

1. ¿QUÉ ES INFARTO LACUNAR Y CÓMO SE CLASIFICA?

Es un infarto isquémico de tamaño entre (2-20mm) o 1,5 cm, producido por la oclusión de una arteria cerebral perforante de pequeño calibre

Tipos:

- Hemiparesia motora pura
- Síndrome sensitivo puro
- Síndrome sensitivo motor
- Hemiparesia ataxica (ataxia cerebelosa)
- Síndrome de disartria con mano torpe

2. ¿POR QUÉ SE USA PLASMAFÉRESIS EN SGB?

Disminuye en un corto tiempo la concentración de anticuerpos de antimieline, produciendo mejoría clínica en el paciente, observándose mejoría precoz de la fuerza muscular, mejor recuperación funcional y menor necesidad de ventilación mecánica

3. 5 MEDIDAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS EN ECV ISQUÉMICO

- a. Ácido acetilsalicílico 81-325mg
- b. Atrovastatina 40mg vía subcutánea
- c. Protección gástrica
- d. Oxígeno
- e. Control de factores de riesgo
- f. ABC
- g. Tac
- h. Heparina 40mg
- i. Mayor de 65 años terapia dual
- j. Rehabilitación
- k. Terapia psiquiátrica para el paciente y los familiares
- l. Control de los factores de riesgo

m. Propiroven

n. Somazina

4. FINALIDAD DE UTILIZAR ESTEROIDES EN MIASTERNIA GRAVIS

Disminuir el proceso inflamatorio diseminado por la respuesta inmune que produce la miastenia gravis, como por ejemplo la prednisona que disminuye la producción de anticuerpos, se usa con precaución en los pacientes con las formas generalizadas de la enfermedad ya que su uso puede desencadenar una crisis miasténica en 30% de los pacientes. Principalmente la prednisona se usa para evitar la exacerbación de los síntomas en los pacientes.

5. 5 MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

a. Dieta absoluta

b. Reposo absoluto sin levantarse de la cama

c. Sonda vesical

d. Laxantes y anticonvulsivante

e. Protector gástrico

f. Somazina

g. Nimodipina 50mg ev

h. Aislamiento en cuarto oscuro.

i. Angiografía de 4 vasos (Dx)

j. Hipervolemia, hemodilución e hipertensión (triple H)

6. COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

a. Hidrocefalia aguda

b. Resangrado

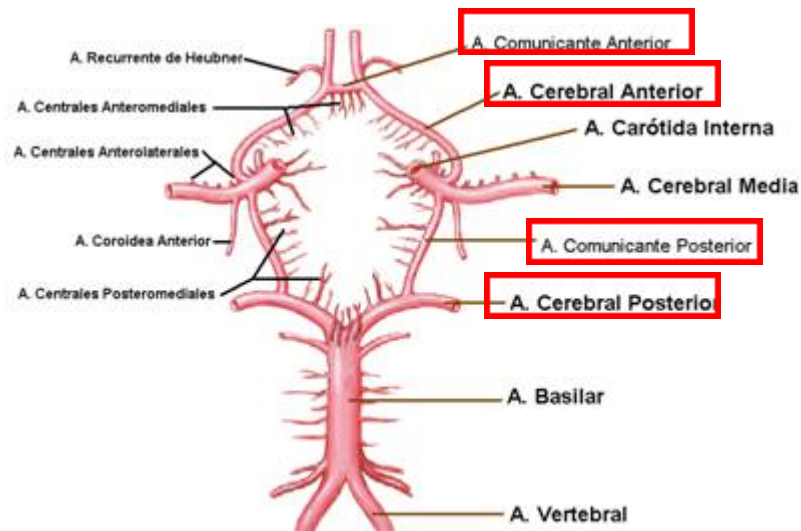
c. Vasoespasmo arterial.

d. Convulsiones

e. Extensión intraparenquimatosa

Especialmente en los días 7, 15 y 21.

7. ESQUEMATICE TRIANGULO DE WILIS



8. SINTOMAS TÍPICOS DE SGB

- a. Parálisis flácida, simétrica, ascendente, de rápida evolución
- b. Arreflexia
- c. Labilidad de la tensión arterial
- d. Paresia facial
- e. Sin fiebre u otro síntoma generalizado.

9. CLASIFICACIÓN DE MIASTENIA GRAVIS DE Osseermann

- I: Miastenia ocular (puede persistir como fenómeno aislado en ancianos)
- IIa: Miastenia generalizada leve
- IIb: Miastenia generalizada moderada
- III: Miastenia fulminante
- IV: Miastenia gravis intensa
- V: Crisis miastenica

10. ¿PARA QUÉ SE USA LA NIMODIPINA EN HEMORRAGIAS subaracnoideas?

Antagonista de los conductos de Ca, evita la lesión isquémica del vasoespasmo

11. CAUSA MÁS FRECUENTE DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Traumática es la mas frecuente, la menos frecuente es la espontanea: ruptura de un aneurisma y malformacion arteriovenosa

12. COMO CONOCER Y TRATAR UN VASOESPASMO

Por medio de la angiografiografia convecional por rayos x, eco doppler y angiografia por ct.

Tratamiento: Nimodipina 60mg cada 4 hras por 3 semanas.

13. ¿QUÉ ES LA PENUMBRA ISQUÉMICA?

La penumbra denota el tejido encefálico isquémico en que no se ha generado aun el infarto irreversible y la región puede ser salvada si hay reversión de la isquemia (15 a 20 ml por cada 100 gramos de tejido) por debajo de 10 ml la isquemia se hace irreversible.

14. ¿POR QUÉ EL ECV ES MÁS FRECUENTE EN FUMADORES DE 4 A 7 AM?

Se debe a una disminucióndel sistema fibrinolítico durante esa hora del día.

15. TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MULTIPLE

-Exacerbaciones: corticoides EV o VO. Acortan evolución

-Interferon beta1b (remitente-recurrente)

<recurrencia 31%, 97% genera Ac anti inter b

S.C (Betaseron) diaria

IM (Avonex) semanal

-Interferon alfa: Mas en adultos <Citoquinas (V.O)

-Copolimero -1 (EAE)

-Ac monoclonales anti CD4

-Clorazepan 0,5 mg/dia dosis max 3mg/dia (para el temblor)

-AINES, diclofenac potasico (para el dolor) carbamazepina si el dolor persiste

-Amantadina 200mg/dia (fatiga)

-Ingesta adecuada de liquidos y dieta rica en fibra (Para problemas del control intestinal)

-Sildenafil o prostaglandina E1 en aplicacion intrauretral o en inyeccion intracavernosa (Alteraciones sexuales) en las mujeres la complicacion mas frecuente es la anorgasmia

-Alteraciones psicológicas y cognitivas. La alteración más frecuente es la depresión, que debe tratarse con pautas estándar. Las alteraciones cognitivas no tienen tratamiento, pero puede ser de ayuda un adecuado enfoque de la situación del paciente y su familia por un psicólogo experto.

-Tratamiento rehabilitador: La rehabilitación debe considerarse como una forma de tratamiento integral de la enfermedad, con enfoque multidisciplinario, y puede conseguir una mejoría funcional evidente incluso en pacientes con incapacidades graves. Debe incluir la fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional y cuidado de las alteraciones esfinterianas, entre otros aspectos

16. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- Esclerosis Múltiple con brotes y remisiones
- Esclerosis Múltiple Benigna
- Esclerosis Múltiple Progresiva Secundaria
- Esclerosis Progresiva Primaria

17. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

- Enfermedades desmielinizantes:
 - Esclerosis cerebral y difusa de Schilder y Balo.
 - Encefalomiелitis aguda diseminada tras sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, viruela, influenza, o bien tras vacunación contra rabia o viruela.
 - Mielopatía necrosante subaguda
- Enfermedades inflamatorias: LES, Sjögren 1º Poliarteritis nodosa, Encefalopatía paraneó
- Enfermedades infecciosas: Borrelia, VIH, Paraparesia espástica tropical, Leucoencefalopatía multifocal progresiva, Neurosífilis.
- Enfermedades granulomatosas: sarcoidosis, Wegener.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Heredoataxias.
- Degeneración combinada subaguda de la médula espinal.
- Enfermedad Arnold-Chiari.
- Leucodistrofias juveniles y del adulto.

18. PRONOSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La expectativa de vida tras el diagnóstico de la enfermedad es de 25-35 años. Las causas de muerte más frecuentes son las infecciones, las enfermedades no relacionadas y el suicidio.

Son factores pronósticos favorables: comienzo a edad temprana, sexo femenino, síntomas de comienzo visuales y sensitivos y el curso en brotes.

Son, por el contrario, factores pronósticos desfavorables: comienzo por encima de 40 años, sexo masculino, comienzo por síntomas motores y cerebelosos, recurrencia precoz tras el primer brote y curso progresivo desde el inicio.

19. TRATAMIENTO DE MIASTENIA GRAVIS

1. Inhibidores de la colinesterasa: Prolonga la acción de la acetilcolina en la unión neuromuscular. Mejora la debilidad muscular.

- **PIRIDOSTIGMINA**

- Dosis: 30-60mg 3-6h. No exceder 120mg
- Sobredosis: debilidad muscular
- Efectos secundarios: dolores abdominales, diarrea, aumento de la salivación y secreciones respiratorias, náuseas.

- **NEOSTIGMINA**

- Dosis: IM, IV lenta: 0,5-2 mg. Las dosis se deben individualizar.
- SNC. Poca penetración BHE, puede producir ataxia, convulsiones, depresión respiratoria y coma. En este caso administrar atropina IV a dosis de 30-70 mcg/Kg cada 3-10 minutos, hasta la desaparición de los síntomas.
- Cardiovascular. Bradicardia. Vasodilatación. Disminución de la TA.
- Gastrointestinal. Aumento de la motilidad, náuseas y vómitos.
- Respiratorio. Contracción del músculo liso bronquial.
- Glándulas secretoras. Aumento de actividad sobre glándulas bronquiales, lacrimales, salivares, sudoríparas y pancreática.
- Ocular. Miosis y dificultad de acomodación

2. Corticosteroides: producen mejoría de la debilidad miasténica en la gran mayoría de los enfermos.

- **PREDNISONA**

- Dosis: 1mg/kg/día (15-25mg/día)
- Evitar exacerbación de la debilidad
- Efectos secundarios: aumento de peso, cambios en piel, cataratas, úlceras gástricas, infecciones, osteoporosis con necrosis en articulaciones, cambios psicológicos

3. Timectomía: necesaria cuando hay la presencia de timoma. Indicaciones:

- Miastenia gravis generalizada entre 15-60 años de edad
- Miastenia gravis moderada a grave
- Enfermedad ocular resistente
- >60 años de edad que no responden al tratamiento médico y tienen contraindicaciones para la terapia con esteroides

4. Plasmaferesis:

- Procedimiento extracorpóreo, en el cual a partir de la sangre extraída del paciente se procede separarla en sus componentes plasma y elementos celulares.
- Eliminación de 3.2 L de plasma 3 veces por semana.
- Disminuye en un corto tiempo la concentración de anticuerpos anti AChR, produciendo mejoría clínica en pacientes.

Estos tratamientos se utilizan para pacientes con empeoramiento agudo de MG, para mejorar la fuerza antes de la cirugía, para prevenir las exacerbaciones agudas inducida por corticoesteroides y como tratamiento crónico intermitente para proporcionar ayuda en pacientes con MG refractarios.

5. Inmunoglobulina

- Infusión de inmunoglobulina policlonal humana. 1 gr/kg en única dosis
- Efectiva para el tratamiento de la exacerbación aguda. Manejo a corto plazo y previo a la realización de la timectomía.
- Efectos secundarios: cefalea, meningitis asepticas, fiebre, mialgias, reacciones anafilacticas, hipotension, insuficiencia renal, accidentes tromboembólicos, transiciones de hepatitis C

6. Inmunosupresores

- Mofetil de micofenolato

- No destruye ni elimina los linfocitos autorreactivos preexistentes
- Inhibe la proliferación de linfocitos
- Dosis: 1 - 1.5 g 2 veces al día
- **Efectos secundarios:** diarrea y leucopenia
- **Azatioprina**
 - Sola o combinada con los corticosteroides
 - Dosis: 2-3 mg/kg/día
 - **Efectos secundarios** más comunes son fiebre, náuseas y depresión de la MO
- **Ciclosfosfamida**
 - Potente inmunosupresor en pacientes que no responden a otras terapias
 - Dosis: Inducción endovenosa de 200 mg/día por cinco días seguidos de una dosis oral de 3-5 mg/kg
 - Efectos secundarios: leucopenia, cistitis hemorrágica, síntomas gastrointestinales y anorexia.
- **Ciclosporina**
 - En pacientes intolerantes o que no responden a azatioprina o mofetil micofenolato.
 - Dosis: 4 a 5 mg/kg al día divididos en dos dosis iguales.
 - Nefrotoxicidad, hipertensión, cefalea e hirsutismo.
- **Metrotexate**
 - Antineoplásico e inmunosupresor antagonista del ácido fólico.
 - Interfiere en síntesis de ADN, reparación y replicación celular.
 - Dosis: Depende del tratamiento.
 - Embarazo, lactancia, discrasias sanguíneas

El mofetil de micofenolato es uno de los fármacos más usuales en el tratamiento de la MG por su efectividad y falta relativa de efectos colaterales. Se recomienda una dosis de 1 a 1.5 g dos veces al día. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de purinas por la vía *de novo*. Debido a que los linfocitos carecen de la vía alternativa de "rescate" presente en el resto de las células, el

micofenolato inhibe la proliferación de linfocitos pero no la de otras células. No destruye ni elimina los linfocitos autorreactivos preexistentes y, por tanto, la mejoría clínica en enfermedades autoinmunitarias como la MG se puede retrasar durante varios meses y hasta un año, hasta que desaparecen de manera espontánea los linfocitos autorreactivos preexistentes. La ventaja del micofenolato radica en su ausencia relativa de efectos adversos, con producción sólo ocasional de diarrea y algunos casos de leucopenia. Este fármaco se ha convertido en el tratamiento a largo plazo de elección en los pacientes miasténicos.

20. CAUSAS DE RUPTURA DE LAS ARTERIAS PERFORANTES

- Arterioesclerosis
- Hipertensión arterial
- Hemorragia intramural
- Vasculitis o aneurisma micotico

21. MECANISMO POR EL CUAL LOS ACO PRODUCEN HTA.

Estrógenos y progestágenos promueven reabsorción de sodio y agua aumentando la resistencia vascular periférica y gasto cardíaco, alteran sistema renina angiotensina aldosterona.

22. PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA MIASTENIA GRAVIS.

- Prueba de la Neostigmina: colocar una ampolla de atropina intramuscular, luego de 20 minutos colocar 2 ampollas de neostigmina intravenosa, si la clínica mejora en 80% es criterio de miastenia gravis.
- Cloruro de Edrofonio (prueba de Tensilon): Endovenosa. Dosis inicial 1mg, 2,3 y 5 mg, en intervalos de 3 a 5 minutos. Sensibilidad de 80 a 95% en pacientes con MGO. Ayuda a mejorar la fuerza.
- Pruebas electromiograficas: la estimulación repetitiva de distintos nervios. T° del miembro a estudiar > 34°C. Evitar inhibidores de la colinesterasa 12 hrs antes del estudio. 4 a 6 estímulos @ 2 Hz. No es específica.
- Presencia de anticuerpos contra receptores de acetilcolina (acra): Prueba (+) mas manifestaciones clínicas confirma el dx. presentes en un 75-85% de los pacientes con MG generalizada.

23. QUE SE NECESITA PARA QUE SE PRODUZCA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Tienen que estar por lo menos dos sistemas neurológicos afectados. Por ejemplo: cerebral y piramidal.

24. ESTUDIOS A REALIZAR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- Resonancia magnética con y sin Gadolinio donde se observan lesiones hiperintensas periventriculares.
- Punción lumbar, se observan bandas policlonales de Inmunoglobulina G en el LCR
- Potenciales evocados
- Estudios urodinámicos
- Estudio Oftalmológico
- Estudio neuropsicológico

25. PRINCIPALES ALIMENTOS DETONANTES DE LA CRISIS MIGRAÑOSA

Vinotinto.

26. DIFERENCIAS ENTRE MIGRAÑA, CEFALEA TENSIONAL Y CEFALEA EN RACIMO

Migraña	Cefalea tensional	Cefalea en racimo
- Dolor de intensidad moderada-grave	- intensidad leve-moderada	- Grave o muy grave
- Duración 4-72 horas,	- Duración 30 min-7 días	- Duración: 15-180 min (sin tto)
- Pulsátil	- Calidad opresiva	- Unilateral (lado afecto siempre el mismo)
- Unilateral (hemicraneal)	- Bilateral	- Vómitos poco frecuentes
- limita actividad ordinaria	- No impide tareas cotidianas pero dificulta el sueño	- Episodios: generalmente misma hora (noche) durante 1 semana-varios meses
- empeora con ejercicio,	- No se agrava con actividad física	
- hipersensibilidad a luz y ruidos,	- Sin náuseas ni vómitos	
- náuseas.	- Puede asociar sono/fotofobia pero no ambas	
- Más frecuente en mujeres		

27. FÁRMACOS QUE PRODUCEN CONVULSIONES: Carbapenem

28. PORQUE SE TOMA ÁCIDO FÓLICO AL TOMAR CARBAMAZEPINA

29. Tratamiento del estatus migrañoso en Venezuela

1. Diazepam 1mg/ml (puede deprimir

2. Si no supera la crisis se le coloca difenilhidantoina 300 – 400 mg al día
3. Si no mejora se le coloca Epamin 250cc en solución 0.9% a 83 gotas por minuto (25cc/minuto)
4. Si no mejora inducir coma barbitúrico con pentobarbital.

30. CONDICIONES PARA REALIZAR UN ELECTROENCEFALOGRAMA

- No dormir
- Lavar el cabello con shampoo
- No tomar estimulantes (cafeína, alcohol, drogas)

31. INDICACIONES FORMALES DE PUNCIÓN LUMBAR

- Meningitis
- Clínica de hemorragia subaracnoidea con tomografía normal

Nota: antes de hacer una punción lumbar hacer fondo de ojo.

32. CONTRAINDICACIONES DE LA PUNCIÓN LUMBAR

- Infección cutánea en la zona de punción.
- Hidrocefalia
- Hipertensión endocraneana
- Coagulopatía.

33. TRATAMIENTO DE EDEMA CEREBRAL

- Manitol 0.5 a 1 g/kg dosis luego de 20 minutos colocar una ampolla de furosemida.

34. ¿QUÉ ES MENINGISMO?

Conjunto de síntomas que recuerda a la meningitis pero con escasa inflamación de las meninges. Suele deberse a un virus o se produce como consecuencia de una vacuna.

35. ¿GÉRMENES MÁS FRECUENTES DE MENINGITIS BACTERIANA?

Streptococcus pneumoniae, *Neisseria meningitidis*. En traumatismo craneo encefálico, inmunocomprometidos y derivación ventrículo peritoneal *Staphylococcus aureus*

36. FOCOS MÁS PROBABLES DE MENINGITIS BACTERIANA

- Otitis

- Mastoiditis
- Faringitis
- Sinusitis
- Sepsis

37. TRATAMIENTO DE MENINGITIS BACTERIANA

Se cuenta con 30 minutos, se debe realizar un fondo de ojo para verificar que el paciente no tenga hipertensión endocraneana y poder realizar la punción lumbar y el estudio citoquímico. Se debe iniciar tratamiento con:

- Cefotaxime 2 g/8 h
- Ceftriaxona 4 g/8h es la que se utiliza por ser la más fácil de conseguir
- Esteroides (dexametasona 8mg 20 minutos antes por la inflamación de la meninges)
- Tratamiento anti edema cerebral si el paciente lo tiene
- Antes del alta se le realiza un fondo de ojo control.

38. ¿PORQUE SE USA LA CEFOTAXIMA?

Porque *Streptococcus pneumoniae* tiene resistencia en un 50% a la penicilina.

39. SI EL STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ES RESISTENTE A LA PENICILINA Y A LAS CEFALOSPORINAS, ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

La combinación de vancomicina + ceftriaxona tiene efecto sinérgico.

40. ¿PORQUE LE GUSTA TANTO EL CEREBRO AL CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS?

Por la glucosa.

41. ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS COLATERALES DE LA ANFOTERICINA B?

Si intravenosa la nefrotoxicidad, aumento de creatinina y uratos y pérdida de potasio y magnesio. Hipo e hipertensión, taquicardia supraventricular, arritmia bradicardia, fibrilación auricular, bloqueo auriculo ventricular de segundo grado, extrasístole ventricular, rash, exantema, náuseas, vómitos, dolor abdominal, astenia, diarrea, anorexia, dispepsia, gastroenteritis hemorrágica, melena, rigidez, escalofríos, fiebre, malestar, pérdida de peso, enrojecimiento, vasodilatación.

42. ¿CUAL ES LA CARACTERÍSTICA MAS IMPORTANTE DEL LCR EN NEUROCISTICERCOSIS?

Células mononucleares, algunas veces eosinófilos; la glucosa puede estar reducida.

