



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: Unidad 4 Cuidados a pacientes con problemas en los órganos de los sentidos

MATERIA: Enfermería médico-quirúrgica II

PARCIAL: IV

NOMBRE DEL PROFESOR: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García

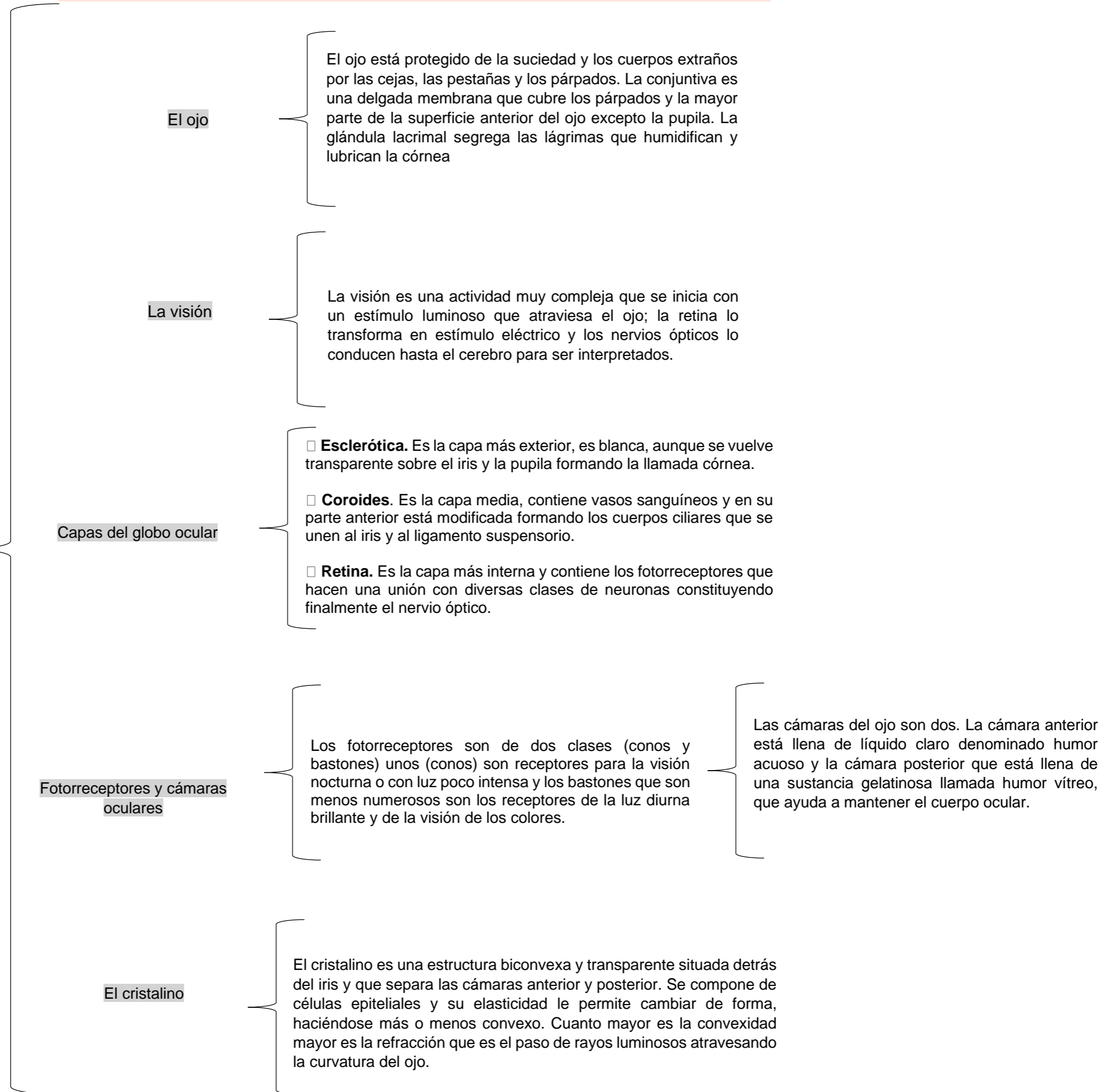
LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: 6°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 02 DE AGOSTO DEL 2022.

4.1 ANATOMOFISIOLOGIA DE LA VISTA

UNIDAD 4 CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS



UNIDAD 4
CUIDADOS A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

¿Cómo está formado el interior de los ojos?

- El interior del ojo está formado por el humor acuoso, el humor vítreo y el cristalino:
- El Humor acuoso es un líquido que da presión al ojo y nutre la córnea y el cristalino.
 - El Humor vítreo es una gelatina que ocupa dos terceras partes del interior del globo ocular. Aquí se localizan los síntomas de las moscas volantes.

Vascularización del globo ocular

- Arteria central de la retina: Penetra a través del Nervio óptico y es una rama terminal.
- Arterias ciliares posteriores: Atraviesan la esclerótica alrededor de la lámina cribosa.
- Arterias ciliares anteriores: Son ramas terminales de las arterias de los músculos rectos.

Músculos extraoculares

- Recto superior: Elevador, aductor (hacia dentro) e inciclotorsor.
- Recto lateral: Abductor (hacia fuera).
- Recto medio: Aductor.
- Recto inferior: Depresor aductor y exciclotorsor.
- Oblicuo superior: Depresor, abductor e inciclotorsor.
- Oblicuo inferior: Elevador, abductor y exciclotorsor.

Inervación

- III PAR (MOC): Rectos superior, medio e inferior. Oblicuo inferior y elevador del párpado superior.
- IV PAR (PATÉTICO): Oblicuo superior.
- VI PAR (MOE): Recto lateral.
- Simpático: Músculo de Muller (ayuda al elevador).

Estructuras anexas del ojo

- Cada ojo tiene músculos para poder girar en todas las direcciones. Hay un centro de control para que los dos ojos estén en la misma dirección y paralelos.
- Sistema lagrimal. La superficie del ojo, para nutrirse y tener calidad está bañado por lágrimas.
- Párpados. Son como dos persianas de protección contra la luz, golpes, cuerpos extraños... y como unos parabrisas de los ojos que distribuyen las lágrimas uniformemente sobre el ojo.

4.1.1 PROCESOS INFLAMATORIOS E INFECCIONES OFTALMOLÓGICOS

UNIDAD 4 CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Glaucoma y tipos

Es el término empleado para definir el aumento de presión intraocular (PIO) de etiología muy diversa, que cursa con alteración en el nervio óptico (neuropatía óptica), que queda reflejada en el estudio campimétrico.

Existen numerosas clasificaciones, pero a efectos prácticos distinguiremos: Glaucoma crónico simple o Glaucoma de ángulo abierto/Glaucoma agudo o de ángulo cerrado/Glaucomas mixtos/Glaucomas secundarios.

Queratoconjuntivitis

Se define el ojo seco como una alteración en la película lagrimal que motivaría el daño en la superficie interpalpebral ocular suficiente para producir molestias y discomfort ocular. El ojo seco es una de las patologías más frecuentes en las consultas de oftalmología.

Enfermedades alérgicas

. Las enfermedades alérgicas oculares son uno de los problemas oftalmológicos más frecuentes en todo el mundo y abarcan desde reacciones leves o moderadas como conjuntivitis alérgica estacional o perenne hasta secreciones mucosas de la queratoconjuntivitis primaveral o los problemas corneales con afectación de la visión en la queratoconjuntivitis atópica.

Conjuntivitis

Es toda afección conjuntival originada tanto por microorganismos infecciosos como por causas inflamatorias (alergias, toxinas, traumatismo, enfermedades sistémicas, etc.). Las conjuntivitis bacterianas agudas (catarral) pueden tener diferente etiología siendo los gérmenes más frecuentes *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*.

Queratitis

La queratitis bacteriana es la invasión microbiana de la córnea que conduce, según su virulencia y patogenicidad, a la formación de un absceso estromal asociado a signos y síntomas inflamatorios. son de extrema gravedad conduciendo en ocasiones a la afectación de toda la córnea a incluso perforación y pérdida del ojo. Precisan pues, una confirmación clínica correcta, un tratamiento antibiótico que puede ser múltiple y por diferentes vías de administración y, siempre que sea posible, determinar el agente etiológico.

4.1.2 ALTERACIONES OFTALMOLOGICAS QUE REQUIEREN CIRUGIA

UNIDAD 4 CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Ambliopía

La ambliopía es la reducción uni o bilateral de la AV a pesar de una corrección óptica apropiada. Aunque en algunas ocasiones puede producirse en ambos ojos, generalmente sólo se presenta en uno. ésta ocasionalmente puede alternar de un ojo a otro durante el transcurso del tratamiento, pero, lo que es más importante, con frecuencia recurre cuando el tratamiento se suspende. La ambliopía se clasifica en: ambliopía estrábica, anisometropía, por privación del estímulo.

Estrabismo

El estrabismo es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular. El estrabismo plantea diferentes problemas: la pérdida de la función binocular, la reducción de la visión del ojo desviado (ambliopía u ojo vago) y el aspecto estético desfavorable. También se produce una alteración en la visión en relieve y en la visión de precisión.

Laceraciones conjuntivales

Las heridas que afectan a la conjuntiva ocular producen dolor, ojo rojo y sensación de cuerpo extraño tras un traumatismo ocular. A la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiñe con fluoresceína. Las laceraciones conjuntivales deben ser exploradas extensamente para descartar la presencia asociada de una ruptura escleral y un cuerpo extraño intraocular.

Orzuelo

Infección aguda de las glándulas sebáceas palpebrales. Se presenta como un nódulo doloroso con punto de pus amarillento centrado por una pestaña. Su tratamiento incluye calor local (3 veces al día durante 5 minutos) y antibiótico tópico (eritromicina pomada 3 veces al día, 1 semana). Su cronificación (tumoración palpebral, indolora, sin signos inflamatorios) da lugar a lo que se denomina chalazión, cuyo tratamiento más habitual es la extirpación quirúrgica.

Dacrioadenitis

Infección de la glándula lagrimal principal. Se asocia a parotiditis, mononucleosis u otras enfermedades víricas. Clínicamente presentan una tumoración inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior (signo de la S), y edema de la zona súperotemporal del mismo que provoca una seudoptosis. Pueden acompañarse de adenopatía preauricular y fiebre.

UNIDAD 4
CUIDADOS A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

Cataratas congénitas

Se denomina catarata cualquier opacidad en el cristalino, que puede originar un descenso de la AV. Pese a los avances en el tratamiento de las cataratas congénitas, éstas siguen siendo la causa principal de disminución de visión y ceguera en los niños, y de ambliopía irreversible a pesar de la cirugía. Puede ser unilateral o bilateral incidiendo sobre la retina durante este periodo crítico, producirá una ambliopía irreversible.

4.2 ANATOMOFISIOLOGIA DE LA NARIZ, OIDO Y GARGANTA

El oído

El oído humano se divide en oído externo, oído medio y oído interno. Estas estructuras tienen un origen embriológico distinto, ya que el oído externo y el oído medio derivan del aparato branquial primitivo, mientras que el oído interno deriva del ectodermo. El pabellón auricular se origina de mamelones o prominencias mesenquimáticas derivadas del primer y segundo arco branquial.

Oído externo

El oído externo está constituido por 2 porciones: el pabellón auricular y el CAE. El pabellón auricular, con excepción del lóbulo, corresponde a una estructura cartilaginosa cubierta por piel, por lo tanto, las inflamaciones de ésta podrían comprometer la vascularización del cartílago, con la consecuente pericondritis e incluso necrosis en caso de no ser manejado a tiempo. La disposición de los cartílagos nos permite distinguir las diferentes estructuras del pabellón auricular.

Oído medio

El oído medio lo forman los espacios aéreos de la cavidad timpánica, celdillas mastoideas y trompa de Eustaquio, todo ello tapizado por mucosa. La cavidad timpánica tiene como límite lateral la membrana timpánica. La membrana timpánica, de 1 cm de diámetro aproximadamente, constituye parte del sistema tímpano-osicular del oído medio, y transmite las vibraciones a los huesecillos y posteriormente al oído interno. La cara externa de la membrana timpánica es observable a través de la otoscopia.

Oído interno

Derivado de la vesícula ótica dependiente de ectodermo, constituye el órgano sensorial del oído. El oído interno se encuentra dentro del hueso temporal, y está conformado externamente por el laberinto óseo (parte del hueso temporal) que contiene perilinfa, de igual composición al líquido cefalorraquídeo. En su interior el laberinto membranoso, que se encuentra unido al espacio subaracnoideo a través del conducto coclear y no se comunica con el oído medio.

UNIDAD 4
CUIDADOS A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

Estructuras del oído interno

- **Cóclea:** Corresponde a un conducto membranoso en forma de caracol que da 2 vueltas y media (35 mm de largo) en relación a una estructura central o modiollo.
- **Vestíbulo y canales semicirculares:** Se mencionarán con mayor detalle los órganos vestibulares en el capítulo.
- **Conducto auditivo interno** Se encuentra formado por la comunicación con el sistema nervioso central por donde transitan los nervios vestibulares superior e inferior, facial y coclear.
- **Acueductos del oído interno** Se debe distinguir entre el acueducto coclear, conducto óseo que comunica la ramba timpánica con el LCR, y el acueducto vestibular, conducto óseo que por dentro lleva un conducto membranoso, el conducto endolinfático

La nariz

La nariz es la porción del tracto respiratorio superior al paladar duro e incluye la nariz externa y cavidad nasal, que está dividida en una cavidad derecha e izquierda, por el tabique nasal. Sus funciones son el olfato, respiración, filtración del polvo, humidificación del aire inspirado, además de la recepción y eliminación de secreciones proveniente de los senos paranasales y de los conductos nasolagrimales.

Cavidad nasal

Las fosas nasales se extienden desde las narinas anteriormente, hasta las coanas posteriormente, continuándose desde allí con la nasofaringe. Usualmente ambas fosas nasales son de diferente tamaño. Cada lado a su vez puede ser dividido en el vestíbulo nasal y la cavidad nasal propiamente tal.

Cavidades paranasales

Las cavidades paranasales son prolongaciones de la cavidad nasal hacia los huesos vecinos del cráneo. Son cavidades pares existiendo una gran variabilidad entre un individuo y otro e incluso dentro de un mismo sujeto. Pudiendo existir ausencias (agenesia) o menor desarrollo (hipoplasia). Los senos paranasales son maxilares, etmoidales anterior y posterior, frontal y esfenoidal, están recubiertos por mucoperiostio.

La garganta

La cavidad oral es por donde la comida es ingerida y comienza el proceso digestivo con la masticación y acción enzimática de la saliva. La deglución se inicia voluntariamente en la cavidad oral, con lo cual el bolo alimenticio pasa hacia la faringe. Además, permite la detección de sabores y, articulación y modulación de las palabras. La saliva lubrica los tejidos orales, limpia la boca y comienza el proceso digestivo mientras se mastican los alimentos, participa además de la inmunidad natural, evita las caries y las enfermedades periodontales.

UNIDAD 4
CUIDADOS A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

Faringe

La faringe es la continuación hacia posterior de la cavidad oral y fosas nasales, corresponde a un tubo muscular que se ancla en la base del cráneo hacia inferior hasta alcanzar el cartílago cricoides (C6). Mide aproximadamente 15 cm de largo.

División de la faringe

- **Nasofaringe:** Desde la base del cráneo al paladar blando, se identifica el ostium de la tuba auditiva en su pared lateral y la tonsila faríngea o adenoides en su pared posterior.
- **Orofaringe:** Desde el paladar blando a la epiglotis (a nivel de C3).
- **Hipofaringe (laringofaringe):** Desde la epiglotis hasta el pliegue inferior del cartílago cricoides (a nivel de C6). La laringe se encuentra dentro de la laringofaringe.

Laringe

- Macroscópicamente la laringe se divide en 3 regiones:
- **Supraglotis:** su límite superior está dado por el borde superior de la epiglotis, los pliegues Ari epiglóticos, los cartílagos aritenoides y el pliegue interaritenóideo. El borde inferior está delimitado por el borde lateral del ventrículo laríngeo.
 - **Glottis:** contiene a los pliegues vocales verdaderos y se extiende desde el límite con la supraglotis hasta 1 cm bajo los pliegues vocales.
 - **Subglottis:** desde 1 cm bajo el pliegue vocal hasta el borde inferior del cartílaoo cricoides.

2.2.1 ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Prácticas
otorrinolaringológica

Las prácticas en otorrinolaringología se remontan a la antigüedad, existen registros de cirugías otorrinolaringológicas (ORL) que datan de 2500 AC, sin embargo, sólo se constituyó como especialidad hacia los inicios del siglo XIX, acompañada de la aparición e implementación de la endoscopia. Esta es una especialidad que comprende el manejo clínico y quirúrgico de las patologías de oído, fosas nasales, senos paranasales, faringe y laringe, con un enfoque basado en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

Patologías
otorrinolaringológica

Es de gran importancia resaltar que en el abordaje clínico diario de las patologías ORL se presentan de forma común errores en el establecimiento del diagnóstico específico, principalmente debido a una anamnesis inadecuada o un examen físico incorrecto o insuficiente; como consecuencia los pacientes reciben un abordaje terapéutico inapropiado y no son remitidos oportunamente a servicios de atención especializada.

UNIDAD 4
CUIDADOS A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS DE
LOS SENTIDOS

EJEMPLOS

Otitis media aguda
(OMA)

La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad de presentación común en la población infantil, cerca del 90% de los niños la padecen en los primeros 5 años de vida. La etiopatogenia de esta afección se atribuye principalmente a procesos infecciosos, los cuales pueden convertirse en recurrentes y llevar a diversas complicaciones como ruptura de la membrana timpánica, sordera por conducción, déficit del lenguaje o problemas en el desarrollo educativo.

Rinitis alérgica

Es una inflamación de la mucosa nasal que es inducida por alérgenos, ocasionando síntomas como: estornudos, congestión, secreción, prurito y obstrucción nasal. Es una enfermedad atópica, que se caracteriza por presentar niveles altos de inmunoglobulina E (IgE) sérica, sobreproducción de linfocitos T ayudadores, citoquinas y acumulación de eosinófilos en la mucosa nasal.

Hipoacusia

otra patología que cobra importancia en el medio debido a sus consecuencias es la hipoacusia; alrededor del 50% de los niños con sordera profunda se pueden catalogar de origen genético en el cual están involucrados una gran cantidad de genes, que son la causa de la heterogeneidad en la sordera hereditaria.

Causa de las alteraciones

Las patologías anteriores suelen tener causas:

- Virales
- Bacterianas
- Genética/hereditaria
- Factores del medio ambiente