

Exploración neurológica

La [exploración](#) neurológica es, junto con la [anamnesis](#), la base del [diagnóstico](#) de la [patología](#) del [sistema nervioso](#).

Abreviada

[Consciencia](#): Consciente y orientado en las 3 esferas.

[Lenguaje](#): No alteraciones del lenguaje.

[Pupila](#): PICNR

[Campimetría](#) por confrontación normal.

[Pares craneales](#) MOE conservado. No parálisis facial. No otra alteración de pares craneales. No signos meníngeos. No alteración de fuerza ni de sensibilidad. RCPF bilateral. Reflejos ++/++++. No dismetría ni adiadocinesia. Marcha no valorada en el momento de la exploración.

Ejemplo

Consciente y orientado en tiempo lugar y persona. No alteraciones del [lenguaje](#). [Pupilas](#) isocóricas y normorreactivas. No disminución de [agudeza visual](#). [Campimetría](#) por confrontación normal. No alteraciones de [pares craneales](#). No [signos meníngeos](#). No alteración de [fuerza](#) ni de [sensibilidad](#). [Reflejos](#) simétricos. [Romberg](#) negativo. No [dismetría](#) ni [adiadococinesia](#). Sin trastornos de la [marcha](#).

Nivel de conciencia

Nivel de [conciencia](#) y estado mental : Siempre debemos hacer constar el [nivel de conciencia](#) que presenta el paciente, los principales son (consciente, letárgico, obnubilado, estuporoso y comatoso).

Pares craneales

Exploración de [nervios craneales](#).

Fuerza

Valoración de masa muscular, tono y fuerza. Movimientos anormales.

Sensibilidad

Sensibilidad.

Reflejos

Coordinación

Marcha

Marcha

Exploración neuropsicológica básica :

Existen ciertos aspectos básicos de esta que siempre deben quedar reflejados en la historia clínica de todo paciente con sospecha de disfunción neurológica.

Los más importantes son :

Orientación : Debemos constatar si el paciente esta orientado en persona (¿ como se llama usted?), en espacio (¿Dónde estamos ahora?), y en tiempo (¿año, mes, día del mes, día de la semana?).

Lenguaje: Valoraremos el habla espontánea, la capacidad de comprensión del mismo, (mediante preguntas o órdenes de complejidad creciente), la capacidad de repetición y de nominación. Las dos alteraciones principales del lenguaje son la disfasia (o afasica), y la disartria. La disartria consiste en una alteración de la articulación del lenguaje, mientras la disfasia es un defecto en los mecanismos receptivos, expresivos o integradores del lenguaje.

Exploración de pares craneales

La exploración de los pares craneales resulta básica. Las lesiones nos aportan gran información respecto al lugar donde se localiza la lesión responsable. Reseñemos que el IV par es el menos información suele aportar cuando se afecta de forma aislada.

1. I: De escaso interés e información poco valorable en el enfermo urgente.

2. II : Agudeza visual,; (en condiciones normales puede bastarnos solicitando al paciente que cuente los dedos de una mano del explorador a la distancia de un metro. En paciente con afasia severa o alteración del nivel de conciencia se explora la presencia de movimiento de parpadeo defensivo ante movimientos amenazantes de una mano del explorador (reflejo de amenaza), aún siendo un método burdo, puede informar acerca de un posible déficit visual.

Campo visual:(se define como la porción de espacio en la que los objetos son visibles durante la fijación de la mirada en una dirección.El campo se explora mediante las pruebas de confrontación que comparan el campo visual del enfermo con el del propio explorador.

Fondo de ojo: (debe explorarse sin dilatar al menos inicialmente valorando: papila, mácula, vasos sanguíneos y retina.

3. III,IV,VI : Tamaño de la hendidura palpebral (debemos descartar la presencia de ptosis.) Motilidad ocular extrínseca (la exploramos haciendo que el paciente siga con la vista la luz de una linterna que iremos desplazando. Se exploran los movimientos de cada ojo por separado (ducciones), y los de ambos de forma conjunta (versiones) evaluando distribución de la mirada conjugada, paresias, reflejos oculo-cefálicos, nistagmus (conjugado o disociado, ritmicidad, amplitud, dirección, latencia, involuntariedad y variaciones de su calidad con estímulos externos. Motilidad ocular intrínseca (valorando tamaño pupilar y su simetrías, respuesta al reflejo fotomotor directo y consensual, acomodación y convergencia.

4. V: Exploración del doble componente, (motor: musculos maseteros, temporales y pterigoideos “masticación”, y sensitivo:sensibilidad facial en divisiones superior, media e inferior “sensibilidad de la cara”. Reflejo corneal.

5. VII: Motilidad de la cara. Interesa determinar si es Central o Supranuclear (el déficit respeta la porción superior contralateral) o Periférico o Nuclear (debilidad facial global). En pacientes inconscientes se puede apreciar si existe asimetría facial al observar la mueca de dolor que se produce al presionar en los procesos estiloideos, detrás del angulo de la mandibula.

6. VIII : Explorar porción coclear-audición (pruebas de Rinne y Weber), y porción vestibular-equilibrio (pruebas calóricas, índices de Barany, maniobras oculocefálicas)

7. IX y X : Se exploran juntos. Sensibilidad y motilidad velopalatina. Reflejo nauseoso.

8 XII : Motilidad de la lengua. Atrofia lingual, fasciculaciones. Masa muscular, tono y fuerza. Movimientos anormales. 1. Visión de conjunto: buscando asimetrías, es útil la maniobra de Mingazzini (mantener los cuatro miembros flexionados- contra gravedad- durante unos minutos).

2. Masa muscular . valoración del tamaño y consistencia muscular.

3. Tono : Resistencia a la movilización pasiva. Se debe especificar no solo si existe hipo o hipertonia , sino tambien el grado y tipo.

3.1 Espástica : (aumento de tono al inicio del movimiento, “ navaja”. Es signo de lesión piramidal.

3.2 Rueda dentada (aumento de tono “ a saltos”., Es signo de lesión extrapiramidal.

3.3 Paratónica :Aumento de tono constante, oposicionista. Suele ser por lesión frontal.

4. Fuerza: Balance muscular por grupos de musculos, según su acción. Se debe fijar la articulación correspondiente y oponer una fuerza equiparable. Se cuantifica de 0-5. 0. No hay ninguna actividad muscular. No existe contracción muscular. I. Se observa actividad muscular, pero no se consigue movimiento.

II. Movimiento horizontal. No se vence la gravedad. Solo es capaz de realizar un arco de movimiento se se elimina la gravedad.

III. Vence la gravedad, no la resistencia.

IV, Vence resistencia del examinador, pero la potencia es inferior a la norma (a veces se divide este grado añadiéndole un signo + o -.

V. Normal.

Existen diversa maniobras para estudiar la fuerza muscular (Maniobra de Barré “extremidades superiores”, Maniobra de Mingazzini “extremidades inferiores”.

Sensibilidad

Esta puede ser una de las partes más difíciles de la exploración, ya que es de las más subjetivas por parte del paciente.

1 . Sensibilidad superficial : (que incluye el tacto superficial, “ rozando la piel con un algodón”, dolorosa , “se usa un alfiler con dos extremos uno afilado y otro romo, y temperatura “ se explora usando tubos de vidrio o matraces llenos de agua caliente o fria.

2. Sensibilidad profunda (que incluye sensibilidad vibratoria (parestesia, “ haremos vibrar el diapasón y lo coloraremos por su base sobre las prominencias articulares”, articular, que incluye la poscional y artrocinética “se explora movilizandode forma pasiva un dedo del pie del enfermo o de la mano valorando dirección y movimiento. 3.Función cortical en la sensibilidad (estereognosia “ capacidad de identificar objetos mediante el tacto”, grafestesia “ reconocer figuras o signos sobre la piel”, barognosia “ capacidad de reconocer el peso de los diferentes objetos Discriminación entre dos puntos “ se explora con un compás de punta roma. Extinción sensitiva “ doble estimulación sensitiva”.

ROT y RCP Reflejos osteotendinosos profundos (ROT) : son difíciles de obtener sin la colaboración del paciente. Se deben explorar el maseterino dependiente del V par craneal, el bicipital (C6), tricipital (C7), rotuliano (L3,L4), y aquileo (S1), siempre en busca de ausencias y/o asimetrías. Habitualmente se cuantifican en varios niveles. O (abolido), I (Hipoactivo), II (Normal), III (Exaltado sin clonus), IV (Exaltado con clonus).

Reflejos cutáneo- superficiales : el más útil en la práctica ordinaria es el reflejo cutáneoplantar (RCP), se desencadena al rozar el borde externo de la planta del pie desde el talón hacia los dedos, su respuesta extensora (mal llamada Babinski), es siempre patologica e indica afectación de la via piramidal explorada. Menos utilizado son los cutáneo- abdominales y los cremasterinos. Coordinación Para la exploración valoraremos dos apartados claramente diferenciados: Coordinación dinámica : Prueba del dedo- nariz : (partiendo de la extensión completa del antebrazo, se flexiona a tocar nariz.). Prueba talón - rodilla : (decubito supino, con talón de un pie a rodilla contralateral y deslizamiento posterior. Maniobras alternantes (Diadococinesia, “ se explora con la realización de movimientos alternantes realizados de forma rapida “). Coordinación estática :

Prueba de Romberg (con los pies juntos y cabeza erecta se comprueba si es capaz de mantener la postura, o se produce lateralización. Se valora con los ojos abiertos, si está alterado valorar problema vestibular o disfunción cordonal posterior, con ojos cerrados y alterado probable problema cerebeloso.). Marcha Se debe intentar categorizar como : Normal, Hemiparética (en segador), Atáxica (inestable con aumento de la base de sustentación), Miopática o andinante (“ como pato”), De otro tipo (parkinsoniana, tabética-taloneante, es steppage, coreica, apráxica, histérica).

ver [Exploración complementaria](#).

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=exploracion_neurologica

Last update: **2025/05/03 23:57**

