

-
- Materia: Enfermería médico quirúrgica II
 - Carrera: Lic. En enfermería
 - Cuatrimestre: 6° cuatrimestre
 - Alumno: Edison moisés Pimentel cruz
 - Catedrático/a: Cecilia zamorano rodriguez



Cuidados a pacientes con problemas en los órganos de los sentidos

Estructura del ojo. El ojo es un órgano casi esférico con varias capas concéntricas. De fuera a dentro se distinguen: * Cornea: Capa transparente. * Esclerótica: Tejido conjuntivo blanco. * Coroides: Pigmentada y fuertemente vascularizada. En su parte anterior contiene el iris (músculo circular que forma la pupila). * Cristalino. Es la lente del ojo. Mantiene su posición por las fibras de la zónula o ligamentos suspensorios y el músculo ciliar. * Retina. Contiene a los fotorreceptores y cuatro tipos neuronales: - Neuronas bipolares. - Neuronas ganglionares. - Neuronas horizontales. - Neuronas amacrinas. El espacio entre la córnea y el iris se denomina cámara anterior y está ocupada por el humor acuoso. El espacio entre la parte posterior del cristalino y la retina está ocupado por el humor vítreo.

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. Examen físico Agudeza visual El primer paso es registrar la agudeza visual. Muchos pacientes no realizan todo el esfuerzo posible. Ofrecer el tiempo suficiente y el estímulo necesario tiende a arrojar resultados más precisos. La agudeza visual se mide con los propios lentes del paciente y sin ellos. Si los pacientes no tienen sus gafas, se utiliza un refractor estenopeico. Cuando no se dispone de un refractor estenopeico, puede fabricarse uno junto a la cama del paciente perforando agujeros en un trozo de cartón utilizando una aguja de diámetro 18 y variando ligeramente el diámetro de cada agujero. Los pacientes eligen el orificio que corrige mejor la visión. Si la agudeza se corrige con refracción con la tarjeta agujereada del dispositivo estenopeico, el problema es un error de refracción. La refracción estenopeica es una forma rápida y eficiente de

diagnosticar errores de refracción, que representan la causa más frecuente de visión borrosa. Sin embargo, con la refracción estenopeica, la mejor corrección suele ser solo hasta unos 20/30, no 20/20.

Exploración de los párpados y las conjuntivas Los bordes palpebrales y los tejidos cutáneos perioculares se exploran con iluminación focal y magnificación (p. ej., provista por una lupa, una lámpara de hendidura o un oftalmoscopio). En casos en que se sospecha dacriocistitis o canaliculitis, se palpan los sacos lagrimales y se intenta drenar su contenido a través de los canálculos y puntos lagrimales. Tras la eversión parpebral, pueden inspeccionarse la conjuntiva bulbar y palpebral con los fondos de saco en busca de cuerpos extraños, signos de inflamación (p. ej., hipertrofia folicular, exudados, hiperemia, edema) u otras anomalías.

La oftalmoscopia (examen del segmento posterior del ojo) se puede hacer de manera directa mediante el uso de un oftalmoscopio portátil o con una lente de mano junto con el biomicroscopio con lámpara de hendidura. La oftalmoscopia indirecta puede realizarse con un oftalmoscopio de sujeción cefálica y una lente manual. En la oftalmoscopia directa, el examinador ajusta el oftalmoscopio a cero dioptrías, para aumentar o disminuir luego la potencia hasta que consiga enfocar el fondo de ojo. Con la oftalmoscopia directa, la visión de la retina está disminuida, mientras que la oftalmoscopia indirecta consigue una visión tridimensional y es mejor para visualizar la retina periférica, donde suelen suceder los desprendimientos de retina. La visión del fondo de ojo puede facilitarse si se dilata la pupila. Antes de dilatar la pupila, debe valorarse la profundidad de la cámara anterior, ya que la midriasis puede precipitar un ataque de glaucoma agudo por cierre angular si la cámara anterior es poco profunda. La profundidad puede estimarse con una lámpara de hendidura o, con menor precisión, con una linterna sostenida en el limbo temporal paralela al plano del iris y señalando hacia la nariz. Si el iris medial está en sombra, la cámara anterior es poco profunda y debe evitarse la dilatación. Otras contraindicaciones para dilatar la pupila son los traumatismos craneoencefálicos, la sospecha de rotura del globo o el glaucoma de ángulo estrecho y cerrado. Las pupilas pueden dilatarse utilizando una gota de

tropicamida al 1%, fenilefrina al 2,5% o ambas (repetiendo a los 5 a 10 minutos si es necesario); si se requiere una acción más duradera, una pupila más dilatada o ambas, el ciclopentolato al 1% puede reemplazar la tropicamida.

Los campos visuales pueden alterarse por lesiones en cualquier punto de las vías nerviosas ópticas desde los nervios ópticos hasta los lóbulos occipitales (véase Tipos de defectos campimétricos y ver figura Tracto visual superior –sitios de lesión y defectos campimétricos correspondientes–). El glaucoma causa pérdida de visión periférica. Los campos pueden valorarse mediante una prueba de confrontación directa con métodos más formales. En la confrontación directa, el paciente mantiene la mirada fija en el ojo o la nariz del examinador, mientras éste mueve un pequeño objeto (p. ej., una cerilla o un dedo) desde la periferia visual del paciente en cada uno de los 4 cuadrantes, y le pide que diga cuándo empieza a verlo. La basculación lenta del pequeño objeto ayuda al paciente a separarlo y definirlo. Otro método de examen de campo visual por confrontación directa es mantener algunos dedos en cada cuadrante y preguntar al paciente cuántos ve. Para ambos métodos, cada ojo se evalúa por separado. Si se observan anomalías en la detección del objeto, debe realizarse a un examen detallado con instrumentos más precisos.

La tonometría mide la presión intraocular determinando la fuerza necesaria para indentar la córnea. Para exploraciones sistemáticas, pueden emplearse tonómetros manuales en forma de lápiz. Esta prueba requiere anestesia tópica (p. ej., proparacaína al 0,5%). Se puede usar otro tonómetro manual, el tonómetro de icare, sin anestesia tópica. El tonómetro Icare es útil en niños y es ampliamente utilizado en los servicios de urgencias por no oftalmólogos. También puede usarse un tonómetro de soplo de aire sin contacto, que no requiere mucha práctica porque no contacta directamente con la córnea. El método más preciso es la tonometría de aplanamiento de Goldmann, aunque requiere más experiencia y sólo suelen usarla los oftalmólogos. La medida de la presión intraocular no sirve para la detección sistemática del glaucoma; también debe examinarse el nervio óptico.

El ojo humano funciona de manera similar a una cámara de fotos. Así, mediante un sistema de lentes (la córnea y el cristalino), enfoca la luz procedente de los objetos en la retina (que equivaldría a la película fotográfica). Se llama defecto refractivo (o ametropía) a la alteración ocular que produce que la imagen no se enfoque exactamente en la retina, produciendo visión borrosa que habitualmente puede corregirse interponiendo una lente en la trayectoria 189 de la luz.

La hemorragia es el escape copioso de sangre de un vaso sanguíneo, la cual se puede 199 presentar durante la cirugía o en las primeras horas posteriores a ésta, y primeros días después de la misma.

(barra, 2020)

Bibliografía

barra, h. (2020). *enfermeria medico quirurguca* . cdmx : cdmx.