

Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Anemias

Nombre del alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Medicina interna

Grado: 5°

Grupo: "A"

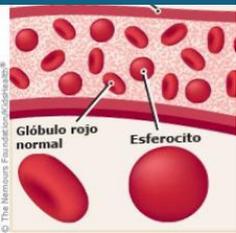
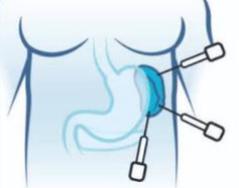
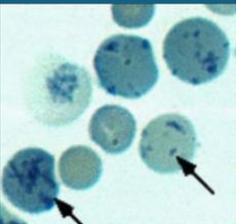
Docente:

Dr. Martín Pérez Durán

## ANEMIA MEGALOBLASTICA

	Características	Etiología	Clínica	DX	Tx
<b>Déficit vitamina B12</b> 	<p>Aumento de la hemocisteína y ácido metilmalónico en plasma.</p>	<p>Disminución en la ingesta. Disminución en absorción. Alteración en utilización.</p>	<p>Digestivas (glositis Huter y mala absorción). Neurológicas (polineuropatías).</p>	<p>Concentración sérica de Vit 12 &lt;200. Eliminación urinaria Ac Metilmalónico. Aumento de Homocisteína.</p> 	<p>Tratar causa subyacente. Administrar Vitamina B12 y ácido fólico.</p> 
<b>Anemia perniciosa</b> 	<p>Enfermedad de Addison-Biermer. Causa más fc de malabsorción de vitamina B12. Atrofia crónica, mucosa gástrica.</p>	<p>Mayores de 60 años. Variante juvenil (10-20 años)</p>	<p>Similar a déficit de Vitamina B12.</p>	<p>Anticuerpos IgG vs células parietales (90%) y versus factor intrínseco (60%). Prueba de Schilling.</p>	<p>Administración de vitamina B12 de por vida. Seguimiento (pre maligna para Adenocarcinoma gástrico).</p> 
<b>Déficit folatos</b> 	<p>Causa más frecuentes de Anemia Megaloblásticas.</p>	<p>Disminución de aporte o absorción. Activación bloqueada de folatos. Incremento de pérdidas.</p>	<p>Clínica similar pero en caso aislado no presenta datos neurológicos.</p>	<p>Disminución de folato sérico &lt;2ng/ml. Folato intraeritocitario &lt;100ng/ml.</p>	<p>Administración Ac fólico 1 mg/24 hr (Ac Folinico en caso de no haber respuesta).</p> 

## ANEMIA HEMOLITICAS HEREDITARIAS

	Características	Etiología	Clínica	Dx	Tx
<p><b>Esferocitosis hereditaria</b></p> 	<p>Hematíes de forma esférica permeables a Na y agua.</p>	<p>Alteración en las proteínas de membrana (Ankirina 50%, Banda 3: 25%, Espectrina 25%) Esferoцитo.</p>	<p>Clínica clásica Crisis hemolíticas (infección). Crisis aplásica (hemólisis crónica). C. Megaloblásticas (sobrecarga Ac. Fólico)</p>	<p>Suben: LDH, BI, reticulocitos. -VCM normal o bajo. -HCM alto. -MICRO-HIPER. -Prueba hemólisis osmótica.</p>	<p>Ácido fólico. Esplenectomía (se espera hasta 5-6 años).</p> 
<p><b>Déficit de glucosa 6PD</b></p> 	<p>Herencia ligada al cromosoma X.</p>	<p>Oxidación de la Hemoglobina no hay NADH, ni glutatión reducido se genera META HEMOGLOBINA Cuerpos de Heinz.</p>	<p>Clínica clásica Crisis hemolíticas por: infección, fiebre, acidosis, favismo o fármacos.</p>	<p>Suben: LDH, BI, reticulocitos. Dosificación enzimática del eritrocito (evidenciar el déficit G6PD)</p>	<p>Ácido fólico Evitar riesgos a crisis hemolíticas</p> 
<p><b>Células falciformes</b></p> 	<p>Célula falciforme</p>	<p>Situación Ac glutámico X valina ( posición 6 de cadena B) HbS.</p>	<p>Variable. Crisis Vasooclusivas. Isquemia e infartos. Autoesplenectomía.</p>	<p>+LDH, BI, RET, PCT. Clínica Vasooclusiva. Electroforesis Hb.</p>	<p>Crisis: Analgésica e hidratación. Vacunación. Trasplante APH</p> 
<p><b>Anemia ferropénica</b></p> 	<p>Los glóbulos rojos llevan oxígeno a los tejidos a su cuerpo. Los glóbulos se producen en la médula ósea. Los glóbulos rojos circulan por el cuerpo durante 3 a 4 meses.</p>	<p>Cómo el hierro no hemos se absorbe poco, el incorporado con la dieta apenas cubre el requerimiento diario de la mayoría de las personas.</p>	<p>Heces oscuras, alquitranadas o heces con sangre. Sangrado menstrual abundante. Dolor en la parte superior del abdomen (por las úlceras)</p>	<p>Hemograma</p>	<p>El tratamiento puede incluir tomar suplementos de hierro y comer alimentos ricos en hierro. Los suplementos de hierro (casi siempre sulfato ferroso).</p>

## BIBLIOGRAFIA

GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y adultos.

GPC. Deficiencia de glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa. Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento 1, 2 y 3er nivel de atención.

GPC. Abordaje Diagnóstico de Anemias Hemolíticas Adquiridas COOMBS Negativo.