



**NOMBRE DEL ALUMNO: Yoana Itzel Gutiérrez
Álvarez**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Martha Patricia
Marín López**

LICENCIATURA: Enfermería

MATERIA: Fisiopatología II

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 5° cuatrimestre
escolarizado**

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO: Ensayo de
valoración neurológica**

Frontera Comalapa, Chiapas a 9 de Abril de 2021.

INTRODUCCION

La valoración neurológica de enfermería, es parte de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado recolección e interpretación de información, permite determinar la situación de salud que está viviendo la persona con daño neurológico, propicia pensamiento crítico en las acciones implementadas para prevenir, evitar deterioro y tomar decisiones oportunas que eviten complicaciones en la persona para brindar cuidados.

La valoración o evaluación neurológica debe ser registrada de forma continua y oportuna para evidenciar datos de daños neurológicos a través de los parámetros vitales, físicos y estructurales

DESARROLLO

La evaluación neurológica nos permite en la mayoría de las partes conocer de las afecciones medulares, radicales o trunculares y también determinar la presencia o ausencia de compromiso neurológico, su cuantificación y topografía lesional.

La evaluación de las funciones medulares (sensitiva, motoras y esfinterianas) dependiendo de la altura lesional, debe establecer los diferentes elementos semiológicos que permite sospechar, compromiso supra segmentario de primera motoneurona o segmentarios de segunda motoneurona.

Es una evaluación del sistema nervioso de un niño que pueda llevarse a cabo en el consultorio del médico. Se puede realizar con instrumentos tales como linternas y martillos para los reflejos, y en general, no es dolorosa para el niño, Para realizar la valoración física de la función neurológica se emplea la técnica de la observación permanente desde que el individuo entra a la consulta o desde que se lo identifica en la unidad, se puede evaluar la presión arterial, el pulso y la frecuencia cardíaca en diferentes posiciones: Sentado, de pie o acostado

Las escalas de valoración neurológica nos permiten cuantificar de forma bastante fiable la gravedad del ictus, su progresión y desenlace, se debe realizarse siempre en forma ordenada, bilateral y comparativa. Son 12 nervios craneales, sin embargo, de cada uno de ellos se abordarán solamente aquellos elementos que resulta más importante conocer para realizar un enfoque diagnóstico adecuado según el contexto clínico del paciente.

Nervio olfatorio (I): No se explora de manera rutinaria, ya que en la mayoría de los casos los trastornos de la olfacción son provocados por patologías o problemas nasosinusales y no de origen central, además en el contexto del paciente vertiginoso no tiene tanta relevancia. Se haría con la estimulación olfatoria a partir de diferentes sustancias

Nervio óptico (II): la agudeza visual lejana suele realizarse utilizando la tabla de Snellen, o en caso de no contar con este instrumento, se podría realizar una evaluación menos precisa con el método “cuenta dedos” mostrándole al paciente la mano a distintas distancias, pidiéndole que cuente el número de dedos que distingue.

Visión cromática: la forma más sencilla de evaluarla es mostrarle al paciente objetos de colores primarios (azul, amarillo y rojo)

Campos visuales: la prueba clínica más sencilla para evaluarlos es la campimetría por confrontación, en la que el médico compara sus campos visuales (asumiendo que su visión periférica es normal) con los del paciente.

Nervios oculomotores (III, IV y VI)

Estos nervios se evalúan en conjunto, debido a que todos inervan a los músculos de los movimientos oculares. El médico debe estar mirando continuamente los movimientos oculares del paciente para determinar si son conjugados y simétricos. Se debe inspeccionar la amplitud y simetría de la hendidura palpebral (dada por el músculo elevador del párpado, III nervio craneal), Así mismo debe evaluarse que la mirada conjugada sea normal, es decir, que ambos globos oculares se encuentran simétricos, en posición central cuando se encuentran en reposo y no presenten ninguna desviación. Para explorar los movimientos oculares, se pide al paciente que siga con la vista y sin mover la cabeza, el dedo del examinador, el cual deberá moverse en las direcciones de la mirada: lateral (músculo recto externo, VI nervio), medial (músculo recto interno, III nervio), arriba y lateral (músculo recto superior, III nervio), abajo y lateral (músculo recto inferior, III nervio), arriba y medial (músculo oblicuo inferior, III nervio), y abajo y medial (músculo oblicuo superior, IV nervio).

Nervio trigémino (V): Se encarga de transmitir la sensibilidad de la cara y dar la inervación motora a los músculos de la masticación (pteroideo, temporales y maseteros). Función motora: Por inspección se valora el trofismo de los músculos masetero y temporal, se le pide al paciente que apriete fuertemente sus dientes mientras se palpan ambos músculos maseteros, y después se hace lo mismo palpando ambos músculos temporales con el fin de evaluar el tono y la fuerza.

Función Sensitiva: Se explora la sensibilidad facial táctil de las tres ramas del nervio: oftálmica, maxilar y mandibular. La exploración completa requiere la evaluación de la sensibilidad al tacto grueso superficial, con un objeto delgado y romo, al dolor con un objeto puntiagudo, y a la temperatura. Se pide al paciente que cierre los ojos y con el objeto elegido se toca suavemente en el territorio inervado por cada una de las ramas de manera bilateral, comparativa y de arriba a abajo. solo se recomienda en el caso de pacientes que no cooperan adecuadamente o en pacientes con alteraciones del estado de alerta.

Nervio facial (VII): Es también un nervio mixto cuya función es la inervación motora de la mayoría de los músculos de la cara y la sensación gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua (no se sugiere la exploración de la función gustativa rutinaria). Función motora: se pide al paciente que realice diferentes movimientos o gestos faciales comenzando por la frente y terminando con la boca (arrugar la frente, levantar las cejas, fruncir el ceño, simular dar un pico o intentar silbar, entre otros), con el fin de identificar asimetrías faciales que sugieran paresia o parálisis de la musculatura facial.

Nervio glossofaríngeo (IX) y nervio vago (X): Se exploran juntos (inervan estructuras relacionadas funcionalmente). Debe observarse si la elevación del velo del paladar es simétrica y si la úvula se encuentra en posición central, además de evaluar si existen problemas en la fonación, lo cual puede hacerse durante la oroscopia, solicitando al paciente que diga el fonema "A" de manera prolongada; en caso de una paresia unilateral de los nervios IX y X, se observa que uno de los pilares del paladar no se eleva, lo cual produce una desviación de la úvula hacia el lado sano. En segundo término, se pide al paciente que abra la boca y se toca la pared posterior de la faringe con un depresor lingual y debe observarse la contracción de los pilares simultáneamente y el reflejo nauseoso.

Nervio accesorio (XI): Se encarga de la inervación motora de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo, por lo tanto, su exploración consiste en evaluar el trofismo (por

inspección), tono y fuerza (pidiendo al paciente que eleve los hombros y gire la cabeza contra resistencia) de ambos músculos.

Nervio hipogloso (XII): Da la inervación motora de la lengua, por lo tanto, se explora solicitando al paciente que la protruya y la movilice en todas las direcciones; estaría desviada hacia el lado sano.

CONCLUSION

Los nervios craneales comúnmente denominados pares craneales están constituidos por doce pares de troncos nerviosos que tienen sus orígenes en la superficie encefálica y, luego de trayectos más o menos largos en el interior de la cavidad craneana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/EDI/ManualdeExploracionNeurologicaparaNinosMenoresde5enelPrimerySegundoNiveldeAtencion.pdf>

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/523-532_Exploraci%C3%B3n%20neurol%C3%B3gica.pdf