

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Licenciatura de Medicina Humana

Trabajo: Cuadro Comparativo

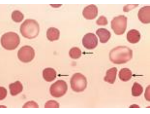
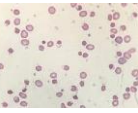
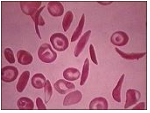
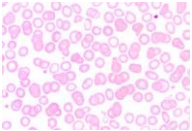
Alumno: Rosario Lara Vega

Semestre: 5° Grupo: A

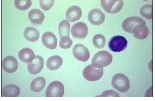
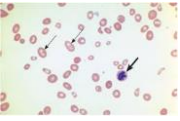
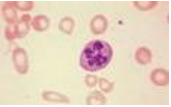
Materia: Medicina Interna

Docente: Dr. Martin Pérez Durán

Anemia Hemolítica Hereditarias

	Características	Etiología	Clínica	Diagnóstico	Tratamiento
Esferocitosis hereditaria 	Hematíes de forma esférica, permeables a Na y agua.	Alteración en las proteínas de membrana	Crisis hemolíticas. Crisis aplásica. Crisis megaloblasticas	↑LDH, BI, reticulocitos VCM normal o bajo HCM ↑ MICRO-HIPER Prueba hemolisis osmótica	Ácido fólico y esplenectomía
Déficit glucosa 6PD 	Herencia ligada al cromosoma x	Oxidación de la HGB no hay NADH, ni glutatión reducido se genera metahemoglobina, cuerpo de Heinz.	Crisis hemolíticas por infecciones, fiebre, acidosis, favismo o fármacos	↑LDH, BI, retículos. Dosisificación enzimática de eritrocito.	Ácido fólico, consumir habas, antipalúdicos, sulfamidas
Células Falciformes 	Los glóbulos rojos adquieren forma de media luna debido a una mutación genética.	Sustitución AC glutámico x valina	Crisis vasooclusivas, isquemias e infartos.	+LDH, BI, RET, PCT. Clínica vasooclusiva Electroforesis de Hb	Analgesia e hidratación, vacunación, trasplante APH
Anemia Ferropenia 	Debido a la deficiencia de hierro, los glóbulos rojos no pueden transportar suficiente oxígeno a los tejidos del cuerpo	Baja ingesta o absorción de Fe	Fatiga, palidez, taquicardia, disnea, pica, coiloniquia	↓ HB, VCM, HCM, ferritina sérica, saturación de transferrina ↑TIBC	Suplemento de Fe oral o IV, tratar la causa subyacente

Anemia Megaloblastica

	Características	Etiología	clínica	Diagnostico	Tratamiento
Déficit Vit B12 	Aumento de homocisteína y ácido metilmalónico en plasma	Disminución de ingesta e absorción.	Glositis, neuropatía, alteración de la marcha, demencia	↓HB, ↑VCM, ↓B12 sérico, ↑Homocisteína y MMA	Administración de Vit B12 y ácido fólico
Anemia Perniciosa 	Enfermedad de Addison-Biermer. Mala absorción de Vit B12. Atrofia crónica mucosa gástrica	>60 años 10-20 años Destrucción autoinmune de células parietales	Mismo cuadro clínico de Déficit de Vit B12	Anticuerpos IgG vs Células parietales. Factor intrínseco Prueba de Schilling	Administración de Vit B12 Premaligna para adenocarcinoma gástrico
Déficit Folatos 	Causa más frecuente de anemia megaloblastica	↓Aporte o absorción Activación bloqueada de folatos. Incremento de pérdidas.	Clínica similar pero no presenta datos neurológicos.	↓Folato sérico <2ng/ml Folato intraeritocitario <100ng/ml	Administración de Ácido Fólico 1mg/ 24 hrs. Ácido Folinico en caso de no haber respuesta.