

Nombre de alumno: Fátima
Montserrat Cruz Hernández

Nombre del profesor: Fernando
Romero Peralta

Nombre del trabajo: Actividades

Materia: Fisiopatología

Grado: Cuarto

Grupo:

PASIÓN POR EDUCAR

FISIOPATOLOGIA	3
<u>1.-</u> SUPERNOTA.....	3
<u>1.1</u> SISTEMA SOMATOSENSORIAL	3
<u>2.-</u> ENSAYO.....	5
<u>2.1</u> ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	5
<u>3.-</u> MAPA CONCEPTUAL.....	7
<u>4.-</u> RESUMEN.....	8
<u>4.1</u> COMA.....	8
<u>4.2</u> EPILEPSIA	9
<u>4.3</u> ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	11
<u>4.4</u> TRAUMATISMO	14
<u>4.5</u> INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	15
<u>5.-</u> PREGUNTAS.....	17

FISIOPATOLOGIA

SUPERNOTA

SISTEMA SOMATOSENSORIAL

La corteza somatosensorial es la que nos brinda la consciencia de nuestro cuerpo, gracias a ella sabemos de nuestra posición y postura corporales, de cómo está la piel, las articulaciones, los miembros y el tronco. En principio, en nuestro cerebro no hay mapas sensoriales para las estructuras más profundas, como las vísceras, discos intervertebrales, cuerpos vertebrales, huesos, musculatura profunda, etc. Cuanto más piensas en ello, más borrosos parecen ser nuestros cuerpos. No obstante, cuando estas zonas profundas presentan una lesión, infección o patología, el cerebro puede producir nuevos mapas y los trae al consciente. Con el entrenamiento, pasa lo mismo, la gente más entrenada puede llegar a ser consciente de sus órganos internos y actividad, de su musculatura profunda, etc.

El sistema somatosensorial está ubicado en el cerebro como si fuera una diadema. El sistema se activa cuando una neurona sensorial es impulsada por algún estímulo específico, como el calor; esta neurona pasa a un área del cerebro especialmente atribuida al área del cuerpo que ha recibido el estímulo. El sistema somatosensorial se extiende a través de todas las regiones importantes del cuerpo del mamífero (y otros vertebrados). Se compone de receptores sensoriales y neuronas sensoriales (aférentes) en la periferia (piel, músculo y órganos), hasta neuronas más profundas dentro del sistema nervioso central.

El proceso de «somatosensación» se inicia con la activación de un «receptor» físico. Estos receptores somatosensoriales yacen en la piel, órganos y músculos. La estructura de estos receptores es muy similar en todos los casos, consistiendo en terminaciones nerviosas libres o almacenadas en cápsulas especiales. Pueden ser activadas por movimiento (mecanoreceptor), presión (mecanoreceptor), estímulos químicos (quimiorreceptor), y/o temperatura. La activación también surge por medio de vibraciones generadas por roces, p.ej un dedo recorriendo una superficie. De esta forma podemos sentir aquellas texturas delicadas en las cuales la escala espacial es menor a 200 μm . Tales vibraciones son del orden de 250Hz, lo cual constituye la sensibilidad de frecuencia óptima en los corpúsculos de Pacini. En cada caso, el principio general de activación es similar; el estímulo causa depolarización en el extremo del nervio y luego

una acción potencial es iniciada. En tanto ésta (usualmente) viaja desde adentro hacia la médula.

Las zonas de la corteza somatosensorial que pertenecen a la propiocepción, presión, temperatura y dolor se encuentran adyacentes. Si hay un input (estímulo entrante) que prevalece sobre los otros, por ejemplo el dolor sobre los demás, los circuitos de procesamiento de dolor quieren más espacio y como los de presión, movimiento, temperatura, etc., pueden no estar haciendo nada, pueden acabar ocupando ese lugar.

Comprende un complejo del organismo que consiste en centros de recepción y proceso, cuya función es producir modalidades de estímulo tales como el tacto, la temperatura, la propiocepción (posición del cuerpo) y la nocicepción (nociceptores: informan de peligro, no de dolor). Los receptores sensoriales actúan en la piel, el epitelio, el músculo esquelético, los huesos y articulaciones, órganos internos y el sistema cardiovascular. Mientras que el tacto es considerado uno de los cinco sentidos tradicionales, la impresión del tacto está formada por varias modalidades. En medicina, el término coloquial “tacto” es usualmente reemplazado por “sentidos somáticos”, con el objeto de reflejar en forma apropiada la variedad de mecanismos involucrados.

Los principales tipos de enfermedades neuromusculares;

- ❖ Distrofias musculares
- ❖ Miopías distales
- ❖ Miopías congénitas
- ❖ Distrofia miotónica de Steinert
- ❖ Miotonias congénitas
- ❖ Parálisis periódicas familiares
- ❖ Enfermedades musculares inflamatorias
- ❖ Miositis osificante progresiva
- ❖ Miopatías metabólicas
- ❖ Enfermedades de la unión neuromuscular
- ❖ Amiotrofias espinales
- ❖ Neuropatías hereditarias

El sistema reacciona a los estímulos usando diferentes receptores: termorreceptores, mecanorreceptores y quimiorreceptores. La transmisión de información desde los receptores pasa por vía de los nervios sensoriales a través de tractos en la médula espinal y en el cerebro.

ENSAYO

ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

INTRODUCCION

Las enfermedades neuromusculares, son en su mayoría de origen genético, que provocan la pérdida de fuerza muscular y la degeneración del conjunto de los músculos y nervios que la controlan. Quienes las padecen sufren una discapacidad progresiva y pierden poco a poco la posibilidad de moverse por sí solos, generando una dependencia total de una tercera persona (familiar, cuidador, etc.). Se consideran un conjunto de más de 150 afecciones neurológicas, progresivas y crónicas.

CONTENIDO

Este tipo de enfermedades no tiene cura y los tratamientos solo apuntan a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Si bien se pueden manifestar a cualquier edad, más de la mitad de los casos aparece durante la infancia. Las ENM pueden ser de origen genético (miopatías congénitas, distrofia muscular de Duchenne, atrofia muscular espinal, etc.) o adquirido (autoinmunes como la miastenia gravis, infecciosas como la poliomielitis o tóxicas como el botulismo). Básicamente, una enfermedad neuromuscular afecta a algún componente de la “unidad motora”: por ejemplo.

Músculo: distrofias musculares (distrofia muscular de Duchenne), miopatías congénitas, miotonías y enfermedades metabólicas que afectan al músculo. Unión neuromuscular (donde se une el nervio con el músculo): miastenia gravis, la más común. Terminaciones nerviosas que salen de la médula espinal a lo largo de la columna vertebral. Nervio periférico (en brazos, piernas, cuello y cara): hay formas genéticas (por ejemplo, el síndrome de Charcot-Marie-Tooth) y adquiridas (síndrome de Guillain Barré). Motoneurona espinal (células nerviosas que controlan la acción de los músculos): la atrofia muscular espinal es la más común.

Muchas de las 150 patologías que conforman las enfermedades neuromusculares son consideradas raras por su baja prevalencia e incidencia. Las enfermedades neuromusculares más frecuentes son la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la miastenia y las distrofias musculares.

En esta patología el síntoma más notorio tiene relación con la disminución del tono muscular (hipotonía), que se manifiesta con la dificultad de caminar, de moverse y de agarrar objetos, entre otros. Se puede producir una “atrofia” (pérdida de volumen de la masa muscular) o una “hipertrofia” (aumento del volumen del músculo). Los síntomas pueden aparecer a diferentes edades, desde el nacimiento a la edad adulta. Su inicio puede ser agudo cuando la causa es una infección o inflamación. En muchos casos, por ejemplo, en la esclerosis múltiple, puede ocurrir que se produzca la enfermedad y que no evolucione a lo largo de los años hasta que más adelante los síntomas se agudicen.

CONCLUSION

Aunque no existen tratamientos que curen las ENM, sino que la mayoría se orientan a evitar dolores, contracturas y deformidades, así como a mantener la función motora estable el mayor tiempo posible. También es necesario cuidar la función respiratoria y el estado nutricional. Además, como la mitad de los afectados presenta un Grado III de Dependencia, necesitan ayuda y apoyo de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana por su pérdida total de autonomía. Aunque se están produciendo avances importantes gracias a la investigación, de momento los tratamientos existentes están orientados a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. El tratamiento consiste en la administración de corticoides, inmunosupresores (para contrarrestar a los anticuerpos), enzimas que faltan o incluso terapia génica.

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

¿QUÉ ES?

Es una estructura extraordinariamente compleja que recoge millones de estímulos por segundo que procesa y memoriza continuamente, adaptando las respuestas del cuerpo a las condiciones internas o externas.

FISIOPATOLOGIA

CONCIENCIA

- ❖ Pleno conocimiento de sí mismo y del medio que lo rodea
- ❖ Contenido funciones mentales superiores
- ❖ reactividad

ALTERACIONES PARCIALES DE LA CONCIENCIA

OBNULACION

Alteración de funciones mentales superiores, principalmente atención y sensopercepción.

CONFUSION

Alteración de funciones mentales superiores, principalmente ideación y asociación de ideas

DELIRIUM

Desconocimiento del mundo exterior vivencia de lo interior como global. Predominan las alucinaciones e ilusiones.

COMA

Verdadero estado de inconciencia, alteración del contenido y la reactividad.

ESTADO VEGETATIVO

- ❖ ALTERACION EN LA AFERENTIZACION
- ❖ MIRA PERO NO VE, OYE PERO NO ESCUCHA.
- ❖ SINONIMIAS: COMA VIGIL, SINDROME APALICO, MUTISMO AQUINETICO.

MUERTE CEREBRAL

- ❖ Paro respiratorio
- ❖ Ausencia de reflejos de tronco cerebral
- ❖ Test de atropina negativo
- ❖ EEG plano en 2 determinaciones con 6 horas de diferencia
- ❖ PEA ausencia de ondas II a V
- ❖ Angiografías de los 4 vasos del cuello

RESUMEN

COMA

El coma es un estado profundo de inconsciencia. Una persona en coma está viva pero incapaz de moverse o responder a su entorno. El estado de coma se puede presentar como una complicación de una enfermedad subyacente o como resultado de lesiones, tales como traumatismo de cráneo.

El estado de coma rara vez dura más de 2 a 4 semanas. El resultado depende de la causa, la severidad y sitio de la lesión. La gente puede salir de un coma con problemas físicos, intelectuales y psicológicos. Algunas personas pueden permanecer en coma durante años o incluso décadas. Para esa gente, la causa de muerte más común es una infección, como una neumonía.

Presenta depresión profunda de la conciencia, con la boca entreabierta, por lo que a veces se deslizan algunas secreciones, o la mantiene cerrada, sus ojos están cerrados, ante excitaciones muy intensa el enfermo puede responder con algún monosílabo o una excitación. Existe pérdida de la motilidad, sensibilidad, pero se conservan las funciones vegetativas, aunque a veces con alteraciones.

Coma carus: es un grado mayor que al anterior. El paciente yace inerte, con la boca entreabierta. Es sensible a todo estímulo. No podemos comunicarnos con él.

Coma sobrepasado: la sobrevivencia del paciente solo se mantiene mientras se aplican técnicas de reanimación. Todo está abolido, acabado, incluso las funciones vegetativas.

Tipos de coma

Coma ligero: El paciente presenta afectación de la conciencia en un grado más avanzado que en el estupor profundo. Pierde el control de esfínteres y existen muy pocos cambios respiratorios en relación al estupor profundo.

Coma moderado: Todas las funciones se afectan más (conciencia-motilidad-sensibilidad); vemos que el paciente tiene menos actividad motora que en el coma ligero; los trastornos respiratorios son más acentuados (ya hay polipnea, Cheyne-stokes y presenta trastornos ventilatorios de importancia). No hay

control de esfínteres aunque hay respuesta a estímulos dolorosos. Hay reflejo corneal y actividad fotomotora adecuada.

Coma profundo: Estado donde el paciente no responde a ningún estímulo: reflejo corneal abolido, pupilas inactivas. Hay trastornos respiratorios muy severos, con apneas prolongadas, elementos bulboplégicos, aumento de la TA, arritmias cardiacas, etc.

Existe un cuadro, el coma sobrepasado, donde hay paro respiratorio, pupilas fijas y dilatadas, actividad cardiaca muy comprometida, tA baja, arreflexia vestibular, elementos todos que justifican el diagnóstico de "muerte cerebral"

EPILEPSIA

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central (neurológico) en el que la actividad cerebral se vuelve anormal, lo que provoca convulsiones o períodos de comportamientos o sensaciones inusuales y, a veces, pérdida de conciencia.

Cualquier persona puede desarrollar epilepsia. La epilepsia afecta tanto a hombres como a mujeres de todas las razas, orígenes étnicos y edades.

Los síntomas de las convulsiones pueden variar ampliamente. Algunas personas con epilepsia simplemente miran de manera fija por unos segundos durante una convulsión, mientras que otras mueven repetidamente los brazos o las piernas. Tener una sola convulsión no significa que padezcas epilepsia. Por lo general, se requieren al menos dos convulsiones no provocadas para determinar un diagnóstico de epilepsia.

El tratamiento con medicamentos o, en ocasiones, la cirugía pueden controlar las convulsiones en la mayoría de las personas que tienen epilepsia. Algunas personas requieren tratamiento de por vida para controlar las convulsiones, sin embargo, en otros casos, las convulsiones eventualmente desaparecen. Algunos niños con epilepsia pueden superar la enfermedad con la edad.

Debido a que la epilepsia se produce a causa de la actividad anormal del cerebro, las convulsiones pueden afectar cualquier proceso que este coordine. Algunos de los signos y síntomas de convulsiones son:

Confusión temporal

Episodios de ausencias

Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas

Pérdida del conocimiento o conciencia

Síntomas psíquicos, como miedo, ansiedad o déjà vu

Los síntomas varían según el tipo de convulsión. En la mayoría de los casos, una persona con epilepsia tenderá a tener el mismo tipo de convulsión en cada episodio, de modo que los síntomas serán similares entre un episodio y otro.

Generalmente, los médicos clasifican a las convulsiones como focales o generalizadas, en función de cómo comienza la actividad cerebral anormal.

La epilepsia no tiene una causa identificable en aproximadamente la mitad de las personas que tienen esta enfermedad. En la otra mitad, la enfermedad puede atribuirse a varios factores, incluidos los siguientes:

Influencia genética. Algunos tipos de epilepsia, que se clasifican por el tipo de convulsión que experimentas o la parte del cerebro que se ve afectada, son hereditarios. En estos casos, es posible que haya una influencia genética.

Los investigadores han relacionado algunos tipos de epilepsia con genes específicos, pero para la mayoría de las personas, los genes son solo una parte de la causa de la epilepsia. Ciertos genes pueden hacer que una persona sea más sensible a las condiciones ambientales que desencadenan convulsiones.

Traumatismo de cráneo. El traumatismo de cráneo como resultado de un accidente automovilístico u otra lesión traumática puede causar epilepsia.

Enfermedades cerebrales. Las enfermedades cerebrales que causan daño al cerebro, como tumores cerebrales o accidentes cerebrovasculares, pueden causar epilepsia. El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de epilepsia en adultos mayores de 35 años.

Existen ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir epilepsia, como los siguientes:

Edad. La aparición de la epilepsia es más frecuente en niños y adultos mayores, pero la enfermedad puede ocurrir en cualquier edad.

Antecedentes familiares. Si tienes antecedentes familiares de epilepsia, es posible que tengas un mayor riesgo de desarrollar un trastorno convulsivo.

Lesiones en la cabeza. Las lesiones en la cabeza son responsables de algunos casos de epilepsia. Puedes reducir el riesgo mediante el uso del cinturón de seguridad mientras andas en un vehículo y mediante el uso de un casco mientras andas en bicicleta, esquías, andas en una motocicleta o participas en otras actividades con alto riesgo de recibir lesiones en la cabeza.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o se reduce, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes. Las células cerebrales comienzan a morir en minutos.

Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica, y el tratamiento oportuno es crucial. La acción temprana puede reducir el daño cerebral y otras complicaciones.

Algunas opciones de tratamiento son más eficaces cuando se administran poco después de que comienza el accidente cerebrovascular.

Los signos y síntomas del accidente cerebrovascular incluyen:

Dificultad para hablar y entender lo que otros están diciendo. Se puede experimentar confusión, dificultad para articular las palabras o para entender lo que se dice.

Parálisis o entumecimiento de la cara, el brazo o la pierna. Puedes desarrollar entumecimiento súbito, debilidad o parálisis en la cara, el brazo o la pierna. Esto a menudo afecta solo un lado del cuerpo. Trata de levantar ambos brazos sobre la cabeza al mismo tiempo. Si un brazo comienza a caer, es posible que estés sufriendo un accidente cerebrovascular. Además, un lado de su boca puede caerse cuando trates de sonreír.

Problemas para ver en uno o ambos ojos. Repentinamente, puedes tener visión borrosa o ennegrecida en uno o ambos ojos, o puedes ver doble.

Dolor de cabeza. Un dolor de cabeza súbito y grave, que puede estar acompañado de vómitos, mareos o alteración del conocimiento, puede indicar que estás teniendo un accidente cerebrovascular.

Problemas para caminar. Puedes tropezar o perder el equilibrio. También puedes tener mareos repentinos o pérdida de coordinación.

Existen dos causas principales de accidente cerebrovascular: una arteria bloqueada (accidente cerebrovascular isquémico) o filtración o ruptura de un vaso sanguíneo (accidente cerebrovascular hemorrágico). Algunas personas pueden tener solo una interrupción temporal del flujo sanguíneo al cerebro, conocida como un ataque isquémico transitorio (AIT), que no causa síntomas duraderos

Muchos factores pueden aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular potencialmente tratables incluyen:

- Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida
- Tener sobrepeso u obesidad
- Inactividad física
- Beber en exceso o darse atracones de bebida
- Uso de drogas ilegales como la cocaína y la metanfetamina
- Factores de riesgo médicos
- Presión arterial alta
- Fumar cigarrillos o exposición al humo de segunda mano
- Colesterol alto
- Diabetes
- Apnea obstructiva del sueño

Un accidente cerebrovascular a veces puede causar discapacidades temporales o permanentes, según cuánto tiempo el cerebro carece de flujo sanguíneo y qué parte fue afectada.

Si has tenido un accidente cerebrovascular isquémico o un accidente isquémico transitorio, el médico puede recomendar medicamentos para ayudar a reducir el riesgo de sufrir otro accidente cerebrovascular. Estos incluyen:

Medicamentos antiplaquetarios. Las plaquetas son células en la sangre que forman coágulos. Los medicamentos antiplaquetarios hacen que estas células sean menos pegajosas y menos propensas a coagularse. El medicamento antiplaquetario más comúnmente utilizado es la aspirina. Tu médico te puede ayudar a determinar la dosis correcta de aspirina para ti.

Tu médico también podría prescribirte Aggrenox, una combinación de aspirina en dosis bajas y el medicamento antiplaquetario dipiridamol para reducir el riesgo de coagulación de la sangre. Después de un accidente isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular menor, el médico puede administrarte aspirina y un fármaco antiplaquetario como clopidogrel (Plavix) durante un tiempo para reducir el riesgo de otro accidente cerebrovascular. Si no puedes tomar aspirina, tu médico puede prescribir clopidogrel solo.

Anticoagulantes. Estos medicamentos reducen la coagulación de la sangre. La heparina es de acción rápida y se puede utilizar a corto plazo en el hospital.

TRAUMATISMO

Los traumatismos son lesiones o heridas físicas que sufre el paciente en sus órganos y tejidos. Existen múltiples lesiones traumáticas, entre las que destacan las lesiones de en las extremidades como los esguinces, las luxaciones o las fracturas.

Podemos distinguir entre dos tipos de traumatismos, según la zona afectada

Traumatismos auriculares: son aquellos que afectan a las articulaciones, como esguinces o luxaciones. Traumatismos óseos: afectan al hueso, como fracturas completas, fisuras, etc. Encontramos traumatismos de cráneo y cara, de la columna vertebral y politraumatismos.

En el caso de una alteración psíquica se habla de “trauma”.

Hay diversos síntomas que podemos valorar en el caso de un traumatismo físico. Entre estos podemos reconocer:

Dolor Hemorragia Disnea Desorientación Pérdida de consciencia Shock
Hematoma Inflamación Edema Dificultad de movilidad

Pruebas médicas para un traumatismo

Para diagnosticar un traumatismo será importante una interrogación, observación y exploración física por parte del médico especialista.

A partir de un análisis previo resultará importante buscar una posible hemorragia. También se deberá revisar si se ha producido daño en nervios, tendones, músculos o huesos, además de un posible daño a órganos.

Se pueden realizar algunas pruebas para ayudar al médico, como una radiografía o un TAC.

Un traumatismo es una lesión o herido causada por una fuerza o un acto de violencia externa. Este traumatismo puede ser debido a múltiples causas, entre las que encontramos:

Caídas Accidentes deportivos Accidentes de tránsito Quemaduras Agresiones Accidentes laborales o del hogar

¿Se puede prevenir?

Hay distintas medidas de prevención que se pueden adoptar para prevenir un traumatismo:

El uso de cinturones de seguridad, asientos de seguridad para niños, reposacabezas y airbags en los automóviles. El uso de casco en motocicletas y bicicletas. El equipamiento adecuado en deportes y en el trabajo.

El tratamiento básico para un traumatismo podría ser el conocido método RICE:

Reposo Hielo Compresión Elevación

Esta técnica sirve para los traumatismos más básicos y comunes pero dependerá de la gravedad. Al haber tantos tipos de traumatismos se debe valorar la movilidad, sensibilidad y pulso distal a la lesión.

Infecciones del SNC

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las infecciones del sistema nervioso central son enfermedades frecuentes en la atención urgente, pudiendo ser de origen bacteriano, parasitario o vírico. Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, lo que puede dificultar y retrasar su

diagnóstico, por lo que es de suma importancia toda la información que pueda obtenerse a través de la anamnesis y exploración física y con frecuencia exploraciones complementarias. En los últimos cien años, con la introducción de fármacos antibióticos ha disminuido de forma importante la mortalidad secundaria a meningoencefalitis, pero a pesar de ello siguen provocando alta morbi-mortalidad. Otros fenómenos, como las campañas de vacunación, movimientos migratorios, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otros estados de inmunosupresión, han dado lugar a importantes cambios epidemiológicos como son la práctica desaparición de algunas infecciones o la aparición de otras previamente casi inexistentes. La lista de infecciones potenciales de sistema nervioso central es extensa por lo que en este artículo de revisión expondremos desde el punto de vista clínico, diagnóstico y terapéutico las más frecuentes en nuestro medio y algunas que, aunque poco frecuentes, pueden requerir atención urgente por su gravedad.

Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) son frecuentes y figuran en el diagnóstico diferencial de diversos síndromes neurológicos. Todas ellas necesitan una asistencia urgente, especialmente las meningitis bacterianas, algunas encefalitis víricas, los empiemas subdurales o los abscesos epidurales, constituyendo en algunos casos verdaderas emergencias médicas o quirúrgicas¹.

Las infecciones del SNC pueden clasificarse según diferentes criterios: según la forma de presentación y curso clínico, según la región del SNC afecto o según el tipo de agente causante. Este último es el criterio utilizado principalmente en este capítulo para desarrollar las infecciones del SNC más frecuentes en la asistencia clínica urgente.

Bacterianas. Meningoencefalitis agudas, meningoencefalitis subagudas, abscesos, empiema subdural, mielitis-absceso epidural.

- Víricas
- Micóticas
- Parasitarias
- Infecciones por toxinas bacterianas

PREGUNTAS

1.- ¿En cuál de los siguientes órganos sensoriales, el receptor es al mismo tiempo la primera neurona sensorial?

- a) Órgano de cortica
- b) Macula de sáculo
- c) Cresta del conducto semicircular
- d) **Epitelio olfativo**

2.- Según su morfología, los receptores se clasifican en:

- a) Polimodales y exteroceptivos
- b) Mecanorreceptores y nociceptores
- c) Nociceptores y termorreceptores
- d) **Encapsulados y terminaciones libres**

3.- Los mecanorreceptores más frecuentes en la piel lampiña son:

- a) **Corpúsculos de meissner**
- b) Terminaciones nerviosas libres
- c) Corpúsculos de paccini

4.- Se conoce como dermatoma:

- a) Un hematoma en la piel
- b) El mapa de sensibilidad de la piel
- c) **Zona del cuerpo inervada por las raíces posteriores de un segmento de la medula**

5.- Las terminaciones nerviosas son fibras de tipo:

- a) **Amielinico de conducción lenta**
- b) Mielinico de conducción lenta
- c) Ninguna de las anteriores

6.- Una sensación táctil referida a la mano puede ser producida por estimulación eléctrica de:

- a) El área de la mano en la corteza motora
- b) El cuerpo ventral de la medula espinal
- c) **El área de la mano en la corteza somatosensorial. Primaria del lado opuesto**

7.- Los receptores según su morfología se divide en:

- a) Mecanorreceptores
- b) Viscerales y amacrinios
- c) **Libres y encapsulados**

8.- La aplicación de un estímulo en el pie derecho provoca una respuesta en las neuronas de una zona específica de la corteza cerebral, a saber:

- a) **Región postcentral izquierda**
- b) Región postcental derecha

- c) Región precentral izquierda
- 9.- La corteza parietal posterior recibe información principalmente de:
- a) Somatosensitiva secundaria
 - b) Somatosensitiva primaria y pulvinar
 - c) Lóbulo frontal
- 10.- La diferencia entre las fibras C y las A delta es entre otras:
- a) Primera mielinica y la segunda no
 - b) La segunda mielinica y de menor conducción que la primera.
 - c) La primera es amielinica
- 11.- ¿Que son los nervios?
- a) Haces de fibras neurales (axones)
 - b) Órganos digestivos
 - c) Ninguna de las anteriores
- 12.- ¿Que son las fibras nerviosas aferentes?
- a) Son los axones que transportan información
 - b) Son lóbulos móviles
 - c) Todas las anteriores
- 13.- ¿Donde se ubican los núcleos basales?
- a) Entre la corteza cerebral y base del cuerpo
 - b) Región orbitaria
 - c) A un lado del nervio óptico
- 14.- ¿Donde se dispone el núcleo caudado?
- a) Se origina del telencéfalo
 - b) Entre núcleo lenticular e ínsula
 - c) Alrededor del tálamo
- 15.- ¿Por dónde se ubica el claustro?
- a) Entre el putamen y el globo pálido
 - b) Entre el lenticular y la insulina
 - c) Alrededor del tálamo
- 16.- Porción superior de la medula espinal:
- a) Bulbo raquídeo
 - b) Cerebelo
 - c) Puente de varolio
- 17.- ¿Cómo se le llama a las capas que protegen el cráneo?
- a) duramadre
 - b) Puente de varolio
 - c) Meninges
- 18.- ¿Cuál es la capa de las meninges más resistentes?
- a) etmoides

- b) Duramadre
- c) Pia madre

19.- ¿Que lóbulo se encarga de la memoria y el recordar palabras?

- a) Parietal
- b) Frontal
- c) Occipital

20.- ¿Cómo se le llama a la sustancia que protege al sistema nervioso central?

- a) Líquido céfalo raquídeo
- b) Sustancia gris
- c) Sinovial

21.- ¿De cuántos lóbulos está compuesto el encéfalo?

- a) 5
- b) 4
- c) 8

22.- ¿A cuál lóbulo llego primero la información proveniente de los ojos?

- a) Parietal
- b) Frontal
- c) Occipital

23.- ¿Cómo se llama a la estructura que une a las dos mitades del cerebro?

- a) Puente de varolio
- b) Cuerpo calloso
- c) Ganglio

24.- ¿Por cuantas células está formada la corteza cerebral?

- a) Entre 19 y 23 miles de millones
- b) 24 millones
- c) 5 millones aproximadamente