



**NOMBRE DEL ALUMNO: MARÍA
CANDELARIA JIMÉNEZ GARCÍA**

**NOMBRE DEL PROFESOR: MARIA CECILIA
ZAMORANO RODRIGUEZ**

NOMBRE DEL TRABAJO: APUNTES

**MATERIA: ENFERMERIA MEDICO-
QUIRURGICO**

GRADO: 6

GRUPO: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de julio de 2023

LOS 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.

TACTO

La información del tacto permite a los niños las percibir cualidades de los objetos y medios, básicamente, suavidad y temperatura.

Nos informa a través de la piel, es fundamental que los niños puedan desarrollar este sentido a través del contacto; masaje, caricia de las madres.

Recordamos que el recién nacido la explora su fuente de alimentación (pecho) a través de la sensibilidad bucal.

GUSTO

El gusto, unido al olfato nos informa de aspectos que serán fundamentalmente en la prevención de la salud ya que están vinculadas 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 (leche materna, natural o artificial).

OLFATO

A través del olfato reconocemos los olores y descubrimos nuevas aromas.

Al nacer, este sentido está bastante desarrollado.

Discrimina olores agradables de olores desagradables y retiene los olores conocidos.

Su mayor desarrollo se alcanza a los 3 años.

OIDO

- Es un órgano que recoge las vibraciones sonoras del medio y las transforma en impulsos que serán interpretados en el cerebro.
- El oído está dividido en tres partes: oído externo, oído medio y oído interno.

VISTA

- Es el que nos permite percibir sensaciones luminosas y captar el tamaño, la forma, el color de los objetos y la distancia a la que se encuentran.
- El recién nacido es capaz de distinguir lo claro de lo oscuro, su agudeza visual es muy pobre (no puede distinguir formas y colores), pero evoluciona rápidamente durante las primeras semanas.

ACT. # (2)

¿Qué sentido es el primero en desarrollar el niño?
Gusto

¿Cuál es el sentido que más utilizas?
El oído

¿Cuál es el que más te gusta? ¿Por qué?
Los ojos, por que puedo ver muchas cosas bonitas

ALT. # (3)

SENTIDO DE LA VISTA.

Estructuras que protegen el ojo

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

Anatomía del Globo Ocular

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

¿Cómo se forman las imágenes en nuestro sistema nervioso?

objeto real la luz pasa
a través del ojo imagen correcta
al cerebro y se la
imagen

imagen invertida
en la retina nervio óptico
la imagen va al
cerebro

LOS FOTORRECEPTORES

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

TIPOS

• Bastones: se estimulan con la luz tenue (oscuridad) y NO diferencian colores

• Conos: se estimulan con la luz, permite una visión más nítida y a colores

VISIÓN A COLORES

Conos: Azul - Verde - Rojo

• Ej. Luz naranja: Estimula los conos rojo en un 99%, los conos verdes en un 42%, y los conos azules en un 0%.
De esta forma el SNC interpreta el color anaranjado.

PROCESAMIENTO VISUAL

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

ACT. # (4)

PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS

Quiasma óptico

El 50% de las fibras nerviosas de un ojo pasan 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 del campo temporal del ojo derecho y del campo nasal del ojo izquierdo.

• A la corteza del hemisferio izquierdo llega la información del campo temporal del ojo izquierdo y del campo nasal del ojo derecho.

ANOMALIAS VISUALES

Miopía

Globo ocular más alargado, lo que provoca que la imagen visual se enfoque al frente de la retina. Lente biconvexa.

Hipermetropía

Globo ocular achatado a nivel de la retina, lo que provoca que la imagen se enfoque detrás de la retina. Lente biconvexa.

PREBILIA Y ASTIGMATISMO

Pérdida de la elasticidad del cristalino. Lentes bifocales o multifocales.

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

ACT. # (5)

PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS MÁS FRECUENTES

• **Glaucoma** es el término empleado para definir el aumento de presión intraocular (PIO) de la etiología más diversa, que cursa con alteraciones en el nervio óptico (neuropatía óptica), que queda reflejado en el estudio campimétrico.

• Existen numerosas clasificaciones, pero a efectos prácticos distinguiremos:

- Glaucoma crónico simple o glaucoma de ángulo abierto impulsado
- Glaucoma agudo o de ángulo cerrado. Presentación brusca.

- Glaucomas mixtas: patología, o virus, patología o bacteria.
- Glaucomas secundarias: Hipertensión tipo II

OCULOPATOLÓGICA CONJUNTIVITIS SICCA

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

Soluciones

ACT. # 6

ENFERMEDADES ALÉRGICAS OCULES.

Son uno de los problemas oftalmológicos más frecuentes en todo el mundo y abarcan desde reacciones leves o moderadas como conjuntivitis alérgicas estacional o perenne hasta secreciones mucosas de la queratoconjuntivitis primaveril o los problemas asociados con afectación de la visión de la queratoconjuntivitis atópica. todo lo que acontece en esta conjuntivitis.

ACT. # 7

INFECCIONES OCULES

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 las casos son debidas a gérmenes oportunistas. Dentro del ámbito capítulo de las infecciones oculares incluiremos las externas ^{externas} y anteriores, internas y posteriores, perioculares ^{alrededor} y orbitales.

Dolor, ardor, inflamación, secreción purulenta, molestias general del ojo.

CONJUNTIVITIS

Originado por microorganismos intracelulares como por causas inflamatorias (alergias, toxinas, traumatismo, enfermedades sistémicas, etc).

Ayuda. Pueden tener diferente etiología siendo las bacterias más frecuentes. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*.

Moraxella lacunata es la causa más frecuente de blefarokonjuntivitis angular en adolescentes.

QUEERATITIS

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.

UVEITIS ANTERIOR

Anterior: se refiere a inflamación del iris (iritis) y el cuerpo ciliar (iridociclitis).

Posterior: es una inflamación de la coroides (coroiditis), retina (retinitis), ambas (coriorretinitis, retinocoroiditis) e incluso del humor vítreo.

El virus herpes simple tipo 1 es el principal causante de la uveítis anterior.

Generalmente se acompaña de queratitis dendrítica.

La tuberculosis también puede causar una iridociclitis de tipo granulomatosa.

ACT. #8 ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA

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 solo se presenta en uno.

Ambliopía estrábica, caracterizada por la pérdida unilateral de la visión, como resultado de una fijación exclusiva con el ojo dominante de modo desviado.

Ambliopía por anisometropía (retracción de escala), ocurre en pacientes con miopía unilateral intensa o con astigmatismo grave, como resultado de recibir constantemente imágenes borrosas de un objeto.

Ambliopía por privación de estímulo ocurre en un lactante que nace con una opacidad macular congénita, o catarata, que impiden que la imagen visual adecuada alcance la retina.

ESTRABISMO

Es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular. Plantea diferentes problemas: 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. Deben ser exploradas extensamente para descartar la presencia asociada de una ruptura escleral y un cuerpo extraño intraocular. A la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiene un flujo sanguíneo.

se tratara con pomadas antibióticas de aureomicina (tetraciclina) cada 8 horas durante 4-7 días. Si la laceración es de gran tamaño (1 cm o más) debe suturarse en quirófano. Pero la mayoría curan sin reparación quirúrgica.

BLEFARITIS

Es la inflamación/infección de los bordes palpebrales. Blefaritis seborreica: Existe clínicamente un ensanchamiento del borde de las párpadas, que presentan una descamación de las pestañas (causada por un exceso de la secreción gruesa de las glándulas sebáceas). Su tratamiento consiste en una higiene palpebral, con suero o champú suave y un bastoncillo dos veces al día.

Blefaritis estafilocócica

Se sospecha que el origen es estafilocócico cuando las escamas son amarillentas y dejan lesiones ulcerativas al ser retiradas. Tratamiento antibiótico con pomadas gentamicina o 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. Tratamiento de calor local (3 veces al día durante 5 minutos), y antibiótico tópico (eritromicina pomada 3 veces al día, 1 semana). Su cronificación (tumorción palpebral, nodosa, sin signos inflamatorios) da lugar a lo que se denomina chalazión, tratamiento: extracción quirúrgica.

DALRIADENITIS

Infección de la glándula lagrimal principal. Se asocia a paratuberculosis, mononucleosis u otras enfermedades víricas. Únicamente presenta una tumorción inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior + edema de la zona supratemporal del mismo que provoca una pseudoptosis (caída del párpado).

Puede acompañarse de edematosa preauricular y fiebre.
Su etiología puede ser bacteriana o vírica, se trata con
antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico)

CATARATAS CONGÉNITAS

Se denomina catarata cualquier opacidad en el cristalino,
que puede originar un descenso de la AV. Debido a los avances
en el tratamiento de las cataratas congénitas, éstas siguen
siendo la causa en los niños, y de ambliopía irreversible
a pesar de la cirugía.

RITINOBLASTOMA

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%, estrab-
ismo 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).

ACT. # (4) ANATOMOFISIOLOGIA DE LA NARIZ, OIDO Y GARGANTA

ALT. # (10)

EL OIDO

se divide en oído externo, oído medio y oído interna. Estas estructuras tienen un origen embriológico distinto, ya que el oído externo y el oído medio derivan del ectodermo.

El pabellón auricular se origina de mamelones o prominencias mesenquimáticas derivadas del primer y segundo arco braquial. El conducto auditivo externo (CAE) y el oído medio se originan de la primera hendidura branquial y bolsa faríngea.

Es por esta razón que malformaciones del oído medio o del oído externo, pueden existir con o sin compromiso de estructuras del oído interno.

ACT. # (11) OIDO 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 cartilago, con lo consiguiente pericandritis e incluso necrosis en caso de no ser manejado a tiempo.

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

ACT. # (12)

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-oscular del oído medio, y transmite las vibraciones a las huesecillas y posteriormente al oído interno. La cara externa de la membrana timpánica es observable a través de la otoscopia.

ACT. # (13) OÍDO INTERNO

Se encuentra dentro del hueso temporal, y está conformado externamente por el laberinto óseo (parte del hueso temporal) que contiene perilinfita, de igual composición al líquido cefalorraquídeo. En su interior el laberinto membranoso, que se encuentra unido al espacio subarcuado a través del conducto colear y no se comunica con el oído medio.

Dentro del laberinto membranoso se encuentra el espacio endolinfático por donde transita la endolinfita, producida en la estria vascular de la rampa colear, de composición similar al líquido intracelular (alta en potasio).

Dentro del laberinto óseo se pueden identificar las estructuras que conforman el oído interno.

COCLEA: 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 mediole.

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 superiores e inferiores, facial e íleogeo. El nervio facial en el conducto se ubica por anterior y superior. Por anterior e inferior se encuentra el nervio noclear y por posterior el nervio vestibular superior e inferior.

Acueductos del oído interno: se debe distinguir entre el acueducto colicor, conducto óseo que comunica la rampa timpánica con el LLA, y el acueducto vestibular, conducto óseo que por dentro lleva un conducto membranoso el conducto endolinfático. La endolinfa viaja a lo largo del conducto endolinfático y se reabsorbe en un **saco** cuyo llamado saco endolinfático, ubicado en el espacio epidural.

ACT. # (14) 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 provenientes de los senos paranasales y de los conductos nasolagrimalos.

ACT. # 15 CAVIDAD NASAL

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

ACT. # 16 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. Puediendo existir ausencias (agenesia) o menor desarrollo (hipoplasia). Los senos paranasales son maxilares, etmoidales anterior y posterior, frontal y esfenoidal, están recubiertas por mucoperiostio.

ACT. # 17 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. 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 la inmunidad natural, evita los caries y las enfermedades periodontales.

ACT. # (18) 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 cartilago cricoides. (Mide aproximadamente 15 cm de largo). La faringe se divide en nasofaringe, orofaringe e hipofaringe.

ACT. # (19) LARINGE

Macrosópicamente la laringe se divide en 3 regiones:

• **Supraglotis:** Su límite superior está dado por el borde superior de la epiglottis, las pliegues arriepiglóticas, las pliegues arriepiglóticas, los cartilagos aritenoides y el pliegue interaritenoso. El borde inferior está delimitado por el borde lateral del ventrículo laringeo.

• **Glotis:** Continúa a las pliegues vocales verdaderas y se extiende desde el límite con la supraglotis hasta 1 cm bajo las pliegues vocales.

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

ACT. # (20) ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

• Laringitis aguda o por reflejo, laringeo, alérgico, Amigdalitis, sinusitis, Faringitis ETC.

• Traumatismo

• Procesos.

ACT# (21)

DIEZ PATOLOGIAS DEL OÍDO QUE REQUIERAN CIRUGIA

- Implante coclear
- Aplicación de aparato auditivo
- Timpanoplastia
- Vaciamiento radical del oído
- Lavado de oído
- Collares o drenajes transtimpánicos
- Implante de pabellón auricular
- Lobirectomía
- Estapedectomía
- Extracción de cuerpos extraños

DIEZ PATOLOGIAS DE LA NARIZ QUE REQUIERAN CIRUGIA

- Rinoplastia
- Cirugía de la válvula de la nariz
- Cirugía de los cornetes
- Atresia de coanas
- Cirugía endoscópica de nariz
- Operación de nariz de tabique desviado
- Cierre de herida superficial o profunda
- Extracción de cuerpos extraños.
- Septoplastia
- Adenoidectomía

DIEZ PATOLOGIAS DE LA GARGANTA QUE REQUIERAN CIRUGIA

- Faringectomía
- Extirpación de los ganglios linfáticos
- Tiroidectomía
- Extracción de cuerpos extraños
- Extirpación de cáncer de garganta
- Adenoide
- Dilatación de laringe y faringe.
- Traqueotomía
- Amigdalectomía
- Laringectomía

ACT. # 22

PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES

POST QUIRÚRGICOS OTORRINOLABINGOLÓGICOS.

- Vigilar constantemente los signos vitales
- Valoración del dolor
- Una dieta adecuada
- Evitar movimientos bruscos
- Vendajes adecuados
- Realizar movimientos de cabeza lentos
- Vigilar sangrados
- Aplicación de medicamentos
- Poner apósitos
- Vigilar signos de hemorragia
- Colocación de apósitos.