

Sistema Reticular Activador Ascendente (SRAA)

una red de neuronas que se encuentran ubicadas en el tronco del encéfalo, funciona controlando el nivel de alerta y la atención además gracias a sus interacciones con redes talamo-corticales y corticocorticales ayuda a sostener procesos cognitivos complejos, siendo importante para el lenguaje y el pensamiento

Examen Mental

Orientación Tiempo (¿Qué día es hoy?) Lugar (¿En qué lugar estamos ahora?) y Persona (¿Cuál es tu nombre completo?)

Lenguaje Hace parte de una de las funciones mentales superiores. Incluye la fluidez, comprensión verbal, repetición, nominación, lectura, escritura, prosodia, línea melódica y entonación

Atención Capacidad de una persona para concentrarse, mantener el enfoque y procesar información sin distraerse, se evalúa durante todo el examen mental a través de la interacción y el diálogo con el paciente.

Memoria Es un medio de la experiencia que permite que los eventos queden almacenados y preservados en la mente, de manera que puedan ser recordados y utilizados más adelante. Es la habilidad de guardar, utilizar y recuperar información

Abstracción Capacidad de comprender conceptos complejos que no están ligados a objetos o situaciones concretas, así como interpretar metáforas y conceptos abstractos.

Comparaciones

Juicio Se refiere a la capacidad de evaluar situaciones, anticipar consecuencias y tomar decisiones adecuadas basadas en la comprensión de la realidad y las experiencias pasadas

Examen Mental (cont)

Cálculo Se realiza para observar la capacidad de una persona para realizar operaciones matemáticas simples y mantener la atención durante una tarea secuencial, evalúa la atención, concentración y función ejecutiva del paciente

Apraxia Dificultad para realizar movimientos o secuencias de movimientos a pesar de tener la capacidad física y la comprensión necesarias. Es esencialmente un problema en la planificación y ejecución de movimientos voluntarios, no debido a debilidad muscular, falta de coordinación o problemas sensoriales.

Agnosia Se define la agnosia como la incapacidad de procesar la información sensorial, ya sea para reconocer objetos, personas, sonidos, olores o tamaños, mientras que el sentido en sí no falla y tampoco hay una pérdida de memoria. La agnosia se asocia con daños cerebrales o enfermedades neurológicas, en particular con el daño en la frontera occipitotemporal que es parte de la corriente ventral.

Tipos de Apraxia

Ideomotora Incapacidad de reproducir gestos simple o movimientos individuales de manera espontánea o en respuesta a una orden.

Ideacional Incapacidad de reproducir gestos complejos o secuencias de movimientos

Del Cálculo Dificultad para realizar cálculos matemáticos o manipular números, a pesar de tener la comprensión conceptual del problema.

Constructiva Dificultad para construir o ensamblar objetos o figuras, a menudo observada en la capacidad de copiar o dibujar figuras geométricas



Tipos de Apraxia (cont)

Del Habla	Dificultad para coordinar los movimientos necesarios para el habla, a pesar de que no hay debilidad muscular en los músculos del habla. Puede afectar la articulación de las palabras.
Ocular	Dificultad para realizar movimientos oculares voluntarios, como fijar la vista en un punto específico.

Tipos de Agnosia

Visual

Aperceptiva	El paciente tiene dificultad para procesar la forma de los objetos. Puede ver los componentes de un objeto, pero no puede integrarlos para reconocer el objeto completo. Por ejemplo, puede ver líneas y formas, pero no reconocer una cara o una silla.
-------------	--

Asociativa	El paciente puede describir un objeto, copiarlo o dibujarlo, pero no puede asociar esa imagen con su significado. Por ejemplo, puede ver una llave y describir su forma, pero no reconocer que es una llave.
------------	--

Auditiva

Verbal	Dificultad para reconocer palabras habladas. La persona escucha el sonido de las palabras, pero no puede identificar su significado.
--------	--

Amusia	Dificultad para reconocer melodías, ritmos o tonos musicales, a pesar de una audición normal
--------	--

Táctil (astereognosia)	Incapacidad para reconocer objetos mediante el tacto, a pesar de la función sensorial intacta. Por ejemplo, una persona puede tocar un objeto familiar con los ojos cerrados, pero no identificarlo solo mediante el tacto.
------------------------	---

Tipos de Agnosia (cont)

Espacial	afecta la capacidad de la persona para orientarse, recordar lugares y rutas. Pueden tener dificultades para comprender su entorno espacial.
----------	---

Olfativa	Incapacidad para reconocer olores, a pesar de tener un sentido del olfato funcional. Este tipo de agnosia es menos común.
----------	---

Prosopagnosia	Incapacidad específica para reconocer caras, incluso las de personas conocidas. A menudo, las personas con prosopagnosia pueden reconocer a alguien por otros detalles, como la voz o la ropa, pero no por la cara. Asomatoagnosia: también llamada asomatognosia es una forma de agnosia corporal que consiste en la incapacidad para reconocer, diferenciar e integrar las diferentes partes del esquema corporal. Suele estar asociada a lesiones en el lóbulo parietal.
---------------	---

Tipos de Memoria

Memoria Inmediata	Es la memoria de la información que puede ser recordada inmediatamente después de su presentación
-------------------	---

Memoria Reciente	Es la memoria de lo que se ha aprendido (o vivido) recientemente en los días, semanas o meses anteriores.
------------------	---

Memoria Remota	Es la memoria de los sucesos o representaciones almacenados desde hace años.
----------------	--

Pares Craneales

Nervio	Fibra	Modalidad	Examen
I Olfatorio	SSA	Sensorio	Oclusión de una fosa nasal y se le pide al paciente que identifique un olor



Pares Craneales (cont)

II Optico	SSA	Sensorio	Agudeza Visual, Ishihara, campimetria, reflejos pupilares, y fondo de ojo
III Oculomotor	GSE, GVE	Motor	Movimientos Oculares, reflejo pupilar
IV Troclear	GSE	Motor	Movimientos Oculares
V Trigemino	GSA, SVE	Ambos	Sensibilidad de zonas de la cara. Resistencia a mover la mandibula (maseter)

VI Abducens	GSE	Motor	Movimientos Oculares
-------------	-----	-------	----------------------

VII Facial	SSA	Ambos	Se le pide al paciente que realice mimica facial para ver asimetria. 2/3 anteriores de la lengua son inervados por este por lo que la alteracion de sabor tambien puede ser evaluada
------------	-----	-------	--

VIII Vestibulococlear	GSA, GVA, GVE, SVE	Sensorio	Webber+Rinne para audicion. Evaluacion de nystagmus
-----------------------	--------------------	----------	---

IX Glosfaringeo	GSA, SVA, GVA, GVE, SVE	Ambos	Elevacion simetrica del paladar al decir "AH" (uvea se desvia a lado sano). Reflejo nauseoso.
-----------------	-------------------------	-------	---

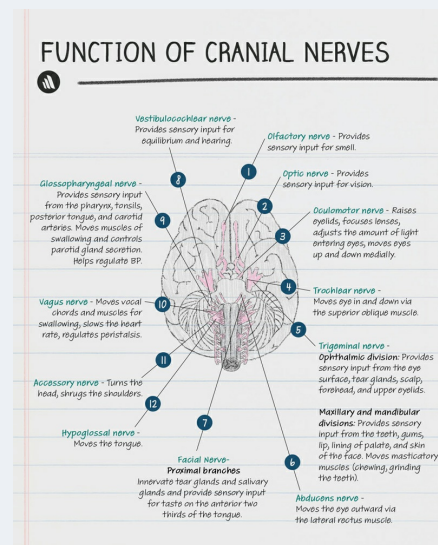
X Vago	GSA, SVA, GVA, GVE, SVE	Ambos	Elevacion simetrica del paladar al decir "AH" (uvea se desvia a lado sano). Reflejo nauseoso.
--------	-------------------------	-------	---

Pares Craneales (cont)

XI Accesorio	SVE	Motor	Resistencia al voltear la cabeza (esternocleidomastoideo) y al subir los hombros (trapezeo)
--------------	-----	-------	---

XII Hipogloso	GSE	Motor	Se le pregunta al paciente que saque la lengua y se evalua atrofia, fasciculaciones, y debilidad (desviacion a lado afectado)
---------------	-----	-------	---

Pares Craneales



Tipos de Fibra

GSA	General Somatic Afferent	recive informacion sensorial de la piel, musculo esqueletico, y articulaciones
GVA	General Visceral Afferent	recive informacion sensorial de viscera
SSA	Special Somatic Afferent	recive informacion sensorial de retina, coclea, y vestibulo
SVA	Special Visceral Afferent	recive informacion sensorial de nariz y lengua
GSE	General Somatic Efferent	Aporta inervacion a musculos esqueleticos



Tipos de Fibra (cont)

GVE	General Visceral Efferent	Aporta funcion secretomotora a musculo liso y glandulas
SVE	Special Visceral Efferent	Aporta inervacion a musculo esquelatico de arcos faringeos

Divisiones del Trigemino

Division	Fibra	Modalidad	Zona Inervada
V1 Oftalmico	GSA	Sensorial	Por encima del parpado
V2 Maxilar	GSA	Sensorial	Desde el parpado hasta labio superior
V3 Mandibular	GSA, SVE	Motor (musculos de masticacion)	Por debajo del labio superior

Reflejos

Mentoniano	PC V
Biceps	C5 y C6
Braquial radial	C6
Triceps	C7
Flexores distales de dedos	C8
Cutaneo Abdominal	T8, T9, T10, T12
Rotuliano	L4
Tendon de Aquiles	S1

Reflejos Patologicos

Signo de Hoffman: u exploración se efectúa colocándole al paciente su mano en semiflexión; se le toma el dedo medio, y con el dedo pulgar se presiona sobre la falange distal del dedo medio, soltándola rápidamente. La respuesta es positiva cuando se producen flexión y aducción del dedo pulgar y flexión del dedo índice.

Signo de Trommer: e examina fijando la falange media del tercer dedo, seguida de un golpecito sobre superficie palmar distal del dedo medio. La respuesta es igual a la obtenida al explorar el de Hoffman.

Reflejos Patologicos (cont)

Babinski: Extension del primer dedo del pies y apertura en abanico de los demas dedos al realizar un estimulo de arriba hacia abajo en la planta del pie.

Signo de Oppenheim: Se explora deslizando con presion, de arriba hacia abajo y sobre la parte anterior de la tibia, los deods pulgar e indie del examinador. La respuesta normal es la flexion de los dedos del paciente. Signo sucedaneo de Babinski

Signo de Gordon: Se explora presionando sobre los musculo gemelos. La respuesta es igual a las anteriores.

Signo de Schaefer: Se explora efectuando pinzamiento del tendo de Aquiles mediante los dedos indice y pulgar del examinador. La respuesta es tambien flexion de los dedos. Sucadaneo de Babinski

Signo de Rossolimo: Se percute la porción proximal de la planta del pie sobre los metatarsianos , observándose como respuesta una ligera dorsiflexión de los dedos o ningún movimiento. Si existen problemas piramidales, se apreciara flexión franca de los dedos, especialmente de los mas pequeños.

Reflejo de prension: Se explora estimulando la palma de la mano del paciente con el dedo índice. La respuesta anormal de este estimulo será la presión del dedo. Este reflejo normalmente se observa en niños. En adultos es anormal.

Sucedaneos de Babinski

Signo de Chaddock la respuesta extensora del primer dedo se obtiene estimulando el dorso del pie desde medial a lateral a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas.
Sucedáneo de Babinski

Signo de Stransky abduciendo pasivamente el quinto dedo se obtiene la misma respuesta que en todos los anteriores.
Sucedáneo de Babinski

Signo de Bing Para explorarlo se estimula repetidamente con un elemento afilado, como una aguja hipodérmica, y en forma suave, el dorso del pie del paciente. La respuesta normal es la flexión de los dedos. Sucedáneo de Babinski

Signo de Gonda Se intenta flexionar intermitentemente la falange distal de los dedos segundo o cuarto del pie, conta una superficie de apoyo, que puede ser del dedo índice del examinador. La respuesta es la flexión de los otros dedos, como en los casos anteriores.

Signo de Cornell

Signo de Bachllarow

Signo de Gethartz

Signo de Theockmorton

Babinski: Extension del primer dedo del pies y apertura en abanico de los demas dedos al realizar un estímulo de arriba hacia abajo en la planta del pie.

Tono*

Hipertonía Viene de lesión de motoneurona superior

Hipotonia Viene de lesión de motoneurona inferior

*El objetivo es buscar espasticidad, rigidez o flacidez. Se hace durante la inspección y palpación

Fuerza Motora

Puntaje	Descripción
0	No hay contracción
1	Contracción visible o palpable, pero sin movimiento activo
2	Movimiento Activo, sin vencer la gravedad ni la resistencia
3	Movimiento activo que vence la gravedad pero no vence la resistencia
4	Movimiento activo en toda su amplitud, vence la gravedad y una resistencia moderada
5	Fuerza normal. Movimiento activo, vence la gravedad y la resistencia

Trofismo

Hipotrofia	Disminución del tamaño muscular
Hipertrofia	Aumento del tamaño muscular
Atrofia	Músculo disminuido de tamaño con hallazgos de denervación

*Valoración subjetiva del volumen y masa muscular: Estado nutricional del músculo

Dermatomas

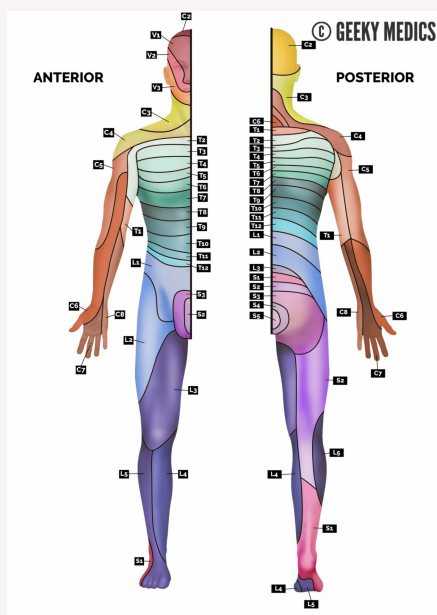
Raíz Nerviosa	Donde Termina Inervación
C2	1-2cm lateral a la protuberancia occipital
C3	fossa supraclavicular a línea medioclavicular
C4	sobre articulación acromioclavicular
C5	aspecto lateral del borde inferior del deltoide
C6	parte palmar del pulgar
C7	parte palmar del dedo
C8	parte palmar del meñique
T1	aspecto medial de fossa antecubital, proximal al epicondilo medial del humero
T2	apice de la axila
T3	línea medioclavicular y 3 ^{er} espacio intercostal
T4	línea medioclavicular y 4 ^{to} espacio intercostal (línea intermamilar)



Dermatomas (cont)

T5	línea medioclavicular y 5 ^{to} espacio intercostal
T6	línea medioclavicular y proceso xifoideo
T7	línea medioclavicular y 1/4 de la distancia entre el proceso xifoideo y el ombligo
T8	línea medioclavicular y 1/2 de la distancia entre el proceso xifoideo y el ombligo
T9	línea medioclavicular y 3/4 de la distancia entre el proceso xifoideo y el ombligo
T10	línea medioclavicular y el ombligo
T11	línea medioclavicular y 1/2 de la distancia entre el ombligo y el ligamento inguinal
T12	línea medioclavicular y punto medio del ligamento inguinal
L1	Región inguinal y porción superior del muslo
L2	aspecto medial y lateral de muslo anterior
L3	epicondilo medial del fémur
L4	maleolo medial
L5	dorso del pie en la 3 ^{era} articulación metatarsofalangeas
S1	aspecto lateral del calcáneo
S2	punto medio de la fosa poplítea
S3	pliegue glúteo horizontal
S4/5	área perianal

Dermatomas



Miotomas

C4	elevación de hombros
C5	Abducción y rotación externa de hombros, flexión codo
C6	extensión muñeca
C7	extensión de codo y flexión de muñeca
C8	extensión de pulgar y flexión de dedos
T1	Abducción de dedos
L2	flexión de caderas
L3	extensión de rodilla
L4	dorsiflexión tobillo
L5	Extensión dedo grande del pie
S1	flexión plantar del tobillo
S4	Innervación motora de la vejiga y recto

Plexos

Plexo cervical	C1- C4	inervación del diafragma, hombros y cuello
Plexo braquial	C5- T1	inervación de miembros superiores
Plexo lumbosacro	L2-S4	inervación de miembros inferiores

Tacto Superficial*

Discriminación de 2 puntos	Se puede realizar mediante el uso del compás de Weber o Disk-Criminator. En caso de no contar con ellos, se pueden utilizar ambos extremos de un clip. La distancia mínima normal varía en las distintas partes del cuerpo.
Grafesia	Se realizará solicitando al paciente que cierre los ojos y dibujamos un elemento (números, letras) sobre la palma de la mano.
Estereognosia	Capacidad de identificar un objeto a través del tacto.

Tacto Superficial* (cont)

Termoa lgesia Se lleva a cabo en cara, miembros y tronco. Se realiza aplicando estímulos de dolor (con un objeto punzante y uno romo), en donde se debe tocar al paciente con el extremo puntiagudo o con el romo en diferentes partes del cuerpo y preguntarle con cuál de los dos se le está estimulando. En cuanto a la temperatura (con un diapasón frío o tubos de agua con diferentes temperaturas) se deben tocar partes del cuerpo.

*Se evalúa por medio de la sensibilidad al algodón, se realiza evaluación por medio de estímulo táctil suave en cada extremidad y dermatoma de forma unilateral y después se realiza de forma bilateral / comparativa. Tiene como objetivo la evaluación de la integridad del fascículo espinotalámico ventral.

Tacto Profundo

Vibracion Se explora con un diapasón de 128 o 256 Hz, haciéndolo vibrar y aplicándolo en las prominencias óseas como maléolo interno, externo, rótula o cresta ilíaca.

Presion presionar con el dedo índice o con algún objeto romo sobre la piel o el músculo del paciente. Se le pide al paciente que indique si siente la presión y, de ser posible, que describa la intensidad de la misma.

Propio- cepcion Se debe evaluar capacidad de discernimiento que tiene el paciente de la posición en la que se encuentran segmentos corporales

Barognosia Evalúa la capacidad que tiene el paciente de reconocer la aplicación de peso sobre superficies corporales. Se le pide que cierre los ojos y que evalúe si se coloca un peso pesado o un liviano o ningún peso.

Coordinacion

Dedo Nariz Se le solicita al paciente que toca su nariz con un dedo y luego toque el dedo del examinador (este debe tener su dedo al frente a una distancia que permita la extensión completa del miembro) Si el paciente presenta temblor cuando coloca las extremidades hacia adelante y mejora con el movimiento se denomina temblor postural, que es característico del Parkinson si al colocar las extremidades adelante no se produce temblor, pero si se genera al hacer prueba dedo - nariz se denomina temblor intencional o atáxico y se observa en lesiones cerebelosas

Talon Rodilla El paciente debe deslizar con el talón de la pierna izquierda a lo largo de la tibia derecha. Luego se debe realizar lo mismo con el talón derecho.

Altern- antes Rapidos Se le solicita al paciente girar las manos sobre sí mismas rápidamente para generar un movimiento alternante prono-supino.

Movimi- entos Oculares Nistagmus

Hallazgos Patologicos de Coordinacion

Dismetria incapacidad de calcular la distancia correcta en los movimientos. Se mide con la prueba dedo nariz

Disdia- dococi- nesias incapacidad para realizar rápidamente movimientos alternantes; p. ej., la pronosupinación de las muñecas

Temblor Movimiento rítmico involuntario En reposo En movimiento activo

Ataxia Falta de coordinación y movimientos desorganizados



Hallazgos Patológicos de Coordinación (cont)

Discinesias	Movimientos anormales y normales
Corea	Movimientos rápidos e irregulares no repetitivos (furtivos o danzantes)
Atetosis	Movimientos lentos, retorcidos, continuos localizados en manos y pies
Balismo	Movimientos bruscos, violentos, y de gran amplitud
Distrofia	Reflejadas en la incapacidad para realizar movimientos precisos y coordinados debido a debilidad muscular
Mioclonias	Movimientos involuntarios, rápidos y bruscos de músculos o un grupo de músculos que pueden ocurrir al ejecutar movimientos voluntarios tales como tareas que requieren precisión y control motor fino
Parkinsonianos	Conjunto de manifestaciones clínicas típicas del Parkinson. Temblor en reposo, Rigidez muscular, Bradiscinesias, Alteraciones posturales

Marcha

Observación general	La manera inicial de evaluar la marcha es decirle al paciente que camine en línea recta y vuelva al punto de partida. Después le pedimos al paciente que camine colocando un pie delante del otro, siguiendo una línea recta
Marche Tandem	le pedimos al paciente que camine de puntas y talones
Parche de Romberg	Sentido postural. En sedestación con los pies juntos, cerras los ojos por 30 segundos. No debe de haber balanceo importante. Valora la integridad de los cordones posteriores

Marcha (cont)

Simetría y postura	Evaluar la posición general, posición de la cabeza, balanceo de brazos y simetría en el movimiento de las extremidades
Velocidad y ritmo	Velocidad de la marcha, longitud del paso y ritmo

Tipos de Marcha

Marcha Hemiplejica	Típica en paciente con daño en la corteza motora → Caracterizada por arrastre de miembro inferior afectado y el brazo del mismo hemisferio puede encontrarse en flexión
Marcha ataxica	Relacionada a daño cerebeloso. El paciente muestra una marcha inestable, con pasos irregulares y una base amplia de sustentación (piernas muy abiertas al caminar)
Marcha sensitiva tabetica	El paciente tiene lesión de la conducción de sensibilidad propioceptiva, entonces no es consciente de la posición de sus extremidades → camina alzando los pies, con grandes zancadas y golpeando fuerte el suelo
Marcha distrofica	Relacionada con distrofias musculares, se caracteriza por la marcha en anadeo o balanceo así como una marcada lordosis lumbar



By **gabs0413**

cheatography.com/gabs0413/

Not published yet.

Last updated 2nd September, 2024.

Page 8 of 9.

Sponsored by **Readable.com**

Measure your website readability!

<https://readable.com>

Tipos de Marcha (cont)

Marcha vestibular	Pacientes con lesiones en la vía vestibular. → el paciente camina desviándose hacia un lado. por ello si se solicita al paciente que recorra un trayecto hacia delante y hacia atrás repetidas veces con los ojos cerrados el camino seguido tiene forma de estrella (marcha en estrella). Así mismo es muy característica la incapacidad para la marcha en tándem
Marcha o de pato	propia de la distrofia muscular. Hay debilidad de la musculatura del tronco y de la cintura pélvica → el paciente camina con los pies separados y balanceando el tronco
Marcha en estepaje	Se observa en las neuropatías periféricas. El pie caído debido a debilidad motora: causa una marcha en "estepaje" (elevación de la pierna más arriba de lo norm
Marcha parkinsoniana	Caracterizada por pasos cortos y rápidos (marcha festinante), con la tendencia a inclinarse hacia adelante. Hay disminución del balanceo de los brazos.
Marcha espástica	también llamada "en segador". Propia de los pacientes con daño en la vía piramidal que tienen una parálisis parcial (paresia) → caminan rozando el suelo con el pie y describiendo con el pie un semicírculo
Marcha a pasos pequeños	Se observa en pacientes con múltiples infartos lacunares. Caracterizada por pasos muy pequeños y casi pegados al piso



By **gabs0413**

cheatography.com/gabs0413/

Not published yet.

Last updated 2nd September, 2024.

Page 9 of 9.

Sponsored by **Readable.com**

Measure your website readability!

<https://readable.com>