

Introducción al Examen Neurológico

SISTEMA NERVIOSO

- Sistema que se encarga de la percepción, pensamiento y control de nuestro organismo.

Funciones principales:

- Sensitiva
- Motora
- Integradora (memoria y pensamiento)

Divisiones:

- **Sistema nervioso central:** cerebro y médula espinal
- **Sistema nervioso periférico:** 12 pares de nervios craneales, 31 pares de nervios espinales y sus subdivisiones simpático y parasimpático.

ENFOQUE NEUROLÓGICO

1. Anamnesis

2. Examen Físico: general, neurológico

3. Exámenes Complementarios:

- * Punción Lumbar (para evaluar LCR)
- * Neuroimágenes: TAC, RNM, PET scan, Ecografía y Eco Doppler, angiografía
- * Exámenes de laboratorio

4. Diagnóstico

- Síndrome
- Anatomía
- Etiología



Vista previa
del documento.

Mostrando 6 páginas de 15

Saber:

ANAMNESIS

→ Síntomas

- ♦ Trastornos de conciencia, pseudopercepciones
- ♦ Alteración de memoria, juicio y conducta
- ♦ Ansiedad, depresión, apatía, excitación
- ♦ Alteraciones del lenguaje
- ♦ Convulsiones: fenómeno paroxístico, ocasional e involuntario que puede inducir alteración de la conciencia, movimientos anormales, y fenómenos autonómicos. Obedece a una descarga neuronal anormal en SNC.
- ♦ Cefalea: malestar doloroso que afecta a la cabeza.
- ♦ Dolor: experiencia sensorial y emocional no placentera asociada a daño real o potencial a los tejidos.
- ♦ Parestesias
- ♦ Alteraciones de visión
- ♦ Sordera y tinnitus
- ♦ Vértigo: sensación ilusoria de desplazamiento del propio cuerpo con relación a los objetos, o de estos en relación al cuerpo.
- ♦ Alteraciones del movimiento, equilibrio y coordinación
- ♦ Nauseas: sensación desagradable de repulsión por los alimentos y deseo inminente de vomitar.
- ♦ Vómito: expulsión forzada del contenido gástrico por la boca
- ♦ Arcadas: contracciones espasmódicas de los músculos espiratorios, con descenso y espasmo súbito del diafragma y contracción de músculos abdominales.
- ♦ Disfagia: dificultad para deglutir
- ♦ Alteración del control de esfínteres

¿QUÉ PREGUNTAR?

1. Perfil temporal

- * Edad de comienzo
- * Forma de inicio: súbito (vascular), rápido (infeccioso), lento.
- * Tiempo de evolución: progresivo (tumoral), degenerativo, fluctuante, en crisis.
- * Hora del día
- * Patrón de recurrencia
- * Frecuencia, duración

2. Localización

3. Carácter (tipo)

4. Intensidad

5. Síntomas asociados

6. **Factores precipitantes, alivio y agravantes:** relación con postura, movimientos, alimentación.

7. **Antecedentes Personales:** Infancia, Tratamientos previos, FR cardiovasculares.

8. **Historia familiar:** distrofias musculares, enfermedades hereditarias.

9. **Factores sociales:** estilo de vida, trabajo, estado civil, consumo de drogas.

DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO

a) **Diagnóstico Sindromático:** conjunto de síntomas y signos que pueden resultar de:

- * Un sistema funcional comprometido (ej.: síndrome Piramidal)
- * Modificaciones de múltiples sistemas con alteraciones fisiopatológicas unitarias (ej.: síndrome convulsivo)
- * Comorbilidad (ej.: síndrome migomérico)

b) **Diagnóstico**

alteracio

sistemas

extrínsec

* SN

* SN

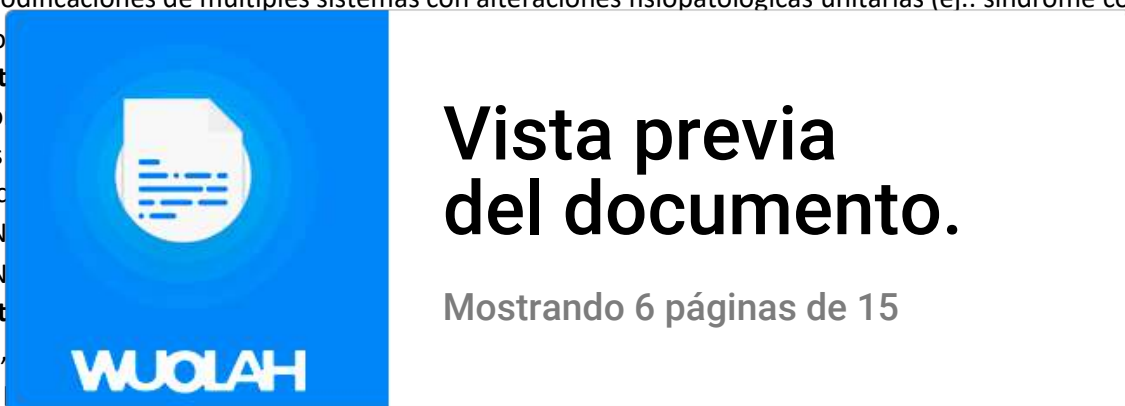
c) **Diagnóstico**

tumores,

* el

* las patologías concomitantes

* antecedentes personales y familiares



EXAMEN FÍSICO NEUROLÓGICO

- Debe seguir un orden sistemático
- Comienza con el ingreso al consultorio o habitación: marcha, facie, actitud.
- Siempre iniciará con el **examen mental** pues los signos neurológicos pueden ser difíciles de identificar en presencia de compromiso mental.
- Es funcional; trata de establecer desviaciones de los modos normales de comportamiento (espontáneos o frente a estímulos específicos)
- La observación de la conducta espontánea es importante pues las alteraciones se manifiestan sin interferencias volitivas o emocionales.

1. Actitud, Facies, Marcha.

2. Examen Mental

3. Examen de Pares Craneanos

4. **Examen Motor:** Motilidad (Fuerza, Paresia, Parálisis), Reflejos (motilidad refleja), Tono muscular, Trofismo.

5. **Examen Cerebeloso:** taxia-praxia

6. Examen de Sensibilidad

7. Examen de Signos Menígeos

FACIES

- **Facies parkinsoniana:** cara de jugador de póker, inexpresividad, disminución de la mímica, escaso parpadeo, mirada fija, piel lustrosa de aspecto grasoso, boca entreabierta, con saliva que fluye por comisuras.
- **Facies asociada con parálisis de algún nervio craneal – facies de Hutchinson o de astrónomo:** ptosis palpebral bilateral, frunce el ceño y eleva las cejas para poder ver, ojos inmóviles, incapacidad para dirigir la mirada.
- **Parálisis facial periférica:** asimetría facial, aplanamiento de las arrugas frontales y descenso de la ceja homolateral, borramiento del surco nasogeniano de ese lado, lagofthalmos, lagrimeo intenso (epifora).
- **Diplejía facial:** aumento de la hendidura palpebral bilateral, inmovilidad de los labios. Labio inferior puede encontrarse evertido (ectropión bucal).
- **Facies de la miastenia grave:** hiperextensión cefálica, movimientos oculares lentos y estrabismo, ptosis palpebral bilateral, eleva la cabeza hacia atrás para poder ver.
- **Facies del síndrome de Claude Bernard-Horner:** por compromiso del simpático cervical. Disminución de la hendidura palpebral homolateral (enoftalmia), congestión conjuntival y miosis.
- **Facies del síndrome pseudobulbar:** inexpresiva, crisis de llanto o risa inmotivados. Boca entreabierta, salivación.
- **Facies de las distrofias musculares:** facies miopática, inexpresiva, surcos faciales borrados, labios voluminosos, labio superior sobresale por encima del inferior (labio de tapir), risa forzada.
- **Facies de la hemorragia cerebral:** suele estar en coma, con hemiplejía asociada. Mejilla del lado paralizado se abulta ante cada movimiento espiratorio (fumador de pipa), a veces con desviación conjugada de la cabeza y de la mirada.
- **Facies de la encefalitis:** somnoliento o estuporoso. Cuando abre los ojos adquieren expresión de sorpresa.
- **Facies de Wilson:** boca abierta, sonrisa estereotipada con escurrimiento de saliva.
- **Facies tetánica:** arruga la frente, eleva las cejas y las alas de la nariz, pliega el ángulo externo del ojo, dando a la parte superior

ACTITUD: Re

- **Actitud e**
- **Actitud**
- **Opistóto**
- **Actitud p**
- **Actitud de la hemiplejía capsular-ictal o hemorragia cerebral “wernicke-mann”:** asimetría facial, miembro superior paralizado, antebrazo flexionado sobre el brazo, y los dedos sobre la mano (mano en garra); el miembro inferior recto con cierto grado de abducción y rotación interna del pie.
- **Actitud atáxica:** el enfermo se sostiene con las piernas ampliamente abiertas para mantener el equilibrio, se inclina hacia un lado o hacia adelante.

MARCHA

- ♦ **ATÁXICA:** dificultad para mantenerse en la línea media con aumento de la base de sustentación.
 - **TABÉTICA:** las EEII son lanzadas desmesuradamente hacia delante y caen con fuerza sobre el talón. Romberg (+)
 - **CEREBELOS:** zigzagado, marcha de ebrio
 - **VESTIBULAR:** desviaciones y pulsiones sistematizadas hacia el lado afectado
- ♦ **HEMIPLÉJICA (Todd):** extremidad parética y espástica en extensión. El pie se levanta mal y hace un movimiento de circunducción externa. El miembro superior ipsilateral está en semiflexión y con dedos en “cuchara”.
- ♦ **ESPÁSTICA:** arrastra los pies y las piernas marchan “en tijeras” (parálisis cerebral)
- ♦ **MIOPÁTICA:** con caderas bamboleantes e hiperlordosis (“marcha de pato”)
- ♦ **ESTEPEADA:** pérdida de función de los dorsiflexores del pie y predominio extensor (en mono y polineuritis). El enfermo arrastra la punta y para evitarlo flexa exageradamente cadera y rodilla, cayendo antes la punta del pie que el talón.
- ♦ **PARKINSONIANA:** lento, sin braceo, pasos cortos, actitud deflexión con tronco hacia delante (“marcha festinante”: el paciente acelera la marcha como para no caerse).



Vista previa
del documento.

Mostrando 6 páginas de 15

EXAMEN MENTAL

- a) Conciencia y Atención
- b) Memoria
- c) Capacidad de abstracción y juicio
- d) Funciones encefálicas superiores: lenguaje, gnosis, praxias
- e) Personalidad y Humor
- f) Pseudopercepciones y delirios

CONCIENCIA Y ATENCIÓN

1. Cuantitativo

- a) Atención y vigilancia
 - Nivel de conciencia: Normal: atento, conectado con el medio, con respuestas vivas, rápidas y adecuadas.
 - Escala de Glasgow

2. Cualitativo

a) Orientación

- Halopsíquica: Espacial y Temporal (que lugar es este, que ciudad; que fecha es hoy, que año)
- Autopsíquica: Situacional (que hace usted aquí, quienes son estas personas)

b) Conducta

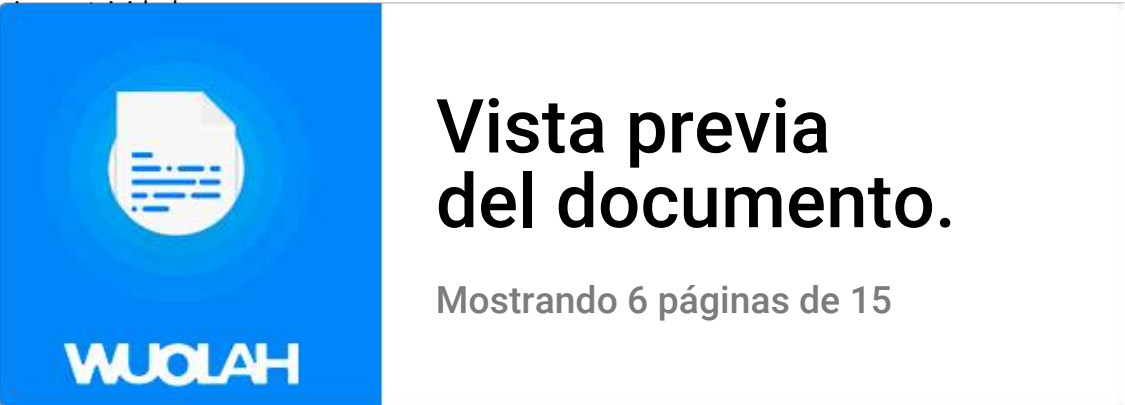
- nivel de actividad (agitado, pasivo)
- ritmo de sueño
- p...

c) Autor...

- s...

ESTADOS DE

- Vigili...
- Conf...
- Letar...
- Delir...
- sicon...
- Estup...
- de queja simples frente a estímulos.
- **Coma:** Ni despierto ni orientado, postura de descerebración ante estímulos dolorosos o no responde, arreflexia.



La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR

- 4 ESPONTÁNEA
- 3 ORDEN VERBAL
- 2 DOLOR
- 1 NO RESPONDEN

VERBAL

- 5 ORIENTADO Y CONVERSANDO
- 4 DESORIENTADO Y HABLANDO
- 3 PALABRAS INAPROPIADAS
- 2 SONIDOS INCOMPRESIBLES
- 1 NINGUNA RESPUESTA

MOTORA

- 5 Obedece órdenes
- 4 Localiza estímulos dolorosos
- 3 Evita estímulos dolorosos, retirando el segmento estimulado
- 2 Responde con flexión de extremidad (sinergia de decorticación)
- 1 Responde con extensión de extremidad (sinergia de decerebración)

Mostrando 6 páginas de 15

Escala de Coma de Glasgow	
Respuesta Motora	
Obedece órdenes	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Evita estímulos dolorosos, retirando el segmento estimulado	4
Responde con flexión de extremidad (sinergia de decorticación)	3
Responde con extensión de extremidad (sinergia de decerebración)	2
Sin respuesta motriz	1
Respuesta Verbal	
Orientada	5
Confusa o desorientada	4
Lenguaje no atingente (ej: soez, interjecciones)	3
Lenguaje ininteligible (ej: Gruñidos, sonidos guturales)	2
Sin respuestas	1
Apertura ocular	
Espontánea	4
A la orden	3
Ante un estímulo doloroso	2
Sin apertura palpebral	1

Clasificación del TCE según GCS

- Puntos 13 - 15 / 9 - 12 / ≤ 8

LEVE MODERADO GRAVE

Maniobras dolorosas:

- * intermedio: *compresión medio esternal*
- * intenso: *Forix* (compresión del borde posterior de la rama descendente del maxilar inferior para comprimir el NCVII)

EXAMEN MOTOR

- ♦ **Motilidad**
- ♦ **Fuerza muscular:** se explora realizando maniobras de oposición a los distintos movimientos.
- ♦ **Inspección:** atrofia, hipertrofia, fasciculaciones, movimientos
- ♦ **Palpación:** empastamiento, dureza, dolor
- ♦ **Motilidad activa voluntaria:** Se ordena al sujeto que realice movimientos de los distintos segmentos del cuerpo (cabeza, EESS, EEII). Se evalúa fuerza, amplitud, dificultad en la realización, rapidez y dolor.

MOTILIDAD ACTIVA VOLUNTARIA

Para evaluarla, se ordena al paciente que efectúe movimientos específicos para cada grupo muscular, previa exclusión de afecciones osteoarticulares que los limiten. Las maniobras de Mingazzini y Barré, completan el estudio de los trastornos de la motilidad.

Las alteraciones de la motilidad activa comprenden la **paresia** y la **parálisis**. Esta última es la abolición del movimiento correspondiente; la paresia es un grado menor de la parálisis, y se objetiva por la disminución de la fuerza muscular. La parálisis, de acuerdo con su topografía, se denomina:

- **Hemiplejía:** parálisis de la mitad del cuerpo
- **Monoplejía:** parálisis de un solo miembro
- **Paraplejía:** parálisis de ambas EEII (crural)
- **Diplejía:** parálisis de los dos lados (facial o braquial)
- **Cuadriplejía:** parálisis de los cuatro miembros

→ **Paresia:**

→ **Parálisis:**
orgánica

→ **Impotencia:**

Exploración:

→ **Maniobra**

en exten

flexionar

a la abducción de meñique.



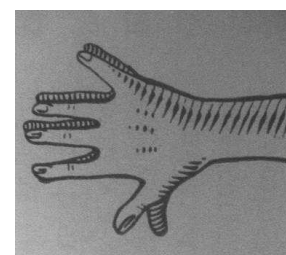
Vista previa del documento.

Mostrando 6 páginas de 15

interrupción



→ **Maniobra de la separación de los dedos (Barré):** el paciente coloca sus manos verticalmente en confrontación palmar, con los dedos abiertos, sin tocarse. Los dedos del lado parético se separan menos y tienden a flexionarse.



→ **Maniobra de Mingazzini para EEII:** el paciente acostado en decúbito dorsal flexiona sus muslos en ángulo recto sobre la cadera y las piernas en ángulo recto sobre el muslo (flexión de la rodilla a 90°) y se mantiene así el mayor tiempo posible. El miembro parético cae lentamente.



→ **Maniobra de Barré:** en decúbito ventral, el enfermo flexiona sus piernas en 90°, el miembro parético caerá lentamente.



→ **Signo de Beavour:** se le pide al paciente que se siente (desde el decúbito dorsal) con los brazos cruzados. Si existe mayor debilidad de los músculos abdominales inferiores, el ombligo asciende.