



**NOMBRE DEL ALUMNO:**

López Méndez Conny Yanini

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

Martha Patricia Marín López

**LICENCIATURA:**

Enfermería General

**MATERIA:**

Fisiopatología II

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:**

5to "c" sábados

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:**

Valoración en pares craneales

Frontera Comalapa Chiapas a 14 de Febrero de 2021.

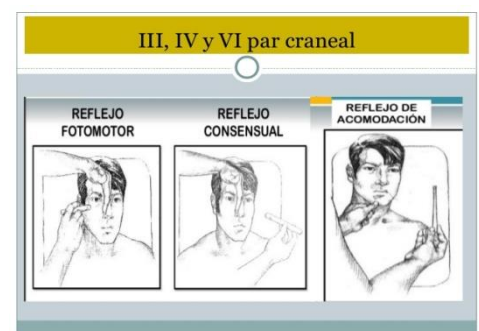
1.-El nervio olfatorio u olfativo es el primero y más corto de los pares craneales. Se origina en las células bipolares localizadas en el epitelio olfatorio que recubre la mayor parte del cornete superior y la pared opuesta al tabique en las fosas nasales. Suele ser evaluado solo después de un traumatismo de cráneo o cuando se sospechan lesiones de la fosa posterior por ejemplo meningioma o si los pacientes comunican una alteración en este sentido o el del gusto. Se le pide al paciente que identifique los olores como jabón, café, colocados delante de cada fosa nasal mientras se ocluye la contralateral. El alcohol, el amoníaco y otros productos irritantes, que exploran los receptores nociceptivos del V nervio craneal, solo se emplean si se sospecha un caso de simulación.



2.- En el caso del II nervio craneal (óptico), la agudeza visual se evalúa mediante una tabla de Snellen para la visión de lejos o una manual para la visión cercana, se examina cada ojo por separado, mientras el ojo opuesto permanece tapado. La percepción de los colores se evalúa con las láminas pseudoisocromáticas de Ishihara o las láminas de Hardy-Rand-Ritter, que contienen números o figuras encerrados en el medio de una superficie de puntos de color específicos. Los campos visuales se evalúan mediante la confrontación dirigida de los cuatro cuadrantes visuales. Se evalúan las respuestas pupilares directa y consensual. También se realiza el examen del fondo de ojo.

.-3, 4 y 6 para estos nervios craneales III (oculomotor), IV (troclear) y VI (abducens), se observa la simetría del movimiento, la posición ocular, la asimetría o caída de los párpados (ptosis) y las contracciones o el aleteo de los globos oculares o los párpados. Los movimientos extraoculares controlados por estos nervios se exploran

pidiendo al paciente que siga un objeto en movimiento (p. ej., el dedo del examinador, una linterna de bolsillo) por los cuatro cuadrantes (incluso a través de la línea media) y hacia la punta de la nariz; esta prueba permite detectar el nistagmo y las parálisis de los músculos oculares. Elistagmo breve de amplitud fina en el



extremo lateral de la mirada es normal. Se registra la presencia de anisocoria o las diferencias de tamaño pupilar en una habitación con luz tenue. Se evalúa la respuesta pupilar a la luz para detectar simetría e intensidad de la respuesta.

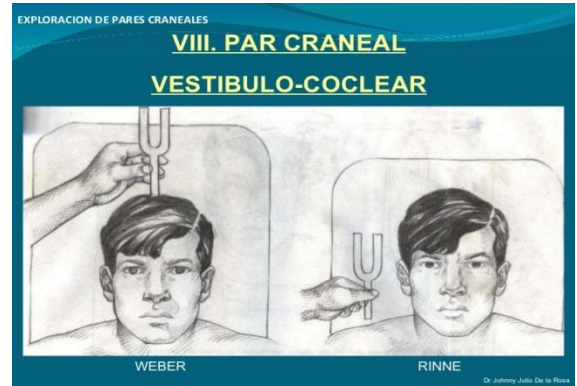
5.- Para el nervio craneal V (trigémico), se evalúan los 3 ramos sensitivos (oftálmico, maxilar, mandibular) utilizando un pinchazo para evaluar la sensibilidad facial y pasando una torunda de algodón contra la parte inferior o lateral de la córnea para evaluar el reflejo corneal. Cuando se pierde la sensibilidad facial, debe examinarse el ángulo de la mandíbula, la preservación de esta zona, sugiere un déficit del trigémico. Un parpadeo débil debido a debilidad facial por ejemplo parálisis del VII nervio craneal, debe distinguirse de la disminución o ausencia de sensibilidad corneal, frecuente en los que usan lentes de contacto. Normalmente, el paciente con debilidad facial siente la torunda de algodón a ambos lados, aun cuando el parpadeo esté disminuido. Las función motora del nervio trigémico se evalúa palpando los músculos maseteros mientras el paciente aprieta los dientes y abre la boca contra resistencia. En presencia de debilidad del músculo pterigoideo, la mandíbula se desvía hacia ese lado cuando se abre la boca.

7.- El VII nervio craneal que es el facial, se evalúa comprobando la debilidad hemifacial. La asimetría de los movimientos faciales suele resultar más evidente en el curso de una conversación espontánea, sobre todo cuando el paciente sonríe o, si está obnubilado, cuando hace una mueca al recibir un estímulo doloroso; del lado debilitado, el pliegue nasolabial se encuentra deprimido y la fisura palpebral está ensanchada. Cuando el paciente no tiene más que una debilidad facial inferior es decir, si está conservada la capacidad para fruncir el ceño y cerrar los ojos, la afectación del VII nervio craneal es central en lugar de periférica. El gusto de los dos tercios anteriores de la lengua puede explorarse depositando soluciones dulces, ácidas, saladas y amargas con un hisopo de algodón, primero de un lado de la lengua y luego del otro.

Exploración del Nervio Facial



8.- Dado que el VIII nervio craneal (vestibulococlear, acústico, auditivo) transporta información auditiva y vestibular, su evaluación implica pruebas auditivas y pruebas de la función vestibular. La audición se evalúa primero en cada oído susurrando algo mientras se ocluye el oído del lado opuesto. Tenemos que comentarle al paciente del procedimiento.



Cualquier sospecha de pérdida auditiva debe impulsar pruebas audiológicas formales para confirmar los resultados y ayudar a diferenciar la pérdida de audición de conducción de la pérdida de audición neurosensorial. Las pruebas de Weber y Rinne pueden indicarse en la cama del paciente para tratar de diferenciar las dos entidades, pero esta es una tarea difícil excepto en ambientes especializados. La función vestibular puede evaluarse con una prueba para el nistagmo. La presencia y las características como dirección, duración, desencadenantes del nistagmo ayudan a identificar los trastornos vestibulares y a veces diferencian el vértigo central del periférico. Este tiene 2 componentes: un componente lento causado por la información vestibular y componente correctivo rápido que provoca el movimiento en la dirección opuesta.

La dirección del nistagmo está definida por la del componente rápido porque es más fácil de observar. El nistagmo puede ser rotatorio, vertical u horizontal y suceder de modo espontáneo, con la mirada o con el movimiento de la cabeza.

9 y 10.- Los nervios craneales IX (glossofaríngeo) y X (vago) suelen evaluarse juntos. Se presta atención a la simetría en el ascenso del paladar mientras el paciente dice "aaa". Si un lado es parésico, la úvula está elevada del lado opuesto al lado parésico. Se puede usar un depresor lingual para tocar una cara lateral posterior de la faringe, luego la otra y la simetría del reflejo nauseoso; la ausencia bilateral de dicho reflejo es frecuente entre los individuos sanos y puede no tener importancia. En un paciente intubado que no reacciona, la aspiración por el tubo endotraqueal normalmente desencadena tos. Si se advierte ronquera, por lo general hay que inspeccionar las cuerdas vocales.

11.- El nervio craneal XI (espinal accesorio) se evalúa mediante el examen de los músculos inervados por este:

-Para el esternocleidomastoideo, se pide al paciente que gire la cabeza contra la resistencia ofrecida por la mano del explorador a la vez que se palpa el músculo activo (el del lado contrario al giro de la cabeza).

-Para el trapecio superior, se solicita al paciente que eleve los hombros contra la resistencia que ofrece el examinador.

12.- El nervio craneal XII (hipogloso) se valora pidiendo al paciente que saque la lengua e inspeccionando la presencia de atrofia, fasciculaciones y debilidad es decir la desviación se produce hacia el lado de la lesión.

