



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



TEMA:
RESUMENES

MATERIA:
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

ALUMNA:
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:
QUINTO "A"

DOCENTE:
DR. JORGE ARTURO LOPEZ CADENAS

COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS
1 DE JULIO DEL 2024

POLIMIOSITIS

DRA. MERITZELL VERAZQUEZ
CASTAÑEDA
MEDICO GENERAL

Miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes, sistémicas y adquiridas, que se caracterizan por inflamación del músculo estriado. Pueden presentarse de forma aislada o asociada a otras enfermedades autoinmunes sistémicas, en neoplasia y raramente con una infección.

EPIDEMIOLOGIA

- ▶ Inicio posterior a la 2da década de la vida (30-50 años)
- ▶ Mujeres (2:1)
- ▶ Poco en niños

CLINICA

- ▶ Debilidad muscular proximal, simétrica y progresiva (torax, pelvis y codo)
- ▶ Mialgias
- ▶ Hipersensibilidad muscular
- ▶ No produce exantema

BOHAN Y PETER

- ▶ Compromiso muscular
- ▶ Biopsia muscular
- ▶ Elevación de enzimas musculares
- ▶ Electromiografía
- ▶ Características dermatológicas

TRATAMIENTO

- ▶ Mejorar la fuerza muscular (Terapia física)
- ▶ Esteroides de la línea
 - Metilprednisolona 30 mg/kg dosis max 1g/d x 3d, repitiendo el ciclo cada 3-4 semanas)
- ▶ Inmunosupresores
 - Metotrexato y Azatioprina 2-3 mg/kg
 - Ig IV

FISIOPATOLOGIA

liberación de antígenos musculares; MCF toman autoantígenos y presentan a TCD4 aumentando la producción de IFN- γ , IL-1 y TNF- α aumentando proteínas MHC en miocitos, reconociendo como extraños las células por TCD8 citotóxicos; llevando a la destrucción de miocitos.

SIGNOS

- ▶ Exantema heliotropo (coloración violácea en párpados)
- ▶ Signo de Gottron (eritema maculopulposcamoso, violáceo en prominencias óseas)

DIAGNOSTICO

- ▶ Ultrasonido
- ▶ RM
- ▶ TAC (X) No sensible
- ▶ Biopsia muscular

POLINEUROPATIAS

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
COMUNICACIÓN

► Consiste en una disfunción (SNP), donde existe compromiso simultáneo de varios nervios periféricos por causas congénitas y no congénitas que dan síntomas o signos motores, sensitivos y/o autonómicos.

AXONAL

- Aguda: días, poco frecuente
 - ↳ Neuropatía por fírica e intoxicaciones masivas
- Subaguda: hasta 6m
 - ↳ Polineuropatía tóxicas y metabólicas
- Crónica: desde 6m a años
 - ↳ Neuropatías hereditarias

ADQUIRIDAS

- Diabética: alt. vasos sanguíneos de menor tamaño que irrigan los nervios (piernas y pies)
- Tóxica: Alcohol, quimioterapia, plomo, arsénico, tallo; Dañan los nervios
- Infecciosa: IRA de larga duración sometidos a diálisis; acumulan sustancias.
- Uremica: Borreliosis, sarampión, herpes zoster, VIH, difteria, tifo, malaria

CLÍNICA

- Hormigueo (sensibilidad)
- Entumecimiento (insensibilidad)
- Dolor ardiente
- Calambre en pantorrillas
- Contracciones musculares
- Debilidad muscular
- Atrofia muscular
- Heridas indolores

DESMIELINIZANTES

- Aguda: enfermedades como Guillain-Barré y polineuritis difusa
- Subaguda: todas de tipo adquiridas por toxinas o mecanismos autoinmunes
- Crónica: neuropatías hereditarias inflamatorias, asociadas a DM, disliproteinemias y t. metabólicos

AUTONÓMICAS

Afectan los nervios autonómicos que controlan la vejiga, tracto gastrointestinal, genitales y otros órganos

CLÍNICA

- Arritmias
- Vertigo y náuseas (TA)
- T. variado gástrico
- Diarrea o estreñimiento
- T. miccionales
- Impotencia

CONGÉNITAS

CLÍNICA

- Sx túnel carpiano
- Metabolía y ceguera
- Sordera
- Parálisis espástica
- Ataques epilépticos
- Trastornos de la marcha

DIAGNOSTICO

- ▶ Anamnesis y EF
- ▶ BH
- ▶ EEG
- ▶ Electromiografía
- ▶ Biopsia del tejido nervioso
- ▶ RM

TRATAMIENTO

- ▶ Eliminar y controlar la causa
- ▶ Terapia física
- ▶ Controlar síntomas para dolor neuropático
(Gabapentina, Pregabalina,
Duloxetine)
- ▶ Medidas de apoyo para mantener
la TA y función de la vejiga
e intestinal
- ▶ Infecciones: Ig IV o plasmáferesis

DIASTEMATOMELIA

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
CÓDIGO 127797

Medula hendida es la división longitudinal congénita de la médula espinal en dos partes simétricas o asimétricas (hemimédulas), separadas o no por un tabique (28-48 días)

TIPO I → las dos hemimédulas se encuentran separadas por un tabique óseo o cartilagenoso

TIPO II → Hay un saco dorsal único que contiene dos hemimédulas

Rx RIESGO/ETIOLOGIA

- ▶ Genéticos
 1. Predisposición genética (2-4%)
 2. Alt. cromosomica (trisomias 9, 13 y 18)
- ▶ Ambientales
 1. Deficit ácido fólico (+ frec)
 2. Fármacos (Antiepiléptico → ácido valproico)
 3. Alcoholismo
 4. Tabaquismo
 5. Diabetes mellitus

CLINICA

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| ▶ Hipertricosis | ▶ Hombres dermicos |
| ▶ Anomalías en la pigmentación | ▶ Telangiectasias |
| ▶ Debilidad muscular | ▶ Paresias |
| ▶ T. de la marcha | ▶ Hiperestrias/parestias |
| ▶ Escalcosis | ▶ T. control de esfínteres |
| | ▶ Pie zambos, espino, varo |

TRATAMIENTO

Quirúrgico por el deterioro y síntomas neurológicos

- ▶ Fisioterapia

CLASIFICACION

- ▶ Abierto (88%)
 1. Mielomeningocele
 2. Mielocèle
 3. Hemimielomeningocele
 4. Hemimielocèle
- ▶ Cerrado (2%)
 1. Sin masa subcutánea
 - seno dermico
 - lipoma intradural
 - lipoma del filum terminale
 2. Con masa subcutánea
 - meningocele
 - lipomielomeningocele
 - lipomielocèle
 - mielocostocèle

DIAGNOSTICO

- ▶ Prenatal
 - Ecografía
 - RM
- ▶ Postnatal
 - Ecografía
 - Rx + TC
 - RM



**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

