



Mi Universidad

RESUMEN

Nombre del Alumno: Shady Mariell Lopez Enamorado

Nombre del tema: Enfermedades Oftalmológicas

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Enfermería Médico-Quirúrgica

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6

ANATOMOFISIOLOGIA DE LA VISTA

El ojo está protegido de la suciedad y los cuerpos extraños por las cejas, las pestañas y los párpados. La conjuntiva es una delgada membrana que cubre los párpados y la mayor parte de la superficie anterior del ojo excepto la pupila. La glándula lacrimal segrega las lagrimas que humidifican y lubrican la córnea. El globo ocular está formado por tres capas:



- **Esclerótica.** Es la capa más exterior, es blanca aunque se vuelve transparente sobre el iris y la pupila formando la llamada córnea.
- **Coroides.** Es la capa media, contiene vasos sanguíneos y en su parte anterior está modificada formando los cuerpos ciliares que se unen al iris y al ligamento

suspensorio.

- **Retina.** Es la capa más interna y contiene los fotorreceptores que hacen una unión con diversas clases de neuronas constituyendo finalmente el nervio óptico. Las cámaras del ojo son dos. La cámara anterior está llena de líquido claro denominado humor acuoso y la cámara posterior que está llena de una sustancia gelatinosa llamada humor vítreo, que ayuda a mantener el cuerpo ocular.

El iris es una membrana coloreada, en forma de anillo, con músculos que controlan el tamaño de la pupila que es el espacio central del iris. Esta pupila varía en tamaño en respuesta a la intensidad de la luz y al enfoque.

El cristalino es una estructura biconvexa y transparente situada detrás del iris y que separa las cámaras anterior y posterior. Se compone de células epiteliales y su elasticidad le permite cambiar de forma, haciéndose más convexo. Cuanto mayor es la convexidad mayor es la refracción que es el rayo luminoso atravesando la curvatura del ojo.



o menos
paso de

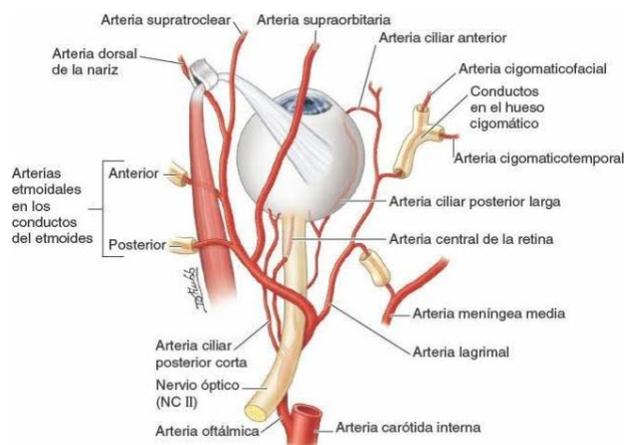
La agudeza visual disminuye rápidamente a partir de los 50 años. A partir de los 70 la mayoría de las personas necesitan ayudas para poder ver. Se producen cambios estructurales: la retina pierde células, las pupilas disminuyen de tamaño, el cristalino se hace menos elástico y más opaco y la córnea se aplana. La visión periférica se reduce con la edad y las secreciones también disminuyen, produciéndose menos lágrimas que además tienden a evaporarse más rápidamente. A pesar de esto, si hay una obstrucción de los conductos lacrimales se producirá un lagrimeo constante y molesto.

VASCULARIZACIÓN DEL GLOBO OCULAR

- Las arterias del globo ocular son ramas de la arteria oftálmica, rama de la carótida interna.
- Arteria central de la retina: Penetra a través del Nervio óptico y es una rama terminal. Nutre las capas más internas de la retina, excepto la zona de los fotorreceptores, que es nutrida por la coroides.
- Arterias ciliares posteriores: Atraviesan la esclerótica alrededor de la lámina cribosa. Existen dos tipos: cortas y largas. De las cortas es importante la Coriocapilar, que nutre la capa de fotorreceptores y el EPA (epitelio pigmentario de la retina). Las largas forman el círculo arterial mayor del iris.
- 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.



PROCESOS INFLAMATORIOS E INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

GLAUCOMA

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 (neuropatía óptica), que queda reflejada en el estudio campimétrico. La etiopatogenia del glaucoma radica en

la dificultad de salida del humor acuoso por el trabeculum, y el tratamiento de la

enfermedad está enfocado hacia la disminución producción del humor acuoso y en

facilitar la salida del mismo. La PIO está determinada por la velocidad de producción

humor acuoso en el epitelio del cuerpo ciliar y resistencia y dificultad en su drenaje.



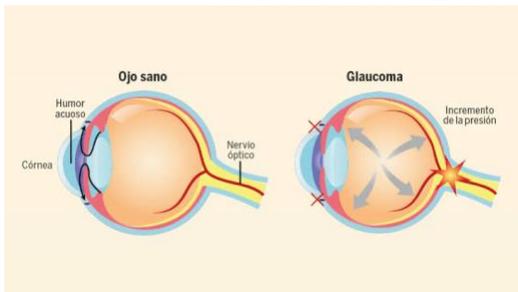
de la

del

por la

Se da, por lo tanto, un compromiso entre la producción y la eliminación del mismo. La importancia de esta enfermedad es manifiesta en cuanto supone la segunda causa de ceguera en los países desarrollados, circunstancia que puede ir en aumento dada la mayor esperanza de vida de la población.

- 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.



- El glaucoma crónico simple es una enfermedad muy frecuente, con una incidencia cercana
- al 4% de la población mayor de 40 años. Su tratamiento es médico en principio,
- precisando tratamiento quirúrgico cuando el primero no basta para mantener los valores
- de PIO o cuando los campos visuales del paciente se

deterioran.

- El glaucoma agudo se desencadena de forma brusca cuando se interrumpe el paso de
- humor acuoso hacia el trabéculo. Ello es debido a que, en estos pacientes, la cámara
- anterior es estrecha, de manera que al producirse por cualquier causa cierto grado de
- midriasis, se repliega el iris hacia el ángulo, tomando aquel contacto con la córnea en toda

- su circunferencia, bloqueando así el paso del humor acuoso hacia el ángulo camerular.

QUERATOCONJUNTIVITIS SICCA

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 disconfort ocular. El ojo seco es una de las patologías más frecuentes en las consultas de oftalmología. Hasta



un 30% de las personas que acuden a la consulta lo hacen por este motivo, sobre todo

personas mayores, si bien se manifiesta con gravedad en un porcentaje mucho menor. Es

muy importante averiguar si esta molestia de sequedad está asociada únicamente al ojo o

es un problema más general, un síntoma de una enfermedad que puede ser más extensa y

más grave (Síndrome de Sjögren, agentes físicos,

hiposecreción por fármacos, infecciones,

etc.).

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 o los problemas corneales con afectación de la visión en la

queratoconjuntivitis atópica. La conjuntivitis alérgica perenne estacional y la conjuntivitis

atópica constituyen el 50% de todas las conjuntivitis alérgicas y son las que más

frecuentemente se asocian con la fiebre del heno. El polen, el polvo y otros

contaminantes constituyen los principales antígenos exógenos de estas alteraciones. Los



fármacos oftálmicos no son causa frecuente de conjuntivitis alérgica aunque si pueden producirla la neomicina, sulfonamidas, atropina y tiomerosal. La conjuntivitis primaveral es habitualmente una inflamación bilateral que afecta principalmente a los adolescentes.

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*. Por

último, *Moraxella lacunata* es la causa más frecuente de blefaroconjuntivitis angular en adolescentes.

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. A diferencia de las conjuntivitis bacterianas, son de extrema gravedad conduciendo en ocasiones a la 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. Los gérmenes más frecuentemente aislados

son: neumococo, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella*, enterobacterias y estreptococo beta hemolítico. La rotura de epitelio de la córnea facilita la adherencia bacteriana y la invasión del estroma corneal.



UVEÍTIS ANTERIOR

Las uveítis se clasifican en anteriores y posteriores. La anterior se refiere a inflamación del iris (iritis) y el cuerpo ciliar (iridociclitis). La posterior es una inflamación de la coroides (coroiditis), retina (retinitis), ambas (coriorretinitis, retinocoroiditis) e incluso del humor vítreo (vitritis). El virus herpes simple tipo I es el principal causante de la uveítis anterior. Generalmente se acompaña de queratitis dendrítica. La tuberculosis también puede causar una iridociclitis de tipo granulomatoso. Entre los hongos, *C. albicans* es un patógeno oportunista que, en sujetos inmunodeprimidos, puede causar uveítis anterior.