



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



TEMA:
RESÚMENES DE PATOLOGÍAS

MATERIA:
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

ALUMNA:
LIZBET NOELIA ESTRADA CARBALLO

GRADO Y GRUPO:
QUINTO "A"

DOCENTE:
DR. JORGE ARTURO LOPEZ CADENAS

COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS
1 DE JULIO DEL 2024

POLINEUROPATIAS

Rehabilitación

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ

CASTAÑEDA

MEDICO GENERAL

COLEGIADA Nº 14278

Año

Medicina

URBÁN

- La neuropatía periférica → Trastorno nervioso periférico de cualquier causa.
- La afectación de los nervios puede ser única (mononeuropatía) o múltiple (polineuropatía); la anomalía puede ser axonal o desmielinizante.

Polineuropatía metabólica.

- Son trastornos nerviosos que ocurren con enfermedades que interrumpen los procesos químicos en el cuerpo.
- Etiología: Diabetes, Toxinas que se acumulan en el cuerpo, Neuropatía alcohólica, Hipoglucemia, Insuficiencia renal, Sepsis, Enfermedad tiroidea, Enfermedad hepática.
- Clínica. *Dificultades:*
 - Sentir zona del cuerpo. - Dolor, ardores, hormigueo
 - Usar los brazos o las manos, piernas, pies.
 - Caminar. Disautonomía. - Debilidad cara, brazos, piernas.
- Pruebas y exámenes.
 - BH - Examen eléctrico de la conducción nerviosa.
 - EGO. - Biopsia del tejido nervioso.
 - Electromiografía.
- Complicaciones: Deformidad, Lesiones en los pies, Entumecimiento o debilidad, Dolor, Problemas para caminar y caídas
- Tx → Corregir el problema metabólico.

Polineuropatía infecciosa.

- Daño en los nervios causado por infecciones.
- Causas - Bacterias, Virus, Esprotoquetas.
- Las bacterias y los virus pueden causar inflamación o daño a los nervios directamente → Neuropatía.
- Síntomas y manifestaciones:
 - Hormigueo - Debilidad o dolor en las manos y pies.
 - Entumecimiento - Dificultad las tareas simples (parálisis)

ESTILO

23/11/2020

Pruebas diagnósticas.

- Análisis de sangre - Presencia de agentes infecciosos.
- Punción lumbar - Analiza el líquido cefalorraquídeo
- RM - Evalúa cuanto daño hay.

TX

- Neuropatías bacterianas: Antibióticos según bacteria infectante.
→ Penicilina y la cefalexina.
- Neuropatías virales: Aciclovir y Valaciclovir.
- Terapia física para mantener la movilidad.

Polineuropatías tóxicas. Incidencia 2-4%

- Daño axonal difuso (> Sensibles axones sensitivos que motores).
- Ex riesgo: Neuropatía preexistente (genéticas o adquirida, Falta orgánica (Px con falla renal o hepática).

• Clínica: Neuropatía mixta, sensorial y motora, Sensaciones de quemaduras en porciones distales de los miembros y cara, Actividad motriz afectada hasta la parálisis.

• Pruebas diagnósticas:

- Electromiografía. - Biopsia cutánea.
- Biopsia de nervio safeno externo. - Pruebas sensitivas cuantitativas.
- Biopsia muscular.

• TX

1ª línea - gabapentínoles, los antidepresivos tricíclicos.

2da línea - Opioides.

3ra línea - Paroxetina, Citalopram, bupropión.

POLIMIOSITIS

- Miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes, sistémicas y adquiridas, que se caracterizan por inflamación músculo estriado.
- Pueden presentarse de forma aislada o en asociación a otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

◦ Epidemiología:

- Inicio posterior a la 2da década de la vida (30 a 50 años).
- Mujeres (2-1)
- Raro en niños

◦ Cuadro clínico.

- Debilidad muscular proximal, simétrica y progresiva.
- Involución de los músculos de las extremidades torácicas y pélvicas y flexores del cuello.
- Mialgias, hipersensibilidad muscular.
- No produce exantema

◦ Signos:

- Exantema heliotropo.
coloración violácea en párpados Edema.
- Signo de Gottron:
Eritema muscular papulo-escamoso violáceo en prominencias óseas.

◦ Criterios diagnóstico:

- Criterios de Bohan A y Peter J:
 - Sospecha clínica.
 - Estudios laboratorios (elevación de enzimas musculares, mioglobulina, lactato deshidrogenasa)
 - Presencia de anticuerpos.
 - Electromiografía.
 - Ultrasonido. - Detecta atrofia muscular, permite guiar toma biopsia muscular.
 - RM - Detecta inflamación, edema.
 - Tomografía: No sensible.

• Dx:

20/11/10

Día Mes Año

- Biopsia muscular

Infiltrado inflamatorio de linfocitos y macrófagos.

- Específico:

Variabilidad en el tamaño de la fibra, presencia mio necrosis y regeneración polifásica y multifocal.

• Tx.

- Mejorar la fuerza muscular.

- Lograr la remisión.

- Disminuir las secuelas y evitar o remitir manifestaciones extramusculares.

• Tx farmacológico.

- Esteroides 1^{ra} línea: Prednisona, 1 mg/kg.

- Metilprednisolona, 30 mg/kg/dosis, Máxima 1 gramo diario por 3 días, repitiendo el ciclo cada 3-4 semanas

- Inmunosupresores:

• Metotrexato y Azatioprina.

• 2-3 mg/kg.

• Inmunoglobulina IV.

rehabilitación.

DIASTEMATOMIELIA

DRA. MERITZELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
C.R. 13779071

- Es un desdoblamiento de la médula espinal (médula encida), que queda dividida en dos mitades separadas entre sí por un tabique fibroso, cartilaginoso u óseo.
- La división puede ser completa (es lo más frecuente) o parcial, de tal forma que sólo afecta a la cara anterior o posterior.

Epidemiología

- Es más frecuente en mujeres.

Clinica

- Suele ser asintomática.

Etiología

- Es multifactorial, que se ha relacionado a predisposición genética.

- La diastematomielia se observa como una mancha de pelo, un hoyuelo, un hemangioma, una masa subcutánea, un lipoma o un teratoma sobre el área afectada de la columna.

Dx

RM - Pudiéndose descartar otros defectos asociados como el Arnold-Chiari.

- RM y tomografía de columna dorso lumbar en las que se observa la presencia de diastematomielia tipo I y médula anclada.

Disrafismos espinales

- Son las malformaciones congénitas de la columna vertebral y de la médula espinal que se caracterizan por una falta de cierre total o parcial de las estructuras neurales, óseas y mesenquimales de la línea media.

- Su incidencia es de 1-2 casos/1000 nacidos vivos.

- Los disrafismos espinales pueden ser de 2 tipos:

- **Abierto:** La piel no cubre el defecto (el tejido neural está expuesto al exterior).

- **Cerrado:** La piel sí cubre el defecto (el tejido neural no

está expuesto al exterior).

Disrafismo espinal abierto: Representa el 98% del total de casos de disrafismo espinal. En este grupo se incluyen: mielomeningocele, Mielocele, Hemimielomeningocele.

Disrafismo espinal cerrado: Representa el 2% del total de casos de disrafismo espinal. Se dividen en 2 grupos:

- Con masa subcutánea: Meningocele, Lipomielomeningocele
- Sin masa subcutánea: Seno dérmico, Diastematomyelia.

Etiología.

- Multifactorial que se relaciona con la genética.

- Predisposición genética.
- Alteraciones cromosómicas (trisomías 9, 13 y 18).

Fx ambientales.

• Déficit de ácido fólico (Es la causa más frecuente de disrafismo espinal).

• Fármacos (ácido Valproico).

• Alcoholismo

• Tabaquismo.

Dx

• Dx prenatal → Ecografía.

• RM

• Dx postnatal → Historia clínica y pruebas de imagen. (Ecografía, RX y TC, RM).

Tx

Tx → Quirúrgico.



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



TEMA:
PRÁCTICA DE VENOCLISIS

MATERIA:
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

ALUMNA:
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN
ESTHEPHANY MICHELLE RODRÍGUEZ LÓPEZ
LIZBET NOELIA ESTRADA CARBALLO

GRADO Y GRUPO:
QUINTO "A"

DOCENTE:
DR. JORGE ARTURO LOPEZ CADENAS

COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS
1 DE JULIO DEL 2024

Introduccion



El término médico venoclisis o cateterismo venoso periférico significa la introducción de líquido a la luz de una vena y se refiere a establecer una vía permeable entre un contenedor de solución y el torrente sanguíneo venoso. Esta se obtiene por medio de una punción percutánea hacia el interior de la luz venosa y la inserción de un catéter dentro de la vena.

Por tanto, cuando existe flujo de solución hacia el torrente sanguíneo se establece una vía venosa permeable.

Este procedimiento tiene varias aplicaciones, la más común, es la administración de fármacos intravenosos de manera constante y controlada. Por lo general se utiliza el sistema venoso periférico superficial para realizar un cateterismo venoso periférico.

Material

Para la técnica de venoclisis en el área de laboratorio de la universidad se ocuparon los siguientes materiales:

- Equipo de venoclisis
- Solución fisiológica de 250ml
- Torundas alcoholadas
- Punzocat 18G
- Tegaderm
- Ligadura



Preparación de equipo de venoclisis

- Retirar el equipo de venoclisis del empaque sin contaminar el conector, ni el punzón.
- Cerrar la llave reguladora.
- Retirar la tapa del punzón.
- Retirar la tapa protectora de la solución
- Insertar el punzón de la venoclisis en el tapón de goma de la solución.
- Colgar la solución en el tripié del lado en que será canalizado el paciente, procurar la asepsia del conector del equipo de venoclisis.
- Llenar la cámara de goteo a un tercio de su capacidad.
- Retirar la tapa del conector, purgar la solución para eliminar el aire a lo largo de toda la longitud del tubo.
- Tapar nuevamente el conector con técnica aséptica.



Procedimiento (NOM-022-SSA3-2012)

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos que consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena, a través del cual se infunden al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes.

Todos los insumos necesarios para la terapia de infusión intravenosa deben de estar sellados en su envase primario y antes de utilizar deben verificar los siguientes datos: estéril, desechable, libre de pirógenos, la fecha de caducidad. El equipo de administración de la terapia de infusión deberá cambiarse cada 72 Hrs.

1. Preparación del paciente y del equipo:

- Lavarse las manos correctamente con agua y jabón antes de manipular el equipo.
- Verifica la identidad del paciente para el procedimiento.
- Explica el procedimiento al paciente.

2. Selección del sitio de inserción:

- Se debe evaluar y selecciona el sitio de inserción adecuado, preferiblemente en el antebrazo o la mano, evitando áreas con daño cutáneo o venas frágiles para evitar incomodidad al paciente. Se debe realizar la prueba de Allen puede usarse para detectar si la irrigación sanguínea a la mano es normal. Esta prueba verifica si ambas arterias están abiertas y funcionan correctamente.
- Luego limpiar el área con solución antiséptica adecuada (usualmente clorhexidina al 2% o povidona yodada al 10%), utilizando técnica de fricción circular y dejando secar al aire. En el caso de esta practica se utilizo Alcohol al 70%

3. Preparación del equipo de venoclisis:

- Verificar la integridad del equipo de venoclisis y la fecha de caducidad de los componentes.
- Si es necesario, se debe ajustar el flujo de la solución a un goteo adecuada.

4. Inserción de la aguja o catéter:

- Se debe considerar utilizar una técnica aséptica para insertar la aguja o catéter intravenoso en un ángulo de 15 a 30 grados hacia la vena. Con el bisel hacia arriba se inserta una parte de la aguja y posterior de desliza por la vena la parte del catéter de plástico
- Una vez dentro de la vena, asegúrate de que el catéter esté bien colocado observando el retorno de sangre o realizando una pequeña prueba de reflujo positiva.

Procedimiento (NOM-022-SSA3-2012)

5. Fijación del dispositivo:

- Se fija el dispositivo de venoclisis al sitio de inserción utilizando métodos seguros y confortables para el paciente (cinta adhesiva transparente o vendaje especial). En este caso usamos Tegaderm para la fijación y visualización correcta de nuestra técnica.

6. Conexión del equipo:

- Luego se conecta el equipo de venoclisis al catéter intravenoso asegurándose de que todas las conexiones sean seguras y estén bien selladas.

7. Verificación final:

- Se debe asegurar de que el flujo de la solución intravenosa sea el correcto y que no haya signos de infiltración o complicaciones en el sitio de inserción.

8. Educación al paciente:

- Proporcionar instrucciones al paciente sobre cómo detectar y reportar cualquier problema relacionado con la venoclisis (dolor, enrojecimiento, inflamación, etc.).

9. Monitoreo continuo:

- Supervisar regularmente al paciente durante la administración de la terapia intravenosa para detectar posibles complicaciones o reacciones adversas.

10. Retiro del equipo:

- Cuando sea necesario se debe retirar el equipo de venoclisis, siguiendo procedimientos seguros y asépticos para minimizar el riesgo de infecciones.

Este procedimiento debe llevarse a cabo bajo la supervisión y dirección de personal de salud calificado, siguiendo todas las normativas y protocolos vigentes, además de adaptarse a las condiciones específicas de cada paciente y entorno clínico.

Fotos del procedimiento



Fotos del procedimiento



Venoclisis lista

