

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Escuela de medicina

Materia:

Medicina interna

Trabajo:

Tarea

Catedrático:

Dra. Karina Romero Solorzano

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas  
29 de octubre de 2021

**Microcíticas**  
VCM: < 80fl

- Ferritina ↓
- Ferritina No ↑
- Ferremia No ↑
- Ferremia No ↓
- Indice de captación ↓
- Indice de captación No ↓
- % saturación de transferrina No ↓
- transferrina No ↓
- transferrina No ↓
- Retículoendotelial ↓
- Retículoendotelial ↓
- RDW ↑
- RDW No ↑

Anemia ferropénica crónica

- Ferritina ↑
- Ferremia No ↑
- Hemólisis
- Esplenomegalia
- Historia familiar

Congénitas  
Talasemias (microcíticas)  
Hemoglobinopatías

**Anemias Normocíticas**  
VCM: 80-100fl

- Retículoendotelial ↑
- Anemias hemolíticas
- Trastornos: Anemia, ictericia, esplenomegalia
- Retículoendotelial ↑
- Bilirrubina indirecta ↑
- LDH ↑
- RDW ↑
- Haptoglobina ↓
- Membranopatías: esféricas, hereditaria
- Ezempáticas defect de G-6-PDH
- Hemoglobinopatías: talasemias, A. falciforme
- Antibiosis IgG, IgM
- Hemolítica adquirida: HPN

- Aplasia medular
- Congénita
- A. Fanconi
- D. Distomatosis congénita
- Aplasia eritroide
- Adquiridas: + feto
- Citotóxicos
- benzono
- radiación
- Fármacos: Carbamazepina, metimazol
- Propionibacterio
- Claytonfenicol
- Sulfas
- Indometacina
- Virus: B19, VHC, VIH B, VIH8, VIH7, VIH

ERC/Cirrosis  
EPO ↓  
Anemia enf. crónicas

**Macrocítica**  
VCM: > 100fl

- Megaloblastos
- Déficit de B12
- Neutrófilos
- Polisegmentados penias
- Anemia perniosa
- Mala absorción
- Gastrointestinales
- Dicha vegana
- Parásito: Diphyllobothrium latum
- Deficit B9
- ácido fólico
- ↓ ingesta
- ↓ reserva intestinal
- Mala absorción
- Alcoholismo
- Fármacos
- Fenitoína
- Metotrexate

- No megaloblastos
- Sd. mielodisplásico
- Panctopenia
- Neutrófilos
- Hiposegmentados
- Retículoendotelial ↑
- Hemorragia aguda
- Hemólisis aguda
- Retículoendotelial N
- Hipotiroidismo
- Alcoholismo
- Hepatopatías

## Criterios de la clasificación RIFLE

	TFG	Flujo urinario
R (Risk)	Aumento de la Cr sérica en 1.5 veces o disminución de la GFR >25%	<5ml/kg/h en 6 hrs
I (Injury)	Aumento de la Cr sérica en 2 veces o disminución de la GFR >50%	<5ml/kg/h en 12 hrs
F (Failure)	Aumento de la Cr sérica en 3 veces o disminución de la GFR 75% o Cr sérica >4mg/dl	<3ml/kg/h en 24 hrs o anuria en 12 hrs
L (Loss)	IRA persistente: Pérdida completa de la función renal >4 semanas	
E (End stage)	Enfermedad renal estado terminal. Necesidad de diálisis >3 meses	

• Alta sensibilidad      • Alta especificidad

KDIGO	Albuminuria		
	A1	A2	A3
	Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
Filtrado glomerular	<30ng/g <sup>3</sup>	30-300ng/g <sup>3</sup>	>300ng/g <sup>3</sup>
G1	Normal o elevado $\geq 90$		
G2	Ligeramente disminuido 60-89		
G3a	Ligera a moderadamente disminuido 45-59		
G3b	Moderada a gravemente disminuido 30-44		
G4	Gravemente disminuido 15-29		
G5	Fallo renal <15		

### Escala CURB-65

Escala de predicción de severidad mortalidad utilizada en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

C	Confusión	+1
U	BUN >19mg/dL	+1
R	Respiración >30 rpm	+1
B	PAS <90 o PAD <60 mmHg	+1
G5	Edad >65 años	+1

0-1 punto: Mortalidad de 0.2-2.7%; considerar manejo ambulatorio

2-4 puntos: Mortalidad del 6.8-27%; considerar hospitalización.

5 puntos: Mortalidad del 57%; considerar ingreso a UCI

## Choque hipovolémico

	①	②	③	④
Pérdida de sangre	<15%	15-30%	30-40%	>40%
FC	<100	100-120	>120	>140
TA	Normal	Normal	Hipotensión	Hipotensión severa
Pulso	Normal	Débil	Muy débil	Casi ausente
Pleno capilar	Normal	>2	>2	>2 o ausente
FR	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis	≥30	20-30	5-10	Anuria
N. consistencia	Intríngeo	Ansioso	Confuso	Estuporoso
Gasto cardíaco	Normal	Disminuido	Bajo	Muy bajo
Reposición de volumen	Cristaloides + coloides	Cristaloides + coloides	Cristaloides + coloides + Sangre	Cristaloides + coloides + Sangre

## Signos meníngicos

### • Rigidez de nuca

Elevación de cabeza y tronco en un mismo bloque

- En caso de existir irritación de las meninges además de la dificultad para realizar la maniobra el paciente refiere dolor y espasmos de los músculos del cuello. También puede observarse en caso de hipertensión endocraneal y artrosis cervical.

### • Signo de Kerning

Elevamos la pierna extendida y el paciente flexiona la rodilla de forma refleja.

- En caso de meningitis o radiculopatía, el paciente refiere dolor en la parte posterior del muslo y no es posible realizar la maniobra.

### • Signo de Brudzinsky

Elevamos la cabeza, el paciente flexiona las rodillas de forma refleja

- Con el paciente en decúbito supino se procede a flexionar el cuello. En caso de irritación meníngea, el paciente flexionará de forma inconsciente ambas rodillas.

## Triada de Cushing

Hipertensión



Respiración irregular

Bradicardia