



Universidad: UDS

Campus: Comitán de Domínguez

Facultad: Medicina Humana

Materia: Medicina Interna

Docente: Dra Karina Romero

Alumno: Cárdenas Hernández León Felipe

Semestre: 5to - Grupo: A



Dedicatoria



Medicina Humana

Página 2

*Este trabajo está hecho para generar, preservar y
diseminar el conocimiento.*

By: Leon



THE NBHD

Clasificación de Vasculitis

- 1 Arteritis por hipersensibilidad
- 2 Enfermedad - Churg - Strauss
- 3 Arteritis nodosa
- 4 Poliartritis nodosa
- 5 Arteritis de la temporal

Vasculitis
Chopell-Hill

Gran Vaso

Mediano Vaso

Vaso Pequeño

- Arteritis coligantes
- Arteritis de temporal
- Poliarteritis nodosa
- Enfermedad Kawasaki
- Crioglobulinosis lúpica
- Crioglobulinosis Churg-S
- Poliarteritis microscópica
- Vasculitis crioglobulinémica
- Vasculitis Leucocitostática

Vasculitis

1 Vasculitis necrosante sistémica del campo de la PNH

- Polianticentis nodosa
- Angitis oblitera
- Polianticentis de sistémicamente

2 Vasculitis por hipersensibilidad

- Síndrome de serhan leinfench
- Vasculitis por fármaco
- Vasc. oscura m. bicosa
- Asociada a crioglobulinas
- Asociada a antiproteína
- Entema elevatum

3 Granulomatosis de wasser

4 Anticardiacells guantes, temporal Vasculitis toloveso

5 Otras de vasculitis

- Síndrome gorgolinar
microcubico
- Enfermedad de thyet
- Tromboangiite
obliterante

Das diiferencia de SA Cantlan Bone

Euton - Lombert

mejora con ejercicio

Afectacion mas obicente
de musculos proximales
de MMII

Existe mielosis y toxicosis
hipertension

Pot disminuido

Ac Anticardial CA²⁺

presipiticas

Aseparacion coner
de pulmon accitil - ell

Miosomia Guaris

Empora con ejercicio

Afectacion conerturnada
por musculos extenores
varados en la cadera

Actividad parial
previada sinadecion

Pot Conservados

Ac Ant - Alucacina

Azaco o timora e

Impulsio timico

ictopia general
autocione

Clasificación de Hepatitis según el agente causal

- Virales
VHA, VHB, VHC, VHE, VEH, CMV
- Infecciosas
Bacterias
Parasitarias
Fúngicas
Respiratorias, rickettsia
- Toxicas
Alimentarias
Medicamentosas
Alérgicas, Quinococcos, torgosoma
y plasmodium
- Autoinmunitario
Separación de antígenos por inmunidad
de anticuerpos SMA, AMA, ANA etc
- Metabólicas
Entumecimiento de Wilson
- Obstructivas
Cálculos, tumores y quistes

Clasificación de Curb-65 Newman

Escala de predicción de severidad/mortalidad para PA en hipertensión

C → Confusión 0 punto
 U → BUW > 19 mmHg 1 punto
 B → Breath > 30 x/min 2 puntos
 P → PAS < 90 3 puntos
 A → Age > 65 3 puntos

→ 0-1 puntos: mortalidad de 0,2 a 2,7% morse ambulatorio
 → 2-4 puntos: mortalidad de 6,8-23% hospitalización
 → 5 puntos: mortalidad de 57% ingreso a UCI

U: Urea de 44 mg/dl o BUN de 19 mg/dl
 B: Frecuencia > 30 x/min
 P: Presión sang (PAV de 90 mmHg o PAD de 60 mmHg)

Age > 65 años

Edad Nombres
 en alemán - 10
 En consistente = +10

→ neoplasia - +30
 → hipertensión - +20
 → nefropatía - +10

→ Exploración
 → FUSCA

FB → +20
 PA-Sustitua +20
 FCS > 25 → +20

⓪ < 50 puntos mortalidad 0,1
 Ⓡ 51-90 puntos mortalidad 2,81
 Ⓢ 91-130 puntos mortalidad 8,12
 Ⓣ > 130 puntos mortalidad 29,2

Interpretación

Confusión

Estado Actual

Myasthenia Gravis

Consecuencia de una reacción autoinmune sobre el complejo del receptor de acetilcolina en la membrana postsináptica de la unión neuromuscular

Su prevalencia es de 14.2 casos/100.000 habitantes.

La clínica característica de la MG es debilidad muscular con fatigabilidad progresiva el tipo de debilidad es un patrón fluctuante y aumenta durante la actividad repetida (fatiga) y esta mejora durante el reposo o sueño. En los casos típicos, los músculos craneales faciales y extraoculares son los más afectados con diplopia, ptosis, facies expresiva, dificultad masticatoria y voz pastosa o disartrica también puede agravarse a la deglución con fenómenos de regurgitación o aspiración y suele generalizarse hacia los miembros de manera asimétrica

Cuando se detecta la musculatura respiratoria y la debilidad se habla de crisis miasténica severa que puede precisar soporte ventilatorio

A diferentes sectores del SGB se ha comprobado que en la miastenia no tiene valor predictivo para la probable ventilación mecánica el cuadro clínico de una crisis colinérgica producido de forma paradójica un aumento de la debilidad muscular

La evolución de esta patología es variable con remisiones, raramente complejas a menudo de manera por procesos intercurrentes que conducen una crisis miasténica severa

El diagnóstico clínico de sospecha se confirma lo establecido al diagnóstico definitivo

El teste del colofano con la presencia de anticuerpos de anti-AcMAB en el suero con la aparición de neofronema respiratoria debe establecerse el diagnostico diferencial con el botulismo aunque la mayoría de pacientes con miastenia ya tienen un diagnostico previo estableciendo

Los estudios electrofisiologicos mediante la estimulación nerviosa repetitiva se confirma el diagnostico la aplicación de descargas con frecuencia produce en pacientes miastenicos produciendo una disminución rapida en amplitud de respuestas provocadas.