



Mi Universidad

Nombre del alumno: Andrin Armin Cordova Pérez

Nombre de la materia: Enfermería médico quirúrgico II

Nombre del profesor: zamorano Rodríguez María Cecilia

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 6to Cuatrimestre

UNIDAD IV

CUIDADO A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

4.1.- 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 foto receptores 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.

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 o menos convexo

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.

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 foto receptores, 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 Cori capilar, que nutre la capa de foto receptores 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.

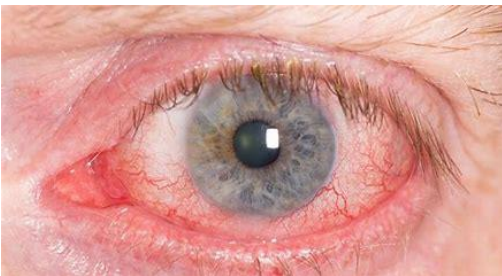
PROCESOS INFLAMATORIOS E INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS GLAUCOMA

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 de la producción del humor acuoso y en facilitar la salida del mismo. La PIO está determinada por la velocidad de producción del humor acuoso en el epitelio del cuerpo ciliar y por la resistencia y dificultad en su drenaje. Se da, por lo tanto, un compromiso entre la producción y la eliminación del mismo

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 discomfort 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.



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 oportunistas. Dentro del amplio capítulo de las infecciones oculares incluiremos las externas y anteriores, internas y posteriores, peri oculares y orbitarias.

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



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 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

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).

4.1.2.- ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA 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. Si entre los dos ojos existe una diferencia superior a dos líneas de AV se debe sospechar ambliopía; 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

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 chalación, 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.

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. En España en un estudio realizado entre los años 1980 y 1995, encuentran cataratas congénitas en 6,31/100.000 nacidos

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 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).



4.2.- ANATOMOFISIOLOGIA DE LA NARIZ, OIDO Y GARGANTA

Para comprender las manifestaciones clínicas, complicaciones y tratamientos de la patología de oído es necesario conocer su anatomía y relaciones anatómicas con órganos vecinos.

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.

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 otoscopía.

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 cefaloraquídeo. 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.

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

. La pirámide nasal o nariz está conformada por dos paredes laterales que se proyectan desde la cara y que se unen anteriormente en el dorso de la nariz. El dorso nasal hacia cefálico se continúa con la raíz de la nariz y la frente, mientras que hacia caudal termina en el ápice o punta nasal. Las paredes laterales están formadas por el hueso nasal (o huesos propios), el proceso nasal del hueso maxilar (apófisis ascendente del hueso maxilar), el cartílago lateral superior, y el cartílago lateral inferior o cartílago alar, éste último dividido en la crura medial y lateral.

La parte ósea que forma la parte superior de la nariz puede ser fracturada en forma directa (fractura de los huesos propios) o a través de injurias en la parte central de la cara. La parte cartilaginosa que se ubica en posición inferior es de menor riesgo frente a traumas cerrados por su estructura elástica, pero está en riesgo frente a laceraciones y heridas a bala.

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. El vestíbulo nasal

es la porción más anterior, limitada lateralmente por el ala de la nariz y medialmente por la porción más anterior del septum.

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. 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 las caries y las enfermedades periodontales.

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. La faringe se divide en nasofaringe, orofaringe e hipofaringe.

4.2.1.- ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

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.

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.

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. Además de esto, la disfunción en la trompa de Eustaquio es un factor fundamental para el desarrollo de OMA; algunos factores como hipertrofia adenoidea, rinitis alérgica y anomalías en la pirámide nasal favorecen esta disfunción y consecuentemente el desarrollo de OMA.

La OMA puede ser secundaria a una complicación durante una infección respiratoria de vías superiores (URI-por sus siglas en inglés). Durante estas infecciones las citoquinas juegan un papel importante en la defensa, debido a su función, cuando se activan generan secreción nasal e inducen inflamación y la presencia de infecciones respiratorias severas.

El proceso inflamatorio desencadenado como respuesta al agente etiológico es característico en esta patología, este es un paso crítico que contribuye con la defensa del hospedero, sin embargo, este mismo en ocasiones se convierte en un proceso perjudicial para el ser humano, favoreciendo significativamente el desarrollo, la progresión de la otitis media (OM) y la presentación de las diferentes formas clínicas de la misma, entre las cuales se puede encontrar la OM con efusión, crónica purulenta y crónica con colesteatoma.

Otra patología ORL de presentación común es la Rinitis Alérgica (RA), la cual está definida como 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 .

Los síntomas relacionados con la faringe son otro motivo de consulta frecuente tanto en los servicios generales como especializados; la faringitis aguda ocurre en 1.3% de los pacientes hospitalizados, sus manifestaciones son muy poco específicas y pueden confundirse con un resfriado común de origen viral; es importante resaltar que solo 5 a 15% de los casos en la población adulta corresponden a etiología bacteriana (*Streptococcus pyogenes*)

Otras alteraciones ORL comunes en el medio, están relacionadas con las actividades de la vida diaria que ejercen los pacientes, por ejemplo, en algunas profesiones, la voz es el principal medio de trabajo, lo cual obliga a un sobreesfuerzo de la misma que paulatinamente se va convirtiendo en un hábito y consecuentemente se altera el mecanismo de producción vocal de forma prolongada llevando a condiciones conocidas como disfonías.