



Nombre del alumno:

Mauricio Alejandro Gómez Aguilar.

Nombre del profesor:

María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo:

Ensayo.

Materia:

Enfermería medico quirúrgica II.

Grado:

Sexto.

Grupo:

“C”

Fisiopatología de los órganos de la visión.

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. La agudeza visual se mide en cada ojo mientras se tapa el otro con un objeto sólido (no con los dedos del paciente, que pueden separarse durante el examen). El paciente mira una escala de optotipos situada a 6 m. Cuando no puede realizarse esta prueba, es posible medir la agudeza con una tarjeta mantenida a unos 36 cm del ojo. La visión normal o anormal se cuantifica mediante la notación de Snellen. Una notación de Snellen de 20/40 (6/12) indica que la letra más pequeña que puede leer una persona con visión normal a 12 m debe acercarse hasta 6 m para ser identificada por el paciente La visión se registra como la línea más pequeña en la que el paciente puede leer la mitad de las letras, incluso aunque el paciente considere que las letras están borrosas o que tiene que adivinar... Si el paciente no puede leer la parte superior de la escala de Snellen a 6 m, se evalúa la agudeza a 3 m. Si no puede leer una lámina incluso a distancias más próximas, el examinador muestra distintos números de dedos para ver si el paciente puede contarlos con exactitud. En caso contrario, el examinador evalúa si el paciente puede percibir el movimiento de la mano. Si no puede realizarlo, hace brillar una luz en el ojo para ver si percibe la luz. La visión cercana se explora pidiendo al paciente que lea una escala de cerca estándar o letra de periódico a 36 cm; los pacientes > 40 años que requieren lentes correctoras (gafas de lecturas) deben llevarlas puestas para la exploración de la visión cercana. El defecto de refracción puede estimarse de forma aproximada con un oftalmoscopio manual, fijándose en la lente necesaria para enfocar la retina; este procedimiento exige que los examinadores utilicen sus

propias lentes de corrección y nunca puede sustituir el estudio completo de la refracción. Lo más habitual es medir el defecto refractivo mediante un foróptero estándar o un autorrefractómetro (aparato que mide los cambios de la luz proyectada y reflejada por el ojo del paciente). Estos dispositivos también miden el astigmatismo (ver Generalidades de los defectos de la refracción). 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 canaliculos y puntos lagrimales. Tras la eversión palpebral, 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.

Procesos inflamatorios e infecciones oftalmológicas.

Conjuntivitis Descripción Inflamación de la conjuntiva: – puede ser infecciosa, causada por bacterias o virus, o de otras causas como alergia, cuerpo extraño, irritación (química) – considerar cuerpo extraño o glaucoma si la conjuntivitis aparece en un solo ojo ◇ Conjuntivitis, alérgica H10.1 Descripción Cuadro inflamatorio de la conjuntiva causado por alergia al polen, hierbas, animales etc. – normalmente hay antecedentes de alergia, incluyendo fiebre del heno – ojos con picazón y lagrimeo – recurrente y estacional Objetivos del manejo – aliviar los síntomas Tratamiento no farmacológico – eliminar el alérgeno Tratamiento medicamentoso – gotas oftálmicas de oximetazolina al 0.025%, 1 gota en cada ojo cada 6 horas durante 7 días – clorfenamina por vía oral para los casos graves • niños 6 meses – 1 año: 1 mg 2 veces al día • niños 1 – 5 años: 1 – 2 mg 3 veces al día • niños 5 – 12 años: 2 – 4 mg 3 – 4 veces al día • niños mayores de 12 años y adultos: 4 mg 3 – 4 veces al día Criterios de valoración especializada o evacuación – personas que usan lentes de contacto – sin respuesta al tratamiento 78 Enfermedades oftalmológicas ◇ Conjuntivitis, bacteriana: Descripción Inflamación purulenta de la conjuntiva causada por bacterias. Objetivos del manejo – aliviar los síntomas – tratar la infección – identificar los criterios de referencia Tratamiento no medicamentoso – la higiene personal es importante para la prevención y el tratamiento – recomendar al paciente • usar solamente sus propias toallas y lavarse frecuentemente cara y los ojos • lavarse bien las manos antes de aplicar las gotas oftálmicas – tratar la conjuntivitis en solo un ojo con precaución extra para no infectar al otro – enseñar al paciente o a la persona que lo cuida como aplicar la crema Tratamiento medicamentoso – gotas oftálmicas gentamicina 0,3% aplicar 1 gota cada 3 horas durante 7 días Criterios de valoración especializada o evacuación – poca o ninguna mejoría en 7 días ◇ Conjuntivitis, viral y viral epidémica B30.9 Descripción Cuadro inflamatorio causado por virus. Muchas de las infecciones virales del tracto respiratorio superior se acompañan de conjuntivitis. Estos cuadros son altamente infecciosos y muchas veces se propagan por toda la comunidad.

Ambos ojos están afectados. Objetivos del manejo – aliviar los síntomas – tratar la infección – identificar los criterios de referencia Conjuntivitis Tratamiento no medicamentoso – higiene personal – recomendar al paciente • usar sus propias toallas • lavarse cara y ojos frecuentemente – desaconsejar al paciente utilizar remedios caseros como leche, orina, saliva etc. que pueden causar infección secundaria. – evitar la propagación de la infección al otro ojo o a otras personas. – enseñar al paciente o a la persona que lo cuida la forma de aplicar la medicación (gotas/crema). Tratamiento medicamentoso – gotas oftálmicas de oximetazolina al 0,025%, instilando en los ojos 1 gota cada 6 horas durante 7 días Nota Los pacientes no se deben intercambiar las gotas. ◇Glaucoma Descripción Presión intraocular aumentada, normalmente en un solo ojo. – clínica: • dolor ocular fuerte (agudo) • a veces pérdida aguda de la visión • enrojecimiento • el globo ocular afecto puede sentirse duro • halos o anillos luminosos brillantes • una pupila dilatada • cefalea unilateral, temporal • en casos severos, náuseas y vómitos.

Alteraciones oftalmológicas que requieran cirugía.

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 de la luz. Los defectos de refracción pueden estar causados por variaciones en la longitud del ojo, la forma de la córnea, o la transparencia del cristalino. Tipos de defectos refractivos Dependiendo de dónde queda enfocada la luz dentro del ojo, hablamos de:

Miopía: cuando la luz se enfoca antes de llegar a la retina (por ser el ojo demasiado largo, o la córnea o el cristalino demasiado potentes). Los objetos lejanos se ven borrosos, aunque se suele ver bien de cerca.

Hipermetropía: la imagen se enfoca detrás de la retina. Suele manifestarse por mala visión de cerca, aunque en hipermetropías altas la visión puede ser borrosa tanto de lejos como de cerca. En personas jóvenes puede mantenerse una visión buena pero presentarse como dolores de cabeza o cansancio visual.

Astigmatismo: en este caso se forma más de un punto focal, dificultando la visión en todas las distancias. Son muy frecuentes pequeños grados de astigmatismo asociados a miopía o hipermetropía. En casos de astigmatismo elevado las imágenes pueden verse alargadas o inclinadas al corregirlo con gafas y ser

necesario el uso de lentes de contacto. La presbicia o vista cansada es una condición natural que se manifiesta a partir de los 40 años debido a la pérdida de elasticidad de cristalino y dificulta el enfoque de los objetos cercanos. Corrección de los defectos refractivos Se basa en interponer una lente que permita llevar el foco de luz a la retina. Esto puede conseguirse mediante gafas, lentes de contacto (blandas o semirrígidas) o cirugía refractiva.

Cuidados de enfermería en los problemas y cirugía oftalmológica.

Recepción del paciente en la sala de recuperación Para el traslado a la sala de recuperación postanestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían: Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.

Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos). Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía. Localización de catéteres, drenajes y apósitos. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica. Revisión del expediente clínico. Atención al paciente en la sala de recuperación En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias. Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. Objetivos Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria. Mantener el estado hemodinámico del paciente. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad. Material y equipo Equipo para aspiración de secreciones. Equipo para administración de oxígeno. Monitor de signos vitales. Esfigmomanómetro, estetoscopio y termómetro. Riñón y pañuelos desechables. Sondas de aspiración.

Cánulas de guedel. Jeringas. Gasas y guantes desechables. Procedimiento Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, se procede a su instalación de la siguiente manera: Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de guedel, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito. Fundamento: Con esta medida

se favorece a la función respiratoria y se evita que la lengua caiga hacia atrás, ocluyendo las vías respiratorias. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe. Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. o según esté indicado. Fundamento: Al administrar el oxígeno húmedo se favorece la fluidificación de secreciones y facilita su aspiración Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos. Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado. Fundamento: Con esta posición se favorece a una adecuada ventilación pulmonar. Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente. Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia). a) Los datos nos darán la pauta para el tratamiento. b) Recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor al paciente o regular la temperatura ambiental, si es que existe el sistema de clima artificial. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.) Mantener en ayuno al paciente. Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la flebopunción para detectar datos de infiltración o flebitis. Vigilar la diuresis horaria. Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.