

## Neurológicos

### 69.- Débil al pararse o caminar

La hipotonía es una alteración del sistema motor que produce debilidad, poca resistencia a los movimientos pasivos y posturas extrañas.

La causa puede radicar

1.- por afectación del sistema nervioso central (vías motoras desde la primera neurona piramidal o extrapiramidal-cerebro-capsula interna-tronco cerebral hasta la motoneurona inferior)

2.- por afectación del sistema nervioso periférico (desde la motoneurona inferior- neuropatía-sinapsis neuromuscular-afectación intrínseca del propio musculo)

#### **Enfermedades adquiridas son:**

Raquitismo

Desnutrición

Daño del cerebro y de la médula espinal

Las infecciones cerebro meningitis o de encefalitis

Insuficiencia cardiaca congestiva

Hipoglucemia

Miastenia -

La distrofia muscular progresiva

La esclerosis múltiple

Poliomielitis

Síndrome de Guillain -Barre

Polineuritis toxica

Porfiarías

Dermatomiositis

Enfermedades autoinmunes

[https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/Medicina%20Interna/PDFs%20Jueves/J39\\_Garabaglia\\_Debilidad%20aguda.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/Medicina%20Interna/PDFs%20Jueves/J39_Garabaglia_Debilidad%20aguda.pdf)

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10-hipotonico.pdf>

[http://scptfe.com/microsites/Congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/Rosario\\_Duque.htm](http://scptfe.com/microsites/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Rosario_Duque.htm)

## 70.- Convulsiones

**Es una alteración orgánica que produce descargas neuronales asincrónicas con gran variabilidad de presentación clínica.**

Convulsiones febriles

Episodios epilépticos generalizados

Convulsiones mioclónicas

Convulsiones atónicas

Convulsiones tónico-clónicas generalizadas

Epilepsia parcial benigna de la niñez

Ausencias

Convulsiones parciales simples

Convulsiones parciales complejas

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/epilepsia-en-la-infancia-y-la-adolescencia/>

[https://www.aepap.org/sites/default/files/209\\_el\\_nino\\_que\\_convulsiona\\_m\\_a\\_martinez\\_granero.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/209_el_nino_que_convulsiona_m_a_martinez_granero.pdf)

## 71.- Temblores en las manos

**Se refiere al**

1.- temblor esencial: puede ser bilateral y simétrico la mayor parte. También llamado postural. Se desconoce la causa. Puede estar desencadenado por stress, ansiedad, cansancio. Tiene carácter transitorio. Examen neurológico normal.

3.- temblor secundario

Investigar entre otras:

Ataxia telangiectasia

Defecto del metabolismo de dopamina

Deficiencia de vitamina B12  
Enfermedad de Wilson  
Hipertiroidismo  
Síndrome de Guillan Barre (inicio)

## 72.- Tic nervioso

**Los tics son movimientos involuntarios, recurrentes, de causa desconocida que se presentan en forma rápida.**

**Pueden ser motores simples** como el parpadeo, tos, **motores complejos** como muecas, tocarse el pelo o alguna otra parte del cuerpo, **vocales como repetir la misma palabra.**

**Pueden persistir hasta los trece años.**

**El síndrome de La Tourette, el más clásico puede persistir toda la vida**

No indican enfermedad psiquiátrica a menos que se asocien a síntomas clásicos de alguna enfermedad.

Se desencadena con factores emocionales por lo tanto debe evitarse esta situación. (Método conductista, actuar contra factores estresantes, y con medicamentos como último recurso)

El tratamiento se instala si no desaparece al año o por incomodidad del niño.

Derivar al especialista:

- 1.- tics asociado a síntomas psiquiátricos
- 2.- tics crónicos molestos de más de un año de

duración y con clara predisposición a desencadenarse con el estrés.

## 73.- Dolores de cabeza seguidos

**Las cefaleas se dividen en**

- A.- primarias: 1.- migraña con o sin aura  
2.- cefalea tensional**

**B.- secundarias (siempre asociado a otros signos y síntomas)**

- 1.- tumores cerebrales
- 2.- sinusitis
- 3.- apneas – hipopneas
- 4.- trastornos oculares (refracción)
- 5.- hipertensión
- 6.- cefaleas postraumáticas



Clasificación que diferencia las cefaleas en función de su evolución cronológica en:

**Agudas.** Cefaleas de una duración inferior a 5 días y sin antecedentes de cefaleas previas.

La causa más común: **infecciones.**

**Agudas recurrentes.** Crisis de cefalea que recurren periódicamente, con intervalos libres de síntomas. **Migraña. Cefaleas tensionales.**

**Crónicas no progresivas.** Cefaleas que duran más de 15-30 días con frecuencia e intensidad de los episodios similares, estables, con ausencia de signos neurológicos anormales. **Estado migrañoso. Cefalea tensional crónica**

**Crónicas progresivas.** Cefaleas que duran más de 15-30 días con frecuencia diaria-semanal, con intensidad creciente y presencia de signos neurológicos anómalos. **Tumor cerebral**

**Mixtas.** Es la combinación en el mismo paciente de varios patrones de cefaleas.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/cefalea-en-el-nino-y-adolescente/>

[https://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2014/Ambulatoria/Jueves/Breitman\\_cefaleas.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Ambulatoria/Jueves/Breitman_cefaleas.pdf)

## 74.- Algún Traumatismo

**Investigar:**

**Alteraciones motoras para actividades cotidianas**

**Alteración psicológica persistente**

**Alteración de la dinámica familiar**

Aunque son pocos los pacientes con secuelas importantes, dichos niños sufren serias dificultades para su adaptación social y ven mermada su calidad de vida.

<https://www.analesdepediatria.org/es-consecuencias-largo-plazo-los-traumatismos-articulo-13097351>

## 75.- Trastornos en la marcha

### 1.- déficit de fuerza (paresia):

o paraparetica) a.- de origen central (marcha hemipléjica

b.- de origen periférico (marcha de pato= musculatura proximal, marcha en stepage= musculatura distal). En la primera si no es por **neuropatía periférica** sino de causa medular se agrega hipotrofia.

2.- **alteración de la coordinación** marcha atáxica, cerebelosa, vestibular

3.- **causas funcionales:** marcha antialgica, marcha histérica

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16-altmarcha.pdf>

## 76.- Trastornos del equilibrio

### **No es fácil en un niño diagnosticar mareos o vértigo.**

El oído, los ojos y los músculos del cuello intervienen en el desarrollo del equilibrio por lo tanto las alteraciones de estos sistemas intervienen en la patogenia del trastorno.

Sospechar si: no puede pararse bien,  
No puede subir escalones  
Se tropieza fácilmente  
Camina con las piernas separadas  
Por momentos se desorienta  
No puede atrapar o patear una pelota  
Presenta algún trastorno de la audición  
Presenta nistagmus

Investigar

El **vértigo paroxístico benigno de la infancia**

**La Tortícolis paroxística benigna infantil**



La **neuronitis vestibular**

La **laberintitis** causada por una infección viral

Derivación a orl pediátrico o neurólogo pediátrico.

## 77.- Desmayos

Se refiere a la pérdida transitoria de la conciencia y del tono muscular, de carácter benigno en la mayoría de las veces con mayor incidencia en prepuberes y adolescentes. Investigar:

**1.- síncope vasovagal: parado** un tiempo prolongado, temor, dolor luego pierde la conciencia. Se recupera rápidamente.

**2.- hiperventilación:** respuesta a la ansiedad o dolor (antes de la extracción de sangre para un análisis).

**3.- síncope por convulsión tónico-clónica**

**4.- secundario a traumatismo de cráneo**

**5.- síncope por hipotensión postural**

**Síncope cardiaco:** puede estar precedido de un esfuerzo

a.- asociado a enfermedad congénita del corazón (tetralogía Fallot) (estenosis aortica y la subaortica hipertrofia)

b.- por arritmias.