

1

Constitucion de 1978

1 Título preliminar y 10 títulos (saberse de que trata cada uno)

Artículo 43 está en el Título 1 (que trata de los derechos y deberes fundamentales) Capítulo 3.

Artículo 43 se traslada a los poderes públicos la responsabilidad de organizar la salud pública, fomentar educación sanitaria , educación física y deporte...

Artículo 40 velar por seguridad e higiene en el trabajo

Artículo 41 Mantendrán regimen de la SS

Artículo 49 Política disminuidos

Artículo 51 Defensa consumidores y usuarios

Artículo 148 Competencias que pueden asumir las CCAA (p.ej: salud pública)

Artículo 149 Competencias exclusivas del estado

Artículo 13 solo los españoles gozarán del artículo 23.Los extranjeros la ley vigente.

Artículo 23 derecho a participar en política y acceder a funciones y cargos publicos

El T.Constitucional (Título 9) consta de 12 miembros nombrados por el REY (4-Congreso por mayoría de 3/5;4-Senado por mayoría de 3/5-2 Gobierno-2 Consejo General del Poder Judicial).Para acceder juristas de > 15 años de experiencia por un periodo de 9 años renovandose por terceras partes cada 3.

Deefensor del pueblo Titulo 1 art.54 salto comisionado de las cortes generales para defensa de derechos y libertades de los ciudadanos en cualquier autonomia.

No puede intervenir si no hay existencia de intervención por administraciones públicas, conflictos entre particulares, ha pasado más de 1 año, quejas anónimas, o disconformidades con resoluciones judiciales.

2. El Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana: La Generalitat. Competencias. Relaciones con el Estado y otras Comunidades Autónomas. Relaciones con la unión europea. Acción Exterior. Administración local. Economía u Hacienda. Reforma del Estatuto.Otras instituciones de la Generalitat Valenciana.

Es una ley orgánica (1/2006 10 de abril)y por tanto cualquier modificación requiere la mayoría absoluta del congreso.

No regula nada de sanidad sino que se dedica al territorio la identidad el nivel de competencias y la organización de sus instituciones.

Las instituciones conforman la Generalitat y son: Corts, consell y president.TambiénSindicatura de comptes , de greuges, consell de cultura, academia de la llengua, consell juridic consultiu y comite economic y social.

Comarcas circunscripciones administrativas y para dividir las se hará a través de una ley de les Corts.

La Generalitat para participar en el Exterior necesita al Consell cuando le compete y deberá ser oído si indirectamente le afecta.

Si se requiere una reforma que solo atañe a la ampliación de competencias deberá ser aprobado por las Cortes generales mediante ley orgánica previamente se necesita la aprobación por les CORTS por mayoría simple.

Una reforma más allá de las competencias requiere la aprobación pero no de mayoría simple sino **2/3**, aprobación por las Cortes generales y referéndum de electores en Valencia.

Competencias exclusivas, de legislación y ejecución, de ejecución solamente.

3. La Ley de Gobierno Valenciano: El Consell. Relaciones del Consell y Cortes. Administración pública de la Generalitat Valenciana. Responsabilidad de los miembros del Consell y de la administración Pública de la Generalitat Valenciana.

Regulado por Ley 5/1983 30 diciembre y 12/2007 del 20 de Marzo

El presidente generalitat dirige el Consell representa la C. Valenciana. Elegido por les Corts su presidente lo comunicará al rey y será nombrado por el Rey. Se publicará en el BOE en el plazo de 10 días. Es responsable ante Les Corts.

El Consell viene regulado en el Título 2. Tiene potestad ejecutiva y reglamentaria, dirige la administración de la Generalitat.

sigue....

5. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

La atención urgente se hace en el horario ordinario como fuera de este.

El CICU es el centro regulador.

El Médico SAMU es el representante de la conselleria de Sanidad en el puesto de Mando avanzado.

6. Ley 6/2008, de la Generalitat Valenciana, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Público de la Comunidad Valenciana. Decreto 154/2006, de 13 de octubre, del Consell, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, en virtud de la Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria.

Aseguramientos

Grupo 1 -Prot. estatal

Grupo 2 p. autonómica

Grupo 3 Desplazados de otra comunidad o país

Grupo 4 Privados

Grupo 1 Residentes en la C.Valenciana excepto Muface....; Personas sin recursos; ALOS QUE SE APLIQUE REGLAMENTO COMUNITARIO O R.BILATERAL.Menores de 18 a. y embarazadas extranjeras.

El SIP es único, perdurable exclusivo independientemente del estado de alta.

El SIP lo tendrá el Grupo 1 y 2 .Lógicamente el G.3 tiene el de su comunidad.

La aprobación del plan de salud lo aprueba el consell a propuesta del conseller de sanidad y lo remiten a les Corts para su conocimiento p.maximo 30 días.

Actualmente 2005-2009 .El seguimiento y evaluación lo hace la dirección general de ordenación, evaluación e investig.sanitaria.

Hay 17 areas de actuacion con 90 objetivos.Los 2 más importantes Hábitos y estilos de vida seguido de entorno y salud.

8. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el cual se aprueba el Reglamento de selección y provisión de plazas de personal estatutario al servicio de instituciones sanitarias de la Generalitat Valenciana.

Las faltas son muy graves, graves o leves.Lo decide el servicio de salud donde el interesado cumple sus funciones.

Las leves prescriben a los 6 meses.

Se accede generalmente por concurso-oposición pero en circunstancias determinadas podrá ser por concurso (meritos).Incluso libre designación en coordinadores de equipo y responsables de equipos de atencion primaria.

9

Ley 55/2003

Retribuciones básicas:Sueldo, trienios, Pagas extraordinarias

Retribuciones complementarias:Todas las demás (Productividad, atención, carrera profesional....)

Periodos de permiso, vacacional, horarios

Decreto 137/2003 Todos pueden ser requeridos para trabajar entre las 16-21 h. de 2,h 30 hasta 5 h en sustitucion de sábado.

2 horas de trabajo y que concluye más de la 1 a.m volverá a las 11 de las mañana. 2 horas entre las 2-6 h será sustituida por tarde. 4 horas exención.

Carrera profesional

Voluntaria, irreversible y homologada en todos el sistema nacional de salud lo dirigira la comisión de seguimiento de la carrera profesional presidida por el director gerente de la agencia valenciana de salud.

Decreto 66/2006 se ha de permanecer por lo menos 5 años en cada categoría 1 y 2 y 6 años Grado 3 y 4.Si una vez solicitado no hay contestación en 6 meses se entenderá por aceptado.

G-0 sin denom.especifica

1.- Adjunto

2.- Experto

3.-Referente

4.- Consultor

Se evaluará actividad asistencial, adquisición de conocimientos, actividad docente e investigadora, compromiso con la organización.

10. Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 54/2003, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.

32 articulos en 10 titulos: 2derecho de los pac.3 derecho a la informacion4 consentimiento voluntades anticipadas y testamento vital.5 historia clinica 6derecho a intimidad 7 derecho a participar 8 consejo asesor de bioetica 9.obligaciones de los pacientes

Derechos: Trato digno,humano, a acceder a todos los servicios asistenciales, confidencialidad de datos, obtener las prestaciones sanitarias, básicas del SNS,recibir informacion comprensible, tambien a discapacitados, medico/pediatra y centro enm los términos establecidos,,informes solicitados por la via correspondiente, participar en actividades sanitarias, disponer de SIP, respeto y consideracion a tetamento vital y v.anticipadas,

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 54/2003, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

Cons.Informado:Por miembros familia, menor de edad o incapacitado, o el representante legal contrario a los intereses, los menores emancipados y con suficiente cabeza según el medico responsable.

El alta es forzosa si nos e somete a los tratamientos previa información al director del centro oirá al paciente y si persiste negativa se pondrá en conocimiento del juez.

La historia contiene todos los datos da igual en que formato es confidencial.Es única por paciente.

El acceso a la hitoria puede hacerse por parte del paciente o por consentimiento escrito del paciente.tanto de familiares directos como familiares con debida acreditación de representante legal.

Es propiedad de la administracion sanitaria donde el medico trabaja y si no trabaja en centro u hospital la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.

El informe de alta debe contener los datos del paciente, resumen del historial clinico, actividad asistencial,diagnóstico y recomendaciones terapéuticas.

En riesgos laborales las empresas tendran delegado de prevenciones obligado a partir de 500 . 250 en riesgos especiales y en caso de menos de 6 asumido por el propio empresario.

En caso de incumplimiento de riesgos laborales será competencia de economía , hacienda y empleo.

11. Conceptos informáticos básicos. Hardware / software. Sistema operativo. Lenguaje. Programas de aplicación. Periféricos. Conectividad. Utilización de ordenadores en red: usuarios de red y compartición de recursos.

Hardware-Fisico Software- No fisico

14

Test de apnea llegar a P_{CO2} de 60 sin respirar lo cual suele durar 6 minutos.

No debe de haber hipotermia, intoxicación, barbituricos < 10 , shock (P sistólica por lo menos de 90).

En niños mayores de 1 año observación de 12 h. RN hasta 7 días observación 7 días

15

Las plaquetas estan entre 150-400

Por debajo de 50000 contraindicada intervención.

Si se toma aspirina esperar entre 5-7 días.

El Plavix es mas peligroso porque permanece mas tiempo y puede inhibir incluso las plaquetas transfundidas.

Si la intervención es urgente administrar plasma (1 bolsa sube 10000 las plaquetas). Generalmente se dan 2-3 unidades hasta 6.

Si se realiza craneotomía esperar entre 3-5 días para reanudar la anticoagulación.

La heparina puede producir trombosis trombocitopenia.

Al reintroducir sintrom dar unos días heparina porque los primeros 3 días existe hipercoagulabilidad.

La vitamina K siempre IM

Si es muy urgente complejo protrombínico.

16. Fundamentos del diagnóstico por imagen. Radiología del cráneo. Radiología del raquis. Ecografía y Doppler. Tomografía axial computerizada. Resonancia magnética. Tomografía de emisión de positrones (PET). Medicina nuclear

Craneofaringioma erosiona clinoides adenoma agranda. Signo de la J glioma n. optico DD Hurler

Calcificación g. pineal.

Lineas de I. basilar

Col. Cervical

Relacion atloideo-occipital de Power igual o meor de 3 mm en adultos y 4 mm en niños.

Diametro c. raquideo 17 mm

18

Indicaciones estereotaxia: biopsia lesiones múltiples, implante de braquiterapia, colocación de electrodos, radiocirugía, biopsia lesiones profundas, evacuación del hematoma, localización en craneotomía abierta.

Contraindicaciones: Coagulopatía, Plaquetas < 50000

Los mejores resultados histológicos con lesiones que captan contraste.

La complicación más frecuente hemorragia aumentada en HIV +

19

Neuroendocrinología

En caso de fallo adrenergico se deben de reponer gluco y mineralcorticoides

En caso de insuficiencia hipofisaria glucocorticoides

Si la insuficiencia de la c.suprarrenal es por culpa de la hipófisis se darán metilprednisolona y dexametasona (Glucocorticoides).

Si das mineralcorticoides en vez de glucocorticoides se produce hipopotasemia retención líquidos, retención de Na, hipertensión arterial.

Efectos secundarios de los corticoides alcalosis amenorrea, necrosis avascular, cushing, cataratas, perforacion diverticular, lipomatosis, infección por hongos, hipertensión glaucoma, hirsutismo, trastornos de cicatrización.

Neurooftalmología 299-316

Desviación oblicua alternante intermitente aperiódica (seesaw) en pacientes con lesión en el diencéfalo.

Nistagmo convergente en el pinealoma parte alta mesencéfalo.retractor y media mesencefálica.

Bobbing ocular-(Pontino).tegmento del puente fasciculo longitudinal medial pontino.

El nistagmus de origen vestibular periférico es el más frecuente y consta de dos fases:Una lenta o vestibular yotra fase rápida de origen cortical.

Nistagmo vertical por tumores de fosa posterior, sedación o antiepilépticos.

Hacia abajo fosa posterior-cervicomedular (foramen magno)

Hacia arriba medula

Edema de papila tarda entre 1- 2 días en aparecer lo más pronto en 6 horas no conduce a alteración visual más típico de la neuritis óptica.

Cuadros donde existe papiledema:Foster Kennedy, inflamación, glioma óptico, esclerosis múltiple.

Diametro pupilar acetilcolina, norepinefrina (desarrollar...)

20

Los cuadros de hiponatremia en neurocirugía son 2:

SIADH hipervolemia (luego osmolalidad urinaria elevada y en sangre baja) poco sodio-Dar sodio y no dar líquidos

Síndrome pierde sal hipovolemia (luego osmolalidad urinaria baja y en sangre elevadaa)- Da sodio y líquidos

La hipernatremia en D.Insípida que es neurogénica pero que puede ser nefrogénica

Peso específico por debajo de 1003 Osmolalidad urinaria por debajo de 200 mOsm/L Salida de orina por hora > 250 cc/h

21

Hipertensión intracraneal. Fisiopatología.

CPP=MAP-ICP; MAP 1 sistólica + 2 diastólicas /3

CPP ha de ser > 60 y normal > 50

1 mm Hg= 1,36 cm H₂O

Monroe Kellie

La HTE hay que tratarla a partir de 20 mm Hg aún así la mortalidad es del 20 %

HTE es fatal por encima de 25-30 mmHg

Cuando el TAC es patológico un 60 % tiene HTE y un 13 % tienen HTE a pesar de un TAC normal.

Como factores de riesgo:Edad > 40 a. TA por debajo de 90 mm Hg.Decerebración o decorticación.

ICP a GCS por debajo de 8 y TAC patológico o dos de los criterios anteriores.

Se puede retirar el monitor cuando es normal la PIC entre 2-3 días.

Complicaciones de PIC 0,5 % hemorragia que precisa tratamiento quirúrgico.Incidental 1,4 %.

Ondas A > 50 mm Hg de 5-20 minutos de duración

Ondas B 10 - 20 de 30 segundos a 2 minutos.

Cuando no funcione un catéter ventricular se puede usar un máximi de 1,5 ml de solución salina.

Si disfunciona es que hay una oclusión está mal colocado hay aire o los ventrículos están colapsados.

AVDO₂ en bulbo yugular:Isquemia cerebral: > 9ml/dl Hiperemia < 4 ml/dl.

Mantener siempre ICP por debajo de 20 CPP por encima de 60.P.sistólica por encima de 90 mm Hg y Po₂ por encima de 60.Por muy poco espacio de tiempo y solo ante crisis agudas de elevación PIC PCO₂ por debajo de 30 mmHg.Corregir inmediatamente la fiebre.Mantenerlo siempre Euvolémico.Glucemias nunca altas.

Manitol no dar en caso de hipovolemia, hipotension, PIC normal o osmolalidad sangre por encima de 320 (por encima 320 puede producir una necrosis tubular aguda).

La dopamina se puede usar para elevar la presión arterial. Los sueros isotonicos salinos + 20 mEq ClK/l. Nunca Ringer Lactato.

En caso de HTE refractaria Coma barbiturico, Craniect.descompresiva, hiperventilación 30-35 mm Hg por periodos cortos e hipotermia son validas.

Peligro de la hipotermia: Trombocitopenia, aumento creatinina, pancreatitis, indice cardiaco disminuido.

El manitol produce al principio aumento de volumen vascular y el cerebra reacciona con vasoconstricción bajando así la presión. El efecto osmótico tarda entre 15-30 minutos. Administrar siempre como bolo y reducir en vez de suspender de forma brusca por el efecto rebote.

Nunca mezclar el manitol con corticoides y fenitoina ya que pueden provocar un estado hiperosmolar (coma diabético) hyperosmolar nonketotik state.

La craniectomia ha de ser al menos de 12 cm con duraplastia y resección del tip temporal 4-5 cm en dominante y 6-7 cm en no dominante.

Los barbituricos se pueden usar tanto para la HTE refractaria como para la cirugía aneurismática.

El problema del barbiturico es la hipotensión por depresión miocárdica.

Se debe de mantener el coma barbitúrico en 3- 4 mg % la dosis es de 5mg/kg peso

El coma dura 2 días. Para certificar la muerte cerebral la cantidad de barbiturico ha de ser < 10 microg/mL

Síndromes de herniación cerebral. Hipertensión intracraneal benigna: pseudotumor de cerebro. Etiología, clínica y opciones de tratamiento quirúrgico.

22

Lesion medular completa: Ausencia completa de función motora, sensitiva o ambas 3 segmentos por debajo de la lesión tras 24 h no habrá recuperación.

Disociación bulbo-cervical

Incompleta:

Síndrome central por hiperextension predominio en brazos con hiperalgesia (el más frecuente).

Síndrome anterior disociación termoalgésica paraparesia tetraparesia

Brown-Sequard disociacion contralateral paresia homolateral. El mejor pronóstico de todos

La invasión del cuerpo vertebral por diseminación hematógica, es la causa más frecuente de la compresión medular.

El dolor es el síntoma más precoz y frecuente la exploración complementaria más importante es la RM de la columna completa.

Tratamiento corticoides en combinación con el tratamiento oncológico radioterápico y/o la cirugía son las armas terapéuticas.

25

En la ventriculostomía endoscópica la irrigación debe estar a la misma temperatura, concentración iónica osmolaridad y PH que el LCR.

27

Oligodendroglioma

2-4 % de los tumores-35 % en adultos-raro en niños.

Meningioma

15-20 % de los tumores - 1,5 % en niños.

28

Astrocitoma

Quístico, bien circunscrito. Capta y presenta nódulo mural que hay que extirpar

31

Gliomas de troco en adultos 1 % . En niños 10-20 % de los tumores del SNC

32

Macroadenomas mayores de 1cm. 10 % de todos los tumores. 3-4ª década misma proporción sexo. Relacionado con endocrinopatías múltiples.

En aprox. 10 % apoplejía por hemorragia o necrosis. Indicación quirúrgica urgente si deterioro visual agudo y si es hipocefalia DVE. Inmediatamente dar corticosteroides.

33 Linfomas intracerebrales. Carcinomatosis meníngea: problemas quirúrgicos.

Relacionado con el virus de Epstein-Barr

Estudio oftalmológico: Uveítis. PL: LCR con células de linfoma en 10 %.

TAC y RM cerebral: Lesión hiperdensa que tras administración de contraste presenta captación homogénea en forma de bola de algodón.

Actitud terapéutica: Biopsia. muy sensible a Radioterapia seguida de quimioterapia

35. Tratamientos coadyuvantes en los tumores de cerebro. Tratamientos quimioterápicos. Radioterapia. Radiocirugía

La QT evidence based es BCNU en intervalos de 6 semanas

Radioterapia dosis de 50-60 Gy

RT en oligodendroglioma CCNU. Vincristina. Procarbazina. Temozolamida

Radiocirugia en S.vestibular 14 Gy

RT en adenomas de hipofisis si no es resecable

Germinomas sensibles a RT y QT

36

Glioma optico 2% adultos.En niños 7 %.

Si son quiasmáticos solo Biopsia + RT.Si son anteriores excisión nervio óptico.

Tumores de la base del cráneo

Schwannoma vestiular 10 % en adultos- 0 % en niños.

37. Tumores intramedulares: astrocitoma y ependimoma. Otras variedades histológicas. Tumores extramedulares intradurales. Meningioma y neurinoma. Otros tumores.

Extradurales (metastásicos)-Intradurales-Extramedulares(Meningioma-Neurofibroma)-Intramedulares (Astrocitoma-ependimoma) dolor en decúbito.

38

El osteoma osteoide espinal es una lesión benigna generalmente menos de 1 cm.

El osteoblastoma benigno cervical 25 %, torácico y lumbar 35 % cada uno

Tanto el osteoma osteoide como el osteoblastoma dan dolor nocturno que calma con aspirina.

Los hemangiomas vertebrales son frecuentes no malignos asintomáticos y muy radiosensibles, pero tambien se puede realizar vertebroplastia.

El mieloma múltiple cuando es solitario se llama plasmocitoma y este tiende en 10 años a ser un mieloma multiple.

Se diagnostica por la presencia en orina de la proteina kappa de Bence-Jones en el 75 % de los casos.

Pero el diagnóstico definitivo lo da la biopsia de médula ósea.

El tumor de celulas gigantes y el quiste aneurismático se tratan mediante curetaje intratumoral previa posibilidad de embolización

La metástasis corticoides, cirugia, RT en RM son hipointensos en T1 e hiperintensos en T2.

El tratamiento preferido es via anterior con instrumentación en vez de posterior que desestabiliza.

40 Casuas HSA Traumatismo- aneurisma -MAV ver causas...

Riesgo principal el resangrado.10 % fallecen antes de llegar a Hospital

Hunt y Hess

Síndrome de Terson

Los eritrocitos en la hemorragia de LCR tardan 2 semanas en desaparecer.

La xantocromia más semanas

43. Malformaciones arteriovenosas cerebrales. Clasificación. Diagnóstico y opciones de tratamiento: cirugía, embolización y radiocirugía. Fístulas carótido-cavernosas: espontánea y traumática. Clínica, diagnóstico y tratamiento.

Su presentación clínica es primero hemorragia y después crisis

Fístulas son las de la vena de galeno carótido cavernosas y fístulas durales.

Las fístulas arteriovenosas aunque de alto flujo y presión tienen baja incidencia de sangrado.

46. Lesiones vasculares de la médula espinal. Clasificación y tratamiento quirúrgico y endovascular

Clasificación de las tipo 4

Golpe de puño de Michon

Síndrome de Foix-Alajounine

47. Traumatismo craneoencefálico: Fisiopatología. Tratamiento y pronóstico. Heridas penetrantes craneoencefálicas: Manejo inicial. Tratamiento quirúrgico. Complicaciones.

48

Indicaciones para tratar la fractura deprimida

Hundimiento igual o mayor del diametro de la tabla , déficit neurológico subyacente o laceración dural. No levantar si hay un seno venoso importante.

Levantar para evitar la epilepsia es un mito.

En caso de paresia VI par buscar una fractura de clivus.

No dar antibióticos en fracturas basales o fistulas de LCR.

Cuidado con sondas nasogástricas pueden ocasionar hasta una mortalidad del 64 % en fracturas de base.

La RX y el examen son más sensibles que el TAC.

Puede haber neumoencéfalo en RX y signos como el de Battle o hematoma en anteojos.

La anosmia es típica de la fractura frontal.

Otros signos son la rinorrea u otorrea , hemotímpano I, II, VI, VII, VIII par.

Complicaciones aneurismas, fistulas carótido cavernosas, meningitis.

Las indicaciones de corrección de tratamiento de fístulas de LCR solo indicadas en caso de persistencia.

La fractura longitudinal de peñasco es más frecuente que la transversa (70-90 %) y su complicación es la fístula mientras que en la transversa lo más frecuente es la afectación del VII-VIII par.

La longitudinal se puede apreciar por otoscopia ya que se afecta la cadena de huesecillos del oído.

Los corticoides no se han mostrado efectivos. Una paresia facial reciente puede ser quirúrgica. Se precisan 3 días para confirmar mediante EMG.

50

La fístula aparece en el 2-3 % de todos los traumas. El 95 % en los primeros 3 meses. 10 veces más frecuente en el adulto. Muchas de las otoliquorreas ceden a los 5-10 días. (80-85%). Las de nariz en el 70 %.

Anosmia en el 80 % de las fístulas.

Una vía es a través de la fosa de Rosenmüller.

La tasa de infección es del 50 % un 10 % meningitis

El organismo el neumococo

Sin fístula 5 %

Diagnóstico: > 30 mg % de glucosa y B2 transferrina. Signo del anillo. El líquido no escoria la nariz.

Método de diagnóstico Cisternografía con Iohexol

54

Fracturas y luxaciones del raquis torácico. Fracturas y luxaciones del raquis lumbar

Concepto de las 3 columnas de Denis

Se consideran fracturas menores las de transversa, articulares y espinosa.

Mayores todas las demás aplastamiento, estallido, Cinturón de seguridad, fractura-luxación

Inestables más del 50 % de pérdida de altura cifosis mayor de 40 ° en un nivel o mayor de 25 °

Estables:

Entre T1 y T8 si las costillas y esternon están indemnes

Por debajo de T4 si la columna posterior está intacta

Fractura de columna posterior

Fractura Estallido

Cirugía si ángulo mayor de 20 ° o déficit neurológico, o más del 50 % de pérdida o reducción del canal más del 50 %

Las de L5 son raras Fijación L5-S1 a pesar de ello perderán 15 ° de lordosis.

Fracturas de sacro

3 tipos ala foramen, canal.

Siempre que hay fractura de pelvis se busca la de sacro

La de ala puede causar lesión L5.

56. Hernia discal cervical, hernia discal torácica, hernia discal lumbar y estenosis del canal lumbar. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Cuadros de fracaso de la cirugía de columna. Diagnóstico y tratamiento.

Diametro AP >11,5 mm, Interpedicular > 16 mm, espesor lig.amarillo menos de 5 mm..Receso lateral> 3mm.

58

La hiperhidrosis excesiva actividad de glándulas ecrinas que estan bajo control simpático cuyo neurotransmisor es la acetilcolina y puede requerir la simpatectomía.

El g.estrellado es para la simpatectomia cardiaca

En EE.SS el ganglion T7 2º ganglio torácico

Para simpatectomía lumbar ganglio L2-L3 y via de abordaje retroperitoneal.

Complicaciones de la simpatectomía de MM.SS:Neumotorax , neuralgia intercostal, Horner, lesión medular.

63. Infecciones del raquis. Absceso epidural espinal. Osteomielitis vertebral no tuberculosa. Osteítis vertebral tuberculosa (Pott). Discitis espontánea y postquirúrgica. Enfermedades parasitarias del SNC: neurocisticercosis, quiste hidatídico, enfermedades por hongos. Complicaciones neurológicas por infección de VIH.

El 90 % se pueden curar sin intervención

El absceso epidural es mas frecuente a nivel torácico seguido del lumbar cervical

La clínica es dolor fiebre y dolor a la percusión.

La fisiopatologia es efecto masa o colapso por osteomielitis .>Tromboflebitis y mielitis.

Etiologias furunculo, Drogas IV, absceso psoas, discectomia, agujas en inmunodeprimidos, diabetes , l.renal , alcoholismo.

El organismo St. aureus seguido del Streptococo. y luego TBC

Si no se conoce el organismo cefotaxima , vancomicina, rifampin durante 3-4 semanas

Osteomielitis 6 semanas.

El mejor pronóstico lo tiene el POTT

En Discitis Srt. aureus

Cultivo + del espacio en 60 % en sangre 50 %

VSG mayor 20 PCR mayor 10 a las 2 semanas.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=memorix>

Last update: **2025/03/10 15:03**

