



Nombre de alumno: Karen Mayte Marroquín Morales.

Nombre del profesor: Dra. María Cecilia Zamorano Rodríguez.

Nombre del trabajo: Resúmenes de las exposiciones y reporte de prácticas.

Materia: Enfermería Quirúrgica.

Grado: 6to cuatrimestre.

Grupo: B

↖ Ciclos a Px con problemas en los órganos de los sentidos ↗

SENTIDOS.

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

EL TACTO.

- La Inf. del tacto permite a los niños/as percibir cualidades de los objetos y medios, básicamente, suavidad y temperatura.
- El sentido del tacto nos informa a través de la piel, es fundamental que los niños puedan desarrollar este sentido a través del contacto; masajes caricias de los padres.
- El RN explora su fuente de alimentación (pecho) a través de la sensibilidad bucal.

EL GUSTO.

- El gusto, unido al olfato nos informa de aspectos que serán fundamentales en la prevención de la salud ya que están vinculados 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 y salado; (leche materna, natural o artificial).

EL OLFATO.

- A través del olfato reconocimientos los olores y descubrimos nuevos aromas.
- Al nacer este sentido está bastante desarrollado. Discrimina olores agradables de olores desagradables y prefiere los olores conocidos.
- Su mayor desarrollo se alcanza a los 3 años.

EL OIDO

- El oído es el órgano que recoge las vibraciones sonoras del medio y los transforma en impulsos que serán interpretados en el cerebro.
- El oído está dividido en 3 partes:
 - Oído externo.
 - Oído medio.
 - Oído interno.

LA VISTA.

El sentido de la vista es el que nos permite percibir sensaciones luminosas y captar el tamaño, la forma, el color de los objetos u la distancia a la que se encuentran.

El R/N es capaz de distinguir lo claro de lo oscuro, su agudeza visual es muy pobre (no puede distinguir formas y colores), pero evolucionará rápidamente durante las primeras semanas.

PREGUNTAS.

2

¿Qué sentido es el primero en desarrollarse en el niño?
El auditivo.

¿Cuál es el sentido que más utilizas?
La vista.

¿Cuál es el que más te gusta? La vista.

¿Por qué? Porque con él podemos observar todo el color, el tamaño, la forma etc. A comparación de no tener la vista y tener el tacto P): solo sabremos la textura más no el color, ni la forma tendríamos que ir adivinando.

SENTIDO DE LA VISTA

3

Estructuras que protegen al ojo.

1. Párpados: pliegue de piel que cubre el ojo.
2. Pestañas: protege al ojo del ingreso que tienen cuerpos extraños.
3. Lagrimal: lubrica y humedece el ojo.

Anatomía del globo ocular:

1. Córnea: Membrana transparente ubicada en la zona anterior del ojo.
2. Esclerótica: Membrana externa del ojo que da el color blanco.
3. Conjuntiva: Membrana delgada que cubre y lubrica la esclerótica.
4. Humor acuoso: líquido transparente que le da presión al ojo color.
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 sólido, elástico y transparente que actúa como un lente (enfoca objetos a diferentes) distancias, de los objetos.
8. Humor vítreo: líquido gelatinoso y transparente.
9. Retina: Capa más interna del globo ocular (fotorreceptores).
10. Coroides: membrana que presenta vasos sanguíneos para nutrir al ojo.
11. Nervio óptico: Lleva la inf. de los fotorreceptores al sistema nervioso central.

Los fotorreceptores.

Son células especializadas de la retina, capaces de captar las ondas de la luz para luego enviar la inf. al SNC.

2 tipos de células:

- **Bastones:** Se estimulan con la luz tenue (oscuridad) y NO diferencian los colores.
- **Conos:** Se estimulan con la luz, permiten una visión más nítida y a colores.

Visión a Colores.

Conos: Azul, verde, rojo.

Ejemplo: Luz anaranjada estimula los conos rojos en un 99%, los conos verdes en un 42% y los conos azules en 0%.

De esta forma es SIN interpretar el color anaranjado.

Procesamiento Visual.

Las señales que envían los células fotorreceptoras estimuladas por la luz son transmitidas por los células horizontales, luego por las bipolares que hacen sinapsis con las amacrinas para converger en las células ganglionares y de ahí a nervio óptico.

PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS.

Quirama Óptica: Ven todas las cosas de color.

El 50% de las fibras nerviosas de un ojo pasa al lado opuesto. O viceversa.

- A la corteza del hemisferio derecho llega la Inf. del campo temporal del ojo derecho y del campo nasal del ojo izquierdo.
- A la corteza del hemisferio izquierdo llega la Inf. del campo temporal del ojo izq. y del campo nasal del ojo derecho. Rayos laser antes de los 40 años.

Anomalías Visuales.

- Globo ocular más alargado. Lo que provoca que la imagen visual sea enfoca al frente de la retina.
- Lente biconcava.
- Globo ocular achatado a nivel de la retina lo que provoca que la imagen se enfoca detrás de la

retina.

• Lente biconvexa.

• Presbicia y Astigmatismo.

1. Pérdida de la elasticidad del cristalino

• Lentes bifocales o multipocales.

2. Deformación de la córnea, lo que provoca imágenes superpuestas.

• Lentes superpuestas.

5

PATOLOGIAS OFTALMOLÓGICAS + FREQ.

Glaucoma: Multicausal. Perdiendo la visión gradualmente. 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. Con afectación del nervio óptico.

Clasificación: → De manera permanente.

✓ Glaucoma crónico simple o glaucoma de ángulo abierto. Se presenta de manera como que está empeorando.

✓ Glaucoma agudo o de ángulo cerrado. Se presenta bruscamente.

✓ Glaucoma mixtos. Una enf. y un virus, o una bacteria. + grave.

✓ Glaucoma secundarios. Traumatismo ocular, DM2, hipertensión, intracraneara.

Oxeratoconjuntivitis SICCA: gatos con sist. Intraocular.

Se define el ojo seco como una alteración en la película lagrimal que motivará el daño en la superficie interparpebral ocular suficiente para producir molestias y disconfort ocular.

Enfermedades alérgicas oculares:

6

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 (multicausal). Cuando está infectado por, blanqueada o amarillenta.

Secreciones mucosas de la queratoconjuntivitis Primavera a los problemas corneales con afectación* afectación de la visión en la queratoconjuntivitis atópica. (Orzuelo, Conjuntivitis, queratitis).

Infecciones Oculares 7

La mayoría de las Inf. 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 oportunistas. (Dolor, malestar, en el ojo, secreciones).

Dentro del amplio capítulo de las infecciones oculares incluiremos las ^{Para} externas y ^{Frente} anteriores, ^{dentro} internos y ^{detrás} posteriores, Pericardos y orbitales. (al rededor del ojo).

Conjuntivitis: Multicausal.

Es toda afección conjuntival originada tanto por microorganismos infecciosos como por causas inflamatorias.

Conjuntivitis bacteriana ^{Crónica} aguda (catarral) ^{No es Tratable} pueden tener diferente etiología siendo los gérmenes más frecuentes ^{Virus} *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y ^{Virus} *Haemophilus influenzae*. Por último, *Moraxella lacunata* es la causa más frecuente de blefarokonjuntivitis angular en adultos. Es de contacto.

Queratitis: Inflamación de la córnea.

Es la invasión microbiana de la córnea. que conduce según su virulencia y patogenicidad, a la formación de un absceso estromal asociados a signos y síntomas inflamatorios. Purulenta: hay dolor, inflamación, cambios en la TO y secreción purulenta.
Tx: Antibiótico oftálmico o cirugía.

Uveítis anterior:

Clasificación:

✓ Anterior:

Se refiere a inflamación del iris (iritis) y el cuerpo ciliar (iridociclitis).

✓ Posterior:

Inflamación de los corpúsculos (coroiditis), retina (retinitis), ambas (conorretinitis, retinocoroiditis) e inclusiones del humor vítreo (vitritis).

- El virus herpes simple tipo 1 es el principal causante de la uveítis anterior.
- Generalmente se acompaña de queratitis dendrítica.
- La TB también puede causar iridociclitis de tipo granulomatosa.
- Entre los hongos, *C. albicans* es un patógeno oportunista que, en sujetos inmunodeprimidos, puede causar uveítis anterior.

ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS QUE REQUIEREN CX.

AMBLIOPIA.

Es la reducción uni o bilateral de la AV a pesar de una corrección óptica apropiada. Aunque algunas ocasiones puede producirse en ambos ojos, generalmente solo se presenta en uno.

AMBLIOPATÍA ESTRÁBICA:

Caracterizada por la pérdida unilateral de la visión como resultado de una fijación exclusiva con el ojo dominante del ojo prolongado y supresión de las imágenes en el ojo desviado.

AMBLIOPATÍA POR ANISOMETROPIA.

(refracción desigual), que ocurre en px con miopía unilateral intensa o con astigmatismo grave, como resultado de recibir constantemente imagen

borrosa de un objeto.

AMBLIOPATIA POR PRIVACION DE ESTIMULO.

Que ocurre en un lactante que nace con una opacidad macular congénita, Ptosis unilateral completa, cicatriz corneal o catarata, que impiden que la imagen visual adecuada alcance la retina.

ESTRABISMO

Es la pérdida de paralelismo de los ojos visuales con alteración de la visión binocular. El Estrabismo plantea diferentes problemas: la pérdida de la

- Función binocular.
- Reducción de la visión del ojo desviado (ojo vago).
- Aspecto estético desfavorable.

También se produce una alteración en la visión en relieve y en la visión de precisión.

Para tener visión de precisión binocular es necesario que las imágenes percibidas con cada ojo sean semejantes en tamaño, forma, color, e intensidad y que el equilibrio del sistema sensorial y motor sea perfecto.

LACERACIONES CONJUNTIVALES

- Las heridas que afectan a la conjuntiva ocular producen dolor, ojo rojo y sensación del cuerpo extraño tras un traumatismo ocular.
- En la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiene con fluorocetina.
- TX: Pomada antibiótica de durgomicina (tetraciclina) 0/8 hrs durante 4-7 días. Si la laceración es de gran tamaño (1cm o más) deben suturarse en OX.

BLEFARITIS:

Es la inflamación/infección de los bordes palpebrales.

B. SEBORREICA.

Existe clínicamente un entorpecimiento del borde de los párpados, que presentan una decoloración de los pestaños causados por un exceso de la secreción grasa de las glándulas sebáceas. Su Tx. consiste en

- higiene palpebral.
- Suero o shampoo suave
- Bastoncillo 2 veces al día.

B. ESTAFILOCOCCICA.

El origen es estafilocócico cuando las escamas son amarillentas y dejan lesiones al ser retiradas.

Responden al Tx:

→ Antibiótico.

- Pomadas de gentamicina, eritromicina sobre el borde palpebral.

ORZUELO

Infección aguda de las glándulas sebáceas palpebrales, se presenta como un nódulo doloroso con punto de pus amarillento centrado por una pestaña.

Tx:

- calor local. (3 veces al día durante 5 minutos).
- Antibiótico tópico: eritromicina. (3 veces al día por una semana).

Su cronificación (tumorción 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 tumefacción inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior y edema de la zona superotemporal del mismo que provoca una ectropión. (caída del párpado).

Pueden acompañarse de adenopatía preauricular y fiebre.

Etiología:

Puede ser bacteriana o vírica. Si se sospecha una infección bacteriana debemos tratar con antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico). Pueden ser espontáneas.

CATARATAS CONGENITAS

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 cirugía.

RETINOPLASTOMA

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 de la cámara anterior, con exoftalmos si alcanza la órbita. En la oftalmoscopia se observa una masa blanquecina que, según su forma de crecimiento, puede acompañarse de desprendimiento de retina (crecimiento exofítico) o endoftalmitis (crecimiento endofítico).

9

ANATOMOFISIOLOGÍA DE LA NARIZ, OÍDO Y GARGANTA

EL OÍDO 10

- El oído humano se divide en oído externo, oído medio y oído interno. Estas estructuras tienen un origen embriológico distinto, ya que el oído medio deriva del aparato branquial primitivo, mientras que el oído interno deriva del ectodermo.
- El pabellón auricular se origina de mamelones o prominencias mesenquimáticas derivados del primer y segundo arco braquial.
- El conducto auditivo externo (CAE) y el oído medio se originan de la primera hendidura braquial y bolsa faríngea, respectivamente.
- Es por esta razón que malformaciones del oído medio o del oído externo, pueden existir con o sin compromiso de estructuras del oído interno.

OÍDO EXTERNO 11

- 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 con piel, por lo tanto, las inflamaciones de esta pueden comprometer la vascularización del cartilago con la consiguiente pericondritis e incluso necrosis en caso de no ser manejado a tiempo.

La disposición de los cartilagos nos permite distinguir las diferentes estructuras del pabellón auricular.

12

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 de membrana timpánica.
- La membrana timpánica, mide de 1cm de diámetro aprox. constituye parte del sistema tímpanico-oscilar del oído medio, y transmite las vibraciones a los huesillos y posteriormente al oído interno.
- La cara externa de la membrana timpánica es observable a través de la otoscopia.

OÍDO INTERNO

13

- Se encuentra dentro del hueso temporal, y está conformado externamente por el laberinto óseo (parte del hueso temporal) que contiene perimafia, de igual composición al líquido cefalorraquídeo. En su interior el laberinto membranoso, que se encuentra unido al espacio, subaracnoideo a través del conducto coclear u no se comunica en el oído medio.
- Dentro del laberinto membranoso se encuentra el espacio endolinfático por donde transita endolinfa, producida en la estria vascular de la rampa coclear, de composición similar al líquido intracelular (alta en potasio). Dentro del laberinto óseo se pueden identificar los estratos que conforman al oído interno.

- Cóclea
- Vestíbulo

Conducto auditivo interno.

Acueductos del oído interno.

Se debe distinguir entre el conducto coclear, conducto óseo que comunica membranoso, el conducto óseo que por dentro lleva un conducto membranoso, el conducto endolinfático.

14

NARIZ

- La nariz es la porción del tracto respiratorio superior a paladar duro incluye la nariz externa y cavidad nasal, que está dividida en una cavidad derecha e izquierda. Por el tabique nasal.

Función.

- Dos funciones son el olfato, respiración, filtración del polvo, humidificación del aire inspirado a demás de la recepción y eliminación de secreciones provenientes de los senos paranasales y de los conductos nasolagrimalos.

CAVIDAD NASAL

15

Las fosas nasales se extienden desde los narinos anteriormente hasta las conchas posteriormente, continuándose desde allí 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

16

- Son prolongaciones de la cavidad hacia los huesos vecinos del cráneo.
- Son cavidades pares existiendo una gran variabilidad entre un individuo u otro (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.

GARGANTA

17

La deglución se inicia se inicia voluntariamente en la cavidad oral, con lo cual el bolo alimenticio pasa hacia la faringe.

A demás permite la detección de sabores y articulación y modulación de las palabras.

Cuando la nariz está tapada es posible respirar por esta vía.

La saliva lubrica los tejidos orales, limpia la boca y comienza el proceso digestivo mientras se mastican los alimentos, participa además de inmunidad natural.

FARINGE

18

Es la continuación hacia posterior de la cavidad oral y fosas nasales, corresponde a un tubo muscular que se anda en la base del cráneo hacia inferior hasta alcanzar el cartilago cricoides. (Mide aprox. 15 cm de largo).

LARINGE

19

Se divide en 3 regiones.

• **Supraglotis**: su limite superior esta dado por el borde superior de la epiglotis.

• **Glotis**: contiene a los pliegues vocales verdaderos y se extiende desde el limite con la supraglotis hasta 1 cm abajo.

• **Subglotis**: Desde un 1cm bajo el pliegue vocal hasta el borde inferior del cartilago Cricoides.

ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS.

→ La laringitis aguda o por reflujo

✓ Traumatismo laríngeo.

✓ Procesos alérgicos.

✓ Amigdalitis.

✓ Sinusitis

✓ Faringitis ETC.

20

ENFERMEDADES OTORRINO-LARINGOLÓGICAS QUE REQUIEREN CX.

Patologías del oído que requieren CX.

1. Implante coclear.
2. Aplicación de aparato auditivo.
3. Timpanoplastia.
4. Vaciamiento radical del oído.
5. Lavado de oído.
6. Coleras o drenajes transtimpánico.
7. Lavintactomia.
8. Estapedectomia: sustitución del hemo estribo.
9. Extracción de cuerpo extraño.
10. Implante de pabellón auricular.

Patologías de la nariz que requieren CX.

1. Rinoplastia.
2. Septoplastia.
3. Cr. de la válvula de la nariz.
4. Cr. de cornetes.
5. Atrésia de coanas.
6. Cr. Endoscópica.
7. Adenoidectomia.
8. Cr. de nariz de tabique desviado.
9. Cierre de hendidura superficial y profundas.
10. Extracción de cuerpo extraño.

Patologías de la garganta que requieren CX.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Faringectomia | 8. Extirpación de cáncer de garganta. |
| 2. Tireoidectomia. | 9. Extirpación de cuerpo extraño. |
| 3. Traqueostomia. | 10. Dilatación de laringe y faringe. |
| 4. Amigdalectomia. | |
| 5. Adenoidectomia. | |
| 6. Laringectomia. | |
| 7. Extirpación de ganglios linfáticos. | |

CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES POST QUIRURGICOS OTORRINOLARIN- GOLÓGICOS. (22)

- ✓ Curación de herida quirúrgico.
- ✓ Administración de medicamentos para disminuir el dolor.
- ✓ Enseñar al px / familiar signos de infección en la zona afectada.
- ✓ Comentarle al px que debe evitar los esfuerzos.
- ✓ Reposo absoluto.
- ✓ Manguito de slv.
- ✓ Atención de Enfermería.
- ✓ Aplicación de aditamentos
- ✓ Cambios de posición.
- ✓ Alimentación asistida.
- ✓ Bata de csp
- ✓ Vigilar riesgo de UPP.
- ✓ Vigilar riesgo de sangrado.

REPORTE DE PRACTICAS.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente reporte realizado en las instalaciones de la universidad, se dan a demostrar los cuidados del paciente post mortem. En el cual se realizó un caso clínico que fue el siguiente.

OBJETIVOS:

- ✓ Es conocer los cuidados de enfermería que se le brindan al paciente post mortem.
- ✓ Conocer los cuidados que se le brindan al paciente con una enfermedad crónica terminal.

PROCEDIMIENTO

Nuestra patología del caso fue: Cáncer de vesícula y vías biliares, se dice que es un poco común puede ocurrir en las partes de las vías biliares que están dentro o fuera del hígado.

A nivel mundial se estima que 115,949 personas fueron diagnosticadas con cáncer de vesícula biliar en 2020, se estima que este año se producirán 4,400 muertes entre ellas 1,830 hombres y 2,570 mujeres.

Nuestro caso clínico fue: paciente femenino de 45 años de edad con el diagnóstico de cáncer de vesícula y vías biliares que refiere intenso dolor. Donde se inician cuidados de enfermería preoperatorio como son administrar analgésicos para disminuir el dolor, tener una vía permeable, consentimiento informado ya firmado, vendaje de miembros inferiores y capelina, quitarle la ropa al paciente para luego colocarle su bata.

Es ingresado a quirófano para una laparostomía exploradora. Al realizar la inserción se observó en la paciente metástasis con necrosamiento de vísceras.

Se refiere al puente por medio de nota médica a la unidad de cuidados intensivos y se traslada.

Es ahí donde se empiezan los cuidados de enfermería paliativos.

Se realiza valoración de escalas de: Eva que evalúa el dolor, noitar y bradem que valora UPP, en donde se encontró que tiene un riesgo alto de UPP. Se le administran analgésicos para reducir el dolor. Colocación de aditamentos para evitar UPP ya que tiene un alto riesgo, realizando baño de esponja de lo más limpio a lo más sucio dejando por último las axilas y los genitales.

Una vez que el paciente fallece, asegurarse de tener el acta de defunción para así iniciar a prepararlo, una vez que ya estamos seguros colocarle una sábana para quitarle los reflejos pupilares protegiéndole a cerrarle los ojos. Darle a los familiares que piden, luego empezar a preparar cuerpo, realizando un baño de esponja, para luego ponerle algodón en los orificios hasta en los genitales, realizar masaje para poder colocarle las manos al paciente de acuerdo a su religión o como digan los familiares. Procedemos a envolverla colocamos la sábana en ramba para luego envolverlo pero antes de hacerlo, colocamos una etiqueta donde va su nombre, apellido, FNU, Fecha en la que falleció, la hora, el servicio donde estaba y procedemos ahora sí a envolverlo. Sellamos con tela adhesiva y colocamos otra nota afuera de la sábana con los mismos datos.

CONCLUSIÓN:

El fin de estos conocimientos adquiridos en la práctica es que conozcamos que hacer que realizar o que hacer ante un fallecimiento de algún paciente, para así poder ayudar a realizar los cuidados post mortem ya sea en el servicio o en una dapa ya elaborando.





