

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)

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

Construktiva 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 |



By **gabs0413**

cheatography.com/gabs0413/

Not published yet.

Last updated 2nd September, 2024.

Page 2 of 9.

Sponsored by **Readable.com**

Measure your website readability!

<https://readable.com>

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

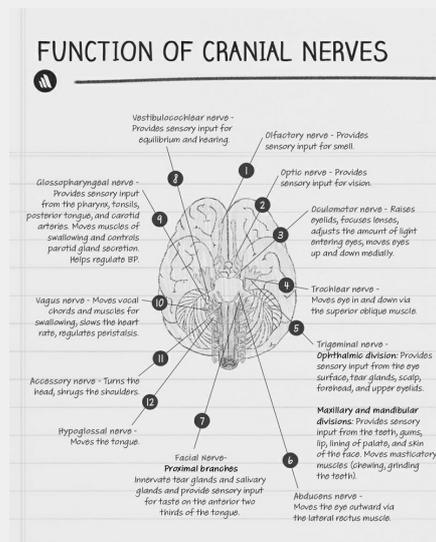
| | | | |
|--------|-------------------------|-------|---|
| X Vago | GSA, SVA, GVA, GVE, SVE | Ambos | Elevacion simetrica del paladar al decir "AH" (uvea se desvia a lado sano). Reflejo nauseoso. |
|--------|-------------------------|-------|---|

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

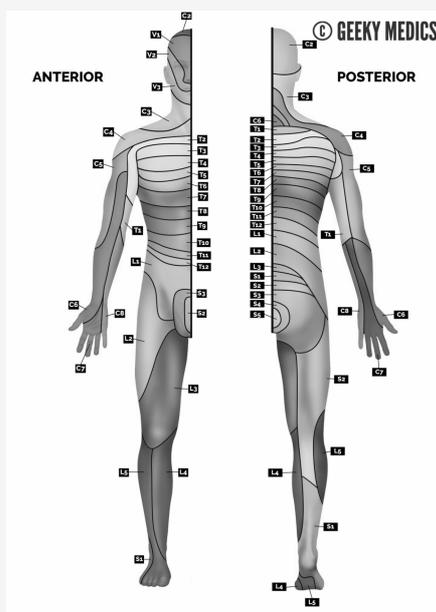
Raíz Nerviosa Donde Termina Inervación

| | |
|----|--|
| 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 | innervación del diafragma, hombros y cuello |
| Plexo braquial | C5- T1 | innervación de miembros superiores |
| Plexo lumbosacro | L2-S4 | innervación 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-cepccion 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.

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

Movimientos Oculares Nistagmus

Hallazgos Patologicos de Coordinacion

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

Disdiadocinesias 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, cerramos los ojos por 30 segundos. No debe 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 hemicuerpo 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>