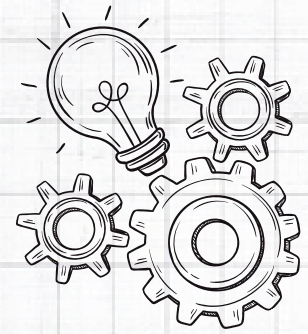


UDOS

- Alumno: Lizbeth Reyes Ulloa
- Docente: Miguel Basilio Robledo
- Asignatura: Propedéutica, semiología y diagnóstico
- Licenciatura: Medicina humana
- Semestre: Cuarto

CEFALEA



SEMIOLOGIA

EVALUAR

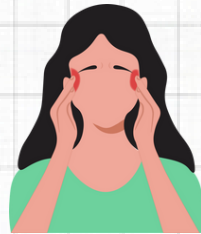
ALICIA

- Intensidad de la cefalea
- Localización
- Duración
- Síntomas asociados (visión doble, cambios en la vista y debilidad).

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

BUSCAR SIGNOS INUSUALES

- Inicio repentino
- Comienzo después de los 50 años de edad
- Fiebre
- Rigidez de cuello



El dolor de cabeza tiene muchas causas, que van desde benignas a potencialmente mortales

CAUSAS NEUROLOGICAS

- Son ominosas
- Hemorragia
- Subaracnoidea
- Meningitis
- Lesiones masivas

BUSCAR

Síntomas de la cefalea prestando atención a los antecedentes y a una exploración neurológica meticulosa

CLASIFICACION

PRIMARIA

- Migraña
- Cefaleas tensional en racimos, trigeminal autonómica

SECUNDARIA

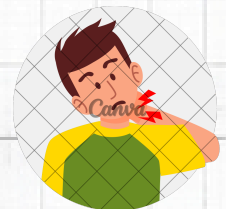
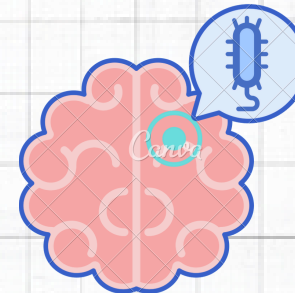
Surgen de causas estructurales, sistémicas o infecciosas subyacentes y pueden ser potencialmente mortales

MENINGITIS

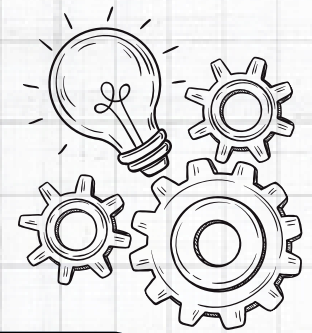
Con frecuencia va precedida de un aura o pródromo

La cefalea intensa y la rigidez de cuello son características de la meningitis

POUND
Pulsátil
One day duration
Unilateral
Náuseas o vómitos
Disa



DEBILIDAD



DEBILIDAD MOTORA REAL

POSIBLES CAUSAS

- Puede implicar al SNC
- Un nervio periférico
- Unión neuromuscular
- Un músculo

PREGUNTAR

¿Intervienen ambos lados del cuerpo o sólo uno?

¿Qué movimientos se ven afectados?

¿El inicio es repentino, gradual, subagudo o crónico, durante un largo período?

¿Qué áreas del cuerpo se hallan afectadas?

¿Se trata de una debilidad generalizada o delimitada a la cara o un miembro?



Es importante aclarar a que se refiere el paciente

- Fatiga
- Apatía
- Somnolencia
- Pérdida real de la fuerza

IDENTIFICAR LOS PATRONES

PROXIMAL

En el hombro o la cintura pélvica

SIMETRICA

En las mismas áreas en ambos lados del cuerpo

Es característica de las miopatías causadas por: Consumo de alcohol, medicamentos (glucocorticoides) y polimiositosis

DISTAL

En las manos o los pies

ASIMETRICA

- Incluyen
- Focal: Una parte de la cara/extremidad
 - Monoparesia: Una extremidad
 - Paraparesia: Ambas extremidades
 - Hemiparesia: Un lado del cuerpo

Debilidad focal: Tiene causas tanto centrales y periféricas (miopatías)

D. Asimétrica es habitual de miastenia grave, que empeora con el esfuerzo

DEBILIDAD PROXIMAL

PREGUNTAR

Existencia de dificultades con movimientos (peinarse)

¿Hay síntomas sensitivos o de otro tipo asociados?

¿La debilidad empeora con la repetición y mejora con el reposo?

DEBILIDAD DISTAL

PREGUNTAR

Fuerza de la mano para abrir un frasco o al utilizar unas tijeras

Problemas como tropezar al momento de caminar

El inicio subagudo progresivo de la debilidad distal de los miembros inferiores indica:

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

La debilidad bilateral (distal), con pérdida sensorial, indica una polineuropatía (DM)

ENTUMECIMIENTO, SENSIBILIDAD ANÓMALA O AUSENTE

ESTABLECE EL TIPO DE PÉRDIDA SENSITIVA

PREGUNTAR

- ¿Tiene una distribución en guante y calcetín?
- ¿Los déficits sensitivos son aislados, no dermatómicos y aparecen en más de un miembro?

ALTERACIONES

En las polineuropatías se observa un patrón de pérdida de la sensibilidad en calcetín y después en guante, en la diabetes

La presencia de múltiples áreas aisladas con pérdida de la sensibilidad en distintos miembros indica mononeuritis múltiple, en la diabetes y artritis reumatoide

PREGUNTAR

- ¿Sufre hormigueo?
- ¿Sufre parestesia o disestesia?
- ¿Sensibilidad reducida o ausente?

ALTERACIONES

DEBILIDAD BILATERAL

Con pérdida sensorial, indica una polineuropatía, (diabetes)

CAMBIOS SENSITIVOS

Pueden originarse por:

- Atrapamiento
- Compresión de una raíz nerviosa con pérdida sensitiva dermatómica
- Lesiones centrales por ictus

DISESTESIAS

El tacto superficial o un pinchazo, ejemplo, pueden causar una sensación de quemazón o irritante

ALTERACIONES

El dolor urente es característico de las neuropatías sensitivas causadas por enfermedades (diabetes)



SINCOPE



CAUSAS

- Convulsiones
- Enfermedades neurocardiogénicas
- Ejemplo: Síncope vasovagal, síndrome de taquicardia postural, síncope del seno carotídeo y hipotensión ortostática,
- Taquicardia ventricular y las bradiarritmias

EL SÍNCOPE VASOVAGAL ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE SÍNCOPE

AVERIGUAR

- Si existen pródromos de náuseas
- Diaforesis y palidez desencadenados por un acontecimiento aterrador o desagradable
- Hipotensión vagal

Cuando el paciente refiere pérdida del conocimiento frecuentes, se necesita una anamnesis meticulosa para orientar el tratamiento y evaluar si es necesario el ingreso hospitalario

DESCUBRIR SI EL PACIENTE REALMENTE PIERDE EL CONOCIMIENTO

- ¿Oyó algún ruido externo o voces durante el episodio?
- ¿Se sintió mareado o débil, pero en realidad no llegó a desmayarse, lo que es indicativo de presíncope?

- ¿Experimentó una pérdida total del conocimiento?
- ¿Un síntoma más grave que representa un síncope real, (pérdida repentina pero temporal del conocimiento y el tono postural debido a hipoperfusión global transitoria del cerebro)?



OBTENER UNA DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ACONTECIMIENTO

El tacto superficial o un pinchazo, ejemplo, pueden causar una sensación de quemazón o irritante

ALTERACIONES

- ¿Qué estaba haciendo el paciente cuando sucedió?
- ¿Estaba de pie, sentado o tumbado?
- ¿Observó algún síntoma desencadenante o indicativo?
- ¿Cuánto duró el episodio?

- ¿El inicio y final del episodio fueron lentos o rápidos?, ¿Notó palpitaciones?
- ¿Hay antecedentes de cardiopatía?

CRISIS CONVULSIVAS



CONVULSION

Si hay más de una convulsión, considera la epilepsia

Definida como dos o más convulsiones que no son provocadas por otras enfermedades o circunstancias

SE CLASIFICA

Generalizada

En función del lugar de la corteza donde se inicia la actividad epiléptica

Parcial

La epilepsia es más frecuente en lactantes y adultos mayores

Los pacientes pueden referir lipotimias o desmayos que hacen pensar en una convulsión

Las convulsiones pueden ser sintomáticas con una causa identificable o idiopáticas

REALIZAR ANAMNESIS

Para descartar otras causas de la pérdida del conocimiento y las convulsiones sintomáticas agudas

INVESTIGAR

- Acerca de la edad de comienzo
- Frecuencia
- Cambios en la frecuencia o el patrón sintomático
- Consumo de medicamentos
- Alcohol o drogas ilegales
- Antecedentes de traumatismo craneoencefálico

ALTERACIONES

Los síndromes de epilepsia generalizada empiezan en la infancia o la adolescencia

Las convulsiones en los adultos suelen ser parciales



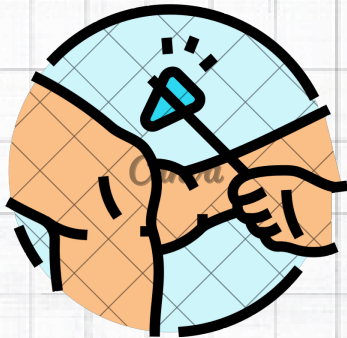
EXPLORACION NEUROLOGICA

NERVIOS CRANEALES

- Vista: campos visuales, exploración de fondo de ojo.
- Reflejo luminoso fotomotor pupilar.
- Movimientos oculares.
- Audición.
- Fuerza facial: sonrisa, cierre ocular

REFLEJOS

- Reflejos de estiramiento muscular: bicipital, rotuliano, calcáneo.
- Respuestas plantares.

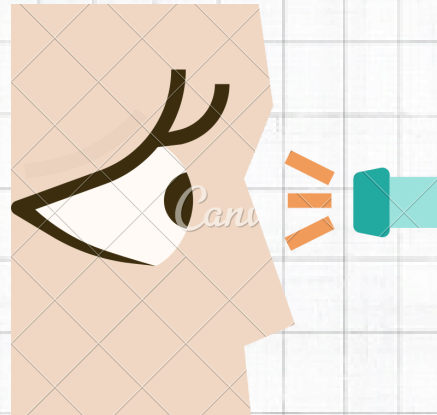


PREGUNTAR

- ¿El paciente tiene una enfermedad neurológica?
- ¿Cuál es la localización de la lesión?
- ¿Sus hallazgos son simétricos?
- ¿Cuál es la fisiopatología del proceso?
- ¿Cuál es el diagnóstico diferencial preliminar?

ESTADO MENTAL

- Nivel de alerta
- Idoneidad de la respuesta
- Orientación en el tiempo y el espacio



SISTEMA MOTOR

- Fuerza: abducción de los hombros, extensión del codo y la muñeca, abducción de los dedos, flexión de la cadera y la rodilla, y dorsiflexión del tobillo.
- Marcha: habitual, sobre los talones, sobre las puntas.
- Coordinación: movimientos precisos de los dedos de la mano, dedo-nariz, talón-rodilla

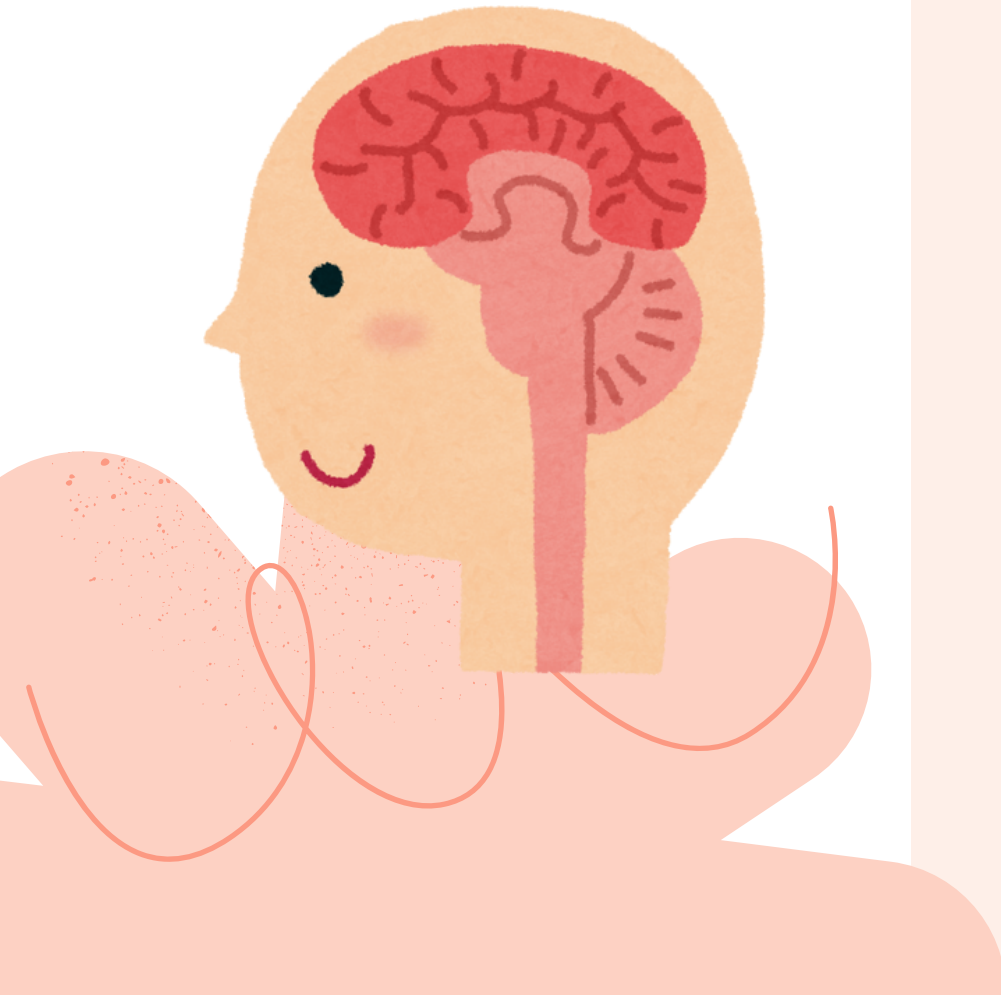


SISTEMA SENCITIVO

- Dolor
- Temperatura o propiocepción



Pares Craneales



- I: Olfato Agudeza visual
- II: Campos visuales y fondos de ojo
- II, III: Respuestas pupilares
- III, IV, VI: Movimientos extraoculares
- V: Reflejos corneales, sensación facial y movimientos maxilares
- VII: Movimientos faciales
- VIII: Audición
- IX, X: Deglución y ascenso del paladar, reflejo faríngeo
- V, VII, X, XII: Voz y habla
- XI: Movimientos del hombro y el cuello
- XII: Simetría, posición y movimiento de la lengua

I: OLFATO

OLORES

- Presentar al paciente olores familiares no irritantes.
- Asegurarse de que cada fosa nasal esté abierto
- Comprimir un lado de la nariz
- Pedir al paciente que inhale por el otro.
- El paciente debe cerrar ambos ojos

INDICACIONES

- Obstruir una fosa nasal
- Verificar el olfato en la otra
- Presentar sustancias como clavo, café, jabón o vainilla
- Evitar los estímulos nocivos

PREGUNTAR

- Si huele algo y, en tal caso, de qué se trata.
- Explorar el otro lado.

ALTERACION

Una persona sana debe percibir el olor a cada lado, y a menudo lo reconoce.

PERDIDA DEL OLFATO

Por

- Afecciones sinusales
- Traumatismo craneoencefálico
- Tabaco
- Envejecimiento
- Consumo de cocaína
- Enfermedad de Parkinson



II: ÓPTICO

INDICACIONES

- Obstruir una fosa nasal
- Verificar el olfato en la otra
- Presentar sustancias como clavo, café, jabón o vainilla
- Evitar los estímulos nocivos

PREGUNTAR

- Si huele algo y, en tal caso, de qué se trata.
- Explorar el otro lado.

OLORES

- Presentar al paciente olores familiares no irritantes.
- Asegurarse de que cada fosa nasal esté abierto
- Comprimir un lado de la nariz
- Pedir al paciente que inhale por el otro.
- El paciente debe cerrar ambos ojos

EXPLORAR LOS CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACION

En los pacientes con ictus, refieren pérdida parcial de la visión y al explorar ambos ojos se aprecia un defecto campimétrico o una anomalía de la visión periférica como una hemianopsia homónima

ALTERACION

Una persona sana debe percibir el olor a cada lado, y a menudo lo reconoce.

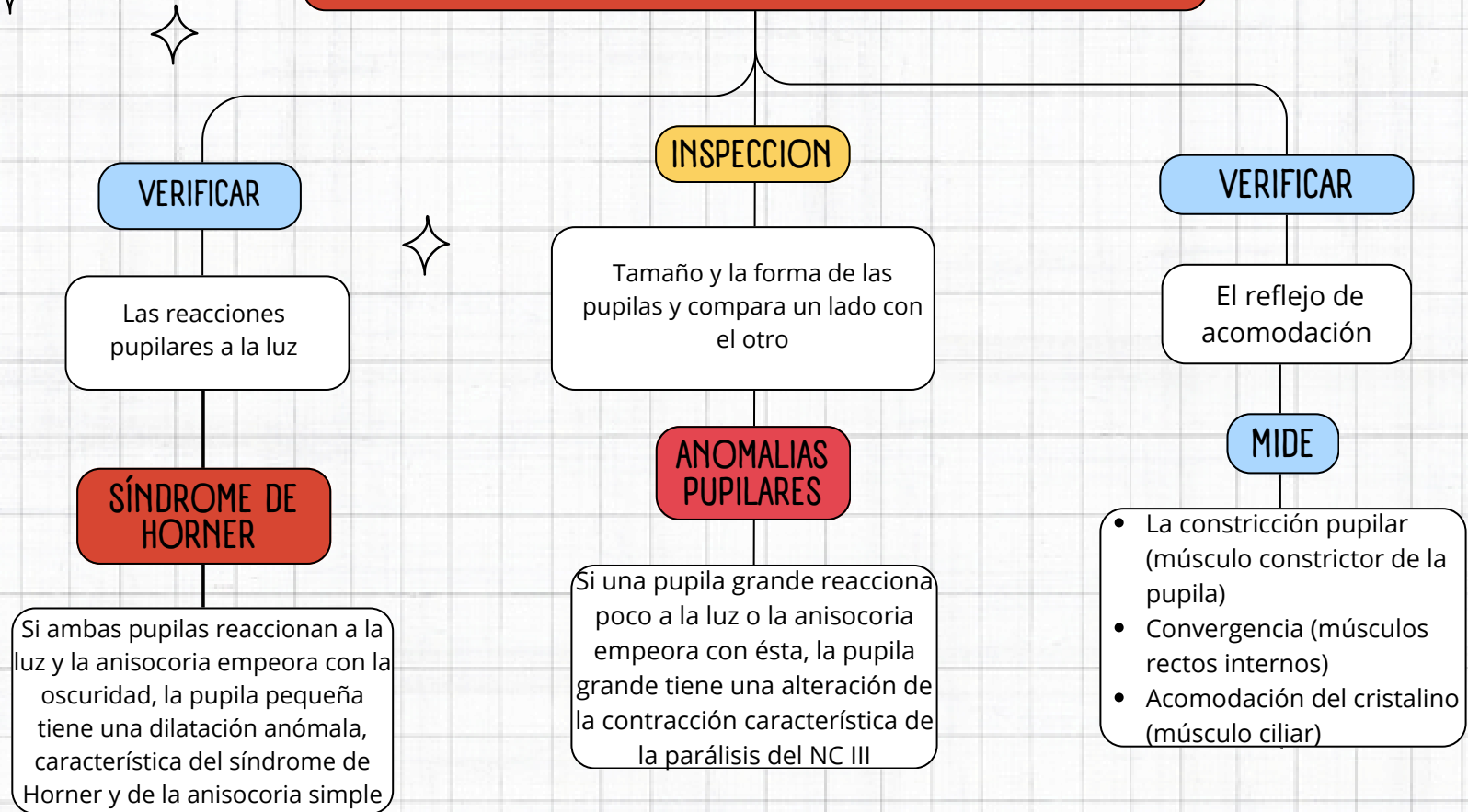
PERDIDA DEL OLFATO

Por

- Afecciones sinusales
- Traumatismo craneoencefálico
- Tabaco
- Envejecimiento
- Consumo de cocaína
- Enfermedad de Parkinson



II Y III: ÓPTICO Y MOTOR OCULAR COMÚN



VERIFICAR

Las reacciones pupilares a la luz

SÍNDROME DE HORNER

Si ambas pupilas reaccionan a la luz y la anisocoria empeora con la oscuridad, la pupila pequeña tiene una dilatación anómala, característica del síndrome de Horner y de la anisocoria simple

INSPECCION

Tamaño y la forma de las pupilas y compara un lado con el otro

ANOMALIAS PUPILARES

Si una pupila grande reacciona poco a la luz o la anisocoria empeora con ésta, la pupila grande tiene una alteración de la contracción característica de la parálisis del NC III

VERIFICAR

El reflejo de acomodación

MIDE

- La constricción pupilar (músculo constrictor de la pupila)
- Convergencia (músculos rectos internos)
- Acomodación del cristalino (músculo ciliar)

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

Se observa en la enfermedad cerebelosa y oftalmoplejía internuclear

DIAGNOSTICO DEL NISTAGMO

- Se denomina según la dirección del componente rápido.
- Pedir al paciente que fije la visión en un objeto lejano y observa si el nistagmo aumenta o disminuye

INDICA

- Parálisis del III nervio craneal
- Síndrome de Horner
- Miastenia grave

PTOSIS

- Caída de los párpados superiores).
- Diferencia leve en la amplitud de las hendiduras palpebrales puede constituir una variación normal (un tercio de toda la población).

EXPLORAR

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

VERIFICAR

Convergencia ocular

IDENTIFICAR

- Posible nistagmo, sacudidas involuntarias de los ojos con un componente rápido y otro lento.
- Dirección de la mirada en la que aparece el plano del nistagmo.
- Dirección de los componentes rápido y lento.

PREGUNTAR

En qué dirección empeora la diplopia e inspecciona de cerca el ojo por si ocurre una desviación asimétrica

PREGUNTAR

- ¿En qué dirección empeora la diplopía?
- Inspeccionar de cerca el ojo por si ocurre una desviación asimétrica

AVERIGUAR

- Si la diplopía es monocular o binocular
- Pedir al paciente que se tape uno de los ojos o hacer la prueba de oclusión/desocclusión.

V: TRIGÉMINO

SENSITIVO

- Explorar la sensibilidad dolorosa en ambos lados de la frente, los pómulos y la mandíbula
- El paciente debe cerrar los ojos
- Utilizar un objeto punzante
- Preguntar al paciente si nota un objeto punzante
- Comparar los dos lados

ALTERACION

La pérdida aislada de la sensibilidad facial ocurre en los trastornos del nervio periférico

MOTOR

Palpar los músculos temporal y masetero

Pedir al paciente que apriete los dientes

- Observar la fuerza de contracción muscular.
- Indicar al paciente que mueva la mandíbula de un lado a otro

DIFICULTAD PARA CERRAR LA MANDIBULA

Ocurre en la debilidad de los músculos masetero y pterigoideo lateral, respectivamente

DESVIACIÓN DE LA MANDIBULA

Apunta a debilidad en el lado hacia el que se da la desviación

REFLEJO CORNEAL

- Pedir al paciente que mire hacia arriba y hacia el lado opuesto
- Tocar con suavidad la córnea con un trozo fino de algodón
- Valora el parpadeo ocular, una reacción normal a este estímulo

ALTERACION

- El parpadeo está ausente en las lesiones del NC V y si hay debilidad en las lesiones del NC VII
- La falta de parpadeo y la sordera neurosensible se observan en el neurinoma del acústico.

VII: FACIAL

PEDIR AL PACIENTE

- Levante las dos cejas.
- Las frunza.
- Cierre ambos ojos con fuerza de manera que no puedas abrirlos.
- Evalúa la fuerza muscular tratando de abrirlos

- Enseñe los dientes superiores e inferiores.
- Sonría.
- Infle las mejillas

INSPECCIONAR

Observa cualquier asimetría, a menudo visible en los pliegues nasolabiales, y tics u otros movimientos anómalos

ALTERACIONES

Debilidad facial: El aplanamiento del pliegue nasolabial y la caída del párpado inferior indican

La lesión periférica del NC VII, en la parálisis de Bell, afecta tanto a la parte superior como a la inferior de la cara

En la parálisis de Bell también se observan pérdida del gusto, hiperacusia y aumento o disminución del lagrimeo

VIII: ACÚSTICO Y VESTIBULAR

SI HAY SORDERA

Averigua si es de conducción, por alteración de la transmisión "aérea a través del oído", o neurosensible, por lesión del ramo coclear del NC VIII

Explora la conducción aérea y ósea por medio de la prueba de Rinne, y la lateralización con la prueba de Weber.

VALORAR

Audición con la prueba del susurro

ALTERACIONES

Sordera de conducción:
Causa el exceso de cerumen, la otosclerosis y la otitis media

Sordera neurosensible: La presbiacusia por envejecimiento lo refleja

Síndrome de Ménière: Es el vértigo más sordera y nistagmo

IX Y X: GLOsofaríngeo Y VAGO

PEDIR AL PACIENTE

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

Eleve la lengua y el paladar blando y constreñir los músculos faríngeos. s. Estimular un poco la parte posterior de la garganta en cada lado y observa el reflejo

ESCUCHAR LA VOZ DEL PACIENTE

- ¿Está ronco o tiene una calidad nasal?
- ¿Tiene dificultades para deglutir?

ALTERACIONES

El paladar no asciende en la lesión bilateral del NC X

En la parálisis unilateral, una parte del paladar deja de ascender y, junto con la úvula, se desvía hacia el lado normal

La ausencia unilateral de este reflejo denota una lesión del NC IX y a veces del X

XI: ACCESORIO

FASCICULACIONES

Son movimientos parpadeantes, irregulares y finos de pequeños grupos de fibras musculares

TECNICA

Pedir al paciente que encoja ambos hombros, levantándolos y haciendo fuerza contra tus manos

Observar la fuerza y la contracción de los trapecios

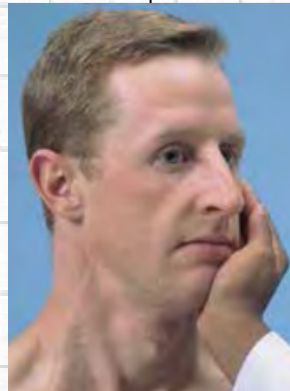


EXPLORAR

Desde atrás en busca de atrofia o fasciculaciones del músculo trapecio, y compara un lado con el otro

Pedir al paciente que gire la cabeza hacia cada lado, oponiendo resistencia con tu mano

Observar la contracción del esternocleidomastoideo



ALTERACIONES

Un paciente en decúbito supino con debilidad bilateral de los esternocleidomastoideos tiene dificultades para levantar la cabeza de la almohada.

La atrofia de la lengua y las fasciculaciones son distintivas de la esclerosis lateral amiotrófica y la poliomielitis.

En las lesiones del NC XII, la lengua se desvía hacia el lado de la debilidad.

SISTEMA MOTOR

TONO MUSCULAR

- Pedir al paciente que se relaje.
- Toma una de sus manos y, apoyando el codo, flexiona y extiende los dedos, la muñeca y el codo del paciente
- Haz que el hombro se mueva con una amplitud moderada
- Observa el tono muscular de cada lado: la resistencia que ofrece a tus movimientos

RESISTENCIA

DISMINUIDA

Sujeta el antebrazo del paciente y desplaza la mano hacia delante y hacia atrás de manera suave

AUMENTADA

Averiguar si ésta varía al mover el miembro o si persiste en toda la amplitud de movimiento y en ambas direcciones en la extensión o flexión

POSTURA CORPORAL

Observar la postura corporal del paciente durante el movimiento y el reposo.

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

Buscar temblores, tics o fasciculaciones

MASA MUSCULAR

- Inspecciona el tamaño y el contorno de los músculos.
- ¿Son planos o cóncavos?
- Si hay atrofia:
- ¿Se trata de un proceso unilateral o bilateral?
- ¿Proximal o distal?



FUERZA MUSCULAR

Evaluar la flexión y extensión

- Codo
- Muñeca



VERIFICA LA PRENSIÓN

- Pídele al paciente que apriete dos de tus dedos con la máxima fuerza y que no los suelte
- Debes notar una dificultad para extraer los dedos



ABDUCCION DE LOS DEDOS

- Coloca la mano del paciente con la palma hacia abajo y los dedos separados.
- Pídele que no deje que juntes sus dedos



COORDINACION

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

MIEMBROS INFERIORES

Pide al paciente que percuta su mano con la máxima velocidad posible con el arco anterior de cada pie.

MOVIMIENTOS DE UN PUNTO A OTRO

MIEMBROS SUPERIORES

Prueba dedo-nariz

MIEMBROS INFERIORES

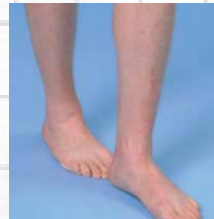
Prueba talón-rodilla

OBSERVAR AL PACIENTE

- Movimientos alternantes rápidos
- Movimientos de un punto a otro
- Marcha y otros movimientos corporales relacionados
- Colocación en posiciones específicas

MARCHA

- Pedir al paciente que camine por la habitación
- Camine en tándem en línea recta



POSTURA ERGUIDA

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

Prueba de la 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 cerrados



SISTEMA SENSITIVO

SENSIBILIDAD DISCRIMINATORIA

ESTEREOGNOZIA

Identificar un objeto por el tacto

GRAFESTESIA

Identificación de números

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



EVALUAR

- Dolor y temperatura (tractos espinotalámicos)
- Postura y vibración (columnas posteriores)
- Tacto ligero (ambas vías)
- Sensibilidad discriminatoria

DOLOR

- Utiliza la punta de un alfiler
- Pregunta al paciente: ¿Nota un objeto punzante?

TEMPERATURA

Toca la piel del paciente y pregúntale si nota "frío" o "calor"

TACTO SUPERFICIAL

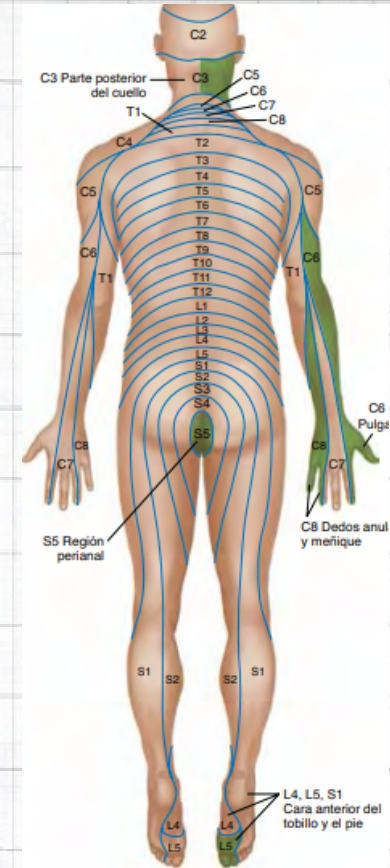
Con un poco de algodón fino, toca ligeramente la piel evitando presionar

VIBRACION

Con un diapasón percutir sobre el talón de la mano

DERMATOMAS

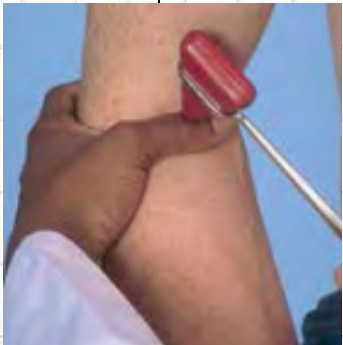
Ayuda a localizar las lesiones neurológicas en un nivel concreto de la médula, en particular en lesiones medulares



REFLEJOS

BICIPITAL

- 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.



TRICIPITAL

- El paciente puede estar sentado o en decúbito supino.
- 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



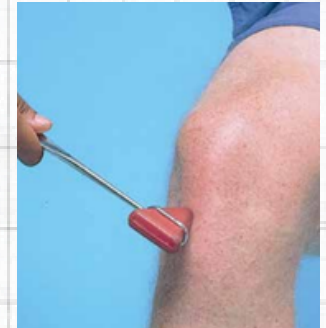
BRAQUIORRADIAL

- 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



CUÁDRICEPS

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





BIBLIOGRAFIA

Bates Guia de
Exploracion Fis
ica e Historia
Clinica 12a
Edicion

