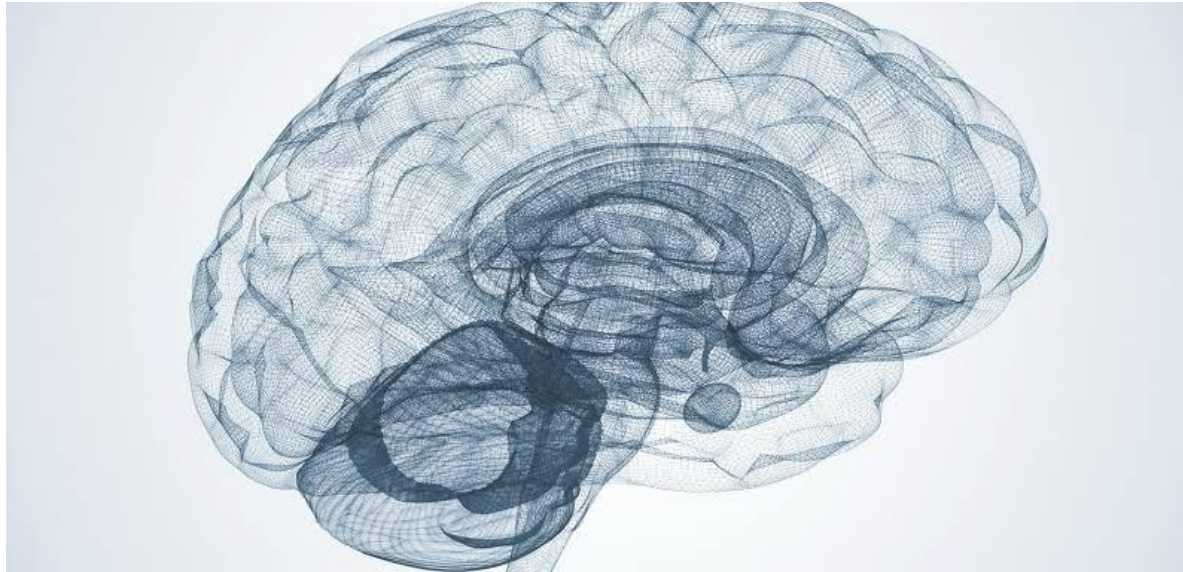


ANAMNESIS Y EF NEUROLÓGICA



Dra. Virginia Gpe. Cabrera Maldonado.

NEUROLOGÍA.

Medicina Humana; 1° Parcial, 6°D.

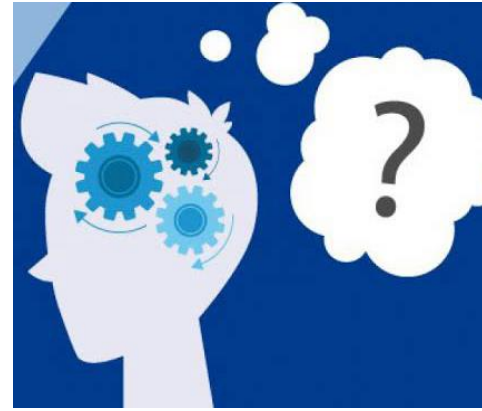
ANAMNESIS

- La primer etapa del encuentro clínico consiste en obtener la confianza y colaboración del paciente



Recopilación de la Historia Neurológica

1. El médico, por ningún concepto, debe sugerir al paciente los síntomas que busca.
2. Establecer la forma en que ocurrió la enfermedad.
3. Estimar la capacidad psíquica de los pacientes.
4. Pedir al paciente su propia interpretación del posible significado de los síntomas.



LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

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	3	2	1
ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN
			

VERBAL

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

MOTORA

6	5	4	3	2	1
ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
					
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Escala FOUR

Full Outline of UnResponsiveness

¿Qué es?

Permite distinguir distintos grados en pacientes neurocríticos con bajas puntuaciones en la escala de glasgow



@tsenfermeria

RESPUESTA OCULAR

- No dirige la mirada o respuesta a ordenes 4
- Espontánea 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 e tensora al dolor 1
- Ninguna 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 respirador o apnea 0



REFLEJOS DEL TRONCO CEREBRAL

- Ambos reflejos corréales y fotomotores 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

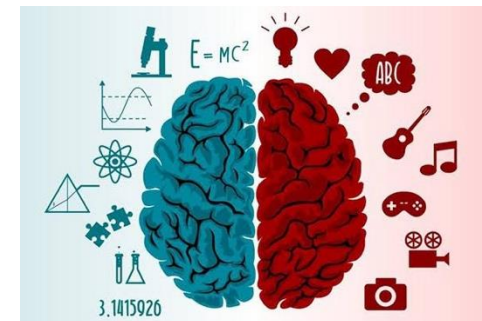


16 Puntos= Consciente
0 Puntos=Coma arrea tuvo sin reflejos de tronco encefálico

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA.



EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA.



-Examen más detallado:

- Atención, Memoria, Habilidad Cognitiva, Lenguaje.

-Exploración de los pares craneales para valorar las funciones:

- Motoras. Reflejas. Sensitivas de las extremidades escapulares y pélvicas.

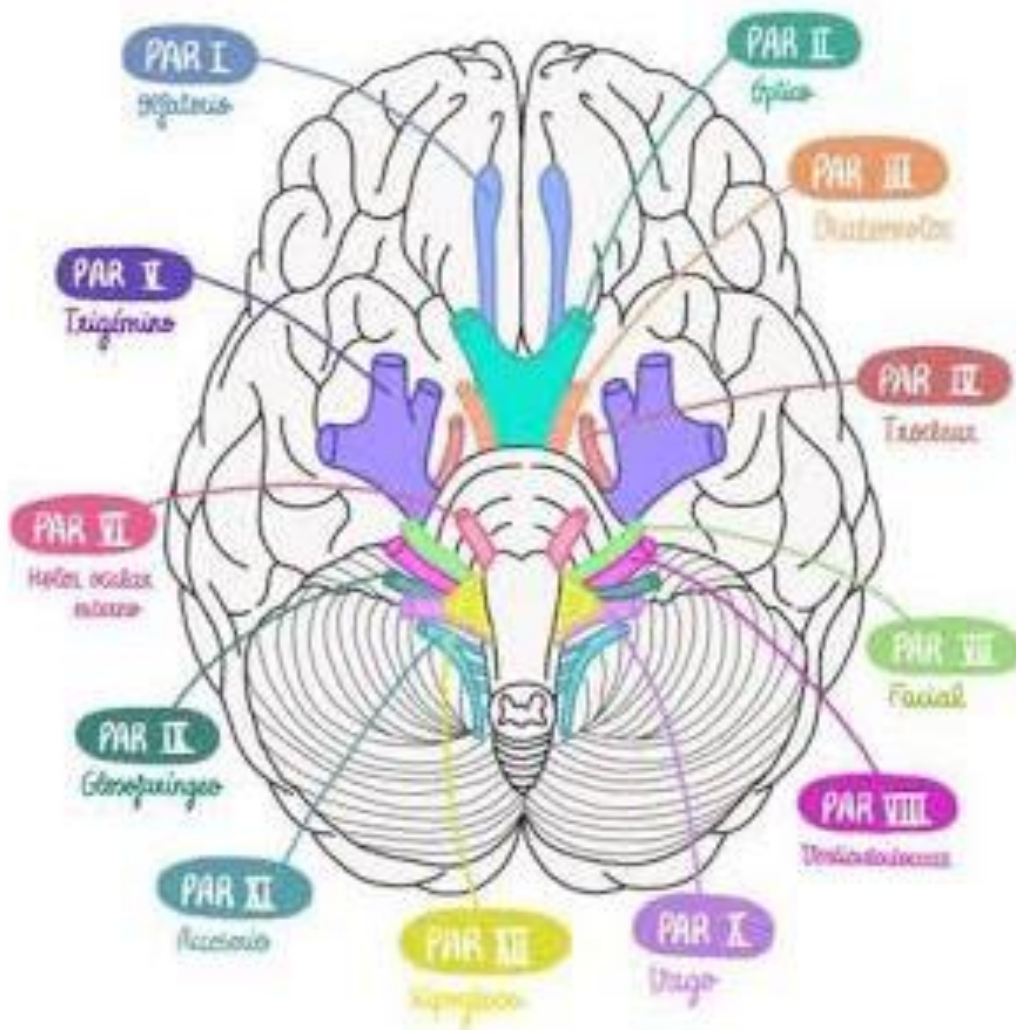
-Valoración de la marcha y la posición de pie (bipedación).

-Dedicar media hora o más en la valoración cerebral, cerebelar, de pares craneales y de la función sensitivamotora.

Pares craneales

El tronco del encéfalo es el lugar de origen los los pares craneales III al XII.

- Todos salen anterolateralmente, excepto el IV que sale desde la cara dorsal

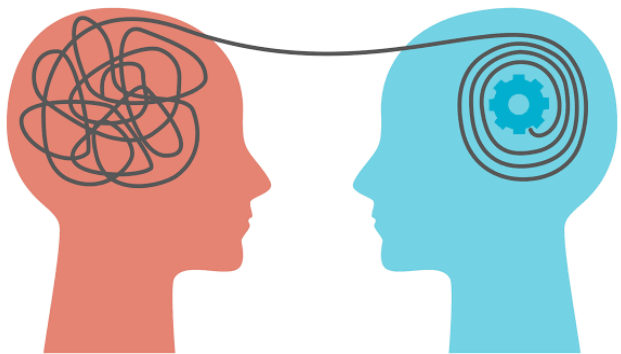


		Tipo	Función
III	oculomotor	motor	movimiento y parasimpático ojos
IV	troclear	motor	movimiento ojos (oblicuo superior)
V	trigémino	mixto	sensibilidad cara y músculos masticación
VI	abducens	motor	movimiento ojos (recto lateral)
VII	facial	mixto	gusto y músculos faciales de la mímica
VIII	vestibulococlear	sensitivo	audición y equilibrio
IX	glossofaríngeo	mixto	gusto y músculos de la faringe
X	vago	mixto	sistema vegetativo parasimpático (cavidad torácica y abdominal)
XI	accesorio	motor	músculos cuello, hombro y laringe
XII	hipogloso	motor	lengua

Pruebas de las Funciones Corticales Superiores

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

- Afectividad.
- Ánimo.
- Procesos ideatorios.



ASPECTOS COGNITIVOS

- Conciencia, Percepción.
- Lenguaje, Memoria.



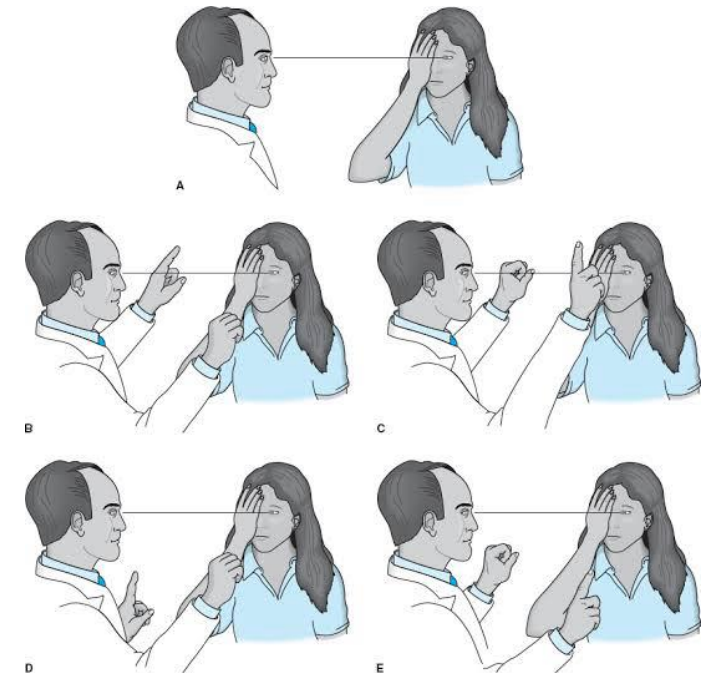
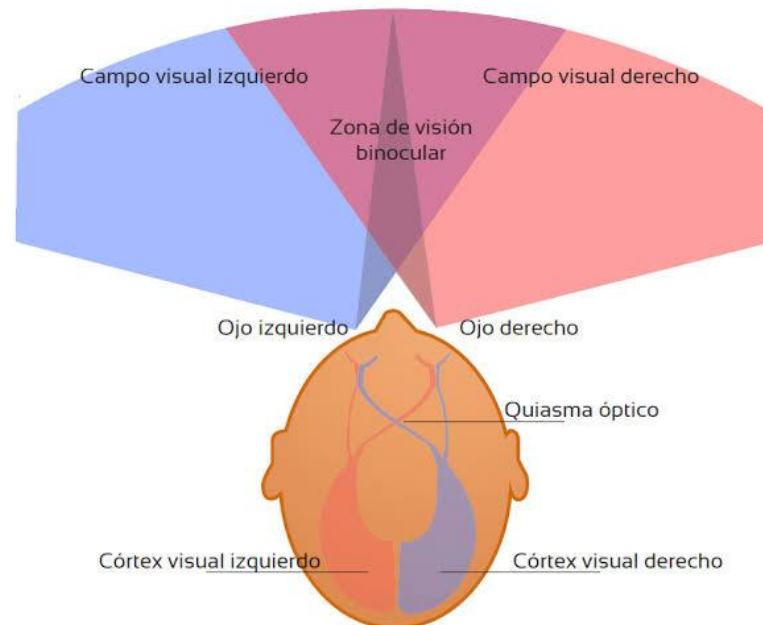
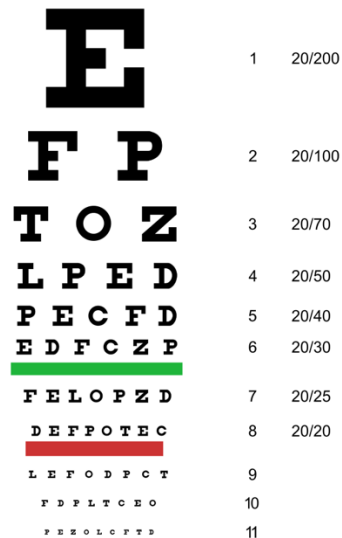
Pruebas de los Pares Craneales

- Existencia de una lesión en la fosa craneal anterior tendrá que valorar en cada orificio nasal el sentido del olfato.



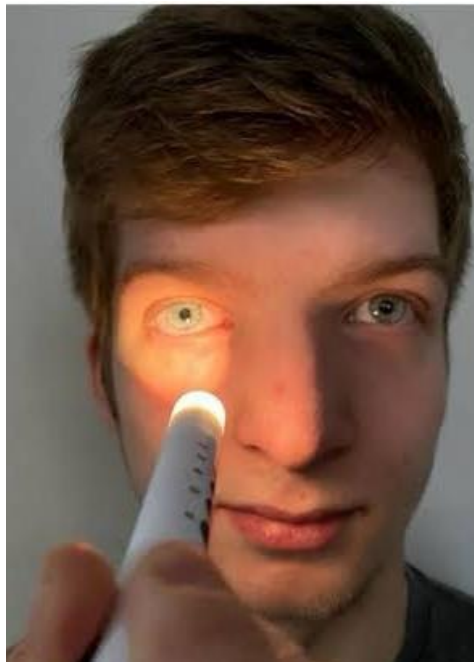
Pruebas de los Pares Craneales

- Los campos visuales pueden delinearse (prueba por confrontación).
- La perimetría es un método más sensible para confirmar y mapear el defecto.



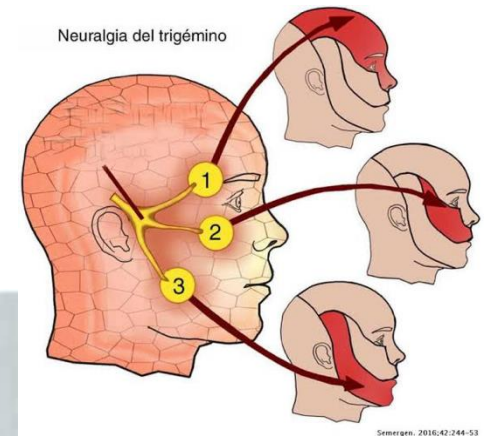
Pruebas de los Pares Craneales

- Tamaño de la pupila y la reactividad a la luz directa y consensual y la acomodación (durante la convergencia), la posición de los párpados, la amplitud y la frecuencia de los movimientos oculares.



Pruebas de los Pares Craneales

- Prueba directa de la fuerza facial.
- Problemas de audición, se inspeccionan con un otoscopio los meatos auditivos y las membranas timpánicas.



Pruebas de los Pares Craneales

- El médico debe revisar las cuerdas vocales con afectación del bulbo o del neumogástrico.
- El reflejo de sacudida del maxilar inferior si hay dudas acerca de disfagia, disartria o disfonía.
- La falta de inhibición del parpadeo como respuesta al golpeteo repetido en la glabella puede indicar trastornos extrapiramidales o frontales.



Pruebas de la Función Motora

RAPIDEZ

MOVIMIENTO

VOLUMEN

TONO

COORDINAR

- Un método útil es conservar los brazos en supinación contra la fuerza de gravedad.
- Busca de atrofas y fasciculaciones.



Pruebas de la Función Refleja

- Las pruebas de los reflejos bicipital, tricipital, supinador (radial perióstico), rotuliano y de tendón de Aquiles: actividad refleja de la médula espinal.
- Las características principales del signo de Babinski son dorsiflexión del primer dedo y abertura en abanico de los demás dedos.

NOMBRE DEL REFLEJO**DEFINICION DEL REFLEJO****IMAGEN DEL REFLEJO****REFLEJO BICIPITAL**

Se investiga sobre la cara interna del codo, a nivel del tendón del bíceps en su inserción distal en el antebrazo o flexura del codo percutiendo sobre el dedo pulgar colocado encima de dicha inserción.

Este reflejo pone en evidencia la raíz C5 y C6 del raquis cervical y produce la flexión del antebrazo sobre el brazo.

Se percute sobre la masa del m. supinador largo o en su tendón, se produce ligera flexión del codo con supinación del antebrazo, desviación radial.

Este reflejo pone en evidencia la raíz C6

**BRAQUIORRADIAL**

(C8), percutir la apófisis estiloides de la ulna.

Se produce pronación con ligera aducción (desv. ulnar)

**REFLEJO CUBITO PRONADOR****REFLEJO TRICIPITAL**

Se busca dejando colgar el antebrazo y percutiendo el tendón del tríceps situado sobre el codo, en el olecranon.

Este reflejo pone en juego la raíz C6 y C7.

**REFLEJO ROTULIANO**

Con la rodilla flexionada y la musculatura del muslo relajada, la percusión del tendón rotuliano produce la extensión de la pierna por contracción del cuádriceps.

Este reflejo está provocado por la raíz L2, L3 y L4.



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 penda 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.

Estímulo

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.

Estímulo

Se percute sobre el tendón de Aquiles.

Respuesta

Se produce extensión del pie sobre la pierna.

Segmento Explorado

SACRO 1 (S1)



Signo de Babinski

EL DOCTOR EME

@ELDOCTOREME

SIGNO NEGATIVO

SIGNO POSITIVO

Normal

Patológico

MANIOBRA E INTERPRETACIÓN

El signo es positivo (patológico) cuando el dedo del pie que se mueve hacia arriba en respuesta a un estímulo leve 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.

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

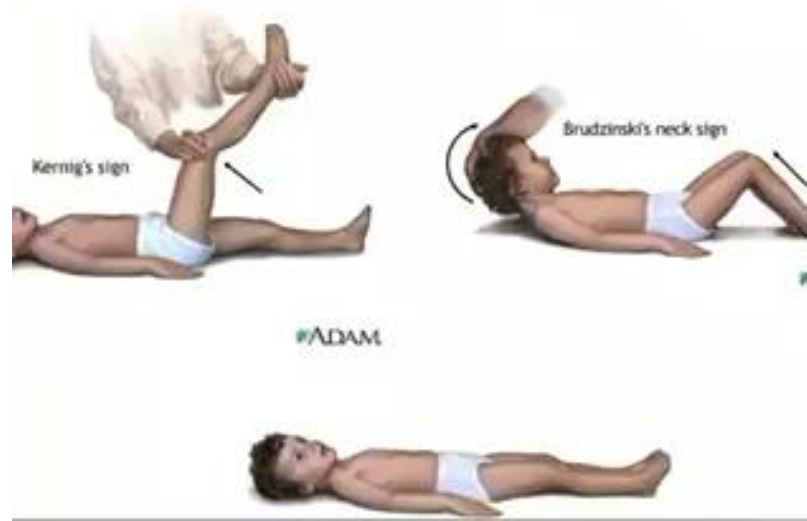
Neurología



@ChuletasMedicas



SIGNOS MENINGEOS



Pruebas de la Función Sensitiva

- La exploración rápida de cara, cuello, manos, tronco y pies con un alfiler requiere sólo unos cuantos segundos.
- El sentido de la vibración se puede evaluar al comparar los umbrales en los cuales el paciente y el explorador dejan de percibir estímulos en apófisis óseas similares.

Valoración de la Marcha y la Bipedestación

- La anomalía de la bipedación o de la marcha puede ser el signo más notable o la única anomalía neurológica, como en trastornos cerebelosos o del lóbulo frontal.
- Saltar o apoyarse en un solo pie también puede hacer ocurrir el desequilibrio o la debilidad.
- Estar de pie con los pies juntos y los ojos cerrados inducirá desequilibrio por la pérdida sensitiva.

Tipos de Marcha:

➤ **Marcha Hemipléjica o del Segador.** Es un patrón de marcha caracterizado por un movimiento circular de la pierna, común en pacientes con hemiplejía o lesiones neurológicas.

❖ Causas:

- Accidentes cerebrovasc.
- Parálisis cerebral.
- Esclerosis múltiple.
- Traumatismos craneoencefálico.

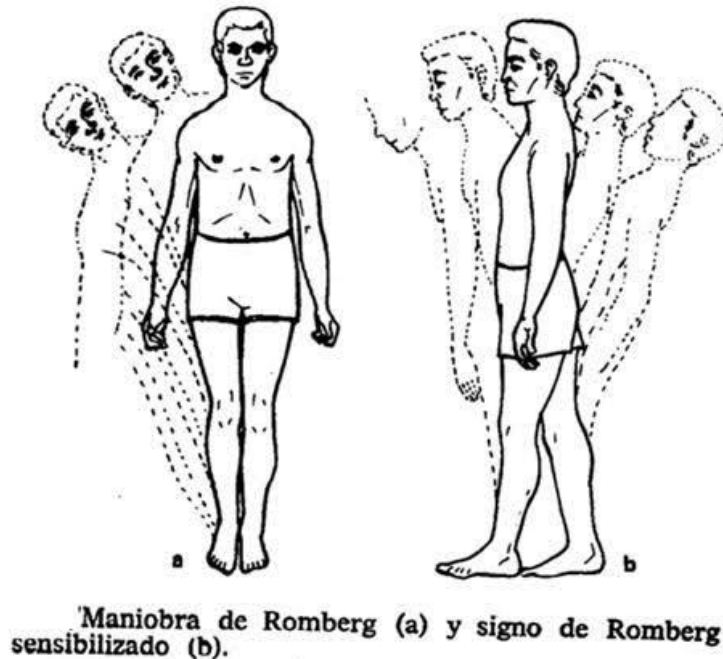


Tipos de Marcha:

➤ **Ataxia Cerebelosa.** Trastorno motor caracterizado por falta de coordinación en realización de movimientos voluntarios.

❖ Causas:

- Abuso de alcohol y droga.
- Virus (varicela).
- Esclerosis múltiple.

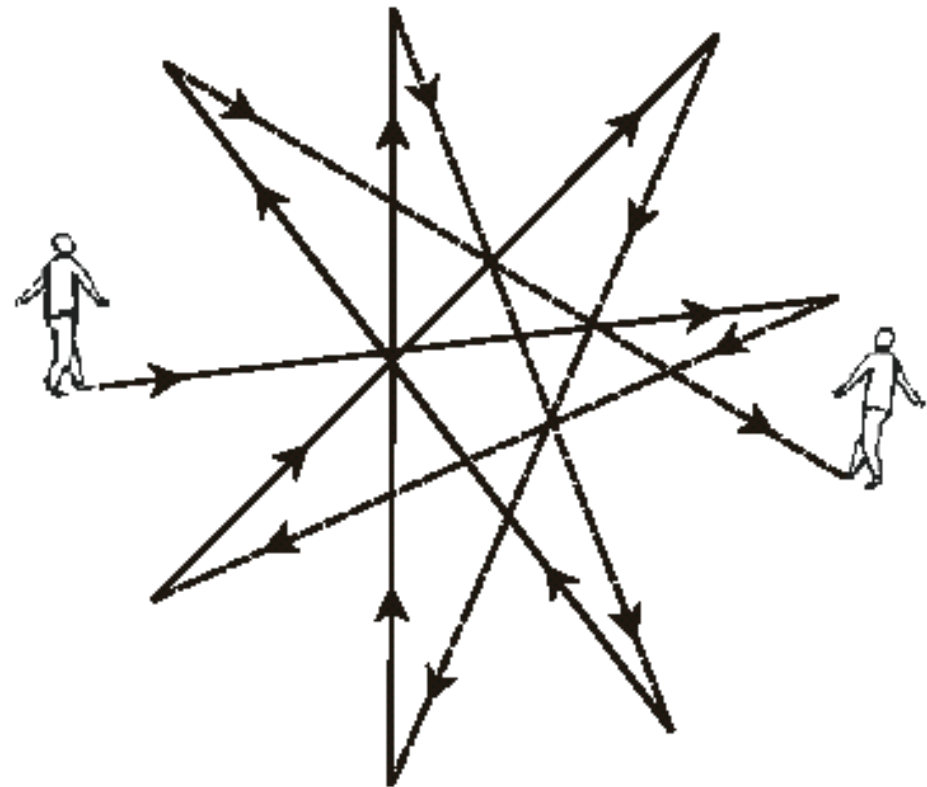


Tipos de Marcha:

➤ **Vestibular o Estrellada.** Marcha que produce una desviación angular, que será izquierda o derecha dependiendo de la lesión.

❖ Causas:

- Párkinson.
- Tumor cerebral.
- Parálisis cerebral.
- EVC.



Tipos de Marcha:

➤ **Equina.** Alteración bilateral y simétrica, se camina en puntillas



➤ **Parkinsonismo.** Patrón de marcha acelerado e inestable, con pasos cortos y rápidos que parecen dirigirse hacia adelante.



EXAMEN NEUROLÓGICO BREVE EN EL PACIENTE MÉDICO O QUIRÚRGICO

1. Orientación, conocimiento de la enfermedad y valoración del lenguaje durante la elaboración de la historia
2. Tamaño de las pupilas, respuesta a la luz, agudeza visual y auditiva
3. Movimientos de ojos, cara y lengua
4. Examen de las manos extendidas en busca de atrofia, pronación o tendencia a impeler hacia abajo, temblor, fuerza de prensión y dorsiflexión de la muñeca
5. Reflejos tendinosos bicipital, supinador y tricipital
6. Inspección de las piernas durante la flexión activa y extensión de las caderas, rodillas y pies
7. Reflejos rotuliano, aquileo y plantar
8. Sensibilidad a la vibración en dedos de manos y pies
9. Prueba de coordinación de tocarse la nariz con los dedos y el talón con la espinilla
10. Marcha

BIBLIOGRAFÍA:

- **LIBRO DE PRINCIPIOS DE NEUROLOGÍA, UNDÉCIMA EDICIÓN, ADAMS Y VÍCTOR; página 7-12.**