

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
“MEDICINA HUMANA”



NOMBRE DEL ALUMNO: Freddy Ignacio López
Gutiérrez

NOMBRE DEL DOCENTE: Dr. Alfredo López López

NOMBRE DE LA MATERIA: Antropología II

NOMBRE DEL TRABAJO: Resumen Exploración
neurológica básica para el médico general

SEMESTRE: Segundo semestre

Exploración neurológica básica para el médico general.

La exploración neurológica (EN) es la herramienta clínica más importante con que se cuenta en medicina para la detección y diagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso.

Importancia de la exploración neurológica para el médico general El examen neurológico o exploración neurológica (EN) es sin lugar a duda la herramienta diagnóstica más importante en las neurociencias clínicas (neurología, neurocirugía, neuropediatría, etc.)

Los propósitos que persigue la exploración neurológica son los siguientes:

1. Establecer si existe o no, una lesión o una alteración funcional en el sistema nervioso, tanto central como periférico.
2. Señalar cuál es la topografía de esta lesión o alteración funcional, es decir, en qué parte del sistema nervioso se encuentra la alteración (tallo cerebral, corteza cerebral, nervio periférico, etc.).
3. Apoyar para conocer cuál es la naturaleza o etiología de la lesión (hemorragia, infarto, absceso, tumor, etc.). Aquí es prudente señalar que el examen neurológico, como cualquier técnica exploratoria en medicina, siempre debe estar precedido y guiado por un exhaustivo interrogatorio y semiología de los síntomas neurológicos.

La importancia del examen neurológico para el médico general radica en la elevada frecuencia de trastornos neurológicos, como la cefalea, epilepsia, enfermedad vascular cerebral, etc., en la consulta médica general. Adicionalmente, por su gravedad algunos de estos trastornos pueden poner en peligro la vida del paciente o comprometer la función y generar altas tasas de discapacidad.

Estado de alerta:

1. Alerta o despierto: El paciente tiene los ojos abiertos, interactúa y responde adecuadamente a los estímulos verbales.
2. Confusión (ocasionalmente se describe como obnubilación): El paciente tiene los ojos abiertos e interactúa, pero tiene disminuida su capacidad de atención, por lo que es posible que responda inadecuadamente a las preguntas.

3. Somnolencia o letargo: El paciente tiende a quedarse dormido si no es estimulado de alguna manera, para alertarlo generalmente es suficiente el estímulo verbal o algún estímulo táctil.

4. Estupor: El paciente tiene los ojos cerrados y solo tiene alguna respuesta cuando el estímulo es muy intenso o doloroso. 5. Coma: No existe respuesta alguna a estímulos

Funciones cerebrales superiores

1. Orientación
2. Lenguaje
3. Memoria
4. Cálculo

Motilidad extrínseca del ojo

Durante esta exploración, el médico debe estar mirando continuamente los movimientos oculares del paciente para evaluar si son conjugados y simétricos.

- a) Inspeccionar la amplitud y simetría de la hendidura palpebral (dada por el músculo elevador del párpado, innervado por el III nervio craneal). La paresia completa del III nervio produce caída del párpado o ptosis palpebral.
- b) Inspeccionar que la mirada conjugada sea normal; es decir, que ambos globos oculares se encuentran simétricos, en posición central cuando se encuentran en reposo y no presenten ninguna desviación.

Motilidad intrínseca del ojo (III nervio)

- a) Morfología y diámetro de las pupilas: Forma (circular), contorno (regular), situación (central), tamaño (2-5 mm) y simetría (iguales en tamaño [isocoria], asimetría en el diámetro [anisocoria]).
- b) Reflejos pupilares (preferentemente oscurecer la habitación): Se trata de reflejos mixtos en los que participa tanto el II nervio (componente aferente), como el III nervio (componente eferente).

Tabla 1. Escala de Daniels para la evaluación de la fuerza muscular	
Grado	Contracción
0	Ausencia de contracción
1	Contracción visible o palpable, pero sin movimiento activo
2	Movimiento activo, sin vencer la gravedad ni la resistencia
3	Movimiento activo que vence la gravedad pero no vence la resistencia
4	Movimiento activo en toda su amplitud, vence la gravedad y una resistencia moderada
5	Fuerza normal. Movimiento activo, vence la gravedad y la resistencia

- Trosmo: Es una valoración subjetiva de la masa muscular y su volumen.
- Ton: Puede definirse como la resistencia pasiva al movimiento que presenta un musculo que se encuentra voluntariamente relajado.
- Fuerza muscular: Se evalúan grupos musculares pidiendo al paciente que realice movimientos activos en primera instancia solo en contra de la gravedad y después en contra de una resistencia impuesta por el médico. La escala para graduar la fuerza muscular más utilizada es la escala de Daniels.
- Reflejos de estiramiento muscular: Un reflejo de estiramiento muscular es una respuesta motriz, independiente de la voluntad, provocada inmediatamente después de la aplicación de un estímulo mecánico (golpe con el martillo de reflejos) sobre los tendones.

Reflejos patológicos Son aquellos que no pueden ser provocados en sujetos normales, y debido a que su presencia indica una alteración neurológica, son también denominados “signos”.

- Signo de Babinski. Se traduce en lesión en la vía piramidal. Al provocar el reflejo cutáneo-plantar cuya respuesta normal es flexión de los dedos del pie, se obtiene una dorsiflexión del dedo gordo y un movimiento en abanico (abducción y flexión) del resto de los dedos.
- Signo de Hoffmann y Trömner. Sólo se consideran patológicos cuando se asocian a otras alteraciones que sugieran afección piramidal, su presencia por sí sola no se traduce en enfermedad.

EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD SOMÁTICA Para explorar la sensibilidad podemos dividirla en:

- Superficial o exteroceptiva: 1) tacto, 2) dolor y 3) temperatura.
- Propioceptiva: artrocinética, posicional y vibratoria.
- Mixta: estereognosia y grafestesia.

- a) **Sensibilidad táctil:** Se puede utilizar un trozo de papel o un hisopo, con que se toca la piel del paciente y éste deberá indicar si percibe el toque o no.
- b) **Sensibilidad dolorosa:** Con ayuda de un objeto afilado o un palillo con la punta achatada, se punciona la piel del paciente (cuidando no lesionar) y éste deberá indicar si siente dolor, con qué intensidad y si es la misma intensidad en ambos lados.
- c) **Sensibilidad térmica:** Se emplean dos objetos que tengan diferentes temperaturas, de preferencia uno frío (por ejemplo, el diapasón) y otro tibio o caliente (por ejemplo, el dedo del explorador). De igual manera, se colocará el estímulo y el paciente deberá identificarlos e indicar si es que en algún lugar lo percibe más o menos.

Tabla 2. Principales mitos sobre los estudios de neuroimagen en neurología

Mito	Argumentación
El estudio de neuroimagen puede sustituir al examen clínico neurológico	Falso, la EN se basa en evaluar las funciones del SN (funcional) y se puede realizar en distintos momentos o circunstancias (dinámico). Por otro lado, la mayoría de los estudios de neuroimagen son <i>estructurales</i> y además <i>estáticos</i> , por lo que NO proporcionan información de cómo está funcionando el SN, de modo que la EN puede poner de relieve alteraciones que no sean evidentes en los estudios de imagen
El estudio de neuroimagen comprobará o descartará por completo si existe alguna alteración o lesión en el SN	Ambas aseveraciones son falsas. Debido a lo comentado en el punto anterior, los estudios de neuroimagen solo pueden respaldar un diagnóstico clínico, pero no pueden descartar ni comprobar categóricamente alguna alteración o lesión
El estudio de neuroimagen y su interpretación nos dará el diagnóstico final y definitivo	Falso, primero se debe tener en cuenta que en algunos trastornos neurológicos bien establecidos, estos estudios pueden resultar completamente normales (epilepsia, migraña, etc.); en segundo lugar, con frecuencia cuando el radiólogo o neuroradiólogo los interpretan, se limitan a describir las alteraciones observadas y a señalar en dónde se encuentran, pero NO suelen emitir un diagnóstico etiológico (salvo algunas excepciones, por ejemplo: hidrocefalia, hemorragia cerebral, etc.), de tal manera que el diagnóstico final siempre debe ser emitido por el médico tratante

La ENB es una herramienta clínica fundamental para el médico general; no se trata de un terreno exclusivo del médico especialista, sino de una habilidad con la que deben contar todos los médicos clínicos.

La correcta realización de la ENB permitirá la identificación de posibles alteraciones en el sistema nervioso, para de esa manera plantear un tratamiento inicial, proponer auxiliares de diagnóstico complementarios o realizar una adecuada referencia al siguiente nivel de atención. Resulta de gran importancia el presentar la EN de manera sencilla y didáctica, para tratar de disminuir los mitos y la aversión por las neurociencias en los estudiantes de medicina o los médicos de primer contacto, y así favorecer que el médico posea una formación integral y realice una atención integral en cada uno de sus pacientes.