

Sistema Nervioso

Unidad 5 · Cefalea, vértigo, convulsiones, pérdida de fuerza, memoria

Cefalea — Diagnóstico diferencial

■ ■ Red flags: inicio brusco ("la peor de mi vida"), focalidad neurológica, fiebre + rigidez nuca, > 50 años inicio nuevo, papiledema

1	Tensional Bilateral, opresiva, intensidad leve-moderada, no empeora con actividad → analgesia simple
2	Migraña Unilateral, pulsátil, moderada-intensa, con náuseas/foto-fonofobia → triptanes en crisis
3	En racimos Unilateral periorbital, muy intensa, lagrimeo/rinorrea ipsilateral, 15-180 min → O2 + sumatriptán sc
4	Secundaria Si red flags → TAC/RM urgente. Descartar HSA, meningitis, masa, trombosis venosa

■ ■ Cefalea por abuso de analgésicos: > 15 días/mes con analgésicos > 3 meses. Tratamiento: retirada progresiva

Mareo y vértigo

1	Distinguir Vértigo (giro) vs mareo inespecífico vs presíncope vs inestabilidad
2	Periférico Inicio brusco, nistagmo horizonte-rotatorio, Romberg lateralizado, sin focalidad → VPPB, neuronitis, Ménière
3	Central Nistagmo vertical/cambiante, focalidad neurológica, ataxia de tronco → derivar urgente (ictus cerebeloso)
4	VPPB Episodios breves con cambios posturales → maniobra de Dix-Hallpike → maniobra de Epley

Periférico (benigno)

- Inicio súbito
- Nistagmo horizontal
- Síntomas vegetativos ++
- Mejora con fijación visual

Central (urgente)

- Inicio progresivo
- Nistagmo vertical/multidireccional
- Focalidad neurológica
- No mejora con fijación

Convulsiones en el adulto

■ Estatus epiléptico (> 5 min): emergencia → diazepam 10mg rectal o iv, asegurar vía aérea, 112

1	En crisis Proteger, posición lateral, NO introducir objetos en boca, cronometrar duración
2	Post-crisis Glucemia capilar, constantes, exploración neurológica, buscar traumatismos
3	Primera crisis SIEMPRE derivar: analítica + TAC/RM + EEG para estudio etiológico
4	Epilepsia conocida Verificar adherencia, niveles fármaco, desencadenantes (alcohol, privación sueño)

■ Crisis provocadas frecuentes: hipoglucemia, alcohol (abstinencia), fármacos, fiebre, TCE reciente

Pérdida de fuerza — Enfoque diagnóstico

■ Derivar urgente si: instalación aguda, asimetría, trastorno del habla (código ictus)

1	Aguda Ictus/AIT hasta demostrar lo contrario → activar código ictus si < 4.5h
2	Subaguda Guillain-Barré (ascendente), miastenia (fluctuante, ocular), mielopatía compresiva
3	Crónica ELA (fasciculaciones + atrofia), neuropatía periférica, miopatías
4	Localizar Motoneurona superior (espasticidad, Babinski+) vs inferior (atrofia, fasciculaciones, arreflexia)

Pérdida de memoria — Valoración

1	Descartar Depresión, fármacos (benzodiazepinas, anticolinérgicos), hipotiroidismo, déficit B12
2	Test cribado Mini-Mental (MMSE), test del reloj, MoCA. Valorar funcionalidad (Barthel, Lawton)
3	Deterioro cognitivo leve Queja subjetiva + test alterado + funcionalidad conservada → seguimiento 6-12 meses
4	Demencia Deterioro progresivo + pérdida funcional → analítica + neuroimagen → derivar Neurología

■ Analítica: hemograma, TSH, B12, ácido fólico, glucosa, función renal y hepática, serología lúes y VIH si indicado

