



Ricardo Alonso Guillen Narváez

Dr. Romeo Suarez Martínez

Resumen

Fisiopatología

PASIÓN POR EDUCAR

Segundo semestre

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de junio del 2023

Pares craneales

- I Olfatoria → Olfato
- II Óptica → Visión
- III Oculomotor → Movimiento Ocular
Reflejo fotomotor
- IV Troclear → movimiento Ocular
oblicuo superior
- V Trigemino → V. ophthalmico
V. maxilar
V. mandibular
- VI Abducens → movimiento Ocular Recto lateral
- VII Facial → Gosto: 2/3 anteriores de la lengua
- Audición: cóclea
- Equilibrio: Aparato vestibular
- VIII Vestiblo coclear → Equilibrio Aparato vestibular
- IX Glossofaríngeo → Sensibilidad y gusto
- X Vago → Gosto en el tercio posterior de la lengua
- Visceras torácicas y abdominales
- XI Accesorio → Músculo esternocleidomastoideo
y trapecio
- XII Hipoglosso → movilidad de la mayoría de los músculos de la lengua (excepto palatoglosso)

Tipos de dolor

-El dolor puede clasificarse según su duración, ubicación y sitio de referencia.

Dolor agudo: Es un dolor provocado por una lesión de los tejidos corporales y la activación de estímulos nocivos en el sitio de daño local. Es de corta duración.

Dolor crónico: Es aquel que persiste durante más tiempo del que se puede esperar de forma razonable después de un tratamiento que lo provocó.

Dolor somático cutáneo reciente: Es un dolor agudo con una sensación ardorosa que puede ser abrupto o de inicio lento. Se puede localizar exactamente y se puede distribuir a lo largo de los dermatomas.

Dolor visceral

Tiene su origen en los órganos viscerales y es uno de los dolores más frecuentemente producidos por una enfermedad.

Dolor referido

Es aquel que se percibe en un sitio distinto de su punto de origen, pero que está innervado por el mismo segmento espinal.

Características del dolor y hiperestesia en

-En un enfermo del dolor es el punto de origen que parece ser estímulo como doloroso. La hiperestesia al dolor, es la experiencia total de dolor.

Dolor

-Teoría del patrón: propone que los receptores del dolor comparten terminaciones o vías con otras modalidades sensitivas, por lo que se pueden utilizar diferentes patrones de actividad.

-Teoría de la especificidad: considera el dolor como una modalidad sensitiva independiente controlada por la activación de receptores específicos que transmiten información a los centros o regiones del dolor en el procesamiento.

Mecanismos y vías del dolor

-Los estímulos nociceptivos se hacen objetivamente como estímulos de alta intensidad que provocan dolor.
Los estímulos utilizados incluyen:
* Presión con un objeto puntiagudo.
* Corriente eléctrica potente en la piel.
* Aplicación de calor o frío en la piel.

El tamaño y la corteza somatosensitiva integran y modulan el dolor así como la reacción adaptativa de la persona ante la experiencia dolorosa.

Tiempo especiales de dolor

- Dolor neuropático que es provocado por alteraciones del sistema neurológico. Cuando los nervios por sí mismos resultan afectados por una lesión o enfermedad, pueden provocarse alteraciones sensoriales irreversibles y, algunas veces, motoras.

- Dolor del miembro fantasma. Es un tipo de dolor neurológico que se presenta después de la amputación de una extremidad, o parte de una extremidad. En tal caso puede sentirse como hormigueo, presión o pesadez seguida de otros ardores.

Tratamiento del dolor

Tratamiento dolor agudo: Debe controlarse de manera precoz y se deben administrar los medicamentos antes de que el dolor se vuelva intenso. Esto permite que la persona este más cómoda.

Tratamiento del dolor crónico. Requiere atención temprana para evitar el dolor y un control adecuado de los síntomas agudos. El tratamiento específico depende de la causa y la evolución del problema.

Dolor

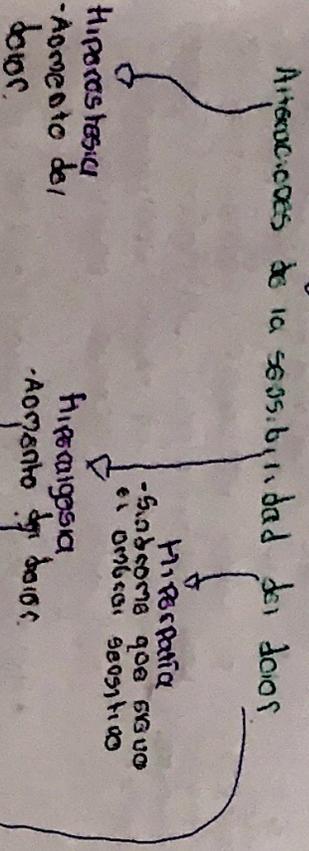
Tratamiento farmacológico del dolor

Para el tratamiento del dolor, a menudo se utilizan varios métodos como las intervenciones cognitivas-conductuales, factores físicos como el calor o frío y electroterapia.

Tratamiento farmacológico del dolor
Un analgésico es un medicamento que actúa en el sistema nervioso para disminuir o eliminar el dolor sin incidir en la pérdida de la consciencia.

Intervención quirúrgica
Si la cirugía elimina el problema que causa el dolor, como un tumor que presiona un nervio, puede ser curativa.

Primaria la sensibilidad -
Describir la lesión que se presenta directamente en los tejidos dañados



Secundaria
- Se presenta en el entorno

Alodinia -> Es el término que se utiliza para el fenómeno complejo del dolor que se genera en la piel a partir de estímulos normales

Neurragia
Post herpética
Closión axonal

Dolor miembro fantasma
Posterior a amputación
Persistencia de las terminaciones nocivas,
post a la amputación [Eccesión]

Catataxia

Migración \rightarrow Sin cura -> más tardía
con APT \rightarrow neurología espontánea, todo se ser reversible
Hipersensibilidad, ejercicio, estrés

Tenaxia \rightarrow tensión muscular, estrés, dolor intenso

Dolor crónico \rightarrow sin ocasión secundaria
15 días, hasta 3 meses

Racimos \rightarrow 180 min máximo
Prolifación de la arteria intracranial

Áreas motoras

Corteza cerebral

Médula espinal

Área o lóbulo frontal

Columna

★ Corteza primaria motora

★ Corteza premotora

★ Corteza complementaria

- Media medial Postura

- Lateral funciones dirigidas a un objetivo

Ejecución de ~~los~~ más complejos
Cambios hemisferios

Movimientos coordinados para ora función
- Lateral ora Palato

Funciones motoras esenciales (orden)
- movimientos precisos, intención de los músculos
- Expresión facial y lenguaje

Variación función motora

- Posición Corporal
- Reposo o movimiento
- Movimientos involuntarios
- Ubicación / coarctación / ritmo / velocidad

- Características del músculo

- Hemiparesia
- Hemiplegia (extremidades / cuerpo)
- Paraparesia (extremidades)
- Paraplegia (zona torácica)
- Paresias medulares

1) **Paraparesia** y **Paraplegia**
 - **Paraparesia** (una extremidad)
 - **Paraplegia** (2 extremidades) modo C5-C6, C7-C8, T1-T2

2) **Grupo en la espina dorsal** (zona lumbar)

- Coordinación

3) **Hipotonía / Rigidez / Espasticidad**

↓
 predominio del tono muscular

- Rigidez y Tono
- Espasticidad (tetania)
- ↓ Espasmos

Volúmen

- Hipertrofia
- Hipotrofia

Vías motoras

- Transmiten a las áreas premotoras y somatosensitivas en el mismo lado de la corteza
- Transmiten al lado opuesto de la corteza
- Descienden a los estructuras subcorticales como los núcleos basales y el tálamo

Coordinación de movimientos

Requiere de la función integrada de 4 áreas vitales

Actividad refleja

Hiporeflexia = ↓ Reflejos osteotendinosos

Hiperreflexia = ↑ Reflejos tendinosos

Coordinación del movimiento

+ Motor (muscular)

▶ + Cerebeloso (movimiento/postura)

+ Vestibular (postura/equlibrio)

+ Sensorial (sensación/postura)

Disfunciones

- Ataxia ^{movimientos} _{irregulares}

- Dismetria ^{movimientos} _{lentos}

- ~~Corea~~ corea ^{movimientos de contracción} _{involuntarios}

- Distonía ^{Alteraciones de los movimientos musculares} _{involuntarios}

- Temblor ^{movimientos} _{ritmicos/en partes de cuerpo}

- Braquiesia ^{movimientos} _{del movimiento}

- Mioclonos ^{movimientos} _{realizados involuntarios musculares parecidos a una convulsión}

Alteraciones de la unidad motora

• Debilidad

• Atrofia de los músculos esqueléticos

- Las características de estas distintas afecciones varían en los componentes de la función motora afectan principalmente:

• Cuerpo celular de la motoneurona

• Axón

• Unión neuromuscular

• Fibras musculares

Las alteraciones que afectan al cuerpo celular nervioso se conocen como alteraciones de la motoneurona inferior.

Las que perjudican a las fibras musculares

• Miopatías

Las alteraciones que afectan al axón se denominan neuropatías

Atrofia muscular

- Disminución del diámetro de las fibras musculares debido a la pérdida de filamentos proteicos

Atrofia por falta de uso

- Músculo inmovilizado no se utiliza durante períodos

No mueren, pero pierden gran parte de sus proteínas contractiles

- condiciones como la inmovilización
- En ferretería crónica

Atrofia por desinervación

- Alteraciones que privan al músculo de su inervación