



**Nombre del alumno: Vázquez López
Marli Paola**

**Nombre del profesor: María Cecilia
zamorano**

Nombre del trabajo: ensayo

**Materia: enfermería medico
quirúrgica II**

Grado: 6

Grupo: C

4.1. Fisiopatología de los órganos de la visión;

- Como bien sabemos el ojo es el órgano principal del sistema visual, que capta las imágenes vistas y los convierte en señal eléctrica al nervio óptico. Esta señal se traduce por el cerebro, la corteza visual, que nos envía la imagen procesada y permite la interpretación de nuestro entorno. 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 es una esfera de aproximadamente 25 mm de diámetro con un peso aproximado de 8 gramos. Se compone de una multitud de órganos: El cuerpo ciliar es la parte anterior de la coroides, que se adjunta a la lente a través de una serie de fibras llamadas de la zónula de Zinn. Desempeña un papel fundamental en la secreción de humor acuoso y acomodación de la visión. El iris es una membrana en forma de disco perforado en su centro por la pupila. Se forma la parte coloreada del ojo cuyo color depende de la espesor laminar del epitelio del ojo. El iris son claras cuando las lamelas son delgadas y oscura cuando los listones son gruesas. La contracción o dilatación del iris es un reflejo fisiológico de adaptación a la luz. Si la luz es fuerte, la pupila es pequeña (miosis), si la luz es baja pupila se hace grande con el fin de captar el máximo de luz (midriasis). La córnea es un tejido transparente en la parte anterior del ojo, que transmite la luz a la lente y la retina. El humor acuoso es un líquido transparente que proporciona nutrientes para la córnea y el cristalino. Su función es mantener la presión intraocular y la forma del globo ocular. La esclerótica, es una membrana blanca, altamente resistente. Forma el "blanco" del ojo. La coroides es un tejido del globo ocular, muy vascularizado, que es la membrana de la madre del ojo. La retina es una membrana delgada que cubre una gran parte de la superficie interna del globo ocular. Sensible a la luz, que se compone de los fotorreceptores (conos y bastones) y las neuronas que transmiten señales eléctricas al cerebro. La retina central contiene la mácula y la fovea. Se vascularizado por la arteria y la vena central de la retina. El nervio óptico, segundo nervio craneal, comienza en el disco óptico y se utiliza para enviar la información visual desde la retina hasta el cerebro. Dentro de la cavidad del hueso de la órbita, el globo ocular se mantiene y se pone en movimiento por los músculos oculomotores: 4 músculos derechos, 2 músculos oblicuos. Los músculos rectos: El músculo recto inferior puede guiar el ojo hacia abajo: bajar la mirada. El músculo recto superior puede guiar el ojo hacia arriba: elevar nuestros ojos. El músculo recto interno puede guiar el ojo a la aducción de la nariz. El músculo recto lateral puede guiar el ojo a la vez: el secuestro. El músculo oblicuo inferior: Este es el más corto de los músculos extra oculares. Permite una orientación del ojo hacia la sien y

mirada fija elevada. El músculo oblicuo superior: Este es el más largo de los músculos extra oculares. Permite una orientación del ojo para la nariz y bajar la mirada.

- **4.2. Valoración y problemas generales a pacientes con alteraciones oftalmológicas;**

Respecto a cierta valoración 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 opto tipos 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. y 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.

4.3. Procesos inflamatorios e infecciones oftalmológicas;

Hay muchas infecciones pero las que comúnmente se presentan en los pacientes son: 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, 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. **Orzuelo**; Inflamación aguda y circunscrita del borde libre del párpado, por una infección estafilocócica de las glándulas de Zeiss y Moll. Aparece una tumefacción roja en el borde del párpado, acompañada de dolor, sensibilidad, edema del párpado, muy pronto se ve un punto amarillento que induce a la supuración. Está asociada a la blefaritis, mal estado general, diabetes mellitus y anemia. **Chalazión** Es una formación quística por la obstrucción de una o varias glándulas de Meibomio, que se asientan en el espesor del párpado, su contenido es aséptico. Patogenia: Tejido granulomatoso como consecuencia del cierre del conducto de la glándula. Síntomas y signos: Desarrollo lento con síntomas insignificantes o asintomáticos, hasta que semanas o meses después adquiere un tamaño mayor. Entonces se aprecia como una tumefacción visible, dura, que se adhiere al tarso, pero no a la piel, al evertir el párpado su situación se conoce por una coloración púrpura de la conjuntiva. **Conjuntivitis** Es la inflamación de la conjuntiva. Patogenia: Pueden ser infecciosas por bacterias o virus, traumáticas, alérgicas, por clamidia y neonatal. Diagnóstico: Se basa en los síntomas y en la determinación del agente causal. Las conjuntivitis responden con rapidez al tratamiento correcto, por lo que el médico general puede tratarlas. **Conjuntivitis bacteriana**: En esta clasificación se ubican la conjuntivitis catarral, la purulenta y la oftalmía del recién nacido. Conjuntivitis catarral: Se caracteriza por una inflamación aguda de la conjuntiva, la cual adquiere un color rojo encendido por reacción conjuntival. Los gérmenes más frecuentes son el estafilococo y el estreptococo. A través de un exudado conjuntival se puede aislar el germen causal, se transmite por contacto directo a través de objetos de uso personal, microgotas ambientales o insectos portadores de gérmenes, está asociada a la inflamación de las vías respiratorias superiores (coriza, gripe) o con exantemas como el sarampión y la escarlatina. Síntomas y signos: Al principio existe secreción acuosa, más tarde se hace mucosoide y en los casos más graves mucopurulenta. La secreción por las noches se seca en los párpados e impide abrirlos al despertarse. Sensación de ardencia o cuerpo extraño, pesadez, fotofobia y enturbiamiento de la visión por las secreciones, puede existir edema intenso o quemosis. Se aprecia enrojecimiento ocular a expensas de reacción conjuntival y secreciones abundantes. **Conjuntivitis virales**: Incluye las queratoconjuntivitis epidémica y

la hemorrágica. Ambas evolucionan de forma epidémica y se propagan rápidamente.

4.4. 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.

4.5. 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. 190 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. Finalmente llegue a una conclusión donde me di cuenta que estos temas son de mucha importancia ya que son algunos de los problemas que se presentan en los pacientes hoy en día, y es así como también realizamos ciertos procedimientos o brindar ciertos cuidados a los pacientes.

ANTOLOGIA LEN603 ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA II