



Anamnesis y Examen físico

- ❑ Medicina: Anamnesis > Examen físico
- ❑ Neurología: Anamnesis = Examen físico
 - ❑ Profunda organización
 - ❑ Especificidad de los síntomas

- ❑ Una herramienta de investigación
- ❑ El primer y más sencillo examen complementario

El esquema de pensamiento neurológico



El esquema de pensamiento neurológico

Hipótesis diagnóstica

Topográfico

1. ¿Pueden los hallazgos de la anamnesis y el examen físico explicarse por:
 1. una lesión?
 2. lesiones múltiples?
 3. un proceso difuso?
2. ¿Qué nivel/es del sistemas nervioso es/son afectados?
 1. ¿Se puede encontrar una topografía específica?



El esquema de pensamiento neuroológico

Hipótesis diagnóstica

Sindrómico

¿Los hallazgos clínicos se combinan para formar un síndrome clínico reconocible?

Síndrome extrapiramidal

Síndrome cerebeloso

etc.

El esquema de pensamiento neurológico

Hipótesis diagnóstica

Etiológico

Una vez que ha llegado a una síntesis anatómica o sindrómica, considere los procesos patológicos que podría haber causado esto:

- genética
- congénita
- infecciosa
- inflamatoria
- neoplásica
- degenerativa
- metabólicos y tóxicos
- paroxística (incluyendo migraña y la epilepsia)
- endocrino
- vascular

Ejemplo

Anamnesis

Varón de 70 años, hipertenso, dislipémico, que presenta en forma súbita dificultad para expresarse

Examen físico

Afasia de expresión, hipocinesias simples y complejas sin t

Topográfico

Puede ser explicado por lesión específica es el área de

Sindrómico

Síndrome afásico

Etiológico

- ~~congénita~~ Trastorno del desarrollo del lenguaje
- infecciosa Meningoencefalitis
- inflamatoria Encefalitis límbica
- neoplásica Tumor temporal
- degenerativa Afasia primaria progresiva
- toxicometabólica Encefalopatía hepática
- paroxística Crisis comicial
- endocrina Encefalopatía hipotiroidea
- vascular ACV AIT

Anamnesis

Anamnesis

Lo que no puede faltar

- La edad, el sexo, ¿diestro o zurdo?, la ocupación
- Preguntas de screening de enfermedad neurológica
- Antecedentes médicos
- Historia de consumo (tabaco, alcohol, drogas)
- Historial de medicación
- Antecedentes familiares
- Antecedentes socio-económicos
- Historia de la enfermedad actual

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- La edad, Algunas enfermedades tienen edad de inicio

La edad es bandera roja de algunas enfermedades

- El sexo,

- Destreza manual ¿zurdo o diestro?

Simple, **EL LENGUAJE**

Los zurdos (aunque, en un porcentaje muy pequeño pueden tener el lenguaje a la derecha) y ud. no quiere equivocarse en la topografía

- La ocupación

¿Sabía que hay enfermedades por exposición en neurología? Bueno, ahora ya lo sabe

Ej

Epilepsia
mioclónica juvenil

Un primer ataque
de migraña a los 60
años, es otra cosa

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- Preguntas de screening de enfermedades neurológicas
- Siempre interrogue los antecedentes del desarrollo y la infancia, sin importar la edad!!!!
 - A los 30 años, una convulsión febril atípica, puede ser la clave para encontrar una esclerosis mesial del hipocampo
 - Patologías degenerativas como la Afasia Primaria progresiva (de inicio en los 60s) tiene como factor de riesgo un retraso en el desarrollo del lenguaje en la infancia
 - Un bebé hipotónico puede ser un paciente miopático adulto con síntomas leves que le llega a ud.
- A veces una enfermedad neurológica lleva tiempo y es sutil en su inicio:
 - Interrogue errores tontos que se hacen frecuentes
 - Causas de dejar de trabajar
 - Cambios de la conducta
 - Inicio de una adicción
 - Busque y pregunte la presencia de alucinaciones si lo sospecha (nadie cuenta que ve bichos hasta que no se lo preguntan)

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- Antecedentes médicos

El sistema nervioso está a cargo de todo, pero no es un sistema aislado. Las discrasias sanguíneas, los síndromes paraneoplásicos, las enfermedades reumatológicas, los trastornos endócrinos (y todos los que ud quiere agregar) pueden tener una manifestación en el sistema nervioso.

Entonces pregúntelo!!!

Algo tan simple como una cx de rodilla puede eliminar el reflejo patelar y darle un verdadero dolor de cabeza a la hora de interpretar sólo porque se largó a examinar sin preguntar

Pregunte y anote todo, nunca sabe cuando puede ser útil!

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- Historia de consumo (tabaco, alcohol, drogas)

¿En serio necesita razones?

Acá sólo algunas asociaciones para que piense

Alcohol y neuropatía

Ca de pulmón y neuropatías

Alcohol y deterioro cognitivo

Ca de pulmón y encefalitis paraneoplásicas

Drogas y epilepsia

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- Historial de medicación
 - Los pacientes epilépticos suelen haber recibido numerosas medicaciones antes de llegar a uno, interroga cuáles, efectos adversos, razón de la discontinuación. **Ud no quiere medicar con algo que no funcione o provocar una arritmia o un Steven Jhonson (creame)**
 - Ciertas drogas pueden generar:
 - Encefalopatía: como el Ac Valproico
 - Crisis; como la ciprofloxacina
 - Mayor debilidad muscular en un miasténico: como muchos antibióticos
 - O convertir una caída en una hematoma mortal; como los anticoagulantes

Ninguna medicación debe ser tomada a la ligera. No olvide la medicación homeopática (muchas veces esconde medicaciones vasoactivas y peligrosas)

Anamnesis

Lo que no puede faltar

¿Por qué?

- Antecedentes familiares

A cualquier edad!!!

Huntington por ejemplo (autosómica y dominante) puede empezar a los 50s

Miopatías (como la E. de Steiner) permanecen muchos años oligosintomáticos, ud los encuentra adultos y con una historia familiar clara

- Antecedentes socio-económicos

- El lugar y las condiciones de vida son grandes factores de riesgo. No olvide la neuropatía lepromatosa, y el hidroarcenismo (dos cosas muy frecuentes en nuestra argentina)

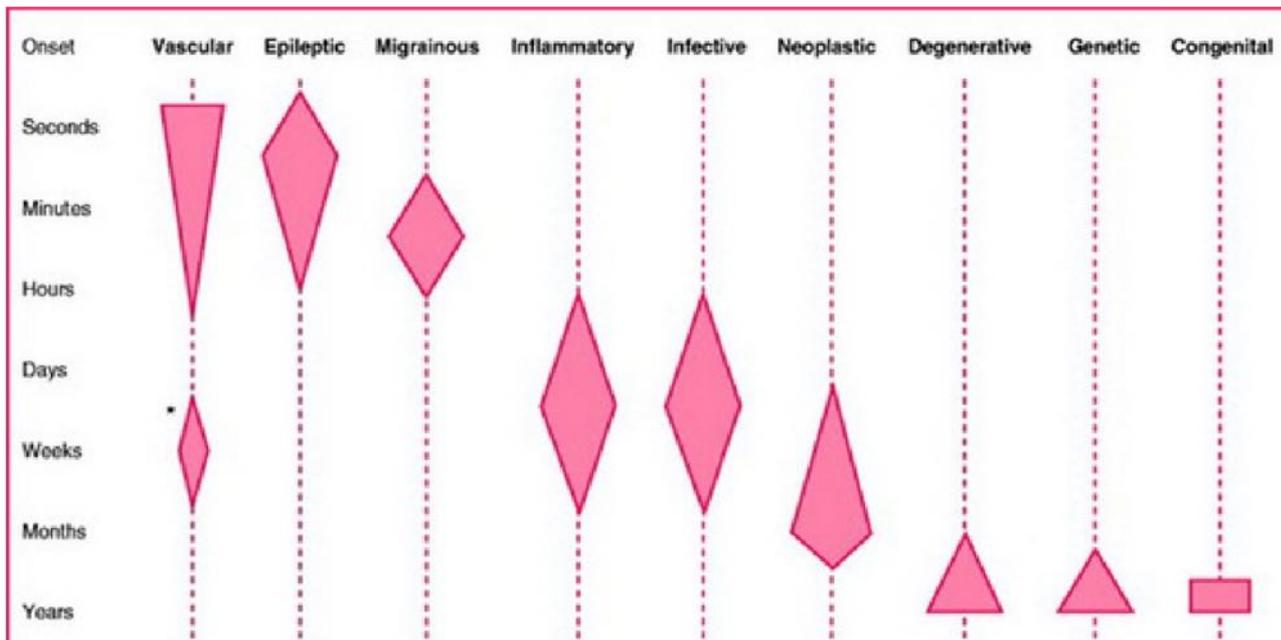
Anamnesis

Historia de la queja actual

Reporte del paciente y de los familiares

Identificación de los síntomas en la historia

El tiempo



Volvemos al ejemplo

Anamnesis

Varón de 70 años, hipertenso, dislipémico, que presenta en forma **súbita** dificultad para expresarse

Examen físico

Afasia de expresión, hipocinesias simples y complejas sin t

Topográfico

Área de Broca

Sindrómico

Síndrome afásico

Etiológico

- ~~congénita~~ ~~Trastorno del desarrollo del lenguaje~~
- infecciosa Meningoencefalitis
- inflamatoria Encefalitis límbica
- neoplásica Tumor temporal
- ~~degenerativa~~ ~~Afasia primaria progresiva~~
- ~~toxicometabólica~~ ~~Encefalopatía hepática~~
- paroxística Crisis comicial
- ~~endocrina~~ ~~Encefalopatía hipotiroidea~~
- vascular ACV ~~AIT~~

Examen físico

EF general

Rush
Dermatomisitis
LES

Soplo carotídeo
ACV AIT

Enfermedad tiroidea
miopatía

Arteria temporal
ACV, arteritis

Pulso
Síncope

Uñas
Vasculitis, embolias
sépticas

Presión arterial
ACV



Examen físico neurológico

Orden

Funciones mentales superiores

Pares Craneales

Sistema motor

Sistema sensitivo

Taxia

Marcha

Niveles



Funciones mentales superiores

Vigilia

- ▣ Grado del despertar y respuesta a los estímulos internos y externos
- ▣ Ser conscientes del medio y de nosotros mismos.

Atención

- ▣ Dirigir la percepción de los estímulos a los relevantes
- ▣ Diferenciar objeto de campo, mantener dicha dirección el tiempo necesario

Lenguaje

Nominación

Comprensión

Repetición

Escritura

Lectura

Atención



Vigilia

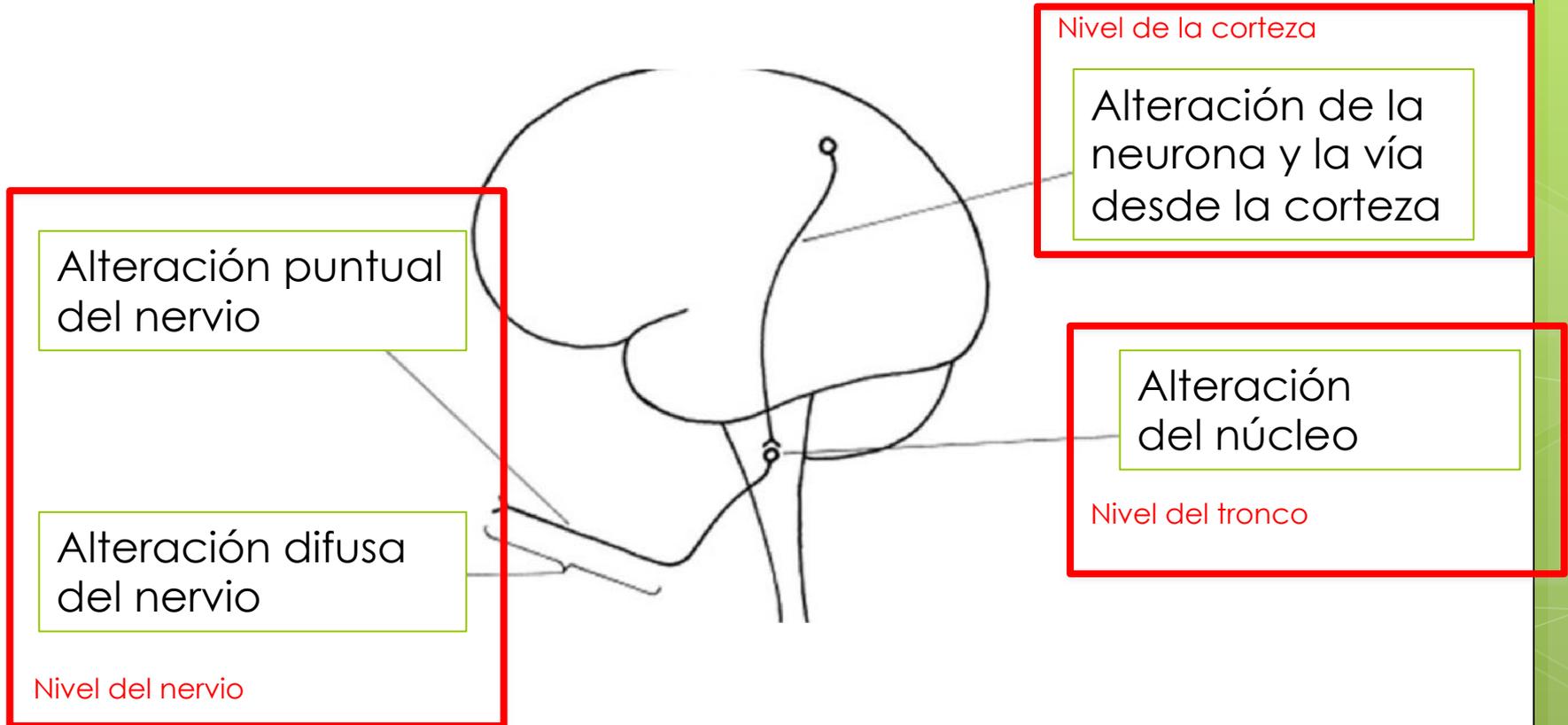
Deterioro del sensorio

Disprosexia

Afasia

Delirium

Pares craneales



Par I Olfatorio

- Simple: exponer al paciente a un objeto aromático y preguntarle si lo huele
- Formal: Test del olfato, agentes odoríferos específicos reglados y en botellas se exponen al paciente.
Cada fosa nasal se prueba por separado.

Anosmia en ambas fosas nasales: la pérdida del sentido del olfato. Las causas más comunes: pasajes nasales bloqueados (por ejemplo, resfriado común), traumatismo; una pérdida relativa se produce con el envejecimiento y la enfermedad de Parkinson.

Anosmia unilateral: las fosas nasales bloqueados, lesión frontal unilateral (meningioma o glioma raro).

Par II Óptico

Pupilas

Diámetro

Rx Fotomotor

Rx de Acomodación

Rx Consensual

Agudeza

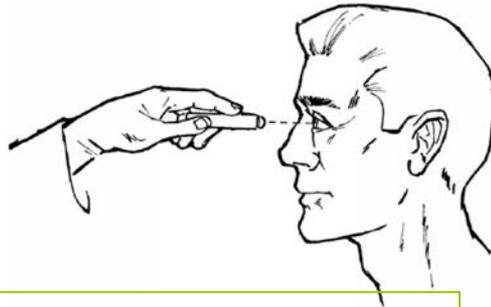
Campo

Par II Óptico

Pupilas

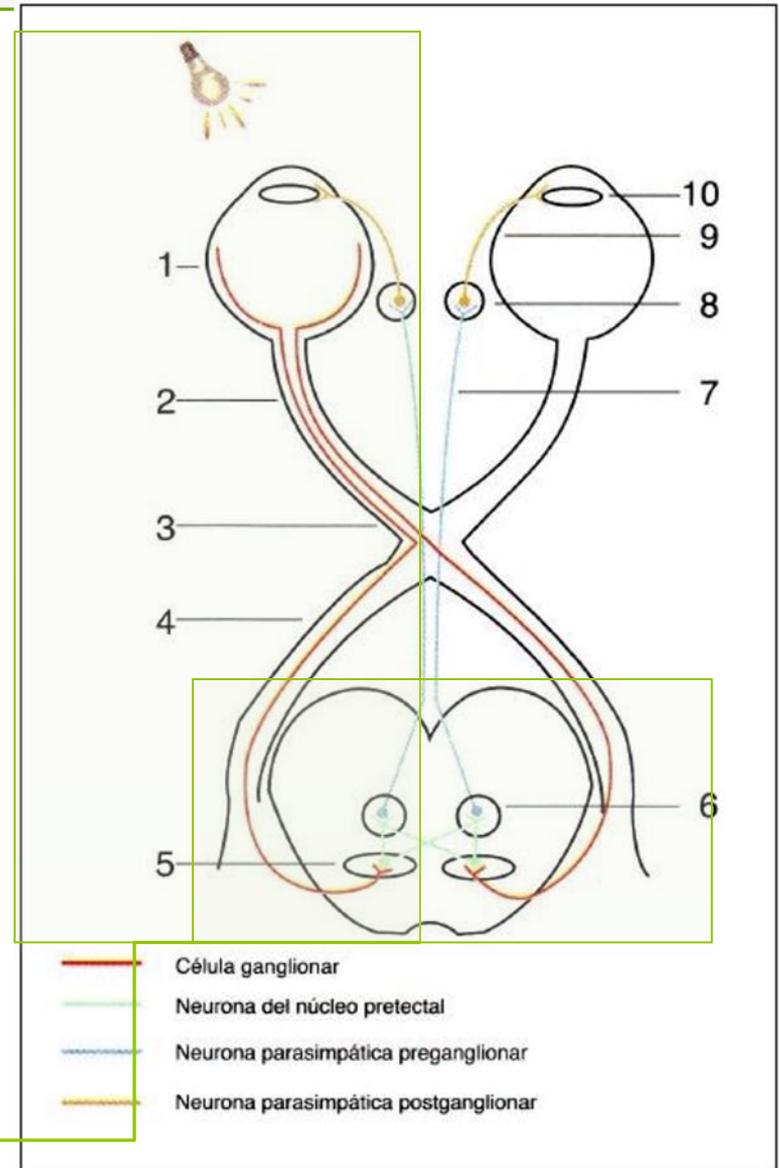
Reflejo fotomotor

- aferente: nervio óptico.
- eferente: componente parasimpático del III par



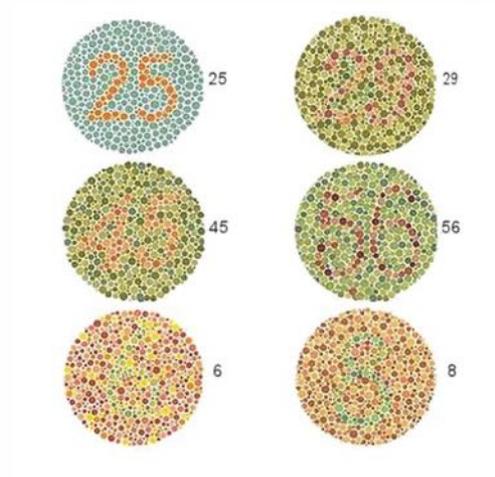
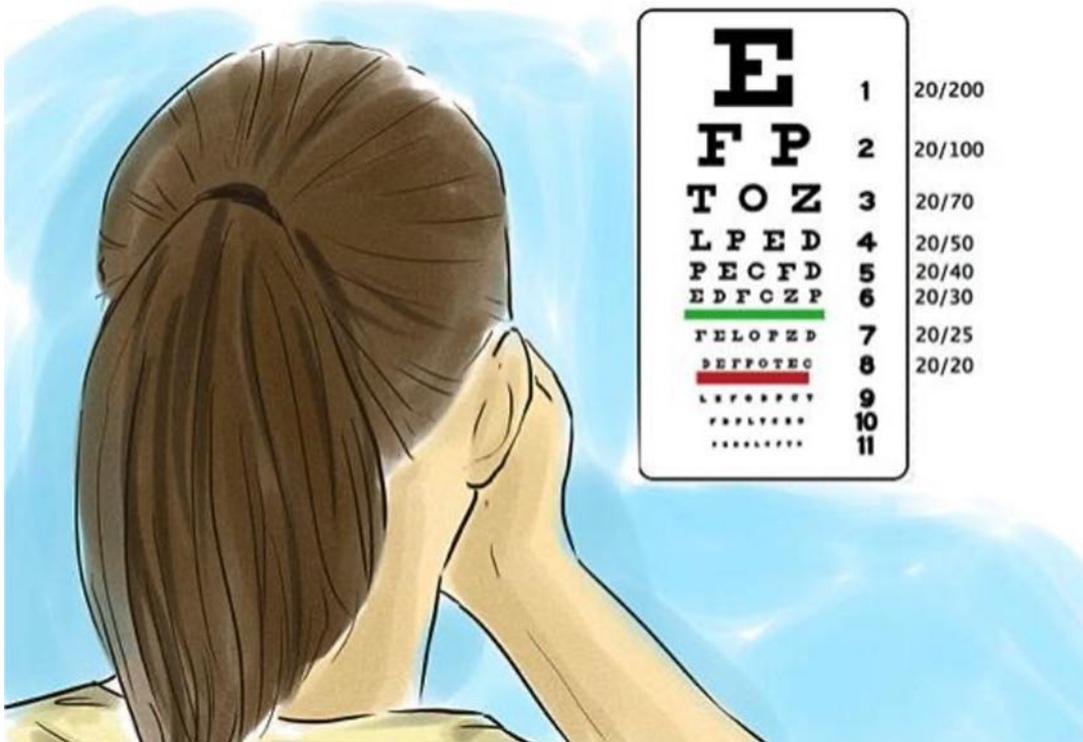
Reflejo consensual

- aferente: nervio óptico contralateral.
- eferente: componente parasimpático del III



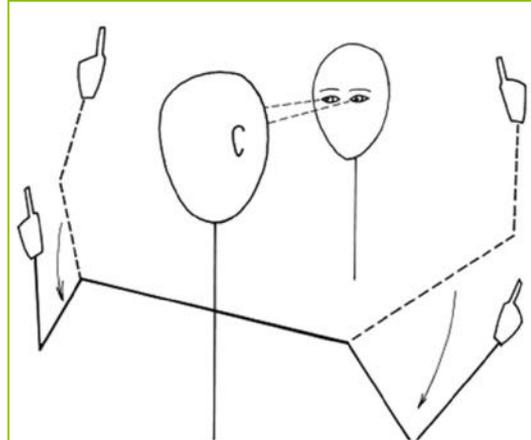
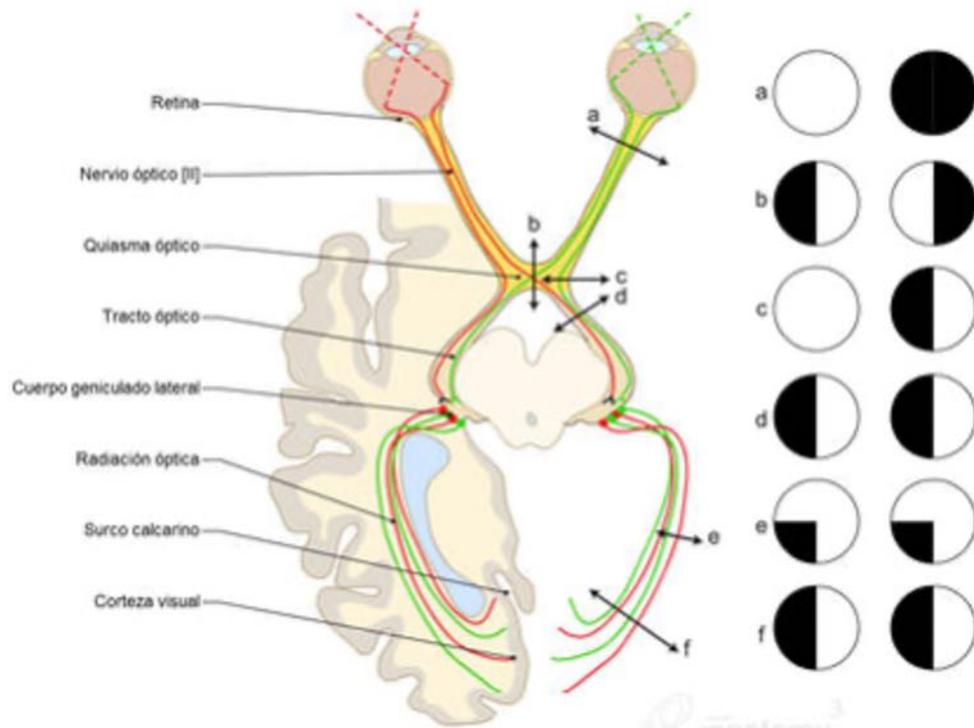
Par II Óptico

Agudeza y visión de los colores

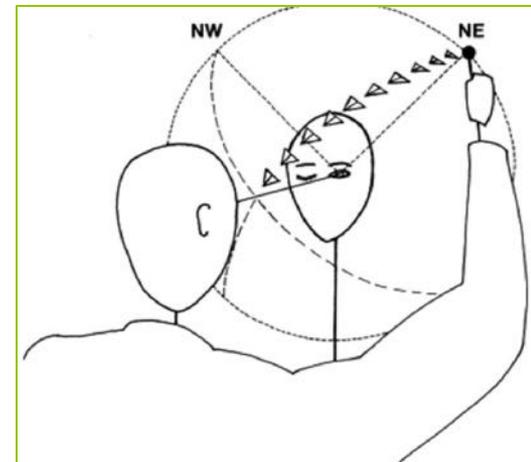


Par II Óptico

Campo visual

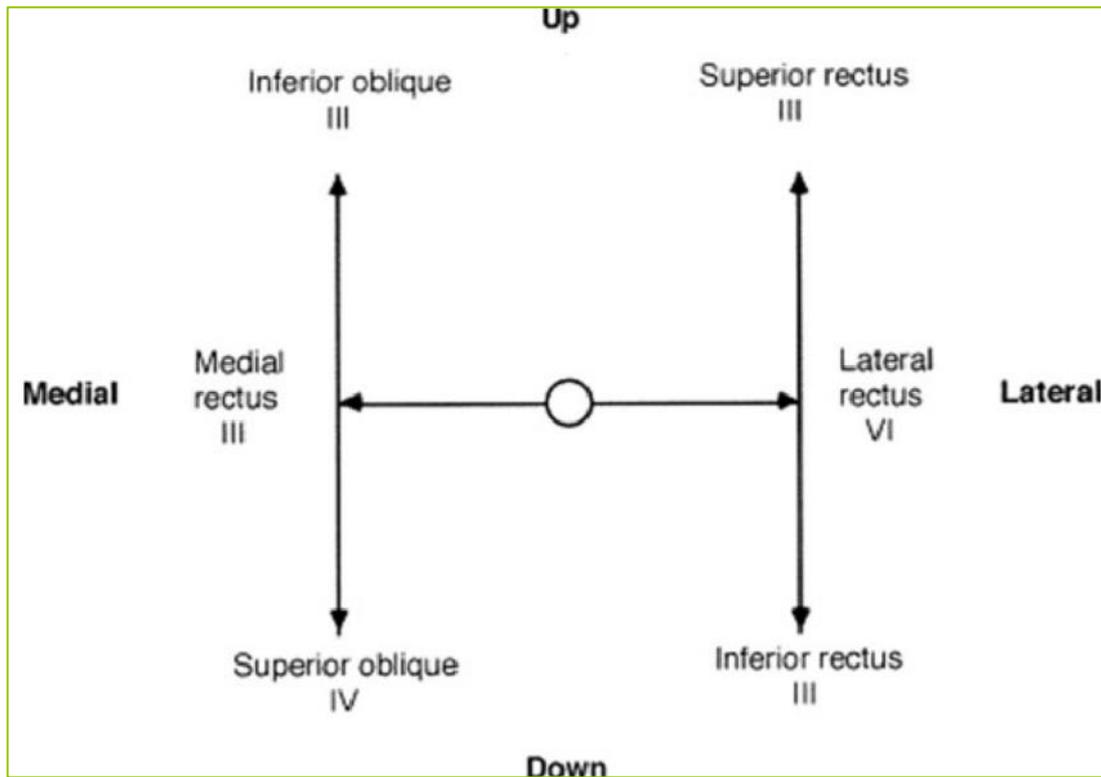


Campo visual por confrontación binocular



Campo visual por confrontación monocular

Pares oculomotores



III par

Ptosis palpebral

Midriasis

Oftalmoparesia

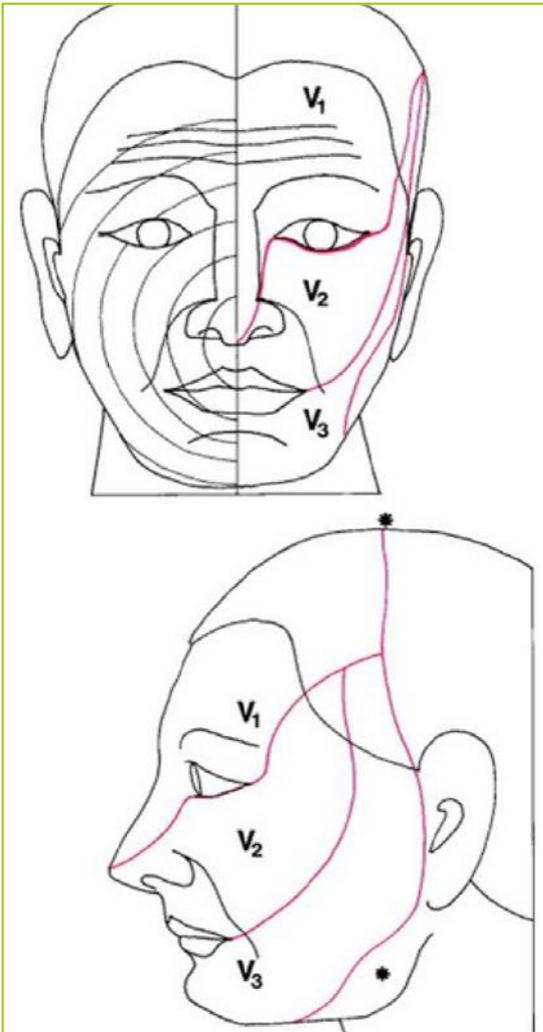
IV par

Inclinación cefálica

VI par

Limitación abduccion

V Par Trigémino



Territorio sensitivos a explorar

Componente sensitivo

Dividido en tres ramas

A nivel del tronco tiene disposición en catafilas de cebolla

Se evalúa como cualquier sensibilidad

Componente motor

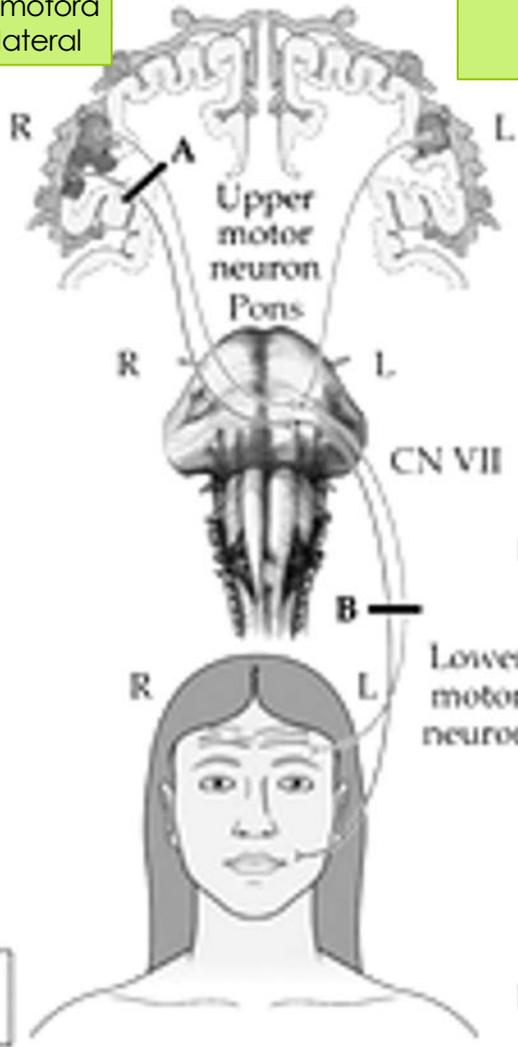
Músculos de la masticación



VII Par Facial

Corteza motora
Contralateral

Corteza motora
ipsilateral



Examen



Levante las cejas



Cierre los ojos



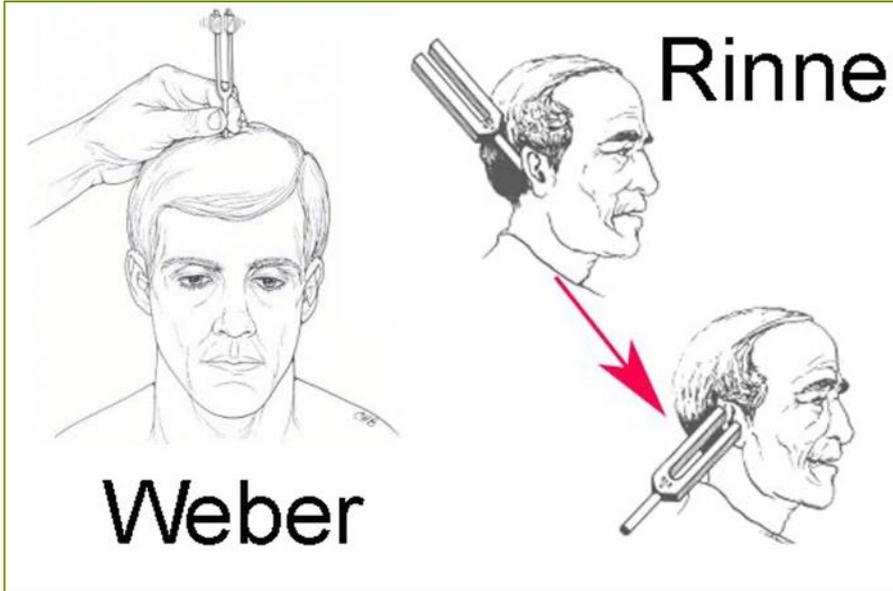
Sonría mostrando los
dientes



Infle las mejillas

VIII Par vestibulococlear

Componente coclear



Componente coclear

Audición

Componente vestibular

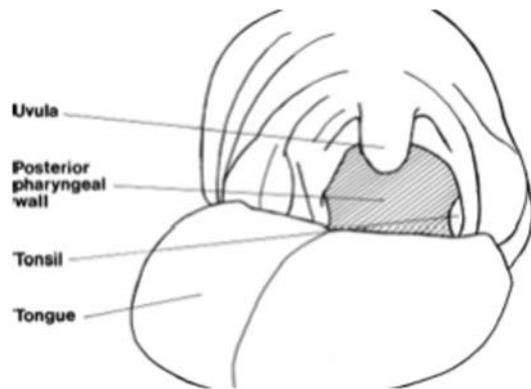
Equilibrio

Componente vestibular



X, XI y IX Par

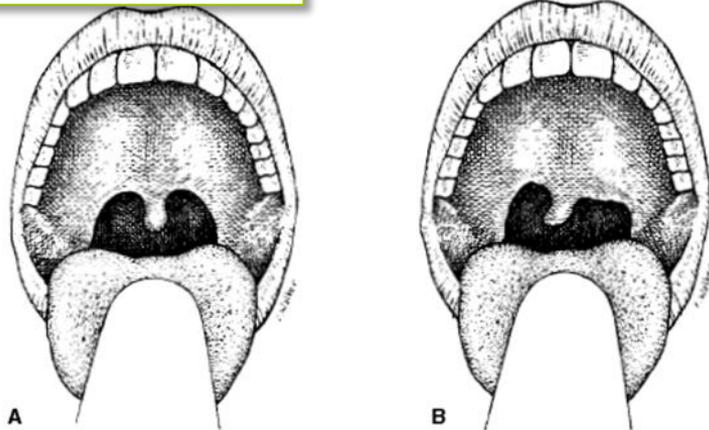
Pares bajas



XII Par

Hipogloso

Paresia velopalatina (IX-X)



Sistema motor

Fuerza

Tono

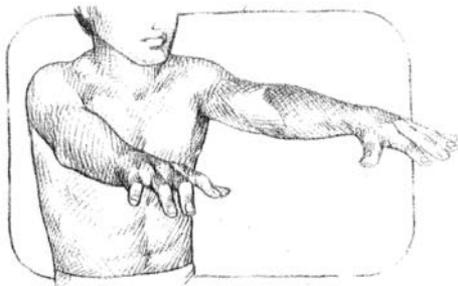
Reflejos

Reflejos primitivos/anormales

Movimientos anormales

Fuerza

General



Maniobra de Mingazzini

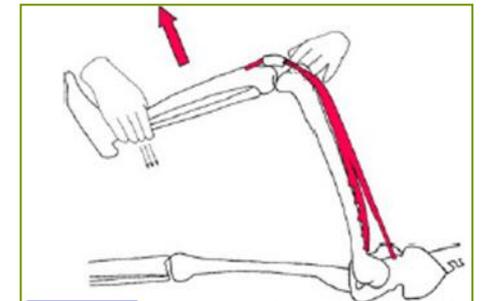
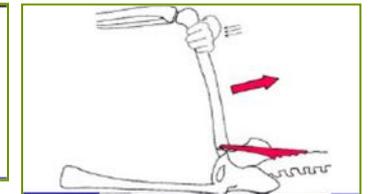
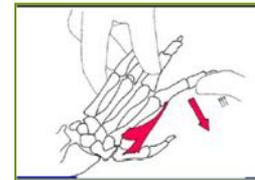
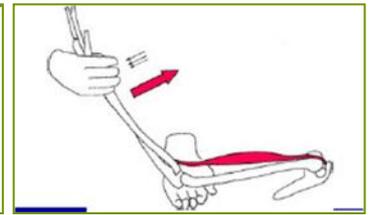
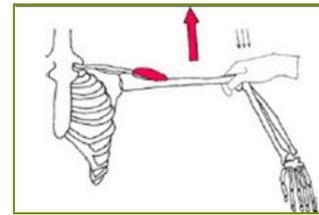


Maniobra de Barré

Graduación de la fuerza

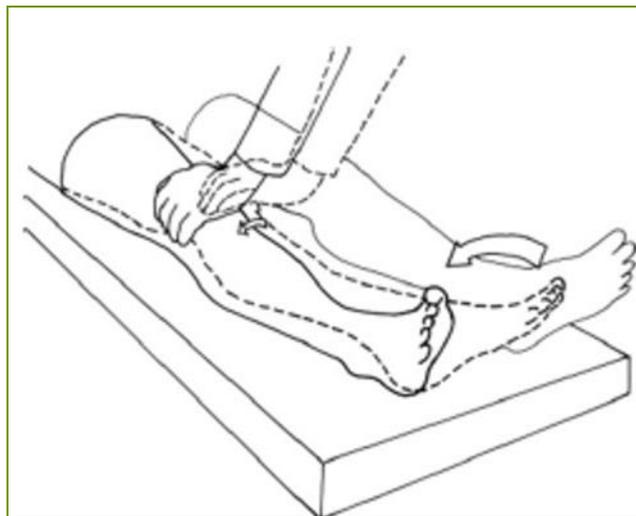
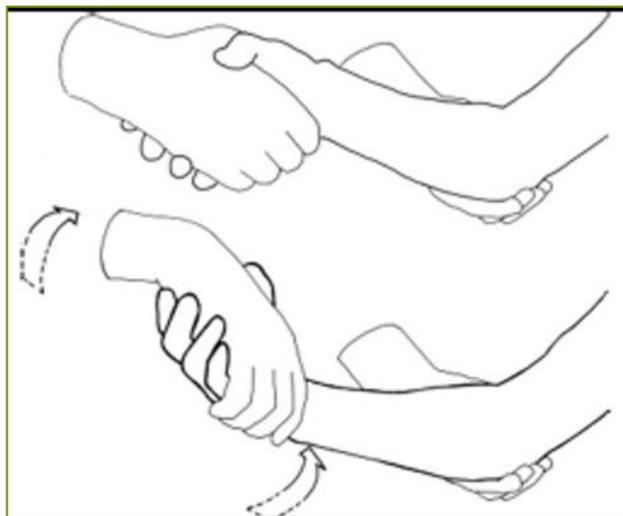
5 = Fuerza normal
4 = No puede vencer totalmente una resistencia
3 = Puede moverse en contra de la gravedad, pero no en contra de una resistencia.
2 = Se mueve sólo si la gravedad es eliminada
1 = Contracción sin movimiento
0 = Plejía

Por grupo muscular



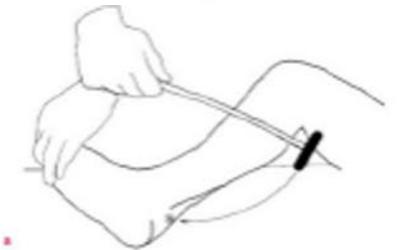
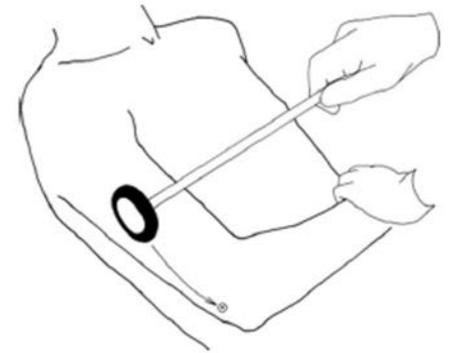
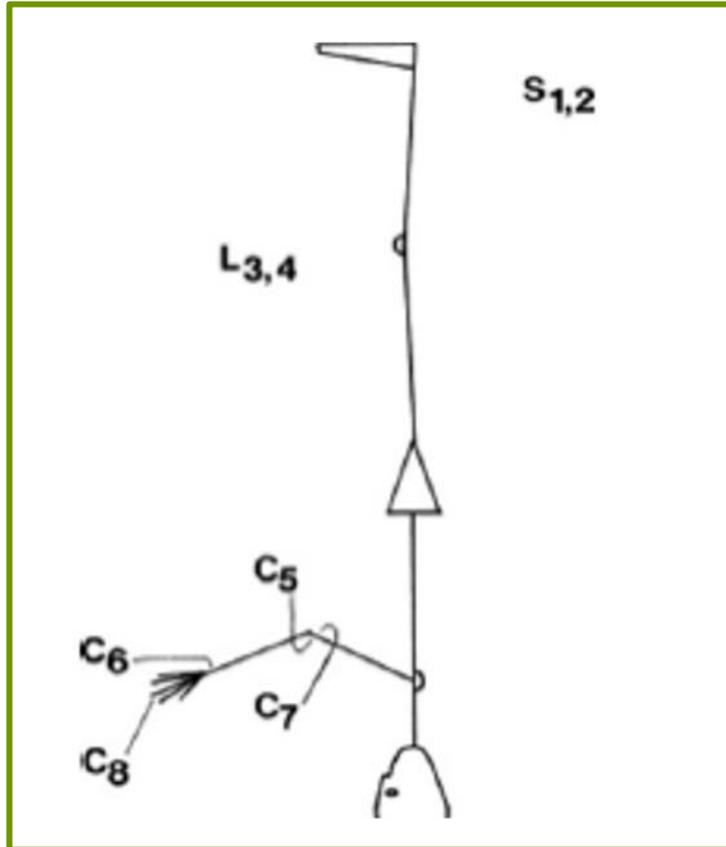
Tono

Evaluación



Signo de la
rueda
dentada

Reflejos



Reflejos patológicos o primitivos

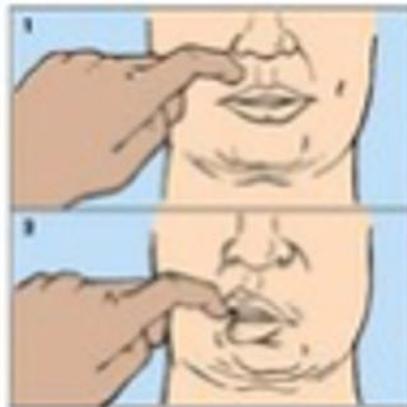


Babinski



c

Hoffman



Búsqueda y
Hociqueo

Movimientos anormales

Temblor

Reposo

Posición

Acción



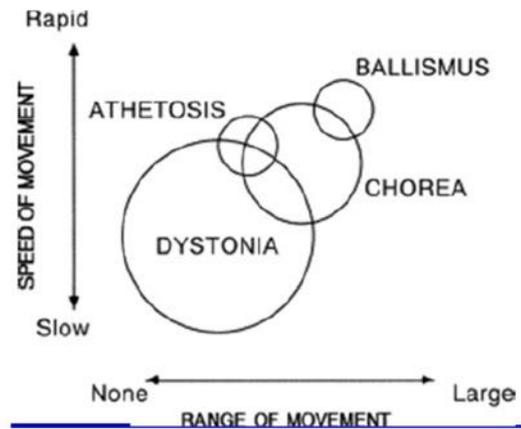
Otros



Chorea



Athetosis



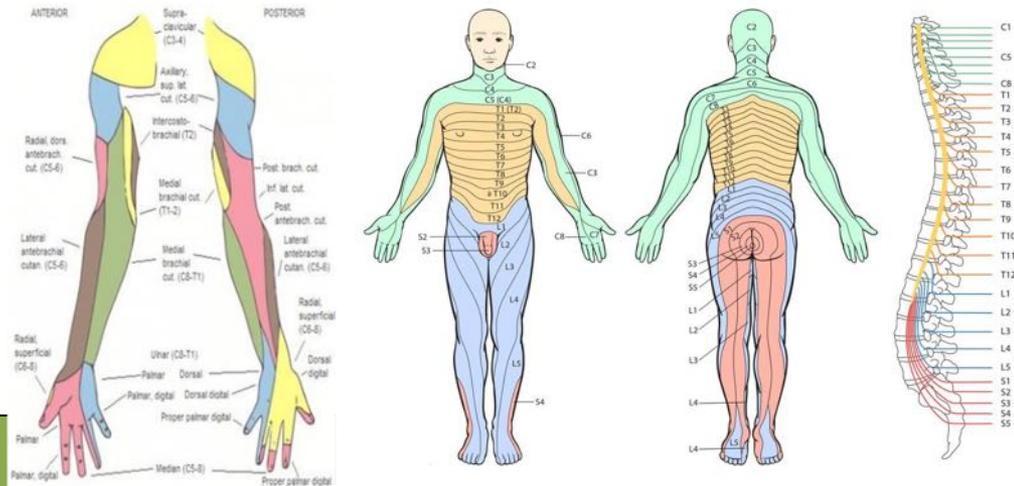
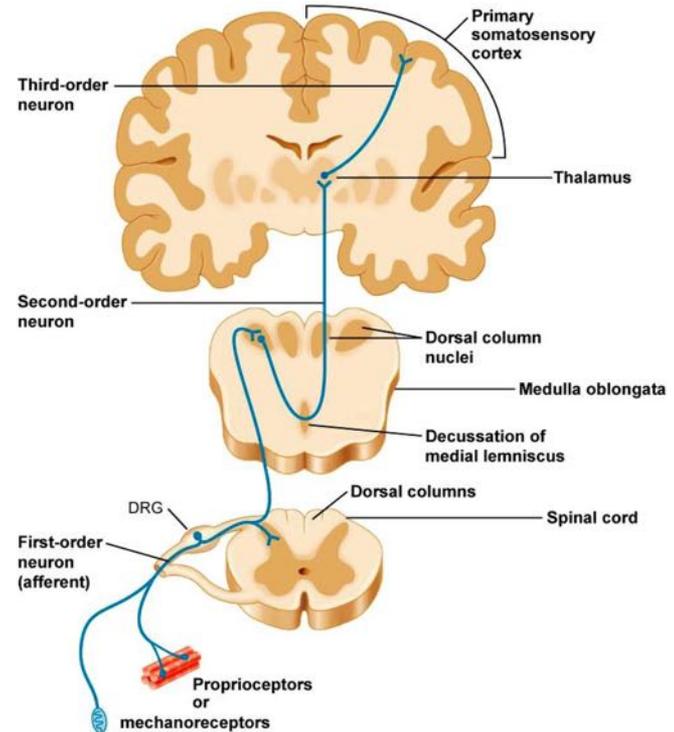
Sistema sensitivo

Táctil

Termoalgésica

Palestesia

Batiestesia



Sistema sensitivo

Táctil

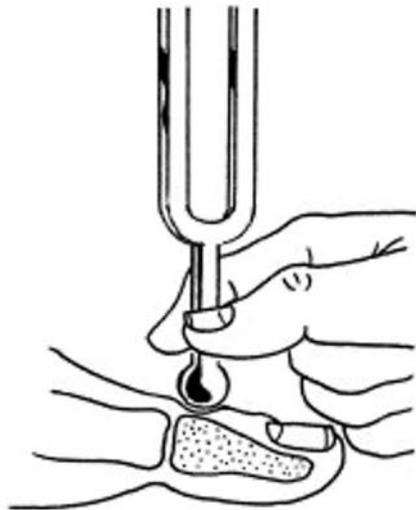


Sistema sensitivo

Termoalgésica

Sensibilidad profunda

Palestesia



Batiestesia

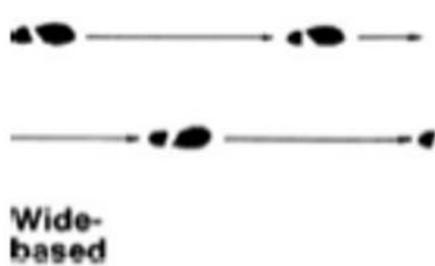


Taxia

Apendicular



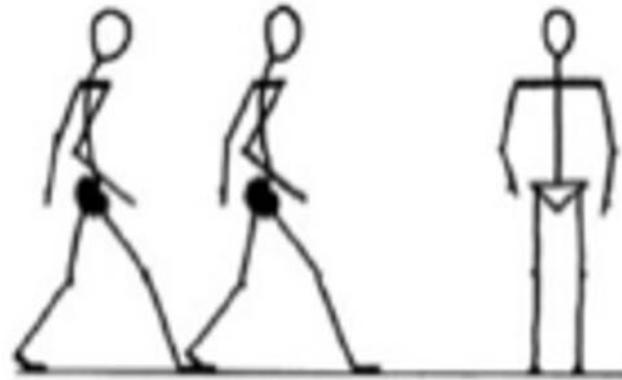
De tronco



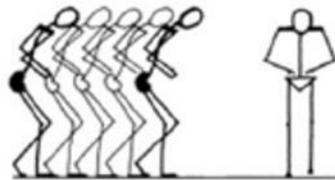
Marcha



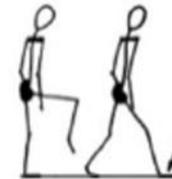
Normal



Parkinsonian gait



Wide-based



High-stepping



Hemiplegic gait



Bibliografía

- ❑ Fuller, G. (2013). *Neurological examination made easy*. Elsevier Health Sciences.
- ❑ Ross, R. T. (2006). *How to examine the nervous system*. Springer Science & Business Media.
- ❑ Campbell, W. W., & DeJong, R. N. (2005). *DeJong's the neurologic examination* (No. 2005). Lippincott Williams & Wilkins.