

Seminarios de neurología para Atención Primaria

El día 19 de noviembre de 2009 se realizaron en el Palacio de Congresos de Barcelona con gran éxito , los seminarios de neurología para Atención Primaria ,en el congreso de la SEN (Sociedad Española de Neurología) .Fueron realizados en colaboración por neurólogos de la SEN especializados en los temas que se impartieron y Médicos de Familia del grupo de neurología de Semergen .El interés despertado por los médicos de Atención Primaria fue enorme doblando la asistencia el nº de posibilidades de asistentes que se había previsto .Fueron unos seminarios muy prácticos para el médico de AP ,se unieron conocimientos teóricos con videos discutidos y habilidades practicas

Los ponentes fueron :

Dra M^a C Martinez Altarriba –Miembro del grupo de neurología de Semergen

Dra R Ramirez Parrondo –Miembro del grupo de neurología de Semergen

Dr M Arias -Neurólogo

Dr G Moris De La Tassa -Neurólogo

Dra R Ribacoba - Neurólogo

Dra A Malagelada - Neurólogo

Dr J A Mauri – Neurólogo

Los temas impartidos fueron :

Exploración básica en la consulta y sus problemas .

Exploración básica y funciones superiores .Conocimiento de los test neuropsicologicos en la practica

Exploración de la marcha ,la importancia de un buen observador

Exploración del mareo y del sistema oculomotor

Necesidad de orientar y sistematizar la exploración neurológica en una consulta de AP

Diagnostico de epilepsia y semiología de las crisis epilépticas

Diagnostico diferencial con las crisis psicógenas

Cuando están indicados los diagnósticos de neuroimagen y que pueden aportar

Opciones terapéuticas en las 1^a crisis y situaciones especiales como embarazo , anciano etc

Interacciones de los FAES ,Polifarmacia en el anciano ,anticoncepción ,anticoagulación etc

Seguimiento del paciente en AP

Los Objetivos de los seminarios fueron :

Objetivo general

Que el médico de atención primaria cuente con herramientas y habilidades que le permitan afrontar la patología neurológica, derivarla adecuadamente, y participar en el seguimiento compartido con atención especializada

Objetivos específicos :

La anamnesis y exploración en neurología es la base del diagnóstico del 80% de los problemas neurológicos ,ambas herramientas las tiene el médico de familia por tanto el 80% de este tipo Los problemas neurológicos son habituales en la consulta de Atención Primaria (se estima un 5,7 por 1000 nuevas consultas), sin embargo, la patología neurológica se considera habitualmente un problema difícil en Atención Primaria (AP). Los motivos de consulta de causa neurológica en AP más frecuentes son: cefaleas (32%), deterioro cognitivo y demencia (9%), enfermedad cerebrovascular (8%), síndromes epilépticos (7%), mareo y vértigo (5%), trastornos del movimiento (4%), y otros problemas (15%). En gran parte de los casos estos problemas neurológicos que vemos los médicos de AP constituyen “síntomas neurológicos” (cefalea, mareo, olvidos, parestesias erráticas, pérdida de conciencia, ...) sin evidencia de enfermedad neurológica subyacente. Por todo ello, una correcta formación neurológica puede ayudar al médico a diferenciar una de otra situación y afrontar los procesos diagnósticos y terapéuticos con mayores garantías de éxito.

Por ello el médico de A.P. debe contar con herramientas y habilidades que le permitan afrontar esta patología, derivarla adecuadamente, y participar en el seguimiento compartido con Atención especializada problemas puede ser diagnosticado en Atención Primaria .

Por ello los principales objetivos específicos abordados fueron:

- el conocimiento del alumno de los signos y síntomas de sospecha de enfermedad neurológica , de la anamnesis e historia clínica de los problemas neurológicos ,las particularidades de la entrevista clínica con el paciente neurológico
- El conocimiento de la exploración física neurológica (pares craneales, reflejos, exploración motora y sensitiva, marcha y equilibrio), la valoración de las diferentes funciones cognitivas
- Conocimiento de las herramientas psicométricas de utilidad para la valoración cognitiva general

La prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas aumenta alarmantemente con el envejecimiento. En España, alcanza el 9,5% en mayores de 65 años,

observándose un incremento con la edad, hasta el 23,4% en mayores de 85 años. La infradetección del deterioro cognitivo ronda el 75% cuando no se emplean herramientas diagnósticas específicas. Por tanto, es conveniente entrenar a los médicos generales en el conocimiento de los tests de cribado para aplicarlos en casos seleccionados.

Los test de cribado utilizados en A. P. deben ser rápidos de administrar, fáciles de valorar, y con índices estadísticos de especificidad y sensibilidad elevado. Si están alterados no implican un diagnóstico específico, solo indican la posibilidad de un trastorno, que precisa de una exploración neuropsicológica detallada, ya que presentan un fenómeno de techo y precisan ajustes en relación a la edad y escolaridad. En esta línea, para A. P. es útil el entrenamiento en el Mini-Mental State Evaluation (MMSE) ?¿, el Cuestionario Abreviado del Estado Mental (Pfeiffer), el Test del Reloj y el Test de la Fotos

En atención especializada la exploración neuropsicológica permitirá identificar y cuantificar los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales que producen diversas lesiones cerebrales y son precisos para identificar el diagnóstico y establecen un perfil para cada paciente que permita optimizar el tratamiento,

En cuanto a la exploración del paciente con trastornos en la marcha ,es un tema de vital importancia en AP no solo por la participación del médico en su diagnostico sino también por el seguimiento del paciente ,dado que esta patología es muy frecuente en ancianos ,podemos hablar del Parkinson etc ,patologías que en muchas ocasiones tendrá que asumir el médico de AP el solo por la imposibilidad de acudir a la consulta del neurólogo el paciente ,debido a su imposibilidad de caminar y todas las discapacidades que se producen en las personas mayores

En el complejo proceso de la marcha participan centros de nivel superior (área motora suplementaria ,corteza premotora ,corteza motora y ganglios basales), de nivel medio (tronco cerebral ,cerebelo ,aferecias visuales y vestibulares) y de nivel inferior (medula espinal ,nervios periféricos ,músculos ,y aparato locomotor)

Cada patología tiene un patrón peculiar de marcha ; marcha de ánade (miopatías),marcha equina (Polineurítica) marcha espástica y paretica por afectación bilateral del haz piramidal ,marcha con base ampliada (Cerebelosa)marcha parkinsoniana ,marcha hemiparetica por afectación del haz piramidal contralateral ,marcha cautelosa con dificultad en el inicio y los giros y bloqueos momentáneos característicos de la afectación de las áreas premotoras frontales

El valorar adecuadamente los trastornos de la postura y de la marcha en AP puede nos solo facilitar el diagnostico precoz de diversas entidades neurológicas sino también prevenir las caídas y sus fatales consecuencias .Las pruebas del "empujón" del coger un objeto del suelo ,y del levantarse de una silla y caminar son fáciles de realizar y valoran rápidamente la estabilidad postural y la marcha

Posteriormente se hizo un repaso a toda la exploración del vértigo ,diferenciando el vértigo de origen neurológico con el resto de etiologías del vértigo .La exploración física del vértigo es fácil de realizar en AP y conduce al diagnostico de un 80% de las etiologías

El síndrome epiléptico fue el otro gran seminario y reto de estos talleres

Este curso pretendía dar unas pautas claras y concretas para el manejo del paciente epiléptico por el médico de cabecera en atención primaria, haciendo hincapié en la indicación de iniciar tratamiento anticomitial, indicaciones de exploraciones paraclínicas y pautas terapéuticas, revisando también los nuevos fármacos antiepilépticos.

Hemos evitado revisar conceptos clásicos de la epilepsia , así como clasificaciones, que no son el motivo de este curso y que pueden ser consultados en otras fuentes de información

Se abordó temas de gran interés como :

1. : MANEJO DE LA PRIMERA CRISIS

- a. Diagnóstico de epilepsia y diagnóstico diferencial
- b. Indicaciones de las exploraciones paraclínicas: EEG, TAC, RM
- c. Decisión terapéutica
- d. Nuevos fármacos en epilepsia
- e. Medidas y asesoramiento no farmacológico

2. CONTROL DEL PACIENTE EPILÉPTICO CRÓNICO

- a. Control analítico
- b. Control por exploraciones paraclínicas
- c. Supresión del tratamiento

3. EPILEPSIA EN LA MUJER

- a. Epilepsia en la mujer en edad fértil
- b. Epilepsia en la mujer gestante

4. EPILEPSIA EN EL ANCIANO

- a. Diagnóstico de epilepsia y diagnóstico diferencial
- b. Indicaciones de las exploraciones paraclínicas: EEG, TAC, RM
- c. Decisión terapéutica

5. EPILEPSIA EN EL NIÑO

- a. Diagnóstico diferencial
- b. Tratamiento de la primera crisis
- c. Tratamiento de la crisis comicial en UCAS

Se revisó someramente la clínica de los procesos que pueden confundirse con las crisis epilépticas en todos los rangos de edad, prestando especial atención al síncope convulsivo y a los eventos paroxísticos no epilépticos (EPNE).

El síncope constituye el 3% de las visitas a los servicios de urgencial por año. Especialmente el síncope convulsivo esconde un sobrediagnóstico de epilepsia que se puede mejorar con una buena historia clínica a los testigos y al paciente sobre los síntomas premonitorios. En los jóvenes, es más frecuente el síncope mediado neuralmente y en los ancianos debe prestarse especial atención a la patología subyacente y a los fármacos.

El EPNE es un evento paroxístico que semeja clínicamente crisis epilépticas pero que no se asocia con una actividad eléctrica cerebral mensurable y que tienen presuntamente una causa psicológica conocida. Su incidencia es de 1,5 por 100,000 habitantes/año y constituyen el 20 a 30 % de pacientes referidos como refractarios a una consulta especializada de epilepsia. El Gold Standart es el registro vídeo-EEG demostrando la ausencia de actividad epiléptica durante el episodio. Debemos ser cuidadosos porque la mitad de estos pacientes también tienen crisis epilépticas reales. En la historia es preciso estar atentos a: "*Síntomas médicos no explicables*" y/o *Problemas previo de salud mental* como intento fallidos de autolisis, antecedente de abusos sexuales, trastorno de personalidad y trastorno disociativo o de conversión. Una pista sencilla y útil en la historia es investigar como estaban los ojos durante el episodio: en general el EPNE los tiene cerrados, el síncope presenta hipotnía ocular y la mirada vuelta hacia arriba y las crisis epilépticas quedan con la mirada perdida o con una desviación tónica.

Especialmente importante fue el desarrollo de las interacciones de los fármacos antiepilépticos FAES en AP ,debido a la polifarmacia frecuente en muchos pacientes ,principalmente ancianos y que tiene que ser el médico de AP el que realice este seguimiento diario .Se consigio con esta ponencia sobre las interacciones de los FAES una mayor formación en un tipo de fármacos complicados en ocasiones especiales como embarazo ,anticoncepción ,anticoagulacion ,menopausia ,menstruación etc

