



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

Dra.- KARINA ROMERO SOLORZANO

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA INTERNA

Proyecto:

ESQUEMAS

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 28 de octubre de 2021

Anemias:

-> Concepto:

Hablamos de una anemia cuando existe una disminución de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo por debajo de los límites normales.

-> Factores:

Edad, sexo, condiciones medio ambientales (edad altitud) y estado fisiológico (infancia, pubertad, embarazo, ancianidad).

-> Criterios OMS:

- Hb < 13 g/dl en varón adulto
- Hb < 12 g/dl en mujer adulta
- Hb < 11 g/dl en mujer embarazada
- Un descenso brusco o gradual de 2 g/dl o más de la cifra de Hb habitual de un paciente, incluso aunque se mantengan dentro de los límites normales para su edad y sexo.

-> Manifestaciones clínicas:

* Síntomas: astenia, fatiga, debilidad muscular, intolerancia al esfuerzo, cefalea, acúfenos, vértigo, falta de concentración y memoria, trastorno del sueño, disnea, irritabilidad.

* Exploración física: palidez mucocutánea (piel, conjuntiva, mucosas, lecho ungueal), soplo sistólico en ápex o foco pulmonar, taquicardia, etc.

Parámetros: (básicos)

* Hemograma:

- Hb: define la presencia o no de anemia.
- VCM: Valor medio del volumen de cada hemátie
- HCM: Valor medio de cantidad de Hb existente en cada hemátie
- ADE (en inglés RDW): amplitud de distribución eritrocitaria. Mide el grado de heterogeneidad en el tamaño de los hemáties. Importante para diagnóstico diferencial entre anemia ferropénica y talasemia.

* Reticulocitos: reflejan el grado de eritropoyesis medular y capacidad regenerativa de una anemia.

* Perfil Férrico:

- Hierro; plasmático o sideremia
- Ferritina: prueba que refleja con mayor exactitud los depósitos de hierro.
- Transferrina: transporta el Fe en el plasma. aumenta su síntesis en anemia ferropénica
- Índice de saturación de transferrina: indica la capacidad de fijación del hierro a la transferrina.

Parámetros especiales:

- frotis de sangre periférica: Aporta información sobre la morfología de todas las series hematóxicas.

- Otros:

- > Bilirrubina conjugada o indirecta

- > LDH

- > Haptoglobulina

- > prueba de Coombs

- > B12

- > Ac. fólico

- > perfil tiroideo

- > USG

- > proteinograma

Tipos de Anemias

- * Clasificación fisiopatológica: Clasifica las anemias en centrales o periféricas en función del índice de reticulocitos.

- * Clasificación morfológica:

- Microcíticas (VCM < 80). Causas más frecuentes: déficit de hierro, anemia secundaria a enfermedad crónica y talasemia.

- Normocíticas (VCM: 80-100). Causas más frecuentes: anemia secundaria a enfermedad crónica, hemolítica, aplásica o por infiltración medular

- Macrocíticas (VCM > 100). Causas más frecuentes: déficit de vitamina B12, déficit de ácido fólico, hipotiroidismo y enfermedad hepática

Escala RIFLE: para evaluación del riesgo renal y pronóstico.

IFG

Gasto urinario

(Risk)

Riesgo: Creatinina sérica $\times 1.5$ o disminución del índice de filtración glomerular (IFG) $> 25\%$

Gasto urinario (GU) menor de 0.5 mL/kg/h por 6 horas

(Injury)

Lesión: Incremento creatinina $\times 2$ o disminución del IFG $> 50\%$

GU menor de 0.5 mL/kg/h por 12 horas

(Failure)

Falla: Incremento de creatinina $\times 3$, IFG $> 75\%$, o Creat $> 4 \text{ mg/dL}$

GU menor de 0.3 mL/kg/h por 24 h. Anuria $\times 12 \text{ h}$

(Loss)

Perdida de función: falla renal persistente: pérdida completa de la función por > 3 semanas.

(End stage kidney disease)

Enfermedad renal terminal: Enfermedad renal terminal: más de 3 meses

Alta sensibilidad

Alta especificidad

Clasificación KDIGO para insuficiencia renal crónica

FG (ml/min/1,73m²)

Albuminuria		
A1	A2	A3
Normal u ligeramente elevada	moderadamente elevada	Gravemente elevada
<30 mg/d	30-300 mg/d	>300 mg/d

G1	Normal o elevado	≥90		Monitorear	Derivar
G2	Ligeramente disminuido	60-89		monitorear	Derivar
G3a	Ligera u moderadamente disminuido	45-59	Monitorear	Monitorear	Derivar
G3b	Moderada u gravemente disminuido	30-44	monitorear	monitorear	Derivar
G4	Gravemente disminuido	15-29	Derivar	Derivar	Derivar
G5	Fallo renal	<15	Derivar	Derivar	Derivar

ESCALA CURB-65

Es una escala de predicción de mortalidad utilizada en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

La Escala CURB-65 es el acrónimo para:

- Confusión: calificación menor a 8 en el AMT (mental test score)
- Urea: mayor a 7 mmol/l o BUN mayor a 19 mg/dl
- Respiración: frecuencia mayor a 30 respiraciones por minuto
- Blood Pressure: sistólica menor a 90 mmHg o diastólica menor o igual a 60 mmHg
- Edad mayor o igual a 65 años

Clasificación y Predicción

Calificación	Mortalidad	Recomendaciones:
0	0.6%	Bajo riesgo, Tratamiento ambulatorio
1	2.7%	Bajo riesgo, Tx ambulatorio
2	6.8%	Riesgo medio, hospicio o corta estancia
3	14.0%	Neumonía grave, hospitalización
4	27.8%	Neumonía severa, hospitalización
5	57%	Neumonía muy grave, considerar ingreso a UCI

Por cada uno de los factores clínicos se suma un punto, la calificación más baja es cero y la más alta es cinco. Orienta la conveniencia de la hospitalización o no del paciente.

Grado De Shock Hipovolémico

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Pérdida sanguínea (ml)	750	750-1500	1500-2000	Mayor de 2000
Pérdida sanguínea (% volumen)	15%	15-30%	30-40%	40%
Frecuencia de pulso	menor de 100	mayor que 100	mayor que 120	mayor 140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión del pulso (mmHg)	Normal o aumentado	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	mayor de 40
Diuresis (ml/h)	mayor de 30	20-30	5-15	insignificante
SCU/estado mental	Ansiedad	Ansiedad moderada	Ansiedad, confusión	confusión tetrao
Restitución de líquidos (relación de 3:1)	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide y suero	cristaloide y suero

Signos de la meningitis

-> Los signos positivos de Brudzinski y de Kernig pueden indicar irritación meníngea y meningitis, el signo de Brudzinski es un indicador más sensible de la irritación meníngea que el signo de Kernig.

Qué debe hacer:

* Mantenga el ambiente tranquilo y poco iluminado para evitar la estimulación del SNC.

* Tome sus signos vitales y lleve a cabo una valoración neurológica incluyendo el estado de conciencia, habilidad motora y percepción sensorial.

* Valore la presencia de dolor de cabeza, fiebre, hipersensibilidad a la luz, náuseas, vómitos, cambios respiratorios y signos y síntomas de presión intracraneal incrementada, como cambios en la reactividad pupilar, en la reacción a la luz, en el comportamiento o nivel de conciencia.

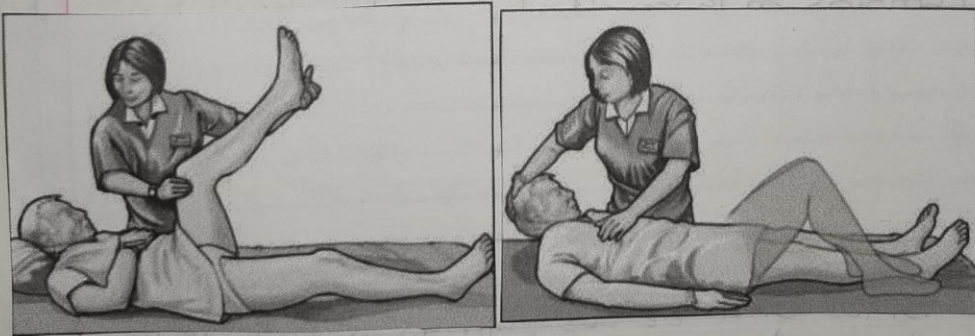
* Antes de valorar el signo de Brudzinski, asegúrese de que no padece ninguna lesión cervical. Sitúe a su paciente en posición de decúbito supino.

* Sitúe una de sus palmas detrás de la cabeza del paciente y la otra sobre su pecho. Intente flexionar suavemente su cuello hacia...

delante empujando su barbilla hacia el pecho con la mano que ha puesto detrás de su cabeza, mientras con la otra mano evite que el cuerpo se balancee. La flexión de las rodillas y caderas mientras esta intentando flexionar su cuello, implican un signo de Brodzinski positivo.

* Valore la rigidez de nuca (dolor de cuello y resistencia a la flexión), que pueden indicar que existe una inflamación de las meninges o problema mecánico.

* Mantenga al paciente en posición supina para valorar el signo de Kernig. Con una de sus caderas y la rodilla flexionada en ángulo de 90°, extienda lentamente su rodilla. Si siente dolor detrás de la rodilla y aumenta la resistencia a la extensión, documente el signo de Kernig positivo.



Triada de Cushing:

Es una respuesta fisiológica del sistema nervioso central a la hipertensión intracraneal que resulta en la triada de Cushing:

1. Presión sanguínea incrementada, respiración irregular y bradicardia.

* Normalmente se observa en fases terminales de traumatismo craneoencefálico y puede indicar herniación cerebral inminente.

* También se puede observar tras la administración intravenosa de adrenalina y fármacos similares.

2. La triada de Cushing se presenta en solo 33% de los casos y no se observa en todos los pacientes con hipertensión intracraneal.

* La triada de Cushing es uno de los primeros signos de muerte cerebral inminente y va sucedida por "tormentas adrenérgicas". El incremento en la presión intracraneal es la causa primaria de esta respuesta.

* Cuando la presión intracraneal aumenta o se aproxima a la presión arterial media (y hay compresión cerebral y arterias cerebrales), se inicia una "respuesta isquémica" que conlleva un incremento de esta última "para mantener una mínima perfusión cerebral".