Nombre de alumno: FATIMA LIZBETH PONCE SOBERANO

Nombre del profesor: MARIA CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

Materia: ENFERMERIA MÉDICO QUIRURGICA II

NOMBRE DEL TEMA: REPORTE DE PRÁCTICA

Grado: 6TO CUATRIMESTRE

Grupo: A

INTRODUCCIÓN

Formar al estudiante en la introducción a los conceptos básicos de la Cirugía y la Instrumentación quirúrgica. Los temas tratados forman los pilares fundamentales para la evolución del estudiante en la carrera y la inserción del mismo en la actividad práctica de la profesión.

El área quirúrgica corresponde al conjunto de áreas y servicios relacionados entre sí en donde se llevan a cabo cirugías y procedimientos invasivos, que no se deben realizar en otro ambiente o área, debido a que no cuentan con las características necesarias, material y equipo, se encuentra ubicada estratégicamente en el centro del hospital y en ella se encuentran los quirófanos, servicio de recuperación, expulsión y CEYE.

Se divide en tres, el área negra en donde se permite la libre circulación de personal y se considera contaminada, el área gris o área semi-restringida permite el acceso solo a personal de quirófano o recuperación, es en el área gris donde comienzan las restricciones: el uso de uniforme quirúrgico completo, compuesto de gorro, cubre bocas, chemiz y pantalón quirúrgico y botas, además a partir de esta área y en el área blanca o restringida, se prohíben el uso de accesorios como anillos, cadenas o pulseras, la prohibición es aún más estricta que en el área negra, el área blanca compuesta por los quirófanos requiere de uso completo de uniforme quirúrgico, y en caso del instrumentista, ayudantes y cirujano, ya en el procedimiento quirúrgico, uso de bata y guantes estériles.

Dos elementos indispensables en las Instituciones que brindan atención sanitaria hospitalaria son instalaciones específicas y personal capacitado. Las instalaciones en sí, deben aportar un entorno seguro tanto para los pacientes como para el personal y los visitantes. Deben además permitir el trabajo del personal de forma

que se promueva la eficacia en el uso del tiempo, el movimiento y es espacio. Todo lo anterior se logra a través de procesos administrativos y gerenciales.

En la presente unidad, se presentan las principales características del servicio quirúrgico, en lo que compete a su infraestructura y así como otros aspectos relevantes para su funcionamiento. Esperando que el contenido contribuya al aprendizaje para el desempeño de las actividades de enfermería, en forma segura y eficiente.

OBJETIVOS

GENERAL

El centro quirúrgico tiene como finalidad dar atención especializada en quirófano, para que se efectúen intervenciones quirúrgicas, brindando cuidados post operatorios inmediatos en la unidad de recuperación post anestésica teniendo en cuenta reanimación cardio respiratoria y alivio del dolor agudo.

ESPECIFICO

Brindar una atención en servicios quirúrgicos de forma oportuna, segura, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico

mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.

Conocer instrumental y saber acerca de su uso

JUSTIFICACIÓN

El quirófano es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias, que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.

La práctica es para tener conocimientos de los procesos quirúrgicos y sobre el instrumental, es necesario la práctica del lavado de manos ya que al no hacerla afectaría al proceso de esterilización.

AREA QUIRURGICA

La Unidad Quirúrgica está integrada por el quirófano que involucra las salas de operaciones, el servicio de recuperación, área pre-anestésica, central de equipos y esterilización (CEYE), almacén de material de consumo, oficinas administrativas y vestidores. Todos ellos perfectamente coordinados para poder otorgar una atención que satisfaga las necesidades del paciente.

Esta unidad se diseña y estructura para brindar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal. Existen diferentes diseños, pero todos deben de cumplir 3 objetivos generales:

a) Control de las infecciones: Para ello el diseño físico es un punto importante, se basa en 2 principios básicos.

Separación física entre el entorno quirúrgico y cualquier fuente de contaminación.

Contención de las fuentes de infección. (entiéndase contención como el confinamiento de un área determinada o detrás de una barrera, por ejemplo, el aire de la sala de operaciones no puede estar separado del aire exterior, pero se puede confinar manteniendo las puertas cerradas y la presión del aire más alta que la del exterior.)

b) Seguridad: Se siguen estándares nacionales de ingeniería médica, en lo referente a circuitos eléctricos, tubería de gases, iluminación y otros servicios. Los estándares de seguridad certifican que los pacientes y el personal, están protegidos contra peligros externos y accidentes (incendios, explosiones, riesgo de electrocución).

c) Eficiencia: término que corresponde al uso económico del tiempo y la energía para evitar el dispendio de trabajo, materiales, tiempo y espacio, contribuyendo a la seguridad del paciente y del personal. El trabajo en el quirófano es extenuante, un

diseño inteligente, puede reducir el estrés físico y el esfuerzo excesivo, si disminuye la pérdida de tiempos y movimientos.

Existen tres áreas las cuales son las siguientes:

Área no restringida o (área negra): Es una zona controlada donde el personal que ingresa puede cambiar sus ropas por las autorizadas para el quirófano, ésta y los equipos portátiles que no han sido desinfectados quedan confinados en esta área.

Área semi restringida o (área gris): Es necesario portar uniforme quirúrgico completo para poder ingresar (Ropa o pijama quirúrgica y gorro), se incluyen los corredores o pasillos internos para circulación de personal, pacientes y traslado de material quirúrgico, áreas de procesamiento del instrumental y material, áreas de almacenamiento, y cuartos de servicio.

Área restringida o (área blanca).: Requiere el mayor nivel de precauciones contra la contaminación, el personal accede con uniforme quirúrgico gorro y cubrebocas, salas sub estériles donde se ubiquen los esterilizadores rápidos y salas de materiales estériles.

USO DE MESAS

Las mesas forman parte del campo estéril y es en ellas en donde se colocará el material y equipo necesario para la cirugía, están a cargo del enfermero instrumentista y doblemente supervisadas por el enfermero circulante, su acomodo debe ser práctico, ordenado y meticuloso, para evitar errores y contratiempos.

La mesa de riñón es utilizada para colocar todo el instrumental y equipo necesario en un acto quirúrgico, para la preparación de la mesa primeramente se coloca el bulto de ropa estéril, quitando la primera envoltura con las manos, la segunda se desdobla con una pinza de traslado para que cubra completamente la mesa de riñón Se toma los guantes del instrumentista, se les retira la primera envoltura y se dejan caer en el extremo derecho de la mesa, posterior se quitan las primeras envolturas de los demás paquetes y bultos y se colocan en el extremo izquierdo de la mesa (gasas, hojas de bisturí).

Después del lavado quirúrgico de las manos, el instrumentista toma del bulto de ropa la toalla de fricción para secarse las manos, se viste la bata quirúrgica y se calza los guantes que están en el extremo derecho de la mesa con técnica cerrada. El instrumentista ya vestido con ropa estéril divide mentalmente la mesa de riñón en tres partes para ordenarla de la siguiente manera: toma la ropa del centro y la coloca en el extremo derecho de está procurando que no ocurra mucho espacio. Finalmente, la mesa de riñón queda dividida de la siguiente manera: en el extremo izquierdo queda el instrumental, en el centro tenemos recipiente con solución, suturas, material e instrumental seleccionado y en el extremo derecho encontramos la ropa y los guantes del cirujano y del ayudante, posterior pasa a ser campo de retorno.

Respecto a la mesa de mayo, esta mesa es utilizada para colocar el instrumental según los tiempos del acto quirúrgico, iniciando por el instrumental para el abordaje: corte, disección, hemostasia separación, con cuatro gasas trama.

INSTRUMENTACIÓN QX POR TIEMPOS

Durante el acto quirúrgico en la región de trabajo debe de actuarse con movimientos sistemáticos y ordenados sobre los tejidos y órganos al incidirlos, separarlos, extirparlos o repararlos, de manera que no se lesionen sus componentes o estructuras vecinas. Si no se lleva a cabo una técnica adecuada el cirujano mismo podría alterar la anatomía y lesionar los tejidos. Por ello es imprescindible ejecutar los tiempos quirúrgicos de manera precisa. Estos tiempos fundamentales son comunes en toda técnica quirúrgica y para cualquier región de la economía, independientemente de la especialidad quirúrgica de que se trate.

Estos procedimientos requieren instrumentos para su ejecución, como bisturíes y

tijeras, pinzas hemostáticas, separadores, aspiradores, instrumentos de tracción, porta agujas y materiales de sutura.

Los tiempos fundamentales de la técnica quirúrgica son los siguientes:

• Incisión, corte o diéresis

• Hemostasia

• Exposición (separación, aspiración, tracción)

• Disección

• Sutura o síntesis

Estos tiempos se pueden ejecutar de manera alternada; es decir, se realiza incisión, se efectúa hemostasia y luego puede continuarse con otra incisión para la que se realizó exposición de los planos anatómicos adyacentes, y así, de manera continuada durante toda la intervención.

La incisión: Del latín incidere, es el procedimiento inicial de toda técnica quirúrgica, y consiste en la sección metódica y controlada de los tejidos suprayacentes al

órgano por abordar. En este procedimiento se usan los instrumentos de corte, considerándose como tales bisturíes, tijeras, sierras, costótomos y gubias, entre otros. Estos instrumentos son de muy diversa forma y tamaño, y ello depende básicamente del tipo de tejido por incidir, así como de la región anatómica que se interviene.

La hemostasia quirúrgica agrupa todos los procedimientos técnicos que el cirujano emplea para controlar la hemorragia que se produce en el acto operatorio. Los procedimientos quirúrgicos al seccionar tejidos producen inevitablemente lesiones, generalmente, el cirujano es capaz de resolver la hemorragia operatoria empleando una adecuada técnica hemostática.

La exposición es cuando el cirujano profundiza en los planos, los tejidos pueden obstaculizar su trabajo y es la función asistente el de separar correctamente los tejidos para permitir la maniobra y visión clara.

Para lograr la exposición se dispone de diferentes procedimientos, entre los cuales se halla la separación o retracción de los tejidos, la limpieza del campo operatorio por aspiración y secado de la sangre extravasada, que si no se retira, impide la adecuada visión de las estructuras anatómicas, y también la tracción con hilo (referencia) de órganos y tejidos que facilita este tiempo quirúrgico de exposición y que permite al cirujano tener acceso a ellos para cortar, reparar o extirpar, según el caso.

La disección es la separación de los tejidos y planos de forma organizada, tratando de causar el menor trauma posible y facilitar el proceso de cicatrización.

La sutura o síntesis es el último tiempo que se realiza en una intervención, la aproximación de los tejidos con la finalidad de acelerar el proceso de cicatrización se conoce como sutura quirúrgica. Se le conoce como síntesis al proceso de diversos pasos que realiza el cirujano para reparar o reconstruir los diferentes planos de tejido previamente cortados, retraídos o diseccionados, favoreciendo la más rápida y perfecta curación de la herida.

PRINCIPIOS DE LA TÉCNICA ESTERIL

Por Técnica Estéril entendemos el “conjunto de procedimientos destinados a prevenir la infección por microorganismos y mantener la esterilidad durante un procedimiento quirúrgico”.

Todas y cada una de las personas que forman el equipo quirúrgico o pasan por un quirófano, pueden ser un vehículo transportador de gérmenes patógenos y no patógenos contaminando al paciente. Por lo tanto, se debe de tener en cuenta lo siguiente:

- Todos los objetos utilizados en un campo estéril deben ser estériles
- Un objeto estéril se vuelve no estéril cuando es tocado por un objeto no estéril.
- Los artículos estériles que están por debajo del nivel de la cintura, o los artículos que se mantienen por debajo del nivel de la cintura, se consideran no estériles.
- Los campos estériles deben mantenerse siempre a la vista para ser considerados estériles.
- Al abrir equipos estériles y agregar suministros a un campo estéril, tenga cuidado de evitar la contaminación.
- Una vez que se establece un campo estéril, el borde de una pulgada en el borde del paño estéril se considera no estéril.
- Si hay alguna duda sobre la esterilidad de un objeto, se considera no estéril.
- Las personas u objetos estériles solo pueden entrar en contacto con áreas estériles; las personas o artículos no estériles solo contactan con áreas no estériles.

CONCLUSIÓN

La unidad quirúrgica requiere de personal comprometido, flexible al cambio, responsable y competente. Todos los empleados son responsables de mantener y resguardar cada área para la función que le fue asignada, respetando la circulación dentro de las mismas.

Es sumamente importante conocer el porqué de las actividades que se realizan para evitar cometer errores en los procedimientos que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Nunca perder de vista el objetivo: oportunidad, eficiencia, seguridad y calidad en la atención del paciente.

Cumplir sin menoscabo la normatividad y reglamentos que se llevan a cabo de acuerdo con estándares internacionales y nacionales, acorde a las características de la Institución y aspectos propios. El Área Quirúrgica es de acceso restringido y necesita el cumplimiento cabal de condiciones óptimas de asepsia. Siempre hay que tener en cuenta que la seguridad del paciente y la propia es primordial, “la esterilidad, no permite ninguna concesión”, por lo que cada integrante es responsable de su actuar profesional y ético.

La comunicación y el trabajo en equipo requiere priorizar al paciente por encima de cualquier discrepancia personal de sus miembros y colaboradores, eficiente para una comunicación clara, respetar los límites profesionales, fomentar la cohesión.

REPORTE DE PRACTICA DE ENFERMERIA MÉDICO QUIRÚRGICO

PRACTICA 1 (BULTO DE CIRUGIA MAYOR)

La primer practica fue en el área quirúrgica en la cual tuvimos que identificar cada uno de los materiales que se utilizan en las cirugías cada instrumento teníamos que decirlo con su función dentro del quirófano esto fue una práctica para saber más acerca de todos los instrumentos que se utilizan y así saber más sobre estos, después de esta práctica tuvimos otra la cual era sobre los vendajes que tipos hay y hacerlos de la manera más adecuada, continuamos con vendaje que se realiza Vendaje que se realiza una cesárea después de ser intervenida los vendajes de miembros inferiores, ya después de este procedimiento terminamos de realizarlos y pasamos a otra práctica que se trataba de conocer el nombre de cada sábana y como está compuesta en el punto de cirugía mayor, conociendo como va acomodada y cómo se va utilizando paso a paso en lo que es principal el instrumentista deberá ser el encargado de realizar todo este tipo de pasos en lo que es el bulto de cirugía mayor ya que este profesional deberá ser el único encargado en tocar el bulto y los materiales con el fin de no contaminar lo demás del bulto de cirugía el deberá destruir la primer sábana del bulto que lo recubre después con una pinza de traslado de verdad descubrir la última sábana que recubre el bulto y con esta misma sábana deberá cubrir toda la mesa en la que se está el bulto después con el lavado de manos de la instrumentista y de cómo se debe aplicar el uso de bata y el calzado de guantes y sobre la preparación del cirujano y de ayuda y del ayudante del cirujano finalizamos la práctica.

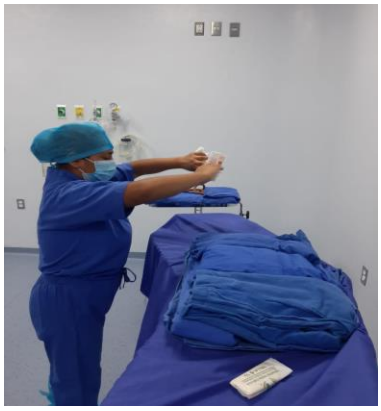





PRACTICA 2 (PREPARACIÓN DE INSTRUMENTOS)

En esta práctica que es la 2 , repasamos todo lo que hicimos en la práctica 1 y seguimos con la preparación del cirujano y del ayudante del cirujano con la vestimenta de cada uno y seguimos con la preparación de la bolsa de desechos estériles y con la preparación de los materiales también vimos cómo se va clasificando cada uno de ellos conforme serán utilizados, hicimos grupos y cada grupo iba pasando y iba haciendo todos estos pasos y así se nos iba quedando más y así fuimos conociendo cada uno de los instrumentos y cada uno de los pasos después vestimos al paciente y una vez ya terminando de ordenar cada instrumento colocamos las sábanas conforme iban al igual como no los enseñaron después de terminar de vestir al paciente con las sábanas donde el instrumentista proporcionó los primeros campos que se colocaría en cada lado uno en el izquierdo y otra en el derecho después continuamos con lo que es el acomodado de la sábana encefálica y podálica una vez ya que las colocamos seguimos con la aplicación de las pinzas en la sábanas para fijarlas y que no se puedan mover después colocamos una sábana tendida y así continuamos con la cirugía de cómo deben pararse ordenadamente los instrumentos cada que sea necesario.




PRÁCTICA 3 (INSTALACIÓN DE CATÉTER DE VIA INTRAVENOSA Y TRASLADO DE PACIENTE EN QUIROFANO)

En la práctica 3 fue la última que realizamos en el quirófano y la práctica trató sobre qué es la aplicación y la preparación del paciente donde nosotros como equipo preparamos al paciente retirando cualquier objeto, placa, o accesorios que llevar el paciente antes de entrar al quirófano y así proporcionarle una bata para que se vista después pasamos con la aplicación del catéter de vía intravenosa y la aplicación de los vendajes de miembros inferiores le colocamos el gorro y empezamos a llenar la hoja de enfermería con la cirugía que se le iba a realizar en ese momento y era una cesárea una vez haciendo todo este procedimiento continuamos con su traslado del paciente al quirófano y realizamos todos los procedimientos anteriores en el cual el instrumentista comenzó a colocar el bulto y después con las pinzas de traslado fue abriendo el bulto después de esto se realizó el lavado de manos quirúrgico y se secó las manos y se colocó la bata seguida de esta los guantes, ya que estaba todo preparado destapó los guantes del cirujano y del ayudante y así hacer el procedimiento de las demás prácticas







SUGERENCIAS

Utilizar bata o pijama quirúrgico estéril, calzas o zuecos específicos de quirófano, gorro que cubra todo el pelo y mascarilla que tape la boca y nariz, que se colocará antes de entrar a quirófano.

Realizar la higiene de manos antes y después de contactar con el paciente y su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Fuller, Joanna Ruth. Instrumentación Quirúrgica. 5a. Ed. Edit. Médica Panamericana. México. 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente, Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación. La cirugía segura salva vidas. .1ª edición Ginebra Suiza. 2008.

ANEXOS

Cuidados a pacientes con daños en los organos y sentidos

18 06 23

Los Sentidos

En educación los sentidos son canales por los cuales los escolares recogen información además de desarrollar la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato.

* El tacto

- La información del tacto permite a los niños las percibir cualidades de los objetos y medios, básicamente, suavidad y temperatura.
- El sentido del tacto nos informa a través de la piel, se es fundamentalmente.

* El gusto

- El gusto, unido al olfato nos informa de aspectos que serán fundamentales en la prevención de la salud ya que están vincolados en una correcta alimentación
- Las cualidades que ejercitamos en desarrollo motor serán amargo, ácido, dulce y salado
- Al nacer, el niño percibe el sabor dulce

* El olfato

- A través del olfato reconocemos los olores y descubrimos nuevos aromas.
- Al nacer, este sentido esta bastante desarrollado
- Su mayor desarrollo se alcanza a los 3 años

* El oído

- Es un organo que recoge las vibraciones sonoras del medio y las transforma en impulsos que serán interpretados en el Cerebro.
- Esta dividido en tres partes: Oído externo, oído medio y oído interno

* La vista

- Es el que nos permite percibir sensaciones luminosas y captar el tamaño, la forma, el color de los objetos y la distancia a lo que se encuentran

Actividad #1

¿Qué sentido es el primero en desarrollar el niño/a?

El oido

¿Cuáles el sentido que más utilizas?

La vista

¿Cuál es el que más te gusta?

La vista

¿Porque?

Porque es bonito ver cosas nuevas e interesantes

PRINTAFORM

Actividad 2

Sentido de La Vista

Estructuras que protegen el ojo

El ojo esta protegido por 3 estructuras:

1. Parpados: Pliegue de piel que cubre el ojo
2. Pestaña: Protege al ojo del ingreso de cuerpos extraños
3. Lagrimal: Lubrica y humedece el ojo.

Anatomia del globo Ocular

1. Cornea: Es una membrana transparente ubicada en la zona anterior del ojo
2. Esclerotica: Membrana externa del ojo
3. Conjuntiva: Membrana delgada y lubrica la esclerotica
4. Humor acuoso: Es un liquido transparente que le da presión a globo ocular.
5. Pupila: Orificio que se encuentra al centro del Iris
6. Iris: Disco muscular pigmentado que regula la luz que ingresa al ojo modificando el tamaño de la pupila
7. Cristalino: Cuerpo solido, elastico y transparente que actua como un lente enfoca objetos a diferentes distancias
8. Humor vitreo: liquido gelatinoso y transparente.
9. Retina: Capa más interna del globo ocular (fotorreceptor)
10. Coroides: Membrana que presenta vasos sanguineos para nutrir al ojo.
11. Nervio optico: Es el que lleva la información de los fotoreceptores al SNC.

Cómo se forman los fotorreceptores

Células especializadas de la retina captan ondas de luz y enviar información al SNC

Tiene 2 tipos celulas fotorreceptoras.

Bastones

Se estimulan con la luz tiene obscuridad

Conos

Se estimulan con la luz, permiten la vision más nitida y a colores

Jueves
20 07 23

Procesamiento visual

Las señales que envían las células fotorreceptoras estimuladas por la luz son transmitidas por las células horizontales, luego por las bipolares que hacen sinapsis con la amacrinas para converger en las células ganglionares.

Actividad #3

Patologia Oftamologicas

Quiasma Optico

*En el quiasma óptico el 50% de las fibras nerviosas de un ojo pasa al lado opuesto, así la mitad de las fibras del ojo derecho pasan al lado izquierdo y viceversa.

- A la corteza del hemisferio derecho llega la información
- A la corteza del hemisferio izquierdo llega la información del campo temporal al ojo

Anomalias visuales

- Globo ocular más alargado. lo que provoca que la imagen visual se enfoque al frente de retina.
- Globo ocular afectado achatado a nivel de la retina, lo que provoca que la imagen se enfoque dentro de la retina

*Presbicia

- Perdida de la elasticidad del cristalino
- Lentes bifocales o multifocales

*Astigmatismo

- Deformación de la córnea, lo que provoca imagenes superpuestas
- Lentes superpuestos

Patologias

Actividad #4

Jueves 20 07 23

Patologías Oftalmológicas más frecuentes

- Glaucoma es el término empleado para definir el aumento de presión intraocular PIO de etiología muy diversa, que cursa con alteración en el nervio óptico, que queda reflejado en el estudio campimétrico.
- Existen numerosas clasificaciones, pero a efectos prácticos distinguiremos:
  - Glaucoma crónico simple o Glaucoma de ángulo abierto
  - Glaucoma agudo de ángulo cerrado
  - Glaucoma mixtos
  - Glaucoma secundarios

Queratoconjuntivitis SICCA

- Queratoconjuntivitis SICCA: Se define el ojo seco como una alteración de la película lagrimal que movería el daño en la superficie interpalpebral ocular suficiente para producir molestias y desconfort ocular.

Enfermedades Alérgicas Oculares

- 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 a los problemas oculares corneales.

Infecciones oculares

- La mayoría de infecciones oculares son producidas por bacterias y con menor frecuencia por virus. Por el contrario, las infecciones por hongos son raras y en la mayoría de los casos son debidas a gérmenes o portunistas.

Conjuntivitis

Es toda afección conjuntival originada tanto por microorganismos infecciosos como por causas inflamatorias. La conjuntivitis bacteriana aguda pueden tener diferente etiología siendo los gérmenes más frecuente staphylococcus aureus, staphylococcus epidermis.

Actividad #5

Alteraciones oftalmológicas que requieren cirugía

Ambiopia - Ambliopia

Es una 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.

- Ambliopia estrábica: Caracterizada por la perdida unilateral de la visión.
- Ambliopia por anisometropia: Que ocurre en pacientes con miopia unilateral intensa o con astigmatismo en px con miopia
- Ambliopia por privación de estímulo: Ocurre en un lactante que nace con una opacidad macular congénita.

Estrabismo

Es la perdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular. Plantea diferentes problemas: la pérdida de la función binocular, la reducción de la visión del ojo desviado y el aspecto estético desfavorable.

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 fluoresceina

Blefaritis

Es la inflamación/infección de los bordes parpados.

Blefaritis seborreica: Existe típicamente un enrojecimiento del borde de los párpados.

Blefaritis estafilococica: Se sospecha que el orden y origen es estafilocócico cuando las escamas son marillentas y dejan lesiones ulceratias al ser retiradas.

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 y antibiótico tópico.

Dacrioadenitis

Infección de la glándula lagrimal Principal. Se asocia a parotidi-tis, mononucleosis o otras enfermedades víricas. Clínicamente Presentan una tumoración inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del Párpado superior y edema de la zona supero-temporal del mismo que provoca una seudoptosis (caída del Párpado).

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.

Retinoblastoma

La edad de Presentación es alrededor de los 18 meses, siendo raro su descubrimiento más allá de los 7 años.

El 6% es hereditario

Se sospecha por leucocoria en 50-60%, estrabismo en 20%, o signos irritativos en el segmento anterior por invasión

Actividad #6

Anatomia y fisiologia de la nariz oido y garganta