

La investigación neurológica (IN) es la herramienta clínica más importante con la que se basa en medicamentos para la detección y el diagnóstico de sistemas nerviosos. Como en muchas áreas de la medicina, la integración de los datos clínicos obtenidos por EO con el conocimiento neuro-coloreado y neurofisiológico resulta de vital importancia para la interpretación correcta de IN. El examen neurológico o la investigación neurológica (IN) es definitivamente la herramienta de diagnóstico más importante en las neurociencias clínicas (neurología, neurocirugía, neuropatías, etc. ). A pesar de los impresionantes avances que existen en los métodos de diagnóstico de Paraklinia en neurociencias, no existe un método que exceda la cantidad de información que se puede obtener mediante una revisión clínica neurológica adecuada.

Los objetos perseguidos por la investigación neurológica son los siguientes: 1. Establezca si o no, una herida o un cambio funcional en el sistema nervioso, tanto central como periférico. 2. Indique cuál es la topografía de esta lesión o cambio funcional, es decir, donde el sistema nervioso es un cambio (tallo cerebral, corteza cerebral, nervio periférico, etc. ). 3. Apoyo a saber cuál es la naturaleza o etiología de la herida (hemorragia, infarto, absceso, tumor, etc. ). Aquí está prudente señalar que el examen neurológico, como cualquier técnica de investigación en medicina, debe ser siempre avanzada y dirigida por un interrogatorio exhaustivo y semi-gobierno de síntomas neurológicos.

Algunos pares de cráneos no son investigados de manera rutinaria como el par de destellos o el nervio. En otros, deteneremos y ampliaremos la investigación de acuerdo con los datos de anamnesis o hallazgos iniciales. El sitio de las parejas de cráneo afectado puede guiarnos en el área, la herida, por lo que I y II par se encuentran en el cerebro medio, III y IV en Mesencefalo, V, VI, VII y VIII en la protuberancia e IX, X, XI y XII en la bombilla. La exploración de las parejas de cráneo requiere una participación activa, por lo que algunos difícilmente explorarán sin cooperación, o en bebés, como el segundo par. Otros, incluso sin cooperación, al observar y al juego, podemos evaluar si parecen ser normales y sin asimetrías, como la motivación ocular o facial. El III, IV y VIO a un par se explora juntos, porque todos invaginan el músculo que mueve el ojo. Y también suele ser en este momento la investigación de Nystagmus y un estudiante. El signo externo que indica que la parálisis de los oculomotores es el estrabismo. El examen de la Fundación Ojo debe ser realizado por un oftalmoscopio, requiere la práctica del investigador y la cooperación del paciente. La papila se estima en la búsqueda de signos de edema o atrofia. El nervio del estudiante corresponde al sistema nervioso de la vegetación, aunque generalmente se explora juntos cuando se examinan los pares de calaveras oculomotores, se observan el tamaño, la simetría de titeres, el fotógrafo y la reflexión de consentimiento. Cuando ilumina todos los ojos con una fuente de luz (lámpara o lámpara), se controla la contracción del alumno del ojo iluminado (fotocopia reflectante) y lo contrario (reflexión de consenso).

Explorando la VII, mantenga las asimetrías en la abertura del párpado, las arrugas nasogénicas y la elevación de las cejas. Debido al cruce inervo de la parte superior de la cara, en la parálisis facial central, el paciente retiene la cara superior (delantera y ojos) y no la inferior (labios y mejillas). En la parálisis periférica, las partes superior e inferior están igualmente afectadas. Diferenciar la parálisis de la hipoplasia muscular desde la esquina de la boca, en la que durante el llanto que lloran el lado sano del labio inferior se mueve hacia abajo sin afectación ocular o desviación del Comisionado. En el VIII par, la rama acústica y vestibula se explora por separado. La participación de la rama vestibular hasta que su entrada al tronco cerebral le da un síndrome periférico de vestibulares con un vértigo, rommerg y en tándem bien definidos al lado herido, nistagmo regularmente y cansado con fase rápida al lado opuesto de la herida. A diferencia del síndrome vestibular central debido a la participación de infra o supervisores, con un vértigo mal definido, nistagmo irregular y rommerg y marzo en tándem confundido.