

NOMBRE DE ALUMNO:

EMILI VALERIA ROBLERO VELAZQUEZ

NOMBRE DEL PROFESOR:

MIGUEL BASILIO ROBLEDO

NOMBRE DEL TRABAJO:

MAPA CONCEPTUAL

MATERIA:

PROPEDÉUTICA, SEMIOLOGÍA Y

DIAGNÓSTICO FÍSICO

GRADO: 4 SEMESTRE.

PAR CRANEAL 1: OLFATORIO

> FUNCIÓN

Sensitivo: Olfatorio.
El sentido especial del olfato

> LOCALIZACIÓN

los cuerpo celulares de las neuronas receptoras olfatorias se localizan en el órgano olfatorio.

En el techo de la cavidad nasal y a lo largo del tabique nasal y la pared medial de la concha nasal

> RECORRIDO

1. Las prolongaciones centrales de las neuronas receptoras ascienden por el orificio de la lámina cribosa.

2. hasta alcanzar los bulbos olfatorios en la fosa craneal anterior.

3. estos nervios hacen sinapsis con neuronas de los bulbos, y las prolongaciones de estas neuronas siguen los tractos olfatorios.

nervios olfatorios únicos que entran directo en el cerebro

> TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

1. asegúrate que cada fosa nasal esté abierto
2. el paciente con los ojos cerrados se deberá comprimir un lado de la nariz

3. Pedir al paciente que inhale por el otro lado de la nariz.
4. le presentaremos lores familiares y el paciente deberá reconocerlo.
5. Luego explorar el otro lado de la nariz

> ANOMALÍAS

Anosmia: pérdida del olfato.

tiene lugar en afecciones sinusales, traumatismo craneocefálico, envejecimiento y enfermedad de parkinson

PAR CRANEAL II: ÓPTICO

FUNCIÓN

Sensitivo: visión
El sentido especial de la visión.

CAMPO VISUAL

Es aquello que una persona que una persona ve con ambos ojos bien abiertos, cuando mira en línea recta hacia delante.

ESTRUCTURAS

Estructuras que participan en la recepción y transmisión de estímulos ópticos

SON

Las fibras ópticas y la retina neural, junto con el epitelio pigmentario del globo ocular

RECORRIDO

1. El nervio pasa por la órbita y sale a través del conducto óptico para entrar en la fosa craneal media, donde forma quiasma óptico.

2. ahí se unan las fibras para formar el tracto óptico.
3. la unión de las fibras en el quiasma permite la percepción de la profundidad del campo.

4. Las fibras terminan en los cuerpos geniculados laterales del tálamo.
5. Los axones se revelan hacia las cortezas visuales de los lóbulos occipitales del cerebro.

ORIGEN

las fibras de estos nervios se originan en las células ganglionares de la retina

ANOMALÍAS

pérdida de la contracción pupilar:
traumatismo directo de la órbita o el globo ocular

Defectos en los campos visuales:
Compresión de la vía óptica; laceración o coágulo intracerebral en los lóbulos temporal

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

Inspeccionar el fondo de ojo con el oftalmoscopio, prestar atención a las papilas

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

Campos visuales por confrontación:
1. posicionandonos enfrente del paciente.
2. con las manos separadas fuera de la vista del paciente .
3. mover los dedos

4. llevar los dedos lentamente en dirección al centro de visión del paciente.
5. le pediremos que nos informe tan pronto vea el movimiento de los dedos.



PAR CRANEAL III OCULOMOTOR

FUNCIONES

Motor somático:
(eferente somático general) y
motor visceral (eferente visceral
general- parasimpático)

principal nervio motor de los
músculos del ojo extrínseco
del globo ocular.

LOCALIZACIÓN

Emerge del mesencéfalo,
atraviesa la duramadre
lateral al diafragma de la
silla turca por encima de la
hipófisis y discurre a través
del techo y la pared lateral
del seno caroso.

NÚCLEOS

hay 2 núcleos, uno para cada
componente funcional del
nervio.

1

núcleo motor
somático del nervio
oculomotor está en
el mesencéfalo

2

Núcleo motor
visceral
(parasimpático)
accesorio, se sitúa
dorsales a los 2/3
rostrales de anterior

Estos nervios envían fibras
parasimpáticas al ganglio ciliar
para la inervación del cuerpo ciliar
y esfínter de la pupila

ANOMALÍAS

anisocoria, ptosis, oftalmoplegía,
síndrome de horner.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

1. Nos colocamos
enfrente del paciente
2. con una lámpara
pequeña, acercándola
al ojo del paciente

inspeccionaremos tamaño y
reacción de las pupilas.

PAR CRANEAL IV: TROCLEAR



PAR CRANEAL IV: TRIGÉMINO

FUNCIONES

sensitivo somático (general) y branquial) para los derivados del primer arco faríngeo.

RECORRIDO

1. 1. se origina en la cara lateral del puente como 2 raíces: motora y sensitiva.

NERVIO OPTÁLmico (NCVI)

No es nervio braquial (no inerva derivados de os arcos faríngeos)
inerva estructuras derivadas del mesodermo paraaxial del proceso embrionario frontonasal.

NÚCLEOS

1 núcleo motor del nervio trigémino y 3 sensitivos (núcleo mesencefálico, sensitivo principal y espinal del nervio trigémino)

LOCALIZACIÓN

emerge de la cara lateral del puente mediante una gran raíz sensitiva y una pequeña raíz motora

2

estas raíces cruzan la porción medial de la cresta de la porción petrosa del hueso temporal.

3

entran en la cavidad trigeminal de la duramadre, laterales al cuerpo del esfenoides y al seno cavernoso

ANOMALÍAS

La falta de parpadeo y la sordera y la sordera neurosensitiva se observan en el aneurisma del acústico

CARACTERÍSTICAS

las fibras sensitivas somáticas (generales) del NCV, se distribuyen por la piel y las mucosas y la conjuntiva de la región frontal de la cabeza y nariz

El nervio trigémino es el de mayor tamaño (si se excluye al óptico)

Este par craneal es el principal nervio sensitivo somático (general) de la cabeza (cara, dientes, boca, cavidad nasal y duramadre de la cavidad craneal).

4. la raíz sensitiva llega al ganglio del trigémino; la raíz motora discurre en paralelo a la raíz sensitiva, pasa de largo del ganglio y pasa a formar parte del nervio mandibular.

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

Reflejo corneal:
al tocar con una torunda de algodón la córnea, que también es inervada por el NCV, si se provoca un parpadeo reflejo es que el nervio funciona correctamente

PAR CRANEAL V: TRIGÉMINO



FUNCION NERVIOS MAXILAR (NCV2)

inerva los derivados de la prominencia maxilar del primer arco faríngeo.

NERVIO MANDIBULAR (NCV3)

inerva los derivados de la prominencia mandibular del primer arco faríngeo.

ANOMALÍAS

parestesias, falta de contracción en maseteros y temporales, desviación de la mandíbula, pérdida de sensibilidad facial



TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

LOCALIZACIÓN

sale de la cavidad craneal a través del foramen redondo.

LOCALIZACIÓN

normalmente se distribuyen por la piel y las mucosas asociadas con el maxilar.

CARACTERÍSTICAS

es la única división que contiene fibras somáticas (branquiales)

DISTRIBUCIÓN

se distribuyen por los músculos estriados derivados del mesodermo de la prominencia mandibular (músculos masticadores)

MOTOR

al palpar los músculos temporal y masetero se le pide al paciente que apriete los dientes y se observa la fuerza de contracción

SENSITIVO

El paciente debe estar con los ojos cerrados y le pasaremos un objeto por frente, pómulos y mandíbula. le pediremos al paciente que tipo de objeto es.

el ganglio pterigopalatino (parasimpático) está asociado a esta división.

y participa en la inervación de la glándula lacrimal y las glándulas nasales y palatinas.



Esta división se asocia a 2 ganglios parasimpáticos, el ganglio ótico y el ganglio submandibular; ambos participan en la inervación de las glándulas salivares.



PAR CRANEAL VI: ABDUCENS



FUNCIONES

Motor somático (eferente somático y propioceptivo) para un músculo extrínseco del globo ocular, el recto lateral.

ANOMALÍAS

el ojo no puede moverse lateralmente, diplopía en la mirada lateral.
localización; Base del encéfalo o fracturas que afecta al seno cavernoso



NÚCLEO

El núcleo abducens se encuentra en el puente, junto al plano sagital medio.

LOCALIZACIÓN

Emerge del tronco del encéfalo entre el puente y la médula oblongada, y atraviesa la cisterna pontocerebelosa del espacio subaracnoideo.

RECORRIDO

Los nervios se originan en el puente, atraviesan la duramadre en el clivus, cruzan al seno cavernoso y las fisuras orbitarias superiores, y entran en las órbitas

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

Explorar, quea motilidad extraocular en las seis direcciones cardinales de la mirada y buscar si hay pérdida de los movimientos conjugados.

PAR CRANEAL VII: NERVIO FACIAL



FUNCIONES

Sensitivo especial (gusto) y sensitivo (general). motor somático (branquial) y motor visceral (parasimpático). también transporta fibras propioceptivas desde los músculos que inerva.

núcleo

El núcleo motor del nervio facial es un núcleo branquiomotor situado en la porción ventrolateral del puente.

localización

El nervio facial emerge de la unión entre el puente y la médula oblongada como dos divisiones: La raíz primaria y el nervio intermedio.

La raíz primaria más grande (el nervio facial) inerva los músculos de la expresión facial.

El nervio intermedio: Más pequeño, transporta fibras gustativas, parasimpáticas y sensitivas somáticas.

RECORRIDO

Se origina en el borde posterior del puente, se discurre a través del conducto auditivo interno del nervio facial.

El NCVII sale por el foramen estilomastoideo; su tronco principal forma el plexo nervioso intraparatoideo

Da origen a los 5 vasos motores terminales; temporal, cigomático, bucal, marginal de la mandíbula y cervical.

EJEMPLO

mientras atraviesa el conducto facial dentro del hueso temporal el NCVII da origen a:
1. Nervio petroso mayor
2. Nervio estapedio
3. Cuerda del timpano

Es sensitivo para parte de piel, conducto auditivo externo, y a través del intermedio es sensitivo para el gusto de los 2/3 de la lengua y el paladar blando.

MOTOR SOMATICO (BRANQUIAL)

Inerva los músculos estriados de su mesodermo, principal los músculos de la expresión facial y auriculares

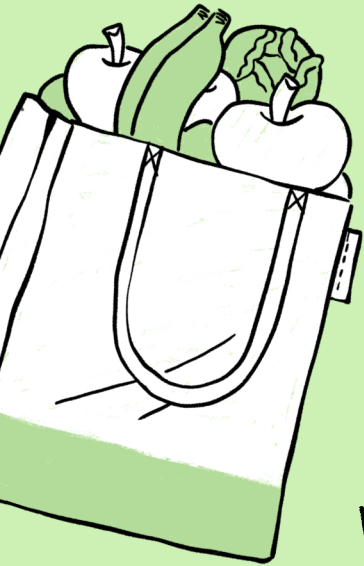
motor visceral (parasimpático)

proporciona fibras para la inervación de las glándulas lagrimales, y al ganglio submandibular.

para la inervación de las glándulas salivares sublingual y submandibular

sensitivo somático (general)

Algunas fibras procedentes del ganglio geniculado inervan una pequeña área de piel de la concha del pabellón auricular, próxima al conducto auditivo externo



par craneal VII

FACIAL



SENSITIVO ESPECIAL (GUSTO)

Las fibras transportadas, por la cuerda del tímpano se unen al nervio lingual del NCV3

Para conducir las sensaciones gustativas desde los 2/3 anteriores de la lengua y el paladar blando

ANOMALÍAS

Parálisis de los músculos faciales; no se puede cerrar el ojo, caída del ángulo de la boca parálisis de Bell.

Arrugas en la frente debido a la inervación bilateral del músculo frontal, parálisis faciales contralaterales.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

Inspeccionaremos la cara en reposo y mientras se habla con el paciente.

- pedir al paciente que:
1. Levante las 2 cejas
 2. las frunza
 3. aplique fuerza al cerrar los ojos.
 4. enseñe los dientes superior e inferior
 5. sonría e infle las mejillas

PAR CRANEAL VII (VESTIBULOCOCLEAR)

FUNCIONES

Sensitivo especial (aferente somático especial), es decir, sensaciones especiales de audición, equilibrio y movimiento (aceleración/desaceleración)

NÚCLEO

Los núcleos vestibulares se localizan en la unión del puente y la médula oblongada en la porción lateral del suelo del cuarto ventrículos

IDEA SECUNDARIA

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.

LOCALIZACIÓN

El nervio vestibulococlear (NC VIII) Emerge de la unión entre el puente y la médula oblongada. En ese punto se divide en los nervios;

VESTIBULAR

Está compuesto por las prolongaciones centrales de neuronas bipolares en el ganglio vestibular, las prolongaciones de las neuronas se extienden hasta las máculas y el sáculo.

COCLEAR

Compuesto por las prolongaciones centrales de neuronas bipolares en en ganglio coclear o espiral. Se extienden hasta el órgano espiral para el sentido de la audición

Dentro del conducto auditivo interno, las dos divisiones del NC VIII están acompañadas por la raíz primaria y el nervio intermedio del NC VII y por la arteria laberíntica.

ANOMALÍAS

Exceso de cerumen, otosclerosis, otitis media, presbiacusia por envejecimiento, vértigo más sordera.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

1. PRUEBA DEL SUSURRO.
En voz baja di algunos número cerca del oído del paciente, obstruyendo el oído contralateral y que el paciente repita los números.

WEBER

Con el diapasón, ponerlo en la frente. Que el paciente indique donde sintió la vibración-

RINNE

se coloca el tallo del diapasón en el hueso mastoideo, detrás del oído, permitiendo que las vibraciones del diapasón pasen a través del hueso del cráneo hasta el oído interno.

PAR CRANEAL IX: GLOsofaríngeo

funciones

Sensitivo somático (general), sensitivo especial (gusto) y sensitivo visceral (parasimpático) para los derivados del tercer arco faríngeo

También envían fibras sensitivas al tercio posterior de la lengua (incluido el gusto)

La faringe, la cavidad timpánica, la cavidad faringotimpánica y para el glomus (cuerpo) y el seno carotídeos

RECORRIDO

Los nervios se originan en el extremo rostral de la médula oblongada y salen del cráneo por el foramen yugular.

Pasan entre los constrictores superior y medio de la faringe hacia el seno tonsilar y entran en el tercio posterior de la lengua.

El nervio glossofaríngeo es aferente de la lengua y faringe (de ahí su nombre) y eferente del estilo faríngeo y la glándula parótida

MOTOR SOMÁTICO (BRANQUIAL)
Las fibras motoras pasan hacia un músculo, el estilofaríngeo, derivado del tercer arco faríngeo

MOTOR VISCERAL (PARASIMPÁTICO)
Las fibras presinápticas son conducidas hacia el ganglio ótico para la inervación de la glándula parótida.

SENSITIVO VISCERAL:
1. Nervio timpánico.
2. Nervio del seno carotídeo.
3. Nervios faríngeos, tonsilares y linguales para la mucosa de la bucofaringe y el istmo de las fauces.

SENSITIVO ESPECIAL (GUSTO):
Fibras gustativas con conducidas el tercio de la lengua hacia los ganglios sensitivos del NC IX.

ANOMALÍAS:
Pérdida del gusto en el tercio posterior de la lengua, pérdida de sensibilidad en el paladar blando.

Técnicas de exploración

Consiste en pedirle al paciente que eleve la lengua y el paladar blando y constreñir los músculos faríngeos.

PAR CRANEAL X: VAGO

FUNCIONES

1, SENSITIVO SOMÁTICO (GENERAL) PARA LA PART INFERIOR DE LA FARINGE Y LA LARINGE.

2, Sensitivo visceral para órganos torácicos y abdominales

3. Sensitivo somático (general) y para en gusto de la raíz de la lengua y los botones (papilas) gustativos de la epiglotis.

4. Motor somático (branquial) para el paladar blando, faringe, los músculos intrínsecos de la lengua.

5. Propioceptivo para los músculos palatino, como demuestran su origen embrionario y su innervación.

5, Motor visceral (parasimpático) para las vísceras torácicas y abdominales.

NÚCLEOS

SENSITIVO: Núcleo sensitivo del nervio trigémino y núcleos del tracto solitario (gusto y sensitivo viseral)

MOTOR

Núcleo ambiguo (motor somático (branquial) y núcleo posterior (dorsal) del vago (motor visceral parasimpático)

-Los vagos emiten nervios recurrentes derecho e izquierdo, y luego, desde el plexo esofágico, vuelven a formarse como troncos vagales anterior y posterior, que continúan en el abdomen

RECORRIDO

Representa el recorrido más amplia de todos los nervios craneales.

-Se originan a partir de 8-10 raicillas en las caras laterales de la médula oblongada en el troco del encefalo.

ANOMALÍAS

caída del paladar blando, desviación de la úvula hacia el lado sano, ronquera debido a las parálisis del pliegue (cuerda) vocal.

POR

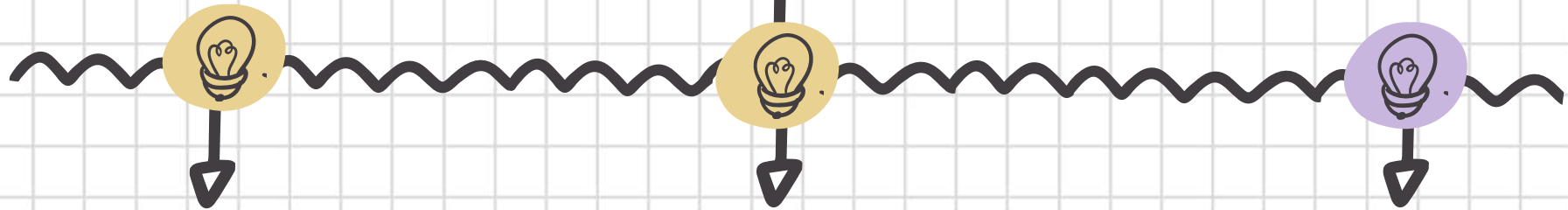
Lesión del tronco del encéfalo o laceración profunda del cuello.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

1 técnica: Pedimos al paciente que diga "aaah.." o que bostece, mientras tanto observamos los movimientos del paladar blando y faringe.

2 técnica: Pedir al paciente que eleve la lengua y el paladar blando y constreñir los músculos faríngeos

PAR CRANEAL XI: ACCESORIO



FUNCIONES

Motor somático para los músculos estriados esternocleidomastoideo y trapecio.

Núcleos

El nervio accesorio nace en el núcleo del nervio accesorio, una columna de motoneuronas del cuerno (asta) anterior en los 5 o 6 segmentos cervicales de la médula espinal.

RECORRIDO

Los nervios se originan como raicillas en los lados de la médula espinal, en los 5 o 6 segmentos cervicales.

Ascienden dentro de la cavidad craneal a través del foramen magno y salen por los forámenes yugulares.

cruzando la región cervical lateral donde las fibras para las sensaciones dolorosas y propioceptivas del plexo cervical se unen a los nervios.

Anomalías

Trastorno de los nervios periféricos; debilidad del trapecio con atrofia y fasciculaciones.
Debilidad esternocleidomastoideo.

Técnicas de exploración

1 técnica: Pediremos al paciente que encoja ambos hombros, levantando y haciendo fuerza contra nuestras manos.

2. técnica: pide al paciente que gire la cabeza hacia cada lado, oponiendo resistencia con nuestras manos.

En ambos casos observaremos la contracción y la fuerza.

PAR CRANEAL XII: HIPOGLOSO

funciones

Motor somático para los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua (estilogloso, hiogloso y geniogloso)

Recorrido

1. Se originan a partir de varias raicillas entre las pirámides y la oliva de la médula oblongada.

2. Pasan a través de los conductos hipoglosos y discurren inferior y anteriormente, pasando mediales a los ángulos de la mandíbula y entre el milohioideo.

y el hipogloso para alcanzar los músculos de la lengua.

Ramos

EL NC XII termina en muchos ramos que inervan todos los músculos extrínsecos de la lengua, excepto el palatogloso. El NC XII tiene los siguientes Ramos:

RAMO MENÍNGEO:
Vuelve hacia el cráneo a través del conducto del nervio hipogloso e inerva la duramadre del suelo y la pared posterior de la fosa craneal.

Raíz superior DEL ASA CERVICAL:
Se ramifica del NC XII para inervar los músculos infrahioideos (esternohioideo, esternotiroidoideo y omohioideo)

RAMOS LINGUALES:
Terminales inervan el estilogloso, el hiogloso, el geniogloso y músculos de la lengua.

Técnicas de exploración

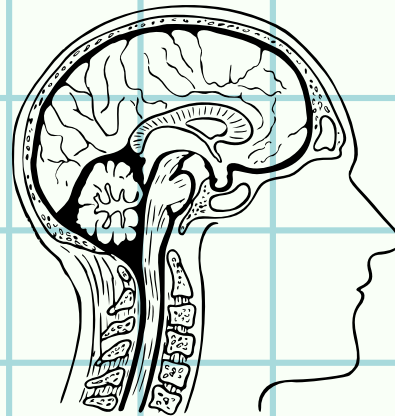
-Inspeccionar la lengua del paciente.
-Luego, pide al paciente que saque la lengua y la mueva de un lado a otro (mientras observamos su simetría)

En caso de ambigüedad, pediremos al paciente que use la lengua para empujar cada mejilla por dentro mientras palpamos con fuerza.

Anomalías

"Trastornos del habla", Disartria, esclerosis lateral amiotrófica y poliomielitis. Lesiones del NC XII, la lengua se desvía hacia el lado de la debilidad.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO



SISTEMA NERVIOSO (ANAMNESIS)

ANAMNESIS

Cefalea, Mareos o vértigo, Debilidad (generalizada, proximal o distal), Entumecimiento, sensibilidad anómala o ausente, Pérdida transitoria del conocimiento (casi síncope y síncope), Crisis convulsivas, Temblores y movimientos involuntarios

CEFALEA

valúa siempre la intensidad de la cefalea, su localización, duración y cualquier síntoma asociado, como visión doble, cambios en la vista y debilidad o pérdida de la sensibilidad.

¿La cefalea se agudiza con la tos, los estornudos o los movimientos repentinos de la cabeza, que pueden elevar la presión intracraneal?

MAREOS O VÉRTIGO

¿El paciente tiene la sensación de que va a desmayarse o de que está a punto de caer o perder el conocimiento (presíncope)?, o ¿se siente inestable y sin equilibrio (desequilibrio o ataxia)?, Si se trata de vértigo real, establece el curso evolutivo de los síntomas, lo cual será de ayuda para diferenciar los tipos de trastornos vestibulares periféricos

ENTUMECIMIENTO, SENSIBILIDAD ANÓMALA O AUSENTE.

Pídele que sea más preciso. ¿Sufrir hormigueo como "pinchazos y piquetes", una alteración de la sensibilidad llamada parestesia, sensaciones distorsionadas (disestesia) o su sensibilidad está reducida o completamente ausente.

DEBILIDAD

Es importante esclarecer a qué se refiere el paciente: fatiga, apatía, somnolencia o pérdida real de la fuerza. En la debilidad motora real, la causa puede implicar al SNC, un nervio periférico, la unión neuromuscular o un músculo.

PROXIMAL

pregunta sobre la existencia de dificultades con movimientos tales como peinarse, alcanzar un estante, mover una silla o subir un escalón alto. ¿La debilidad empeora con la repetición y mejora con el reposo?

DISTAL

pregunta sobre la fuerza de la mano para abrir un frasco o al utilizar unas tijeras o un destornillador, o por problemas tales como tropezar al momento de caminar

PÉRDIDA TRANSITORIA DEL CONOCIMIENTO (CASI SÍNCOPE Y SÍNCOPE).

Empieza descubriendo si el paciente realmente pierde el conocimiento. ¿Oyó algún ruido externo o voces durante el episodio, se sintió mareado, pero en realidad no llegó a desmayarse, lo que es indicativo de casi síncope o presíncope? o ¿experimentó una pérdida total del conocimiento, un síntoma que representa un síncope

CRISIS CONVULSIVAS.

Las convulsiones pueden ser sintomáticas, con una causa identificable, o idiopáticas

CONVULSIÓN

Si hay más de una convulsión, considera la epilepsia, definida como dos o más convulsiones que no son provocadas por otras enfermedades o circunstancias

EPILEPSIA

La epilepsia no siempre implica la pérdida del conocimiento, depende del tipo. Por lo general se clasifica como generalizada o parcial, en función del lugar de la corteza donde se inicia la actividad epiléptica.

TEMBLORES Y MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS.

Pregunta por la existencia de temblor, agitación o movimientos corporales que el paciente no pueda controlar. ¿El temblor tiene lugar en reposo?, ¿empeora con los movimientos intencionados voluntarios o al mantener una postura?

SISTEMA NERVIOSO (TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN)

ANAMNESIS

Conforme interactúas con el paciente, observarás con rapidez su grado de alerta y orientación, así como su estado de ánimo, atención y memoria. Conforme avance en su relato, aprenderás acerca de su discernimiento y juicio, así como cualquier pensamiento o percepción recurrente o inusual

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE.

observe que en el DSM-5, el modelo dimensional reduce estos desórdenes a seis categorías de personalidad: antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica, y enfatiza el funcionamiento personal e interpersonal.

CONDUCTA Y ESTADO MENTAL

Tención, estado de ánimo, discurso, discernimiento, orientación, memoria.

Valora el nivel de consciencia del paciente: su aspecto general; estado de ánimo, incluyendo depresión o manía; y la capacidad para prestar atención, recordar, comprender y hablar

Si sospechas un problema en la orientación y la memoria, puedes preguntar "Veamos, ¿cuándo fue su última consulta médica?", "¿y la fecha de hoy?"

Trata de integrar la evaluación del estado mental en la anamnesis, de manera que no parezca un interrogatorio



ANSIEDAD, PANICO, CONDUCTA RITUAL, FOBIAS.

Explora cualquier pensamiento, preocupación, creencia o percepción inusual, conforme aparezca durante la entrevista;

Complementa tu entrevista con preguntas en áreas específicas y continúa con un examen formal del estado mental, cuando esté indicado.

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS: DELIRIO Y DEMENCIA.

En el DSM-5 el delirio y la demencia entran en la nueva categoría de trastornos neurocognitivos, con base en la consulta con grupos de expertos. La demencia se clasifica como un trastorno neurocognitivo mayor.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN (CONDUCTA Y ESTADO MENTAL)

ASPECTO Y CONDUCTA

NIVEL DE CONSCIENCIA.

¿El paciente se encuentra despierto y alerta?, ¿entiende tus preguntas y responde de manera apropiada y rápida, o tiende a perder el hilo del tema, se torna silente o incluso se duerme?

COMPORTAMIENTO, AFECTO Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS Y LAS COSAS.

Valora el afecto del paciente, o la expresión externa de su estado emocional interno. ¿Es apropiado para los temas que se discuten?
o ¿es lábil, embotado o plano?, ¿parece exagerado en ciertos puntos?

ESTADO DE ÁNIMO

Pide al paciente que describa su estado de ánimo, incluyendo su nivel y fluctuaciones habituales en relación con sucesos vitales.

DISCURSO Y LENGUAJE

Durante la entrevista, advierte las siguientes características del discurso del paciente.

Cantidad. ¿Habla mucho o es inusualmente callado?, ¿son sus comentarios espontáneos o se limita a las preguntas directas?

Velocidad. ¿Es el discurso rápido o lento?

Volumen. ¿Es el volumen alto o bajo?
Articulación de palabras. ¿Las palabras son claras y bien definidas?, ¿tiene el discurso una calidad nasal?

Por ejemplo, "¿cómo se sintió al respecto?", o más general, "¿cómo está hoy su ánimo?".
Pueden ser de utilidad los informes de familiares y amigos.
¿Ha sido el estado de ánimo intenso y sin cambios o lábil?, ¿cuánto duró?, ¿es apropiado para la situación del paciente?

Si se sospecha depresión, valora su intensidad y cualquier riesgo de suicidio.
Pregunta:

- ¿Se siente desalentado o deprimido?
- ¿Qué tan deprimido se siente?
- ¿Cómo se ve en el futuro?

POSTURA Y CONDUCTA MOTORA.

¿El paciente toma asiento o se acuesta tranquilo?, ¿prefiere caminar alrededor? Observa su postura y capacidad de relajación.
Nota el ritmo, el rango y el tipo de movimiento.

VESTIDO, ARREGLO E HIGIENE PERSONAL.

¿Cómo está vestido el paciente?, ¿está su ropa limpia y presentable?, ¿es apropiada para su edad y grupo social? Nota su arreglo de uñas, cabello, dientes, piel y, cuando esté presente, barba.

EXPRESIÓN FACIAL.

Observa la cara en reposo y durante la conversación.
Busca cambios en la expresión.
¿Son apropiados para los temas tratados? o ¿se encuentra la cara relativamente inmóvil?

Fluidez. La fluidez refleja la velocidad, el flujo y la melodía del discurso, así como el contenido y el uso de las palabras. Mantente alerta respecto de anomalías espontáneas del discurso, a saber.

CONDUCTA Y ESTADO MENTAL (TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN)

(PENSAMIENTOS Y PERCEPCIONES)

Valora la lógica, la importancia, la organización y la coherencia de los procesos de pensamiento del paciente durante la entrevista.

ANOMALÍAS

Circunstancialidad, Descarrilamiento (pérdida de asociaciones), Fuga de ideas, Neologismo, incoherencia, ecolalia.

Contenido del pensamiento.

Para valorar el contenido del pensamiento, sigue las guías y las claves del paciente, más que hacer preguntas directas. Por ejemplo: "Mencionó que un vecino le causó toda la enfermedad. ¿Me puede decir algo más al respecto?" o, en otra situación:

ANOMALÍAS

Compulsiones, obsesiones, fobias, ansiedades, delirios, sensación de despersonalización.

percepciones

Trata de encontrar percepciones falsas. Por ejemplo: "Cuando escuchó la voz que le hablaba, ¿qué decía?, ¿cómo le hizo sentirse?", "Después de beber alcohol en exceso, ¿alguna ha visto cosas que no son reales?"

ANOMALÍAS

Ilusiones, alucinaciones.

JUICIO

Valora el juicio al observar las respuestas del paciente ante las situaciones familiares, de trabajo, el empleo del dinero y los conflictos interpersonales.

Discernimiento.

Algunas de las primeras preguntas al paciente suelen dar información importante respecto del discernimiento. "¿Qué le lleva al hospital?", "¿cuál parece ser el problema?", "¿qué piensa usted que esté mal?"

CONDUCTA Y ESTADO MENTAL (FUNCIONES COGNITIVAS)

FUNCIONES COGNITIVAS

Orientación. Por lo general, puedes valorar la orientación durante la entrevista.
Persona. Nombre del paciente y nombres de los parientes.
Tiempo. La hora del día, la semana. **Lugar.** La residencia del paciente

Atención.
Son de empleo frecuente las siguientes pruebas de atención.

Serie de dígitos:
Recita una serie de números empezando con dos a la vez y expresando cada uno claramente a una velocidad de casi uno por segundo; pide al paciente repetirlos.

SERIE DE SIETE

Instruye al paciente: "A partir de 100, reste 7 y continúe...". Nota el esfuerzo requerido, la velocidad y la precisión de las respuestas

IDEA ORIGINAL

Deletreo retrógrado.
Puedes sustituir a las series de siete. Expresa una palabra de cinco letras, por ejemplo, M-U-N-D-O, y pide al paciente que las deletree en retroceso.

MEMORIA

Memoria remota. Inquire en cuanto a fechas de cumpleaños, aniversario, número de seguridad social, nombres de las escuelas a las que asistió

Memoria remota. Inquire en cuanto a fechas de cumpleaños, aniversario, número de seguridad social, nombres de las escuelas a las que asistió

Capacidad de nuevo aprendizaje.

Di al paciente tres o cuatro palabras como "83, calle del agua y azul" o "mesa, flor, verde y hamburguesa", y pídele que las repita, de manera que sepas que la información se escuchó y registró.

CONDUCTA Y ESTADO MENTAL (FUNCIONES COGNITIVAS)

FUNCIONES COGNITIVAS MÁS ELEVADAS

Orientación. Por lo general, puedes valorar la orientación durante la entrevista.
Persona. Nombre del paciente y nombres de los parientes.
Tiempo. La hora del día, la semana.
Lugar. La residencia del paciente

Información y vocabulario. Si se observan clínicamente en el contexto de los antecedentes culturales y de educación, la información y el vocabulario proveen un estimado general de las capacidades iniciales.

De manera más directa, puedes preguntar en cuanto a hechos específicos como:

- 1- Nombre del presidente, del vicepresidente o del gobernador
- 2- Nombres de los últimos cuatro o cinco presidentes
- 3- Nombres de cinco ciudades grandes del país

CAPACIDAD DE CÁLCULO

Pon a prueba la capacidad del paciente para hacer cálculos aritméticos, iniciando con una simple suma ("¿Cuánto es $4 + 3$?")

PENSAMIENTO ABSTRACTO

Similitudes.
Pide al paciente que te diga la relación entre estos objetos:
Una naranja y una manzana

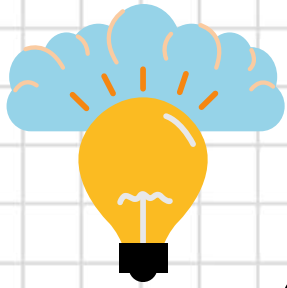
Prueba la capacidad para pensar de manera abstracta de dos formas:
Proverbios. Pregunta al paciente qué significan los siguientes proverbios: Más vale pájaro en mano que ver cientos volar.

HABILIDAD DE CONSTRUCCIÓN

La tarea consiste en copiar figuras con complejidad creciente en una hoja de papel blanco no rayada. Muestra cada figura, una a la vez, y pide al paciente que la copie tan bien como le sea posible

Técnicas especiales
Miniexamen cognoscitivo (MMSE, de Mini Mental State Examination).

Prueba breve que se ha utilizado ampliamente para detectar disfunciones cognitivas o demencia y seguir su evolución con respecto al tiempo



NERVIOS CRANEALES

NERVIO CRANEAL I: OLFATORIO.

El paciente debe cerrar entonces ambos ojos. Obstruye una fosa nasal y verifica el olfato en la otra, presentando sustancias como clavo, café, jabón o vainilla.

NERVIO CRANEAL II: OPTICO.

Inspecciona los fondos de ojo con el oftalmoscopio, prestando especial atención a las papilas.

NERVIOS CRANEALES II Y III: OPTICO Y MOTOR OCULAR COMUN.

Inspecciona el tamaño y la forma de las pupilas y compara un lado con el otro.

Verifica las reacciones pupilares a la luz

NERVIOS CRANEALES III, IV Y VI: MOTOR OCULAR COMUN, TROCLEAR Y ABDUCENS.

Explora la motilidad extraocular en las seis direcciones cardinales de la mirada, y busca si hay una pérdida de los movimientos conjugados en alguna de ellas que determine diplopia.

NERVIO CRANEAL V: TRIGEMINO

Motor. Al palpar los músculos temporal y masetero, pide al paciente que apriete los dientes.

sensitivo: Utiliza un objeto punzante adecuado, como un alfiler o un hisopo de algodón, pregunta al paciente si nota el objeto

NERVIO CRANEAL VII: FACIAL

Inspecciona la cara en reposo y mientras hablas con el paciente. pide al paciente que: Levante las cejas, las frunza, sonrria, cierre los ojos con fuerza, infle las mejillas.



NERVIOS CRANEALES

NERVIO CRANEAL VIII:
ACUSTICO Y VESTIBULAR.

Valora la audición con la prueba del susurro, weber y rinne.

NERVIOS CRANEALES IX Y X:
GLOsofaríngeo y VAGO
(NEUMOGASTRICO).

Pide al paciente que diga "aaaah..."
o que bostece mientras observas los
movimientos del paladar blando y de
la faringe

NERVIO CRANEAL XI: ACCESORIO

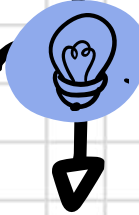
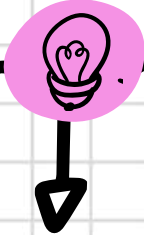
Pide al paciente que encoja ambos
hombros, levantándolos y haciendo
fuerza contra tus manos..
Observa la fuerza y la contracción
de los trapecios.

NERVIO CRANEAL XII: HIPOGLOSO.

pídele al paciente que saque la lengua y
la mueva de un lado a otro, y observa la
simetría del movimiento.

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

SISTEMA MOTOR



POSTURA CORPORAL.

Debes observar la postura corporal del paciente durante el movimiento y el reposo

anomalías

Las posiciones anómalas alertan sobre ciertos trastornos, como la monoparesia o hemiparesia debidas a

síndrome de Gilles de la Tourette

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

Busca movimientos involuntarios, como temblores, tics o fasciculaciones

MASA MUSCULAR

Inspecciona el tamaño y el contorno de los músculos. ¿Son planos o cóncavos? Esto indicaría una atrofia.

anomalías

atrofia, neuropatía diabética, distrofia muscular de Duchenne y lesiones del tracto cortico espina. enfermedades de la motoneurona.

Mantente atento a las fasciculaciones de los músculos atroficos. Si faltan, percute el músculo con un martillo de reflejos para estimularlas.

EJEMPLO

Las eminencias tenar e hipotenar de las manos deben observarse llenas y ser convexas. La atrofia de los músculos de las manos se produce por el envejecimiento normal

TONO MUSCULAR

Éste puede evaluarse observando la resistencia del músculo al estiramiento pasivo. Pide al paciente que se relaje.

técnica

Toma una de sus manos y, apoyando el codo, flexiona y extiende los dedos, la muñeca y el codo del paciente, y haz que el hombro se mueva con una amplitud moderada

Observa el tono muscular de cada lado: la resistencia que ofrece a tus movimientos. Los pacientes tensos pueden presentar más resistencia.

ANOMALÍAS: Enfermedad del SNP, enfermedad cerebelosa, lesión medular, la flacidez revela hipotonía.

SISTEMA MOTOR (FUERZA MUSCULAR)

> FUERZA MUSCULAR

Evalúa la fuerza muscular pidiendo al paciente que se resista de forma activa para oponerse al movimiento que imprimes.

> FLEXIÓN

Evalúa la flexión (C5, C6: bíceps y braquiorradial) y la extensión (C6, C7, C8: tríceps) en el codo haciendo que el paciente empuje y tire de tu mano.

> ABDICCIÓN

Comprueba la abducción de los dedos (C8, T1, nervio cubital). Coloca la mano del paciente con la palma hacia abajo y los dedos separados. Pídele que no deje que juntes sus dedos

> ANOMALÍAS

Se habla de parálisis o de plejía cuando la fuerza desaparece. La hemiparesia indica una debilidad de la mitad del cuerpo y la hemiplejía la parálisis de una mitad del cuerpo.

> ANIMALÍAS

La paraplejía significa la parálisis de los miembros inferiores, y la tetra-plejía la de los cuatro miembros

> EXTENSIÓN

Comprueba la extensión de la muñeca (C6, C7, C8: nervio radial, extensores radiales largo y corto del carpo) pidiendo al paciente que cierre la mano y resista tu empuje hacia abajo

ANOMALÍAS

La debilidad para la extensión se observa en la lesión periférica del nervio radial y en la hemiplejía originada en el SNC por ictus o esclerosis múltiple.

> PRESIÓN

Verifica la presión (C7, C8, T1). Pide al paciente que apriete dos de tus dedos con la máxima fuerza y que no los suelte

ANOMALÍAS
Tenosinovitis de De Quervain, el síndrome del túnel carpiano, la artritis y la epicondilitis.

> ANOMALÍAS

La abducción débil de los dedos se observa en los trastornos del nervio cubital.

> OPOSICIÓN

Verifica la oposición del pulgar (C8, T1, nervio mediano). El paciente debe intentar tocar la yema del meñique con el pulgar y tú debes oponer resistencia.

ANOMALÍAS
La oposición débil del pulgar se observa en los trastornos del nervio mediano, como el síndrome del túnel carpiano

SISTEMA MOTOR (FUERZA MUSCULAR)

FLEXIÓN

Comprueba la flexión de la cadera (L2, L3, L4: músculo iliopsoas) colocando la mano en el muslo del paciente y pidiéndole que lo levante contra tu resistencia

EXTENSIÓN

Verifica la extensión de la cadera (S1: glúteo mayor). Pide al paciente que empuje la parte posterior del muslo contra la resistencia de tu mano.

DORSIFLEXIÓN

Comprueba la dorsiflexión (en su mayoría L4, L5: tibial anterior) y la flexión plantar (sobre todo S1: gastrocnemio, sóleo) del tobillo pidiendo al paciente que tire del pie hacia arriba o hacia abajo contra tu mano

ADUCCIÓN

Verifica la aducción de la cadera (L2, L3, L4: aductores). Apoya con fuerza tus manos en la cama entre las rodillas del paciente y pídele que intente juntar las piernas.

ABDUCCIÓN

Explora la abducción de la cadera. Coloca las dos manos con fuerza sobre la cama, por fuera de las rodillas del paciente, y pídele que separe las piernas haciendo fuerza contra tus manos

EXTENSIÓN

Comprueba la extensión de la rodilla (L2, L3, L4: cuádriceps). Apoya la rodilla en flexión y pide al paciente que la enderece contra la fuerza de tu mano

FLEXIÓN

Verifica la flexión de la rodilla. Coloca la pierna del paciente con la rodilla flexionada y el pie apoyado en la cama. Pídele que mantenga el pie hacia abajo mientras tratas de enderezar la pierna

ANOMALÍAS

Miopatía, polineuropatía o trastornos de los nervios periféricos

(SISTEMA MUSCULAR COORDINACIÓN)

COORDINACIÓN.

La coordinación de los movimientos musculares requiere del funcionamiento integrado de cuatro áreas del sistema nervioso: motor, cerebeloso, vestibular y sensitivo

MOVIMIENTOS ALTERNANTES RÁPIDOS

Miembros superiores. Muestra al paciente cómo golpear el muslo con la mano, levantar la mano, darle la vuelta y golpear con la otra parte en el mismo sitio.

MOVIMIENTOS ALTERNANTES RÁPIDOS

Muestra al paciente cómo percudir la articulación distal del pulgar con la yema del dedo índice, con la máxima velocidad
Muestra al paciente cómo percudir la articulación distal del pulgar con la yema del dedo índice, con la máxima velocidad

MOVIMIENTOS ALTERNANTES RÁPIDOS

Miembros inferiores. Pide al paciente que percuta su mano con la máxima velocidad posible con el arco anterior de cada pie. Observa si hay lentitud o torpeza.

MOVIMIENTOS DE UN PUNTO A OTRO

Miembros superiores: prueba dedo-nariz.
Pide al paciente que toque tu dedo índice y luego se toque la nariz de forma alternativa varias veces. Mueve tu dedo para que el paciente cambie de dirección y extienda por completo el miembro para alcanzarlo.

PRUEBA DEDO NARÍZ

Ahora, sostén el dedo índice en un lugar que el paciente pueda alcanzar con el miembro superior y el dedo extendido. Pídele que eleve el brazo por encima de la cabeza y luego lo baje hasta tocarse el dedo y luego con los ojos cerrados.

ANOMALÍAS

enfermedad cerebelosa, dismetría, hipermetría, enfermedad cerebelosa o vestibular.

ANOMALÍAS

Enfermedad cerebelosa, disdiadoconesia, paresia de motoneuronas, enfermedad de los ganglios basales.

MARCHA

pedir al paciente que Camine por la habitación, a través del vestíbulo, se gire y regrese. Observa su postura, equilibrio, balanceo de los brazos y movimientos de las piernas

- Camine en tándem en línea recta
- Coloque un pie inmediatamente delante del otro. Esto valora la flexión plantar
- Salte de forma alterna sobre cada pie (si el paciente no está demasiado enfermo).

- Ejecute una ligera flexión con la rodilla, primero de un miembro y luego del otro.
- De forma alternativa, que se levante de una silla sin apoyar los miembros superiores y se suba a un taburete, que sea resistente

TALÓN-RODILLA

Miembros inferiores: Pide al paciente que coloque el talón sobre la rodilla contraria y lo baje por la tibia hasta alcanzar el primer dedo. Observa la suavidad y la precisión de sus movimientos.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

MOTOR

Postura erguida. Las siguientes dos pruebas pueden realizarse a la vez. Sólo se diferencian por la postura de los miembros superiores y por el objetivo de observación. En cada caso, colócate lo bastante cerca del paciente para prevenir una caída.

PRUEBA DE ROMBERG.

El paciente permanece de pie con los pies juntos y los ojos abiertos, y luego cierra los ojos durante 30-60 seg sin ningún tipo de apoyo

ANOMALÍAS

Romberg: Ataxia
Desviación pronadora: lesión del tracto corticoespinal del hemisferio

DESVIACIÓN PRONADORA.

El paciente debe mantener la postura erguida durante 20-30 seg con los dos miembros superiores extendidos hacia delante, con las palmas hacia arriba y los ojos cerrado

SENSITIVO

Presta especial atención a las zonas donde aparezcan síntomas como entumecimiento o dolor, o donde se observen anomalías motoras o reflejas que indiquen una lesión de la médula espinal o del SNP y haya alteraciones tróficas,

ANOMALÍAS

Polineuropatía diabética, lesión medular, lesión del hemisferio cerebral contralateral.

DOLOR

Utiliza la punta de un alfiler o seguro, la punta de un hisopo de algodón roto o cualquier otro utensilio adecuado. De manera ocasional puedes sustituir la punta por el extremo romo

ANOMALÍAS

Analgesia, hipoalgesia, hiperalgesia.

TEMPERATURA.

Utiliza dos tubos de ensayo, uno lleno de agua caliente y otro de agua fría, o un diapasón calentado o enfriado con agua. Toca la piel del paciente y pregúntale si nota "frío" o "calor".

TACTO SUPERFICIAL.

Con un poco de algodón fino, toca ligeramente la piel evitando presionar. Pide al paciente que te avise cada vez que perciba que lo tocas

Anestesia, hipoestesia, hiperestesia

VIBRACIÓN.

Con un diapasón de un tono bajo, de 128 Hz. Percútelo sobre el talón de la mano y apóyalo con fuerza en la articulación interfalángica distal de un dedo de la mano

ANOMALÍAS

Neuropatía periférica por causa de alcoholismo y diabetes .

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

SENSITIVO

Propiocepción (postura). Sujeta por ambos lados el primer dedo del pie entre el pulgar y el dedo índice, y sepáralo de los demás dedos

POSTURA

Muestra al paciente cómo el primer dedo "sube" y "baja", efectuando movimientos claros de ascenso y descenso. Luego pídele que cierre los ojos y te indique si el dedo "sube" o "baja"

ANOMALÍAS

Esclerosis múltiple, y carencia de la vitamina B12, Neuropatías periféricas por diabetes

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ut a enim nec nisl ullamcorper eleifend. Praesent risus leo, fringilla et ipsum.

sensibilidad discriminatoria

Varias otras técnicas sirven para explorar la capacidad de la corteza sensitiva a la hora de relacionar, analizar e interpretar la sensibilidad

Esterognosia

Coloca en la mano del paciente un objeto conocido, por ejemplo una moneda, un clip, una llave, un lápiz o una bola de algodón, y pregúntale qué es.

Grafestesia

Con el extremo romo de un bolígrafo o de un lápiz traza un número grande en la palma de la mano del paciente, lo tendrá que identificar

anomalías:
Astereognosia
Grafenestesia (indica lesión de la corteza sensitiva)

Extinción.

Estimula de manera simultánea áreas situadas en ambos lados del cuerpo. Pregunta al paciente si nota algo

Discriminación entre dos puntos.

Con los dos extremos de un clip abierto, o con dos agujas, toca al mismo tiempo en dos lugares de la yema del dedo

Localización del estímulo

Toca de forma breve un punto de la piel del paciente. Pídele que abra los ojos e indique en qué lugar le has tocado.

ANOMALIAS:
Las lesiones de la corteza sensitiva alteran la capacidad para localizar sensaciones o estímulos.

SISTEMA NERVIOSO TÉCNICAS

exploración

DERMATOMAS.

El conocimiento de los dermatomas te ayuda a localizar las lesiones neurológicas en un nivel concreto de la médula, en particular en lesiones medulares.

¿QUÉ ES?

Un dermatoma es una franja de piel inervada por la raíz sensitiva de un solo nervio raquídeo.

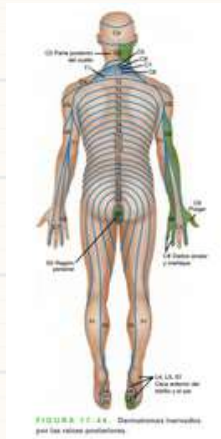


FIGURA 12.14. Dermatomas inervados por los nervios raquídeos.

REFLEJOS

Sostén con suavidad el martillo de reflejos entre el pulgar y el índice para que oscile de forma libre en un arco, cuyos límites queden establecidos por tu palma y el resto de los dedos

REFUERZO

Si los reflejos del paciente se encuentran disminuidos o ausentes de forma simétrica, trata de reforzarlos; esta técnica se basa en la contracción isométrica, hasta por 10 seg, de otros músculos que pueden acentuar la actividad refleja

Por ejemplo, para reforzar los reflejos de los miembros superiores, pide al paciente que apriete los dientes o que apriete las rodillas una contra la otra.

Si los reflejos de los miembros inferiores están disminuidos o ausentes, refuézalos pidiendo al paciente que junte las manos y haga fuerza con los dedos tratando de separarlas

PASO 3 ANOMALÍAS

Los reflejos hiperactivos (hiperreflexia) son característicos de las lesiones del SNC en el tracto corticoespinal descendente

ANOMALÍAS

Los reflejos hipoactivos o ausentes (hiporreflexia) son característicos de las enfermedades de las raíces de los nervios raquídeos, los plexos o los nervios periféricos

sistema nervioso

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

REFLEJOS

Reflejo bicipital (C5, C6)

Hay que flexionar de forma parcial el codo, con la palma de la mano hacia abajo. Apoya tu dedo pulgar o índice sobre el tendón bicipital. Golpea con el martillo de reflejos para que incida de forma directa en tu dedo sobre el tendón bicipital.

Reflejo tricipital (C6, C7).

Flexiona el codo, con la palma dirigida hacia el cuerpo, y tira de él ligeramente hacia el tórax. Golpea el tendón tricipital por encima del codo. Aplica un golpe certero justo por detrás

Reflejo braquiorradial (C5, C6).

El paciente debe tener la mano apoyada sobre el abdomen o el regazo con el antebrazo pronado de forma parcial. Golpea el radio con el extremo plano del martillo de reflejos, a unos 2.5-5 cm de la muñeca

Reflejo del cuádriceps (rotuliano) (L2, L3, L4).

El paciente puede estar sentado o recostado, siempre que flexione la rodilla. Percute con rapidez el tendón rotuliano, justo por debajo de la rótula

Reflejo calcáneo o aquileo (principalmente S1).

Si el paciente está sentado, dorsiflexiona su pie por el tobillo y trata de que se relaje. Golpea el tendón calcáneo. Vigila y palpa la flexión plantar del tobillo

Clono.

Explora y palpa las oscilaciones rítmicas entre la dorsiflexión y la flexión plantar. Por lo general, el tobillo no reacciona a este estímulo. Puede haber algunas contracciones clónicas si el paciente está tenso o ha realizado ejercicio físico

Hay dos opciones para explorar al paciente en decúbito supino. Sujeta las dos rodillas a la vez para evaluar las pequeñas diferencias entre los reflejos rotulianos

Si el paciente está recostado, flexiona el miembro por la cadera y la rodilla, y rótalalo de manera externa para que la parte inferior de la pierna se apoye sobre la tibia contraria. Luego dorsiflexiona el pie y percute el tendón calcáneo.

Técnicas de exploración



Reflejos cutáneos o de estimulación superficial

Reflejos abdominales. Explora los reflejos abdominales golpeando con suavidad, pero de manera enérgica, en cada lado del abdomen por encima (T8, T9, T10) y por debajo (T10, T11, T12) del ombligo en las direcciones ilustradas



Utiliza una llave, el extremo de un hisopo de algodón o un depresor lingual doblado y partido de manera longitudinal. Observa la contracción de los músculos abdominales

ANOMALÍAS

Los reflejos abdominales pueden desaparecer en los trastornos del sistema nervioso central y periférico.



RESPUESTA PLANTAR (L5, S1)

Con un objeto, como una llave o el extremo de un hisopo de algodón, recorre la cara lateral de la planta desde el talón hasta el arco anterior del pie



ANOMALÍAS

La dorsiflexión del primer dedo del pie es una respuesta positiva de Babinski, por una lesión del SNC que afecta al tracto corticoespinal

ANOMALÍAS: La pérdida del reflejo anal denota una lesión del arco reflejo S2-S4, como en las lesiones de la cola de caballo.

REFLEJO ANAL

Utilizando un objeto como, roza ligeramente el ano en ambos lados. Mantente atento a la contracción refleja del esfínter anal externo.



TÉCNICAS ESPECIALES

Signos menígeos. La exploración de estos signos es importante si se sospecha una inflamación por meningitis o hemorragia subaracnoidea



MOVILIDAD DEL CUELLO

Cerciórate primero de que no haya ninguna lesión de las vértebras cervicales o de la médula cervical. En un traumatismo, puede ser necesario un estudio radiológico.



Luego, con el paciente en decúbito supino, coloca las manos detrás de la cabeza del paciente y flexiona el cuello hacia delante.



La inflamación del espacio subaracnoideo causa resistencia al movimiento que distiende los nervios raquídeos

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

SIGNO DE BRUDZINSKI.

Quando flexiones el cuello del paciente, observa la reacción de las caderas y de las rodillas a esta maniobra. De forma habitual deben permanecer relajadas y sin moverse.

ANOMALÍAS

La flexión de las caderas y de las rodillas constituye un signo de Brudzinski positivo.

SIGNO DE KERNIG.

Flexiona el miembro inferior del paciente por la cadera y la rodilla, y luego endereza la rodilla (fig. 17-62). Cierta molestia detrás de la rodilla durante la extensión completa es normal, pero no debe causar dolor.

ANOMALÍAS

El dolor y el incremento de la resistencia a la extensión de la rodilla constituyen un signo de Kernig positivo.

RADICULOPATÍA LUMBOSACRA:

Si el paciente sufre lumbalgia y el dolor irradia hasta el miembro inferior, lo que se conoce de forma habitual como ciática si la distribución es en el nervio ciático, realiza la prueba levantando la pierna recta en cada lado de manera sucesiva.

ANOMALÍAS

radiculopatía dolorosa con debilidad muscular asociada y pérdida dermatómica de la sensibilidad, por lo general por una hernia discal.

ASTERIXIS

La asterixis sugiere encefalopatía metabólica de los pacientes cuyas funciones intelectuales están alteradas. La asterixis se debe al funcionamiento anómalo de los centros motores diencefálicos que regulan el tono de los músculos agonistas y antagonistas.

ESCÁPULA ALADA.

Quando los músculos del hombro estén debilitados o atrofícos, busca una escápula alada. Pide al paciente que extienda los dos brazos y los apoye contra tu mano o contra la pared.

Bibliografía

Álvarez, A. (2013). semiología.médica . BOGOTÁ: editorial panamericana.

Bickley, L. S. (2017). Bates guía de exploración física. philadelphia: wolters. Kluwer.

Moore, K. L. (2017). MOORE ANATOMÍA. Wolters Kluwer.