



**Nombre del alumno: Suleyma Sinaí Gutiérrez Pérez.**

**Nombre del profesor: Dra. Martha Patricia Marin.**

**Licenciatura: Enfermería.**

**Materia: fisiopatología.**

**Nombre del trabajo: Ensayó.**

Ensayo del tema:

“Ciencia y Conocimiento”

Frontera Comalapa, Chiapas a de 09 abril del 2021.

## INTRODUCCION.

La valoración neurológica permite establecer una valoración basal adecuada, si no también detectar los cambios que se produce en el estado del paciente. La valoración incluye siempre la valoración del nivel de conciencia. Trastorno neurológico es una enfermedad primaria o secundaria que se controla con tratamiento adecuado y no limita actividad del sujeto. Los pares craneales transmiten información entre el encéfalo y los órganos de los sentidos (los ojos, los oídos, la nariz y la lengua). También mandan información a los músculos de la cara, la cabeza, el cuello y otros órganos del cuerpo, como la laringe (órgano fonador), el corazón, los pulmones, el estómago y los intestinos. Los pares craneales son parte del sistema nervioso periférico.

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos.

Los trastornos es una enfermedad primaria o secundaria que habitual se controlan con tratamiento adecuado y no limita las actividades del sujeto. En casos poco frecuentes los pacientes pueden permanecer con crisis repentina a pesar de tratamiento correcto. Para considerar un paciente se encuentra correctamente tratado, es necesario la demostración de una correcta dosificación de fármacos antiepilépticos, mediante determinación de niveles plasmáticos, los que deben encontrar en rasgos terapéuticos.

Criterios para la asignación del grado de discapacidad de alteraciones crónicas de la alerta y el sueño y de la epilepsia.

Clase 1.

Paciente con alteración episódica o epilepsia, correcto tratado, presente menos de un episodio mensual en situación diferente de la epilepsia, presenté episodio esporádicos de epilepsia y la interferencia con actividad de la vida laboral es leve.

Clase 2.

Pacientes con alteración episódica correctamente tratado, en caso de epilepsia presenta menos de un episodio por mes, paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia correctamente tratado, la interferencia con actividades de la vida diaria o laboral es moderada.

Clase 3.

Paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia correctamente tratado, en epilepsia presenta un episodio por mes, interferencia importante en actividades de la vida diaria y laboral.

Clase. 4

Paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia, correctamente tratado, presenta varios episodios por mes o epilepsia refractaria y grado de discapacidad es severo y depende de otra persona para realizar actividades de autocuidado.

Pese a los avances recientes de las ciencias neurológicas y el constante desarrollo de procedimientos de diagnóstico sensibles, la valoración neurológica clínica persiste como la habilidad esencial para el diagnóstico de los trastornos neurológicos.

El grado de conciencia es el primer estado que se evalúa durante la valoración neurológica. La conciencia se puede considerar normal (paciente despierto y en estado de alerta, capaz de poner atención en su entorno y en el evaluador), deprimida (paciente somnoliento, letárgico, en estado de estupor, de modo que sólo reacciona de manera breve en respuesta a estímulos dolorosos; o comatoso, de modo que no reacciona ni con estímulos dolorosos); o en hiperalerta (paciente que se distrae con facilidad, intranquilo, “nervioso”).

Funcionamiento cognitivo.

Con la valoración de la función cognitiva no se pretende definir “cuán inteligente es el paciente”, sino cuánto ha cambiado su capacidad cognitiva respecto del estado basal reciente. (antecedentes laborales recientes, observaciones de la familia, opinión de otros médicos, etc.) previo al inicio de la enfermedad actual.

Los pares craneales se llaman así porque se cuentan a pares, al existir uno tanto en el lado derecho como en el izquierdo del cerebro. Así, hay doce nervios craneales apuntando hacia el hemisferio derecho y otros doce apuntando hacia el izquierdo, de manera simétrica.

Cada par está numerado con un número romano según si la posición desde la que salen del encéfalo más o menos cerca de la zona frontal. De hecho, los nervios craneales pueden ser agrupados y clasificados en categorías según dos criterios: el lugar del que parten y su función.

Pares craneales.

I / Olfatorio. El trastorno del olfato o anosmia se valora de acuerdo al capítulo de órganos de los sentidos.

II/ oftálmico. Se valora de acuerdo al capítulo de órganos de los sentidos.

III , IV y V. motor ocular común, patético y motor ocular externo.

VI /Trigémino.

Posee fibras sensoriales para la cara, la córnea, parte anterior de cuero cabelludo, cavidades nasales, cavidad oval y duramadre supratentorial. Las fibras motoras inervan los músculos de la masticación.

VII / Facial Es un nervio mixto, cuyas fibras motoras inervan los músculos faciales de la expresión y los músculos accesorios de la masticación y deglución. Pérdida del gusto o ageusia se valora en el capítulo de Órganos de los Sentidos.

Parálisis facial unilateral leve 1 a 5% ,Parálisis facial bilateral leve 6 a 15% , Parálisis facial unilateral grave 6 a 25% , Parálisis facial bilateral grave 21 a 45%.

VIII / Auditivo. Su componente coclear tiene relación con la audición y su componente vestibular con el vértigo, sentido de la posición, y la orientación espacial. Los trastornos auditivos y vértigo, se valoran según los criterios expuestos en el capítulo correspondiente.

IX Y X / Glossofaríngeo y vago Son nervios mixtos que envían fibras al tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y tráquea, por lo que sus alteraciones pueden dificultar la respiración, deglución, habla y funciones viscerales. La discapacidad originada por estas deficiencias, se valorarán según los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.

XI /Espinal. Participa en la inervación de músculos laríngeos, pudiendo verse afectada la deglución y el habla.

XII /Hipogloso. Inerva la musculatura de la lengua. Su déficit bilateral podría causar alteraciones de la deglución, respiración y fonación. Las alteraciones sensoriales, como pérdida de tacto, dolor, percepción de la temperatura y sentido vibratorio, posición articular, parestesias, disestesias y sensibilidad de los miembros fantasma, pueden estar presentes en una disfunción medular.

Pares craneales clasificados según su función.

Sensitivos: los pares I, II y VIII.

Relacionados con los movimientos de los ojos (y sus partes) y los párpados: los pares craneales III, IV y VI.

Relacionados con la activación de músculos del cuello y la lengua: los pares craneales XI y XII.

Nervios craneales mixtos: los pares V, VII, IX y X.

Fibras parasimpáticas: nervios III, VII, IX y X.

## CONCLUSION.

Las exploraciones neurológicas es fundamental para reconocer la paresia del III par y distinguir entre P completa e incompleta. Los nervios pares craneales cumplen una función especial e importante dentro del cerebro ya que permite el desarrollo de los sentidos y el funcionamiento de ellos. La medula espinal es la vía conductora de impulsos y hacia el cerebro y también es el centro también es el centro de los movimientos reflejos. El cerebro y la medula espinal forman el S. NC. Que coordina las funciones de diversos órganos del cuerpo. La valoración neurológica es un componente clave en el cuidado del paciente neurológico, puede ayudar a detectar la presencia de enfermedades neurológicas o lesiones.