



Mi Universidad

Reporte de práctica.

De la cruz Anzueto Laura Sofia.

Tercer parcial.

Farmacología I.

Dr. Dagoberto Silvestre Esteban.

Licenciatura en Medicina Humana.

Tercer semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de noviembre del 2024

REPORTE DE PRÁCTICA.

BLOQUEO NERVIOSO DIGITAL

INTRODUCCIÓN.

Un bloqueo nervioso digital es un procedimiento que consiste en anestesiar los nervios digitales de los dedos, este procedimiento se realiza para tratar condiciones como fracturas, luxaciones, extracciones de uñas o infecciones. El bloqueo nervioso digital tiene varias ventajas sobre la infiltración anestésica local, entre ellas: causa menos dolor, proporciona mejor anestesia, y no distorsiona los bordes de la herida.

La práctica se realizó para conocer la técnica correcta de aplicación de un anestésico local en un dedo de la mano, aplicando lidocaína a una dosis pequeña, así mismo conociendo y utilizando el material necesario.

OBJETIVO

Conocer la técnica correcta de un bloqueo nervioso digital, en base a los apuntes de la tarea sobre la anatomía de la mano.

MATERIALES

- ✚ 1 jeringa de 5 mL .
- ✚ 1 aguja para insulina.
- ✚ Guantes estériles.
- ✚ Torundas con alcohol.
- ✚ Lidocaína al 2 %.
- ✚ Cubrebocas.



PROCEDIMIENTO.

- 1.- Preparar el material (destapar las jeringas).
- 2.- Lavarse las manos utilizando la técnica correcta, colocarse los guantes y llenar 2 mL de solución de lidocaína en la jeringa de 5 mL.
- 3.- Cambiar la aguja de la jeringa con lidocaína por la de insulina.
- 4.- Localizar los sitios de infiltración.
- 5.- Realizar una correcta antisepsia, (ejemplo, utilizar técnica de barrido).
- 6.- Infiltrar lidocaína (0.5 ml).
- 7.- Desechar el material donde corresponda y lavarse las manos.

EVIDENCIAS.



CONCLUSIONES.

En la práctica realizada el día 30 de octubre del presente año, obtuve buenos resultados en base a los conocimientos adquiridos, ya que fue mi primera anestesia local, con un poco de nervios la pude realizar, de ver como se realizan solamente en películas y series, donde se ve que es muy sencillo, pero al momento de vivirlo, de realizarla, y más si es la primera vez ya no se ve tan fácil, pero gracias al docente, se pudo realizar adecuadamente la práctica, en base a una técnica correcta, donde tuvimos mucho cuidado, para ello, revisamos la anatomía de la mano, para poder conocer o al menos tener en mente en donde se ubican las arterias, las venas y los nervios en los dedos de la mano, para que la práctica se realice correctamente, siempre con la supervisión del docente, donde nos apoyaba en ver que si lo estábamos haciendo correctamente y a quitarnos el miedo. A la hora del piquete, pude observar y sentir como es que se inserta la aguja, como se siente cuando atraviesa la piel, y que se debe de aspirar un poco después de introducir la aguja para verificar que no estemos en algún vaso sanguíneo. Al igual que experimentar efectos de anestesia en alguna parte de mi cuerpo, cuando yo fui paciente, después de que la persona haya terminado la aplicación conmigo, no podía mover mi dedo, un efecto totalmente nuevo para mí.

Adquirí conocimientos totalmente nuevos, complicados al inicio, pero muy interesantes, donde sé que debo de seguir practicando para mejorar la técnica, al igual conocí todos los riesgos que puede tener una mala técnica para la aplicación de anestesia local, resaltando la dosis máxima o tóxica.

Me gustó mucho la práctica ya que es una experiencia totalmente nueva, y donde me llevo un gran aprendizaje.

LIDOCAÍNA

Anestésico local amídico de acción inmediata (1-3 min) y duración de efecto intermedio (60-180 min)

Grupo: Amidas

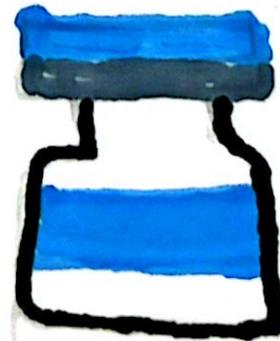
Metabolismo hepático.

Dosis inicial: 50 a 100 mg o de 1 a 1,5 mg / kg de peso corporal.

Dosis máxima: La dosis máxima en 24 horas es de 500 mg de lidocaína, no debiendo de exceder de 7 mg / kg de peso corporal en adultos.

4,5 - 7 mg / kg (máximo: 200 mg).

Duración: Depende de la vía de administración y dura 30 minutos y 3 horas.



ANATOMÍA DE LA MANO

HUESOS

La mano está formada por 27 huesos divididos en 3 grupos: Hueso del carpo (carpianos), Huesos del metacarpo (metacarpianos) y Falanges de la mano.

Huesos del carpo: Dispuestos en 2 filas distintas.

- Fila proximal: hueso escafoide, semilunar, piramidal y pisiforme.

- Fila distal: huesos trapecio, trapecoide, grande (capitudo) y gancho.

Metacarpianos: Base del metacarpiano, cuerpo del metacarpiano y cabeza del metacarpiano.

Falanges: Falange proximal de la mano, falange media de la mano, falange distal de la mano, Base de la falange de la mano y cuerpo de la falange de la mano, cabeza de la falange de la mano.

OMAM

in

AIMOTANA

OPONENTE DEL PULGAR
ABDUCTOR CORTO
DEL PULGAR
FLEXOR CORTO
DEL PULGAR

ADUCTOR DEL
PULGAR

Tendón del flexor
largo del pulgar

Tendón del flexor
superficial de los
dedos (seccionado)

Tendón del flexor
profundo de los dedos
(seccionado)

Tendón del flexor profundo
de los dedos

Hueso pisiforme

Retináculo flexor

ABDUCTOR DEL MEÑIQUE

FLEXOR CORTO DEL MEÑIQUE

OPONENTE DEL MEÑIQUE

LUMBRICALES

Vaina (sinovial) del
tendón del dedo:

Hoja parietal

Hoja visceral

Pronador cuadrado

Túnel carpiano

Retináculo flexor

OPONENTE DEL PULGAR

INTERÓSEOS DORSALES

INTERÓSEOS PALMARES

Metacarpianos

Tendones del
flexor profundo
de los dedos

Primer metacarpiano

PRIMER LUMBRICAL

SEGUNDO LUMBRICAL

TERCER LUMBRICAL

CUARTO LUMBRICAL

Tendones del flexor
superficial de los
dedos (seccionados)

Tendones del flexor
profundo de los dedos

MÚSCULOS

Músculos intrínsecos.

Son los verdaderos músculos de la mano porque sus orígenes e inserciones están ubicados en la región de la muñeca y la mano. Consisten en 5 grupos:

Musc. Tenares: Abductor corto del pulgar, flexor corto del pulgar y oponente del pulgar.

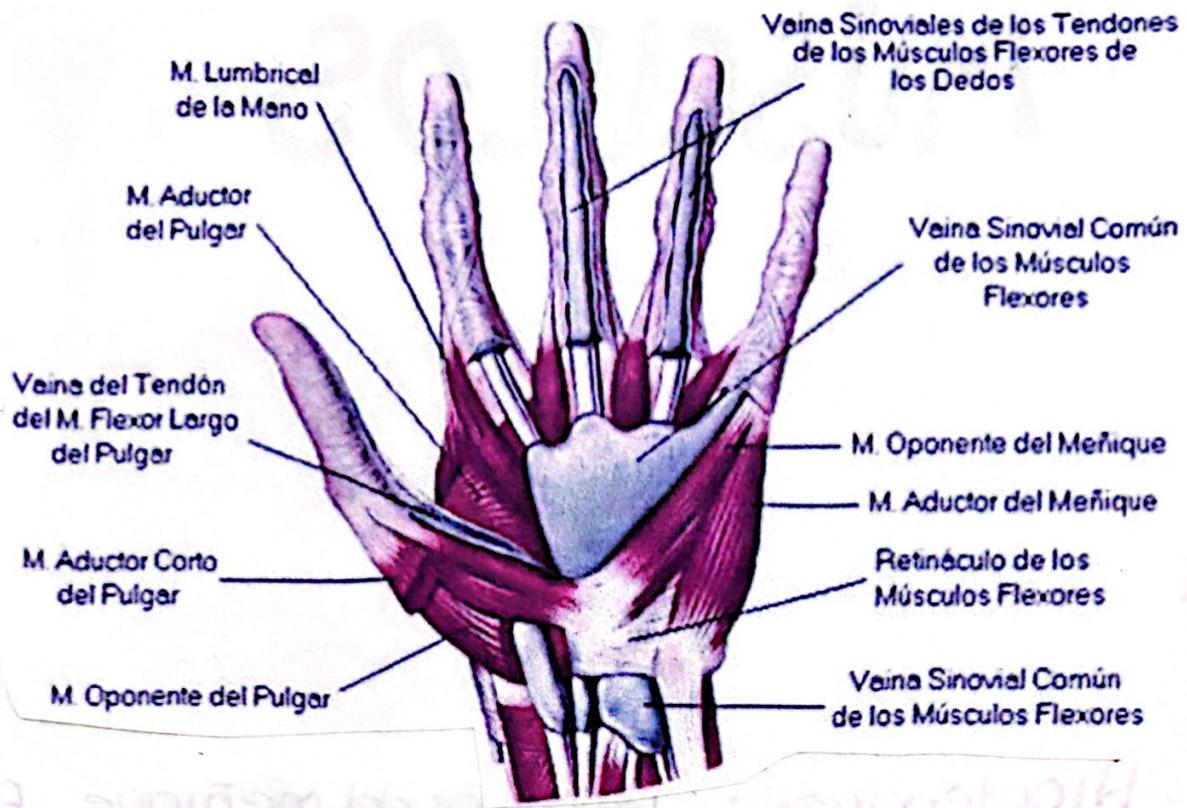
Musc. Hipotenares: Abductor del meñique, flexor del meñique y oponente del meñique.

Musc. cortos de la mano:

- Compartimento central: lumbocales (4).
- Compartimentos interóseos: interóseos dorsales (4) y interóseos palmares (3)

Músculos tenares:

- Oponente del pulgar NM
- Abductor corto del pulgar NM
- Flexor corto del pulgar NM
- Cabeza superficial NU
- Cabeza profunda NU
- Aductor del pulgar NU
- Cabeza oblicua NU
- Cabeza transversa NU



Músculos hipotenares:

- Abductor del dedo NU meñique.
- Flexor corto del dedo meñique NU
- Oponente del dedo meñique NU

Músculos cortos

- Lumbricales 1° y 2° NM
3° y 4° NU
- Interóseas dorsales 1° y 4° NU
- Interóseas palmares 1° y 3° NU

ARTERIAS

Todas las arterias de la mano se originan a partir de dos arterias: arterias radial y ulnar. Estas arterias descienden por los lados radial y ulnar del antebrazo.

Las arterias radial y ulnar dan origen a las siguientes ramas específicas en la mano:

- Arco palmar superficial.
- Arco palmar profundo.
- Arterias digitales palmares comunes.
- Arterias digitales palmares propias.
- Red carpiana dorsal.
- Arterias metacarpianas dorsales.
- Arterias digitales dorsales de la mano.
- Arteria principal del pulgar.

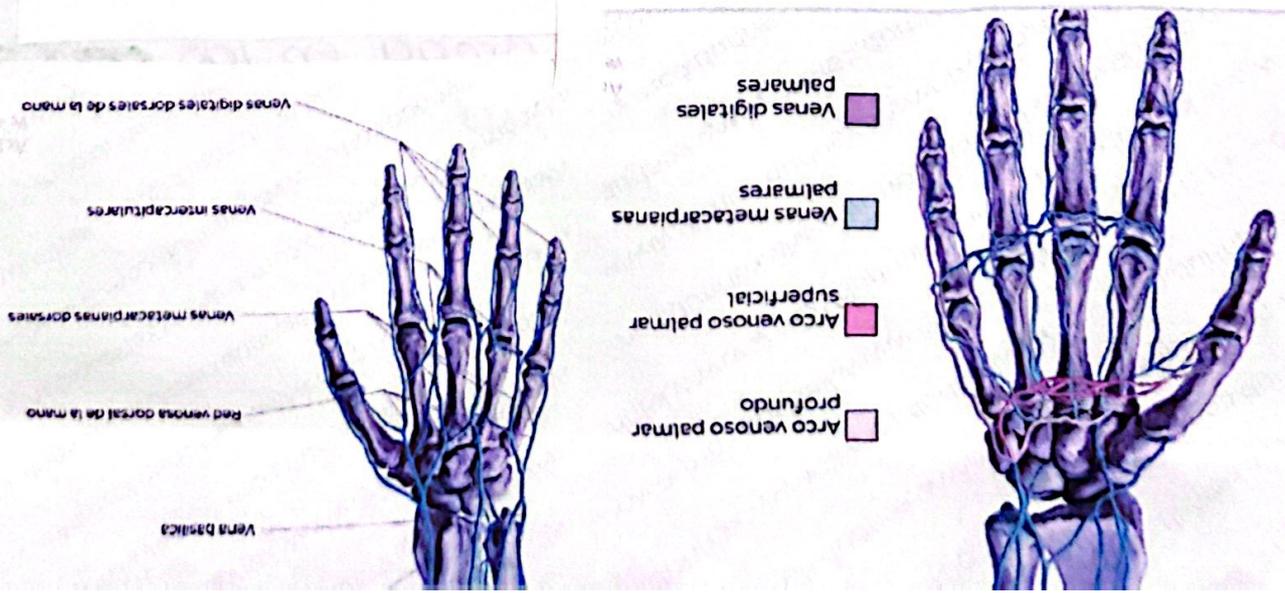
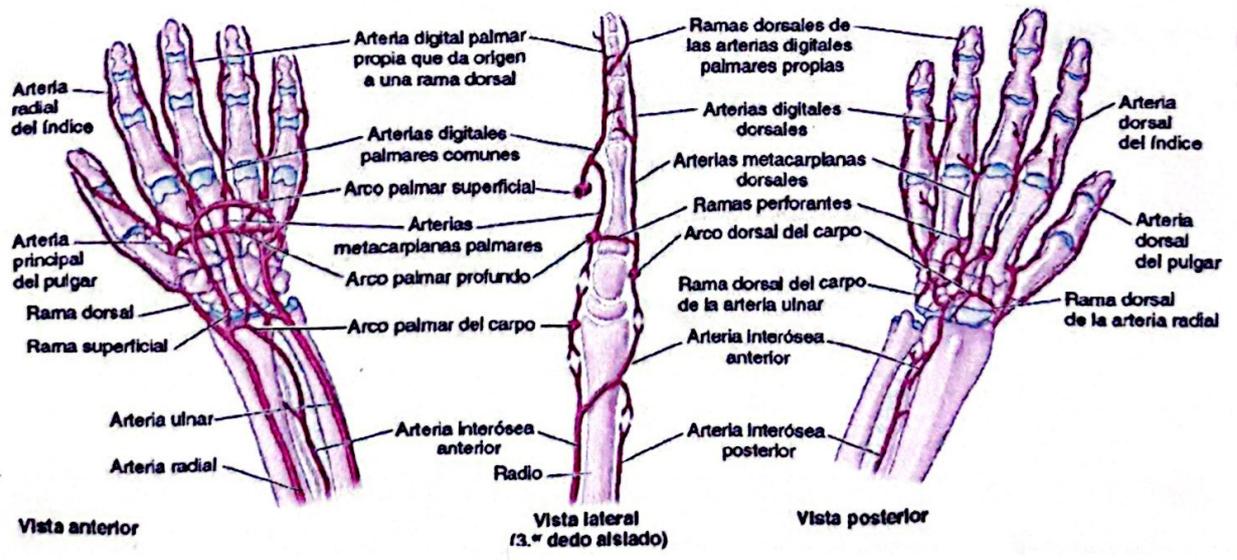
VENAS

El drenaje venoso se produce a través de la red venosa dorsal. Esta se encuentra a lo largo de la región metacarpiana dorsal y drena en las venas cefálica (cara lateral) y basilica (cara medial). Puede existir la vena cefálica accesoria, que drena la sangre de la parte media de la red venosa dorsal.

Los arcos venosos palmares superficial y profundo reciben afluentes metacarpianos y digitales palmares. Posteriormente se drenan en las venas profundas del antebrazo, es decir las venas radiales y ulnares.

Las principales venas de la mano son:

- Arco venoso palmar superficial.
- Arco venoso palmar profundo.
- Red venosa dorsal de la mano.
- Venas digitales metacarpianas palmares.
- Venas digitales palmares.



NERVIOS

Se originan del plexo braquial que se encuentra en la raíz del cuello y la región axilar.

Los nervios importantes del plexo braquial que inervan la mano y la muñeca son los nervios:

Mediano, Ulnar y Radial.

Nervio mediano: Atraviesa el túnel carpiano del retináculo de los musc. flexores y se divide distalmente en el ramo recurrente y los ramos digitales palmares comunes. El ramo recurrente proporciona el suministro motor para los 3 musc. tenares y los musc. lumbricales primero y segundo están inervados por los ramos digitales palmares.

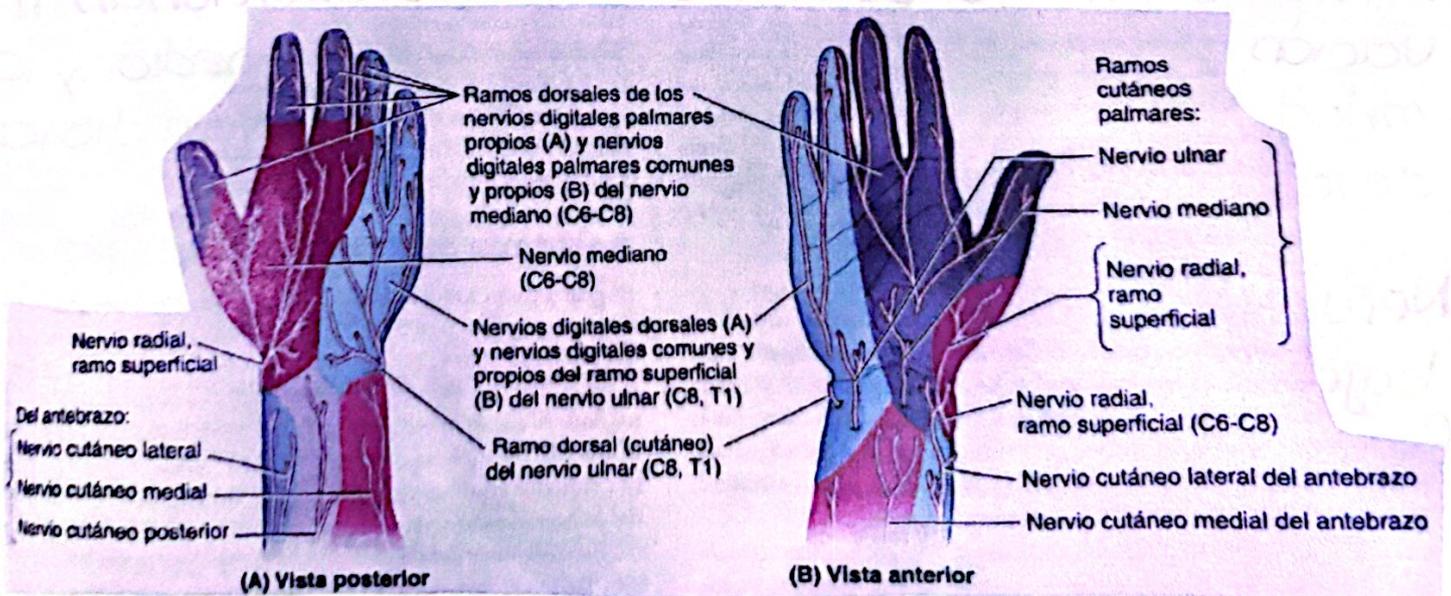
Nervios digitales palmares propios proporcionan inervación cutánea para los dedos: índice, medio y la mitad lateral del dedo anular, así como el tercio distal de las caras dorsales de los mismos dedos.

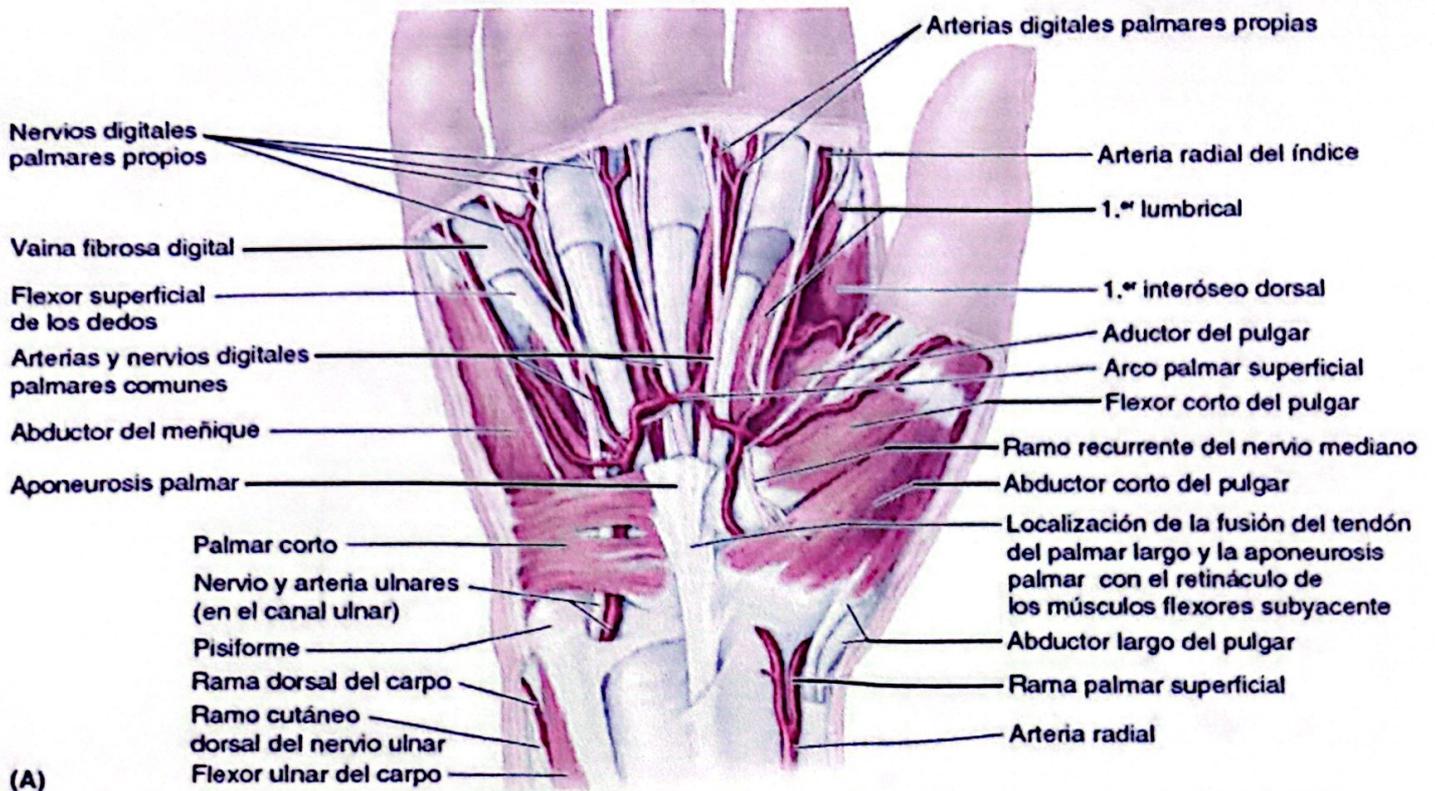
Nervio ulnar (cubital): Entra en la mano por debajo de la parte superficial del retináculo de los musc. flexores (canal de Guyon) tras lo cual se divide en los ramos profundo y superficial. El ramo profundo es motor e inerva a los musc. hipotenares, interóseos y 2 lumbricales mediales. El ramo superficial es sensitivo pero inerva al musc. palmar corto; proporciona inervación cutánea palmar y dorsal de dedo meñique y

NERVIOS

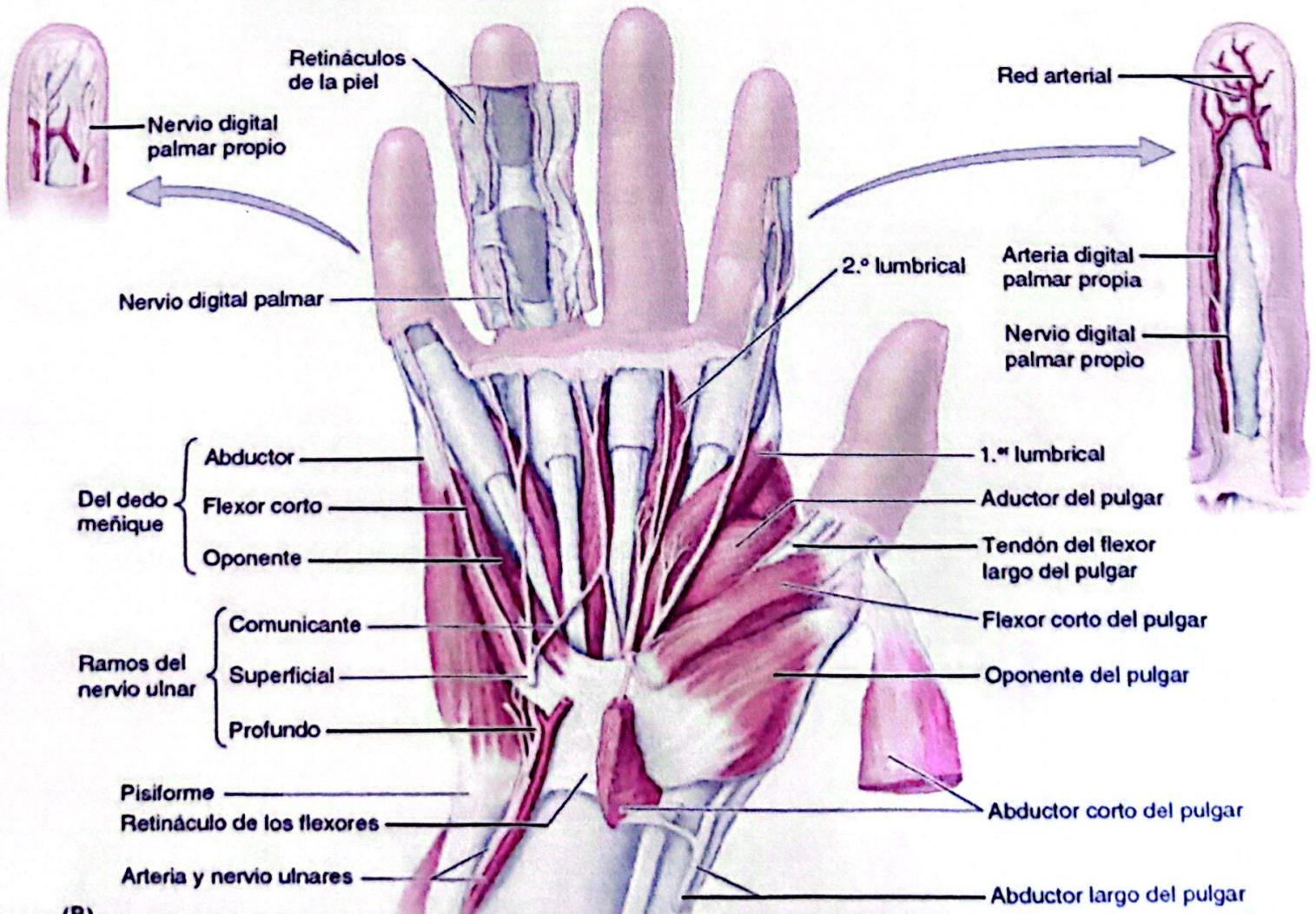
a la mitad medial del dedo anular.

Nervio radial: Ramo Superficial, función sensitiva en la mano y da origen a una serie de ramos digitales dorsales sobre la tabaquera anatómica. Estos ramos proporcionan inervación cutánea dorsal a los dos tercios proximales del pulgar, el índice, la mitad medial y la mitad lateral de los dedos anulares, así como a la cara lateral del dorso de la mano y la base del pulgar.





(A)



(B)

ANATOMIA DE LA ANESTESIA REGIONAL.

Los nervios digitales comunes se derivan de los nervios mediano y cubital y se dividen en la parte distal de la palma de la mano en la cara volar, la punta y el área del lecho ungueal.

Los principales nervios digitales, acompañados de vasos digitales, corren ~~en~~ ^{en} la cara ventrolateral del dedo inmediatamente lateral a la vaina del tendón flexor.

Pequeños nervios digitales dorsales discurren por la cara dorsolateral del dedo y administran inervación al dorso de los dedos hasta la articulación proximal.

EQUIPO

Tocallas estériles y 4-17. x 4 pulg. gasas.

Una jeringa controlada de 10 ml con anestesia local.

Una aguja de calibre 1.5 de 25 pulgadas.

TÉCNICA

1. Un calibre 25.15 pulgadas se inserta la aguja en un punto de la cara dorsolateral de la base del dedo y se levanta una pequeña rancha cutánea.
2. La aguja se dirige anteriormente hacia la base de la falange.
3. La aguja se avanza hasta que contacta con la falange.
4. Se inyecta un ml de solución a medida que se retira la aguja 1 a 2 mm del contacto con el hueso.
5. Se inyecta continuamente 1 ml adicional a medida que se retira la aguja hacia la piel.

A medida que se inserta la aguja y se realiza la inyección el operador observa el área palmar para detener el avance de la aguja en caso de que se vea una protuberancia de la dermis palmar opuesta a la punta del nervio.

Bibliografía

Vasković, D. J. (03 de Noviembre de 2023). *KenHub*. Recuperado el 29 de Octubre de 2024, de Anatomía de la mano y muñeca.: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/mano-y-muneca>