



**CATEDRATICO:
MIGUEL BASILIO ROBLEDO**

**MATERIA:
PROPEDEUTICA SEMIOLOGICA**

**SEMESTRE:
4to SEMESTRE**

**ACTIVIDAD:
EXPLORACION NEUROLOGICA**

**ALUMNO:
DEYLER ANTONI HERNANDEZ GUTIERREZ**

**CARRERA:
MEDICNA HUMANA**

**FECHA DE ENTREGA:
29/06/2024**

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

DETERIORO COGNITIVO

QUE ES

Es el deterioro progresivo de la memoria, asociado a una afasia, agnosia, apraxia, o planeamiento organización y secuenciación

ANAMNESIS:

Este tipo de personas llegan acompañadas por lo que la anamnesis será dirigida a ellos con preguntas como:
¿Suelen repetirle muchas veces las mismas cosas? ¿Ha olvidado cerrar la llave de gas o agua en más de una ocasión? ¿Ha presentado cambios en su vida diaria? el paciente puede indicar los últimos presidentes, o un programa televisivo ¿Presenta algún tipo de temblor?

ETIOLOGIA

Alzheimer, depresión, enfermedad de pick, atrofia multisistémica, sífilis, SIDA, Parkinson, deficiencia de Vit B12

DX

SPECT
PET
MINI-MENTAL

CEFALEA

QUE ES?

Dolores sensación de molestia localizados y percibidos en la bóveda craneal

MIGRAÑA

Dolor que suele afectar solo un hemisferio, las crisis suelen durar de 48 y 72 hrs, de cualidad pulsátil, se agrava a la actividad física, se acompaña de náuseas y vómitos

ETIOLOGIA:

Debido a cambios en el sistema trigémino-vascular, y liberación de sustancias alógenas activadoras y trigeminales, liberando sustancia p aumentando la permeabilidad vascular

TENSIONAL

Dolor con cualidad unilateral, opresiva, intensidad de leve a moderada, no suele agravarse con actividad física

ETIOLOGIA:

Sin causa comprobada, pero si cree que se debe a un aumento de la tensión muscular pericraneal, con una modificación del umbral del dolor

RACIMOS

Suele ser unilateral severo, en la región orbital, supraorbitaria y temporal que dura de 30 a 180 min, puede estar asociada a lagrimeo, rinorrea, edema palpebral, miosis, sensación de agitación

ETIOLOGIA:

Se postula una disfunción del SNC, en particular de los circuitos hipotalamo-limbicos, donde se origina los principales ritmos del organismo y son transmitidos

ANAMNESIS

¿Cuándo inicio? ¿Dónde inicio? ¿Qué cualidad presenta? ¿Existe algún desencadenante? ¿Cada cuánto le duele? ¿Existen agravantes? ¿Cuánto duele durar las crisis? ¿Existen agravantes y atenuantes? ¿Existen síntomas asociados

ENFOQUE DIAGNOSTICO

Tomar en cuenta cualquier señal de alerta, se deberá hacer diagnóstico de forma clínica con los datos obtenidos en la anamnesis

MAREO Y VERTIGO

QUE ES?

VERTIGO

Sensación ilusoria de movimiento, puede ser de rotación, giro, inclinación, o balanceo, asociado a desequilibrio y nistagmo

MAREO

Sensación de aturdimiento, cabeza hueca, flotación, incertidumbre, y vahido que no presenta ilusión de movimiento

Cambios de posición, ruidos, ejercicios, viajes en barco, avión, ansiedad, alcohol y estrés, consumo de fármacos ototóxico, migraña, diabetes

Ataques de ansiedad, depresión, hiperventilación, por fármacos, anemia grave, hipotensión

ANAMNESIS

¿Cuáles fueron los desencadenantes? ¿Existen agravantes o atenuantes? ¿Cuánto duran los episodios? ¿Existen síntomas asociados? ¿Existió pérdida de conocimiento? ¿Dónde se localiza el trastorno? ¿Siente una sensación de giro? ¿Posición en la que se presenta?

E,F

Registro de tensión arterial, prueba de Romberg, exploración de los pares craneales V, VII, en busca de nistagmo, inspección de las estructuras del oído accesibles

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometría, logaudiometría, electrococleografía, electronistagmografía, RM cerebral con gadolinio, TAC

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

DOLOR, HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO

QUE ES

Suele relacionarse con una disminución de la fuerza, o compromiso esfinteriano

DEFINICIONES

PARESTESIAS; sensación de hormigueos por compresión de un nervio
HIPOESTESIA: disminución de todas las formas de sensación
ANESTESIA: Pérdida de todas las formas de sensación
HIPERESTESIA: sensibilidad aumentada ante diversos estímulos
ALODINIA: Percepción de dolor ante estímulos no dolorosos

ANAMNESIS

Determinar si es agudo o crónico, si este es de inicio súbito o gradual, y averiguar sobre los síntomas asociados, y si presenta un tipo de evolución

E.F

Evaluación por medio de dolor, tacto, temperatura, reconocimiento de actitudes segmentarias

CONVULSIONES

QUE ES?

Movimientos musculares involuntarios, pudiendo ser violentos, generalizados, o focales y de acuerdo al área afectada también la función se verá afectada

ETIOLOGIA

IDIOPATICAS: Se asocia a aquellos que se desarrollan a temprana edad, con una clínica específica sin presentar antecedentes de sufrimiento neurológico ni lesión cerebral, se vincula con una predisposición genética con pronóstico favorable
SINTOMATICAS: Se produce en pacientes con antecedentes de sufrimiento neurológico, con alteraciones en electroencefalograma, en dichos pacientes es posible demostrar una etiología específica, que pueden ir desde traumatismos, enfermedades vasculares cerebrales, hasta tumores

ANAMNESIS

La anamnesis debe estar complementada con un familiar, ya que un gran porcentaje de los pacientes pierde el conocimiento por lo que puede confundirse con un síncope, la anamnesis debe ir enfocada a determinar si es generalizada o focal, si existe o no pérdida del conocimiento, si en su presentación es sensitiva, sensorial o de ausencia, y si esta presenta algún tipo de aura, o si existiese la relajación de esfínteres

EXAMEN FISICO

Observar una debilidad postconvulsión, la evaluación de posibles daños físicos como una mordedura de lengua, seguida de una evaluación neuropsicológica, y del sistema cardiovascular

TRASTORNOS DEL SUEÑO

QUE ES?

El sueño es la interrupción fisiológica y reversible de la vigilia que normalmente sobrevive como son secuencia de la fatiga neuronal cerebral, se describen anomalías en relación al sueño con relación a lesiones del hipotálamo anterior los cuales pueden producir hipersomnia, las del hipotálamo anterior, insomnio

TIPOS

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO; como apneas y las hipopneas
HIPERSOMNIAS DE ORIGEN CENTRAL; asociado a somnolencia diurna con sueño nocturno
PARASOMNIAS: Se define como comportamientos recurrentes, cambios físicos indeseables
ALTERACIONES DEL RITMO CIRCADIANO: ambiente social

ANAMNESIS

Interrogatorio sobre los horarios de sueño, condiciones del lugar donde duerme, si al dormir tiene compañía, hábitos de trabajo y ejercicio físico, cuanto suele dormir, tipo de alimentación, consumo de bebidas energizantes

E.F

Presencia de ronquidos, apneas, movimientos periódicos de las piernas, evaluación de factores de riesgo cardiovascular

ENFOQUE DIAGNOSTICO

La exploración física va enfocada a descubrir los síntomas asociados, por ejemplo, paciente que pensamientos le impiden dormir puede estar asociado a trastorno de ansiedad

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

QUE ES?

Se definen como una disfunción neurológica en la cual puede haber exceso de movimientos o una pobreza de los mismos

TEMBLOR

Movimiento originado por la contracción alternante de músculos antagonistas que se manifiesta como oscilaciones rítmicas en diversas partes del cuerpo, que se clasifica en base a su velocidad (rápidos, medianos, lentos), la amplitud (fino, o grueso), según el momento de aparición (reposo, postural o intencional) e inspección de donde este se localiza

ETIOLOGIA

PARKINSON: es un temblor de reposo o actitud, que disminuye con movimientos intencionales y aumenta ante el estrés
ESENCIAL: trastorno hereditario, puede presentarse como postural o intencional,
FISIOLOGICO: Surge en situaciones de ansiedad y se debe a un aumento de liberación de adrenalina

DX

SPECT
PET
MINI-MENTAL

COREA

Movimientos involuntarios rápidos, irregulares sin un propósito definido, originados por las contracciones bruscas y breves de cualquier grupo muscular

ETIOLOGIA:

HUNTINTONG: es una enfermedad hereditaria que inicia en la edad adulta con movimientos en cara, o miembros superiores y luego se generaliza
COREA DE SIDENHAM: Es una enfermedad relacionada con infección B-hemolítico, suele ser generalizados y autolimitarse en pocos meses

BALISMO

Variedad del corea que se produce en forma unilateral, con movimientos de mayor amplitud y violencia, predominante en miembro superior semejantes a una sacudida, de causas vasculares

ETIOLOGIA:

Vascular asociado a infartos, hemorragias, en el núcleo subtalámico

MIOCLONIAS

Contracciones bruscas y breves de uno o varios grupos musculares originados por compromiso del SNC, puedan ser rítmicas o arrítmicas, espontaneas o reflejas, localizadas o generalizadas

ETIOLOGIA:

Compromiso del sistema nerviosos central, ya sea corticales, subcorticales o espinales

DISTONIA

Se trata de contracciones sostenidas de músculos antagonistas, que dan origen a posturas anormales y movimientos lentos

ETIOLOGIA:

PRIMARIA: niñes y suele ser generalizada y en adultos suelen ser localizadas
SECUNDARIA: Comienzan a cualquier edad con diferentes causas

TICS

Movimientos involuntarios breves y bruscos que se repiten de la misma manera, comprometiendo segmentos corporales definidos

ETIOLOGIA:

La etiologia mas presenta causante de tics, es el síndrome de Gilles de la Tourette

EXPLORACION FISICA

La exploracion fisica de cada uno de los temblores debera ser exhaustivo, ya que habra que identificar si este es en reposo o durante el movimiento, abara que tomar en cuenta la edad, el sexo, evaluar exactamente donde se presenta el movimiento,

ANAMNESIS / ENFOQUE DIAGNOSTICO

Puede indicarme en situación se produce el movimiento, ¿Existe algún síntoma asociado? ¿Tiene la caracteriza por ser hipocinético o hipocinético? ¿En qué situaciones se produce el movimiento y que lo suprime? ¿Cuáles son las cualidades del temblor?

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

DEBILIDAD MUSCULAR

QUE ES?

La debilidad es la disminución de la fuerza muscular que conlleva pérdida de las funciones habituales de un paciente

LESION DE MOTONEURONA SUPERIOR

Una afección de las vías motoras centrales está constituida por una pérdida de balanceo de los brazos o la rigidez de la pierna al caminar, suele existir una exacerbación de los reflejos en etapas tardías, una lesión por encima de la cruzación corticoespinal bulbar, causando así una debilidad motora contralateral. Las lesiones en el tronco del encéfalo pueden provocar disfunción de pares craneales homolaterales

LESION DE MOTONEURONA INFERIOR

El cuadro de dicha lesión suele estar asociado a una debilidad y atrofia temprana de los músculos del sector lesionado correspondientes evaluar
A medida que esta progresa se presenta fasciculaciones en el sector muscular correspondiente

LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Lesiones en el plexo braquial o lumbosacro son resultado de lesiones directas, por tracción, infiltración, vasculares o inflamatorias, su distribución estará dada por los troncos y ramas del plexo que se encuentran afectados, que suelen asociarse a dolor y pérdida sensitiva

LESIONES DE LA PLACA NEUROMUSCULAR Y DEL MÚSCULO

Generalmente la miastenia grave se relaciona con el grado de uso muscular, los músculos más vulnerables suelen ser los extrínsecos del ojo, los elevadores del párpado, los músculos faciales, cervicales, no suele haber pérdida de reflejos

ANAMNESIS / ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Evaluación en la forma del inicio, la evolución clínica, la distribución, la debilidad, ha consumido algún tipo de medicamentos últimamente, si este fue de inicio súbito gradual, donde este se localiza, ha estado expuesto a algún tipo de toxina,

EXAMEN FÍSICO

Evaluar la distribución de la debilidad, si esta es simétrica o asimétrica, si esta es predominio proximal o distal
Si esta se encuentra hipotrofia o atrofia
La evaluación del tono muscular por medio de la fuerza, en busca de posible hipotonía

EXPLORACION NEUROLOGICA

ESTADO MENTAL

QUE SE EVALUA:

Nivel de alerta del paciente
La idoneidad de sus respuestas
Orientación de espacio
Orientación de tiempo

COMO SE EVALUA:

Por medio de preguntas como:
¿Señor donde se encuentra?
¿Podría indicarme que hacía antes de venir a consulta?
¿Podría decirme cuales son los últimos 3 presidentes de la república?
¿puede ser tan amable de decirme como pudo llegar al consultorio?
¿Puede decirme la fecha a la que nos encontramos el día de hoy?

ALTERACIONES POSIBLES:

Bajos niveles de oxigeno
Alzheimer
Consumo de alcohol o drogas
Hipoglucemia
Meningitis
Deshidratacion

NC VII: ACUSTICO Y VESTIBULAR

COMO SE EVALUA:

Inspeccionar la articulación de palabras
Pedir al paciente que saque la lengua

ALTERACIONES POSIBLES:

Disartria
Atrofia de lengua
Fasciculaciones
Esclerosis lateral amiotrofica

PARES CRANEALES

NC I: OLFATORIO

COMO SE EVALUA:

Se le presenta un conjunto de olores (no irritantes) los cuales el paciente debe ser capaz de identificar con normalidad, se realiza indicándole que cierre ambos ojos y presione una de la fosa nasal mientras inspira con la otra y así con ambas fosas nasales

ALTERACIONES POSIBLES:

Traumatismo craneoencefálico
Habito tabáquico
Envejecimiento
Consumo de cocaína
Enfermedad de Parkinson

NC II Y III: OPTICO Y MOTOR OCULAR

COMO SE EVALUA:

Agudeza visual por medio de la carta de Snellen
Oftalmoscopio para inspeccionar el tamaño de las pupilas
Reacción pupilar a la luz
Contracción pupilar
Explorar los campos visuales por medio de confrontación

ALTERACIONES POSIBLES:

Papiledema, Atrofia óptica
Glaucoma
Embolias retinianas
Neuritis óptica
Hemianopsias bitemporales
Hemianopsias homónimas
Cuadrantanopsia en las lesiones posquiasmaticas
Ictus
Anisocoria

NC III, IV, VI: MOTOR OCULAR, TROCLEAR Y ABDUCENS

COMO SE EVALUA:

Exploración de los campos visuales
Exploración en busca de posibles nistagmos
Exploración para posibles diplopias
Inspeccionar en busca de ptosis (caída de los párpados superiores)

ALTERACIONES POSIBLES:

Mirada desconjugada
Diplopias monoculares
Cataratas
Nistagmos
Ptosis
Miastenia gravis
Traumatismos
Oftalmopatía tiroidea y oftalmoplejía internuclear

EXPLORACION NEUROLOGICA

NC VII: ACUSTICO Y VESTIBULAR

COMO SE EVALUA:

Valoración de la audición por medio de:
Prueba del susurro
Rinne
Weber

ALTERACIONES POSIBLES:

Sordera
Exceso de cerumen
Otosclerosis
Otitis media aguda
Presbiacusia
Síndrome de meniere

PARES CRANEALES

NC VII: FACIAL

COMO SE EVALUA:

Mediante la cara en reposo
Mientras habla
Se le indica al paciente cosas como: levante ambas o una sola ceja, que las frunza, que sonría, que enseñe los dientes superiores e inferiores, se le indica al paciente que cierre los ojos con fuerza, mientras aplicamos fuerza para abrirlos el paciente no debe dejarnos

ALTERACIONES POSIBLES:

Debilidad facial
Parálisis de Bell
Parálisis superficial unilateral

NC V: TRIGEMINO

SENSITIVO

Se le realiza por medio de sensibilidad "dolorosa" a lo largo del recorrido de las 3 ramas del nervio trigémino (oftálmico, mandibular, y maxilar), mientras que el paciente debe ser capaz de percibir los estímulos en diferentes regiones
Sensibilidad térmica
Reflejo corneal

ALTERACIONES POSIBLES:

Trastornos del nervio periférico, en este caso del nervio trigémino
El parpadeo ausente durante el reflejo corneal son indicios de lesiones del NC V, la falta de parpadeo y la sordera neurosensitiva se observa en el neurima del acústico

MOTOR:

Se le pide al paciente que apriete los dientes mientras se palpa el musculo temporal y masetero (articulación temporomandibular), también se le indica al paciente que mueva la mandíbula de un lado a otro

ALTERACIONES POSIBLES:

Mirada desconjugada
Diplopías monoculares
Cataratas
Nistagmos
Ptosis
Miastenia gravis
Traumatismos
Oftalmopatía tiroidea y oftalmoplejía internuclear

NC XI: ACCESORIO

COMO SE EXPLORA

Se le indica al paciente que eleve sus hombros mientras hacemos fuerza econtra para medir la fuerza del paciente
Tambian se le indica el paciente que gire su cabeza y cuello hacia un lado mientras nosotros colocamos la mano en su mejilla para hacer furza contraria a la del paciente para medir la fuerza del musculo esternocleidomastoideo

ALTERACIONES POSIBLES:

Atrofia de musculos
Fasciculaciones
Parálisis de musculos

NC IX Y X GLOsofaringeo Y VAGO

COMO SE EXPLORA

La exploracion de estos nervios se hace por medio de la inspeccion del habla, si esta ronco, la calidad nasa se explora su capacidad para deglutir, se le pide al paciente que habra la boca para inspeccionar el paladar blando, uvula y faringe

ALTERACIONES POSIBLES:

Parálisis de cuerdas vocales
Lesion bilateral del nervio X
Parálisis unilateral
Parálisis de paladar
Debilidad faringea

SISTEMA MOTOR

QUE SE EVALUA

Postura del cuerpo
Movimientos voluntarios e involuntarios
Característica de los músculos

COMO SE EVALUA:

Mediante la inspección de la postura en reposo y en movimiento del paciente
Inspección en busca de tics, temblor o fasciculaciones de nuestro paciente tomando en cuenta factores como la edad
Inspección de tamaño y forma del músculo

ALTERACIONES POSIBLES:

Monoparesia
Hemiparesia
Ictus
Atrofias, hipertrofias y pseudodistrofias
Lesiones de nervios

TONO MUSCULAR

COMO SE EXPLORA

Se puede evaluar observando la resistencia del músculo al estiramiento pasivo, se hace tomando una de las manos del paciente y apoyando el codo, se flexiona y se extiende los dedos, la muñeca y el codo del paciente haciendo que el hombro se mueva ampliamente, con el objetivo de evaluar la resistencia que ofrece a dichos movimientos

ALTERACIONES POSIBLES:

Una disminución de la resistencia denota una enfermedad del SNP, una enfermedad cerebelosa, o una lesión medular, la flacidez marcada revela una hipotonía muscular o flacidez
Espasticidad
Una rigidez marcada a los movimientos

FUERZA MUSCULAR MIEMBROS SUPERIORES

TOMA EN CUENTA

Edad, sexo, y el entrenamiento muscular

COMO SE EVALUA

FLEXION: C5-C6
bíceps y braquiorradial
EXTENSION: C6-C7-C8, en el codo haciendo que el paciente empuje y tire de la mano (en contra fuerza)

ALTERACION:

La debilidad se observa en lesiones de dichos nervios y en la hemiplejía del SNC
ICTUS
Esclerosis múltiple

EXTENSION DE MUÑECA: C6-C7-C8, nervio radial, extensor radial largo y corto del carpo, pidiendo al paciente que cierre su mano y resista el empuje hacia abajo

ALTERACION:

La debilidad se observa en lesiones del nervio radial y en la hemiplejía del SNC
ICTUS
Esclerosis múltiple

ABDUCCION DE DEDOS: C8-T1, nervio cubital se realiza colocando la mano del paciente con la palma hacia abajo y dedos separados indicándole que no deje juntar sus dedos

ALTERACION:

Transtornos del nervio cubital

OPOSICION DEL PULGAR: C8-T1 nervio mediano, indicándole al paciente que debe intentar tocar la yema del meñique con el pulgar, mientras oponemos resistencia

ALTERACION:

Síndrome del túnel carpiano

VERIFICAR LA PRESION: C7, C8 Y T1, pidiéndole al paciente que sostenga y apriete dos de nuestros dedos con su máxima fuerza y que no lo suelte

ALTERACION:

Una presión débil se observa en la radiculopatía cervical, la neuropatía periférica, acompañado de dolor en tenosinovitis de Quervain, artritis, epicondilitis

SISTEMA MOTOR

COORDINACION

MIEMBROS INFERIORES

Observar la velocidad y ritmo de los movimientos aunados a la coordinación de los movimientos

COMO SE EVALUA:

Se le pide al paciente que golpee su muslo con la palma de su mano (esto estando sentado), la eleve y le dé la vuelta y golpee nuevamente su muslo, indicándole al paciente que repita dichos movimientos a alta velocidad

ALTERACIONES POSIBLES:

Enfermedad cerebelosa
Disdiadococinesia
Enfermedad de los ganglios basales

MIEMBROS SUPERIORES

Observar la velocidad y ritmo de los movimientos aunados a la coordinación de los movimientos

COMO SE EVALUA:

Se le pide al paciente que percuta con su mano con la máxima velocidad posible en el arco anterior del pie, con el objetivo de evaluar torpeza

ALTERACIONES POSIBLES:

Enfermedad cerebelosa
Disdiadococinesia

FUERZA MUSCULAR MIEMBROS INFERIORES

TOMA EN CUENTA

Edad, sexo, y el entrenamiento muscular

COMO SE EVALUA

FLEXION DE CADERA: L2, L3, L4, musculo iliopsoas, colocando la mano en el muslo del paciente y pidiéndole que lo levante contra resistencia

ALTERACION:

Miopatías
Dermatomiositis y polimiositis
Distrofia muscular
Atrofias

EXTENSION DE CADERA: S1, glúteo mayor, pidiéndole la paciente que empuje la parte posterior del muslo contra resistencia de nuestra mano

ALTERACION:

Miopatías
Dermatomiositis y polimiositis
Distrofia muscular
Atrofias

EXTENSION DE RODILLA: L2, L3, L4, cuádriceps, apoyando la rodilla en flexión y se le pide al paciente que la enderece contra la fuerza de nuestra mano

ALTERACION:

Miopatías
Dermatomiositis y polimiositis
Distrofia muscular
Atrofias

FLEXION DE RODILLA; L4, L5, S1, S2, isquiotibial, colocando la pierna del paciente con la rodilla flexionada pidiéndole que mantenga el pie hacia abajo mientras tratamos de enderezarla

ALTERACION:

Miopatías
Dermatomiositis y polimiositis
Distrofia muscular
Atrofias

COMPROBAR LA DORSIFLEXION; L4-L5, tibial anterior y la flexión plantar S1, pidiéndole al paciente que tire del pie hacia arriba o hacia abajo en contra de nuestra mano

ALTERACION:

Miopatías
Dermatomiositis y polimiositis
Distrofia muscular
Atrofias

SISTEMA MOTOR

MOVIMIENTOS DE UN PUNTO A OTRO

PRUEBA DEDO NARIZ

Observar la velocidad y suavidad de los movimientos aunados a la exactitud de los movimientos, en busca de temblores

COMO SE EVALUA:

Se le pide al paciente que con extiende ambos brazos de forma horizontal, habiendo hecho eso se le indica que con su dedo índice (de una mano) toque la punta de su nariz, y debe hacerlo con ambas manos teniendo los ojos cerrados

ALTERACIONES POSIBLES:

Enfermedad cerebelosa
Dismetria
Temblor de intencion

TALÓN RODILLA

Observar la velocidad y suavidad de los movimientos aunados a la exactitud de los movimientos, en busca de temblores

COMO SE EVALUA:

Se le pide al paciente que coloque su talón sobre la rodilla contraria y la baje por toda la tibia hasta alcanzar el primer dedo, con el fine de evaluar la suavidad de los movimientos

ALTERACIONES POSIBLES:

Enfermedad cerebelosa
Dismetria

MARCHA

TOMA EN CUENTA

Edad, sexo, y condicion actual

COMO SE EVALUA

Que camine por la habitación, que llegue a un punto establecido, que gire y regrese, se debe inspeccionar, la postura, el equilibrio, balanceo de las piernas

ALTERACION:

Ataxia
Enfermedad cerebelosa
Pérdida del sentido postural o intoxicacion

Marcha en tándem, lo que significa que el paciente deberá caminar en línea recta, pero en punta talón, inspeccionando, el equilibrio, el balanceo y coordinación

ALTERACION:

Ataxia

Salto de forma alterna sobre cada pie, se le indica al paciente que de ligeros saltos, alternando las piernas con una ligera flexión de las rodillas

ALTERACION:

Debilidad
Falta de sentido postural
Disfunción cerebelosa

Se le pide al paciente que ejecute una ligera flexión de las rodillas, primero con miembro y luego con el otro

ALTERACION:

Una debilidad a la hora de la flexión sugiere una debilidad de los extensores de la cadera, debilidad de los cuádriceps

Se le indica al paciente que se levante de la silla sin apoyo de los brazos, y se le indica que suba a un taburete con el objetivo de inspeccionar la coordinación y equilibrio

ALTERACION:

Debilidad de los músculos proximales que afectan la cintura pélvica y miembros inferiores

SISTEMA MOTOR

SENSIBILIDAD DISCRIMINATORIA

ESTEREOGNOSIA

Inspeccionar la capacidad del paciente para identificar ciertos objetos

COMO SE EVALUA:

Con los ojos cerrados se le ponen objetos (conocidos) en la mano del paciente y debe decir lo que cree que es

ALTERACIONES POSIBLES:

Asterognosia

D. ENTRE DOS PUNTOS

Capacidad de identificar números mediante el tacto

COMO SE EVALUA:

Con ayuda de un clip abierto se hace punción sobre dos puntos de la piel al mismo tiempo, y se debe preguntar la percepción del paciente ha dicho estímulo

ALTERACIONES POSIBLES:

Lesión de la corteza sensitiva

GRAFESTESIA

Capacidad de identificar números mediante el tacto

COMO SE EVALUA:

Se le indica al paciente cerrar sus ojos, y con ayuda de un lápiz trazar números en la palma de su mano y este deberá indicar que número percibe

ALTERACIONES POSIBLES:

Grafanestesia

SISTEMA SENSITIVO

TOMA EN CUENTA

COMO SE EVALUA

DOLOR

Con la ayuda de un alfiler se le generan estímulos dolorosos al paciente, seguido de preguntas como: ¿noto algún objeto punzante? si se está comparando: ¿siente lo mismo de este lado?

ALTERACION:

Hipoalgesia
Hiperalgesia

TEMPERATURA

Uso de dos objetos con temperaturas diferentes, colocados en la superficie de la piel del paciente y preguntar si lo percibe frío o caliente

ALTERACION:

Ataxia

TACTO SUPERF

Con ayuda de un poco de algodón debemos tocar ligeramente al paciente y este debe decirnos cada que lo perciba y si sucede así con ambos lados del cuerpo

ALTERACION:

Anestesia
Hipoestesia
Hiperestesia

VIBRACION

Uso de diapason 128 Hz, percutirlo y apoyarlo en la articulación interfalángica distal de la mano o el pie, y se le pregunta al paciente que si logra notar dichas vibraciones

ALTERACION:

Neuropatía periférica
Sífilis terciaria
Ausencia de Vit B12

PROPIOCEPCION

Sujetar el primer dedo del pie, con los ojos abiertos se le muestra como sube y baja, posteriormente el paciente cierra los ojos y debe indicar si su dedo sube o baja

ALTERACION:

Tabes dorsal
Esclerosis múltiple
Deficiencia de Vit B12
Neuropatías periféricas

SISTEMA MOTOR

SIGNOS MENINGEOS

RIGIDEZ DE CUELLO

Inspección/
diagnóstico
de
meningitis

COMO SE EVALUA:

El paciente en decúbito supino, colocando las manos detrás de la cabeza del paciente y se le hace flexión hasta que el mentón toque el tórax

ALTERACIONES POSIBLES:

Inflamación del
espacio
subaracnoideo

S. DE BRUDZINSKI

Inspección/
diagnóstico
de
meningitis

COMO SE EVALUA:

El paciente en decúbito supino, mientras flexionamos el cuello, se logrará observar reacción por parte de la cadera y rodilla

ALTERACIONES POSIBLES:

Inflamación del
espacio
subaracnoideo

GRAFESTESIA

Inspección/
diagnóstico
de
meningitis

COMO SE EVALUA:

Flexionar el miembro inferior del paciente por la cadera y la rodilla y luego enderezca la rodilla (no debe causar dolor)

ALTERACIONES POSIBLES:

Inflamación del
espacio
subaracnoideo

REFLEJOS

COMO SE EVALUA

BICIPITAL

Se le pide al paciente flexionar su codo, con la mano contraria colocaremos el pulgar en el tendón bicipital y golpearemos con el martillo de exploración

ALTERACION:

Hipoalgesia
Hiperalgesia

TRICIPITAL

Flexionamos el codo, o lo sostenemos, y golpeamos el tendón tricipital por encima del codo

ALTERACION:

Ataxia

BRAQUIRRADIAL

El paciente debe apoyar su brazo sobre el muslo de manera relajada, se deberá golpear el radio a 2,5 a 5 cm de la muñeca

ALTERACION:

Anestesia
Hipoestesia
Hiperestesia

ROTULIANO

El paciente deberá estar sentado con la rodilla flexionada, y se deberá percutir el tendón rotuliano por debajo de la rotula

ALTERACION:

Neuropatía periférica
Sífilis terciaria
Ausencia de Vit B12

CALCANEO

Si el paciente estuviese sentado deberemos dorsiflexionar su pie por el tobillo, y se deberá golpear el tendón calcáneo

ALTERACION:

Tabes dorsal
Esclerosis múltiple
Deficiencia de Vit B12
Neuropatías periféricas

BATES GUIA DE EXPLORACION FISICA E HISTORIA CLINICA