

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 1 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

GUÍA DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACION DE ENFERMERIA No.7: PARES CRANEALES

OBJETIVO: Realizar la valoración de los doce pares craneales, mediante la implementación de diferentes técnicas propias de cada nervio, a fin de la identificación de hallazgos conformes al área de inervación.

DEFINICIÓN: Los nervios craneales o pares craneales son los doce pares de nervios que parten de la base del cerebro o a nivel del tronco del encéfalo y emergen por los agujeros de la base del cráneo, distribuyéndose por la cabeza, el cuello, el tórax y el abdomen.

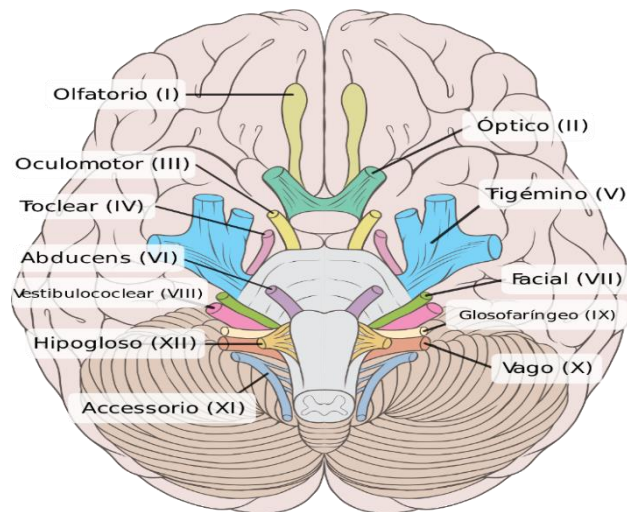
Son nervios que están comunicación con el encéfalo y atraviesan los orificios de la base del cráneo con la finalidad de inervar diferentes estructuras, además de la cabeza y el cuello por ejemplo si nos referimos al nervio gástrico o vago, su área de enervación incluye vísceras situadas en el mediastino y en la cavidad abdominal. De acuerdo a su punto de emergencia en la superficie del encéfalo, se distinguen doce pares de nervios.

Los nervios craneales comúnmente denominados pares craneales, clásicamente se han considerado constituidos por doce pares de troncos nerviosos, que tienen sus orígenes aparentes en la superficie encefálica y, luego de trayectos más o menos largos en el interior de la cavidad craneana abandonan esta por orificios situados en la base craneana para alcanzar sus áreas de inervación. El examen de los pares craneales es esencial en el estudio del sistema nervioso.

La localización adecuada de las lesiones que afectan los nervios craneales requieren: habilidad en el examen y conocimiento de la neuroanatomía del tallo cerebral y de los nervios craneales.

El origen aparente de un nervio craneal es aquella área de la superficie encefálica en que se implanta o fija dicho nervio. Las fibras motoras de los nervios craneales tienen su origen real

en acumulaciones de neuronas (masas de sustancia gris que forman los núcleos motores) situadas profundamente en el encéfalo, de las cuales parten los axones que, formando sus nervios respectivos, conducen impulsos nerviosos hacia los efectores (músculos o glándulas). Las fibras aferentes o sensitivas de estos nervios, tienen sus orígenes reales en acumulaciones de neuronas situadas fuera del encéfalo, en los llamados ganglios craneales aferentes; cada nervio craneal con componentes aferentes presenta uno o varios ganglios específicos. Las neuronas de estos ganglios craneales aferentes poseen prolongaciones que parten de los receptores situados en la periferia; a su vez, de esas neuronas ganglionares parten otras prolongaciones que, alcanzando el neuroeje, van a hacer sinapsis en otras acumulaciones neuronales incluidas en el encéfalo, que constituyen los núcleos sensitivos de los pares craneales



<https://www.saberespractico.com/anatomia/los-12-pares-craneales-nombre-y-posicion/>

INSTRUMENTAL

Bandeja con:

1. Papel

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 3 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

2. Lapicero
3. colores
4. Hoja de registro de enfermería.
5. Carta de Snellen
6. Linterna
7. Pañuelo
8. Sustancias de olor característico: perfume, limón, café, cebolla etc.
9. Sustancia de sabor característico: sal, azúcar, limón, etc.
10. Algodón
11. Bajalenguas
12. Paleta de protección ocular.
13. Diapasón
14. Periódico
15. Oftalmoscopio
16. Lamina de colores
17. Reloj

VALORACION DE LOS PARES CRANEALES

Los pares craneales se clasifican en:

- Pares sensitivos o aferentes. El olfatorio (I par), el óptico (II par) y el vestibulococlear o estatoacústico (VIII par)
- Pares motores o eferentes. El motor ocular común u oculomotor (III par), el patético o troclear (IV par), el motor ocular externo, abductor o abducens (VI par), el espinal o accesorio (XI par) y el hipogloso (XII par)
- Pares mixtos. El trigémino (V par), el facial (VII par), el glossofaríngeo (IX par) y el vago o neumogástrico (X par)

I PAR. NERVIO OLFATORIO (sensitivo).

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 4 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

Precauciones

- Asegúrese de que las vías aéreas estén permeables.
- Evaluar cada fosa nasal separadamente.
- Ocluir la fosa nasal contraria a la que se examina.
- Evitar que el examinado vea la sustancia que se utiliza.
- No utilizar sustancias guardadas durante mucho tiempo, sin protección para evitar cambios en el olor.
- Evitar la introducción a la fosa nasal de partículas de la sustancia utilizada (café, tabaco).
- Utilizar un baja lenguas que facilite sacar la sustancia del recipiente empleado y desecharlo después de su uso.
- Guardar la sustancia en un recipiente que facilite su uso y su conservación.

Técnica

- Deben tenerse preparados pequeños frascos con sustancias de olores conocidos, corrientes o comunes, y que no sean irritantes. Entre ellos el olor a clavo, café, jabón, perfume, trementina, alcanfor, etc.
- No debe usarse amoníaco, vinagre, formol u otras sustancias, que irritarían las terminaciones sensitivas del V par.
- Pida a la persona que: ocluya una fosa nasal con su dedo, mantenga la boca cerrada y cierre los ojos.
- Presente varios olores familiares, aplicando la boca del recipiente que contenga la sustancia que se use, debajo de la fosa nasal que se está examinando.
- Cada lado de las fosas nasales debe ser explorado separadamente.
- Repita el procedimiento en la otra fosa nasal.
- Debemos preguntar primero si siente o no el olor y si responde positivamente, se le insta a que identifique el olor.
- Anótese cuidadosamente señalando para cada fosa nasal, cuál es el resultado de la prueba.
- Antes de considerar una prueba como positiva hay que cerciorarse primero de que el sujeto no tiene catarro nasal, u otra afección de las fosas nasales, que impida o altere la circulación del aire por ellas.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 5 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- Es importante aclarar que, aunque no se identifique exactamente, la apreciación por el sujeto de un olor, es suficiente para excluir la anosmia (pérdida del olfato).

Hallazgos

Se puede encontrar hiposmia y anosmia

II PAR. NERVIO OPTICO (sensitivo).

La exploración del nervio óptico comprende cuatro aspectos distintos:

- Agudeza visual. De lejos y de cerca.
- Perimetría y campimetría.
- Visión de los colores.
- Examen del fondo de ojo.

Agudeza visual

- La exploración de la agudeza visual comprende la evaluación de la visión: de lejos y de cerca.
- Para determinar la visión lejana se usa la tabla de Snellen y para la visión de cerca, la tabla de Jaeger, que puede ser sustituida por la página impresa de un periódico o del directorio telefónico

Exploración de la visión lejana

Sitúe a la persona a una distancia de 20 pies de la tabla de Snellen, que ya debe estar previamente establecida, y pida a la persona que se tape un ojo con una tarjeta de cartón o con su palma de la mano ahuecada, de manera que los dedos queden sobre la frente y no compriman el ojo, mientras usted explora el otro ojo.

No es apropiado tapar el ojo con los dedos, porque pudiera verse a través de ellos y porque al comprimirlo se puede distorsionar la visión cuando vaya a ser examinado.

Pueden dejarse los lentes correctores, si el sujeto ya los usa, para evaluar si estos tienen la graduación adecuada.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 6 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- Se ordena leer con cada ojo por separado, las letras de distintos tamaños que están en esa tabla, considerándose como máxima visión la que corresponde a aquella línea de letras de menor tamaño que el sujeto ha podido leer sin equivocarse
- Si no se dispone de la tabla para realizar el examen físico no especializado, hágase leer los titulares de un periódico o una revista, a una distancia similar. Recuerde explorar ambos ojos por separado
- Registre la agudeza visual en forma de fracción para cada ojo. Normalmente las menores letras en las líneas, designadas “20” pueden ser leídas a 20 pies, por lo que la agudeza visual se recoge como “20/20”.
- El numerador indica la distancia en pies que media del sujeto a la tabla, que siempre será 20; el denominador, la distancia a la cual un ojo normal puede leer la línea de letras. Esta cifra está impresa al lado de cada línea de letras o figuras de la tabla
- Si no se utilizó la tabla, registre: “Agudeza visual lejana: groseramente normal, a la lectura a unos 20 pies de los titulares de un periódico o revista”.
- Si el individuo no alcanza a leer ninguna línea de la escala, se le muestran los dedos de la mano y se le pide que los cuente: si puede hacerlo se dice que tiene visión cuenta dedos.
- Si no puede contar los dedos, pero los ve borrosamente, se dice que tiene visión de bultos.
- Si ni siquiera puede ver borrosamente los dedos, debe llevarse a un cuarto oscuro, y con un aparato apropiado, proyectar un haz de luz sobre la pupila y si el sujeto no percibe luz, se dice que tiene amaurosis, anopsia o ceguera

Exploración de agudeza visual de cerca

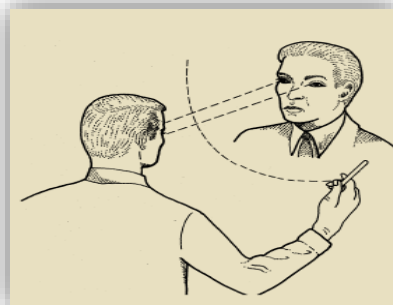
Pídale a la persona que lea la tabla de Jaeger o las letras pequeñas de un diario o de una hoja del directorio telefónico, sostenido a un pie (30 cm) de sus ojos.

Registre la agudeza visual para la visión de cerca. Una persona sin alteraciones es capaz de leer las letras pequeñas a esta distancia. Si el sujeto tiene que alejar la tabla o el papel para poder distinguir adecuadamente las letras, tiene incapacidad para enfocar los objetos cercanos debido al deterioro de la acomodación del ojo, lo que se denomina presbicia.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 7 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- **Perimetría y campimetría**

- La Perimetría consiste en determinar el perímetro del campo visual correspondiente a cada ojo, es decir, la superficie que cada uno abarca al mirar, también llamada visión periférica.
 - Para explorar groseramente los campos visuales del sujeto, se realiza el examen por confrontación.
 - Sitúese frente al examinado, cara a cara, mirándose a los ojos en línea recta horizontal a una distancia de unos 2 pies (60 cm).
 - Pida a la persona que se tape un ojo y el observador debe cerrar o tapar con una mano su propio ojo que queda frente al que no se está explorando. Ambos deben mirar el ojo descubierto del otro.
- Extienda completamente su brazo izquierdo.
 - Si explora el ojo derecho del sujeto introduzca un objeto o un dedo en movimiento en el campo visual del ojo que se explora desplazando su mano a lo largo de los ejes principales del campo visual (superior, inferior, temporal y nasal) de ambos
 - A la misma distancia de uno y otro, de manera tal que cuando el examinado comienza a verlo usted también debe verlo al mismo tiempo, asumiendo que su visión periférica es normal y siempre que ambos se miren fijamente, el uno al otro.



	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 8 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- Instruya previamente a la persona que indique en cada movimiento cuándo ve el dedo o el objeto por primera vez y compare el campo visual del sujeto con el suyo.
- Repita el proceder con el otro ojo.
- Registre sus hallazgos.

Campos visuales normales por confrontación:

- Temporal: se extiende 90° de la línea media.
- Superior: 50°.
- Nasal: 60°.
- Inferior: 70°

- Visión de los colores

- Se le pueden mostrar al sujeto algunos de los colores simples y ver si es capaz de identificarlos. Los especialistas cuentan con láminas apropiadas para esta exploración, como los discos de Ishihara. Examine cada ojo por separado, mostrándole al sujeto objetos de color (rojo, azul, verde y amarillo) que pueda haber en la habitación o muéstrele láminas con esos colores, preparadas previamente para este examen.

NERVIOS MOTOR OCULAR COMÚN, PATÉTICO (TROCLEAR) Y MOTOR OCULAR EXTERNO (ABDUCENS): III, IV Y VI PARES

Estos tres pares craneales inervan todos los músculos extrínsecos del ojo, el elevador del párpado superior, el esfínter o constrictor de la pupila y el músculo ciliar.

El enfoque de la exploración y el registro de estos tres pares craneales se resumen como sigue:

1. Motilidad extrínseca del ojo:

- a) Abertura palpebral (III par).
- b) Movimientos oculares.

2. Motilidad intrínseca del ojo (III par):

- a) Pupilas: forma y contorno, situación, tamaño, simetría, hippus pupilar.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 9 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- b) Reflejo fotomotor.
- c) Reflejo consensual.
- d) Reflejo de la acomodación y convergencia.

Motilidad extrínseca del ojo. La porción extrínseca del III par y los pares IV y VI.

A. Explore la abertura palpebral de cada ojo.

- El III par inerva el músculo elevador del párpado superior.
- La simple inspección de la facies permitirá darse cuenta si las dos aberturas palpebrales son de la misma amplitud, o si una de ellas está más estrecha porque el párpado superior de un lado está más descendido que el otro (**ptosis palpebral**)
- Igualmente, si un ojo está cerrado porque no hay elevación del párpado superior de ese lado, será índice de parálisis de ese músculo, por lesión, al menos del III par.
- Recuerde que el párpado superior no cubre la pupila cuando se abre, pero puede cubrir la porción superior del iris; los párpados deben abrirse y cerrarse completamente, sin caída ni retraso.

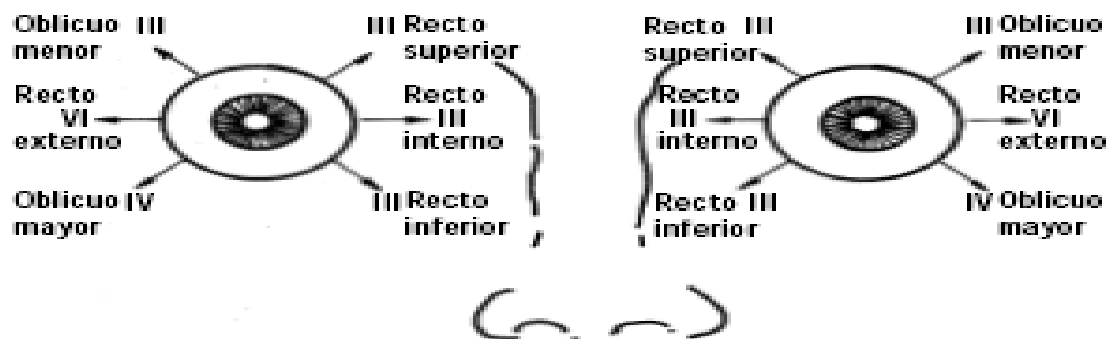


Ptosis Palpebral

B. Examine los movimientos oculares.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 10 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- ✓ Después de observar la abertura palpebral, vemos si ambos globos oculares se encuentran simétricos o si, por el contrario, alguno de ellos presenta desviación hacia arriba, abajo, afuera, o adentro.
- ✓ Mirada conjugada normal: los ojos se mantienen en posición central cuando se encuentran en reposo.
- ✓ Fije la cabeza del sujeto con una mano e instrúyalo a que siga con su vista un dedo, o un lapicero, que movemos frente a sus ojos.
- ✓ Mueva el lapicero o el dedo, primero en dirección horizontal de derecha a izquierda y viceversa, hasta las posiciones extremas; después, en sentido vertical de abajo a arriba y viceversa.
- ✓ Seguidamente realice el movimiento en las seis direcciones o puntos cardinales de la mirada, partiendo del centro y retornando al punto central, que corresponde a los movimientos que le imprimen al globo ocular cada uno de los músculos extrínsecos.
- ✓ Terminaremos esta exploración moviendo el dedo en dirección circular para imprimir al globo ocular un movimiento rotatorio



- Recuerde: demasiado movimiento del dedo o el objeto muy rápidamente, el sujeto puede tener dificultad en seguirlo y usted no puede evaluar adecuadamente los movimientos
- Cuando la persona mire hacia el punto más distal en los campos lateral y vertical, fíjese cuidadosamente en los movimientos conjugados de los globos oculares y en la

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 11 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

presencia de movimientos involuntarios, cíclicos, del globo ocular, caracterizados por un movimiento inicial lento, seguido de una sacudida brusca en dirección opuesta, lo que se llama nistagmos (**de nistagmos: movimiento**), y cuya exploración y análisis veremos al estudiar el VIII par.

- ❖ *Movimientos extra oculares normales:* movimiento voluntario de los ojos a través de todas las posiciones, sin nistagmos. Sin embargo, puede observarse un nistagmos ligero; puede ser no patológico, cuando los ojos están en la mirada lateral extrema.

Explore buscando estrabismo (prueba de tape y destape).

- Pida a la persona que mire fijamente su lapicero, sostenido aproximadamente a un pie de distancia, mientras usted cubre uno de los dos ojos del sujeto. Observe si hay algún movimiento en el ojo descubierto. Al retirar la cubierta observe algún movimiento del otro ojo. Repita la operación tapando y destapando el otro ojo.
- Hallazgo normal: la mirada se mantiene sobre el lapicero durante la maniobra tape y destape, lo que indica una buena fuerza muscular y visión binocular.

Motilidad intrínseca del ojo

- A. *Pupilas:* situación, forma y contorno, tamaño y simetría. En la parte central del iris se encuentra la pupila (del latín pupilla: niña, niña del ojo), que es una abertura dilatable y contráctil por la que pasan los rayos luminosos, cuyo tamaño puede ser modificado por fibras contráctiles dispuestas a su alrededor, unas en forma circular que constituyen el esfínter de la pupila (inervado por el III par) y cuya contracción reduce su tamaño, y otras en forma de radios que van desde la circunferencia mayor a la menor del iris, inervadas por el simpático (centro ciliospinal), y cuya función es dilatar la pupila.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 12 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

1. Forma y contorno: la pupila es de forma circular y contorno regular, aunque a veces se presenta elíptica, y otras, con un contorno irregular, lo que se llama discoria.

2. Su situación es central, aunque a veces puede estar algo excéntrica, con relación al centro del iris.

- Su tamaño es variable y guarda relación con la intensidad de la luz a que estén sometidas. Se dilata (aumenta) en la oscuridad y se contrae (disminuye) a medida que aumenta la luz. Su diámetro normal promedio es de 3mm y su rango normal puede considerarse entre 2 y 4 mm.
- Ello varía con la edad; en el recién nacido tiene su contracción máxima de hasta 2 mm; en la infancia adquiere su máxima dilatación normal: 4 mm y se mantiene en su rango normal hasta la edad madura, en que disminuye progresivamente, para volver a su máximo de contracción fisiológica en la vejez.
- Cuando las pupilas están muy contraídas, menores que 2 mm, se denomina miosis y cuando están muy dilatadas, con diámetros de 5mm o más, se llama midriasis; ambos estados son anormales.
- Las pupilas son simétricas, iguales en tamaño. La desigualdad del tamaño de las pupilas se denomina anisocoria y generalmente es patológica, aunque el 5% de la población tiene una ligera anisocoria, que se considera clínicamente insignificante.
- Híppus pupilar. Se designa con este nombre a la serie de contracciones rítmicas que experimenta la pupila, bien de manera espontánea o provocada por la luz.

Después de observar las características de las pupilas y la presencia o no de híppus pupilar (exploración estática), se evalúan las reacciones pupilares (exploración dinámica). Esta reacción pupilar a los estímulos, fundamentalmente luminosos, se produce gracias a la inervación de su aparato contráctil que regula su tamaño: mientras las fibras parasimpáticas del III par las contraen, las ramas provenientes del simpático cervical las dilatan. Este balance puede romperse por irritación de una de las dos partes antagónicas y entonces predomina el efecto de esta; o por lesión paralítica de una de ellas y entonces, la acción predominante es la de la parte sana.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 13 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

Ejemplo: una lesión irritativa del sistema simpático, dilata la pupila, porque su acción predomina sobre la acción constrictora del III par; lo mismo sucede cuando hay una lesión paralítica del III par, en que la pupila también se dilata por estar anulada la acción constrictora antagonista del III par.

Explore el reflejo fotomotor.

Como ya sabemos que la luz intensa contrae la pupila y la oscuridad la dilata, si dirigimos un haz luminoso de intensidad sobre ella, la pupila se contrae; esto se llama reflejo fotomotor de la pupila

1. a la acomodación:

- A. en la visión “distancia”
- B. en la visión “cercana”;

2. reflejo fotomotor:

- A. en la oscuridad (midriasis);
- B. a la luz (miosis).

1. Oscurezca la habitación o sitúe al sujeto de espaldas a la fuente de luz directa.

2. Para obtener la máxima dilatación pupilar, pida a la persona que mire un objeto distante.

3. Pida que se cubra un ojo mientras usted incide un haz de luz desde el lado hacia la pupila del ojo descubierto.

4. Observe si la pupila se contrae al incidir el haz de luz.

5. Repita la prueba con el otro ojo

C. Explore el reflejo consensual.

- Cuando exploramos el reflejo fotomotor, dirigiendo el rayo de luz sobre un ojo, observamos que normalmente la pupila del otro ojo también se contrae, y que cuando retiramos la luz, dicha pupila se dilata; esto se llama reflejo consensual.
- Incida lateralmente el haz de luz sobre un ojo, mientras observa ambas pupilas. Ambas deben contraerse, a pesar de que la luz se dirigió hacia un solo ojo. La contracción de la



	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 14 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

pupila del ojo que no recibe directamente la luz es la respuesta consensual. Explore el reflejo de la acomodación y convergencia.

- También se examina la pupila haciendo que el sujeto mire un objeto situado a distancia, y luego, frente a sus ojos, a 30 cm de distancia más o menos, se coloca un dedo del examinador, o un objeto cualquiera, se observa que al mirar al objeto distante, la pupila se dilata, y al mirar al dedo, la pupila se contrae y los ejes ópticos convergen. Esto constituye el reflejo de la acomodación y convergencia

V. PAR NERVIO TRIGEMINO (mixto).

Las tres ramas sensitivas del trigémino, son oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior. Se emplea para valorar la capacidad sensitiva) táctil, dolor y temperatura) y motriz (contracción, tono muscular) de los músculos de la masticación.

La porción sensitiva se explora en forma similar a la sensibilidad en general; para ello se utilizará mechitas de algodón, alfileres y objetos fríos o calientes

Reflejos: corneal (parpadeo), conjuntival, mandibular y estornutatorio

Precauciones

- Cerciórese de que el examinado cierre los ojos
- Asegurarse de que el examinado comprende las instrucciones.
- Asegurarse de que la intensidad del estímulo sea igual y tener cuidado de no reproducir lesiones.
- En ocasiones, no colocar el estímulo para asegurarse de la respuesta del examinado.
- Estar alerta a las reacciones del examinado.

La porción motora se explora de dos maneras:

1. Palpe los músculos temporales y después los maseteros, mientras ordena a la persona que apriete fuertemente sus dientes o que mastique, lo que permite percibir el endurecimiento de las masas musculares, por la contracción de las mismas.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 15 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

2. Pida al sujeto que abra su boca, mientras con una mano se opone a ello.

En el caso de parálisis de los masticadores de un lado, observaremos al palpar con la mano libre, que el masetero del lado afecto no se contrae, no se endurece, en tanto que el del lado sano sí lo hará. Además, si la presión que oponemos al movimiento del mandibular lo permite, al pedir al sujeto que abra la boca poco a poco, veremos que el mandibular se desvía hacia el lado paralizado, por ser imposible que los músculos de ese lado contrarresten la fuerza de los del lado sano.

Función sensitiva: examinado en su posición cómoda. Se le explica que sensación debe describir cuando se toque con el algodón o con la aguja. Se le solicita que cierre los ojos. Se le coloca la piel de la cara en forma alterna con el algodón y con el alfiler. Se evalúa el reflejo corneal.

Hallazgos

Los problemas que se pueden detectar son: disminución en la fuerza de contracción de los músculos masticadores, asimetría, anestesia, hipoestésias e hiperestésias de la cara y cavidad oral.

VII. PAR NERVIO FACIAL (mixto).

■ Función motora

1. Observe desde el comienzo del examen físico si existe o no, desviación de una comisura labial al hablar o la salida de la saliva por un lado de la boca.

1. Ordene al sujeto que arrugue la frente (con esta maniobra exploramos el facial superior), que frunza el ceño, que cierre fuertemente los ojos, que se ría, que enseñe los dientes y que silbe y observe la simetría labial.

2. Pídale a la persona que proyecte los labios hacia adelante, mientras usted ejerce presión en contra con sus dedos.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 16 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

3. Pídale, además, que llene de aire la boca y pronuncie ambas mejillas. Presiónelas simultáneamente con sus dedos índices y note si se escapa el aire por uno de los lados de la boca.

4. Explore la fuerza de cierre de los párpados pidiendo al sujeto que mantenga los ojos fuertemente cerrados, mientras usted trata de abrirlos elevando los párpados con sus pulgares.

Si el sujeto está estuporoso o en coma, se debe realizar la maniobra de Pierre-Marie-Foix (presión firme sobre la parte posterior del ángulo de las mandíbulas) que puede poner en evidencia una parálisis facial inferior.

■ **Función sensorial**

- ✓ El examen de la función sensorial consiste pues, en explorar el gusto de cada hemilengua, en sus dos tercios anteriores.
- ✓ Se necesita tener preparado hisopos algodónados, frascos con azúcar (sabor dulce), sal común (salado), ácido cítrico o jugo de limón (ácido) y quinina (amargo), un papel o cuatro tarjetas donde estén escritos con letras grandes, los cuatro sabores primarios y un vaso con agua natural para enjuagarse la boca entre una gustación y otra
- ✓ Explique previamente al sujeto que se le aplicarán en cada hemilengua sustancias con los cuatro sabores primarios por separado, que debe mantener la lengua fuera de la cavidad bucal durante el examen de cada gustación e indicará con un dedo, en el papel o tarjetas, a cuál de los sabores corresponde.

Se procede a examinar primero una mitad de la lengua y luego la otra

1. Tome un hisopo algodónado, muy ligeramente humedecido con una de las sustancias, para que el sabor no se corra, y aplíquelo sobre la parte anterior y media de una hemilengua,

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 17 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

recordándole a la persona que mantenga la lengua afuera para evitar que cierre la boca, ya que la difusión de la sustancia puede permitir el gusto en el tercio posterior.

2. Ordénele que indique con un dedo a cuál de los sabores corresponde.
3. Pídale que se enjuague la boca.
4. Repita los pasos 1, 2 y 3 para cada sabor.
5. Explore de la misma forma la otra hemilengua.
6. Registre los resultados de la exploración

Hallazgos

- Pérdida del gusto
- Incapacidad para arrugar la frente, cerrar los párpados, sonreír o mostrar los dientes.
- Borramiento del surco nasogeniano.
- Al pedirle al examinado que sonría o muestre los dientes, la boca se desvía hacia el lado que mantiene la fuerza muscular; puede salir saliva por el lado opuesto.

VIII PAR. NERVIO AUDITIVO (sensitivo).

El VIII par auditivo o nervio estatoacústico está formado en realidad por dos nervios o dos ramas: el nervio vestibular, que trasmite impulsos relacionados con el equilibrio y la orientación espacial del cuerpo, y el nervio coclear (nervio sensorial) encargado de la audición.

NERVIO COCLEAR

Para explorar la porción coclear se necesita estar equipado de un reloj (de tic-tac) y de un diapasón.

En los exámenes generalmente se usa un diapasón de 512 ó 1 024 Hz, porque el oído humano puede detectar frecuencias que van de los 300 a los 3 000 Hz. El número de la frecuencia está grabado usualmente en el instrumento. Active el diapasón agarrándolo por su tallo y golpeando su porción final contra su mano u otra superficie. Sostenga el instrumento por su tallo para evitar amortiguar la vibración.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 18 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

Explore la agudeza auditiva, especialmente los sonidos de alta frecuencia.

En un recinto a prueba de ruidos, ocluyendo uno de los conductos auditivos externos, se le habla a la persona en voz baja a cierta distancia, la que se va acortando hasta que el sujeto nos oiga

1. Prueba de la voz cuchicheada:

- a) Pida al sujeto que se cubra un oído con su mano. Párese ligeramente detrás de la persona, cercana al otro oído que quiere explorar.
- b) Susurre o cuchichee unas pocas palabras y pida al sujeto que repita lo que usted ha dicho.
- c) Repita la prueba en el otro oído.

Normalmente, el sujeto debe tener la capacidad de reconocer las palabras del mensaje cuchicheado a 2 pies de distancia del oído explorado. Si no oye la voz cuchicheada se le acerca al oído un reloj, y si percibe el ruido de la maquinaria del reloj, este se va alejando para determinar la distancia a que deja de oírlo y compararla después con la del otro oído.

Prueba del tic-tac del reloj:

- a) Párese detrás de la persona. Instrúyala que se cubra el oído que no va a ser explorado.
- b) Sostenga un reloj de tic-tac cerca del oído no cubierto. Pida al sujeto decir “Sí” cuando oiga el tictac y “No” cuando se vuelva inaudible. Mueva el reloj hasta que esté a 2 pies del oído.
- c) Repita la prueba en el otro oído.

Nota: Estas dos pruebas no indican la capacidad del sujeto para percibir los sonidos de baja frecuencia.

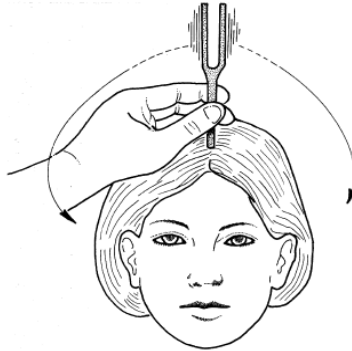
Si no oye el reloj se hace vibrar un diapasón y se procede igual que con el reloj. Si no oye el diapasón, realice la prueba de Weber.

Prueba de Weber:

- a) Haga vibrar el diapasón y colóquelo sobre el vértice del cráneo.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 19 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

b) Pregunte a la persona dónde siente el sonido y si lo oye en ambos oídos, pregúntele si lo siente más intenso en un oído que en otro. En los casos normales se oye de inmediato y por igual en ambos oídos, no hay lateralización del sonido.



- Si se siente más intenso o solo se oye en uno de los oídos, se dice que el Weber está lateralizado hacia el lado donde aumenta su intensidad.
- Cuando el “aparato de transmisión” está afectado, la percepción ósea aumenta y la misma es más intensa en el lado enfermo y cuando está afectado el nervio, la percepción es más intensa, o solo ocurre, en el lado sano.
- Si el Weber está lateralizado, repita la prueba ocluyendo primero, el oído que se está explorando y después el otro.
- Normalmente el diapasón se oye mejor cuando el oído tiene ocluido su conducto auditivo externo.
- Si con el oído que ha sido ocluido por el médico no se oye nada, entonces estamos en presencia de una sordera troncular o nerviosa de ese lado y si las vibraciones del diapasón ahora se sienten con intensidad similar en ambos oídos, se trata de una sordera ósea o de transmisión, del lado no ocluido.
- Seguidamente se realizan pruebas con vistas a comparar la capacidad para percibir la conducción ósea contra la conducción aérea.

Prueba de Rinne:

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 20 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- a) Haga vibrar el diapasón y colóquelo sobre la apófisis mastoides del lado cuyo oído estamos explorando.
- b) Pídale al sujeto que avise inmediatamente cuando deje de percibir el sonido (o el zumbido).
- c) Al avisar, traslade el diapasón, que estará vibrando débilmente, frente al conducto auditivo externo.
- ✓ Pregunte al sujeto si vuelve a percibir la vibración.
 - ✓ Normalmente debe oírse de nuevo la vibración cuando el diapasón se coloca frente al conducto auditivo externo, pues la conducción aérea es mayor que la ósea ($CA > CO$), llamado Rinne positivo.
 - ✓ En las lesiones del oído medio esto no ocurre, predominando la conducción ósea sobre la aérea ($CO > CA$), llamado Rinne negativo.
 - ✓ En las lesiones del oído interno y en los casos de sordera intensa de causa nerviosa no se percibe el diapasón en ninguna de las dos posiciones en que se coloque.
 - ✓ Esta prueba es muy elemental y solamente orientadora, debe en caso de que encuentre algún hallazgo anormal, o aun si lo sospecha, referir al equipo apropiado que podrá hacerle un examen audiométrico y determinar exactamente la alteración de la audición, cualitativa y cuantitativamente, en cada oído.

Prueba de Schwabach.

Mide la duración de la percepción ósea:

a) Coloque el diapasón en vibración sobre una de las apófisis mastoides y mida el tiempo durante el cual el sujeto percibe el sonido.

b) Mida el tiempo en la otra apófisis mastoides.

El promedio normal de duración es de 18 s; si dura menos se dice que está “acortada” y si dura más se dice que está “alargada”.

c) Adicionalmente puede repetir la prueba, sosteniendo el diapasón contra su propia mastoides y anotar su tiempo de conducción ósea, para compararlo con los del examinado, asumiendo que su audición es normal

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 21 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

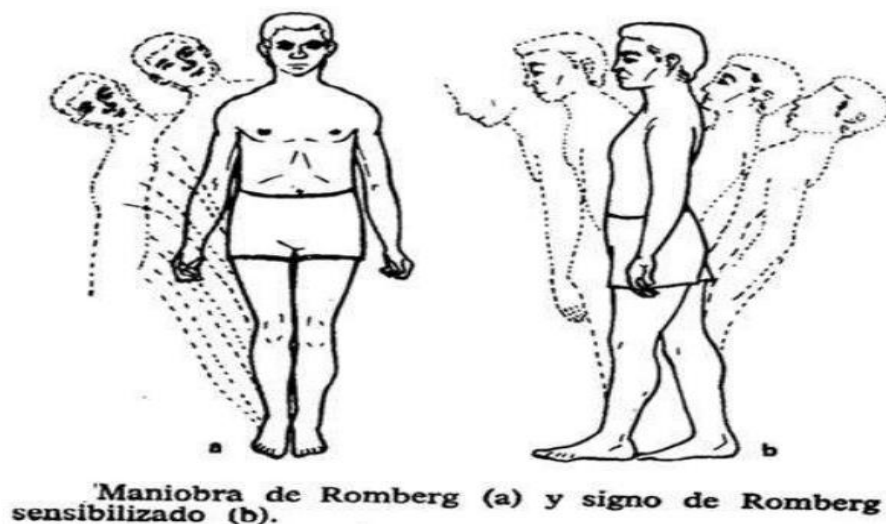
- La finalidad de las tres últimas pruebas es reconocer si la sordera se debe a una pérdida de la conducción aérea (como se observa en las afecciones del oído medio o del externo).
- En tal caso, el sujeto no oirá el reloj en su tic-tac, la prueba de Weber estará lateralizada hacia el mismo lado de la lesión, la prueba de Rinne será negativa y la de Schwabach será más prolongada que lo normal (más de 18 s) y siempre en el lado afectado.
- En cambio, si la sordera se debe a alteración de la transmisión ósea (como se encuentra en las lesiones del laberinto o del nervio auditivo), se apreciará que la prueba de Weber estará lateralizada hacia el lado opuesto a la lesión, la prueba de Rinne será positiva y la de **Schwabach estará acortada**

NERVIO O RAMA VESTIBULAR

- La rama vestibular del VIII par craneal o nervio vestibulococlear (estatoacústico), es responsable del equilibrio estático y cinético y nos da la posición global de la cabeza en relación con los diversos planos del espacio.
- Inspección de la cara y de los movimientos oculares.
- Observaremos si espontáneamente o al realizar la visión horizontal o vertical hacia las posiciones extremas, aparece un movimiento espontáneo del ojo, caracterizado por una fase lenta y una fase contraria a la anterior, rápida, que da nombre a la dirección. Esto es lo que se llama nistagmo.
- A veces puede explorarse fijando la cabeza del sujeto con una mano y pidiéndole que siga con su vista un dedo de la otra mano que se sitúa frente a sus ojos a unos 30 cm de distancia.

Maniobra de Romberg. Descrita en el estudio de la taxis.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 22 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01



1. Prueba de desviación del índice, de Bárány:

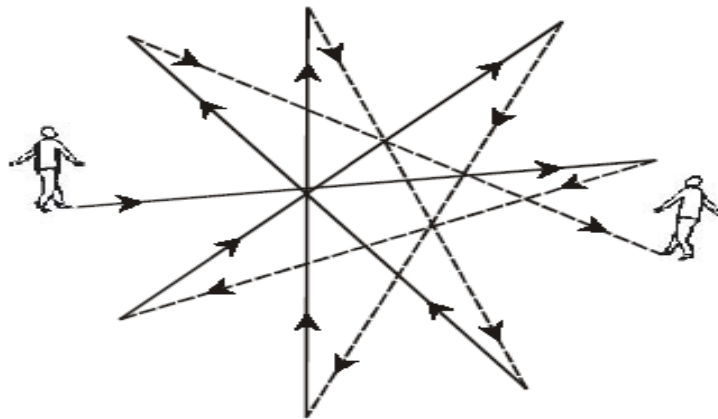
- a) Sitúese a la distancia de un largo de brazo del examinado.
 - b) Pida a la persona que con su brazo extendido toque con su dedo índice, el del observador.
 - c) Después pídale que baje el brazo, y que con los ojos cerrados vuelva a tocar con su dedo índice el del observador quien, desde luego, habrá conservado la misma posición que tenía al comenzar la prueba.
 - d) Repita la maniobra con el otro brazo.
- Normalmente el sujeto puede hacerlo; en casos patológicos no lo hará y desviará uno o los dos índices en un sentido (siempre el mismo) durante la exploración

Marcha.

- ✓ En los padecimientos vestibular el sujeto adoptará una marcha zigzagueante, desviándose a uno u otro lado

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 23 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- ✓ **Estrella de Babinski.** Si a una persona con afección vestibular se le vendan los ojos y se le ordena dar diez pasos hacia delante y diez pasos hacia atrás varias veces sucesivas, se verá cómo cada vez va desviándose de la línea inicial, siempre en el mismo sentido, como si estuviera caminando siguiendo los radios de una estrella, y pudiendo terminar de marchar completamente de espaldas a la dirección en que comenzó a caminar de frente.



NERVIOS GLOsofaríngeo, NEUMOGÁSTRICO (VAGO): IX y X PARES

1. Fenómeno de Vernet:

- a) Se pide al sujeto abrir bien la boca.
- b) Se ordena decir “aaaa” mientras usted observa la pared posterior de la faringe. Normalmente se produce contracción de la pared posterior de la faringe, lo que no ocurre cuando el IX par está lesionado.

Reflejo faríngeo

A continuación, toque un lado de la pared posterior de la faringe con un depresor de madera o aplicador.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 24 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

La respuesta normal es la contracción inmediata de la pared posterior de la faringe, con o sin náuseas.

El IX par ofrece la vía sensitiva para este reflejo y la vía motora es ofrecida por el X par o vago; por eso el reflejo faríngeo es compartido por ambos nervios.

Normalmente no es rara la ausencia bilateral de este reflejo, por lo que su pérdida solo es significativa cuando es unilateral.

- Exploración del gusto en el tercio posterior de la lengua. Se usa la misma técnica descrita antes para el VII par, en los dos tercios anteriores de la lengua. En la práctica diaria esta exploración no se realiza rutinariamente, por lo incómoda que resulta.
- Si se sospecha alguna alteración, el médico especializado realiza la exploración aplicando corriente galvánica de 0,25 ó 0,50 mA (miliampere) en la lengua, lo que debe producir percepción del sabor ácido. Si esta percepción falta indica ageusia (ausencia o pérdida casi completa del sentido del gusto), lo que es muy sugestivo de lesión del XI par.

Exploración del reflejo del seno carotideo.

- La presión cuidadosa no muy intensa ni prolongada sobre el seno carotideo, produce normalmente disminución de la frecuencia del pulso, caída de la presión arterial, y si el reflejo es muy intenso, síncope y pérdida del conocimiento del sujeto. Este reflejo debe explorarse cuidadosamente y nunca sin haberlo aprendido bien.

NERVIO NEUMOGÁSTRICO (VAGO): X PAR

1. Examen del velo del paladar y la úvula. Generalmente se aprovecha la exploración del fenómeno de Vernet para el IX par, ya que la técnica es la misma; lo que varía es la observación, que, en lugar de centrar la atención en la pared posterior de la faringe, se observa paladar.

Cuando se ordena al paciente que con la boca abierta diga “aaaa”, normalmente se eleva el velo en toda su extensión y la úvula se mantiene en el centro.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 25 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

Si hay parálisis unilateral del vago solo se contraerá el velo del lado sano y, por consiguiente, la úvula será atraída hacia él. El lado afecto es el mismo en que asienta la lesión en el nervio vago

2. Exploración del reflejo faríngeo. Esto se hace como se describió antes en el IX par.
3. Exploración del reflejo del seno carotídeo. Aquí lo que se explora es el componente vagal de dicho reflejo; se realiza como se explicó anteriormente, en el IX par.
4. Exploración del reflejo oculocardíaco. Con el sujeto acostado en decúbito supino y con sus ojos cerrados, se hace presión sobre los globos oculares con la yema de los dedos pulgares durante minutos. Previamente se ha tomado el pulso radial y se ha anotado su frecuencia.
 - Después de la compresión ocular debe registrarse una bradicardia, tanto más intensa cuanto mayor sea el tono vagal del sujeto.
 - Al explorar este reflejo han de tenerse los mismos cuidados que señalamos para el del seno carotídeo. Su empleo se ha desechado, por lo doloroso y molesto de la maniobra y porque se puede lesionar la córnea.
 - Examen de las cuerdas vocales mediante el laringoscopio.
 - Observe si las dos cuerdas se mueven, si hay parálisis o paresia de una de las dos.

NERVIO ACCESORIO: XI PAR

Se evalúa mediante movimientos de la cabeza y de los hombros.

1. Se inspecciona la región cervical y la nuca, en busca de asimetría o flacidez de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio y de atrofia o fasciculaciones de alguno de ellos.
2. Se palpan estos músculos para comprobar su tono o flacidez.
3. Se le ordena al sujeto que eleve ambos hombros, poniendo el examinador las manos sobre ellos y oponiéndose al movimiento, con el objeto de explorar la fuerza muscular segmentaria de cada trapecio.
4. Se le ordena al sujeto rotar la cabeza, oponiéndose el examinador al movimiento, con una mano apoyada en el mentón de aquel y observando la fuerza muscular con que se pretende

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 26 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

realizar el movimiento, y la contracción o no del músculo esternocleidomastoideo del lado opuesto.

5. Se le ordena al sujeto que flexione su cabeza sobre el pecho y se opone resistencia con una mano en el mentón a ese movimiento, la cabeza se desviará hacia el lado paralizado.

XII PAR. NERVIO HIPOGLOSOS (motor)

Se evalúa movimientos de la lengua y su posición

1. Trofismo y simetría de la lengua; fasciculaciones: se le ordena a la persona abrir la boca y se observa la lengua y si sus dos mitades son iguales y simétricas o si hay atrofia de alguna de sus dos mitades. Se observa, además, la existencia o no de fasciculaciones.

2. Posición de la lengua: se le ordena al sujeto que saque la lengua y se observa si la punta está en el centro o se desvía hacia un lado. Téngase cuidado con las falsas desviaciones de la punta de la lengua, cuando hay parálisis facial o cuando faltan piezas dentarias que dan una asimetría del orificio de la abertura de la boca.

3. Fuerza muscular segmentaria: la fuerza muscular segmentaria de la lengua se explora ordenándole al sujeto que presione con la lengua una de las mejillas contra las cuales el examinador ha colocado sus dedos o mano por fuera

GUÍA Y REGISTRO DE LA EXPLORACIÓN DE LOS PARES CRANEALES

1. **Par I (olfatorio):** normal, anosmia, hiposmia, parosmia, cacosmia.

2. **Par II (óptico):** agudeza visual (de lejos y cerca), visión a colores, perimetría, fondo de ojo.

3. **Par III (motor ocular común) porción intrínseca:** pupilas: forma y contorno, situación, tamaño, simetría, hippus pupilar; reflejo fotomotor, reflejo consensual, reflejo de la acomodación y convergencia.

4. **Par III (porción extrínseca), par IV (troclear), par VI (abducens):** hendiduras palpebrales: ausencia de ptosis palpebral. Movimientos oculares: normales

5. **Par V (trigémino):**

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 27 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

- **Porción sensitiva:** Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa de la cara (explorada en sensibilidad general)
- **Porción motora** Inspección y palpación de los músculos masticadores: maseteros, temporales y pterigoideos

6. Par VII (facial):

- Porción motora Músculos de la cara
- Porción sensorial Gusto en los 2/3 anteriores de la lengua

7. Par VIII (vestíbulo coclear): Porción vestibular

- Presencia o no de nistagmos horizontal o vertical, espontáneo o a la mirada extrema.
- Romberg e índice de Bárány (explorado en la taxia)
- Estrella de Babinski: ausente, agudeza auditiva a la voz cuchicheada y al tic-tac del reloj.
- Maniobra de Weber: normal o lateralizada
- Maniobra de Rinne: positiva (normal) o negativa Maniobra de Schwabach: normal (18 s), acortada, alargada

8. Par IX (glossofaríngeo): Porción motora

- Fenómeno de Vernet: movimiento del 1/3 superior de la faringe, al decir “aaaa”
- Reflejo faríngeo
- Reflejo carotideo

■ **Porción sensorial:**

Gusto en el 1/3 posterior de la lengua

6. Par X (neumogástrico): examen del paladar blando y de la úvula al decir “aaaa”.

- Reflejo nauseoso. Maniobras vágales (no se exploran rutinariamente).
- Examen de las cuerdas vocales (laringoscopia indirecta por el ORL).

10. Par XI (espinal): Fuerza, tono, simetría y motilidad de los músculos esternocleidomastoideos y trapecios.

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 28 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

11. Par XII (hipogloso): trofismo, simetría, posición de la lengua, fasciculaciones y fuerza muscular.

EJEMPLO REGISTRO DE ENFERMERÍA:

Par olfatorio reconoce el olor a café y jabón en ambas fosas nasales sin dificultad

Par Óptico Agudeza visual AO, OI y OD 20/20

Par III oculomotor- IV troclear-VI motor ocular común externo, realiza movimientos sin dificultad, no se observan desviaciones.

Par V trigémino reconoce la sensación táctil y dolorosa en toda la cara, pestañea al estímulo suavemente la córnea con un algodón.

Par VII movimientos faciales simétricos y sin dificultad; reconoce el dulce.

Par VIII auditivo escucha el tic tac del reloj a 30 cm por cada oído. No se cae no se pierde el equilibrio con la prueba de romberg

Par IX glossofaríngeo úvula móvil y centrada; reconoce el sabor amargo

Par X vago reflejo nauseoso presente

Par XI espinal contra resistencia de cuello y hombros conservada

Para XII hipoglosos lengua centrada y con fuerza.

BIBLIOGRAFIA:

Martínez, Esneda y Lerma, Julia. Valoración del estado de la salud. 1ª Ed. Copyright. Washington: 2003. Pág. 373-379.

Docterman, J., & Jones, D (Eds.). (2003). Unifying Nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC, and NOC. Washington, DC: American Nurses Association.

Garrido García, Rolando José. Exploración física de los pares craneales. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/pguanabo/taxia_y_praxia,_motilidad,_tono_y.ppt.

[consultado el 18 de mayo de 2010]

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 29 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

Elaborado por: Jenny C. Araque Castillo Estudiantes de gerencia en los servicios de salud I. 2010-1.	Actualizado por: Tania Melisa Arguello Estudiante de cuidado en los servicios de salud 1	Aprobado: Catalina Franco Villegas Directora Programa Enfermería
Revisado por: Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería. UNISANGIL. Enf. Alejandra Ortega Docente enfermería UNISANGIL	Revisado por: Beatriz Elena Sánchez Oliveros Docente Asesora Coordinadora de Practicas	P.E. Versión 04
Actualizado por: Laura M. Pérez Eliana Macilla L. Estudiante de cuidado en los servicios de salud I-II 2019-1	Revisado por : Graciela Olarte Rueda Docente Asesora	

LISTA DE CHEQUEO PARA LA GUÍA DE EXAMEN FISICO DE VALORACION DE ENFERMERIA No. 7: PARES CRANEALES

OBJETIVO: Confirmar que el estudiante de enfermería de UNISANGIL con apoyo del presente material realice correctamente la valoración de enfermería correspondiente al

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 30 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

examen de pares craneales, basados en la justificación científica que soporta el dominio de nutrición según taxonomía NANDA.

DEFINICIÓN: El sistema nervioso, con sus divisiones central y periférica, mantiene y controla todas las funciones corporales mediante respuestas voluntarias y autónomas. La evaluación de los elementos motores, sensitivos, autónomos, cognoscitivos y de comportamiento hace de la valoración neurológica una de las partes más complejas de la exploración física.

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un “SÍ” cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con “NO” cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda.

PARAMETROS		SI	NO
1.	Realiza la preparación de material		
2.	Ubica la persona en posición cómoda		
PARES CRANEALES:			
PAR I OLFATORIO			
3.	Valora cada fosa nasal por separado, teniendo cuidado de ocluir la contraria		
4.	Emplea sustancia que no sea irritante		
5.	Solicita a la persona que identifique la sustancia		
6.	Emplea sustancias que conserven el olor		
7.	Está seguro que la persona no ha visto la sustancia		
PAR II OPTICO			
8.	Se utilizan las cartas de Snellen, se le ocluye un ojo y se pide que lea, se repite el procedimiento con el otro ojo. Con ayuda del oftalmoscopio se evalúa fondo de ojo		
PAR III OCULOMOTOR			
9.	Solicita a la persona que dirige el ojo hacia: <ul style="list-style-type: none"> ■ Arriba ■ Abajo ■ Adentro ■ Arriba-adentro. 		
10.	Pide a la persona que mire un objeto de lejos y cerca, observa reacción pupilar		
11.	Valora el reflejo a la luz directa y consensual.		
PAR IV TROCLEAR O PATÉTICO			

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 31 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

12.	Pide a la persona que dirija los ojos hacia arriba: <ul style="list-style-type: none"> ■ Abajo ■ Adentro 		
PAR V TRIGÉNIMO			
13.	Al tocar con un algodón la córnea observa parpadeo		
14.	Le pide a la persona que muerda el depresor de lengua o baja lenguas y trate de sacarlo, palpa músculos maseteros y temporales.		
PAR VI MOTOR OCULAR EXTERNO			
15.	Solicita a la persona que dirija la mirada hacia fuera		
PAR VII FACIAL			
16.	Solicita a la persona por lo menos una de las siguiente pruebas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Arrugar la frente ■ Mostrar los dientes ■ Soplar ■ Silbar 		
17.	Solicita a la persona que identifique el sabor de una sustancia (dulce, salada). Se asegura que la persona tenga los ojos cerrados y las sustancias no estén destapadas.		
PAR VIII AUDITIVO			
18.	En examen físico de oídos (prueba de Weber y Rinne)		
PAR IX GLOsofaríngeo			
19.	Solicita a la persona que diga “ah” para observar movilidad de la úvula.		
20.	Solicita a la persona que identifique el sabor de una sustancia (amarga).		
PAR X VAGO O NEUMOGÁSTRICO			
21.	Toca con el baja lenguas la base de la lengua para estimular el reflejo nauseoso.		
PAR XI ACCESORIO O ESPINAL			
22.	Observa contra resistencia de cuello, colocándole una mano sobre la cara de la persona y pidiéndole que voltee la cabeza.		
23.	Observa contra resistencia de hombro, colocándole las manos sobre los hombros del examinado y pidiéndole que los eleve.		
PAR XII HIPOGLOSO			
24.	Solicita a la persona valorada por lo menos una de las siguientes pruebas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Saque la lengua ■ Presione la lengua sobre la parte interna de la mejilla; la presiona por su parte externa, ofreciéndole resistencia. 		

	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA	Página 32 de 32
	GUIAS VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD	VERSIÓN: 01

25.	Registra todos los datos		
OBSERVACIONES:			
FIRMA DE ESTUDIANTE:			
FIRMA DE DOCENTE EVALUADOR:			