



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TEMA: UNIDAD IV

CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS. PUNTOS (4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5)

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO II

CATEDRATICO: DRA. KARINA AGUILAR HERNANDEZ

ALUMNA: LAURA BEATRIZ PEREZ MOSHAN

6TO. CUATRIMESTRE GRUPO "A"

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

A MAYO DEL 2020

4.1 FISIOPATOLOGIA DE LOS ORGANOS DE LA VISION

El ojo y las estructuras con él relacionadas constituyen una unidad compleja y bien coordinada. Cada elemento de esta unidad participa directamente en la función visual o bien la protege.

1.-ORBITA

Cada globo ocular está alojado dentro de una cavidad ósea denominada órbita, la cual lo protege de los impactos. La órbita tiene forma cónica y en la conformación de sus paredes participan hasta siete huesos de la cara (frontal, malar, maxilar superior, esfenoides, etmoides, lacrimal y palatino). El nervio óptico parte del polo posterior del ojo y penetra al cráneo por un pequeño túnel en el vértice de la órbita llamado agujero óptico. La órbita posee orificios adicionales para el paso de vasos sanguíneos y nervios que nutren y controlan a las estructuras intraorbitarias. La superficie de los huesos que constituyen la órbita está recubierta por el periostio, lo que conforma una capa de gran resistencia.

A continuación, la cavidad orbitaria está rellena por tejido adiposo, el cual actúa como almohadilla, amortiguando y dando soporte al globo ocular. Sumergidos en este tejido graso retroocular están los músculos extraoculares (que mueven al globo ocular), las ramas de la arteria oftálmica (que irrigan al globo ocular); el nervio óptico, las ramas del III, IV, V y VI par, el ganglio ciliar y filetes simpáticos y parasimpáticos.

Sobre la grasa intraorbitaria está colocado el globo ocular, cuyas características fisiológicas están descritas en los párrafos abajo.

La superficie anterior del globo ocular está cubierta por la mucosa conjuntival, que se extiende hasta cubrir también la superficie posterior de los párpados, formándose entre ambas superficies cubiertas por la mucosa el fondo de saco conjuntival.

2. PÁRPADOS

Los párpados cubren la entrada a la cavidad orbitaria. La superficie posterior está cubierta por la mucosa conjuntival descrita líneas arriba, mientras que la superficie anterior está cubierta por la piel. Entre ambas superficies existe tejido muscular, gracias al cual los párpados se pueden abrir y cerrar, tanto por acción voluntaria como refleja.

El parpadeo es un acto inconsciente, continuo e involuntario, que responde en forma refleja a los estímulos del ambiente sobre la superficie ocular. El parpadeo cumple con las siguientes funciones:

1. Distribuir la lágrima en forma homogénea sobre la superficie ocular.
2. Favorecer la circulación lagrimal sobre la superficie ocular.
3. Evitar el deslumbramiento por exposición del ojo a luz excesiva.



4. Proteger al ojo de proyectiles.
5. Proteger al ojo de la desecación por exposición al aire.

3. APARATO LAGRIMAL

La lágrima es producida por la glándula lagrimal en forma continua por mecanismos reflejos. Su principal función es mantener húmeda la superficie ocular, protegiéndola de la desecación por el aire mientras los párpados están abiertos.

Asimismo, cumple con otras funciones adicionales:

1. Proporcionar una superficie óptica pulida.
2. Atrapar y enjagar detritus.
3. Proporcionar agentes antimicrobianos.
4. Lubricar la interfase óculo-palpebral.
5. Proporcionar nutrientes a la córnea.

En el canto interno está el punto lagrimal, a través del cual la lágrima drena hacia los canalículos lagrimales, que conducen al saco lagrimal. De ahí la lágrima fluye por el conducto lacrimonasal hasta el meato inferior, donde puede evaporarse o ser reabsorbida por la mucosa nasal.

4. MUSCULOS EXTRAOCULARES

Cada globo ocular posee un grupo de seis músculos que se insertan sobre su superficie exterior y que, por su otro extremo, se fijan a las paredes de la órbita. La contracción de estos músculos es coordinada a nivel central a fin de mantener los ejes visuales paralelos entre sí cuando se dirige la mirada en forma voluntaria hacia un punto particular de atención en la visión a distancia. En cambio, en la visión de cerca, los ejes visuales tienden a converger, siempre gracias a coordinación central, a fin de proporcionar una mejor apreciación de detalle.

5. GLOBO OCULAR

El ojo puede considerarse compuesto por tres capas esféricas concéntricas, cada una de las cuales cumple con una función distinta.

La capa externa está conformada por la córnea y la esclerótica. Tiene por función proteger el contenido ocular y mantener la forma del globo ocular. Ofrece, además, una superficie para la inserción de los músculos extraoculares. Esta capa está compuesta por fibras colágenas, lo que le otorga una gran resistencia.

La capa media es una capa vascular de la cual depende el metabolismo de las capas externa e interna. Por su color, a esta capa se le denomina uvea, y por las diferenciaciones que presenta, podemos reconocer en ella tres regiones: iris, cuerpo ciliar y coroides.



La capa interna es la retina, la cual genera impulsos nerviosos como respuesta a los estímulos luminosos. Estos impulsos eléctricos son transmitidos al cerebro para su interpretación. La retina puede subdividirse en dos unidades : el epitelio pigmentario y la retina neurosensorial.

Dentro de las tres capas descritas, que forman la pared del globo ocular, se encuentra una estructura lenticular transparente llamado cristalino, que separa al humor acuoso (que ocupa las cavidades anteriores del globo ocular: cámara anterior y cámara posterior) del humor vítreo (que ocupa la cavidad posterior del globo ocular).

6. CAPA EXTERNA

La capa externa está constituido por fibras colágenas, lo que le confiere gran resistencia, lo que le permite cumplir con la función de proteger el contenido del globo ocular. La parte anterior de esta capa (denominada córnea) presenta modificaciones con respecto a la parte posterior (denominado esclerótica), lo que le confiere mayor transparencia:

1. A este nivel, las fibras colágenas se disponen ordenadamente, en forma paralela entre sí, para permitir el paso de las ondas de luz a través de ellas.
2. Las fibras colágenas que conforman la córnea son más delgadas que las fibras colágenas que conforma la esclera.
3. La córnea tiene un grado de hidratación de 70 %, mientras que la esclerótica posee un grado de hidratación del 99 %. A ese menor grado de hidratación le corresponde al tejido colágeno el máximo grado de transparencia posible. El endotelio corneal, al deshidratar en forma activa al estroma corneal, es responsable de esta diferencia.

La córnea y el humor acuoso tienen un índice de refracción muy parecido, por lo cual, desde un punto de vista óptico, se les puede considerar como un lente positivo de cuarentatres dioptrías positivas, lo que las convierte en el principal elemento refractivo del globo ocular.

La esclerótica, al poseer fibras colágenas desordenadamente dispuestas y al estar más hidratado que la córnea, es una estructura más opaca (en comparación a la córnea) que conforma los 4/5 posteriores de la capa externa del globo ocular. Sobre su superficie se insertan los músculos extraoculares.

7. CAPA MEDIA

El iris conforma la parte anterior de la úvea. Es una membrana delicada, fina y pigmentada, que separa la cámara anterior de la cámara posterior. Tiene un orificio central llamado pupila, cuya función es permitir el paso de luz. El diámetro pupilar puede ser variado, ya sea por estímulos luminosos o farmacológicos, merced a dos músculos que se encuentran presentes en el espesor del iris: el esfínter de la pupila



y el dilatador de la pupila. Las fibras circulares del esfínter responden a los estímulos colinérgicos (propios del Parasimpático) y al contraerse reducen el diámetro de la pupila, fenómeno denominado miosis. Las fibras radiales del dilatador responden a los estímulos adrenérgicos (propios del Simpático) y al contraerse aumentan el diámetro de la pupila, fenómeno denominado midriasis. La pupila regula la cantidad de luz que entra al ojo: si la iluminación es deficitaria, habrá midriasis; si la iluminación es excesiva, habrá miosis.

El cuerpo ciliar une al iris con la coroides. Junto con los vasos sanguíneos, encontramos en su espesor al músculo ciliar. El cuerpo ciliar cumple con las siguientes funciones:

1. Producción de humor acuoso. El cuerpo ciliar tiene receptores betaadrenérgicos, que al ser estimulados activan a la enzima anhidrasa carbónica, lo que lleva a la secreción activa de humor acuoso hacia la cámara posterior.
2. Acomodación. Al contraerse, el músculo ciliar produce los cambios ópticos necesarios para variar la profundidad de foco del sistema óptico ocular. Ello permite enfocar y ver con claridad objetos cercanos.
3. La coroides conforma la parte posterior de la úvea. Es una membrana delgada y esponjosa, conformada principalmente por vasos sanguíneos de diversos calibres. Su función principal es nutrir a las otras dos capas del globo ocular, así como recoger los productos de deshecho.

8. CAPA INTERNA

El epitelio pigmentario de la retina es la porción más externa de esta capa y cumple con las siguientes funciones:

1. Constituye una barrera hemato-ocular, que controla el paso de nutrientes de la coroides hacia la retina neurosensorial, manteniendo concentraciones apropiadas para la fisiología neural.
2. Participa en la eliminación de desechos, principalmente los que se originan a nivel de los fotorreceptores, los cuales son fagocitados.
3. Capta, almacena, distribuye y metaboliza a la vitamina A. La aldehído de la vitamina A es el cromóforo de todos los pigmentos visuales humanos.

En la retina neurosensorial podemos reconocer tres niveles de neuronas. El primer nivel corresponde a los fotorreceptores, que son neuronas fotosensibles que se despolarizan al recibir la energía de un estímulo luminoso. Esta despolarización es una respuesta eléctrica que se constituye en un impulso nervioso al ser transmitida a una segunda neurona. Este segundo nivel neural está constituido por las células bipolares. Asimismo, existe un tercer nivel neuronal que recoge todos estos impulsos de las células bipolares para transmitirlos a áreas específicas del cerebro: estas neuronas son denominadas células ganglionares. Estas neuronas también



pertenecen a la retina y tienen axones muy largos, el conjunto de los cuales conforma al nervio óptico que sale de cada ojo. Estos axones, luego de cruzarse en el quiasma, hacen sinapsis con un cuarto nivel neuronal que se encuentra en los cuerpos geniculados, desde los cuales se proyectan los axones que finalmente van a llegar a las neuronas de la corteza occipital.

Los fotorreceptores pueden ser bastones o conos. En la retina podemos reconocer un área central que normalmente coincide con el eje visual, llamada mácula. Ahí predominan los conos, lo que confiere alta calidad visual. La mácula nos permite fijar la mirada y examinar detalles. A medida nos alejamos de la mácula, para avanzar hacia la retina periférica, observamos que los conos se van enrareciendo y van predominando los bastones, los cuales son responsables de la visión de contrates, sobre todo por fuera de punto de fijación.

El pigmento visual es una aldehida de la vitamina A que es capaz de absorber alguna región del espectro de ondas visibles, dando una reacción fotoquímica que produce un cambio en el potencial de membrana de fotorreceptor que lo contiene. Se han identificado cuatro variedades de pigmentos visuales en el ojo humano. Uno de ellos ocurre sólo en los bastones, mientras que los otros tres han sido encontrados en otros tantos tipos diferentes de conos. Dentro de cada fotorreceptor existe un solo tipo de pigmento visual.

El pigmento Visual de los bastones es la rodopsina. La rodopsina es sensible a todas las longitudes de onda que constituyen parte visible. Por ello, la función de los bastones es la percepción de contraste.

El pigmento visual que contiene un cono puede ser sólo uno de tres posibilidades: la eritropsina (sensible a la longitud de onda que corresponde al color rojo), la cloropsina (sensible a la longitud de onda que corresponde al color verde) o la cianopsina (sensible a la longitud de onda que corresponde al color azul). Existen, entonces, tres tipos de cono, según el tipo de pigmento visual que contiene. La función de los conos es la percepción de colores y de forma. La ausencia de uno o más de estos pigmentos va a determinar defectos en la visión de color.

La visión, entonces, es un proceso a través del cual los impulsos eléctricos generados a nivel de los fotorreceptores son transmitidos a las áreas cerebrales específicas (áreas 17, 18 y 19) para ser interpretados y elevados al plano consciente.

9. CRISTALINO

Es el más débil de los dos elementos refractivos que constituyen el sistema óptico humano. Su poder dióptrico equivale a unas veintinueve dioptrías positivas. El cristalino se mantiene suspendido en su posición por detrás del iris gracias a la zónula, que está constituido por fibras elásticas que salen del cuerpo ciliar para insertarse en el cristalino.



El poder dióptrico del cristalino puede ser variado, en función de su diámetro antero-posterior, en forma directamente proporcional: cuando el diámetro antero-posterior es máximo, el poder dióptrico del cristalino también es máximo; cuando el diámetro antero-posterior del cristalino es mínimo, el poder dióptrico del cristalino también es mínimo. La función del cristalino es enfocar los rayos de luz que entran al globo ocular sobre la retina.

Cuando el músculo ciliar está relajado, el diámetro del anillo ciliar es máximo y la zónula está tensa, lo que mantiene también tenso al cristalino, que en estas condiciones tiene su diámetro antero-posterior mínimo, lo que determina que su poder dióptrico también sea el mínimo. En estas condiciones, el poder dióptrico del cristalino permite enfocar la imagen de objetos lejanos sobre la retina.

Pero al contraerse el músculo ciliar, el diámetro del anillo ciliar se reduce, lo que lógicamente reduce la tensión que ejerce la zónula sobre el cristalino. En estas condiciones, el cristalino, al no estar tensado, se engruesa. Al aumentar su diámetro anteroposterior también aumenta su poder dióptrico, lo que permite enfocar la imagen de objetos cercanos sobre la retina. Esta capacidad de modificar el poder dióptrico del cristalino, para poder enfocar la imagen del objeto que se desea observar, de acuerdo a la distancia a la cual se encuentra el objeto, se denomina acomodación.

10. HUMOR ACUOSO

El humor acuoso está por delante del cristalino, ocupando la cámara anterior y la cámara posterior. El humor acuoso es secretado a la cámara posterior por el cuerpo ciliar y luego pasa a la cámara anterior por la pupila. Abandona el ojo a través de la malla trabecular, que está ubicado en el ángulo irido-corneal, para llegar al canal de Schlemm. De ahí, a través de las venas de humor acuoso drena hacia la red venosa. El humor acuoso cumple con dos funciones:

1. Determina la presión intraocular. Una obstrucción en la normal salida del humor acuoso va a causar un aumento de la presión intraocular.
2. Reemplaza a la sangre en la nutrición de tejidos avasculares, como son la córnea y el cristalino. Tal como lo haría la sangre, el humor acuoso distribuye los nutrientes esenciales para estos tejidos y recoge, asimismo, los productos de deshecho. Sin embargo, el humor acuoso carece de las células, pigmentos y proteínas que tiene la sangre, con lo cual se facilita el paso de la luz.

11. HUMOR VITREO

El humor vítreo se encuentra por detrás del cristalino, ocupando la cavidad vítrea.

Es un gel que constituye un medio transparente que ocupa la mayor parte (4/5 partes) del volumen del globo ocular. El vítreo cumple con dos funciones:

1. Nutrición del cristalino y la retina.



2. Absorbe y redistribuye las fuerzas aplicadas a los tejidos oculares circundantes, amortiguando los traumas dirigidos al globo ocular.

4.2 VALORACION Y PROBLEMAS GENERALES EN PACIENTES CON ALTERACIONES OFTALMOLOGICAS

VALORACION: El ojo puede ser examinado con equipo de rutina, que incluye un oftalmoscopio estándar; un examen minucioso requiere un equipo especial y una evaluación por parte de un oftalmólogo.

Anamnesis

La anamnesis incluye la localización, velocidad de inicio y duración de los síntomas actuales y los antecedentes de síntomas oculares previos; la presencia y la naturaleza del dolor, secreción o enrojecimiento y cambios en la agudeza visual. Los síntomas preocupantes fuera de la pérdida visual y del dolor ocular incluyen luces destelleantes, duchas de moscas volantes (ambos son síntomas de desprendimiento de retina), diplopía y pérdida de la visión periférica.

*Los doctores pueden usar algunos de los siguientes procedimientos e instrumentos para recolectar información acerca de cómo ve el ojo y cómo funciona:

La dilatación de la pupila se usa para observar los vasos sanguíneos y nervios, colocando gotas en el ojo del niño para dilatar la pupila.

La lámpara hendidura de mano se usa para examinar la parte anterior del ojo, incluyendo la córnea y algunas partes internas, específicamente el cristalino.

El oftalmoscopio binocular indirecto se usa para determinar la salud de la parte interna del ojo, incluyendo la retina, la mácula y el nervio óptico. Una lente sostenida entre este instrumento y el ojo provee una visión tridimensional del ojo del niño. Además, permite que el doctor vea los límites externos (periferia) de la retina que no se pueden ver con otros instrumentos.

El oftalmoscopio directo se usa para determinar la salud de las estructuras internas, incluyendo la retina, la mácula, el nervio óptico y en ocasiones el cristalino. Ofrece una visión ampliada del nervio óptico y de la mácula.

Electroretinograma (ERG) se usa para medir el funcionamiento de la retina.

El Potencial Visual Evocado (VEP, siglas en inglés) se usa para recolectar información sobre el aparato visual. Una luz brillante estimula el ojo y transfiere información que puede medirse como actividad de los circuitos visuales en el cerebro. Sin embargo, la evidencia de esta actividad no nos dice cómo el niño usará la visión día a día.

El diagnóstico de algunos problemas oculares requiere el uso de pruebas adicionales, incluyendo:



La resonancia magnética por imágenes (RMI) examina las estructuras de tejido blando dentro del cuerpo que no se ven con los rayos X.

La tomografía axial computarizada (TAC) crea imágenes de cortes horizontales del cuerpo. Estas imágenes de tejidos son producidas al pasar rayos X en varios ángulos a través de la zona del cuerpo en estudio.

SE EXAMINA

EL OJO

Reflejos visuales: Respuesta involuntaria al estímulo. Las pruebas de reflejos visuales brindan información sobre cómo las diferentes áreas del ojo responden automáticamente; cómo la respuesta de las pupilas a la luz brinda información sobre los circuitos visuales y el funcionamiento del nervio óptico.

Movimiento ocular: Los músculos del ojo y su efecto en el movimiento ocular. El examen del movimiento ocular brinda información sobre la respuesta visual del niño, qué tan bien localiza y sigue objetos en su entorno, y si ambos ojos funcionan de manera sincronizada.

Destreza visual motora: La coordinación de la vista con otras partes del cuerpo. Un ejemplo sería alcanzar un objeto al cual el niño está mirando (alcance visual directo).

Reconocimiento de objetos/patrones o figuras: La capacidad de discernir detalles, colores y forma de objetos y patrones. Estas pruebas también brindan información acerca de qué tan bien el niño puede ver objetos ubicados en diferentes fondos. La herramienta de evaluación usada, debe ser elegida de acuerdo con las necesidades del niño.

Campo visual: La zona entera que puede ver sin girar la cabeza ni los ojos, incluyendo los campos visuales central y periféricos.

EL ENTORNO

Luz e iluminación: El tipo de luz, la intensidad y posición de la luz y la manera en que el niño se adapta a la luz y al reflejo son importantes a tener en cuenta. Algunos niños necesitan luces potentes y brillantes y pueden ver mejor cuando la luz se ubica en ángulos específicos. Otros pueden ser sensibles a la luz y ver mejor cuando la luz es difusa.

Contraste: La diferencia de color entre un objeto y el fondo.

Posición de la persona: Específicamente en el caso de un niño con varias discapacidades, un evaluador estimará la posición más cómoda para que el niño vea mejor.



Ubicación de los materiales: El diagnóstico visual ofrece claves al examinador acerca de cómo mostrar o dar juguetes o materiales al niño para obtener una respuesta visual máxima. La conducta del niño ofrecerá más información acerca de cómo ubicar juguetes y materiales.

4.3 PROCESOS INFLAMATORIOS E INFECCIONES OFTALMOLOGICAS

Hipermetropía

Es una enfermedad que consiste en presentar dificultades para enfocar los objetos cercanos al ojo. Aunque no tiene consecuencias graves puede interferir con las actividades cotidianas de una persona. Su tratamiento es muy sencillo y consiste en el uso de lentes para corregirlo.

Miopía

Las personas con este trastorno tienen dificultades para ver objetos que están a distancias lejanas. Al igual que la hipermetropía se puede corregir con el uso de lentes o lentes de contacto.

Astigmatismo

Consiste en no ver correctamente los objetos que se enfocan. Algunos de los síntomas que acompañan este padecimiento es la visión borrosa, disminución en la agudeza visual o ver objetos distorsionados, lo cual puede ser muy incómodo. Aunque su tratamiento también implica el uso de lentes, si no se diagnostica a tiempo la persona puede presentar mareos y dolores de cabeza por el esfuerzo que realiza al enfocar su visión.

Conjuntivitis

Se presenta por la inflamación de la membrana que está en el interior de los párpados, su origen es principalmente por una causa infecciosa, aunque también puede tener un origen por alergia. Los síntomas que presenta son: enrojecimiento, lagrimeo y molestia a la luz, por lo que se recomienda usar lentes de sol para evitar que la luz de directamente en los ojos. Su tratamiento es sencillo y si es tratada a tiempo no representa mayor problema.

Cataratas

Es la pérdida progresiva de la transparencia del cristalino, esto provoca que la luz no entre con facilidad por el ojo. Se presenta sobre todo en personas mayores y si no es tratada a tiempo puede llevar a la ceguera total.



Estrabismo

Se trata de la desviación de uno o ambos ojos. Al detectarse el paciente debe someterse a tratamientos para corregirlo, lo cual puede incluir uso de lentes especiales, ejercicios musculares y en algunos casos cirugía.

Presbicia o vista cansada

Se presenta regularmente a partir de los 40 años y es el padecimiento que impide ver claramente objetos cercanos al ojo. El uso de lentes puede corregir este trastorno.

Desprendimiento de retina

Se desconoce la causa por la que este padecimiento ocurre pero se trata de una enfermedad grave que debe ser atendida de inmediato, de lo contrario podría ocasionar ceguera. Los síntomas principales es ver puntos negros en la visión, pérdida de la agudeza visual o distorsión de objetos.

Glaucoma

Consiste en la elevación de la presión del líquido acuoso que brinda oxígeno a las estructuras intraoculares como la córnea. De igual manera, si no se trata a tiempo provoca la pérdida de visión.

4.4 ALTERACIONES OFTALMOLOGICAS QUE REQUIEREN CIRUGIA

Presbicia

La presbicia o vista cansada suele aparecer a partir de los 45 años. Ocurre porque con el tiempo el cristalino (nuestra lente natural) va perdiendo elasticidad, lo que hace más complicado enfocar los objetos cercanos. Es por eso que las personas mayores suelen necesitar gafas para la lectura.

La forma de corregir este defecto es usando la cirugía láser, para modificar la curvatura de la córnea, o implantando una lente intraocular.

Cataratas

Las cataratas son otro problema ocular asociado a la edad. El cristalino puede opacarse con el tiempo, provocando un deterioro progresivo de la visión (tan progresivo que no se nota en las primeras etapas).

En la operación de cataratas se sustituye el cristalino por una lente intraocular con las dioptrías adecuadas. El procedimiento más habitual es la Facoemulsificación, donde se hace una incisión de 1 a 3 mm en el ojo, se introduce un instrumento muy fino que disuelve la catarata mediante ultrasonidos y la aspira, y por último se introduce la lente.



Glaucoma

El glaucoma es el aumento de la presión intraocular por la falta de drenaje del humor acuoso. El desagüe por donde se drena ese humor se obstruye de forma repentina (glaucoma agudo) o paulatina (glaucoma crónico). La hipertensión ocular daña el nervio óptico haciendo que el afectado pierda visión día a día sin que se dé cuenta hasta que la enfermedad está ya muy avanzada (por lo que se llama ceguera silenciosa).

Existen dos posibles soluciones al glaucoma:

Uso de colirios para reducir la producción de humo acuoso o aumentar el drenaje.

Uso de la cirugía láser para abrir un conducto de drenaje alternativo.

Asfericidad

La asfericidad es la mala visión en condiciones de escasa iluminación (por ejemplo, de noche). Ocurre por la diferencia de curvatura entre el centro de la córnea y la periferia. Esa diferencia ocurre en todos los ojos pero se acentúa tras la cirugía refractiva por láser. Por suerte ahora puede corregirse también por láser tallando la periferia corneal.

4.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LOS PROBLEMAS Y CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Al ser un ingreso programado, los cuidados serán los mismos que los de cualquier intervención:

Recepción del niño. H^a de Enfermería.

Comprobación de la hoja de anestesia.

Preparación psicológica (Información adecuada).

Ayuno de 6-8 horas.

Aseo (Pelo limpio y recogido).

Premedicación y tratamiento de patologías asociadas.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

Valorar el estado general del niño, poniendo especial cuidado en los signos de cianosis y dificultad en la respiración, TA, FC y T^a.



Cuidados de la vía venosa.

Ambiente tranquilo, pedir colaboración a la familia, reducir la luminosidad de la habitación para disminuir la fotofobia y la visión borrosa que experimentan.

Informar a los padres sobre la posible aparición de vómitos, irritabilidad, signos de dolor y lagrimeo sanguinolento.

Comprobación de la hoja de tratamiento siguiendo estrictamente las indicaciones del médico (P.ej.: No descanso nocturno en el tto. con colirios).

POSTOPERATORIO TARDÍO

El tratamiento generalmente es por vía tópica en forma de colirios y/o pomadas, y por vía parenteral como los antieméticos y la analgesia.

Transcurridas tres horas aproximadamente de su llegada a la sala, y el estado general del niño lo permita, se iniciará tolerancia oral de manera progresiva.

Cuidados Generales

1.- Lavado de los ojos.

Se deben lavar las manos previamente.

El lavado del ojo se debe realizar de afuera hacia el lagrimal con dirección de arrastre de las secreciones, con solución de SSF al 0,9 % utilizando gasas estériles, nunca algodón. Igualmente se limpiarán las pestañas, haciendo hincapié en no hacer presión sobre el globo ocular.

2.- Administración de colirios.

Los colirios son preparaciones líquidas destinadas al tratamiento de las enfermedades oculares.

El vehículo de los colirios ha variado según las épocas y en la actualidad se reducen prácticamente a dos: acuoso y oleoso (este último en vías de desaparición).

Tipos de colirios:

Colirios de exploración:

Midriáticos (Tapón rojo) Producen una dilatación de la pupila por encima de 4 mm. A veces pueden usarse como tratamiento en enfermedades que requieran mantener el ojo en reposo. Ej.

Atropina, Ciclopentolato, Tropicamida.

Anestésicos (Tapón amarillo) No deben usarse nunca como tratamiento, pueden enmascarar los síntomas al quitar el dolor y por otra parte, la pérdida de sensibilidad



puede hacer que maniobras intempestivas originen lesiones corneales. Ej. Lidocaina.

Fluoresceína (Tapón naranja) Se utilizan para teñir el epitelio en el diagnóstico de patologías de la superficie de la cornea.

Colirios de tratamiento:

Antibióticos. Los tapones son en

Corticoides y Antihistamínicos. tonos más pálidos

Combinados. (Blanco, Azul, Gris)

Fórmulas magistrales.

Los colirios se conservarán a temperatura ambiente o refrigerados según se indique.

Formas de aplicación:

Siempre con el ojo bien limpio, se aconseja acostar al niño con la cabeza inclinada hacia atrás y mirando hacia arriba. Se baja ligeramente con el dedo el párpado inferior y se aplican las gotas en la cavidad que se forma, denominada saco conjuntival.

Una vez administrado, deberá parpadear para su fácil distribución.

No tocar el ojo con el cuentagotas, a fin de evitar que se contamine el preparado o que se dañe la frágil conjuntiva ocular.

En algunos manuales se indica la posibilidad de poner la gota en el ángulo interno, con el ojo cerrado y luego abrirlo para que caiga la gota en el interior. Esta práctica se debe evitar.

Es posible que durante algunos segundos la visión se vuelva borrosa, por ello se deberá esperar sentado o tumbado hasta recuperar la agudeza visual.

Los colirios, una vez abiertos, dejan de ser estériles. Su eficacia no durará más de 8-10 días.

Observar la caducidad del medicamento.

Una vez finalizado el tratamiento, se desecha. Utilizar una para cada paciente. A veces, el medicamento pasa de la vía lagrimal a la boca, notando su sabor, esto se evita presionando ligeramente la parte interna del párpado inferior.

3.- Administración de pomadas.

Las pomadas están compuestas por una sustancia grasa y otros ingredientes. Cargan la película lagrimal de gotitas grasas que molestan la visión durante bastante tiempo. Por lo general, sólo se prescriben por la noche.



La mayoría de los colirios tienen su equivalente en pomadas. Se presentan en tubos con un extremo cónico para su fácil aplicación.

Formas de aplicación:

Se baja el párpado inferior y se extiende la pomada a lo largo del saco conjuntival (del tamaño de un grano de arroz). Nunca directamente sobre la córnea.

Mantendrá los ojos cerrados durante 1 o 2 minutos para que la pomada pueda extenderse bien y se distribuya adecuadamente.

En las enfermedades de los párpados, la pomada se aplica directamente sobre ellos y puede hacerse en mayor cantidad, bien extendida, como si se tratara de una crema cosmética.

4.- Oclusiones oculares.

Se realizarán oclusiones oculares para mantener el ojo en reposo y/o para hacer hemostasia tras una intervención.

En caso de que el niño utilice lentes correctoras previamente a la cirugía, deberá ponérselas en el momento que su nivel de conciencia y estado general se lo permita.

COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO

1.- Propias de la anestesia: Se procurará que el despertar sea lo más tranquilo posible para evitar complicaciones como el aumento de la presión intraocular, hemorragias o dehiscencias de sutura.

2.- Vómitos: Aparecen con más frecuencia en cirugías en las que se ha manipulado el globo ocular, como es el caso de los estrabismos o cirugía de la retina.

Su incidencia varía mucho de unos autores a otros, mientras que unos se refieren a que aparecen en el 15-30 % de los operados, otros dan cifras entre el 40-80 %.

3.- Hemorragias: La cirugía de la conjuntiva, de la musculatura extrínseca y de los párpados, puede ocasionar pequeñas hemorragias que se valorarán por la cantidad de sangrado y el tipo. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, la sangre se mezcla con la secreción lagrimal y nos da la sensación de más abundante, pero el color será sonrosado, lo que nos dejará más tranquilos.

La manipulación de los vasos puede dar lugar a hematomas musculares que normalmente se reabsorben sin complicaciones, pero no podemos olvidar que en algunos casos puede ser necesario el drenaje.

4.- Edema parpebral: El tejido de los párpados es muy elástico y sensible a los procesos edematosos, que muchas veces desaparecen con un simple tratamiento postural (Posición fowler).

5.- Edema conjuntival: Lo apuntado en el apartado anterior.



INDICACIONES AL ALTA

- 1.- Sobre cómo lavar los ojos.
- 2.- Forma de aplicar los colirios.
- 3.- Forma de aplicar las pomadas.
- 4.- No frotar, presionar o realizar maniobras intempestivas sobre el globo ocular.
- 5.- Tratamiento postural si fuera necesario.