



Universidad del sureste
Medicina humana
Neurología



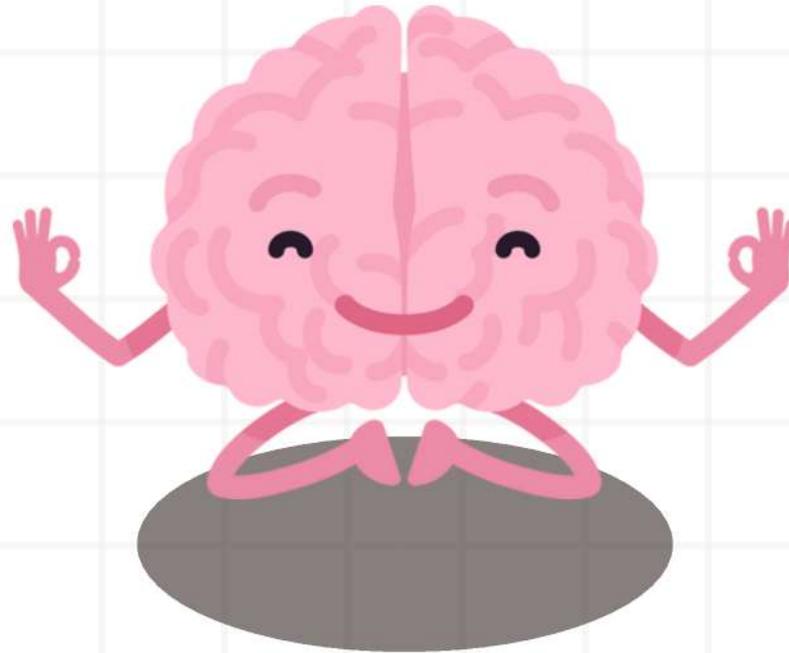
Anamnesis y exploración física

Mi Universidad

Ailyn Yamili Antonio Gómez.
Dr. Raúl de la Rosa Pacheco

Comitán de Domínguez a 24 de febrero del 2025

ANAMNESIS





El médico, por ningún concepto, debe sugerir al paciente los síntomas que busca



Establecer la forma en que ocurrió la enfermedad, sus modos de inicio y evolución, y su curso tienen gran relevancia



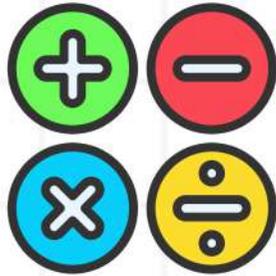
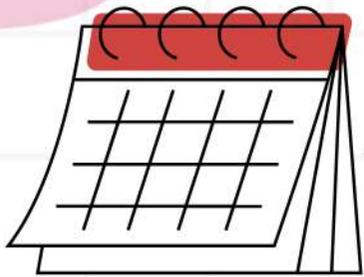
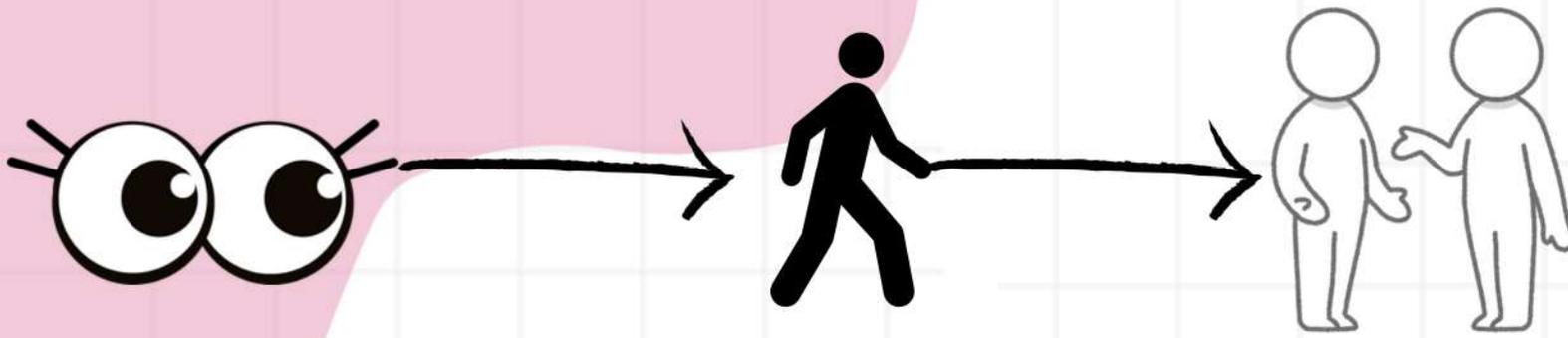
En términos generales, muchos médicos no conceden mucho valor a estimar la capacidad psíquica de los pacientes



Pedir al paciente su propia interpretación del posible significado de los síntomas puede exponer a preocupación, depresión, ansiedad, suspicacia o incluso pensamiento delirante

EXPLORACION NEUROLOGICA?





MOMENTO DE INGRESO



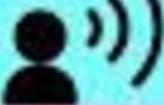
ESTADO MENTAL



- nivel de conciencia: escala de glasgow, escala de FOUR
- orientacion: tiempo, persona y lugar.
- Atencion: serie de 3, deletrear.
- lenguaje: espontaneo, comprension, repeticion, escritura.
- Memoria: recuerdo inmediato, corto y largo plazo.
- Praxis: calculos, discriminar izquierda-derecha



Escala de Glasgow

 Apertura ocular.	Espontanea	(4)
	Orden verbal	(3)
	Dolor	(2)
	No responde	(1)
 Respuesta Verbal.	Orientando y conversando	(5)
	Desorientado y hablando	(4)
	Palabras inapropiadas	(3)
	Sonidos incomprensibles	(2)
	Ninguna respuesta	(1)
 Respuesta motora.	Orden verbal obedece	(6)
	Localiza el dolor	(5)
	Retirada y flexión	(4)
	Flexión anormal	(3)
	Extensión	(2)
Ninguna respuesta	(1)	

© e n f e r m e r o - i v a n n

El puntaje más bajo es 3 puntos. Puntaje más alto son 15 puntos

ESCALA...

"FOUR"

FULL OUTLINE OF UNRESPONSIVENESS

VALORA...

Permite distinguir distintos grados de afectación entre los pacientes con puntuaciones bajas en la escala de Glasgow ya que proporciona más información en pacientes neurocríticos, es posible detectar el "síndrome de enclaustramiento", así como distintos estadios de la herniación cerebral.

RESPUESTA OCULAR...

- Dirige la mirada o respuesta a ordenes 4
- Espontanea pero no dirige la mirada 3
- Apertura a estímulos sonoros intensos 2
- Apertura a estímulos nociceptivos 1
- Ojos cerrados al dolor 0



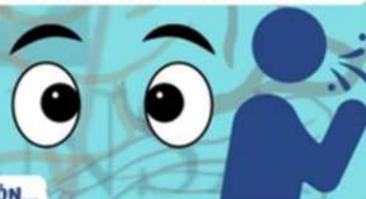
RESPUESTA MOTORA...

- Obedece ordenes 4
- Localiza estímulo doloroso 3
- Respuesta flexora al dolor 2
- Respuesta extensora al dolor (descerebración) 1
- Ninguna o estado mioclónico generalizado 0



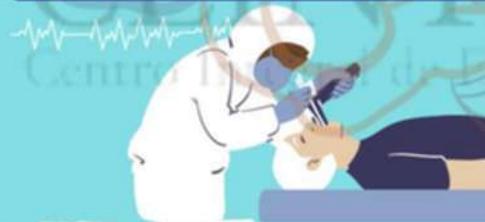
REFLEJOS DEL TRONCO CEREBRAL...

- Ambos reflejos corneales y foto motores presentes 4
- Reflejo foto motor ausente unilateral 3
- Reflejos corneales o foto motores ausentes 2
- Reflejos corneales y foto motores ausentes 1
- Reflejos corneales, foto motores y tusígeno ausentes 0



ESPIRACIÓN...

- No intubado, respiración rítmica 4
- No intubado, respiración de Cheyne-Stokes 3
- No intubado, respiración irregular 2
- Intubado, Fr > Fr del respirador 1
- Intubado, Fr = Fr del ventilador o apnea 0



PUNTAJE...

16 PUNTOS (CONSCIENTE).
0 PUNTOS (COMA ARREACTIVO SIN
REFLEJOS DE TRONCO ENCEFÁLICO).

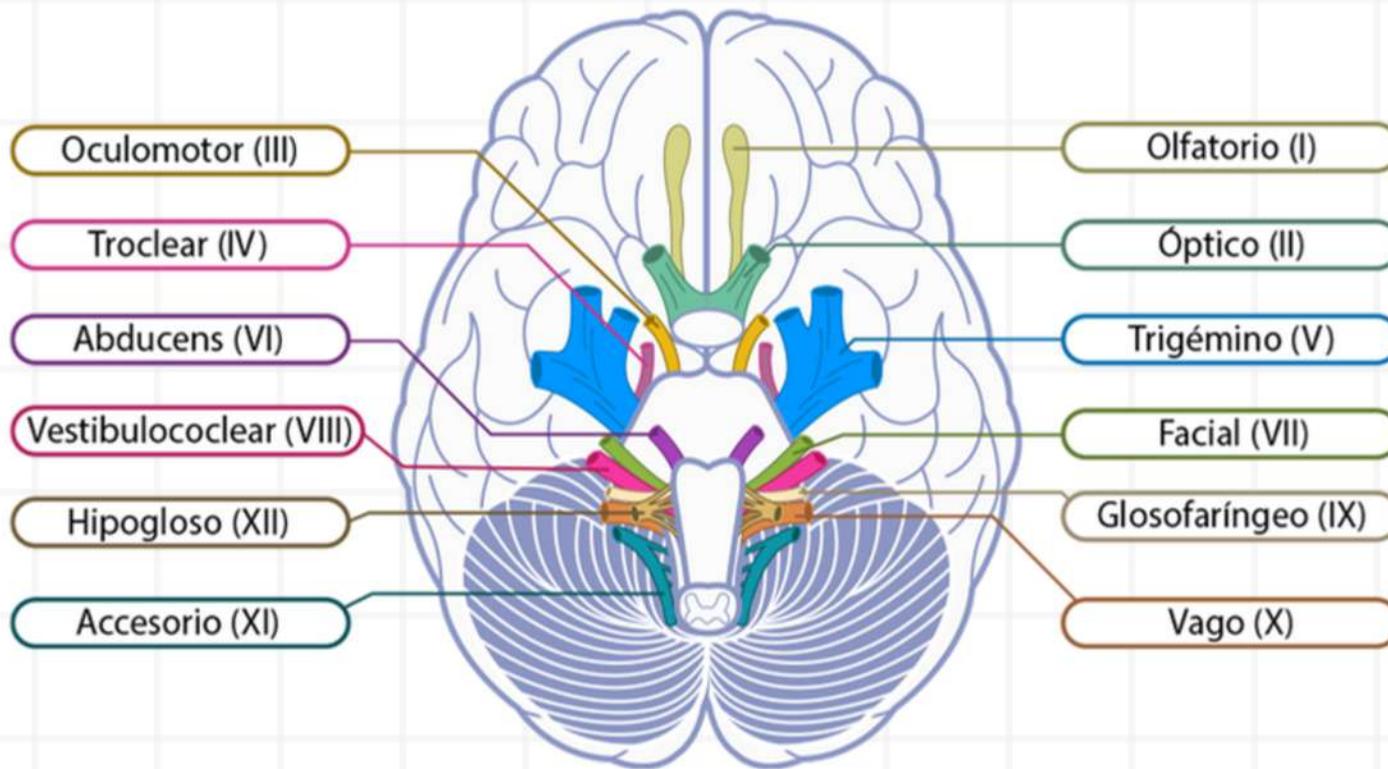


@ceintensa

WOLF, C. A., WLODARSKI, E. F., BAWLEY, W. R., & MCCLELLAND, R. L. (2007). FURTHER VALIDATION OF THE FOUR SCORE COMA SCALE BY INTENSIVE CARE NURSES. *MASS CLINIC PROCEEDINGS*, 8(1A), 433-438. <https://doi.org/10.4096/MA.81A.433>

JALALI, R., REZAEI, M. A COMPARISON OF THE GLASGOW COMA SCALE SCORE WITH FULL OUTLINE OF UNRESPONSIVENESS SCALE TO PREDICT PATIENTS' TRAUMATIC BRAIN INJURY OUTCOMES IN INTENSIVE CARE UNITS. *CRIT CARE RES PRACT* (INTERNET). 2019. [CITADO EL 10 DE JULIO DE 2022].<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34810000/>. Disponible en:

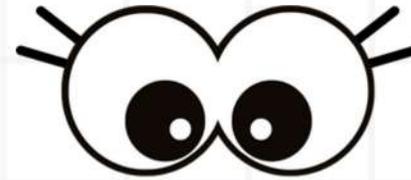
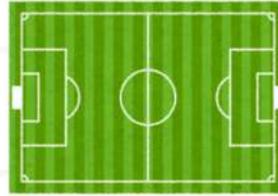
PARES CRANEALES



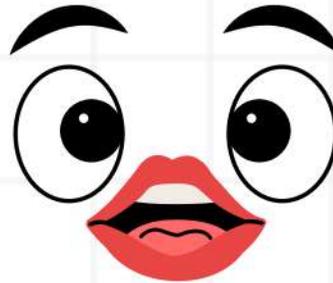
1 OLFATORIO: mediante olores en ambas fosas nasales



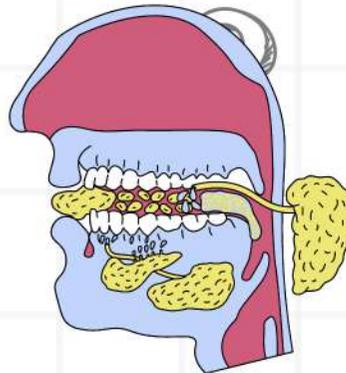
2 OPTICO: agudeza, campo visual, pupilas.



3 OCULOMOTOR, 4 TROCLEAR, 6 ABDUCENS movimientos oculares, forma y reactividad de las pupilas, acomodacion, ptosis.



5 TRIGEMINO: sensacion facial, musculos de la masticacion, reflejo corneal



EXAMEN MOTOR

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
F E Z O L C F T D	11	

EXAMEN MOTOR

Visión Normal



Esotropia



Tuerce el ojo hacia dentro

Exotropia



Tuerce el ojo hacia fuera

Hipotropia



Tuerce el ojo hacia abajo

Hypertropia

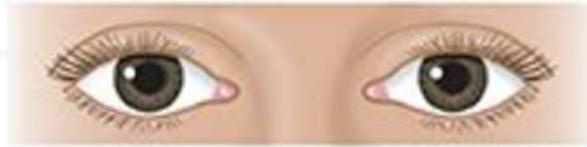


Tuerce el ojo hacia arriba

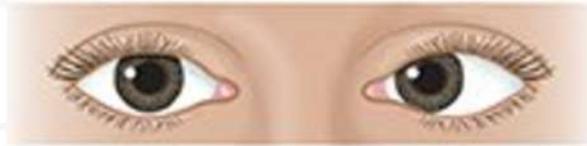
iciency

EXAMEN MOTOR

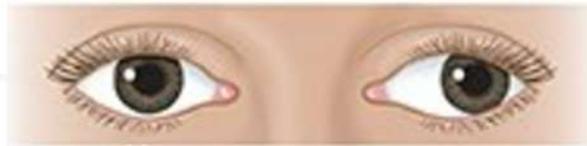
El estrabismo



No hay estrabismo



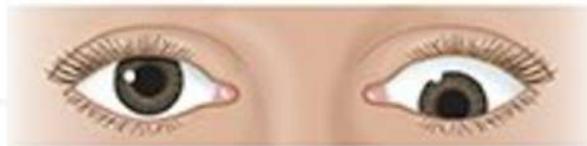
Esotropía
(el ojo se vuelve
hacia adentro)



Exotropía
(el ojo se vuelve
hacia afuera)



Hipertropía
(el ojo se vuelve
hacia arriba)



Hipotropía
(el ojo se vuelve
hacia abajo)

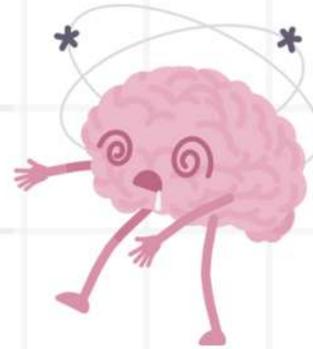
7 facial: musculos de expresion facial, lagrimeo, salivacion , sensacion del conducto externo auditivo



8 vestibulococlear: audicion, funcion de los vestibulos, equilibrio.



9 glosofarinneo: sensacion de paladar duro, sensorial reflejo nauseoso.



10 VAGO: reflejo nauseoso

11 ACCESORIO ESPINAL: Musculos esternocleidomastoideo y trapecio.



12 HIPOGLOSO: fuerza y volumen de la lengua.

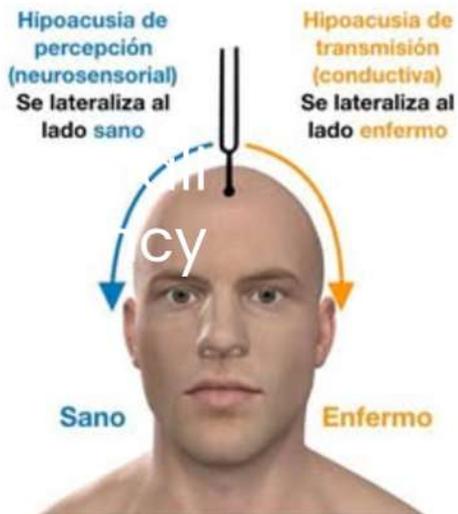


EXAMEN MOTOR

Test de Weber y Rinné

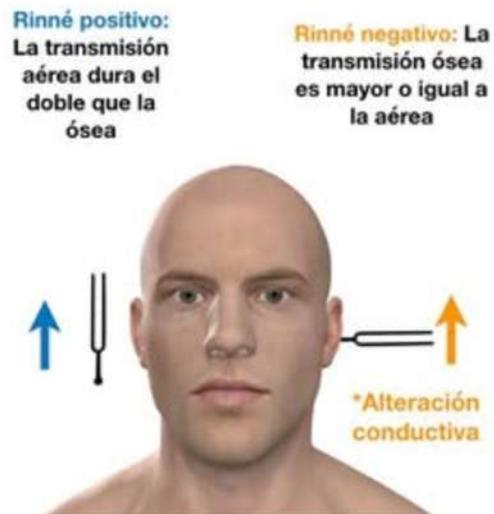
Para evaluar hipoacusia

Weber

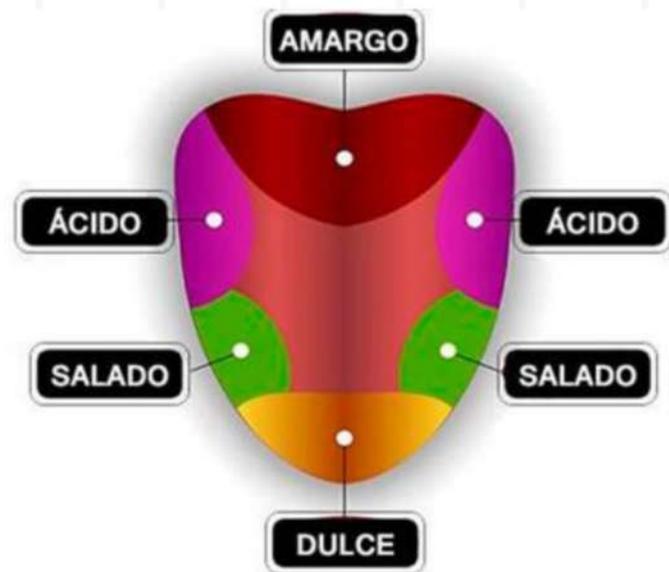


"El sano percibe una enfermedad, el enfermo la transmite"

Rinné



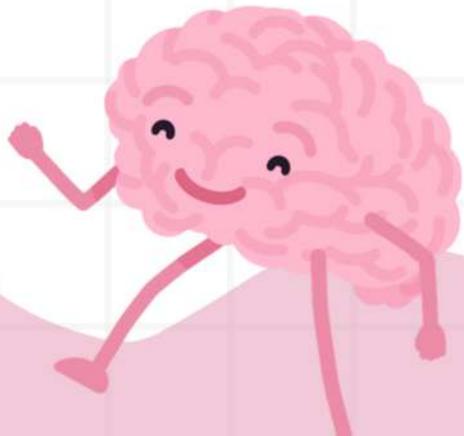
*Positivo acortado: Alteración neurosensorial



EXAMEN MOTOR

01

potencia: Escala de Daniels 0-5



Escala muscular de Daniels

para la evaluación de la fuerza muscular

0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima



DR. TUDOR Med

Los datos presentados son meramente informativos. Siempre consultar con el profesional correspondiente antes de aplicar cualquier medida.

EXAMEN MOTOR

01

TONO MUSCULAR

hipotonía

hipertonía

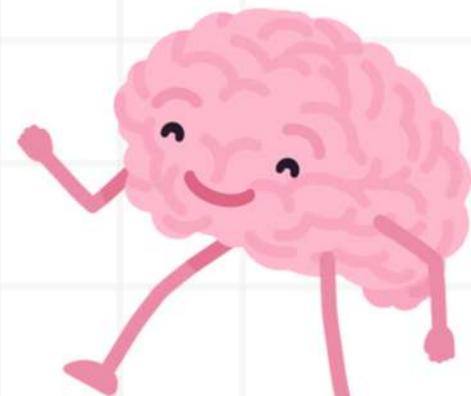
espasticidad

paratónica

Escala de Ashworth Modificada

Grado	Descripción
0	Sin aumento en el tono muscular.
1	Aumento leve, resistencia mínima al final del rango de movimiento en flexión o extensión.
1+	Aumento leve del tono, resistencia mínima durante el resto del rango de movimiento (menos de la mitad).
2	Aumento más pronunciado, a través de todo el rango pero la parte afectada se mueve con facilidad.
3	Aumento considerable del tono, el movimiento pasivo es difícil.
4	La parte afectada está rígida en flexión o extensión.

 **fisio campus**
Fisioterapia para profesionales



EXAMEN MOTOR

01

Maniobra de Dix Hallpike

MANIOBRA DE DIX-HALLPIKE

En posición sentada



Rotación lateral.



Tumbada con la cabeza fuera de la camilla

1



Cristales

2



Cristales

3



Los cristales se mueven en el canal posterior

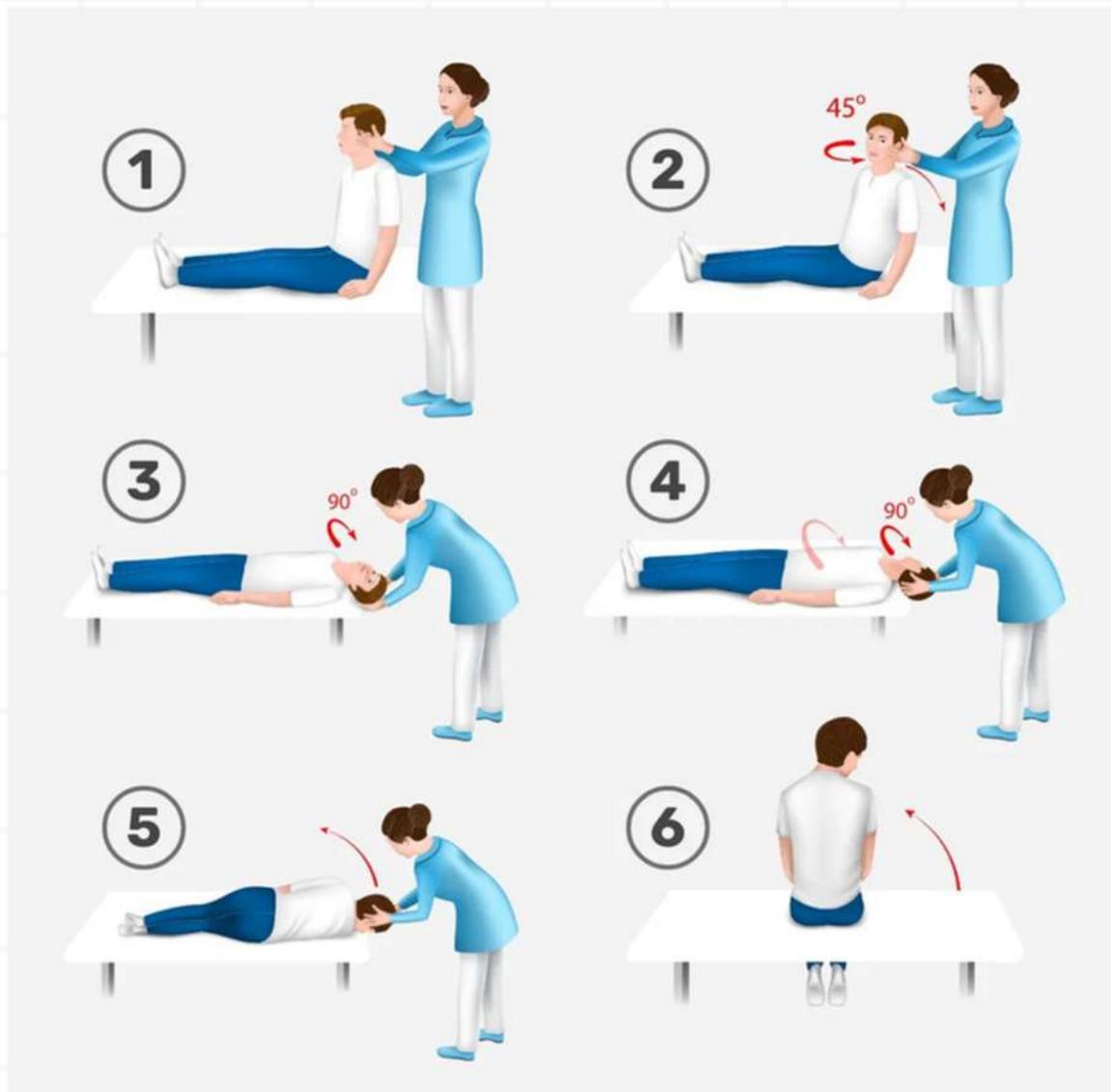
Nistagmo: movimientos rítmicos de los ojos hacia arriba y hacia los lados.



EXAMEN MOTOR

01

Maniobra de Epley



EXAMEN MOTOR

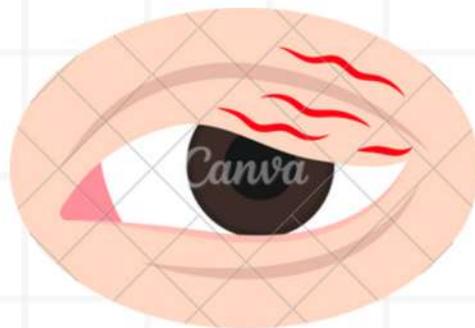
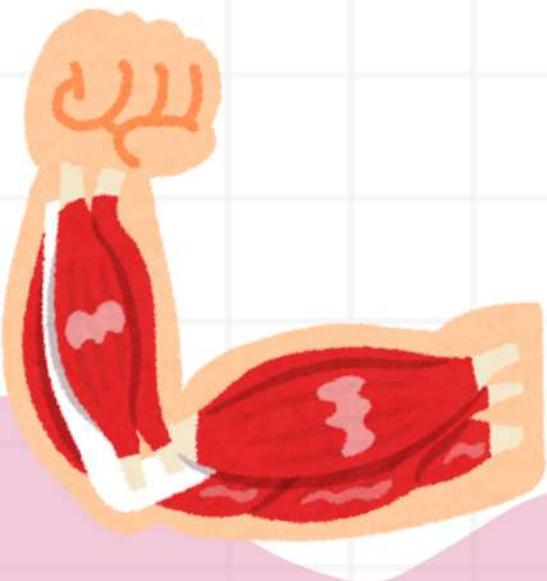
01

Volumen
muscular



01

Observacion:
temblores,
fasciculaciones,
mioclonias, miocimia,
asterixis.

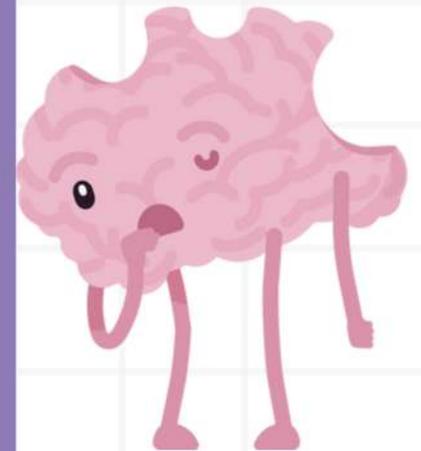
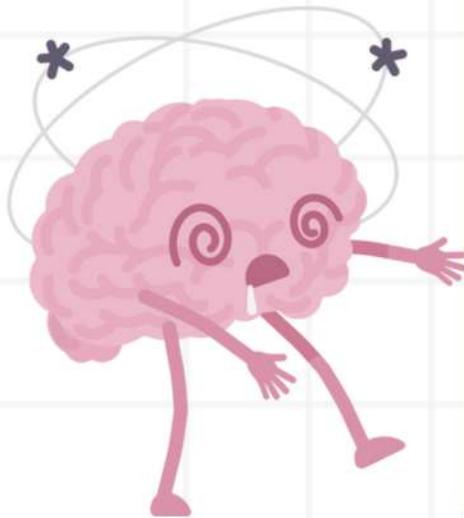


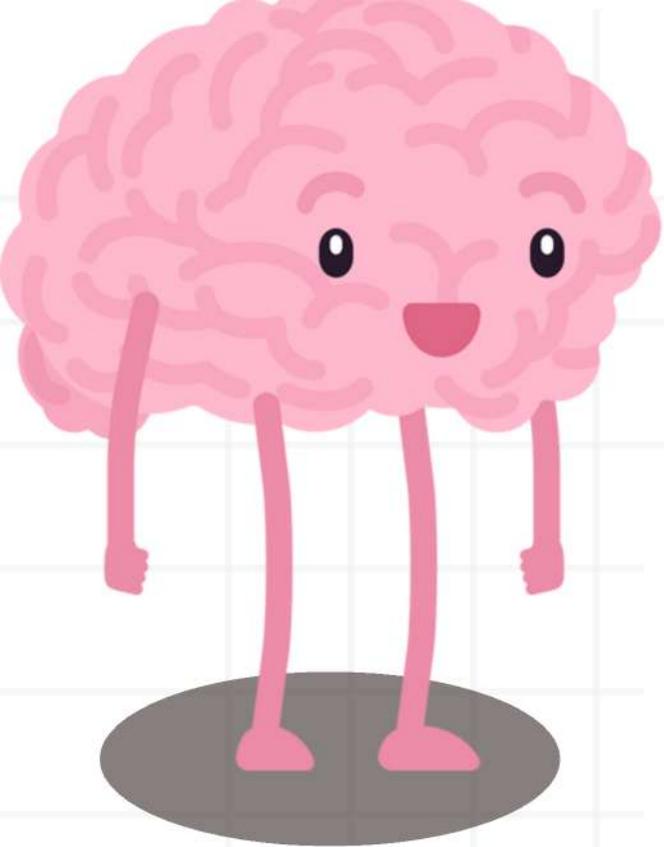
EXAMEN SENSORIAL



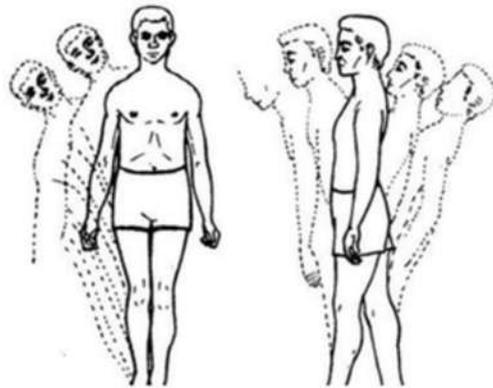
Primarias: dolor,
temperatura, tacto,
vibracion, posicion de
las articulaciones.

Corticales:
grafestesia,
estereognosis,
extincion a doble
estimulacion
espontanea.

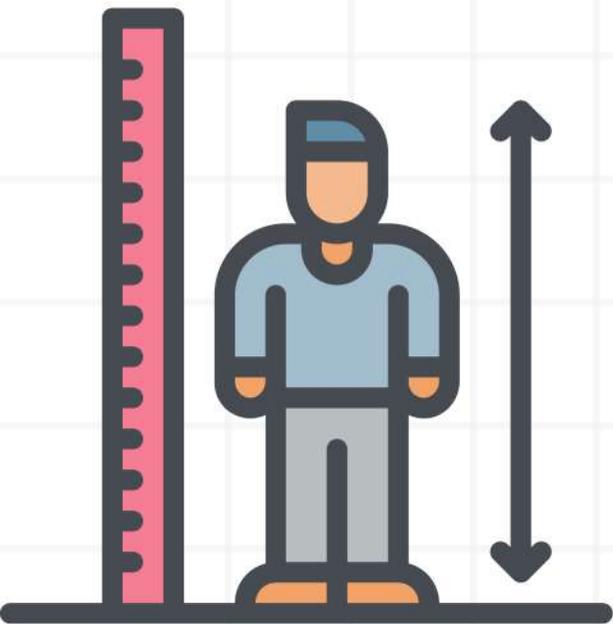




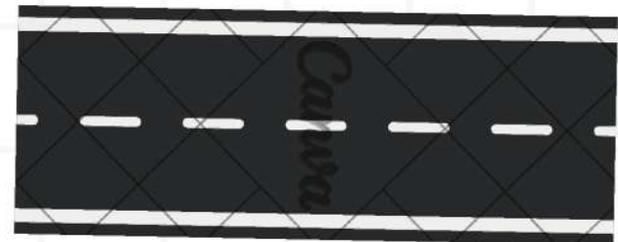
COORDINACION

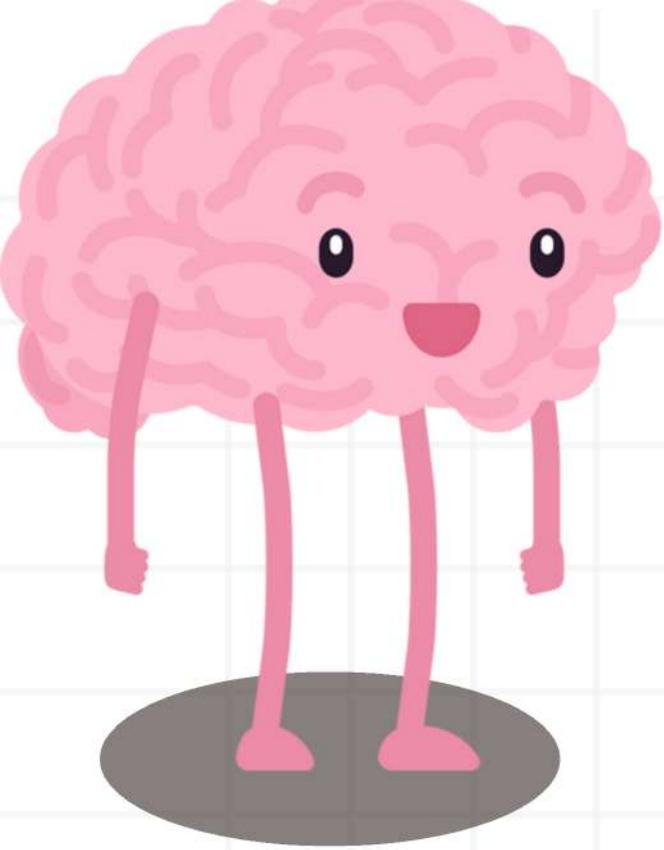


Prueba de Romberg



Lic. José Manuel Puntiel Mena
FisioterapiaRD

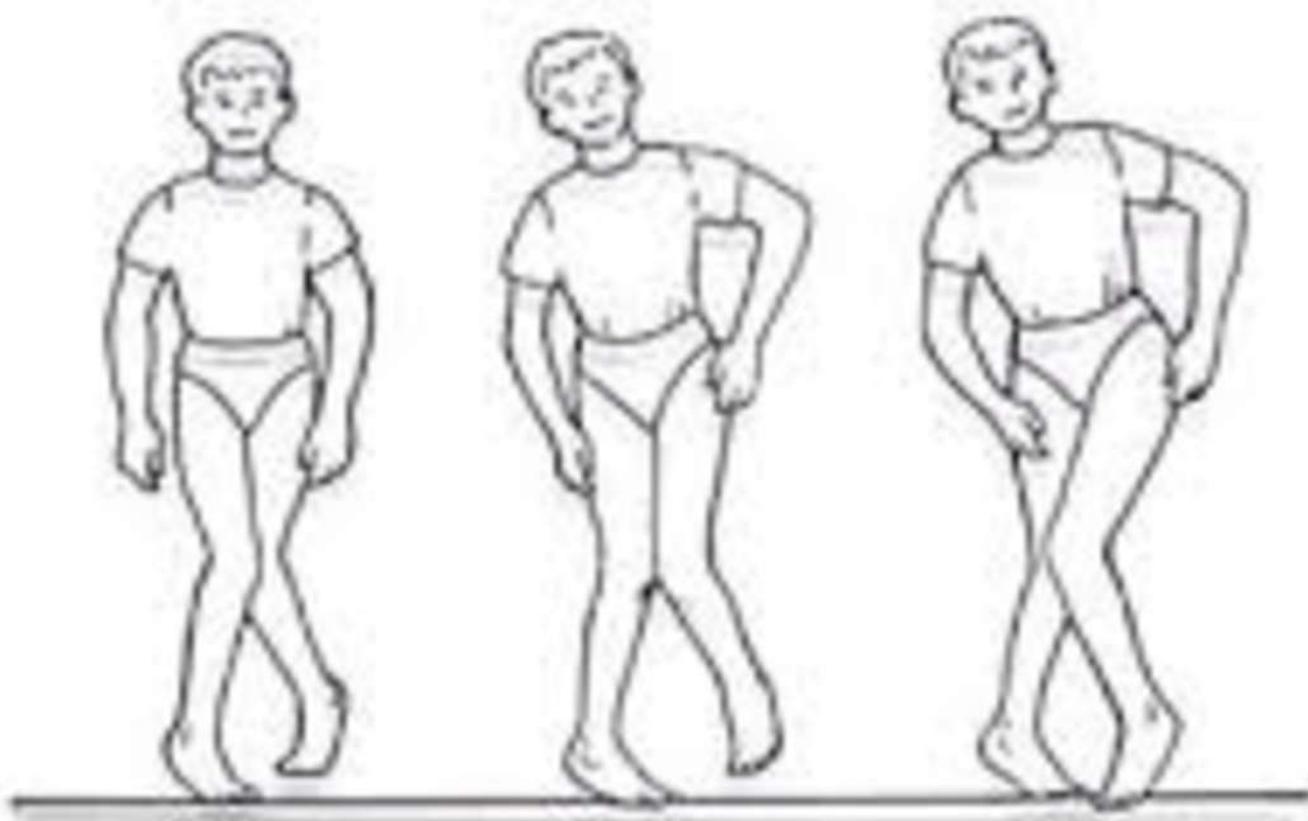




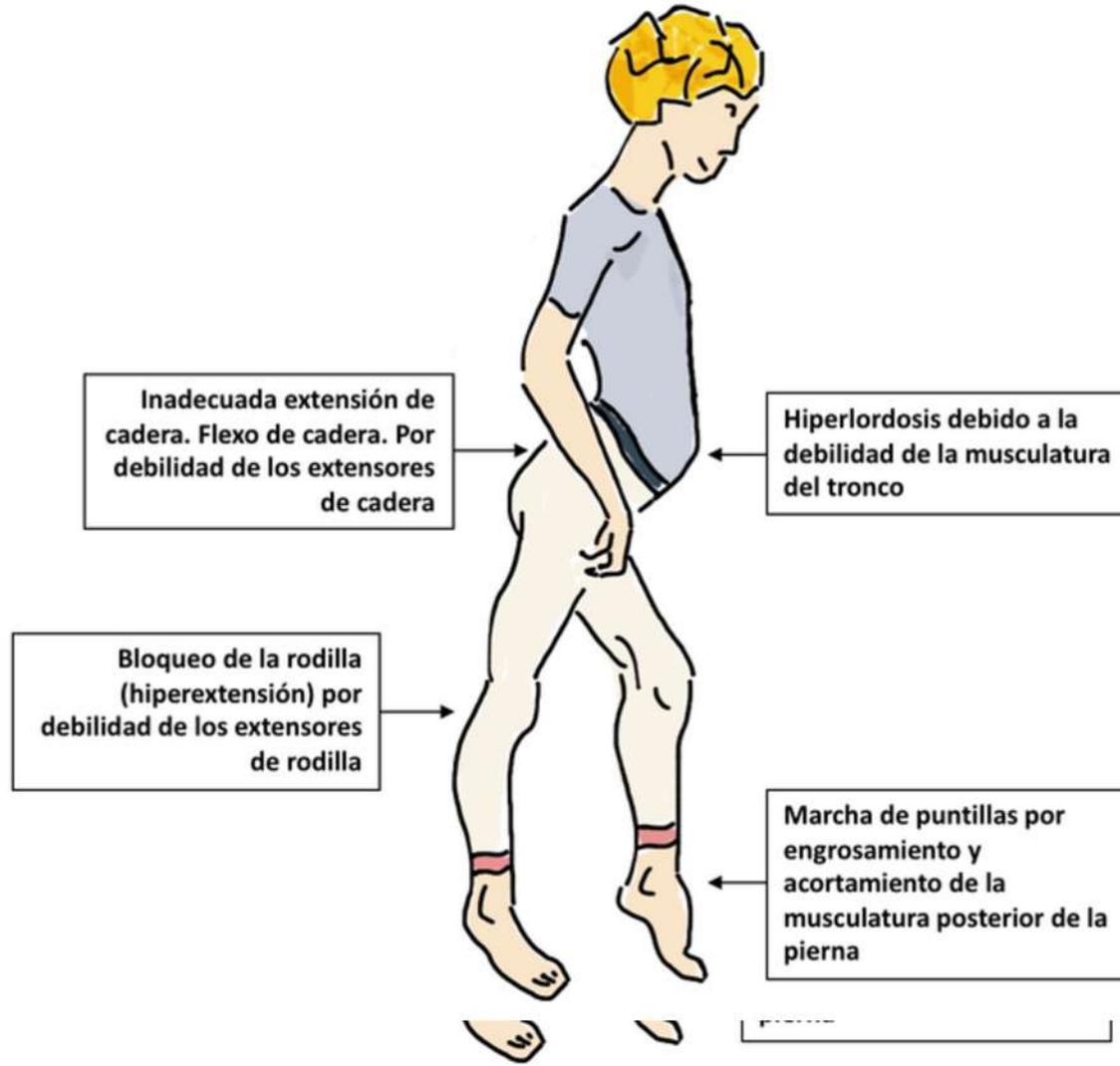
MARCHA EQUINA



MARCHA EN TIJERAS



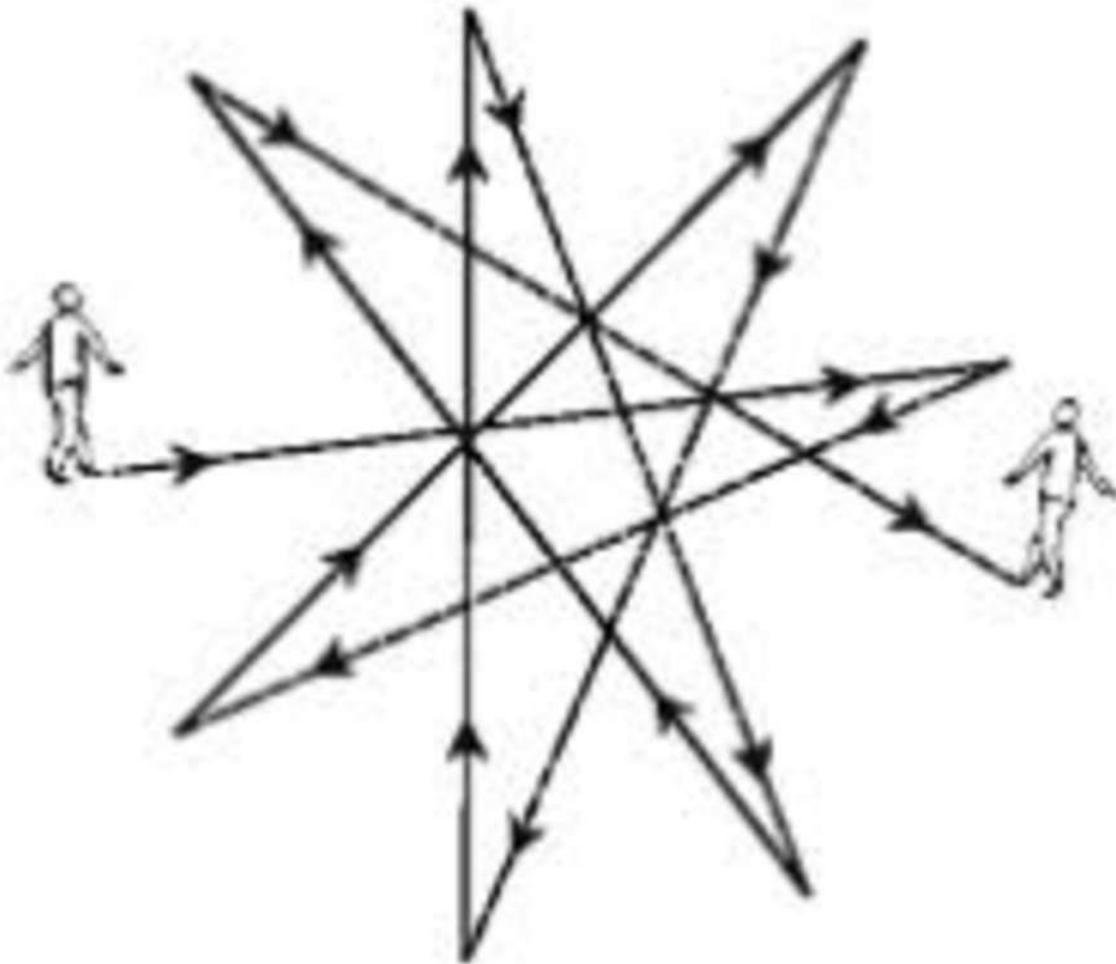
MARCHA PATO



ATAXIA CEREBELOSA



VESTIBULAR ESTRELLADA



SIGNOS MENÍNGEOS PRINCIPALES



RIGIDEZ DE NUCA

Elevación de cabeza y tronco en un mismo bloque.



SIGNO DE KERNING

Elevamos la pierna extendida y el paciente flexiona la rodilla de forma refleja.



SIGNO DE BRUDZINSKY

Elevamos la cabeza, el paciente flexiona las rodillas de forma refleja.



@DoctoraFortuny / @BrullArts

Neurología



@ChuletasMedicas

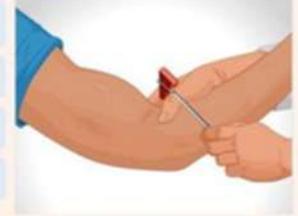
REFLEJOS

- Reflejos tendinosos profundos } grado 0-4
- plantar babinsky, abdominal, cremasterico.
- liberacion cortical. agarrar, chupar, glabelar, palmomental.

Reflejos Osteotendinosos

Reflejo Bicipital

Posición	Miembro en semiflexión y supinación, reposando sobre la mano izquierda del explorador.
Estimulo	Se percute sobre el tendón del biceps.
Respuesta	Se produce flexión del antebrazo sobre el brazo.
Segmento Explorado	CERVICAL 5 (C5)



Reflejo Tricipital

Posición	Brazo en horizontal de tal modo que descansa sobre la mano izquierda del explorador y antebrazo pende verticalmente.
Estimulo	Se percute sobre el tendón del triceps.
Respuesta	Extensión del antebrazo sobre el brazo.
Segmento Explorado	CERVICAL 6 y 7 (C6-C7)



Reflejo Rotuliano

Posición	Paciente sentado con piernas tendiendo en vertical.
Estimulo	Se percute el tendón rotuliano.
Respuesta	Extensión de la pierna sobre el muslo.
Segmento Explorado	LUMBAR 2-4 (L2-L4)



Reflejo Aquiliano

Posición	Paciente sentado con las piernas pendiendo en vertical. se toma su pie con la mano izquierda flexionándolo.
Estimulo	Se percute sobre el tendón de Aquiles.
Respuesta	Se produce extensión del pie sobre la pierna.
Segmento Explorado	SACRO 1 (S1)

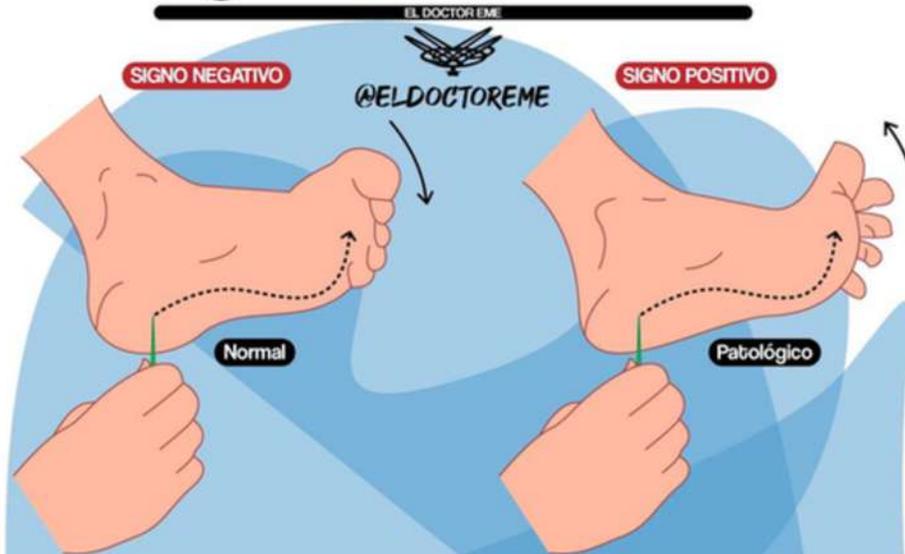


REFLEJOS



@ElDoctorEME

Signo de Babinski



MANIOBRA E INTERPRETACIÓN

El signo es positivo (patológico) cuando el dedo del pie que se mueve hacia arriba en respuesta a un estímulo levemente nocivo aplicada a la cara lateral plantar o lateral del pie. La aplicación de estímulos no debe ser dura ni contundente.

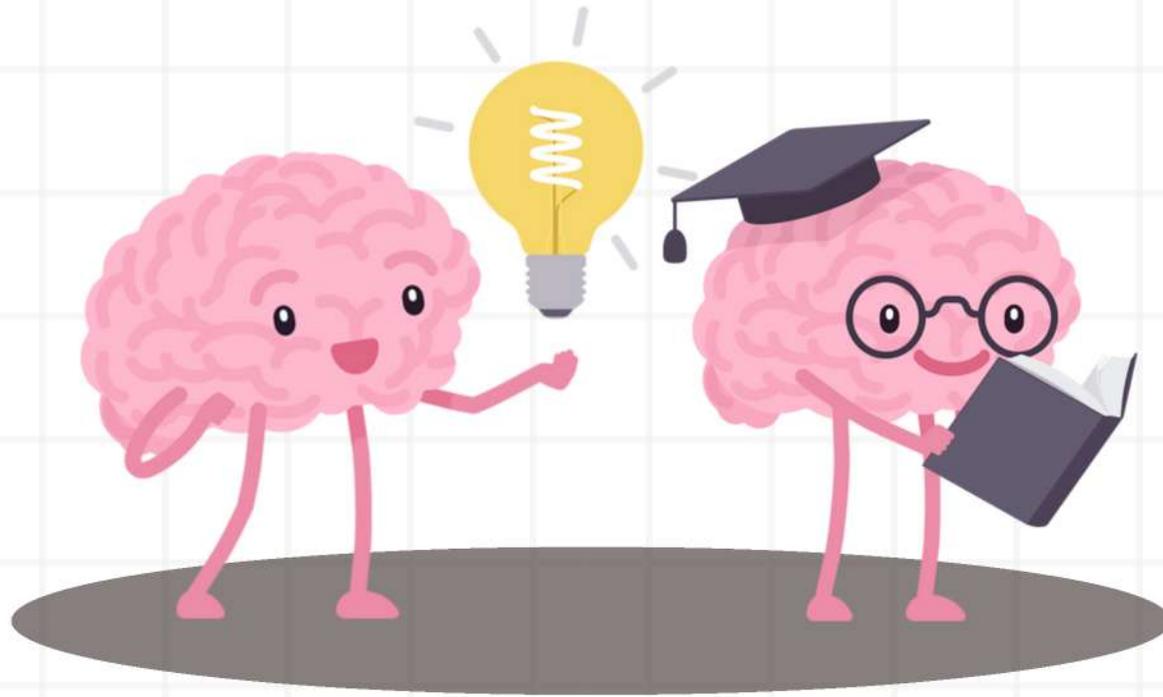
En adultos, la respuesta normal del dedo del pie es moverse hacia abajo (este reflejo es normal en lactantes, por lo que no constituye un signo con valor diagnóstico en niños de 0 a 3 años).

La presencia de un signo de Babinski, es decir, el anormal reflejo con movimiento del dedo gordo hacia arriba y tal vez abanicando los otros dedos del pie es el indicador clásico de una lesión de la neurona motora superior.

Urgencias de Intenali

Like / Compártelo

Guárdalo para después



THANK YOU

BIBLIOGRAFIA

