

NOMBRE DEL ALUMNO:

MELIDA YADIRA VELAZQUEZ GONZALEZ

NOMBRE DEL PROFESOR:

Mtra. MARTHA PATRICIA MARÍN LÓPEZ.

LICENCIATURA:

FISIOPATOLOGÍA II

GRADO: 5° CUATRIMESTRE

GRUPO: B

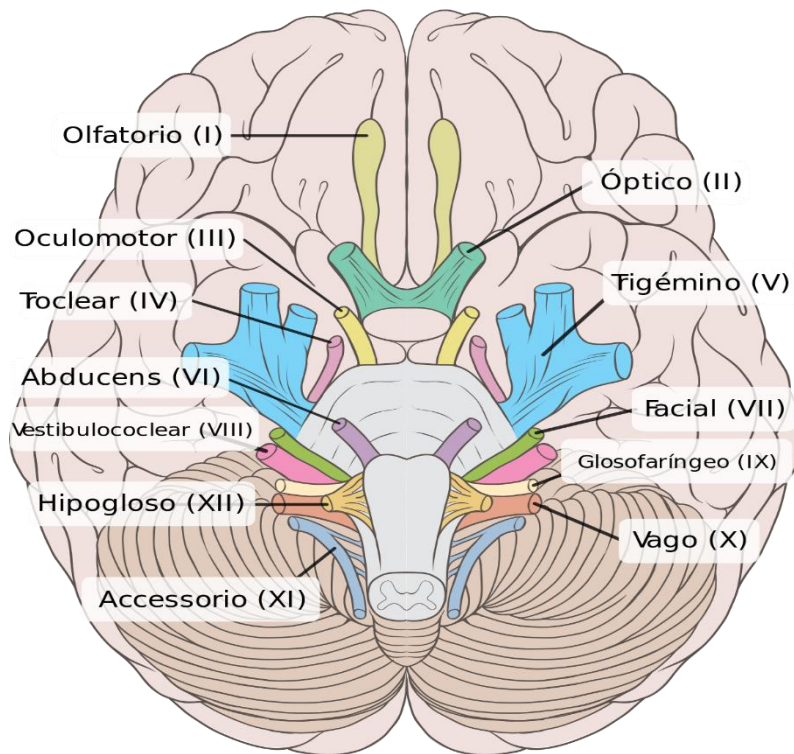
MATERIA:

ENFERMERIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Nombre del trabajo:

“VALORACIÓN NEUROLÓGICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”

Valoración de los 12 pares craneales



Par craneal I: nervio olfatorio.

En primer lugar, tiene que comprobar que se mantienen abiertas las dos fosas nasales del paciente ocluyendo alternativamente cada una de ellas y pidiendo al paciente que respire a través de la otra. después, pídale que cierre ambos ojos, ocluya una de sus fosas nasales y pídale también que identifique un olor común y no irritante que aplica bajo la fosa nasal opuesta, tal como el olor del café, el ajo, el limón, la vainilla o el jabón. Más tarde, valore de la misma manera la otra fosa nasal. el paciente no tiene que identificar el olor, solamente debe ser capaz de percibirlo. nunca utilice en esta prueba una sustancia con olor desagradable o nocivo como la acetona, el alcohol o el amoniaco, ya que estos olores pueden irritar la mucosa nasal.

Par craneal II: nervio óptico.

Para valorar la agudeza visual del paciente, usted debe utilizar una gráfica ocular de snellen, si es posible. el paciente debe permanecer en una habitación bien iluminada y colocado a una distancia de 6 m respecto a la gráfica. si utiliza normalmente lentillas o gafas (excepto las gafas para leer), también tiene que usarlas durante la prueba. después, pídale que cubra uno de sus ojos con una tarjeta (para evitar que pueda ver a través de los dedos si lo tapa con la mano) y que lea la línea con las letras más pequeñas que pueda. es posible mejorar el rendimiento en esta prueba estimulando al paciente a que intente leer la línea de letras más pequeñas. si el paciente no puede leer ni siquiera la línea de letras más grandes, acérquele la gráfica y anote la distancia.

Par craneal III: nervios motor ocular común.

Para valorar la reacción pupilar frente a la luz, apague la luz de la habitación y pida al paciente que mire hacia lo lejos. después, encienda una linterna de examen y aplique su luz sobre cada pupila, alternativamente. ambas pupilas deben presentar constricción (una reacción directa del ojo que recibe la luz) y también debe observar una reacción consensual (relejo cruzado) en el ojo opuesto. siempre tiene que apagar la luz de la sala de exploración y utilizar una luz intensa antes de llegar a la conclusión de que el paciente muestra ausencia de reacción pupilar frente a la luz. si la reacción pupilar está alterada o es dudosa, valore la reacción de proximidad del paciente con luz normal en la sala de exploración. coloque su dedo o un lápiz aproximadamente a una distancia de 10 cm del ojo del paciente y pídale que mire alternativamente a este objeto y a los objetos que quedan en la distancia directamente por detrás del mismo.

Par craneal IV: nervio troclear.

La parálisis del nervio troclear suele deberse a un traumatismo craneal o bien, raramente, a un tumor. el ojo afectado no puede realizar movimientos hacia dentro ni hacia abajo, lo que da lugar a una diplopía vertical. el paciente tiende de manera inconsciente a inclinar su cabeza y a utilizar los músculos oculares que no están afectados por la parálisis. esta posición puede eliminar la diplopía o visión doble. entre los trastornos asociados a las alteraciones del nervio motor ocular externo está la esclerosis múltiple y la elevación de la presión intracraneal. en estos casos el ojo afectado no es capaz de realizar movimientos completos en la dirección lateral y puede mantenerse fijo en una dirección medial.

Par craneal V: nervio trigémino.

Para valorar la función de este nervio, pida al paciente que apriete los dientes al tiempo que lleva a cabo la palpación de los músculos temporales y, después, de los músculos maseteros. Tiene que determinar la fuerza de la contracción muscular. después, pídale al paciente que mueva la mandíbula a ambos lados. si el paciente tiene dificultades para apretar la mandíbula o para moverla hacia los dos lados, presenta debilidad de los músculos masetero y pterigoideo lateral. para valorar la función sensitiva correspondiente al roce ligero, pida al paciente que cierre los ojos y después utilice una torunda de algodón para tocar con suavidad diversas partes de la cara del paciente, en los dos lados. el paciente debe indicar cuándo percibe el roce del algodón sobre su piel.

Par craneal VI: nervio abducens.

Entre los trastornos asociados a las alteraciones del nervio motor ocular externo está la esclerosis múltiple y la elevación de la presión intracraneal. en estos casos el ojo afectado no es capaz de realizar movimientos completos en la dirección lateral y puede mantenerse fijo en una dirección medial. La diplopía aparece cuando el paciente mira en la misma dirección del ojo afectado (por ejemplo, si está afectado el ojo izquierdo aparece diplopía cuando el paciente mira hacia la izquierda). el denominado síndrome del uno y medio es un trastorno de los movimientos extraoculares caracterizado por una paresia de la mirada horizontal conjugada en una dirección y por aparición de ION en la otra. el ojo del lado afectado permanece fijo en la línea media mientras que el otro ojo puede girar lateralmente pero no medialmente. en estos pacientes no están afectados los movimientos oculares verticales.

Par craneal VII: nervio facial

La lengua puede diferenciar cuatro sabores básicos: dulce (la punta de la lengua), ácido (los lados de la lengua), salado (la mayor parte de la superficie de la lengua, aunque con mayor intensidad en sus zonas laterales) y amargo (la parte posterior de la lengua, controlada por el nervio glossofaríngeo [el par craneal IX]). a pesar de que el sentido del gusto no se valora de forma sistemática, usted puede estudiarlo haciendo que el paciente saque la lengua y valorando cada uno de los sabores citados. La función motora del nervio facial se valora pidiendo al paciente que levante ambas cejas, frunza el ceño, cierre los ojos fuertemente, muestre sus dientes superiores e inferiores, sonría e hinche sus mejillas. descarte la presencia de asimetría, debilidad o movimientos anómalos.

Par craneal VIII: nervio acústico.

Para valorar la audición del paciente, debe valorar un oído cada vez. pida al paciente que tape uno de sus oídos con un dedo y, después, se coloca a una distancia de 60-120 cm y se tape la boca o pida al paciente que les mire a los ojos (para evitar que pueda leer sus labios). ahora, minimice la intensidad de su voz y susurre suavemente palabras en el oído no ocluido del paciente. es preferible utilizar palabras correspondientes a números o palabras que tengan dos sílabas de acentuación similar, tal como "casa" o "perro". si fuera necesario, incremente la intensidad de la voz hasta convertirla en un susurro de volumen medio, un susurro de volumen alto y, después, en una voz baja, de intensidad media y de intensidad elevada. si está disminuida la audición del paciente, pueden ser necesarias pruebas adicionales para determinar si dicha disminución de la audición se debe a un problema de la conducción o es de carácter neurosensitivo.

Pares craneales IX y X: nervio glossofaríngeo y nervio vago.

Es necesario escuchar la voz del paciente. ¿es ronca (lo que indica una parálisis de las cuerdas vocales) o tiene un sonido nasal (lo que indica una parálisis del paladar) ?, ¿tiene el paciente dificultades para la deglución por debilidad de la faringe o el paladar? pida al paciente que diga «ah» o que bostece, observando al mismo tiempo el movimiento del paladar blando y la faringe. normalmente, el paladar blando se eleva de manera simétrica, la úvula permanece en la línea media y cada uno de los lados de la faringe posterior se desplaza en dirección medial, como si fuera una cortina. anote cualquier asimetría o desviación de la úvula. a continuación, dígame al paciente que va a valorar su reflejo nauseoso. pídale que abra la boca y utilice la punta de un aplicador largo de algodón para estimular la parte posterior de la faringe, a cada lado. La valoración de la deglución se lleva a cabo mediante la observación de la posible disfagia del paciente mientras bebe agua. (esta prueba no se puede realizar si el paciente muestra una alteración del reflejo nauseoso, ya que podría presentar aspiración.)

Par craneal XI: nervio accesorio espinal.

El paciente debe quitarse la camisa. ahora, usted se coloca a su espalda y valora los músculos de ésta para descartar la presencia de atrofia o fasciculaciones (movimientos finos e irregulares) en los músculos trapecios. compara ambos lados. después, coloca sus manos sobre los hombros del paciente y le pide que levante los hombros frente a la fuerza que ejercen sus manos en dirección contraria. para valorar el músculo esternocleidomastoideo, usted coloca su mano sobre la mejilla del paciente y le pide que gire su cabeza frente a la resistencia que ofrece su mano. después, observa la fuerza del movimiento del paciente frente a su mano.

Par craneal XII: nervio hipogloso

Debemos escuchar la articulación de la palabra del paciente, que depende del nervio hipogloso y también de los nervios vago, facial y trigémino. pida al paciente que saque la lengua y realice su examen para descartar desviación lateral, atrofia y fasciculaciones. después, pídale que mueva su lengua a ambos lados y observe la simetría de estos movimientos.