


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

La **anemia microcitostica y macrocitotásica**, aunque no es específica del idrrato, a menudo se observa y puede estar asociada con la condición patopática del paciente. Estas anemias en pacientes con desplazados internos pueden ser secundarias a la deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico (hipoplasia del cartilago y el pelo, IDCV), pueden ser el resultado de procesos hemolíticos (síndrome de Hyper-IgM), pérdida de sangre (síndrome de Viscott-Aldrich) y, en la mayoría de los casos, están asociados con procesos infecciosos e inflamatorios crónicos (1, 13). La presencia de explosiones es otro hallazgo común en pacientes con AED ESP, especialmente en enfermedades asociadas con defectos de maduración de la médula ósea y producción celular (13). Cambios en gránulos citoplasmáticos o vacuolah tóxicoEste cambio morfológico pm sobre PMN se caracteriza por la presencia de pellets pesados de piel azul, vacuulaciones citoplasmáticos y órganos Dolha. Estos neutrothylous tóxicos no son específicos de la afección, pero se encuentran principalmente en personas con inflamación aguda y crónica, como infecciones bacterianas graves. Dado que estas infecciones se observan comúnmente en pacientes con desplazados internos, es posible realizar granulaciones tóxicas en la PMN de estas personas (13). Síndrome de Chediac-Higashi: Esta es una enfermedad genética causada por mutaciones en el gen LYST que codifica una proteína importante en la función del citoesqueleto. En este IAV ESP se caracteriza por la presencia de lismos gigantes en PMN y otros glóbulos blancos (Figura 1). Estos cuerpos, que en PMN se generan mediante la fusión de pellets de peroxidasa positivos, se demuestran fácilmente mediante microscopía convencional, un elemento importante en el diagnóstico de esta enfermedad. Además, este IAV representa neutropenia, trombocitopenia, pérdida de la función de las células asesinas naturales y, en etapas posteriores, se puede observar pancitopenia (3, 4, 13, 24). Consulta del Dr. Aquí Vademecum GenfarConcluye EL ESP y los datos obtenidos de él deben ser mejor utilizados en la práctica clínica. Esta prueba básica, fácil de llevar y de bajo costo está disponible para todos los laboratorios clínicos y, si hay buena calidad en su preparación y análisis, permite la búsqueda, búsqueda y posterior pruebas de diversas enfermedades. ESP es una herramienta importante en la evaluación de un paciente con infección recurrente, ya que sus resultados cualitativos y cuantitativos son clave para la orientación diagnóstica inicial de los desplazados internos. Si bien esta prueba requiere compromiso y dedicación por parte de los laboratorios clínicos, su uso permite un mejor diagnóstico en el laboratorio y por lo tanto una mejor orientación clínica, un aspecto vital en el caso de los pacientes con desplazados internos. Porque las pruebas específicas para el diagnóstico IDPS son especialidades, toman un tiempo importante, no se la anónima en los laboratorios clínicos y existen pocas personas capacitada para su ejecuci'n, se debe la importancia del desarrollo de los métodos no específicas, en especial del ESP, comoramient. Ver mas Revista de Imnuoalergia, CLICK Azua Links Bibliograficas1. Nathan D, Orkin S. Nathan y hematología Oski infancia e infancia. Es: Grupp S, Abbas A. Inmunidad humoral y el desarrollo y regulación de las reacciones inmunitarias. 5o lugar en Toronto: V.B. Saunders Company, 1998:1023-1050.2. García de OD, Patinho PJ, Salgado H, Montoya CJ, López JA, Pérez JE. Eeuaión del paciente con inmunodeficiencia. Sandrom de infecci'n recurrente patol'gica. Medicina en el Laboratorio 1997, 7:545-575.3. Holland S, Gallin J. Evaluar a un paciente con infecciones bacterianas recurrentes. Anne Roar Honey 1998, 49:185-199.4. Comité Científico de la IUIS. Enfermedades primarias de inmunodeficiencia. Informe del Comité Científico de la IUIS. Exp Immunol 1999, 118 (suppl. 1):1-28.5. Carneiro-Sampaio M, Grumah A., Manissasajian A. Prueba de detección de laboratorio para el diagnóstico de niños con inmunodeficiencia primaria. J Invest Allergol Wedge Immunol 1991, 1:95-200.6. Lee R, Foerster J, Lukens J, Paraskevas F, Greer P, Rogers G. Hematología Clínica Wintrobe. 10 o. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins, 1998:1484.7. Houwen B. Preparación de película de sangre y procedimientos para colorear. Laboratorio de Hematol 2000, 6:1-7.8. Vélez H, Rojas W, Borrero J., Restrepo J. Hematología. Ru: Restrepo A. El Leikograma, Mieselofibrosis, Mononucleosis. 5o de la P.I. Medellín: CIB, 1998:126-135.9. Campuzano G. Semiología del hemograma. Laboratorios Al Dea 1995, 5:161-174.10. Beutler E, Koller B, Lichtman M, Kipps T, Seligson W. William hematología. 6o o.p. Nueva York: McGraw Hill, 2001:1941.11. Berman R, Kligman R, Jenson H. Nelson. Tratado de Pediatría. Es: Buckley R. El Sistema inscólito y sus transtornos. 16. Barcelona: McGraw Hill, Interamerican, 2000:645-706.12. Campuzano G. ESTUDIO del Paciente con neutropenia. Laboratorio Al Dea 1996, 6:11-28.Fuentes Bibliografikas13. Smith C, Miller D, Baehner R. Enfermedades de la Sangre en la infancia y la infancia. 17. Nueva York: Mosby, 1995:1041.14. Ochs HD, Smith C, Puck J. Enfermedad de Inmunodeficiencia Primaria. Enfoque genético molecular. Nueva York: Oxford University Press, 1999:501.15. Ginzberg H, Shin J, Ellis L. Síndrome de Schwakhman: manifestaciones fenotípicas de hermanos y casos aislados en una gran cohorte de pacientes son similares. J Pediatre 1999, 135:81-88.16. Aprikyan A, Liles W, Park J. Myelokathexis: Trastorno de neutropenia grave congénita caracterizado por apoptosis acelerada y expresión bcl-x defectuosa en precursores de neutrófilos. Sangre 2000, 135:320-327.17. Oten K., Frank M., Atkinson Samter Enfermedades Inmunológicas. Ru: Holanda S, Gallin J. Fagocyte Trastorno: Williams y Wilkins, 2001:329-349.18. MarkerT L, Hummell D, Rosenblat H. Síndrome de DiGeorge completo: La preservación de la inmunodeficiencia profunda. J. Pediatra 1998, 132:15-21.19. RidanpTM M, Eenennam H, Pelin K, Chadwick R, Johnson C, Yuan B. Las mutaciones en el componente de ARN de RNase MRP causan enfermedad pleiotrópica humana, hipoplasia cartilago-pelo. Celda 2001, 104:195-203.20. Snapper S, Rosen F. Proteína del Síndrome de Viscott-Aldrich (WASP): roles en la señalización y la organización de citoeskelet. Ann Rev Immunol 1999, 17:905-925.21. Defectos en el síndrome de células de sangre de Wiscott-Aldrich. Sangre 1996, 87:2621-2631.22. El nivel en plaquetas y linfocitos de pacientes con síndrome de Viscott-Aldrich se correlaciona con la disfunción celular. J Immunol 1999, 163:6314-6320.23. Campuzano G. Estudio de un paciente con trombocitopenia. Laboratorio al día 1995, 5:25-350.24. Brostoff J, Gris A, Macho D, ReutT I. Estudios Temáticos en Inmunología. Satélite de inmunología. En: Inmunodeficiencia. 5o de la P.I. Filadelfia: Mosby, 1998:13 - 30. CLINIC LABORATORY De Baja Complejidad Dr. Lorena Del Pilar Vega Castro Ex Jefa del Laboratorio Clínico MediCENTRO. Conozca nuestra Guía Práctica de Laboratorio Clínico para La Mesa Hemática - Pruebas de Coagulación - Uroanálisis - Coproanálisis - GEMATONIA Cosmroscopic Incluye el Estudio de Células Sangüíneas y Coagulación. Los cambios en uno o más componentes pueden conducir a enfermedades hematológicas, o pueden ser manifestaciones de otros procesos hematológicos. EXTRACCION DE SANGRE : La gran mayoría de los estudios hematológicos se llevan a cabo en sangre venosa. ANTICOAGOLANTS : Hay varios factores involucrados en el proceso de coagulación de la sangre. Los anticoagulantes son sustancias que impiden la formación de coágulos sanguíneos. Hay diferentes tipos de polvo o líquidos. El anticoagulante apropiado siempre debe seleccionarse de acuerdo con el estudio a realizar. Tres anticoagulantes ampliamente utilizados son: EDTA (ETILEN-DIAMINO-TETRA-TACH) : Es el anticoagulante preferido para la investigación celular y morfológica. HEPARINA : Se utiliza tanto en estudios convencionales como especializados. Su presentación puede incluir heparina con concentraciones de sodio o litio. La heparina de litio se utiliza comúnmente para la investigación química y la heparina sódica se utiliza para la investigación de linfocitos. CITRATE SODIUM : Típicamente en concentraciones de 3.8% y utilizado principalmente en estudios de coagulación. Hay varias empresas comerciales que producen diferentes presentaciones de muestras de recogida de tuberías. Son deseables de usar, ya que salvan el laboratorio con los anticoagulantes de la droga, que deben prepararse en concentraciones exactas. Si se utilizan tubos comerciales, se debe tomar para encontrar que su llenado es adecuado para vincular entre la sangre y el anticoagulante para ser Los tubos deben mezclarse inmediatamente tan pronto como haya entrado sangre en ellos. Invierta suavemente los tubos de 10 a 15 veces. Para conseguir mezclas homogéneas. Hematic Table es una de las pruebas de laboratorio más populares, incorporando numerosas pruebas o parámetros que proporcionan individualmente o juntos como resultado de un enorme valor para numerosos individuos clínicos. El tubo wintrobe se llena con agua pasteur y se coloca en el banco de modo que es completamente recto, observando en el momento en que los glóbulos rojos descendieron tanto, midiendo a esa distancia en la escala del tubo wintrobe la marca superior de la cual cero. Valores Normales : Varian dependiendo de la edad, el sexo y el método. Hombres menores de 50: 0 - 15 mm/hora Hombres mayores de 50 años: 0 - 20 mm/hora. Mujeres menores de 50 años : 0 - 25 mm/hora mujeres mayores de 50 años : 0 - 30 mm / hora Erythrosedimmentation es una prueba que detecta la fase de reaccionarios agudos : Desde un punto de vista clínico es muy incierto. Se incrementa en infecciones, enfermedades inflamatorias, autoinmunes y malignas, especialmente las dispracias de las células plasmáticas. La eritroes-ismation es especialmente útil en enfermedades reumatológicas, especialmente en artritis reumatoide, cuando se evalúa la artritis temporal y la polimialgia reumática pueden ser variaciones fisiológicas que deben tenerse en cuenta, ya que el HSH puede acelerarse en el caso de niños y ancianos, en las mujeres aumenta antes y después de la menstruación, durante el embarazo y puede aumentarse uno o dos meses después del parto, tomando anticonceptivos orales también puede acelerarse. HEMATOLOGIA TEAM : System 150 es un analizador semiautomático utilizado en el laboratorio cuantificando el número total de glóbulos blancos (WBC), el número total de glóbulos rojos (RBC), hemoglobina (HGB), hematocitos (HCT) y volumen corpuscular medio (MCV). En general, el sistema puede utilizar sangre anticoagulada (EDTA), ya sea venosa o capilar, la muestra se absorbe a través de un sistema de dilución automática (System 106), la punta debe limpiarse, asegúrese de que no queden burbujas de aire en la pipeta, dispensar en uno de los cubos de dilución, eliminar la última gota, esta dilución No.1. que puede durar mucho tiempo sin afectar los resultados, se mezcla y se chupa de ella para preparar la dilución No. 2, en esto vamos a definir RBC, HCT, MCV, recuerde que esta dilución terminada debe leerse hasta dos minutos. Se añaden tres (3) gotas de hemolyzer a la dilución N. 1 (HAEMA-LYSE 100) Usted debe mezclar la prueba de no espuma y dejarlo hasta que haya una lame de celda común durante unos 2 minutos, lea WBC, HGB. Tenga en cuenta que antes de utilizar el equipo debe leer las instrucciones para conocer su programación, lecturas, limpieza diaria y mantenimiento. HEMATOCRITO : Esto mide el porcentaje de sangre total ocupada por células sanguíneas o expresada de otro modo es el vínculo entre el volumen de glóbulos rojos y el de la sangre total. Valores normales : 44 - 62% Niños 1 año : 35% qf- 5 Niños 10 años : 37% qf- 5 Hombres : 40 - 54% mujeres : 36 - 47% Aumento en : Quemaduras, infección, intoxicación, policitemia, insuficiencia respiratoria crónica. Disminuir: Baja concentración de volumen globoso, anemia crónica, cirrosis del hígado, insuficiencia cardíaca, algo de hiperproteinemia. HEMOGLOBINA : Este es el componente principal de los glóbulos rojos, es una proteína conjugada que sirve como medio para transportar O2 y CO2. Aumento de la hemoconcentración, afecciones de choque, quemaduras, diarrea, vómitos y poliglobulina primaria. Disminuye en los casos de anemia. Valores normales : Recién nacidos, Cordón sanguíneo : 13.6 - 19.6 g/dl Niños 1 año : 11.2 dl Niños 10 años : 12.9 g/dl Hombres : 13.5 - 18.0 g/dl mujeres : 12.0 - 16.5 g/dl TOTAL LEUKOCYTE COUNT : Este es el número de leucocitos en sangre de 3 mm, sangre, enumera todos los tipos de células nucleadas en la sangre. Cabe señalar que esto incluye los glóbulos rojos nucleáticos, que después del informe deben ser descontados. No se ofrece un método manual de recuento diario de glóbulos blancos, pero debe estar disponible para confirmar los recuentos fuertemente leucopénicos y leucemia reportados por equipos semiautomáticos como método para ser utilizado en emergencias y como un procedimiento de control de calidad deficiente (y no recomendado) para el conteo automático. La fórmula para la corrección de glóbulos blancos cuando los normoblastos están presentes de la siguiente manera: No. Células blancas reales de sangre - Total de glóbulos blancos x mm3 X 100 100 (No. hematitas nucleadas / 100 glóbulos blancos) Número de células sanguíneas de nuclete por 100 glóbulos blancos derivados del conteo diferencial. El control de calidad de los glóbulos blancos se puede hacer en un frois de color wright con el objetivo de 100 X para observar las características de las diferentes células. Inbuen color de cualquier anomalía que se pueda encontrar, como pellets tóxicos, neutrófilos hiper-egmentes, en los glóbulos rojos, el tamaño de la característica (aniscitosis) debe tenerse en cuenta si prevalece la macrocitosis o la microcitosis, el contenido de hemoglobina (hipocroma o no), anomalías en la forma (poiquiostosis) y con el predominio de qué forma anormal, independientemente de si se observa policrofilia en cualquier cantidad. Las plaquetas deben notificarse si se produce o no la aniscitosis de plaquetas, la cantidad de plaquetas no debe hacerse a partir de frotis de sangre periférica, se deben utilizar métodos de conteo directo. CUENTA DE PLATELET : Este resultado es importante porque desempeñan un papel vital en la hemostasia. El método Utilizado es un método directo en el que el oxalato de amonio se utiliza al 1% 1,98 ml y 0,02 ml (20 landas) de la sangre anticoagululada con EDTA, se mezcla bien y permanece en silencio durante unos 10 minutos para garantizar la delgadez total de las células restantes, la cámara Neubauer instalada y dejada sola durante otros 10 minutos en una cámara húmeda para evitar que la muestra ya húmeda se seque. Se lee con el objetivo de 40 X recuento de plaquetas que se encuentra en el cuadrante rojo (CENTER), el resultado multiplicado por 1000. Valor normal : 150.000 - 450.000 / mm3 Disminución de : Radiación, cáncer, leucemia, mieloma, síndromes asociados con anemia y leucopenia, infecciones bacterianas, lupus mononucleosis, varicela, papeiras, megalo blastos y anemia aplásica, tratamiento con ciertos medicamentos. Se enrollan en leucemia mieloide crónica, enfermedades inflamatorias, feropenia. RECUESTO DE RETICULOCYTE : Se trata de glóbulos rojos inmaduros no nucleáticos que contienen ARN y que continúan sintetizando hemoglobina después de la pérdida del núcleo. Tres gotas de crema azul brillante y tres gotas de sangre se mezclan en el tubo, se incuban durante 15 minutos a 37 grados, dos se extienden en papel de aluminio y se tratan con una lente de 100 X. Se contaron alrededor de 1000 hemates y se sacaron los eritocitos promedio. Valor normal : Recién nacidos : Hasta 2.6% adultos : Hasta 2.0% Aumento de la anemia regenerativa, hemolíticos, sangrado interno o externo. Disminuyen contra la médula ósea irresponsable, como en la anemia por aplasia en

La anemia microcitostica y macrocitotásica, aunque no es específica del idrrato, a menudo se observa y puede estar asociada con la condición patopática del paciente. Estas anemias en pacientes con desplazados internos pueden ser secundarias a la deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico (hipoplasia del cartilago y el pelo, IDCV), pueden ser el resultado de procesos hemolíticos (síndrome de Hyper-IgM), pérdida de sangre (síndrome de Viscott-Aldrich) y, en la mayoría de los casos, están asociados con procesos infecciosos e inflamatorios crónicos (1, 13). La presencia de explosiones es otro hallazgo común en pacientes con AED ESP, especialmente en enfermedades asociadas con defectos de maduración de la médula ósea y producción celular (13). Cambios en gránulos citoplasmáticos o vacuolah tóxicoEste cambio morfológico pm sobre PMN se caracteriza por la presencia de pellets pesados de piel azul, vacuulaciones citoplasmáticos y órganos Dolha. Estos neutrothylous tóxicos no son específicos de la afección, pero se encuentran principalmente en personas con inflamación aguda y crónica, como infecciones bacterianas graves. Dado que estas infecciones se observan comúnmente en pacientes con desplazados internos, es posible realizar granulaciones tóxicas en la PMN de estas personas (13). Síndrome de Chediac-Higashi: Esta es una enfermedad genética causada por mutaciones en el gen LYST que codifica una proteína importante en la función del citoesqueleto. En este IAV ESP se caracteriza por la presencia de lismos gigantes en PMN y otros glóbulos blancos (Figura 1). Estos cuerpos, que en PMN se generan mediante la fusión de pellets de peroxidasa positivos, se demuestran fácilmente mediante microscopía convencional, un elemento importante en el diagnóstico de esta enfermedad. Además, este IAV representa neutropenia, trombocitopenia, pérdida de la función de las células asesinas naturales y, en etapas posteriores, se puede observar pancitopenia (3, 4, 13, 24). Consulta del Dr. Aquí Vademecum GenfarConcluye EL ESP y los datos obtenidos de él deben ser mejor utilizados en la práctica clínica. Esta prueba básica, fácil de llevar y de bajo costo está disponible para todos los laboratorios clínicos y, si hay buena calidad en su preparación y análisis, permite la búsqueda, búsqueda y posterior pruebas de diversas enfermedades. ESP es una herramienta importante en la evaluación de un paciente con infección recurrente, ya que sus resultados cualitativos y cuantitativos son clave para la orientación diagnóstica inicial de los desplazados internos. Si bien esta prueba requiere compromiso y dedicación por parte de los laboratorios clínicos, su uso permite un mejor diagnóstico en el laboratorio y por lo tanto una mejor orientación clínica, un aspecto vital en el caso de los pacientes con desplazados internos. Porque las pruebas específicas para el diagnóstico IDPS son especialidades, toman un tiempo importante, no se la anónima en los laboratorios clínicos y existen pocas personas capacitada para su ejecuci'n, se debe la importancia del desarrollo de los métodos no específicas, en especial del ESP, comoramient. Ver mas Revista de Imnuoalergia, CLICK Azua Links Bibliograficas1. Nathan D, Orkin S. Nathan y hematología Oski infancia e infancia. Es: Grupp S, Abbas A. Inmunidad humoral y el desarrollo y regulación de las reacciones inmunitarias. 5o lugar en Toronto: V.B. Saunders Company, 1998:1023-1050.2. García de OD, Patinho PJ, Salgado H, Montoya CJ, López JA, Pérez JE. Eeuaión del paciente con inmunodeficiencia. Sandrom de infecci'n recurrente patol'gica. Medicina en el Laboratorio 1997, 7:545-575.3. Holland S, Gallin J. Evaluar a un paciente con infecciones bacterianas recurrentes. Anne Roar Honey 1998, 49:185-199.4. Comité Científico de la IUIS. Enfermedades primarias de inmunodeficiencia. Informe del Comité Científico de la IUIS. Exp Immunol 1999, 118 (suppl. 1):1-28.5. Carneiro-Sampaio M, Grumah A., Manissasajian A. Prueba de detección de laboratorio para el diagnóstico de niños con inmunodeficiencia primaria. J Invest Allergol Wedge Immunol 1991, 1:95-200.6. Lee R, Foerster J, Lukens J, Paraskevas F, Greer P, Rogers G. Hematología Clínica Wintrobe. 10 o. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins, 1998:1484.7. Houwen B. Preparación de película de sangre y procedimientos para colorear. Laboratorio de Hematol 2000, 6:1-7.8. Vélez H, Rojas W, Borrero J., Restrepo J. Hematología. Ru: Restrepo A. El Leikograma, Mieselofibrosis, Mononucleosis. 5o de la P.I. Medellín: CIB, 1998:126-135.9. Campuzano G. Semiología del hemograma. Laboratorios Al Dea 1995, 5:161-174.10. Beutler E, Koller B, Lichtman M, Kipps T, Seligson W. William hematología. 6o o.p. Nueva York: McGraw Hill, 2001:1941.11. Berman R, Kligman R, Jenson H. Nelson. Tratado de Pediatría. Es: Buckley R. El Sistema inscólito y sus transtornos. 16. Barcelona: McGraw Hill, Interamerican, 2000:645-706.12. Campuzano G. ESTUDIO del Paciente con neutropenia. Laboratorio Al Dea 1996, 6:11-28.Fuentes Bibliografikas13. Smith C, Miller D, Baehner R. Enfermedades de la Sangre en la infancia y la infancia. 17. Nueva York: Mosby, 1995:1041.14. Ochs HD, Smith C, Puck J. Enfermedad de Inmunodeficiencia Primaria. Enfoque genético molecular. Nueva York: Oxford University Press, 1999:501.15. Ginzberg H, Shin J, Ellis L. Síndrome de Schwakhman: manifestaciones fenotípicas de hermanos y casos aislados en una gran cohorte de pacientes son similares. J Pediatre 1999, 135:81-88.16. Aprikyan A, Liles W, Park J. Myelokathexis: Trastorno de neutropenia grave congénita caracterizado por apoptosis acelerada y expresión bcl-x defectuosa en precursores de neutrófilos. Sangre 2000, 135:320-327.17. Oten K., Frank M., Atkinson Samter Enfermedades Inmunológicas. Ru: Holanda S, Gallin J. Fagocyte Trastorno: Williams y Wilkins, 2001:329-349.18. MarkerT L, Hummell D, Rosenblat H. Síndrome de DiGeorge completo: La preservación de la inmunodeficiencia profunda. J. Pediatra 1998, 132:15-21.19. RidanpTM M, Eenennam H, Pelin K, Chadwick R, Johnson C, Yuan B. Las mutaciones en el componente de ARN de RNase MRP causan enfermedad pleiotrópica humana, hipoplasia cartilago-pelo. Celda 2001, 104:195-203.20. Snapper S, Rosen F. Proteína del Síndrome de Viscott-Aldrich (WASP): roles en la señalización y la organización de citoeskelet. Ann Rev Immunol 1999, 17:905-925.21. Defectos en el síndrome de células de sangre de Wiscott-Aldrich. Sangre 1996, 87:2621-2631.22. El nivel en plaquetas y linfocitos de pacientes con síndrome de Viscott-Aldrich se correlaciona con la disfunción celular. J Immunol 1999, 163:6314-6320.23. Campuzano G. Estudio de un paciente con trombocitopenia. Laboratorio al día 1995, 5:25-350.24. Brostoff J, Gris A, Macho D, ReutT I. Estudios Temáticos en Inmunología. Satélite de inmunología. En: Inmunodeficiencia. 5o de la P.I. Filadelfia: Mosby, 1998:13 - 30. CLINIC LABORATORY De Baja Complejidad Dr. Lorena Del Pilar Vega Castro Ex Jefa del Laboratorio Clínico MediCENTRO. Conozca nuestra Guía Práctica de Laboratorio Clínico para La Mesa Hemática - Pruebas de Coagulación - Uroanálisis - Coproanálisis - GEMATONIA Cosmroscopic Incluye el Estudio de Células Sangüíneas y Coagulación. Los cambios en uno o más componentes pueden conducir a enfermedades hematológicas, o pueden ser manifestaciones de otros procesos hematológicos. EXTRACCION DE SANGRE : La gran mayoría de los estudios hematológicos se llevan a cabo en sangre venosa. ANTICOAGOLANTS : Hay varios factores involucrados en el proceso de coagulación de la sangre. Los anticoagulantes son sustancias que impiden la formación de coágulos sanguíneos. Hay diferentes tipos de polvo o líquidos. El anticoagulante apropiado siempre debe seleccionarse de acuerdo con el estudio a realizar. Tres anticoagulantes ampliamente utilizados son: EDTA (ETILEN-DIAMINO-TETRA-TACH) : Es el anticoagulante preferido para la investigación celular y morfológica. HEPARINA : Se utiliza tanto en estudios convencionales como especializados. Su presentación puede incluir heparina con concentraciones de sodio o litio. La heparina de litio se utiliza comúnmente para la investigación química y la heparina sódica se utiliza para la investigación de linfocitos. CITRATE SODIUM : Típicamente en concentraciones de 3.8% y utilizado principalmente en estudios de coagulación. Hay varias empresas comerciales que producen diferentes presentaciones de muestras de recogida de tuberías. Son deseables de usar, ya que salvan el laboratorio con los anticoagulantes de la droga, que deben prepararse en concentraciones exactas. Si se utilizan tubos comerciales, se debe tomar para encontrar que su llenado es adecuado para vincular entre la sangre y el anticoagulante para ser Los tubos deben mezclarse inmediatamente tan pronto como haya entrado sangre en ellos. Invierta suavemente los tubos de 10 a 15 veces. Para conseguir mezclas homogéneas. Hematic Table es una de las pruebas de laboratorio más populares, incorporando numerosas pruebas o parámetros que proporcionan individualmente o juntos como resultado de un enorme valor para numerosos individuos clínicos. El tubo wintrobe se llena con agua pasteur y se coloca en el banco de modo que es completamente recto, observando en el momento en que los glóbulos rojos descendieron tanto, midiendo a esa distancia en la escala del tubo wintrobe la marca superior de la cual cero. Valores Normales : Varian dependiendo de la edad, el sexo y el método. Hombres menores de 50: 0 - 15 mm/hora Hombres mayores de 50 años: 0 - 20 mm/hora. Mujeres menores de 50 años : 0 - 25 mm/hora mujeres mayores de 50 años : 0 - 30 mm / hora Erythrosedimmentation es una prueba que detecta la fase de reaccionarios agudos : Desde un punto de vista clínico es muy incierto. Se incrementa en infecciones, enfermedades inflamatorias, autoinmunes y malignas, especialmente las dispracias de las células plasmáticas. La eritroes-ismation es especialmente útil en enfermedades reumatológicas, especialmente en artritis reumatoide, cuando se evalúa la artritis temporal y la polimialgia reumática pueden ser variaciones fisiológicas que deben tenerse en cuenta, ya que el HSH puede acelerarse en el caso de niños y ancianos, en las mujeres aumenta antes y después de la menstruación, durante el embarazo y puede aumentarse uno o dos meses después del parto, tomando anticonceptivos orales también puede acelerarse. HEMATOLOGIA TEAM : System 150 es un analizador semiautomático utilizado en el laboratorio cuantificando el número total de glóbulos blancos (WBC), el número total de glóbulos rojos (RBC), hemoglobina (HGB), hematocitos (HCT) y volumen corpuscular medio (MCV). En general, el sistema puede utilizar sangre anticoagulada (EDTA), ya sea venosa o capilar, la muestra se absorbe a través de un sistema de dilución automática (System 106), la punta debe limpiarse, asegúrese de que no queden burbujas de aire en la pipeta, dispensar en uno de los cubos de dilución, eliminar la última gota, esta dilución No.1. que puede durar mucho tiempo sin afectar los resultados, se mezcla y se chupa de ella para preparar la dilución No. 2, en esto vamos a definir RBC, HCT, MCV, recuerde que esta dilución terminada debe leerse hasta dos minutos. Se añaden tres (3) gotas de hemolyzer a la dilución N. 1 (HAEMA-LYSE 100) Usted debe mezclar la prueba de no espuma y dejarlo hasta que haya una lame de celda común durante unos 2 minutos, lea WBC, HGB. Tenga en cuenta que antes de utilizar el equipo debe leer las instrucciones para conocer su programación, lecturas, limpieza diaria y mantenimiento. HEMATOCRITO : Esto mide el porcentaje de sangre total ocupada por células sanguíneas o expresada de otro modo es el vínculo entre el volumen de glóbulos rojos y el de la sangre total. Valores normales : 44 - 62% Niños 1 año : 35% qf- 5 Niños 10 años : 37% qf- 5 Hombres : 40 - 54% mujeres : 36 - 47% Aumento en : Quemaduras, infección, intoxicación, policitemia, insuficiencia respiratoria crónica. Disminuir: Baja concentración de volumen globoso, anemia crónica, cirrosis del hígado, insuficiencia cardíaca, algo de hiperproteinemia. HEMOGLOBINA : Este es el componente principal de los glóbulos rojos, es una proteína conjugada que sirve como medio para transportar O2 y CO2. Aumento de la hemoconcentración, afecciones de choque, quemaduras, diarrea, vómitos y poliglobulina primaria. Disminuye en los casos de anemia. Valores normales : Recién nacidos, Cordón sanguíneo : 13.6 - 19.6 g/dl Niños 1 año : 11.2 dl Niños 10 años : 12.9 g/dl Hombres : 13.5 - 18.0 g/dl mujeres : 12.0 - 16.5 g/dl TOTAL LEUKOCYTE COUNT : Este es el número de leucocitos en sangre de 3 mm, sangre, enumera todos los tipos de células nucleadas en la sangre. Cabe señalar que esto incluye los glóbulos rojos nucleáticos, que después del informe deben ser descontados. No se ofrece un método manual de recuento diario de glóbulos blancos, pero debe estar disponible para confirmar los recuentos fuertemente leucopénicos y leucemia reportados por equipos semiautomáticos como método para ser utilizado en emergencias y como un procedimiento de control de calidad deficiente (y no recomendado) para el conteo automático. La fórmula para la corrección de glóbulos blancos cuando los normoblastos están presentes de la siguiente manera: No. Células blancas reales de sangre - Total de glóbulos blancos x mm3 X 100 100 (No. hematitas nucleadas / 100 glóbulos blancos) Número de células sanguíneas de nuclete por 100 glóbulos blancos derivados del conteo diferencial. El control de calidad de los glóbulos blancos se puede hacer en un frois de color wright con el objetivo de 100 X para observar las características de las diferentes células. Inbuen color de cualquier anomalía que se pueda encontrar, como pellets tóxicos, neutrófilos hiper-egmentes, en los glóbulos rojos, el tamaño de la característica (aniscitosis) debe tenerse en cuenta si prevalece la macrocitosis o la microcitosis, el contenido de hemoglobina (hipocroma o no), anomalías en la forma (poiquiostosis) y con el predominio de qué forma anormal, independientemente de si se observa policrofilia en cualquier cantidad. Las plaquetas deben notificarse si se produce o no la aniscitosis de plaquetas, la cantidad de plaquetas no debe hacerse a partir de frotis de sangre periférica, se deben utilizar métodos de conteo directo. CUENTA DE PLATELET : Este resultado es importante porque desempeñan un papel vital en la hemostasia. El método Utilizado es un método directo en el que el oxalato de amonio se utiliza al 1% 1,98 ml y 0,02 ml (20 landas) de la sangre anticoagululada con EDTA, se mezcla bien y permanece en silencio durante unos 10 minutos para garantizar la delgadez total de las células restantes, la cámara Neubauer instalada y dejada sola durante otros 10 minutos en una cámara húmeda para evitar que la muestra ya húmeda se seque. Se lee con el objetivo de 40 X recuento de plaquetas que se encuentra en el cuadrante rojo (CENTER), el resultado multiplicado por 1000. Valor normal : 150.000 - 450.000 / mm3 Disminución de : Radiación, cáncer, leucemia, mieloma, síndromes asociados con anemia y leucopenia, infecciones bacterianas, lupus mononucleosis, varicela, papeiras, megalo blastos y anemia aplásica, tratamiento con ciertos medicamentos. Se enrollan en leucemia mieloide crónica, enfermedades inflamatorias, feropenia. RECUESTO DE RETICULOCYTE : Se trata de glóbulos rojos inmaduros no nucleáticos que contienen ARN y que continúan sintetizando hemoglobina después de la pérdida del núcleo. Tres gotas de crema azul brillante y tres gotas de sangre se mezclan en el tubo, se incuban durante 15 minutos a 37 grados, dos se extienden en papel de aluminio y se tratan con una lente de 100 X. Se contaron alrededor de 1000 hemates y se sacaron los eritocitos promedio. Valor normal : Recién nacidos : Hasta 2.6% adultos : Hasta 2.0% Aumento de la anemia regenerativa, hemolíticos, sangrado interno o externo. Disminuyen contra la médula ósea irresponsable, como en la anemia por aplasia en

la leucemia. Cuando el hematocrito es bajo, el número total de riticulocitos debe corregirse de la siguiente manera: riticulocytes % de riticulocitos X Hto paciente / 45 (Perfect Hto)
PROTROMBINE TIME
Coagulation Tests (P.T o CVIC TIME) : Esto se define como el tiempo en segundos necesario para formar un coágulo después de la adición de calcio y plaquetas. La prueba mide la integridad de las vías externas de la coagulación de la sangre. La principal aplicación clínica de la prueba es el control de la anticoagulación oral con warfarinas. El plasma debe separarse de las células lo antes posible y almacenarse en el refrigerador si no se procesa inmediatamente, teniendo en cuenta que el tratamiento debe realizarse dentro de las cuatro horas siguientes a la toma de la muestra. El procesamiento se puede realizar manualmente o foto-ópticamente (RA-50).
Técnica : Incubar 0,2 ml de plasma a 37 grados, añadir 0,2 ml de mezcla de simplate y tiempo, hasta la formación de hebras de fibrina.
Valor de referencia : De 10 13 segundos, en recién nacidos es más, y sólo a partir de seis meses el resultado es similar a los adultos.
Hay tres maneras de notificar los resultados en cuestión de segundos, como causa y como índice.
En segundos : Se expresa en segundos y se compara con el resultado, también en segundos de control que pueden ser una persona normal, o preferiblemente plasma normal obtenido comercialmente. Esta forma de informe se utiliza cuando la prueba es tamiz.
Como causa : Se expresa como un producto de dividir el valor por segundos del tiempo de protrombina del paciente por tiempo de control-protrombin. El valor de referencia oscila entre 0,8 y 1,2.
Como índice: Debido a la variabilidad de la tromboplastina y los instrumentos, es imposible comparar los resultados del tiempo de protrombina, de un laboratorio a otro, cuando el informe se utiliza en cuestión de segundos o por una razón. Para evitar este problema, la Organización Mundial de la Salud ha establecido un INR, que se deriva de un índice de sensibilidad internacional conocido como ISI, que cada lote de reactivos de acuerdo con la norma internacional.
INR (Patient Protrombin Time)
Isi (Management Protrombin Time)
Valor
necoagulante durante 20 segundos en personas sin anticoagulación es crucial, y en las personas anticoagulantes el valor es tres veces el valor de referencia.
Tiempo DE THROMBOPLASTIN PARCIAL
activado (KPTT, PTT, APTT)
Se define como el tiempo en segundos necesario para formar coágulos después de la adición de calcio y fosfolípidos al plasma plaquetario.
TTP mide la integridad de la vía de coagulación interna, también alargada en coagulación intravascular común, disfibrinogenemia, apheririnogrenemia, enfermedad hepática grave, deficiencia de vitamina K, también utilizada en el control de la anticoagulación con heparina. Su procesamiento se realiza manualmente o foto-óptico (Ra-5)
Técnica : Incubación para 2 min.
Reactivo, añadir 0,1 mil plasma, incubar durante 5 minutos, añadir cloruro de calcio 0,1 mil veces antes de la formación de coagulo.
Valor de referencia: 25 - 39 segundos con una diferencia de no más de 10 segundos con control.
En los recién nacidos es más largo y sólo a partir de seis meses el resultado es similar al de los adultos.
El valor se considera crítico cuando el resultado supera los 70 segundos.
PTT reemplaza el tiempo de coagulación, que actualmente no tiene utilidad clínica.
Las muestras de orina de uroálisis son una biopsia líquida de tejidos del tracto urinario, recogida sin dolor para la recepción de información rápida y económica.
Recogida de muestras : La muestra se recoge generalmente por micción espontánea, tenga en cuenta que debe recogerse la primera mañana, el paciente debe ponerse de pie, muy bien limpiar los genitales y en un recipiente estéril para recoger la micción intermedia. Recientemente se utilizó el estudio de orina fraccionada parcial, que consiste en pedir al paciente que recoja la primera orina por la mañana fraccionalmente en tres muestras que deben llegar al laboratorio correctamente marcadas : Facción I, II, III. Este tipo de prueba es principalmente para eliminar el hematoma. Cuando la hemoglobina ocurre en la fracción I indica sangrado a nivel de uretra, si hay hemoglobina en las tres fracciones el sangrado está a nivel de los riñones, pero si sólo la hemoglobina está en la muestra III el sangrado está a nivel de la vejiga.
Inspección física : Apariencia : Esto se considera un aspecto transparente normal, pero se lleva a un aspecto ligeramente turbio, ya que puede estar relacionado con la contaminación. La aparición de orina turbia ya se considera anormal, puede deberse a la presencia de glóbulos blancos, glóbulos rojos, bacterias, cristales, grasa (por obstrucción de los ganglios linfáticos).
Color : En condiciones normales, el color de la orina va del amarillo al ámbar. Se pueden encontrar colores anormales debido a la presencia de elementos anormales en la orina sangre, medicamentos, alimentos y otros pigmentos.
La orina incolora conocida como **HIDRURICA** característica de la diabetes insimida ocurre cuando la baja producción de la hormona antidiurética.
Rosa o rojo : Presentado mayor presencia de urobilinógeno, porfobilinogeno.
Azul : Después de los procesos quirúrgicos.
Amarillo intenso : pigmentos biliares.
Negro : Melanoma producido por melanina.
pH : Este es un reflejo de la capacidad de los riñones para mantener una concentración normal de hidrogenión. El pH normal oscila entre 5,5 y 6,5.
Efecto en el régimen dietético de cada paciente.
En la alcalise metabólica y respiratoria, se produce orina alcalina, mientras que la acidosis liberará la orina ácida.
Densidad : Esto varía en razón directa de la cantidad de sólidos, principalmente cloruros, urea, sulfatos, densidad normal varía de 1015 a 1025.
Examen químico : **Proteínas** : Se pueden encontrar varios tipos de proteínas, pero la más importante es la albúmina. Hay proteinurias llamadas fisiológicas, asociadas con la fiebre, exposición al frío, estrés emocional, ejercicio intenso.
Hemoglobina : Es una proteína sanguínea que no debe encontrarse en la orina normal, su presencia puede ser causada por procesos hemolíticos, sustancias tóxicas, transfusiones de accidentes, quemaduras, etc. fisiológicamente puede ocurrir durante el ejercicio intenso.
La presencia de hemoglobina y ambas proteínas altas indica la presencia de daño glomerular.
Glucosa : En condiciones normales, las cantidades no detectables se eliminan por la orina por métodos convencionales, cuando los niveles de glucosa superan el umbral de los riñones (180 mg/dL) detectados.
La glucosuria ocurre en el síndrome de cushing.
Cetonas : Cuando el metabolismo hepático se acelera debido a la falta de glucocicidas, exceso de grasa o diabetes, cuerpos cetónicos aparecen en abundancia en la orina y la sangre.
La prueba se basa en la reacción del ácido acetoacceico con nitraprusiato. El aumento de la presencia de cetonas y glucosa se produce en la acidosis diabética.
Bilirrubina y urobilinógeno : Bilirrubina es un producto resultante del colapso de la hemoglobina. Generalmente no se encuentra, su eliminación es causada por la ictericia intra-instructiva y aguda o extrahepática crónica, cirrosis del hígado. En la bilirrubina de colestasa con aumentos normales de urobilinógeno, en la ictericia hepática aumenta menos la bilirrubina que en la colestasa con urobilinógeno mayor o normal, en la ictericia causada por la anemia hemolítica, hay una bilirrubina normal con aumento de urobilógeno.
Nitritos : Necesitan ser probados en orina recién emitida para que su valor tenga algún valor clínico.
Examen microscópico : El examen microscópico de los depósitos urinarios no sólo muestra enfermedad renal, sino que también indica el tipo de lesión presente.
Leucocitos : Mostrar skinonefritis, también se encuentra en enfermedades autoinmunes, lesiones renales o infecciones vías urinarias. Es necesario tener en cuenta si la muestra está contaminada principalmente en mujeres en este caso el informe de laboratorio debe notificarse como : Contaminación vaginal, continúa recogiendo una nueva muestra antes de la atención y la micción media.
Hemacia : Indicar sangrado a nivel del tracto urinario. Cabe descubrir si los hemats están intactos los que son hematurias bajas, crentinas que se observan en la orina hipertensa, hematios dimórficos que indican hematuria glomerular.
Células epiteliales : Algunas células se pueden encontrar en la orina como resultado del desprendimiento normal de células envejecidas. Un aumento notable puede indicar inflamación del conducto del tracto urinario.
Células epiteliales redondas llenas de grasa corporal ovalada que se observan en jade debido a la pérdida de proteínas.
Cilindros : Se forman a la luz de los tubérculos renales cuando las proteínas se depositan causando el gel.
Cilindros de Hjalín : Son homogéneos y transparentemente incoloros, se observan en deshidratación y enfermedad renal, se observan en condiciones normales.
Células rojas: Estos cilindros, en los que los glóbulos rojos son visibles, indican lesiones glomerulares.
Cilindros hemáticos : Menos glóbulos rojos han visto hemoglobina, son cilindros que se observan microscópicamente en rojo. También indican una lesión glomerular.
Cilndros epiteliales : Observados en necrosis tubular.
Cilindros de leucocitos : Observados en infecciones renales y procesos inflamatorios de causas no transmisibles.
Cilindros de cereales : Observados en enfermedad renal significativa, también se observan después de un ejercicio intenso.
Cilindros Ceres : Se observan en infección renal crónica, hipertensión, nefropatía, inflamación y degeneración tubular, alto éxtasis del tracto urinario.
Cristales : No tienen mayor valor clínico, sólo en casos de trastornos metabólicos, su presencia debe estar correlacionada con hábitos alimenticios. Se forman cuando la orina después de la recolección permanece descontrolada durante mucho tiempo, por lo que son importantes cuando se observan en la orina recién emitida. Se ha observado que su formación tiene una correlación genética para formarlos.
Cristales de mezcla de ácido : ácido urinario : Se encuentra en gota, estados de fiebre y litio. Microscópicamente parecen sedimentos rosados.
Uratos amorfos : Observado en estados de sudoración profunda, enfermedades febriles.
El ácido hipouránico : No tienen significado clínico.
Cistina : Se observan en cálculos renales, solubles en ácido salírico e insolubles en ácido acético.
Tirosina : Aparecen en enfermedades hepáticas graves, formas graves de tifoidea y leucemia.
Leucina : En enfermedad hepática grave.
Cristales de orina alcalina : Fosfato triple : En cistitis crónica, retención de orina.
Fosfatos amorfos : En trastornos metabólicos, osteopatía.
Uratos de amonio : Son anormales sólo si se encuentran en la orina recién emitida.
Otro : **Setas**: Se observan infecciones del tracto urinario, especialmente en pacientes diabéticos, pero pueden estar presentes por la contaminación de la piel o la orina vaginal.
Esperma : Informaron cuando se trata de muestras masculinas su altura indica un cambio en los órganos reproductivos. El moco aumenta en los procesos inflamatorios o la irritación del tracto urinario.
Parásitos : Observados debido a la contaminación fecal.
CLINITEK 50
Antes de empezar a utilizar el equipo por primera vez, debe leer las instrucciones para entender cómo funciona, se recopila, cómo colocar el papel en la impresora.
Procedimiento : Antes del día del análisis, compruebe que la tira de análisis de la bandeja está limpia. La muestra de orina debe ser fresca, bien mezclada y no centrifugada.
Sumerja completamente la tira reactiva, asegurando que todas las áreas de chorro se hayan humedecido.
Retire inmediatamente la tira reactiva de la muestra de orina moviendo el borde sobre el borde del recipiente para eliminar el exceso de orina. Al mismo tiempo, haga clic en Inicio.
Seque la tira, tocando sus bordes con una toalla de papel seca.
Coloque la tira en el canal de la bandeja para analizar la tira con las áreas de chorro hacia arriba.
Deslice la tira a lo largo de la bandeja hasta que toque el extremo del canal. La tira debe colocarse mientras el mensaje se muestra en la pantalla y se muestra la barra, que aparecerá en 10 segundos.
La bandeja se inserta automáticamente en la máquina de análisis.
Coproanálisis
El diagnóstico final en la mayoría de las infecciones intestinales parasitarias de una persona se basa generalmente en la demostración de parásitos y óvulos en heces.
Recogida de muestras : Se debe recoger en un recipiente limpio, se debe tener cuidado de no mezclar con orina, rechazar a los pacientes, tratamiento con bismuto y baño.
Las muestras resultantes deben enviarse rápidamente al laboratorio, especialmente si son líquidas o semi-líquidas, ya que los trozos de los más simples pierden movilidad y mueren poco después de enfriarse.
Examen físico : **Color** : Por lo general, las heces son marrones en intensidad variable, este color debido a la presencia de urobilin, varía dependiendo de la ingesta de alimentos y medicamentos.
Olor : Sustancias aromáticas de desaminación y descarboxiling de las bacterias triptófano son las que dan a las heces un olor característico.
Consistencia : Por lo general, la silla es suave pero moldeada. Las heces extremadamente duras se observan en el estreñimiento y los líquidos por limpieza, o por causas que causan diarrea. Esta consistencia puede ser: líquida, suave o dura.
Apariencia : Hay varios aspectos como: Diarreico, cremoso, viscoso, granulado, pastoso, cabra.
Reacción : La reacción y el pH de las heces dependen de la dieta.
Estudio microscópico: Las diapositivas se colocan dos gotas, en el lado izquierdo de la solución salina y en el prado derecho, luego una muestra de heces tomadas con un palo, hay que elegir una parte que tiene elementos anormales como sangre, moco, etc., y por otro lado, de modo que hay una muestra representativa, homogeneizada en la hoja primero en la solución salina, y luego en el lugar en ella colocó las tapas del objeto.
La suspensión no debe ser demasiado gruesa, pero tampoco muy delgada.
Residuos alimentarios : Fibras musculares : Se presentan en forma de cilindros con estrías longitudinales y transversales.
Grasas neutrales : Aparecen como esferas refrigeradas de diferentes tamaños.
ácidos grasos : Se observan como agujas incoloras.
Almidones : Tienen formas irregulares y son refractivos cuando se añaden a la pradera.
Fibras vegetales : Se caracterizan por una doble pared, contienen clorofila y tienen un canal central muy notable.
Irritación de productos delgados : **Moco** : Observado en cualquier patología.
Células rojas : Su abstincencia indica una lesión en la parte inferior del sistema digestivo.
Células epiteliales : Indican irritabilidad excesiva.
Bacterias : No tienen valor clínico.
Leucocitos : Si hay una gran cantidad apunta a irritación bacteriana.
Cristales de Charcot-leyden Parecen diamantes alargados.
Examen parasitológico : **Nematodo** : - **Ascaris lumbricoides** : Los huevos se observan medidas de aproximadamente 45-75 x 30-50 mm, es una célula rodeada de tres capas, producen una patología de dolor abdominal y desnutrición.
Tricocefalia : El huevo mide 50-55 x 22-25 mm
Tiene la forma de un balón de fútbol, produce anemia intensa, dolor abdominal, prolapso rectal ocasional.
Uncinarias : Tienen una forma elíptica, cubierta con una membrana lisa, transparente y delgada, medidas de 60 - 40 x mm producen anemia.
Strongiloids stercoralis : Se observan larvas.
Provoca diarrea, vómitos, desnutrición.
Enterobium vermicular : Huevos de huevo con cara convexa y plana, tiene una membrana interna y delicada y otra gruesa lillylina y melón, midiendo 50-60 x 20-30 mm.
Produce picazón en la zona perianal, insomnio, cambios de comportamiento.
Taya : Los huevos miden 20-30 x 30-40 mm, son huevos con una membrana amarillento gruesa que es acanalada en forma de palisade y encierra el embrión de seis pequeños ganchos visibles.
Causa trastornos nerviosos.
Hymenolepis nana : Huevos, mide aproximadamente 50 mm tiene una membrana interna y una membrana externa, también puede causar trastornos nerviosos.
Protozoa : - **Entamoeba histolítica** : Los quistes se observan para medir aproximadamente. Se observa 20 mm con cuatro núcleos. Puede provocar lesiones en el revestimiento de los intestinos.
Entamoeba coli : Tienen quistes más grandes que el de histolito, tiene más de cuatro núcleos. Se considera un cono no patógeno.
Endolimax nana : Los quistes son una medida ovalada de 6 - 10 mm presentes de uno a cuatro núcleos.
Iodameb b'tsylii : Su quiste era debido a la presencia de vacuola de yodo, no es una ameba patógena.
Guardia lamblia : Esta ameba es en forma de pera lateral simétrica, con un extremo ancho y redondeado, el quiste tiene cuatro núcleos y dos cuerpos parabasales, produce diarrea amarillenta y vómitos. El valor coproscopico depende de la rapidez con la que se examina la muestra, por lo que es importante procesar las heces recién evacuadas. El coproscopico incluye además del examen coprológico los siguientes parámetros:
pH : se utiliza una tira de indicador de papel universal en la que se aplica una pequeña cantidad de heces, se espera unos minutos y se compara con el esquema de color.
Reducción de azúcar : Realizado con comprimidos Clinitest que reaccionan con suficiente de cualquier sustancia de reducción de heces como glucosa, lactosa, sacarosa, maltosa, etc.
- PH y azúcar
reducida son de gran importancia en la diarrea infantil, especialmente cuando hay una intolerancia a los carbohidratos o mala absorción de la misma.
- Número de glóbulos blancos : Cabe señalar cuántos se encuentran en el campo, principalmente indican una infección bacteriana. Si hay más de 10 glóbulos blancos en el campo, la lámina se hace y se pinta con wright, se produce una cantidad diferencial, y si los neutrófilos (polimor nucleares) son más grandes, la infección es causada por bacterias si ya no hay un tipo segmentado de infección.
Colorear para Coccidias : - **Cryptosporidium paridum** : Esto se hace cuando se encuentra levadura de heces frescas. Se incluyeron en el examen cooperativo porque participaban principalmente en la diarrea en niños, así como en personas con inmunodeficiencia (SIDA). Se caracterizan por diarrea de agua prolongada con moco, pero sin sangre blanca o sangre, producen una deshidratación rápida. La extensión de las heces se hace a partir de una parte de la muestra que contiene moco, modificado o actual se produce colorante zeeln neelsen.
Los coccidias se toman el rojo. Aunque Cryptosporidium paridum es más a menudo para ser distinguido de otros coccidias, que se pueden encontrar como cyclospora cayatensis ya que el tratamiento es muy diferente para todos.
El tratamiento del ciclospor es un sulfito de trimeoprito, mientras que para cryptosporium es azitromicina.
La ciclospora microscópica es más grande que Cryptosporidium. (se debe utilizar el micrómetro).
Isospora belli : Difícil de diagnosticar, debe ser responsable de una forma de enteritis similar a la producida por giardia.
Mide aproximadamente 12-15 x 6 - 7 micras. Se caracteriza por eso con colorante qN.
Hay esporoblasto.
Blastocistis hominis : Se considera un tipo de parásito actualmente clasificado como otro tipo de coccidia, se caracteriza por la presencia de una gran vacuola en el centro y el núcleo en la periferia puede medir de 10 a 60 micras.
Ver mejor si usted hace colorear con azul de metileno loeffler.
El tratamiento se administra cuando no hay otra patología y no se administra tratamiento. Se utiliza metronidazol (cáncer).
Reportado: Coloración para Coccidias : Positivo o negativo, oocitos de Cryptosporidium, ciclospora, etc.
observados, escasos, moderados o abundantes.
Aviso de derechos de autor© MED-INFORMATICA© EDITORES? Todos los derechos reservados
La información publicada aquí refleja la opinión de los autores. Se presenta como un servicio a los proveedores de atención médica y sus pacientes, pero en ningún caso está diseñado para ofrecer tratamiento o hacerse pasar por una relación médico-paciente. Ni MED-INFORMATICA© EDITORES ni sus funcionarios pueden asumir ninguna responsabilidad por el uso indebido de la información publicada en estas páginas.
Páginas.

[normal_5f8708aaf1d47.pdf](#)
[normal_5f8782f44383a.pdf](#)
[normal_5f875f4653c66.pdf](#)
[elements_& macromolecules in organisms worksheet answers](#)
[tableau server administrator vs site administrator](#)
[plant vs zombies 1 mod apk unlimited everything 2017](#)
[rsd tyler hotseat at home mastermind](#)
[frog on lily pad tattoo](#)
[pdf annotation app apple pencil](#)
[cours anglais bac maroc pdf](#)
[simple java tutorial for beginners pdf](#)
[bursary application letter sample pdf](#)
[que es la linea en el arte](#)
[hyperion launcher pro apk onhax](#)
[organic chemistry exams and answers](#)
[agility program pdf](#)
[normal_5f873651ef2df.pdf](#)
[normal_5f8773e66ca75.pdf](#)
[normal_5f8798e228782.pdf](#)
[normal_5f8768759b577.pdf](#)
[normal_5f87592bbd16c.pdf](#)