hipoxia de los tejidos, pone en funcionamiento mecanismos de compensación a dicha hipoxia tratando de evitar todo tipo de pérdida sanguínea suspendiendo así temporalmente el escape menstrual	10. Explicar a la paciente del trastorno funcional.	El ciclo menstrual en las mujeres regulares es de 28 a 30 días	Enfermera (a) general.	10. La paciente logra comprender la causa de la alteración en la función ovulatoria?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
f). Alteraciones en el aparato genital - (ambos sexos).	2. Pérdida de la libido.	El deseo sexual en el paciente con síndrome anémico es inhibido temporalmente como consecuencia de el ataque general al organismo por la sintomatología propia del síndrome anémico.	1o. Orientar al paciente del trastorno funcional que sufre el organismo.	El ataque general al estado del paciente -- inhibe la libido durante la persistencia de la sintomatología del síndrome anémico.	Enfermera (o) general.	1o. Se evita agregar traumas psicológicos al paciente? 2o. El paciente logra comprender las alteraciones que sufre el organismo?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICO DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
e). Alteraciones en el sistema tegumentario.	1. Palidez de tejamentos y mucosas.	Se debe al descenso de la hemoglobina -- por abajo de las cifras normales, tomando se como parámetros; 14 Mg. -- por cada 100cc de sangre en la mujer y en el hombre por abajo de 17Mg. por cada 100cc de sangre.	1o. Transfundir al paciente con paquete globular (segun orden médico). 2o. Vigilancia estrecha del paciente durante el tiempo que dure la transfusión.	Los eritrocitos sintetizan la hemoglobina por lo que la aplicación de paquetes globulares (eritrocitos) incrementan las cifras de hemoglobina.	Enfermero(o) general.	1o. Se logra incrementar la hemoglobina de 1 a 1.5 Gr. por cada 100 cc. de eritrocitos transfundidos. 2o. Se logra mejoría sintomática. 3o. Se evitan complicaciones en el paciente durante el tiempo de la transfusión sanguínea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD			PLAN DE ATENCION DE ENFERMEDAD			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES.	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
g). Alteraciones en el sistema tegumentario.	2. Piel de aspecto rugoso.	La sintomatología general del síndrome anémico como es la anorexia, síndrome de mala absorción intestinal, ocasionan el descenso del peso corporal, por lo que la piel pierde su turgencia, en la zona y de aspecto rugoso.	10. Mantener aseada y lubricada la piel del paciente.	La piel normalmente sufre desecaciones y una mala irrigación sanguínea de la misma incrementa y atrofia la piel por lo que la lubricación y aseo de la misma contribuye a mejorar el estado del paciente.	Auxiliar de enfermería.	10. Se logra obtener aseada y lubricada la piel del paciente. 20. Se evitan ulceraciones de la piel.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
h). Alteraciones en las angulos de la piel	1. Pelo seco y fino.	El pelo como parte de las funciones del organismo contiene hierro en su formación por lo que una deficiencia de este elemento produce el pelo seco y fino.	1o. Mantener limpio, lubricado y cepillado el pelo del paciente. 2o. Orientar al paciente sobre el cuidado del pelo.	El pelo seco y fino expuesto ante diversos agentes externos incrementan su deterioro.	Auxiliar la enfermería.	1o. Se da un mejor aspecto de limpieza en el paciente? 2o. Se evita la caída total del pelo?

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
SITUACION PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	ACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	PERSONAL QUE EJECUTA LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS ACCIONES.
b). Alteraciones en los <u>un</u> <u>g</u> <u>os</u> de la piel	2. Uñas <u>que</u> <u>br</u> <u>adiz</u> <u>as</u> , sin <u>br</u> <u>il</u> <u>lo</u> , <u>con</u> <u>ca</u> <u>va</u> <u>s</u> y <u>con</u> <u>ca</u> <u>va</u> <u>s</u> .	Las <u>fan</u> <u>er</u> <u>as</u> como parte del organismo, son las partes <u>don</u> <u>de</u> <u>m</u> <u>ás</u> <u>acu</u> <u>m</u> <u>ula</u> <u>ci</u> <u>ón</u> de <u>h</u> <u>ier</u> <u>ro</u> existe, por lo <u>que</u> la <u>def</u> <u>ic</u> <u>ia</u> <u>de</u> <u>este</u> <u>elemento</u> <u>da</u> <u>al</u> <u>ter</u> <u>er</u> <u>aciones</u> <u>en</u> <u>el</u> <u>des</u> <u>ar</u> <u>ro</u> <u>llo</u> <u>de</u> <u>las</u> <u>u</u> <u>ñas</u> .	1o. <u>A</u> <u>se</u> <u>ar</u> y <u>co</u> <u>rt</u> <u>ar</u> <u>las</u> <u>u</u> <u>ñas</u> <u>del</u> <u>pa</u> <u>ci</u> <u>ente</u> . 2o. <u>P</u> <u>ro</u> <u>por</u> <u>ci</u> <u>o</u> <u>nar</u> <u>la</u> <u>di</u> <u>eta</u> <u>rica</u> <u>en</u> <u>h</u> <u>ier</u> <u>ro</u> <u>y</u> <u>ca</u> <u>l</u> <u>ci</u> <u>o</u> . 3o. <u>M</u> <u>in</u> <u>istr</u> <u>ar</u> <u>tem</u> <u>por</u> <u>al</u> <u>mente</u> <u>do</u> <u>sis</u> <u>de</u> <u>h</u> <u>ier</u> <u>ro</u> <u>seg</u> <u>ún</u> <u>in</u> <u>dic</u> <u>ci</u> <u>ón</u> <u>m</u> <u>éd</u> <u>ica</u> .	La <u>con</u> <u>vi</u> <u>vi</u> <u>dad</u> <u>de</u> <u>las</u> <u>u</u> <u>ñas</u> <u>en</u> <u>el</u> <u>pa</u> <u>ci</u> <u>ente</u> <u>con</u> <u>an</u> <u>em</u> <u>ia</u> <u>de</u> <u>as</u> <u>as</u> <u>pecto</u> <u>ne</u> <u>g</u> <u>ati</u> <u>vo</u> <u>del</u> <u>fun</u> <u>ci</u> <u>o</u> <u>nam</u> <u>ie</u> <u>nto</u> <u>de</u> <u>l</u> <u>o</u> <u>rgan</u> <u>is</u> <u>mo</u> <u>en</u> <u>el</u> <u>met</u> <u>ab</u> <u>o</u> <u>l</u> <u>is</u> <u>mo</u> <u>de</u> <u>l</u> <u>o</u> <u>h</u> <u>ier</u> <u>ro</u> <u>y</u> <u>ot</u> <u>ros</u> <u>mi</u> <u>ne</u> <u>ra</u> <u>les</u> .	Enfermera(o) general.	1o. Se obtiene <u>mej</u> <u>or</u> <u>pre</u> <u>sen</u> <u>ta</u> <u>ci</u> <u>ón</u> <u>y</u> <u>mej</u> <u>or</u> <u>as</u> <u>pe</u> <u>cto</u> <u>de</u> <u>sa</u> <u>lud</u> <u>en</u> <u>el</u> <u>pa</u> <u>ci</u> <u>ente</u> . 2o. Se <u>pro</u> <u>mo</u> <u>ci</u> <u>o</u> <u>nar</u> <u>can</u> <u>t</u> <u>ida</u> <u>des</u> <u>ad</u> <u>ecu</u> <u>ada</u> <u>s</u> <u>de</u> <u>h</u> <u>ier</u> <u>ro</u> <u>al</u> <u>pa</u> <u>ci</u> <u>ente</u> ?

VII. REFERENCIAS

- Acacio Edmundo. El niño, la desnutrición y México. Editada por el Instituto Nacional de la Nutrición, México 1979.
- Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. Proceso de atención - de enfermería, México 1976.
- Baena Paz G. Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales, por la Facultad de ciencias sociales U.N.A.M. 1979.
- Bás Villaseñor J. Hematología Clínica 6a. ed. Por Méndez Oteo F. México 1978.
- Correa Arias Estella. Texto de patología 2a. ed. La prensa médica mexicana México 1975.
- Dr. E. Dabout. Diccionario de medicina. Ed. Universo México. 1975.
- Dr. Segatore Luigi. Diccionario Médico Teide 5a. ed. Ed. Teide México 1976.
- Harbey Johns. Tratado de Medicina Interna 19 ava. ed. Ed. Interamericana - México 1978.
- Harrison McIntobe, Thown Adams. Medicina Interna 5a. ed. La prensa médica mexicana 1972.
- Hernández Mercedes, Chavez Adolfo. Valores Nutritivos de los alimentos mexicanos 12ava. ed. Por el Instituto Nacional de la nutrición México 1974.
- Kozier Dugas. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana, México -- 1974.
- Machbryde Machel. Signos y Síntomas 5a. ed. Ed. Interamericana México 1978.
- Monroy Aguillar C. Estudio de atención de enfermería al paciente quemado. - Por Monroy Aguillar C. México 1980.
- Nelson Guido E. Tratado de pediatría, tomo II 6a. ed. Ed. Salvat, México - 1976.
- Rapaport I. Samuel. M.D. Introducción a la hematología 3a. ed. Ed. Salvat - mexicana 1979.
- Secretaría de Salubridad y asistencia. Salud pública de México, vol. VIII No. 1. Enero, Febrero 1971.
- Smith Germaig. Enfermería Medicoquirurgica 3a. ed. Ed. Interamericana México 1973.
- Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Bioestadística. Compendio de estadísticas vitales de México 1975.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CRUDA DE ENTREVISTA:

No. _____

Para aplicarse a pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome anéxico.

OBJETIVO: Obtener datos sobre características socioeconómicas, tratamiento médico dietético y atención de enfermería que se ofrece a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome anéxico.

I. DATOS DE IDENTIFICACION PERSONAL Y CLINICA DEL PACIENTE:

1. Nombre del paciente _____
 Apellido paterno Materno Nombre

2. Domicilio _____
 Calle No. Colonia o localidad.

3. Sexo: a). Masculino _____ b). Femenino _____

4. Edad: Años:
 Menos de 15 _____
 De 15 a 19 _____
 De 20 a 24 _____
 De 25 a 29 _____
 De 30 a 34 _____
 De 35 a 39 _____
 De 40 a 44 _____
 De 45 a 49 _____
 De 50 y Más _____

5. Hospital y servicio en que se encuentra internado _____

6. Tiempo de estar hospitalizado _____

7. Motivos por los ingresos al hospital:

a). Sintomatología del síndrome anéxico _____

b). Otras enfermedades _____

11. Número de comidas que hace al día:

- a). Una vez _____ b). Dos veces _____ c). Tres veces _____
 d). Más de tres veces _____

12. Alimentos que con mayor frecuencia ingiere en sus comidas:

Alimento	Cantidad (gramos o piezas)	Diariamente	Cada tercer día.	Ocasional - mente.
-Carne	_____	_____	_____	_____
-Leche	_____	_____	_____	_____
-Huevos	_____	_____	_____	_____
-Frutas	_____	_____	_____	_____
-Verduras	_____	_____	_____	_____
-Cereales	_____	_____	_____	_____
-Otros	_____	_____	_____	_____

III. TRATAMIENTO MEDICO DIETETICO:

13. El paciente con síndrome anémico es tratado por el médico de acuerdo al tipo de anemia y según el siguiente esquema terapéutico:

Medida terapéutica	Tiempo de aplicación
a). Transfusión de sangre	_____
b). Ministración de hierro y calcio.	_____
c). Ministración de vitamina B-12.	_____
d). Dieta hiperprotéica - rica en minerales sales y vitaminas.	_____
e). Antibióticos.	_____
f). Ministración de oxígeno.	_____
g). Diuréticos.	_____
h). Analgésicos	_____
i). Enzimas	_____
j). Laxantes	_____
k). Reposo absoluto	_____
l). Otros especificar	_____

14. Complicaciones que ha tenido el paciente durante la evolución de su síndrome anémico.

a). Infecciones:

a.1. Aparato Respiratorio _____

a.2. Aparato digestivo _____

a.3. Piel y mucosas _____

a.4. En otros órganos y tejidos..... _____

b). Alteraciones en el aparato cardiovascular _____

c). Alteraciones del sistema neuromuscular..... _____

d). Alteraciones del aparato genito urinario..... _____

e). Otras especificar..... _____

IV. ATENCION DE ENFERMERIA:

Los datos para este capítulo se obtendrán por observación directa y por consulta en hojas de registro de enfermería.

<u>Cuidado de enfermería</u>	Satisfactorio	<u>Calidad</u>	Deficiente
15. Se ministran los medicamentos en dosis y horarios prescritos	_____	_____	_____
16. Se logra que el paciente consuma íntegramente sus alimentos en cada comida	_____	_____	_____
17. Las transfusiones de sangre se efectúan sin problemas de ninguna índole	_____	_____	_____
18. Se logra mantener al paciente en reposo absoluto	_____	_____	_____
19. Se logra la comodidad y seguridad del paciente.....	_____	_____	_____

Cuidado de enfermería

Calidad

Satisfactorio deficiente

- 20. La ministración de Oxígeno satisface las necesidades del paciente.....
- 21. La eliminación intestinal y renal del paciente es vigilada..
- 22. Los cuidados a la piel, mucosas y anexas son realizados de acuerdo a las necesidades del paciente.....
- 23. Observaciones generales sobre atención de enfermería

Cédula aplicada por: _____
Nombre completo.

Fecha _____