



**Mi Universidad**

*Maricruz Elizama Méndez Pérez*

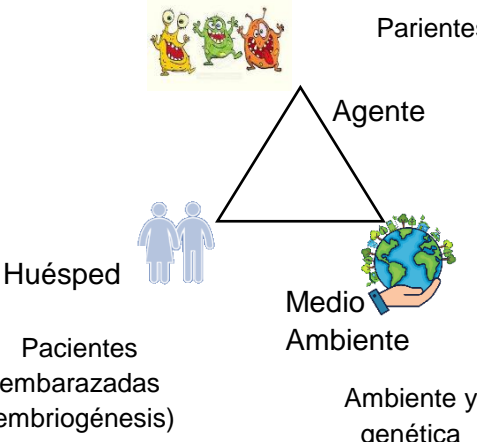
*Historia natural de la enfermedad*

*Medicina física y de rehabilitación*

*Dr. Sergio Jiménez Ruiz*

*Medicina Humana*

*Semestre: 5*

Periodo Prepatogénico		Periodo patogénico	
 <p>Parientes</p> <p>Agente</p> <p>Huésped</p> <p>Pacientes embarazadas (embriogénesis)</p> <p>Medio Ambiente</p> <p>Ambiente y genética</p>		<p>Muerte:</p> <p><b>Polineuropatía</b></p> <p>Complicaciones: Cuando los nervios motores están comprometidos, la neuropatía se manifiesta con debilidad y atrofia muscular. El daño a los nervios sensitivos puede causar pérdida de la sensibilidad, parestesias y disestesias, dolor y ataxia sensorial.</p> <p>Afecciones que ejercen presión sobre los nervios, Reducción del flujo sanguíneo, Enfermedades que destruyen la goma (tejido conectivo) que mantiene las células y tejidos juntos, Hinchazón (inflamación)</p>	
		<p><b>Signos y síntomas:</b> Los síntomas de la polineuropatía pueden aparecer de repente o desarrollarse lentamente y convertirse en crónicos dependiendo de la causa. Como la fisiopatología y los síntomas están relacionados, las polineuropatías a menudo se clasifican por el área de disfunción: Mielina, Vasa nervorum, Axón</p>	
Prevención Primaria		Prevención Secundaria	
<p>Dejar luces encendidas, Retirar obstáculos (tales como alfombras sueltas que resbalan sobre el piso), Probar la temperatura del agua antes de bañarse, Usar pasamanos, Usar calzado protector (sin abertura al frente ni tacones altos)</p> <p>Revisarse los pies (u otras áreas afectadas) frecuentemente para verificar si hay hematomas, llagas u otras lesiones que pueden pasar inadvertidas e infectarse, Revisar los zapatos con frecuencia para detectar gravilla o partes ásperas dentro del zapato que puedan lesionar el pie, Acudir al médico especialista en los pies (podólogo) para disminuir los riesgos de lesiones allí</p>		<p><b>Diagnostico precoz:</b> La polineuropatía se sospecha en pacientes con déficits sensitivos difusos o multifocales, debilidad sin hiperreflexia o ambos. Sin embargo, si los hallazgos son relativamente difusos pero comenzaron de forma asimétrica, la causa puede ser una mononeuropatía múltiple. Estudios electrodiagnóstico, Pruebas de laboratorio, determinadas por el tipo sospechado de neuropatía</p> <p><b>Tratamiento inoportuno:</b> Tratamiento dirigido a la causa, Tratamiento de sostén</p>	
		<p>Limitación de daños. La disfunción autonómica puede resultar en hipotensión postural, impotencia, disfunción gastrointestinal y genitourinaria, sudoración anormal y pérdida del cabello.</p>	
		<p>Rehabilitación: Ejercicios y reentrenamiento, Terapia vocacional (trabajo), Terapia ocupacional, Tratamientos ortopédicos, Fisioterapia, Sillas de ruedas, dispositivos ortopédicos y férulas</p>	
		<p>Prevención Tercera</p>	

Periodo Prepatogénico		Periodo patogénico	
<p>Tiene un patrón de herencia de tipo multifactorial (genes y ambientes)</p> <p>Biológicos, Físicos, químicos. (Embriogénesis)</p> <p>Agente</p> <p>Huésped</p> <p>Medio Ambiente</p> <p>Genética y ambiente</p>		<p>Muerte:</p> <p>Espina Bífida</p> <p>Complicaciones: Los niños con mielomeningocele pueden tener una variedad de problemas en las piernas y la columna vertebral debido a la debilidad de los músculos de las piernas y la espalda</p> <p>El folato, la forma natural de la vitamina B-9, es importante para el desarrollo de un bebé sano. La forma sintética, que se encuentra en los suplementos y alimentos fortificados, se llama ácido fólico. La deficiencia de folato aumenta el riesgo de espina bífida y otros defectos del tubo neural</p>	
<p><b>Signos y síntomas:</b> Generalmente no hay ningún signo o síntoma porque los nervios raquídeos no se ven afectados. Sin embargo, a veces se pueden notar signos en la piel del recién nacido por encima del problema de la columna vertebral, incluido un mechón de cabello, un pequeño hoyuelo o una marca de nacimiento.</p>			
Prevencción Primaria		Prevencción Secundaria	
<p>Antecedentes de haber tenido un embarazo previo con un producto con defecto de cierre del tubo neural</p> <p>Alteraciones de la salud y nutrición materna.</p> <p>Alimentación, Higiene personal, Higiene de los alimentos.</p>	<p>En la tercera semana de gestación inicia el desarrollo de SNC.</p> <p>Ingerir 0.4mg de ácido fólico por día durante el periodo preconcepción (3 meses antes del embarazo y 3 meses después del parto)</p>	<p><b>Diagnostico precoz: Ultrazonido en el primer trimestre de gestación, ecografía tridimensional, resonancia magnética</b></p> <p><b>Tratamiento inoportuno</b></p> <p><b>Evaluación cuidadosa del feto delimitar budqueda de otras anomalías, cirugía prenatal</b></p>	<p>Limitación de daños:</p>
		Prevencción Tercería	
		<p>Reabilitacion : engloba tres aspectos,</p> <p>Aspectos físicos-funcional</p> <p>Aspectos psíquicos</p> <p>Aspectos sociales</p> <p>Estos aspectos deverram valorarse en el periodo neonatal, lactante,preescolar y adulto</p>	

Periodo Prepatogénico		Periodo patogenico	
		<p>Muerte:</p>	<p>Arnol Chiari</p>
<p>Pacientes recién nacidos</p>		<p>Complicaciones: parte de la patología, tales como hidrocefalia, espina bífida, siringomielia y síndrome de la médula espinal anclada; que pueden aportar sintomatología al cuadro general</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Chiari tipo I:</b> amígdalas cerebrales de forma anómala que se desplazan debajo del nivel del foramen magno (Khoury, 2018). Se considera cuando existe un descenso de más de 5 milímetros de la punta caudal de las amígdalas</li> <li><b>Chiari tipo II, conocida también como malformación de Arnold Chiari:</b> desplazamiento inferior del vermis cerebelar y las amígdalas cerebrales, malformación del tallo cerebral y mielomeningocele espinal.</li> <li><b>Chiari tipo III:</b> es rara. Es una combinación de una fosa posterior pequeña con un encefalocele cervical u occipital; usualmente con desplazamiento de las estructuras cerebrales dentro del encefalocele y con desplazamiento inferior del tallo cerebral en el canal espinal</li> </ol>	
<p>Signos y síntomas: se correlaciona directamente con el grado de malformación existente, y hay un espectro amplio de síntomas clínicos asociados con las mismas. En el caso de la malformación tipo I, la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos.</p>			
Prevencción Primaria		Prevencción Secundaria	Prevencción Tercería
<p>Promoción: Analizar el comportamiento anestésico-obstétrico en una paciente embarazada y el riesgo de complicaciones derivadas de los cambios fisiológicos y de la gestación.</p>	<p>Adecuado control neurológico y obstétrico y evolución satisfactoria.</p>	<p><b>Diagnostico precoz:</b> el diagnóstico de misma ha ido en incremento desde el uso de la resonancia magnética como imagen, dado que no existía una presentación clínica previa</p> <p><b>Tratamiento inoportuno:</b> una malformación tipo I con síntomas mínimos y sin siringomielia pueden ser tratados de manera conservadora. Para el resto de tipos, se puede realizar un manejo no quirúrgico del dolor o una descompresión quirúrgica de la materia encefálica afectada y el foramen magno. Particularmente para los tipos II y III, las intervenciones quirúrgicas pueden incluir el cierre de defectos del tubo neural después del parto y el drenaje con shunt para la hidrocefalia</p>	<p>Limitación de daños: Esto puede resultar en mielopatía y disfunción de nervios craneales o núcleos, ataxia, dismetría, nistagmo y desequilibrio; y dolor respectivamente</p>
		<p>Rehabilitación</p> <p>Cirugías</p>	

Periodo Prepatogénico	Periodo patogenico		
-----------------------	--------------------	--	--

**Agente**  
 Genéticos  
**Huésped**  
**Medio Ambiente**  
 Ambiente y genes

Pacientes sin cierre del tubo neural

Compresión Medular

Muerte:

Complicaciones: La complicación más relacionada con radiación es la mielopatía, pero en la actualidad con las nuevas técnicas de radioterapia puede disminuir hasta 1%, por lo que la accesibilidad y el menor riesgo la hacen una excelente opción terapéutica.

Dolor en el 83% a 95% de los casos con una duración media de ocho semanas; puede ser local por expansión o radicular por compresión de raíces nerviosas. El dolor empeora por distensión del plexo venoso epidural (maniobras de flexión o de Valsalva).

**Signos y síntomas:** La compresión medular aguda o avanzada produce déficits segmentarios, paraparesia o cuadriparesia, hiporreflexia (cuando es aguda) seguida por hiperreflexia, respuestas plantares extensoras, pérdida del tono esfinteriano (con disfunción intestinal y vesical) y déficits sensitivos. La compresión subaguda o crónica puede comenzar con un dolor dorsal local, que a menudo irradia hacia abajo en la distribución de una raíz nerviosa (dolor radicular) y, a veces, hiperreflexia y pérdida de sensibilidad.

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Tercera
---------------------	-----------------------	--------------------

**Promoción:** El pronóstico es individualizado, ya que depende de todos los factores relacionados con el paciente y el tumor, pero indudablemente el diagnóstico oportuno y el tratamiento ideal pueden mejorar la calidad de vida y la misma sobrevivida.

se presenta metástasis en la médula la manifestación inicial puede ser dolor de espalda que dura días o meses; el dolor evoluciona a debilidad y déficit sensorial, y con el tiempo llegan la paraplejia y la disfunción de esfínteres

**Diagnostico precoz:** RM o mielografía por TC. Se realiza una RM de inmediato si se cuenta con ella. Si no se encuentra disponible, se realiza una mielografía por TC; se introduce una pequeña cantidad de iohexol (un agente radiopaco no iónico, hipoosmolar) a través de una punción lumbar y se deja correr en dirección craneal para controlar si existe un bloqueo completo del líquido cefalorraquídeo.

**Tratamiento inoportuno:** Si la compresión se debe a un tumor, se administran 100 mg de dexametasona IV, seguidos por 25 mg cada 6 h y por la cirugía o la radioterapia inmediatas. La cirugía está indicada en los siguientes casos: Los déficits neurológicos empeoran a pesar del tratamiento no quirúrgico, Se necesita una biopsia, La columna vertebral es inestable, Los tumores recidivan después de la radioterapia

Limitación de daños  
No se cierra el tubo neural

Rehabilitación  
Radioterapia, cirugía

## Referencia

Mayo Clinic, 11 de agosto del 2022, Polineuropatía, Espina bífida, Arnold chiari, Compresión medular

Michael Rubin, abril 2022, MDCM, New York presbyterian Hospital-foenell center, Polineuropatía

[Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#), 19 de agosto del 2019, Espina bífida

Antonio Martínez-Sabater, oct./dic. 2014, Scielo, Malformación de Arnold-Chiari. La pérdida de la sonrisa

Michael Rubin , mayo 2021, compresión medular

---