



Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín

Grado: 6º

Grupo: A

Asignatura: Neurología

Dra. Mónica Gordillo Rendón

	DESCRIPCION		
PNP DIABETICA	El abordaje diagnóstico de la ND incluye la búsqueda de signos de deterioro sensitivo.	Los exámenes clínicos electrofisiológicos y morfológicos son de un valor limitado para la detección temprana	Hipoestesia en zonas distales de nervios pélvicos y en casos graves manos.
	Síntomas: Dolor espontaneo, parestesias y disestesias Signos: Hipo o hiperestesia, probable disminución de la fuerza y probable hiporeflexia.	Exámenes sensoriales cuantitativos	Estudios electrofisiológicos permiten determinar la velocidad de conducción distal, amplitudes de respuesta, latencias de asa larga.
	Biopsia por punción en piel con tinciones inmunohistoquímicas de axones de nervios periféricos, para la evaluación morfológica de daño en nervios periféricos en pacientes con diabetes.	Síntomas prevalecen en miembros inferiores (hormigueros pinchazos, calambres, sensaciones quemantes o punzantes que son notables en la noche	Imagenología de nervios periféricos, las técnicas de imagen parecen prometer ser de utilidad en la evaluación de nervios periféricos.
	La combinación de biopsia por punción cutánea e inmunohistoquímica con anticuerpos específicos tiene las siguientes ventajas: mínimo trauma al paciente, cuantificables, reales y con alta correlación con la clínica y la severidad de la enfermedad.	Signo de las sabanas revueltas o de los pies inquietos	El mejor sistema de calificación de la ND es el NIS (LL)+7, desarrollado por Dyck et al.

El síndrome de Guillain-Barré	DESCRIPCION		
	Debilidad progresiva simétrica de >de 1 extremidad.	La recuperación comienza 2 a 4 semanas después de haber alcanzado la gravedad máxima	Síntomas o signos sensitivos
	Compromiso de nervios craneales, especialmente VII bilateral.	Hiporreflexia o Arreflexia	Debilidad simétrica -Progresión < 4 semanas.
	Disfunción autonómica y ausencia de fiebre.	Ausencia de reflejos de estiramiento.	Clasificación de gravedad del SGB En función de la clínica; Hughes los clasifica en escalas funcionales.
	Hallazgos en el LCR -Disociación albúmino-citológica. -Proteínas elevadas después de la primera semana.	Hallazgos neurofisiológicos -Velocidad de conducción disminuida en 60% (no uniforme por característica segmentaria del proceso). -Bloqueo de conducción en 80%.	Criterios diagnósticos La conducción de los nervios es al principio normal, pero si la desmielinización afecta a los nervios distales se retrasa la conducción

	<p>Células: no más de 10 leucocitos por mm³ (hay autores que aceptan hasta 50 leucocitos / mm³)</p>	<p>-Aumento de latencias distales. -Latencia de onda F aumentada o ausente</p>	<p>motora que es una característica de desmielinización segmentaria.</p> <p>El análisis de la respuesta F en pacientes con conducción motora proximal normal, a veces aparece al inicio de la enfermedad y puede ser útil en el diagnóstico temprano.</p>
--	---	---	---

**PNP
ALCOHOLICA**

DESCRIPCION		
Los problemas clínicos asociados a neuropatía periférica como pérdida del equilibrio y mayor riesgo de caídas	Presencia de manera insidiosa de parestesias, disestesias o debilidad muscular de extremidades inferiores	Los exámenes de laboratorio de apoyo incluyen citometría hemática.
Es mayor repercusión en ancianos por la disminución de la velocidad de los reflejos posturales y aumento de la degeneración neuronal.	La mayoría de las revisiones implican la asociación del abuso de alcohol a deficiencias nutricionales, principalmente la deficiencia de tiamina.	Las parestesias en pies y dedos que progresan de manera simétrica proximalmente
<p>Los criterios electrodiagnósticos, estiman que la neuropatía alcohólica (NA) se presenta entre 25 y 66% de los casos definidos como alcohólicos crónicos, siendo los factores más influyentes la duración y la cantidad de consumo de alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con más frecuencia entre los 40 y 60 años - Típico de la mano derecha en “predicador” neuropatía del nervio cubital en paciente con neuropatía alcohólica. -Electrodiagnostico: PNP sensitivo-motora de predominio axonal 	La ataxia de la marcha, dificultad para caminar y caídas frecuentes por alteración en la propiocepción.	Manifestándose por ronquera o debilidad de la voz

POLINEUROPATIA DEL PACIENTE CRITICO	DESCRIPCION		
	Alteraciones detectadas en 24-48 horas después de la afectación neuromuscular.	Patron característicos en la miopatía, como pérdida de filamentos gruesos de miosina.	ROT: Disminuidos, abolidos, conservadores RCP: Indiferente o flexor
	La biopsia de nervio periférico: Degeneración axonal distal sin desmilitinización, de nervios sensitivos y motores	Largos periodos de inmovilización	Alteración simétrica
	<p style="text-align: center;">Diagnóstico Clínico</p> <p>Debilidad muscular variable, cuatro extremidades, músculos respiratorios.</p> <p>Debilidad distal sobre todo afectación motora > sensitiva</p> <p>A la palpación músculos "blandos y pastosos" hipotónicos</p> <p>Afectación de musculatura intercostal y diafragmática</p>		

