



Mi Universidad

**Super nota
Infografía**

Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.

Nombre del tema: Exploración neurológica de pares craneales.

Parcial : 3er

Nombre de la Materia: Neurología.

Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo.

Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 6to.

Exploración

PARES CRANEALES

NERVIO CRANEAL I: OLFATORIO

1. Presentar al paciente olores familiares no irritantes. Asegurar de que cada fosa nasal esté abierta, luego se comprime un lado de la nariz y pide al paciente que inhale por el otro.
2. El paciente debe cerrar entonces ambos ojos.
3. Obstruye una fosa nasal y verifica el olfato en la otra, presentando sustancias como clavo, café, jabón o vainilla.

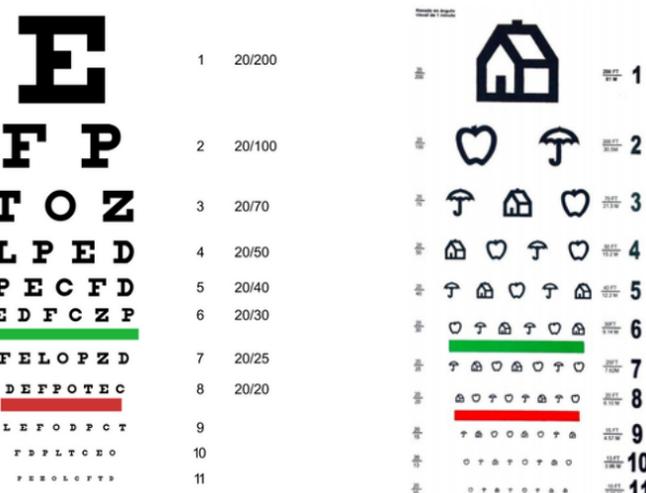
Una persona sana debe percibir el olor en cada lado y reconocer.



NERVIO CRANEAL II: ÓPTICO

Exploración de agudeza visual

1. Se utiliza la prueba en una cartilla de Snellen.
2. El paciente deberá colocarse a 6 metros de distancia de la tabla puesta en una superficie.
3. Una vez que el paciente se encuentra a esa distancia, deberá ocluir un ojo.
4. Se le indicará en esta cartilla que pueda ser capaz de mencionar la letra seleccionada.



Visión normal
20/20

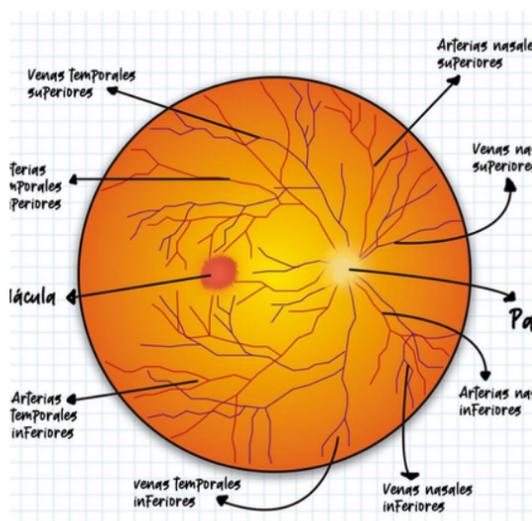
Es para niños de 3 a 5 años de edad.

NERVIO CRANEAL II: ÓPTICO

Exploración de fondo de ojos
Es la superficie interna del segmento posterior del globo ocular.

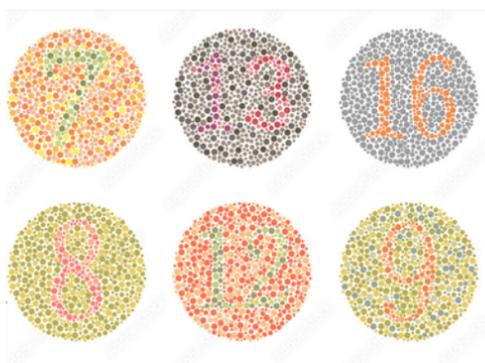


1. Para realizar esta técnica es necesario que el consultorio se mantenga en oscuridad durante el proceso.
2. El paciente debe mantener la mirada fija hacia un punto.
3. Con el lente del oftalmoscopio se observará el ojo contrario al explorador.
4. Tener cuidado con el acercamiento al paciente, cuidando el pudor.
5. Observar detalladamente.



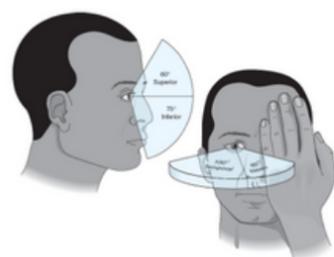
La exploración del fondo de ojo u oftalmoscopia consiste en la visualización a través de la pupila y de los medios transparentes del globo ocular (córnea, humor acuoso, cristalino y humor vítreo) de la retina y del disco óptico.

Examen de la visión de los colores



- Descartar daltonismo

Exploración de campo visual por confrontación.



1. El médico deberá colocarse a 50 a 60 cm de distancia enfrente del paciente.
2. El paciente deberá ocluir el ojo derecho y posteriormente el médico ocluirá el ojo contrario a este.
3. Con la mano libre del médico, la guiará hacia cuatro cuadrantes, enfrente del paciente.
4. Verificar la capacidad del campo visual del paciente.
5. En cada cuadrante se pregunta si es posible su visión.

PARES CRANEALES

NERVIOS CRANEALES III, IV Y VI

III- Motor ocular común.
IV- Troclear.
VI- Abducens.
Exploración en conjunto.

MOTILIDAD OCULAR EXTRÍNSECA

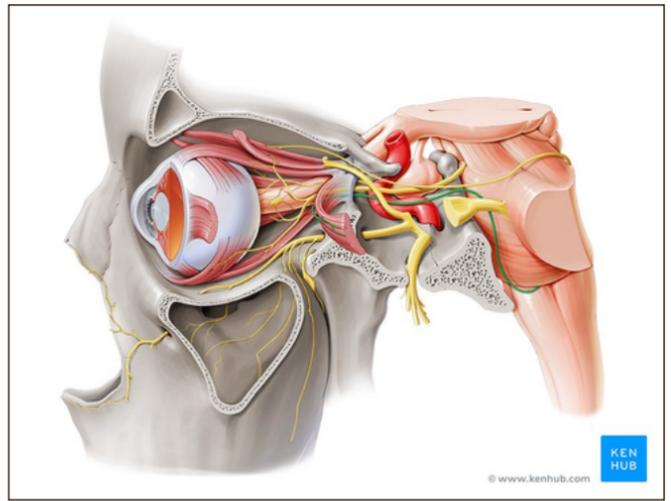
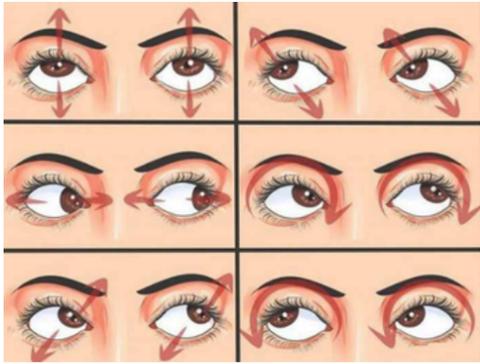
Inspección de párpados:
Determinar la existencia de ptosis palpebral.



El elevador del párpado superior está inervado por el motor ocular común

Examen de la fijación y la mirada sostenida.

1. El médico fija la cabeza con la mano.
2. Se pide al paciente que siga con la vista un dedo o lápiz colocado a una distancia entre 30 y 60cm.
3. Este objeto se mueve en las direcciones cardinales dentro del campo visual (lateral: recto externo; medial: recto interno, arriba y lateral: recto superior; abajo y lateral: recto inferior; arriba y medial: oblicuo menor; y abajo y medial: oblicuo mayor).



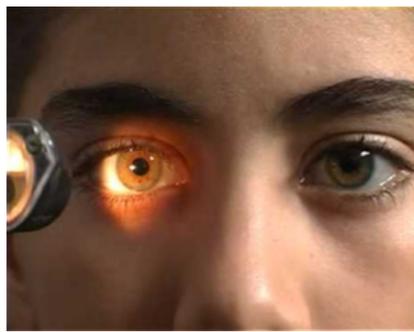
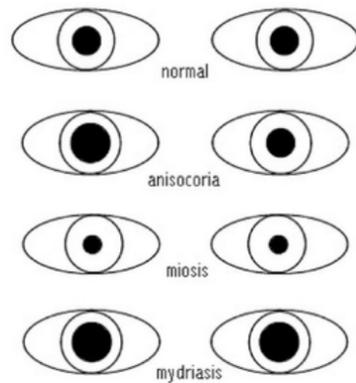
MOTILIDAD OCULAR INTRÍNSECA

Comprende de tres partes:

- Reflejo fotomotor.
- Reflejo consensual.
- Reflejo de acomodación convergencia.

Tamaño y simetría pupilar

1. Se ha de valorar el grado de igualdad o desigualdad en tamaño de ambas pupilas.
2. La diferencia en tamaño se conoce como anisocoria, que puede ser debida a dilatación de una pupila (midriasis).
3. Contracción de la misma (miosis) con afectación unilateral o bilateral

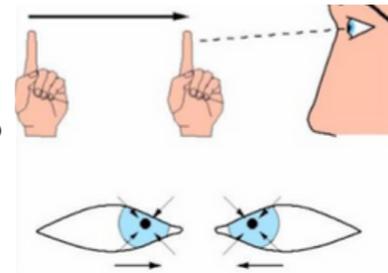


Reflejo fotomotor y consensual

Al iluminar cada uno de los ojos con una fuente de luz (lámpara o linterna) se comprueba la contracción pupilar del ojo iluminado (reflejo fotomotor) y del contralateral (reflejo consensual).

Reflejo de acomodación

1. El médico le ordena al paciente dirigir su mirada hacia un punto
2. Después de mirar un objeto lejano, se fija la vista sobre uno próximo, se asiste a un cambio de midriasis por miosis.



NERVIO CRANEAL V: TRIGÉMINO

Es un nervio mixto y su exploración se divide en 3 partes

FUNCIÓN SENSITIVA

El médico explorará la sensibilidad

Podrán utilizarse un algodón y un alfiler.

Se sugiere explorar cada lado de la cara en tres puntos situados aproximadamente en una misma línea vertical pero a diferentes alturas:

- Encima de la ceja (la frente)
- El labio superior.
- El mentón

Advertir previamente al paciente que desvíe la mirada hacia un lado lo más posible.

FUNCIÓN MOTORA

1. Corresponde al nervio mandibular, que también presenta fibras sensitivas (3.a rama del trigémino).
2. Se explora pidiendo al paciente que apriete un objeto entre los dientes (maseteros).
3. El médico le indicará abrir la boca contra resistencia, colocando la palma de su mano debajo y a los lados de la mandíbula y se ejecutará fuerza hacia el paciente. (pteroideo).



Con la inspección se valoran signos de atrofia de los músculos temporales y maseteros.

FUNCIÓN REFLEJA

Se explora con el reflejo corneal: al tocar suavemente la cornea del paciente con un bastoncillo de algodón se produce el cierre palpebral de ambos ojos.



PARES CRANEALES

NERVIO CRANEAL VII: FACIAL

Es un nervio mixto:

- Función motora
- Función sensitiva
- Función vegetativa

FUNCIÓN SENSITIVA Y VEGETATIVA

Consiste en determinar el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua usando soluciones acuosas débiles de azúcar o sal. La función vegetativa se explora comprobando la producción de lágrimas y de saliva.

NERVIO CRANEAL VIII: VESTIBULOCOCLEAR

Tiene dos porciones, acústica y vestibular y deben de explorarse por separado

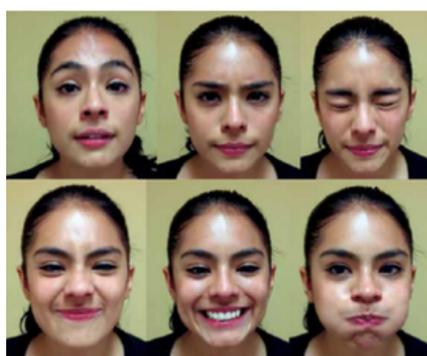
Componente acústico : Prueba de Rinne y Weber

1. El objetivo es comparar la vía aérea con la vía ósea.
2. Se coloca el mango del diapasón en la apófisis mastoides del paciente examinado, pidiéndole que diga cuándo deja de percibirlo; a continuación el médico acerca las varillas del diapasón al pabellón auditivo pidiéndole que nos diga si percibe aún por vía aérea.
3. La vibración del diapasón colocado frente al pabellón auricular debe de ser más fuerte y duradera que la percibida al colocarlo sobre la apófisis mastoides.



FUNCIÓN MOTORA

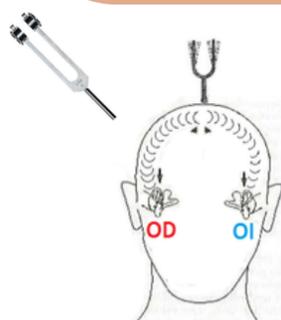
1. El médico debe valora en primer lugar con la inspección buscando asimetrías en la expresión facial.
2. Posteriormente se examinan los siguientes movimientos: fruncir el entrecejo, cerrar los ojos, enseñar los dientes e hinchar las mejillas.
3. Es útil es la prueba de fuerza del orbicular de los ojos:
4. El médico indica al paciente que cierre los ojos con fuerza y luego el explorador intenta elevar el párpado superior para determinar el grado de resistencia que ofrece



Descartar parálisis facial periférica y central.

Rinne N o +
Existe una audición normal o una hipoacusia de percepción.

Rinne -
Existe una hipoacusia de transmisión

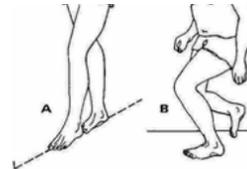


Prueba de Weber

El médicos coloca el mango del diapasón en el centro de la frente del paciente y se comprueba la resonancia de la vibración en ambos oídos.

Componente vestibular : Inspección, marcha tándem y prueba Romberg

1. El médico debe inspeccionar los ojos y descartar el hallazgo de nistagmo



2. Marcha tándem
 - El médico indicará al paciente colocarse de pie, siempre y cuando sea posible.
 - Hay que hacer avanzar al paciente mediante contactos del talón de un pie con la punta del otro, y con los ojos cerrados.
 - Se evaluará el equilibrio

NERVIOS CRANEALES IX Y X: GLOsofaríngeo Y VAGO

Se exploran juntos

1. El médico se pondrá frente al paciente y pedirá al paciente abrir la boca
2. Con la boca abierta se debe explorar la faringe y comprobar si los pilares se contraen simultáneamente al tocar la faringe con el depresor o bate lenguas y si esta maniobra produce náuseas (reflejo nauseoso).



1. A continuación, se solicita al paciente que diga (aaaa) y se observa si la elevación de la úvula es simétrica; en caso de lesión, se desvía hacia el lado sano.



Pueden existir trastornos en el gusto del tercio posterior de la lengua. También deben valorarse la fonación, la existencia de disartria, tos o salivación.

PARES CRANEALES

NERVIO CRANEAL XI: ACCESORIO

Su exploración consta de dos maniobras

1. El médico se colocará frente al paciente
2. Se ordena al paciente girar la cabeza contra la mano del médico mientras éste con la otra mano palpa el músculo esternocleidomastoideo

1. El médico se colocará frente al paciente
2. Se pide al paciente que eleve o encoja los hombros contra resistencia.



NERVIO CRANEAL XII: HIPOGLOSO

Mantener atención a la articulación de las palabras del paciente, que depende de los nervios craneales V, VII, X y XII.

1. Se explora solicitando al paciente que protruya la lengua y que la movilice en todas las direcciones.
2. Deben de valorarse atrofias, fasciculaciones y pérdidas de fuerza, que originan una desviación de la lengua hacia el lado de la lesión.



En caso de ambigüedad, el médico pide al paciente que use la lengua para empujar cada mejilla por dentro mientras se palpa por fuera la fuerza..



Bibliografía

<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-exploracion-neurologica-atencion-primaria-bloque-S1138359311000906>

*Bates Guía De Exploración Física E Historia Clínica. (2010).
Lippincott Williams & Wilkins.. Pag 733.
Técnicas de exploración. Áreas importantes de exploración*