

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a un paciente con traumatismo ocular  
izquierdo tratado con Blefaroplastía Superior

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ESTHER GUERRERO JARAMILLO

N° DE CTA. 091531784

DIRECTOR DE TRABAJO

---

LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

MÉXICO, JULIO DE 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

... ¿No ves que el ojo abarca la belleza de todo el mundo?

Es el amo de la astronomía y el creador de la cosmografía; aconseja y corrige todas las artes de la humanidad; conduce a los hombres a diferentes partes del mundo, es el príncipe de las matemáticas y las ciencias que se basan en Él, son absolutamente ciertas.

Ha medido las distancias y tamaños de las estrellas; ha encontrado los elementos y sus localizaciones;... ha hecho hacer la arquitectura y la perspectiva y el arte divino de la pintura.

¡OH cosa excelente, superior a las creadas por Dios!...  
¿Qué pueblos, que lenguas describirán por completo su verdadera función?

El ojo es la ventana del cuerpo humano a través del cual el hombre reconoce su camino y disfruta lo bello del mundo.

Debido al ojo, el alma está contenta de permanecer en su prisión corporal, ya que sin Él, tal prisión corporal es tortura.

Leonardo Da Vinci<sup>1</sup>  
(1452-1519)

---

<sup>1</sup> Tomado de: Riordan Paul et al. OFTALMOLOGÍA GENERAL DE VAUGHAN Y AUSBURY. Manual Moderno 13° ED 2004

AGRADEZCO A DIOS POR PERMITIRME EL FAVOR DE LA VISTA PARA PODER REALIZAR ESTE TRABAJO Y A SU VEZ BRINDAR AYUDA A QUIEN NECESITE UNA LUZ EN EL CAMINO.

∨

BENDITA SEA LA LUZ QUE HE RECIBIDO DE MIS PADRES QUIENES NUNCA ME HAN NEGADO SUS BONDADES, AMOR, COMPRENSIÓN Y RESPETO.

∨

XIMENA, GRACIAS POR TU APOYO INCONDICIONAL PARA MIS PROYECTOS, TE AMO.

# ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Metodología.....	3

## CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 El Proceso Atención de Enfermería y sus etapas.....	6
1.1.1 Valoración.....	7
1.1.2. Diagnóstico.....	14
1.1.3. Planeación.....	19
1.1.4 Ejecución.....	24
1.1.5 Evaluación.....	25
1.1.6 Plan de alta.....	26
1.2 Anatomía y fisiología normal del ojo.....	27
1.3 Traumatología ocular.....	33
1.4 Intervenciones de enfermería en el trauma ocular.....	38
1.4.1 Aseo oculopalpebral.....	38
1.4.2 Colirioterapia y aplicación de pomada .....	41
1.4.3 Oclusión ocular.....	43
1.4.4 Intervenciones preoperatorios.....	44
1.4.5 Cuidados específicos de oftalmología en el preoperatorio.....	46
1.4.6 Intervenciones postoperatorias.....	47
1.4.7 Cuidados específicos de oftalmología en el postoperatorio.....	48

## **CAPÍTULO.- II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

2.1 Presentación del caso.....	50
2.2 Valoración.....	52
2.3 Diagnóstico.....	57
2.4 Planeación.....	58
2.5 Ejecución.....	60
2.6 Evaluación.....	79
2.7 Plan de alta.....	80
Conclusiones.....	84
Sugerencias.....	85
Glosario de terminología oftalmológica.....	86
<b>ANEXOS.</b>	
I Historia	
Síntesis histórica del Hospital General Centro Médico “La Raza”.....	90
II Imágenes y cuadros.....	95
Cuadro de necesidades de Maslow.....	96
Imagen de la anatomía del ojo.....	97
Imagen de las estructuras accesorias del ojo.....	98
Imagen de sutura palpebral.....	99
Imagen de herida palpebral.....	100
Fuente Bibliográfica.....	102

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de los trastornos oculares se presentan para el paciente en forma súbita, sin embargo pueden prevenirse, ya que la detección y tratamiento oportunos en las enfermedades o lesiones oculares pueden conservar la visión evitando así la ceguera. Las afecciones oculares por accidentes causan el 5% de la ceguera en México, en donde se observa mayor incidencia en el hombre que en la mujer, en una relación 6 a 1<sup>1</sup>.

Las prácticas para la prevención de estas lesiones, van dirigidas al cuidado de la salud y seguridad pública efectiva. Las alteraciones sensorio-perceptivas que aparecen en las afecciones oculares y la pérdida de la agudeza visual pueden causar distintos grados de incapacidad, por ejemplo, las limitaciones físicas, laborales, familiares, sociales y lesiones en la autoestima. Lo anterior, debido a que la lesión ocular puede limitar al individuo a realizar actividades tan sencillas como alimentarse o asearse y se extienden hasta la pérdida del estatus laboral y social.

De la problemática anterior, el personal de enfermería tiene la responsabilidad social de detectar oportunamente síntomas que indiquen baja de la agudeza visual, motivando a los enfermos a que busquen la ayuda pertinente para dar tratamiento a su problemática. Con los pacientes ya hospitalizados por una lesión ocular, el personal de enfermería debe realizar valoraciones minuciosas aplicando el Proceso Atención de Enfermería, para detectar oportunamente las lesiones y ejecutar un plan de acción adecuado para cada padecimiento oftalmológico, sin olvidar la atención integral que se debe ofrecer al paciente.

---

<sup>1</sup> Referencia.- medicina basada en evidencia, consulta de Urgencias Adultos del Hospital General CMN “La Raza”.

Las intervenciones de enfermería para pacientes con lesión ocular se centra en la limitación oportuna del daño, evitar complicaciones, acompañar al paciente ante su pérdida, desarrollar habilidades en el paciente que le permitan incorporarse a sus actividades cotidianas y establecer un plan de alta que le permita al familiar manejar la rehabilitación de paciente con herramientas que favorezcan al paciente.

Durante el desarrollo de este trabajo se abordarán extensivamente las intervenciones de enfermería ante la lesión oculopalpebral, desde el ingreso del paciente, hasta el plan de alta.

## **OBJETIVOS**

- El presente trabajo sustentará el examen profesional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.
- La realización de este trabajo, brindará las herramientas necesarias para establecer un plan de atención para pacientes con trauma ocular.
- Dar a conocer a la comunidad universitaria y a la sociedad en general por medio del trabajo escrito y a través de la red, los cuidados de enfermería que se proporcionan a pacientes con trauma ocular en el Hospital General Centro Médico “La Raza”.
- Documentar la atención integral ante la lesión ocular, desde el ingreso del paciente hasta el alta del mismo.



## **METODOLOGÍA**

Este trabajo se inició seleccionando al paciente, el cual se encuentra hospitalizado en el Centro Médico Nacional “La Raza”, servicio de Oftalmología cuarto piso lado “C”.

Para establecer un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el paciente seleccionado se llevaron a cabo diferentes actividades, las cuales incluyen las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

La obtención de los datos se completo mediante entrevista directa con el paciente y toma de datos del expediente clínico y registros de enfermería.

El Sr. L.L. se mostró cooperador durante el interrogatorio, estructurándole preguntas cerradas, evitando esfuerzos excesivos para el paciente debido a su padecimiento actual.

Durante la valoración física se llevó a cabo la inspección, auscultación, percusión y palpación; para la exploración oftalmológica se utilizó oftalmoscopio y lámpara.

Recopilada la información, se clasificaron las respuestas del paciente, dando carácter de objetivo a los datos que observamos y podemos medir y subjetivo lo que refiere el paciente.

Dar un orden y establecer la jerarquización de problemas detectados corresponde a la segunda etapa del PAE, aplicar consideraciones PRE y postoperatorias fue necesaria, ya que el paciente pasó a sala con carácter de urgencia, atendiendo sus necesidades de forma integral.

La tercera parte del PAE (planeación), fue dirigida a la solución de problemas identificados.

La ejecución y evaluación se aplicaron adecuadamente, ya que el paciente manifiesta respuestas favorables en el postoperatorio mediato.

Para establecer el plan de alta se tomó en cuenta que en la familia del Sr. L.L. el grado máximo de estudios es primaria trunca, por lo que fue necesario buscar formas sencillas para brindar educación en el hogar y aplicar medicamentos y colirios adecuadamente para el paciente.

Al dar de alta al paciente satisfactoriamente, se considera terminado el PAE.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 El Proceso Atención de Enfermería y sus etapas

- 1.1.1 La valoración
- 1.1.2 El diagnóstico
- 1.1.3 La planeación
- 1.1.4 La ejecución
- 1.1.5 La evaluación
- 1.1.6 Plan de alta

### 1.2 Anatomía y fisiología normal del ojo

### 1.3 Traumatología ocular

### 1.4 Intervenciones de enfermería para pacientes con trauma ocular

- 1.4.1 Aseo oculopalpebral
- 1.4.2 Colirioterapia y aplicación de pomada
- 1.4.3 Oclusión ocular
- 1.4.4 Intervenciones de enfermería en el preoperatorio
- 1.4.5 Cuidados específicos en oftalmología en el preoperatorio
- 1.4.6 Intervenciones de enfermería en el postoperatorio
- 1.4.7 Cuidados específicos en oftalmología en el postoperatorio

## **1.1 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS**

El proceso de atención de enfermería es un método sistematizado que permite brindar cuidados a pacientes que se encuentran dentro y fuera del hospital, incluyendo un enfoque holístico con el propósito de obtener resultados favorables para el paciente, impactando sobre la familia y sociedad, mediante la proposición de objetivos a corto y mediano plazo que eficienten la atención de enfermería.

La sistematización del método consta de cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En donde se llevan a cabo diferentes actividades predefinidas con el objetivo de brindar atención de calidad.

En estas etapas se observa y trata al paciente de forma integral, en donde su diagnóstico central impacta en todas sus esferas.

Por lo anterior, se pretende que, aunque el método sea sistematizado, ordenado y lineal, debe incluir la parte humanista y espiritual, logrando así la empatía necesaria al mostrar el interés por las necesidades de los pacientes por mínimas que estas sean.

A continuación se darán a conocer los aspectos relevantes de cada una de las etapas del proceso atención de enfermería.

### **1.1.1 VALORACIÓN**

Para dar atención de enfermería con calidad se requiere del conocimiento del estado de salud del paciente-cliente, por lo que la valoración arroja datos determinantes para conocerlo. Esta etapa requiere de la agudeza de nuestros sentidos, con el fin de que la recogida de datos sea enriquecedora, productiva y favorable para establecer una atención integral y lo más completa posible para nuestro paciente. Las actividades orientadas a realizar una adecuada valoración son las siguientes:

- Obtención de datos.- Cualquier información que oriente hacia el actual estado de salud.
- Verificación de los datos.- Rectificar que los datos estén completos y sean certeros.
- Organizar información.- Hacer una compilación ordenada de datos.
- Identificación de hábitos.- Realizar una interpretación de resultados y evitar ser superficiales o crear prejuicios de la información recabada.
- Informe y registro de datos.- Ante la existencia de datos relevantes, se deberá informar inmediatamente incluso antes de hacer anotaciones.

## OBTENCIÓN DE DATOS

La obtención de datos inicia cuando tenemos el primer contacto con el paciente y termina al darlo de alta. Se considera un proceso dinámico, ya que continuamente se obtienen datos del paciente.

Existen diferentes recursos para obtener los datos como: La fuente directa con el paciente, si este se encuentra en posibilidades de sustentar una entrevista; familiares directos que puedan proporcionar datos del paciente; los registros clínicos médicos y de enfermería; arrojan datos recientes, relevantes y concretos con respecto al problema de salud actual del paciente; la medicina basada en evidencia para conocer aspectos de la evolución probable de algún padecimiento. La base de datos que se obtiene del paciente mediante estos instrumentos se vuelve de tipo directa e indirecta, en donde la directa incluye la entrevista y exploración física, en cambio la indirecta es la información obtenida por otros medios.

Dentro de la valoración encontramos la siguiente clasificación:<sup>1</sup>

- **VALORACIÓN GENERAL.**- Información que se reúne al contacto inicial con el paciente, contemplando aspectos del estado de salud.
- **VALORACIÓN FOCALIZADA.**-Se refiere a la obtención de datos directos para valorar un aspecto específico.

De estas valoraciones, se obtienen datos relevantes para la atención del paciente, llevando a cabo la entrevista de enfermería y la valoración física.

Durante la entrevista de enfermería se debe considerar el respeto a la intimidad del paciente, dando una imagen de confianza para la formulación de preguntas y no olvidar la observación crítica pero sin morbo hacia el paciente logrando una comunicación de confianza. El personal de enfermería no debe abusar de la vulnerabilidad del paciente pretendiendo obtener datos de manera autócrata.

---

<sup>1</sup> Flynn Nancy, Aplicación del Proceso Enfermero guía paso a paso, Barcelona p- 31.

La valoración física, ya que va en busca de recopilar datos, debe ser minuciosa, sistemática y con habilidad durante la auscultación o para la detección de datos relevantes determinando así un estado de salud correcto. Para lograr esto se requiere hacer uso de las siguientes herramientas:

- **INSPECCIÓN.-** Incluye observar al paciente de cabeza a pies.
- **AUSCULTACIÓN.-** Detectar por medio del estetoscopio los diferentes ruidos internos que emite el cuerpo humano.
- **PALPACIÓN.-** Incluye el tocamiento y presión para detectar crecimientos, inflamación o dolor.
- **PERCUSIÓN.-** Se refiere a dar un golpe indirecto sobre la superficie corporal a valorar.

Para facilitar el registro de datos, en esta etapa puede ser útil detectar los datos objetivos y subjetivos. Los datos objetivos son los que el personal de enfermería observa y los datos subjetivos se refieren a lo que el paciente verbaliza.

Generalmente estos datos se apoyan mutuamente, sin embargo, no siempre es así.

En esta parte de la valoración, se deben hacer todo tipo de registros para recopilar la información de manera completa, sin evadir ningún detalle, posteriormente proporcionar atención dirigida a mejorar la salud del paciente.

**ENTREVISTA Y VALORACIÓN FÍSICA.-** Son partes complementarias entre sí, ya que la entrevista se vuelve lógica y congruente al realizar la exploración física, por ejemplo cuando un paciente refiere tener visión borrosa en ojo derecho y al explorarlo con la lámpara notamos que presenta midriasis o catarata; con estos datos se confirma la referencia del paciente considerándolo como dato certero o fidedigno.

## ENTREVISTA

Para llevar a cabo la entrevista debemos tener en cuenta que el paciente presenta un problema que para él, es considerado de emergencia, por lo que, en primer lugar no debemos subestimar los síntomas que el paciente refiera, respetar como ya se dijo la intimidad del paciente y no ser obstinadas o pretender manipular las respuestas. Escuchar al paciente requerirá de tiempo suficiente, por lo que estar mirando el reloj continuamente, le dará al paciente la sensación de desinterés y la obtención de datos puede verse amenazada por las prisas o respuestas cortantes del paciente. Si la información del paciente se utilizara para fundamentar una clase, trabajo o ponencia debemos ser honestas y buscar la autorización del paciente o familiar para el uso y manejo de datos obtenidos.

## VALORACIÓN FÍSICA (exploración)<sup>2</sup>

Durante la valoración física se hará uso de la inspección, auscultación, palpación y percusión. Esta etapa debe ser ordenada de observación minuciosa y técnica. Lo correcto es hacerlo en orden cefalo-caudal, sin embargo, es necesario valorar el estado de salud del paciente, si este tiene un problema ya detectado, se deberá iniciar en esta área y posteriormente continuar en el resto del cuerpo.

A continuación se describen las consideraciones generales para la exploración física del paciente adulto:

- Promover en primer término la empatía con el paciente
- Llevar a cabo las anotaciones pertinentes inmediatas
- Evaluar la capacidad del paciente para los cambios de posición que se requieren durante la exploración
- Facilitar el examen para evitar fatiga y molestias al paciente.

---

<sup>2</sup> Ibidem p-47



Que se debe valorar en la exploración física:

Cabeza.-Protuberancias, heridas, hematomas pediculosis.

Ojos.-Agudeza visual, posición, reacciones pupilares, conjuntivitis, exoftalmos, infección, catarata.

Oídos.- Agudeza auditiva, cerumen y sus características, cuerpos extraños, heridas, integridad de la membrana timpánica.

Nariz.- Posición, permeabilidad, características del tabique nasal y cartílago, secreción (morfología, cantidad, coloración).

Boca.- Valorar arcada, condición dental, uso de prótesis o tratamiento ortodoncico así como adoncia, revisar amígdalas, úvula.

Cuello.- Simetría, laringe y tráquea centrales, crecimientos adenoides, presencia de pulsos carotídeos.

Tórax y pulmones.- Estertores, ruidos respiratorios y cardiacos, congestión, dolor costal o crepitaciones, heridas, cicatrices. En la mujer llevar a cabo la exploración mamaria.

Miembros torácicos.- Simetría, movimientos, lesiones o mutilaciones.

Abdomen.- Detectar megalias, distensión abdominal, dolor, flacidez, cicatrices, heridas.

Miembros pélvicos.- Destrezas, reflejos, claudicación, lesiones de la piel, arco plantar o mutilaciones.

Espalda y columna vertebral.- Alineación, capacidad de movimientos o anormalidades.

Sistema nervioso.-Estado de conciencia, equilibrio y estabilidad.

Genitales.- Anormalidades, tumores, infecciones, secreciones; en varones detectar hipertrofia prostática.

Recto.- Hemorroides, pólipos, hemorragias o fisuras.

Es importante anotar si el paciente tiene tatuajes en alguna parte de su cuerpo, este dato nos ayuda para conocer rasgos culturales y de riesgo a presentar enfermedades infectocontagiosas.

Al término de la exploración física se debe conducir al paciente a su cama, proporcionándole confort, ya que el examen pudo ser agotador. La organización de esta información se puede realizar estableciendo prioridades o puede seguir el orden en que se realizó la exploración.

**DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.**- Resulta práctico realizar la clasificación de datos de esta forma, ya que permite tener una visión más real de lo que el paciente siente y lo que detectamos ayudando además a jerarquizar los problemas de manera clara y crítica para posteriormente establecer la atención de enfermería adecuadamente para cada problema.

Los datos objetivos se refieren a las manifestaciones que detectamos en el paciente, orientándonos a la toma correcta de decisiones para el plan de atención, ya que estos pueden ser observables y medibles, como la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria entre otras. En cambio los datos subjetivos son los que el paciente refiere y aunque no podemos medirlos, tampoco debemos subestimarlos por ejemplo si el paciente refiere visión borrosa y detectamos midriasis o catarata determinaremos que coincide la referencia del paciente con las manifestaciones clínicas.

## VERIFICACIÓN DE DATOS

Determinar si la información es fidedigna nos ayuda a colocar en primer lugar la información relevante evitando hacer juicios erróneos.

Realizar controles de la información con ayuda de otros compañeros para ratificar información que se sospecha dudosa o que haya incertidumbre en los resultados, también si los resultados se rebasan los parámetros normales. De esta manera se tiene la certeza de que los datos recabados tienen un margen de error mínimo.

## ORGANIZAR LA INFORMACIÓN

La agrupación de la información se lleva a cabo mediante un juicio crítico y realista de la situación actual del paciente, tomando en cuenta los modelos con enfoque enfermero preestablecidos, por ejemplo “Maslow (1979) y los patrones de respuesta humana NANDA (1994) ofrecen estructuras para agrupar los datos manteniendo un enfoque enfermero”.

El uso de estas propuestas se deja a la preferencia de la enfermera (o), ya que ambas son útiles para la agrupación de datos incluyendo el enfoque holístico necesario para la atención del paciente.

## IDENTIFICACIÓN DE PATRONES

Con la información agrupada, en esta etapa se deben verificar que los datos obtenidos se apeguen a la realidad del paciente, es decir, que los datos sean congruentes, por ejemplo si el paciente refiere lavarse cuatro veces al día los dientes y detectamos encías inflamadas, sarro, caries dental, es posible que la información que emitió el paciente no sea real, por lo que se deben hacer investigaciones dirigiendo la mirada hacia si el paciente es diabético, no lleva buena técnica de cepillado o si los alimentos que consume son altos en azúcares.

## INFORME Y REGISTRO DE DATOS

De la valoración es la etapa final, en donde se emite un informe de la obtención de datos, el cual permite conocer bien al paciente, brindarle continuidad de atención, atender sus prioridades a tiempo, evaluar la información y hacer modificaciones si es necesario.

Informar los datos de emergencia del paciente y dar actuación oportuna incluso antes de hacer anotaciones.

### **1.1.2. DIAGNÓSTICO**

Tras realizar una valoración completa del paciente, el siguiente paso es hacer la identificación de problemas, llamando a esta etapa “Diagnóstico de Enfermería”. Realizándose mediante la interpretación de los datos obtenidos, reconociendo que esta es una actividad exclusiva de enfermería, ya que de realizar un buen diagnóstico de enfermería, se podrán brindar cuidados de calidad sustentados en las necesidades del paciente.

Para lograr lo anterior, el personal de enfermería debe tener en cuenta que tras el diagnóstico vienen la prevención y la cura a los problemas detectados en el paciente, de tal manera que las etapas del proceso se van ligando al interrelacionarse una íntimamente con la otra.

Esperar respuestas del paciente con cada una de nuestras actividades no permite realizar una atención dinámica y favorable para el paciente.

El personal de enfermería detecta un problema de salud del cual debe reconocer lo real y lo potencial, determinando a su vez un diagnóstico lógico y que se encamine a ayudar con la planeación de cuidados de enfermería al paciente.

La base del diagnóstico es formar enunciados con respecto al problema real o potencial del paciente o comunidad que requiera la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Un diagnóstico real consiste en identificar una situación que existe actualmente y un problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

El personal de enfermería debe establecer diagnósticos que no resulten sinónimos del diagnóstico médico.

### ÁREAS DE ACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Son tres las áreas en las que el personal de enfermería desempeña intervenciones integrales para el paciente.

Intervenciones dependientes.- Se refiere a las situaciones que son responsabilidad directa del médico, ya que establece las intervenciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería.

Intervenciones interdependientes.- Se refiere al trabajo conjunto, incluye la solución de problemas y situaciones de carácter multidisciplinario profesional de la salud, encaminadas a la resolución de problemas detectados en el paciente o sociedad

Intervenciones independientes.- Se refiere a cualquier acciones reconocidas legalmente como responsabilidad de enfermería, las cuales no requieren indicación, supervisión o dirección de otros profesionales.

## FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Con la información obtenida de la valoración el paso a seguir es la agrupación de datos, “se deben formular relaciones causales entre los problemas de salud y los factores que se relacionan con ellos”<sup>3</sup>.

Los problemas detectados pueden ser de origen multicausal, por lo que un factor puede desencadenar diferentes problemas para el paciente, por ejemplo, en el paciente diabético, podemos observar un sin número de problemas que se desencadenan por el desequilibrio metabólico, de tal manera que el personal de enfermería debe medir sus alcances de atención y si puede resolver el problema o hacerlo mediante la ayuda de otros profesionales.

Para describir correctamente un diagnóstico se deben tomar en cuenta cuatro factores: Etiqueta, definición, características definatorias, signos y síntomas y factores causales o de riesgo<sup>4</sup>.

**ETIQUETA.-** Descripción concisa del problema real o potencial, se aplica una frase que representa un patrón.

**DEFINICIÓN.-** Manifiesta un significado claro y preciso, diferenciándose de las demás.

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.-** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, la cual nos da el significado específico, limitándose en el título a lo sugerente.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS.-** Se refiere a la evidencia real del problema detectado.

---

<sup>3</sup> kozier B. et. al. Fundamentos de Enfermería. INTERAMERICANA-McGRAW HILL 1994. P128

<sup>4</sup> los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 durante la novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas con cuatro factores que lo componen.

FACTORES CAUSALES O DE RIESGO.- Se fundamentan con aspectos fisiopatológicos y que se relacionan con el problema detectado.

### TIPOS DE ENUNCIADOS DIAGNOSTICOS<sup>5</sup>

<b>ENUNCIADOS DE UNA PARTE</b>
Diagnósticos de enfermería de bienestar, por ejemplo: Potencial de favorecer la paternidad Potencial de favorecer la nutrición Diagnósticos de enfermería de síndromes, por ejemplo: Síndrome de desuso Síndrome traumático de violación
<b>ENUNCIADOS DE DOS PARTES</b>
Diagnósticos de enfermería de riesgo, por ejemplo: Riesgo de lesión con un desconocimiento del peligro Diagnósticos de enfermería posibles, por ejemplo: Posible alteración de la imagen corporal relacionado con informes del cónyuge sobre conductas de aislamiento posquirúrgicas
<b>ENUNCIADOS DE TRES PARTES</b>
Diagnósticos de enfermería reales, por ejemplo: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad secundaria a fractura de pelvis, manifestado por una lesión sacra de 2cm.

### TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Los problemas detectados en el paciente pueden ser de solución a corto y largo plazo, para poder establecer un plan de atención se deben reconocer para facilitar las intervenciones de enfermería y que estas tengan una secuencia ordenada y congruente con respecto al diagnóstico central del paciente.

---

<sup>5</sup> Juall Lynda; Diagnóstico de Enfermería McGraw-Hill 2002, p.14.

**DIAGNÓSTICO REAL.-** El paciente arroja datos evidentes, de sintomatología actual que define el diagnóstico.

**DIAGNÓSTICO DE RIESGO.-** Los datos del paciente contienen factores de riesgo con respecto al diagnóstico, sin embargo, no hay evidencias definitorias.

**DIAGNÓSTICO POSIBLE.-** Los datos del paciente no demuestran la presencia de características definitorias o relacionadas con el diagnóstico. Este diagnóstico depende de la intuición y experiencia del personal de enfermería para determinar un posible daño.

**DIAGNÓSTICO DE SALUD.-** Se refiere a la tener la capacidad de identificar problemas de salud, teniendo la visión de un individuo, familia o comunidad, que se encuentra en fases de recuperación o mejoría de la salud.

Para la redacción de los diagnósticos se deben aplicar las siguientes reglas<sup>6</sup>

En los diagnósticos reales, se debe emplear el formato PES, utilizando las palabras “relacionado con” para unir el problema con los factores relacionados, incluyendo “manifestado por” para expresar la evidencia que da soporte al diagnóstico.

En los diagnósticos de riesgo, la estructura es en dos partes, una “relacionado con” para unir el problema potencial con los factores de riesgo presentes.

Los diagnósticos posibles se deben redactar estableciendo el posible problema y la causa que lo pueda desencadenar.

---

<sup>6</sup> Reglas tomadas de: Fundamentos de Enfermería. Antología Tomo I ENEO-UNAM 1997 P 265-266



Los diagnósticos de salud, tiene una sola estructura, formulándose con la frase “potencial de mejora” antes de describir el área que se pretende mejorar.

Las formulaciones diagnósticas deben orquestar las intervenciones de enfermería independientes principalmente, por lo que al redactar debemos hacer la pregunta ¿Que podría hacer YO para la solución de este problema? De esta forma, la planeación será enriquecedora para la práctica de enfermería y favorecerá los procesos de recuperación del paciente.

### **1.2.3 LA PLANEACIÓN**

Corresponde a la tercera etapa del Proceso Atención de Enfermería, en la que se establece el plan de acción para dar solución a los problemas detectados en el paciente, familia o sociedad. Para la planeación de cuidados se deben tener en cuenta tres aspectos clave para tener éxito en esta etapa:

- ✓ Jerarquización de prioridades
- ✓ Determinar los resultados esperados (objetivos)
- ✓ Establecer las intervenciones de enfermería
- ✓ Soporte escrito del plan de cuidados

Los objetivos del plan de cuidados, van encaminados a unificar las intervenciones de enfermería en un padecimiento específico y pueden utilizarse posteriormente, brindando soporte científico de los procedimientos aplicados.

El plan de cuidados se conforma con los siguientes elementos:

- ✓ Diagnósticos.- los que requieren ser anotados en el plan de cuidados.
- ✓ Objetivos.- establecer las metas, que se pretenden alcanzar, estableciendo un tiempo estimado.
- ✓ Intervenciones.- las estrategias que se requieren aplicar para el logro de los objetivos.

### JERARQUIZACIÓN DE PRIORIDADES

En primer lugar, se debe establecer cual es el problema que requiere atención de urgencia o inmediata, y hacer planteamientos del problema, para tener un panorama más amplio ante la jerarquización de prioridades, los planteamientos pueden ser:

- ✓ El paciente se encuentra ante una necesidad inmediata que requiere valoración médica.
- ✓ Algunos problemas del paciente dependen del personal de enfermería y otros pertenecen a otros profesionales.
- ✓ Existe en el paciente alguna problemática que se puede resolver aplicando la rutina de enfermería.
- ✓ El paciente requiere de cuidados específicos para la resolución de problemas.

Esta parte de la planeación pretende priorizar la atención entre uno y otro diagnóstico, si es posible se puede consultar al paciente, reduciendo así errores en la planeación y garantizando una atención de calidad.

Establecer las prioridades del paciente con enfoque holístico-humanista, permite a la planeación ser efectiva y personalizada ya que la insatisfacción de necesidades básicas provoca un desequilibrio en la salud (enfermedad) Maslow 1972<sup>7</sup>, lo cual hace vulnerable al individuo, siendo las necesidades que amenazan la vida una prioridad para el equipo de salud en general.

### DETERMINAR LOS RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS)

Proponer las metas a alcanzar en la planeación nos permitirá, dirigir la atención, identificar los resultados esperados, evaluar la calidad de las intervenciones de enfermería.

Los objetivos que se pueden plantear en esta etapa van dirigidos en primer lugar a la enfermera y en segundo al paciente.

### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Generalmente no van plasmados en el plan de atención, se establecen para realizar una evaluación de los cambios y respuestas del paciente, así como de la capacidad de actuación ante los procesos de recuperación del mismo

---

<sup>7</sup> Ver tabla A en anexo II referente a la determinación de prioridades de acuerdo a la escala Maslow.

## OBJETIVOS DEL PACIENTE

Al establecer una planeación predeterminada y personalizada, se debe tomar en cuenta el resultado que se espera con cada una de las intervenciones diseñadas para el paciente. Por lo que los objetivos del paciente deberán formularse en términos de lo que se espera que el paciente logre y alcance.

Los objetivos del paciente deben ser alcanzables, es decir, posibles de conseguir; deben ser también mensurables, formulados a partir de la disminución o aumento de una respuesta esperada; otra característica es que deben ser específicos, mediante la utilización de verbos que el paciente realizará en el tiempo determinado.

## ESTABLECER LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Son aquellas intervenciones de enfermería específica, dirigida al logro de objetivos en el paciente, llevando a cabo acciones focalizadas en favor de las causas que le provocaron el problema.

Podemos encontrar dos tipos, el primero es de intervenciones de enfermería y el segundo corresponde a intervenciones hechas por el médico. “Independientemente del tipo, todas las intervenciones de enfermería requieren un juicio de enfermería inteligente, porque la enfermera es legalmente responsable de su adecuada puesta en práctica”<sup>8</sup>.

En la planeación se ven involucrados el paciente y familiares, participando activamente, para el logro de objetivos planteados para el paciente.

Las intervenciones se establecen valorando el estado de salud del paciente, apoyo que recibe de familiares y amigos, considerando además la enseñanza que requiera el paciente de acuerdo a su problema central, establecer el plan de alta.

---

<sup>8</sup> Juall Lynda Diagnóstico de Enfermería. McGraw-Hill, pp. 20-21

Las intervenciones en el Plan de Atención deben ser consecuentes para evitar contradicciones con los tratamientos establecidos con otros profesionales, brindar un ambiente seguro y terapéutico para el paciente, diseñar actividades personalizadas y ajustadas a las necesidades del paciente; establecer actividades realistas<sup>9</sup>.

### SOPORTE ESCRITO DEL PLAN DE CUIDADOS

Se refiere al registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería. Documentar la evidencia nos permitirá establecer cuidados personalizados, dar continuidad a éstos, fomentar la comunicación multidisciplinaria ante la actualización de información, ya que el plan de atención es dinámico, cambiante y perfectible.

Para dar orden al registrar el Plan de Atención, se debe tener información completa de los diagnósticos, objetivos del paciente, intervenciones de enfermería y evaluación. Dependiendo de la institución, pueden existir ya documentos estandarizados para este registro, en términos generales incluye:

- ✓ Hoja de admisión.- Informe de la valoración.
- ✓ Registro de diagnóstico.- Objetivos del paciente y del plan de cuidados e intervenciones de enfermería, incluyendo el plan de alta.
- ✓ Documento de evaluación.- Descripción de las respuestas positivas y negativas del paciente, especificando si se logró o no alcanzar los objetivos diseñados y por que. Anotar además las pertinentes modificaciones del plan de atención.

---

<sup>9</sup> Pacheco A. et. al. (compiladoras) Fundamentación Teórica para el Cuidado. Antología ENEO UNAM 2005, P 343.

Puede existir gran variedad en el registro del Plan de Atención, sin embargo los puntos anteriores se incluyen en todos, solo se diferencian en estilo.

#### **1.1.4 LA EJECUCIÓN**

En esta etapa se pone en marcha el plan de cuidados preestablecido en la etapa de planeación. Para llevar a cabo correctamente la ejecución, se deben tomar en cuenta las siguientes actividades:

- ✓ Enlace de turno.- Recepción y entrega de paciente en forma oral y por medio de registros clínicos.
- ✓ Valoración y revaloración
- ✓ Establecer prioridades a diario
- ✓ Poner en marcha el plan de atención
- ✓ Registro

El personal de enfermería que aplica el plan de atención es directamente responsable de la ejecución de este, sin embargo, como ya se ha mencionado, se apoya en el paciente, familiares y otros profesionales de la salud, con el propósito de cumplir los objetivos marcados. En esta etapa se llevan a cabo todas las intervenciones dirigidas a la solución de problemas detectados en las etapas anteriores.

Al llevar el plan de atención a la acción, se debe considerar evaluar continuamente las respuestas del paciente, así como la efectividad de las actividades diseñadas, para corregir, si es necesaria la dirección de las intervenciones.

### 1.1.5 LA EVALUACIÓN

Se refiere a la actividad continua, dinámica y formal presente durante todo el desarrollo del Plan de Atención de Enfermería, sin embargo se considera como etapa en el proceso ya que se requiere para verificar si los objetivos establecidos se han alcanzado<sup>10</sup>.

Las actividades que se incluyen en la evaluación son:

- ✓ Evaluación del logro de los resultados esperados.-
- ✓ Identificación de los factores que afectan el logro de resultados
- ✓ Toma de decisiones acerca si se debe continuar con el plan de atención o se da por finalizado.
- ✓ Continuación, modificación y/o finalización del plan.

En términos didácticos, la evaluación se aplica a las etapas del plan, intervenciones de enfermería y al producto final, que corresponde a las respuestas del paciente.

---

<sup>10</sup> Ibidem p 356

### **1.1.6 PLAN DE ALTA<sup>11</sup>**

El documento del alta del paciente se refiere a un proceso sistemático de cuidados que facilitan la atención en casa por parte de familiares y paciente. Se considera que el plan de alta debe iniciarse desde el ingreso del paciente, de tal manera que cuando el paciente egrese, no tenga dudas del manejo de medicamentos, curaciones u otras actividades que se requieran para su satisfactoria recuperación.

Los objetivos de la planificación del alta son:

Enseñar al paciente o familiar a detectar y controlar una situación inesperada en casa (signos de alarma).

Referir al paciente a servicios complementarios como grupos de ayuda.

Orientar acerca de cuidados especiales según sea el padecimiento del paciente.

El resumen del alta debe redactarse con lenguaje sencillo para los familiares y el paciente, que incluya además cuidados generales y hábitos higiénico-dietéticos si así lo amerita el caso.

---

<sup>11</sup> Juall Lynda, Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la Práctica Clínica, Mc Graw-Hill Interamericana 2002 p-25-26.



## 1.2 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA NORMAL DEL OJO

El globo ocular es un órgano sensorial en donde los elementos nerviosos se consideran prolongaciones cerebrales, se considera como órgano de la visión en donde la luz viaja transformándose en imágenes útiles para mantener contacto con el medio externo y el Sistema Nervioso Central.

Las partes anatómicas que se relacionan con la visión son: El globo ocular, nervio óptico, el encéfalo y las estructuras anexas al ojo.<sup>12</sup>

### GLOBO OCULAR

Se encuentra bilateral en la parte superior de la cara a una y otra parte de la línea media, situados dentro de cavidades óseas correspondientes a los huesos de la cara.

Las dimensiones del globo ocular son 2.5 cm. de diámetro en el adulto, de lo cuál solo está expuesta la sexta parte anterior de su superficie<sup>13</sup>.

Esta formado por tres capas:

1. **Externa o fibrosa.**- Parte externa del globo ocular, se divide en esclera y córnea.

La esclera recubre el globo ocular, proporciona forma y protección interna. Córnea, sus características: Es fibrosa, avascular y transparente, su función es cubrir al iris.

2. **Media o vascular.**- Conformada por una parte coroidea, el cuerpo ciliar y el iris, en conjunto se denominan tejido uveal<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Ver imagen 1 en anexo II

<sup>13</sup> J. Tortora et. al Principios de Anatomía y fisiología. HARLA México 1989 p472.

<sup>14</sup> Ibidem. 473.

Coroides.- Forma la parte posterior de la capa media, es una membrana delgada, se encuentra muy vascularizada, absorbe la luz, además atraviesa el nervio óptico, en su parte posterior del globo ocular.

El cuerpo ciliar corresponde a la parte más gruesa de la uvea abarcando desde el borde serrato (límite anterior de la retina) de la retina hasta la unión esclerocorneal. están incluidas en esta parte los cuerpo filiares que son pliegues internos que secretan el humor acuoso y el músculo ciliar de características lisas provoca la modificación del cristalino para lograr ajuste en la visión para objetos lejanos o cercanos.

La estructura que se encarga de regular la cantidad de luz que penetra en la pupila es el iris que conforma también la parte media del globo ocular, compuesta por fibras de músculo liso agrupadas en forma de rosca; dando forma a la pupila, penetrando a esta la luz al interior del globo ocular.

3. **Interna o retina.**- Es la parte interna del globo ocular, conformada por capas:

Nerviosa o posterior.- Al unirse con el cuerpo ciliar forma el borde serrato y corresponde a la parte visual de la retina

Interna o pigmentada.- Se encuentra sobre la parte posterior del cuerpo ciliar y el iris, siendo la parte no visual de la retina.

## INERVACIÓN NERVIOSA Y VASCULAR

### **Venas y arterias.-**

La arteria oftálmica irriga al globo ocular y sus anexos; existen ramas adicionales como la arteria central de la retina y arterias filiares que alimentan también al globo ocular.

Las venas periféricas y la vena central e la retina van hacia la vena oftálmica.

### **Nervios.-**

El nervio trigémino da sensibilidad ocular

## ANEXOS OCULARES

Se refiere a las estructuras que dan protección al globo ocular, dentro de las cuales se incluyen:

- Ø Párpados
- Ø Glándulas y vía lacrimal
- Ø Conjuntiva
- Ø Músculos oculomotores
- Ø Cejas
- Ø Pestañas

## PÁRPADOS

Se refiere a dos estructuras superiores e inferiores con repliegues cutáneos, Su función principal es la de proteger la parte anterior del globo ocular, cubriéndolo durante el sueño, brindan protección ante la luz excesiva y cuerpos extraños, mediante la lubricación, facilitan la diseminación de secreciones lubricantes. Los movimientos continuos de estas estructuras se denominan parpadeo, garantizando una constante hidratación de la córnea.

## GLÁNDULAS Y VÍA LACRIMAL

El aparato lacrimal tiene un papel protector, ya que las lágrimas nutren y lubrican a la córnea manteniendo su transparencia.

El aparato secretor se forma por glándulas:

La principal situada por debajo y fuera del globo ocular con dos posiciones, una superior u orbitaria y la otra inferior o palpebral. Su secreción es externa, en donde sus canales excretores abocan a la parte externa del fondo de saco conjuntival.

Las glándulas accesorias, se sitúan en la conjuntiva, y en el borde libre de los párpados.

En el aparato excretor se incluyen:

- Ø Los puntos lagrimales, pequeños orificios situados en el borde libre de los párpados.
- Ø Los canalículos, continuación de los anteriores y se dirigen internamente hacia el saco lagrimal.

- Ø El saco lagrimal se encuentra situado en la fosa lagrimal, con forma alargada vertical con dimensiones aproximadas de 10 mm de longitud, recubierto de tejido fibroso.
- Ø El canal lagrimonasal nace en la parte inferior del saco y conduce las lágrimas en la cavidad nasal, en donde desemboca<sup>15</sup>.

### FISIOLOGÍA DE LAS LÁGRIMAS

Las lágrimas son solución acuosa, formada por sales, mucopolisacárido y lisozima; esta solución lubrica, limpia y humecta al globo ocular. La cantidad promedio que secreta un adulto por día es de 1cc, la cual se incrementa si existe infección ocular, cuerpos extraños o estados sentimentales (llanto o risa)<sup>16</sup>.

### CONJUNTIVA

Es una mucosa fina que recubre la cara profunda de los párpados y la cara anterior del globo. La parte bulbar y la palpebral se reflejan una sobre la otra a nivel de los fondos de saco, esta membrana es transparente, por lo que permite la visualización escleral.

---

<sup>15</sup> Ver imagen 2 en anexo II

<sup>16</sup> J. Gerard et. al. Principios de Anatomía y Fisiología HARLA México 1989 p 471

## MÚSCULOS OCULOMOTORES

Seis músculos son los que involucran principalmente al globo ocular, dispuestos de la siguiente manera:

- Ø Cuatro músculos rectos.- Superior, externo, inferior e interno
- Ø Dos oblicuos.- Mayor y menor

## CEJAS

Son agrupaciones de pelo grueso semejante al cabello rodeadas de múltiples glándulas sebáceas, estas fibras se disponen en forma de arco transversal, situadas en la unión del párpado superior con la frente. Su función es la de proteger el globo ocular de la luz directa, cuerpos extraños y sudor.

## PESTAÑAS

Fibras de cabello corto y grueso sobresalientes en el borde de los párpados, formando hileras uniformes y continuas, siendo en el párpado superior más abundantes y largas.

### **1.3 TRAUMATOLOGÍA OCULAR**

Se conocen también como accidentes cegadores, es una de las seis causas de ceguera mononuclear a nivel mundial; en donde atender la lesión de manera inmediata puede evitar la ceguera y sus complicaciones.

En México, los traumatismos oculares causan el 5% de los casos de ceguera anualmente, en donde, el 65% ocurre en el grupo de individuos menores de treinta años, con una proporción hombre-mujer de seis a uno.

Los traumatismos oculares pueden ser directos, por impacto de un objeto sobre los párpados o la superficie del globo ocular, o bien, indirectos, por impacto en algún punto del cráneo o por onda expansiva. Según las características de las lesiones y sus consecuencias, los traumatismos oculares se clasifican en cuatro grupos:

**SUPERFICIALES.-** A consecuencia de impactos directos que causan lesiones en la cubiertas del globo ocular. Las consecuencias más habituales son hiposfagma y úlcera corneal.

**CONTUSIÓN OCULAR.-** Se refiere al impacto directo de un objeto romo sobre el ojo, además de lesiones superficiales, este tipo de traumatismo puede provocar alteraciones muy variadas, por ejemplo: subluxación o luxación de cristalino, ruptura del iris, glaucoma secundario, hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, estallamiento ocular.

**LACERACIÓN OCULAR.-** Es una lesión sobre el ojo con un objeto cortante, las lesiones dependerán de la profundidad del impacto, siendo la más grave, el vaciamiento del globo ocular.

**HERIDAS OCULARES PENETRANTES.-** Son heridas con objetos punzo cortantes o cuerpos extraños.

La frecuencia del trauma ocular ocurre en la etapa infantil, adultos jóvenes y adultos mayores de sesenta años, se observa que la incidencia en hombres es mayor que en las mujeres, ya que estos son víctimas potenciales para lesiones penetrantes oculares. Las causas más frecuentes de trauma ocular son:

- Ø Accidentes laborales e industriales.- Conforman el 44% del total de las lesiones.
- Ø Accidentes domésticos y maltrato a la infancia.- Determinados por lesiones con tijeras, vidrio, agujas u objetos lacerantes y punzo cortantes y todos los objetos de cualquier naturaleza capaces de causar una lesión ocular.
- Ø Asaltos con violencia.- Incluye lesiones con arma blanca, pistola tabique, etc.
- Ø Auto agresiones de enfermos mentales
- Ø Lesiones relacionadas con deportes extremos o de impacto, caídas, golpes de contacto o con animales.
- Ø Accidente automovilístico.- Impacto sobre el parabrisas, en individuos pequeños o infantes puede haber quemaduras por bolsa de seguridad.



El traumatismo puede provocar múltiples lesiones en los párpados, globo ocular y tejidos blandos de la órbita. Para los fines de este trabajo, solo se mencionará el traumatismo oculopalpebral.

### TRAUMATISMO OCULOPALPEBRAL

Se refiere a cualquier evento con o sin violencia que altera la anatomía y/o fisiología de los párpados, del globo ocular o de la órbita ósea.

### MANEJO DE URGENCIA ANTE EL TRAUMA OCULAR

Se debe evitar la manipulación excesiva e innecesaria, hasta que se realice la cirugía, mientras se debe mantener la oclusión ocular sin aplicar ciclopéjicos ni antibióticos tópicos, ya que causan toxicidad cuando los tejidos intraoculares están expuestos, iniciar Antibioterapia y analgesia de sostén, para mantener al paciente sin dolor, colocar al paciente en decúbito dorsal absoluto.

Cuando se requiere de reparación del párpado (blefaroplastia), se realiza en quirófano bajo anestesia general balanceada; con la cirugía se pretende corregir la lesión, mediante la confrontación de bordes palpebrales logrando la continuidad anatómica normal y limitar las secuelas.<sup>17</sup>

### TECNICA QUIRÚRGICA DE PÁRPADO BLEFAROPLASTÍA

Ante las lesiones poco profundas, en donde el borde palpebral no se ve afectado existe la reparación quirúrgica simple como si se tratara de una herida en la piel. En cambio, las lesiones que afectan de forma profunda el borde palpebral, se reparan de forma cuidadosa para que no queden muescas que afecten anatómica y funcionalmente el órgano.

---

<sup>17</sup> ver imagen 3 en anexo II

Para reparar adecuadamente el párpado lesionado, se requiere de la afrontación exacta de los bordes lesionados el uso de sutura es seda 6-0 llevando el orden como se muestra en la imagen 3 del anexo II. Es importante que al finalizar se aplique sobre la herida unguento antibiótico.

Cabe mencionar que, si la herida no es reparada dentro de las primeras 24hrs, esta puede presentar datos de edema que dificulte su posterior reparación, por lo que antes de reparar la herida se deberán aplicar antibióticos e incluso hielo local para disminuir el edema.

### COMPLICACIONES DEL TRAUMA OCULOPALPEBRAL

Dependen de la severidad del daño, así como de la naturaleza de este. En general pueden presentarse infecciones que inician con una conjuntivitis y pueden evolucionar hasta la Endoftalmitis, pudiendo llegar hasta la Evisceración ya que la infección puede afectar de forma grave al Sistema Nervioso Central.

De acuerdo al origen de la lesión, el ojo se encuentra ante daños potenciales a corto y mediano plazo por lo que se deben establecer tratamientos específicos. A continuación se describen las características de las lesiones de acuerdo al origen.

**HIERRO.-** Se oxida dentro del ojo, combinándose con las proteínas intraoculares provoca la alteración de las enzimas retinianas, destruyendo así los fotorreceptores y el epitelio pigmentario. Encontrando a la exploración oftalmológica una catarata o glaucoma.

**COBRE.-** En su forma pura es muy tóxico, produce Endoftalmitis grave. Las aleaciones (latón) producen catarata, tinción del iris y de la córnea.

**VIDRIO.-** Además de provocar Endoftalmitis severa, lacera la conjuntiva, las partículas de vidrio avanzan hacia el fondo del ojo provocando dolor intenso e infección.

**CUERPOS VEGETALES.-** Presenta graves riesgos de infección por hongos y bacterias.

La prevención del trauma ocular se encamina a fomentar las medidas de seguridad en el hogar, acompañadas de la supervisión de los adultos si existen infantes que puedan lesionarse; evitar los deporte extremos y si se realizan, utilizar equipo protector. Se requiere también de seguridad pública efectiva, disminuyendo así el bandalismo; fomentar en la ciudadanía a que no deambule por lugares solos o de alto riesgo.

## **1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON TRAUMA OCULAR**

La rama de enfermería se considera de acciones integrales, sin embargo existen actividades específicas para cada padecimiento que benefician directamente al paciente, siendo para los pacientes de trauma ocular los siguientes:

### **1.4.1 ASEO OCULOPALPEBRAL**

Es un aseo que se realiza sobre el párpado directamente, se realiza por razón necesaria para retirar restos de sangre seca, polvo o secreción acumulada<sup>18</sup>.

#### **OBJETIVO**

Reblandecer y retirar secreciones acumuladas.

#### **MATERIAL Y EQUIPO**

Solución salina al 0.9% tibia

Gasa estéril

Hisopos

Jeringa de 10cc y aguja

---

<sup>18</sup> Kozier B. et. al. Fundamentos de Enfermería INTERAMERICANA McGRAW HILL 1989 p 531.

Micropore

Cubreboca

Guantes

### PROCEDIMIENTO

Orientar al paciente y familiares

Colocar al paciente en decúbito dorsal a 0°

Retirar el apósito oclusivo

Colocación de cubreboca y guantes

Cargar la jeringa con la solución salina, retirar la aguja

Iniciar la irrigación sobre el párpado y zona orbital

Retirar cuidadosamente las secreciones acumuladas, preguntando continuamente al paciente si tiene molestias.

Aplicar un nuevo apósito con gasa y micropore.

Colocar al paciente en la posición inicial (semifowler)

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La posición a 0° facilita la instilación, permite visualizar el globo ocular, así como la remoción de secreciones.

El globo ocular aunque se encuentra expuesto, se debe llevar técnicas de asepsia y antisepsia, ya que se encuentra rota la primera barrera de protección.

La irrigación retira por arrastre los residuos de secreciones, pestañas sueltas, polvo de manera gentil, poco dolorosa para el paciente, evitando la posible infección.

La solución salina isotónica carece de movimientos de partículas osmóticamente activas, por lo que es la de elección para el aseo ocular. La temperatura de esta solución es tibia para evitar alteraciones en los radiorreceptores.

Cuando existe lesión del párpado se afectan también los termorreceptores por lo que la temperatura de la solución debe ser verificada antes de la irrigación para evitar quemaduras o lesiones a la mucosa expuesta.

Regresar al paciente a su posición original evita el aumento en la presión intraocular evitando además que la hemorragia interna se profundice.

## **1.4.2 COLIRIOTERAPIA Y APLICACIÓN DE POMADA**

Se refiere a la aplicación de pomada o instilación de medicamentos antibióticos o corticoides en el ojo y/o párpado afectado, dependiendo de la lesión y grado de infección se pueden aplicar cada dos, cuatro, ocho y doce horas.

### **OBJETIVO**

Aliviar molestias locales: ojo seco, escozor, irritación, lesión por cuerpo extraño entre otras<sup>19</sup>

### **MATERIAL Y EQUIPO**

Colirio

Pomada

Gasa estéril

Cubreboca y guantes

### **PROCEDIMIENTO**

Se deben aplicar después del aseo ocular.

Con el ojo libre de secreciones, separar el párpado inferior e instilar en el fondo de saco.

Mantener unos segundos separados el párpado, evitando que la gota salga del ojo.

---

<sup>19</sup> Gauntlett P. et. al. Enfermería Médico Quirúrgica volumen II HARCOURT BRACE 1997 p 1355

Soltar el párpado y secar el sobrante que corre por la mejilla.

Si el paciente tiene dos o más colirios en el mismo horario, se debe esperar entre uno y dos minutos para la siguiente aplicación.

Dar tiempo al paciente que se recupere de cada gota.

La pomada se aplicará sobre la herida del párpado o dentro del saco conjuntival, sin que la punta del envase toque las paredes óticas.

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Aplicar colirios con el ojo libre de secreciones asegura el efecto del medicamento, ya que penetra directamente.

Algunos pacientes tienen un globo ocular prominente y este llega a expulsar la gota al cerrar el ojo, por lo que mantener separación palpebral evita que el medicamento salga.

La aplicación de solución o medicamentos en el ángulo interno de la comisura palpebral, favorece la distribución sobre la superficie ocular.

Esperar para aplicar gota por gota permite al fondo de saco absorber el medicamento, el cual tiene una capacidad de tres gotas, por lo que debemos tomar el tiempo en cada gota y para cada paciente.

La vía oftálmica tiene comunicación hacia laringe, por lo que el paciente puede sentir el sabor de los colirios, refiriendo que con algunas gotas le queda sabor de boca amargo, podemos considerar tener un vaso de jugo o té para que al finalizar se lo ofrezcamos.

Los colirios y pomadas son de uso personal siendo estos intransferibles, evitando la contaminación de paciente a paciente.



### **1.4.3 OCLUSIÓN OCULAR**

Se refiere a la aplicación de un parche terapéutico sobre párpado, minimizando los estímulos luminosos,

#### **OBJETIVO**

Evitar estímulos luminosos  
Proporcionar confort  
Mejorar el efecto de medicamentos tópicos  
Evitar infecciones en ambientes de riesgo

#### **MATERIAL Y EQUIPO**

Gasa estéril

Micropore

Cubreboca

Tijeras de botón

#### **PROCEDIMIENTO**

Posterior al aseo oulopalpebral e instilación de colirios, se aplica la oclusión ocular. Previamente se cortan tiras de micropore de 6 y 8 cms. de largo y 2.5 cms. de ancho.

Se colocan dos gasas de dimensiones 7.5 cm. X 4 sobre el párpado afectado, fijándolas con las tiras de micropore, cortando posteriormente el sobrante de tiras, buscando la estética y funcionalidad en el paciente.

Las tiras de micropore se inician en el ángulo interno del ojo.  
Dar orientación al paciente y familiares que el paciente debe caminar cerca de familiar, colocándose este al lado del ojo afectado, por lo que se ampliará el campo visual por medio del familiar.

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Realizar los procedimientos de manera ordenada, es favorable para el paciente, evitándole cambios de posición continuos e innecesarios, además se reducen tiempos muertos para la atención de enfermería.

Ocluir un ojo es agresivo para el sentido del equilibrio, por lo que debemos ocluir solo el área indicada, evitando abarcar la nariz o parte del ojo no afectado.

Garantizar la comodidad, seguridad y confianza en el paciente, corresponde en primer orden al personal de enfermería extendiéndose a los familiares que son parte indispensable para el paciente.

#### **1.4.4 INTERVENCIONES PREOPERATORIAS**

El periodo preoperatorio comprende desde que se toma la decisión de cirugía y hasta que el paciente pasa a sala quirúrgica, durante este lapso se llevan a cabo intervenciones generales y específicas para un paciente con trauma ocular.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Se lleva a cabo la recepción del paciente y expediente clínico, completo, debidamente autorizado por familiares con el consentimiento quirúrgico firmado.

Mantener una vía endovenosa permeable con solución hartman 1000cc para 24 hrs.

Llevar un monitoreo de las constantes vitales.

Retirar pertenencias personales como prótesis dental, prótesis auditiva, lente de contacto o de armazón, retirar alhajas.

Dar si es necesario baño de esponja o de genitales y matinal.

Colocar vendaje de miembros pélvicos, colocación de capelina y bata.

Dar orientación a familiares y paciente acerca del tiempo quirúrgico.

Proporcionar apoyo emocional

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Mantener el equilibrio electrolítico por medio de la restitución de líquidos por vía parenteral evita complicaciones de volumen en el transoperatorio, además es una vía rápida y segura para la Ministración de anestésicos.

Toda intervención quirúrgica requiere autorización para fines medico-legales.

El individuo, ser dinámico, al enfrentar situaciones de estrés puede tener alteraciones en las constantes vitales, el evento quirúrgico, hace vulnerable al paciente por lo que conocerlos a tiempo permitirá intervenciones oportunas.

Evitar que el paciente lleve prótesis a la sala quirúrgica, previene la broncoaspiración o situación de urgencia.

La higiene del paciente disminuye el riesgo de infección.

El vendaje, colocación de bata y capelina son rutinas de asepsia. Además el vendaje proporciona confort al paciente inmovilizado, ya que mejora la circulación vascular.

La orientación disminuye la ansiedad y hace al paciente cooperador ante el evento quirúrgico.

#### **1.4.5 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE OFTALMOLOGÍA EN EL PREOPERATORIO**

Además de las anteriores:

Valorar si existe traumatismo en otra parte del cuerpo.

Colocar apósito ocular y no movilizar hasta la sutura de la herida

Ministrar carga de manitol treinta minutos antes de la cirugía, si la presión Intraocular está elevada.

Ministración de Colirioterapia midriática o ciclopéjica.

Valorar la cantidad de sangrado por vía oftálmica.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los pacientes con trauma ocular, son candidatos a presentar otras lesiones, ya sean craneoencefálicas, torácicas o múltiples, por lo que se debe valorar minuciosamente al paciente.

Evitar la movilización de apósito ocular, evita la laceración del párpado, además disminuye los estímulos luminosos. La compresión ligera de la oclusión hace las veces de torniquete para disminuir el sangrado.

### **1.4.6 INTERVENCIONES POSOPERATORIAS**

Periodo que comprende al finalizar la cirugía y se prolonga hasta que el paciente es dado de alta a su domicilio.

#### OBJETIVO

Fomentar la pronta recuperación, cicatrización y mejoría del paciente.

#### CONSIDERACIONES GENERALES POSOPERATORIAS

Recepción del paciente que proviene de quirófano, junto con expediente clínico, hoja de anestesia y de enfermería transoperatoria.

Brindar confort y seguridad al paciente.

Monitoreo de constantes vitales.

Vigilar y mantener la vía endovenosa permeable.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El conocimiento de los procedimientos realizados en sala al paciente permite realizar intervenciones dirigidas y que favorezcan la recuperación del paciente.

Manipular de forma brusca a un paciente bajo anestesia, produce trastornos emocionales, respiratorios y gastrointestinales.

Los signos vitales arrojan datos importantes con respecto a la evolución anestésica y de volumen.

### **1.4.7 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN OFTALMOLOGÍA DURANTE EL POSOPERATORIO**

Además de las anteriores:

Mantener en posición semifowler absoluto al paciente.

Vigilar el apósito ocular durante las 24hrs siguientes detectando lo siguiente:

- Sangrado
- Secreción
- Lagrimeo
- Dolor intenso

Iniciar la Colirioterapia a las 24 hrs. previo aseo ocular y recolocación de apósito limpio.

Las intervenciones antes descritas se diseñan en el plan de atención estableciendo un plan educativo para el paciente y familiares, para los cuidados en casa, ya que manejar la lesión ocular puede provocar ansiedad o temor en los familiares.

## CAPÍTULO II

### PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON DEFICIT VISUAL IZQUIERDO

#### 2.1 Presentación del caso

#### 2.2 Valoración

#### 2.3 Diagnóstico

#### 2.4 Planeación

#### 2.5 Ejecución

#### 2.6 Evaluación

#### 2.7 Plan de alta

## 2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El Sr. Lino L. de 28 años de edad, casado, católico, desempeña la labor de soldador, integrando una familia nuclear compuesta por su esposa ama de casa y dos hijos varones en edad escolar; vive en zona rural que cuenta con los siguientes servicios públicos: Luz eléctrica, agua potable, gas tipo cilindro, transporte de camiones rurales. Su casa de construcción definitiva y material perdurable cuenta con dos cuartos para dormir, cocina, sala-comedor y patio para lavar, con drenaje adecuado para la eliminación de excretas.

El patrón de vida actual incluye de tres o cuatro horas de transporte de su casa al trabajo y el regreso, como antecedente refiere llegar casi a las once de la noche y su colonia es insegura, observando puntos de reunión de individuos consumiendo alcohol y drogas; es ayudante de soldador, actividad que le enseñó su padre de esta actividad mantiene a su familia, su escolaridad es nula, solo sabe leer y escribir.

Refiere alimentarse adecuadamente en calidad y cantidad, consume un litro de agua al día, sin embargo reconoce que en ocasiones sus alimentos no son balanceados, duerme de cuatro a seis horas, baño diario, con higiene bucal dos veces al día, en cuanto a la eliminación , refiere evacuar una vez al día y micción de seis a ocho veces al día.

En el aspecto del rol social refiere ser amigable con sus vecinos, mantiene buena comunicación con su pareja e hijos. Comenta que consume alcohol desde los dieciséis años con frecuencia de dos cervezas a la semana y tabaquismo desde los dieciocho años con frecuencia de siete cigarros al día.



Los motivos de hospitalización del paciente son : El día 07 de julio de 2007 casi a las doce de la noche regresando del trabajo, caminaba hacia su casa en donde lo abordan tres hombres para asaltarlo, al resistirse, lo golpean intencionalmente con una botella en la cara, lesionando específicamente el ojo izquierdo, cayendo de lleno al suelo, presenta sangrado profuso, dolor intenso, baja de la agudeza visual y secreción sero hemática, acude ayudado por vecinos a su Hospital General de Zona # 68 en donde por no contar con la especialidad de oftalmología es referido al Centro Médico Nacional “La Raza”.

Se observa en el paciente herida oculopalpebral izquierda, con secreción serohemática, que condiciona dolor intenso, pérdida de la agudeza visual y comportamiento de protección, demostrando angustia ante la incertidumbre de su padecimiento ya que este ocurre de forma súbita y violenta.

El paciente refiere verbalmente tener miedo ante las consecuencias de su lesión, mostrándose inseguro en el momento de la cirugía, considerando además el impacto que causará en su familia, ya que el es quien solventa los gastos de su hogar, y por el momento no sabe como enfrentará su esposa el problema económico.

## VALORACIÓN

### EXPLORACIÓN FÍSICA

#### SOMATOMETRÍA

Talla 1.68mt                      Peso 84 Kg.

#### CONSTANTES VITALES

Tensión arterial                      120/70

Frecuencia cardíaca                      90 X'

Frecuencia respiratoria                      20 X'

Temperatura                      36°C

Los signos vitales del paciente se encuentran estables y no implican un riesgo para su padecimiento se encuentra afebril y con un Glasgow de 15 puntos, sin embargo se observa angustiado, introvertido y con sobresaltos repentinos.

#### CABEZA

Normocéfala, sin endostosis ni exostosis, con líneas de implantación de cabello normales.

## OIDOS

Pabellón auricular bien implantado, conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras.

## NARIZ

Mesorrina pirámide central dorso recto, vestíbulos simétricos, secreción hialina.

## BOCA

Simétrica sin restricción a la abertura oral, arcadas dentarias en buen estado de higiene, mucosa oral normohémica, saliva hialina, paladar duro sin alteraciones, paladar blando sin abombamientos, lengua y piso de boca con características normales, úvula central.

## CUELLO

Simétrico, laringe y tráquea central con pulsos carotídeos presentes y sincrónicos al radial.

## TÓRAX

A la inspección se observa morfología normal, a la auscultación, con ritmo cardíaco normal, con inspiración y expiración amplia sin datos de dolor o traumatismo por el padecimiento actual ventilatorio sin estertores.

## MIEMBROS TORACICOS

Simétricos con buen tono muscular sin datos relevantes para el padecimiento.

## ABDOMEN

Blando depresible con peristalsis presente

## MIEMBROS PÉLVICOS

Simétricos y con buen tono muscular con marcha normal, no se observa claudicación, presenta micosis ungueal bilateral.

## METABÓLICOS

Glicemia central de 150 mg/dl, por lo que fue necesario indicar dieta para diabético y mantener en observación las cifras, ya que el paciente no refiere ser diabético. Los siguientes días presento 110 mg/dl.

## **HEMATOLÓGICO**

Hemoglobina de 15.5 mg/dl y hematocrito de 44.1%. Aunque el sangrado ha sido intenso, se observa que no ha impactado sobre el sistema hematológico y el paciente mantiene homeostasis adecuada.

## **EXAMEN DE LABORATORIO**

### BIOMETRÍA HEMÁTICA

HB 15.5 MG/dl

Hto. 44.1 %

### QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa 150 MG/dl

Creatinina 1,10 mg/dl

## **EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA**

AV. OJO DERECHO            20/20  
AV. OJO IZQUIERDO        diferida

### **AMBOS OJOS**

Se observan en ortoposición que no modifica al pantalleo monocular y alterno, sin limitaciones a las dicciones y versiones.

### **OJO DERECHO**

Bordes orbitarios íntegros sin endostosis ni exostosis pestañas y cejas con implantación y dirección normales, elasticidad y turgencia conservadas, apertura palpebral de 10mm. Sensibilidad corneal presente y normal, reflejos pupilares presentes y normales.

### **SEGMENTO ANTERIOR**

Conjuntiva de color normal córnea transparente, iris irregular, pupila central y refléctica y cristalino transparente. La vía lagrimal se encuentra sin reflujo y permeable.

El ojo derecho se encuentra bajo efectos de midriasis farmacológica, a la oftalmoscopia directa se observan medios claros y patrón vascular conservado, así como el área macular de arquitectura conservada con brillo foveolar y retina aplicada.

## **OJO IZQUIERDO**

Bordes orbitarios íntegros sin endostosis ni exostosis, pestañas y cejas con implantación y dirección normal, con secreción hemática, presenta herida y pérdida de algunas pestañas en párpado superior tercio externo; la herida es lineal de 8mm y 3mm de profundidad aproximadamente y actualmente afrontada con vendoteles, elasticidad y turgencia conservadas, apertura palpebral de 6mm a expensas de blefaroedema y blefaroquimosis. Sensibilidad corneal y reflejos pupilares presentes.

La conjuntiva se encuentra hiperemia, con secreción serohemática en región de carúncula, con herida escleral de espesor total con prolapso de vítreo y tejido uveal de 4mm de diámetro, se observan pestañas en esta área, lo que causa dolor al paciente, las cuales se retiran con pinza. La cornea se observa trasparente.

El fondo de ojo se observan medios turbios por hemorragia vítrea que impide la valoración de los detalles en polo posterior.

### **ECOGRAFÍA**

En ambos ojos comparativamente normal.

El ojo izquierdo con ecos de mediana y alta reflectividad con engrosamiento coroideo, hemorragia subretiniana y en cavidad vítrea.

## **2.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Dolor agudo relacionado con lesión ocular izquierda, manifestado por la comunicación verbal, rictus de dolor, incapacidad para conciliar el sueño y cefalea.

Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular y exposición de la lesión al medio ambiente hospitalario.

Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesión de las membranas y tejidos oculopalpebrales, manifestado por herida en el párpado superior izquierdo y salida de líquido serohemático.

Posible aislamiento social debido a la reducción de la visión y alteración de la imagen corporal.

Ansiedad relacionada con el desconocimiento del ambiente hospitalario, rutinas, tratamientos y pérdida de control, manifestada por nerviosismo, sudoración y temor.

Riesgo de lesión relacionado con la alteración en la percepción visual.

Déficit de autocuidado relacionado con la disminución de la visión, manifestado por dificultad para moverse, alimentarse, bañarse y vestirse solo.

Inadaptación relacionada con dificultad para aceptar la lesión traumática presente y las consecuencias que esta implica, manifestada por negación y llanto contenido.

Alteración de la dinámica familiar, relacionada con la hospitalización repentina, manifestada por la necesidad verbalizada de cumplir el rol de padre y proveedor.

Alteración de la integridad ungueal en los pies, relacionada con la pérdida de la primera barrera de protección, manifestada por uñas engrosadas, sin brillo y residuos ungueales.

## 2.4. PLANEACION

Las intervenciones de enfermería para el Sr. L.L, se planificarán para alcanzar los siguientes objetivos:

Al Sr. L.L le disminuirá el dolor ocular y cefalea durante las primeras horas de hospitalización.

El paciente logrará conciliar el sueño y mantenerse dormido durante la noche, mientras se encuentre hospitalizado

Durante la estancia hospitalaria el Sr. L.L no manifestará datos de infección ocular.

El Sr. L.L durante la estancia hospitalaria, mantendrá su párpado izquierdo libre de secreciones.

Después de la cirugía (blefaroplastia), el párpado del paciente se encontrará afrontado, con herida limpia y en proceso de cicatrización.

El paciente se incorporará paulatinamente a su grupo social sin importar su limitación visual

El paciente logrará comunicar sus sentimientos referentes a la hospitalización repentina.

Indicará al personal de enfermería las expectativas acerca de la atención hospitalaria.

El paciente aprenderá a realizar actividades sencillas y seguras que lo incorporen paulatinamente a la vida cotidiana adaptándose a la debilidad visual.



El paciente realizará actividades de autocuidado, tales como: Alimentarse, movilizarse fuera de cama, bañarse, vestirse con o sin ayuda.

El paciente verbalizará su sentir acerca de la pérdida de la visión.

Expresará al personal de la unidad y a familiares su sentir con respecto a la herida palpebral en ojo izquierdo, manifestando además el rumbo que tomará su situación en lo laboral y social.

El paciente y familiares aprenderán a instilar colirios en ojo izquierdo, así como realizar aseo palpebral.

El Sr. L.L conocerá las estrategias para disminuir la micosis ungueal de los pies.

## 2.5 EJECUCIÓN

Se presentan las intervenciones de enfermería encaminadas al cumplimiento de los objetivos antes descritos.

### ✓ DIAGNÓSTICO

Dolor agudo relacionado con lesión ocular izquierda, manifestado por la comunicación verbal, rictus de dolor, incapacidad para conciliar el sueño y cefalea.

### § OBJETIVOS

Al Sr. L.L le disminuirá el dolor ocular en las primeras horas de hospitalización.

El paciente logrará conciliar el sueño y mantenerse dormido durante la noche, mientras se encuentre hospitalizado.

### § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ü Ministración de analgésico al ingreso y con horario estricto.

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA
Metamizol	1.5gr	Endovenosa	Cada 8 horas
ketorolaco	30mg	Endovenosa	Cada 12 horas

Los analgésicos modifican la percepción del dolor causando depresión talámica y de la corteza cerebral. Su efecto es más eficaz cuando se ministran antes del dolor intenso.

ü Medidas de confort:

INTERVENCIÓN	PERIODO
Disminución de estímulos luminosos, naturales (cierre de cortina), artificiales (solo luz de buró)	24 horas
Colocación de apósito en ojo izquierdo	24 horas
Aplicación de hielo seco en región palpebral izquierda.	Cada cuatro horas por quince minutos

Disminuir los estímulos luminosos fomentará la relajación del Sr. L.L y el hielo desacelera la transmisión de impulsos de dolor al SNC, proporcionando analgesia inmediata y duradera en el ojo izquierdo.

## § EVALUACIÓN

El paciente refirió alivio del dolor en el periodo predeterminado logrando dormir seis horas continuas. Refiere además que el hielo le proporciona una sensación de adormecimiento, con lo que el paciente se mantiene sin dolor intenso.

## ✓ DIAGNÓSTICO

Riesgo de infección, relacionado con destrucción tisular y exposición de la lesión al medio ambiente hospitalario.

### § OBJETIVO

Durante la estancia hospitalaria el SR. L.L no manifestará datos de infección ocular.

El Sr. L.L durante la estancia hospitalaria mantendrá su párpado libre se secreciones.

### § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ü Toma de signos vitales:

CONSTANTE VITAL	CIFRAS	HORARIOS
Tensión arterial	120/70, 130/80, 120/80	Cada cuatro horas
Frecuencia cardiaca X´	92, 90, 94,	Cada cuatro horas
Frecuencia respiratoria X´	24, 22, 20	Cada cuatro horas
<b>Temperatura °C</b>	<b>36.5, 36.8, 36,5</b>	<b>Cada hora</b>

Detectar cualquier alteración en los signos vitales del paciente nos coloca un paso adelante para la intervención oportuna ante indicios de infección.
--

Ü Antibioterapia sistémica a doble esquema:

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA
Ceftazidima	1 gr.	Endovenosa	Cada ocho horas
Amikacina	500mg	Endovenosa	Cada doce horas

La lesión con un objeto punzo cortante y contaminado pone en riesgo al paciente a presentar una infección, por lo que las cefalosporinas impiden la síntesis del mucopéptido que forma la pared celular microbiana provocando la lisis celular. Y los aminoglucósidos bloquean la síntesis de proteínas en los microorganismos.

Ü Aseo oculopalpebral

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	MATERIAL Y EQUIPO
Aseo oculopalpebral	Solución salina al 0.9 %
Retiro de secreción oculopalpebral	Solución salina al 0.9 % y gasa estéril
Remoción de pestañas sueltas	Hisopo estéril impregnado de sol. Salina al 0.9 %

El retiro de secreciones y cuerpos extraños contribuye y favorece la evolución satisfactoria del tratamiento ocular, ya que la presencia de secreción y material en descomposición provoca que la infección se agrave potencialmente impactando sobre la salud del Sr. L.L. La frecuencia con que se realiza este procedimiento es por razón necesaria, en donde por lo menos se deberá realizar una vez por turno este aseo. Cabe mencionar que mientras el paciente no sea operado, está contraindicado cualquier colirio o ungüento en ojo izquierdo.

Ü Aplicación de toxoide tetánico:

VACUNA	DOSIS	FRECUENCIA
Toxoide tetánico	0.5ml intramuscular	1° aplicación 2° aplicación a las cuatro semanas Renovación al año Posteriormente a los 10

La inmunización activa contra el tétanos es un profiláctico para el paciente, debido a la lesión con objeto de dudosa procedencia y el tiempo quirúrgico que ofrece un riesgo por igual.

Ü Escala de Glasgow:

PARÁMETRO	RESPUESTA	CALIFICACIÓN
Respuesta ocular	Espontánea	4
Respuesta a estímulos	Obedece órdenes verbales	6
Respuesta verbal	Orientado	5
TOTAL		15 puntos

La valoración Glasgow se lleva a cabo en pacientes que sufrieron un traumatismo craneoencefálico o que están en coma, por lo que valorar al SR. Alemán en este sentido nos orienta de la gravedad de la lesión ocular, ya que ésta pudo haber afectado el SNC de forma grave.

## § EVALUACIÓN

En las intervenciones anteriores, el paciente presentó cifras estables en los signos vitales, el tratamiento antibiótico sistémico que recibe el paciente ha sido aceptado adecuadamente por su organismo, dando datos en la herida de recuperación y no de infección, la herida se mantiene limpia y libre de secreciones. La vacunación antitetánica sin reacciones.

## √ DIAGNOSTICO

Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesión de las membranas y tejidos oculopalpebrales, manifestado por herida en párpado superior izquierdo y salida de líquido serohemático.

## § OBJETIVOS

Después de la cirugía (blefaroplastia), el párpado del paciente se encontrará afrontado, con herida limpia y en proceso de cicatrización.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Û Cuidados preoperatorios.

CUIDADOS PREOPERATORIOS	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar tranquilidad y comodidad al paciente, animarlo a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, escucha atentamente, ser empática y comprensiva.</li><li>• Explicar al paciente las rutinas preoperatorias: Toma de signos vitales Retiro de joyas y dentadura postiza. Ministración de medicamentos.</li></ul>	<p>Proporcionar apoyo emocional y fomentar el compartir experiencias ayuda al paciente a aclarar y expresar sus miedos.</p> <p>Esta información alivia la ansiedad y miedo asociados a las necesarias actividades y rutinas preoperatorias</p>

## § EVALUACIÓN

El paciente disminuyó su ansiedad y miedo ante el evento quirúrgico, ingresando con signos vitales estables, además cuenta con el apoyo familiar, determinante para reforzar sus lazos familiares antes del evento quirúrgico.

### Ü Cuidados posoperatorios

CUIDADOS POSOPERATORIOS	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente rutinas postoperatorias y sensaciones esperadas incluyendo:  Ministración de líquidos endovenosos.  Monitoreo no invasivo de constantes vitales  Cuidados de apósito quirúrgico  Detección de sangrado  Vigilancia de posible parálisis facial  Náuseas, vómito o dolor.</li>   <li>• Orientar para el cambio de postura.</li> <li>• Involucrar a la familia durante toda la educación hospitalaria del paciente.</li> </ul>	<p>La explicación de rutinas y procedimientos permite al paciente aliviar la ansiedad y enfrentar de manera más relajada el impacto quirúrgico. La reposición de líquidos ante el ayuno prolongado y cirugía favorecen al paciente para sus procesos homeostáticos. La herida debe estar cubierta por lo menos las primeras 24hrs posteriores a la cirugía protegiéndola de infecciones cruzadas. Las náuseas y vómitos son efectos secundarios comunes de los medicamentos transoperatorios, cambios repentinos de postura, incluyendo además factores psicológicos y ambientales. El dolor se produce por la manipulación excesiva durante la cirugía y cuando el analgésico no hace su efecto eficazmente.</p> <p>Empatizar con el paciente ayuda a reducir la ansiedad asociada al evento quirúrgico, involucrar a la familia les permite fungir como entrenadores para el paciente y recordarle los cuidados que deberá tener.</p>



## § EVALUACIÓN

Posterior a la cirugía el paciente regresó a su cama, encontrando apósito quirúrgico; en la referencia del expediente clínico se encontró lo siguiente: Herida palpebral suturada con afrontamiento completo sin datos mayores de infección, fondo de ojo en condiciones favorables, sin embargo la función se reserva a la evolución.

## ✓ DIAGNÓSTICO

Posible aislamiento social debido a la reducción de la visión y alteración de la imagen corporal.

## § OBJETIVOS

El paciente se incorporará paulatinamente a su grupo social sin importar su limitación visual o apariencia física.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### Ü Acompañamiento tanatológico

INTERVENCIÓN	PERIODO
Escuchar atentamente al paciente, evitando interrumpir de forma innecesaria	Empatizar con el paciente nos permite ser sensibles ante los cambios de imagen, lográndolo mediante la comunicación continua con el paciente
Expresarle al paciente la comprensión y aceptación de la importancia de las creencias y prácticas religiosas o espirituales	La transmisión de una actitud neutra y de respeto a las creencias del paciente ayuda a reducir la intranquilidad del paciente por expresar sus creencias en forma libre
Ayudarle al paciente a escribir un relato de lo ocurrido, orientando acerca de estrategias de solución	Escribir una situación personal, permite al paciente escuchar los acontecimientos y ayudará a abrir su mente y reflexionar que lo ocurrido fue un accidente y que aprenderá a enfrentarlo con madurez
Acompañar al paciente con enfoque tanatológico y proporcionarle un espejo para que observe su actual imagen.	El temor a lo desconocido puede llevar al pánico al paciente, observar su herida le puede ayudar a darse cuenta que la lesión no es tan grave como el lo imagina o lo siente

El acompañamiento tanatológico incluye en muchas ocasiones pausas de silencio, las cuales permiten al paciente analizar la información sin sentirse solo.

## § EVALUACIÓN

El paciente aumentó su tolerancia a las situaciones estresantes, disminuyendo su temor y verbalizado de forma tranquila su experiencia violenta.

El paciente logra exteriorizar sus sentimientos acerca de la pérdida visual y cambio de imagen.

## √ DIAGNOSTICO

Ansiedad relacionada con el desconocimiento del ambiente hospitalario, rutinas, tratamientos y pérdida de control, manifestada por nerviosismo, sudoración y temor.

## § OBJETIVOS

El paciente logrará comunicar sus sentimientos referentes a la hospitalización repentina.

Indicará al personal de enfermería las expectativas acerca de la atención hospitalaria.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### Ü Rutina de bienvenida y orientación de rutinas hospitalarias.

<p>Presentación personal y del grupo de atención hospitalaria, además orientar acerca de su habitación, especialidad, médico tratante.</p>	<p>Un proceso de administración adecuado y profesional, con una presentación cálida puede relajar al paciente, estableciendo un tono positivo para su estancia hospitalaria y recuperación.</p>
<p>Explicar las normas y rutinas hospitalarias como : Horario de visita, alimentación, uso de pase de visita, constantes vitales, medicamentos. Explicar cualquier procedimiento a realizar con el paciente sea o no invasivo, esperando recibir el consentimiento en forma verbal.</p>	<p>Darle información correcta ayuda a disminuir la ansiedad del paciente asociada a lo desconocido y extraño.</p> <p>El médico es legalmente responsable de proporcionar al paciente o familiar toda la información relevante antes de realizar un procedimiento. La enfermera es responsable de evaluar la comprensión del paciente de la explicación del médico y de avisar a este de la necesidad de más explicaciones.</p>
<p>Proporcionar carta de derechos del paciente: Cuidado respetuoso, consentimiento informado, derecho a rehusar al tratamiento, confidencialidad de los cuidados y registros.</p>	<p>El conocimiento de sus derechos y recursos como persona hospitalizada puede proporcionarle tranquilidad y ayudarlo a reducir su nivel de ansiedad.</p>

## § EVALUACIÓN

El paciente logró una comunicación adecuada con el personal de salud, creando un ambiente de confianza, refiriendo que al ingreso tenía miedo por los comentarios de la atención que proporciona la institución, sin embargo comenta que siente seguridad con el médico tratante y personal de enfermería. El Sr. L.L espera su recuperación rápida ya que se le están haciendo muchos procedimientos y se siente muy agradecido con la institución de salud.

## √ DIAGNOSTICO

Riesgo de lesión relacionado con alteración en la percepción visual.

## § OBJETIVOS

El paciente aprenderá a realizar actividades sencillas y seguras que lo incorporen paulatinamente a la vida cotidiana adaptándose a la debilidad visual.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ORIENTACIÓN EN LA UNIDAD</b> Proporcionar información al paciente del lugar en el que se encuentran los objetos incidiendo en los que puedan lesionar al paciente	Los sentidos del tacto, olfato, oído y gusto se agudizan al disminuir la visión, por lo que orientar al paciente le dará una sensación de independencia y logrará realizar actividades apoyándose de otras herramientas.
<b>MOVILIZACIÓN FUERA DE CAMA</b> Orientar al paciente de cómo deberá levantarse de la cama, para evitar dolor ocular o mareo.	En ocasiones los pacientes al incorporarse de forma repentina, suelen presentar dolor o mareo, por lo que el paciente si se levanta en tres tiempos, evitará estas molestias e incluso una caída.
<b>USO DE PASAMANOS</b> Enseñar al paciente el uso de pasamanos para trasladarse a diferentes lugares sin riesgo de tropezar o caer	Los recursos hospitalarios para el paciente débil visual, incluye el pasamanos en todo el pasillo, siendo este de gran utilidad, ya que los pacientes se adaptan a éste volviéndose hábiles para trasladarse.

## § EVALUACIÓN

El paciente logró aprender las diferentes formas para levantarse de la cama solo y con ayuda, además reconoció a algunos familiares solo con escuchar la voz. Aprendió también a contar por pasos y apoyándose del pasamanos la distancia entre el baño y su cama. El paciente tiene muy buena disposición para el aprendizaje, logrando cada día más independencia.

## √ DIAGNÓSTICO

Déficit de autocuidado relacionado con la disminución de la visión, manifestado por dificultad para moverse, alimentarse, bañarse y vestirse solo.

## § OBJETIVOS

El paciente realizará actividades de autocuidado tales como: Alimentarse, moverse fuera de cama, bañarse, vestirse con o sin ayuda.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### Ü Alimentación

Alimentación: Promover que el paciente se implique la selección de alimentos, asegurar la higiene bucal antes y después de alimentarse. Colocar en posición cómoda para la toma de alimentos. Vigilar que exista un contacto social agradable mientras come, ayudar al paciente para localizar los alimentos y utensilios.	Fomentar las capacidades de autocuidado en el paciente, aumentar la sensación de control e independencia, promoviendo el bienestar general. Cuando existe aliento desagradable, los alimentos no se degustan de la misma forma, por lo que mantener la boca limpia conviene para que el paciente coma agradablemente. Mantener una posición cómoda que no afecte el padecimiento favorece los procesos de digestión en el paciente, por lo que debemos cuidar la posición del paciente antes de alimentarlo.
--	--

## Ü Bañarse

<p>Motivar al paciente para el baño de regadera con las siguientes medidas de protección y seguridad:</p> <p>Asegurar su intimidad, proporcionar objetos de higiene personal propios o de la institución. Colocar silla de plástico en la regadera, evitando que el agua de la regadera caiga directamente sobre la cara del paciente.</p>	<p>La limpieza del paciente lo hará sentir más seguro y además la herida se mantendrá en buenas condiciones de higiene. La silla en la regadera permite al paciente débil visual estar seguro en una zona resbalosa.</p>
--	--

## Ü Vestido y arreglo personal

<p>Procurar los objetos necesarios para que el paciente se sienta bien como: Desodorante, cepillo, crema, loción, si es necesario rasurar al paciente asistiéndolo para evitar accidentes con el rastrillo, revisión y cuidado de uñas de manos y pies.</p> <p>Enseñar al paciente a que, se debe vestir sin agachar la cabeza completamente, evitar hacer esfuerzos y usar ropa cómoda sin jaretas, cierres o botonaduras complejas de manejar</p>	<p>Las heridas en el ojo pueden comenzar a sangrar internamente aún suturadas, esto es condicionado por esfuerzos (cargar, correr, sacudir la cabeza, golpes entre otros), de tal manera que la evolución satisfactoria de la herida depende del cumplimiento del reposo y cuidado de la herida.</p>
---	--

## § EVALUACIÓN

El Sr. L.L en poco tiempo ha logrado muchos avances tales como alimentarse solo, determinando los tamaños en los espacios de la charola e identificando los olores y texturas, cabe mencionar que el paciente si ve con el ojo derecho, sin embargo refiere que si abre su ojo inicia el dolor en ojo izquierdo por lo que la mayoría del tiempo mantiene sus ojos cerrados.

Ha logrado también bañarse y vestirse sin asistencia de familiar o del personal de enfermería. La cooperación del paciente ha sido fundamental para el logro de los objetivos, ya que estas actividades colocan a los pacientes en una situación de dependencia de la que crean apego a familiares o personal de enfermería.

## √ DIAGNÓSTICO

Inadaptación relacionada con dificultad para aceptar la lesión traumática presente y las consecuencias que esta implica, manifestada por negación y llanto contenido.

## § OBJETIVO

El paciente verbalizará su sentir acerca de la pérdida de la visión.



## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### ü Atención holística

Platicar con el paciente el como ve su estado y sus efectos sobre el estilo de vida y concepto de sí mismo. Intentar además que el paciente supere la etapa de negación, buscando el lado positivo del rol actual.	Cada individuo manifiesta de distintas formas las situaciones a las que se enfrenta, por lo que la enfermera debe estar atenta a los cambios de conducta de cada paciente. Considerando que la debilidad visual lo llevará a la ceguera, viéndose amenazado el autoconcepto.
Ayudar al paciente a identificar y emplear sus mecanismos de adaptación usados para otras situaciones y que fueron benéficas, fortaleciendo además los sistemas de apoyo.	Retomar los mecanismos de adaptación anteriores y los sistemas de apoyo, brindarán a la enfermera un panorama más amplio de las conductas y respuestas del paciente ante situaciones complicadas.

## § EVALUACIÓN

El paciente expresa con dificultad los sentimientos acerca de su debilidad visual, sin embargo muestra interés para su pronta recuperación, aceptando su estado actual como un accidente.

## ✓ **DIAGNÓSTICO**

Alteración de la dinámica familiar, relacionada con la hospitalización repentina, manifestada por la necesidad verbalizada de cumplir el rol de padre y proveedor.

### § **OBJETIVO**

Expresará al personal de enfermería y a familiares su sentir con respecto a la herida palpebral en ojo izquierdo, manifestando además el rumbo que tomará su situación familiar, social y laboral.

### § **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Promover los potenciales de la familia: Involucrar a los familiares en el cuidado del paciente, dar reconocimiento, fomentar el sentido del humor ante la situación	Estas intervenciones pueden ayudar a mantener la existente estructura familiar, permitiéndola funcionar como unidad de apoyo.
Acercarse a la familia e intentar crear un ambiente íntimo y de apoyo	Acercarse a la familia transmite una sensación de cariño y preocupación

<p>Inscribir al paciente y familiar al programa “Paciente débil visual”, impartido por el personal de trabajo social, en el cual se proporciona apoyo social, incorporación laboral y apoyo de empresas para pacientes con déficit visual.</p>	<p>Las redes de apoyo fomentan la autoestima, mitigan la ansiedad y permiten la integración familiar después de la hospitalización. Esta red permite además que el paciente se relacione con otros pacientes que se encuentran en la misma situación o más grave.</p>
<p>Se permite la entrada a los hijos del Sr. L.L 24 hrs. posteriores a la cirugía</p>	<p>El lazo familiar, cuando se hace presente en el hospital anima al paciente, y favorece su recuperación, además alivia la preocupación de cómo se encuentran estando el paciente hospitalizado.</p>

## § EVALUACIÓN

La familia del paciente brinda el apoyo necesario al paciente, sin embargo el paciente es de oficio soldador y siendo una actividad que implica un esfuerzo físico importante; por lo que fue difícil atender su necesidad ya que se siente inútil para su familia y no sabe exactamente a que se va a dedicar posteriormente. La atención de trabajo social en este caso fue de inmediato, solicitando apoyo en empresas para lograr colocarlo en alguna actividad que pueda realizar y no afectar más su visión. La llegada de los hijos del paciente a su cama, fue inesperada, se alegró demasiado y les prometió que pronto estaría con ellos en casa.

## ✓ DIAGNÓSTICO

Alteración de la integridad ungueal de los pies en relación con la pérdida de la primera barrera de protección, manifestada por uñas engrosadas, sin brillo y residuos ungueales.

## § OBJETIVO

El paciente conocerá las estrategias para disminuir la micosis ungueal de los pies.

## § INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ü Aplicación de antimicótico local

INTERVENCIÓN	PERIODO
Aplicar miconazol al 2% pomada en ambos pies previamente aseados, incidiendo en las uñas lesionadas	Se aplicará cada doce horas, durante dos semanas o un mes dependiendo de la evolución.

El miconazol tiene actividad fungicida o fungistático, dependiendo de la concentración. Considerado de amplio espectro es efectivo en micosis superficiales.

El paciente con una micosis superficial representa un factor de riesgo para la herida palpebral abierta o expuesta, por lo que se debe prevenir la contaminación palpebral.

## § EVALUACIÓN

Las uñas del paciente se mantuvieron sin cambio, sin embargo se previene la herida palpebral al no dar datos de infección.

Posiblemente se requiera de medicamento sistémico

## 2.6 EVALUACIÓN

En el apartado anterior se presentó una evaluación por objetivos, para facilitar y dar un orden lógico al Plan de Atención establecido para el SR.L.L.

### RESPUESTAS DEL PACIENTE

Al inicio de las intervenciones, el paciente demostró mejoría de los síntomas dolorosos que había manifestado.

La herida del paciente se mantuvo dentro del parámetro aceptable, es decir que no se manifestaron datos de infección.

#### Además el paciente:

Demostó interés y facilidad en el aprendizaje durante el proceso de recuperación con respecto a la adquisición de habilidades para la satisfacción de necesidades básicas como alimentarse, vestirse, bañarse, entre otras.

Durmió adecuadamente durante la estancia hospitalaria, manifestando disminución de la ansiedad en forma progresiva.

Externa su sentimiento de angustia, liberando llanto contenido, obteniendo descanso y descarga emocional.

La familia del paciente apoya y fortalece el lazo de unión, acompañando en todo momento al paciente.

La llegada de sus hijos al hospital fue determinante para el alivio de ansiedad, ya que el manifestaba la preocupación de su familia.

Adquiere habilidades para el manejo en casa de la herida palpebral  
Los pies del paciente continúan con lesiones icónicas superficiales, por lo que se sugiere al personal médico acerca de establecer tratamiento antimicótico sistémico.

## **2.7 PLAN DE ALTA ESTABLECIDO PARA EL Sr. L.L**

### **REPOSO**

Evitar agacharse

- Ü No correr
- Ü En casa puede permanecer sentado en o recostado
- Ü Deambulaci3n m3nima, solo para realizar actividades de higiene personal y necesidades de eliminaci3n (orinar y obrar).
- Ü Evitar hacer movimientos bruscos.
- Ü Mantener posicionada la cabeza de acuerdo a las indicaciones m3dicas.
- Ü Alejarse de fuentes de calor, como gas, carb3n, polvorines o calentadores.
- Ü No hacer uso de sustancias t3xicas cerca del paciente como, acetona, aguarr3s, gasolina, pulidores entre otros.

### **ALIMENTACI3N**

- Ü Elegir alimentos de f3cil masticaci3n y digesti3n, para evitar estreñirse o cansarse con la masticaci3n.
- Ü Evitar ingerir bebidas alcoh3licas.

- Û Evitar los irritantes como picantes, refresco, tabaco, drogas alimentos muy condimentados.
- Û Consumir frutas y verduras, acompañadas de carne magra o queso fresco, consumir abundantes líquidos.

### BAÑO

- Û Debe ser diario, evitando que el chorro de agua caiga directamente sobre la cara.
- Û Realizar un baño corto, evitando los movimientos bruscos como agacharse o sonarse la nariz.

### MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS

- Û Lavarse las manos antes y después de aplicarlos.
- Û Se ha indicado al Sr. L.L que no use oclusión ocular, por lo que deberá usar gafas oscuras si es que la luz le lastima. las gafas deberán lavarse diariamente antes de usarlas y no compartirlas con otro familiar.
- Û La gota del medicamento se aplica en el ángulo interno del ojo o en el Saco conjuntival, bajando ligeramente el párpado, instilando una gota sin que el frasco toque las pestañas, ya que se puede contaminar.

- Û Cuando se aplican más de dos medicamentos en el ojo, debemos esperar de dos a tres minutos para que se logre el efecto deseado.
- Û Mantener los frascos bien tapados, limpios y fuera del alcance de los menores, así como alejados de alimentos o desechos.

### APOYO EMOCIONAL

- Û Acudir a higiene mental.
- Û Promover estrategias de seguridad pública entre vecinos, para evitar la incidencia de ataques.
- Û Se sugiere terapia ocupacional mientras el Sr. L.L. se reincorpora a las actividades laborales normales.

### ORIENTACIÓN A FAMILIAR Y PACIENTE

- Û Se orienta al familiar y paciente acerca de la detección oportuna de datos que puedan indicar una infección ocular con respecto a los siguientes parámetros:

**Secreción ocular que pasa de ligera a moderada o intensa**  
**Lagrimo frecuente de coloración amarillo oscuro o rojo**  
**Fiebre**  
**Dolor intenso**  
**Sangrado**

Ante la presencia de cualquiera de estos datos o la exacerbación de los mismos, se deberá acudir a urgencias de inmediato.



**HORARIOS QUE SE SUGIEREN PARA LA APLICACIÓN DE  
MEDICAMENTOS EN CASA**

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	HORARIO SUGERIDO
Diclofenaco 100mg tableta.	Una tableta vía oral cada doce horas	9 – 21
Ciprofloxacino 250mg. tabletas	Dos tabletas vía oral cada doce horas	9 -21
Paracetamol 500mg tableta	Una tableta vía oral cada ocho horas	6-14-22
Cloramfenicol ungüento	Cada doce horas en herida palpebral	6 – 22
Ciprofloxacino colirio	Una gota en ojo izquierdo cada cuatro horas.	6-10-14-18-22
Prednisolona colirio	Una gota en ojo izquierdo cada cuatro horas	6-10-14-18-22

No olvidar acudir a su cita médica oftalmológica

## CONCLUSIONES

La experiencia personal de establecer un Proceso Atención de Enfermería resultó enriquecedora para mi práctica hospitalaria, ya que es alta la incidencia de pacientes con trauma ocular, en donde, en ocasiones se subestima la lesión o no se proporciona la atención adecuada.

Cabe mencionar que en general los pacientes de oftalmología se muestran cooperadores al manejo y tratamiento, sin embargo, en el caso del Sr. L.L se logró la empatía necesaria para aplicar el PAE, siendo los familiares de gran apoyo para la atención del paciente.

La detección oportuna de signos y síntomas en el paciente mediante la valoración, permitieron establecer un diseño adecuado y personalizado de atención, con la finalidad de limitar el daño, prevenir complicaciones y reestablecer la función en la medida de lo posible.

El cumplimiento de objetivos diseñados en la planeación considero que fue del 80%, ya que aunque la herida al egresar el paciente no presentaba datos de infección, el ambiente en el que habita puede condicionarla.

Además el riesgo de incidencia de lesión por asalto se encuentra latente, ya que habita en zona de alto riesgo. La lesión ungueal en los pies del paciente es también un foco de infección, debido a que la baja visual puede dificultar el cuidado y mantenimiento adecuado de los pies y por contacto contaminar la herida palpebral.

La recuperación del paciente fue adecuada, y la herida palpebral presenta cicatrización adecuada, y afortunadamente no se perdió el órgano; al egresar al paciente se le hizo valoración visual, refiriendo ver sombras a distancia corta y la sensación de rayo luminoso, lo cual indica que en el paciente no se afectó gravemente en la función, sin embargo el riesgo de presentar Endoftalmitis, catarata traumática o desprendimiento de retina se encuentra latente, para lo cual se establece un plan de alta que deberá seguir correctamente para disminuir las complicaciones de la lesión.

## **SUGERENCIAS**

Los Procesos de Atención de Enfermería que se aplican ya sea individualmente o en una comunidad deberían extender su aplicación, es decir, que si el paciente en cuestión es egresado del tercer nivel de atención, lleve por escrito una referencia-contrarreferencia de enfermería, de tal manera que el plan de alta establecido sea supervisado por la Enfermera Comunitaria, llevando controles adecuados para revalorar al paciente y hacer las modificaciones pertinentes.

Considero que de esta forma el PAE impactaría en la sociedad, ya que la atención de enfermería se sigue subestimando sobre todo en la comunidad, quedando el PAE solo como evidencia bibliográfica con fines académicos y no operativos.

Todo lo que implica el plan de alta, en ocasiones al paciente y familiares les causa una incertidumbre importante, de lo cual, el personal de enfermería no tiene ya conocimiento, ya que el paciente en su casa desconoce el manejo de medicamentos o cuidados que debe llevar a cabo para completar su recuperación, por lo que el paciente llega a urgencias ya con complicaciones.

Sustentar el ejercicio libre de enfermería permitiría extender nuestra atención a la comunidad sin la necesidad del aval médico, para que de esta manera, el personal de enfermería se instale de forma independiente para brindar atención especializada y de calidad, incluyendo la educación para la salud, proporcionar cuidados a pacientes recién egresados del hospital y orientar acerca de los planes de alta, la sociedad requiere de Lic. en Enfermería que adopten esta responsabilidad.

## **GLOSARIO OFTALMOLÓGICO**

- Blefarooedema.-** Enfermedad inflamatoria de los folículos de las pestañas y glándulas de los párpados, caracterizada por hinchazón, enrojecimiento y formación de costras de moco desecado.
- Blefaroequimosis.-** Cambio de la coloración en el párpado debida a la extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo, provocado por un traumatismo o fragilidad capilar.
- Carúncula.-** Pequeña proyección carnosa como las lagrimales situadas en el canto interno del ojo.
- Carúncula lagrimal.-** Protuberancia pequeña, rojiza y carnosa que ocupa el espacio triangular que forman los bordes internos de los párpados superior e inferior.
- Dacriorrea.-** Lagrimeo que puede acompañarse de supuración. En la fase aguda, el saco conjuntival está inflamado y es doloroso.
- Desprendimiento de retina.-** separación de la retina y de las coroides en el polo posterior del ojo. Generalmente es secundaria a un orificio retiniano que permite la entrada del humor vítreo que la separa de las coroides.
- Ecografía.-** Sistema de representación de las estructuras internas del organismo mediante la reflexión de ondas de sonido a alta frecuencia.

Exoftalmos.- Protrusión de los globos oculares debido generalmente a aumento del volumen del contenido orbitario, producido por un tumor, hinchazón asociada con edema, hemorragia, parálisis o traumatismo de los músculos extraoculares o trombosis del seno cavernoso.

Fondo de ojo.- Porción posterior del ojo visible a través de un oftalmoscopio.

Glasgow, escala de.- Escala de evaluación del coma, estandarizado para valorar el grado de afectación de la conciencia de pacientes en situación crítica y para determinar la situación y evolución del coma, ya sea inducido o por traumatismo craneoencefálico.

Glaucoma.- Trastorno ocular en el que la presión intraocular aumenta debido a la obstrucción del flujo de salida del humor acuoso.

Hiperemia.- Aumento de la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo.

Hiposfagma.- Hemorragia subconjuntival.

Homeostasis.- Mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante debido a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida. Las funciones reguladas por este mecanismo son: Frecuencia cardiaca, hematopoyesis, tensión arterial, temperatura corporal, equilibrio electrolítico, respiración y secreción glandular.

Laceración.- Herida producida por un desgarro.

Lámpara de hendidura.- Combinación de luz y microscopio para explorar el ojo.

Lensómetro.- Instrumento que mide el poder de las lentes ópticas.

Luxación.- Dislocación o desplazamiento permanente de los extremos óseos de una articulación. En oftalmología se denomina luxación a ciertos cambios de lugar de determinadas partes del ojo, como el cristalino.

Midriasis.- Dilatación pupilar por contracción del músculo dilatador del iris. Al disminuir la luz o bajo la acción de ciertos fármacos, el músculo dilatador tracciona al iris hacia fuera, agrandando la pupila.

Oftalmoscopia.- Técnica en la que el ojo y fondo de ojo es explorado, mediante un oftalmoscopio.

Quemosis.- Edema de la conjuntiva.

Subluxación.- Luxación parcial.

# ANEXOS

## I HISTORIA

- Síntesis histórica del Hospital General Centro Medico “La Raza”.

## II IMÁGENES Y CUADROS

- Cuadro de necesidades de Maslow
- Imagen anatomía del ojo
- Imagen de la vía lagrimal
- Imagen de la sutura palpebral
- Imagen de herida palpebral

## **I SÍNTESIS HISTÓRICA DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO “LA RAZA”**

El anhelo de justicia social del pueblo mexicano quedó plasmado en el Artículo 123 fracciones XIV y XXIV de nuestra Constitución Política Mexicana, promulgada el 5 de febrero de 1917. Pero fue hasta el 2 de junio de 1941 en que después de varios intentos, por acuerdo del Gral. Ávila Camacho, se creó una comisión técnica que elaboró un proyecto de ley sobre seguros sociales.

El 19 de enero de 1943 quedó establecida la obligatoriedad y observancia de la Ley del Seguro Social en el decreto que apareció en el Diario Oficial de la Federación, para que el Instituto Mexicano del Seguro Social iniciara sus operaciones a partir del 1 de enero de 1944, pero ya desde 1943 se había planeado esta apertura, contando con 207 empleados y un centro único de operaciones ubicado en 26 de septiembre. La atención médica se proporcionaba en cubículos improvisados instalando posteriormente consultorios y una farmacia.

Para cumplir con lo estipulado por la Ley del Seguro Social, en cuanto a la atención médica, se planteó la necesidad de construir cuatro hospitales de zona, distribuidos en los cuadrantes de la Ciudad de México.

El primer hospital de zona se construiría en el predio localizado en la esquina de la calzada Vallejo esquina con Jacarandas frente al monumento a La Raza. La convocatoria fue discutida el 12 de julio de 1944 en donde quedó asentado el hospital sería el primero de una serie de establecimientos hospitalarios planeados por el IMSS.



EN 1952, los hospitales de zona se definían como el tipo de unidad médica completa e importante en la red hospitalaria del Seguro Social. Están comprendidos dentro del grupo de establecimientos cuyo tipo se reconoce con el nombre genérico de Hospitales Generales. Su valor se deriva en que en ellos se practica la medicina de manera amplia y completa, permitiendo el desenvolvimiento progresivo de esta ciencia. Reflejan con mayor claridad la cultura médica y las realizaciones sociales de la población que sirven o de la institución a que pertenecen. Su obligación primaria es proporcionar los servicios necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; cualquiera que sea el tipo de padecimiento que sufra el derechohabiente.

El 12 de octubre de 1952 se inauguró el Hospital La Raza, con carácter simbólico, presidido el evento por el presidente de la nación Lic. Miguel Alemán y directivos de la institución, pero el hospital inició la actividad el 10 de febrero de 1954.

Durante la inauguración del hospital, no se debe omitir que el mismo día fue presentado el mural de Diego Rivera titulado “El pueblo en demanda de salud”. Otra obra de arte la constituye el mural de David Alfaro Siqueiros, pintada en el vestíbulo del auditorio principal del hospital titulado “por una seguridad social completa para todos los mexicanos” inaugurada el 18 de marzo de 1955.

El hospital La Raza es el primero en iniciar actividades docentes institucionales para médicos internos y residentes, adoptando un modelo de enseñanza tutorial en que el alumno vivía en forma permanente en el hospital.

Poco a poco se fueron conformando especialidades diferentes, las cuales aparecieron derivadas de las necesidades de los derechohabientes. En enero de 1955 entró en funciones el servicio de pediatría, en febrero del mismo año aparecieron cirugía pediátrica y la especialidad de bucodentomaxilar. En marzo de 1955 inician actividades otorrinolaringología y hematología; en agosto del mismo año inició el banco de sangre. Al finalizar este año se contaba también con los servicios de cirugía general, anestesiología, urgencias, neurología, neurocirugía y gastroenterología, cerrando en diciembre con los servicios de medicina nuclear y angiología.

En 1956 se añadieron las especialidades de urología, oftalmología, medicina física, cardiología y cirugía vascular, alergología, anatomía patológica, endocrinología y endoscopia. Para 1957 se adhieren los servicios de psiquiatría y hemodinamia.

En marzo de 1964, durante las jornadas Médicas Conmemorativas del X Aniversario del Hospital La Raza, se informó a través de su director que el hospital se transformaba en Centro Médico La Raza, inaugurando el Hospital de Gineco-obstetricia N° 3. Posteriormente se fueron construyendo otros hospitales, de tal manera que en 1971 nace de forma autónoma el hospital de Infectología y en 1976 se inaugura la Consulta Externa, en abril de 1979 el Hospital de Especialidades queda consolidado.

Con la inauguración del Hospital de Especialidades emigra un numeroso grupo de médicos especialistas y trabajadores de distintas ramas ubicados en el Hospital La Raza para presentarse a laborar en dicha unidad, quedándose el hospital con los servicios de medicina interna y cirugía general más restringidos, ya que solo se proporcionaría atención de segundo nivel a derechohabientes que dependían de la zona de Tacaba. El servicio de urgencias adultos también emigró en forma transitoria para regresar al año siguiente.

Las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y bucodentomaxilar proporcionarían a partir de ése momento, atención de segundo y tercer nivel para los derechohabientes de la zona Tacaba y la región norte del Valle de México.

Para 1980 en el hospital La Raza se habían adicionado subespecialidades de cirugía pediátrica como: Tumores congénitos, urología, cirugía de tórax, labio y paladar hendido. Se unificaron además los servicios de neurología y neurocirugía pediátrica. En 1982 iniciaron actividades en higiene mental, instalando además los servicios de endoscopia pediátrica e inhaloterapia. En 1983 se funda el servicio de hemodinamia y fisiología pulmonar.

Debido a los sismos de 1985, con sus terribles daños, el hospital da cabida a un gran número de médicos especialistas provenientes del Centro Médico Nacional, instalando a los médicos en sus áreas, creando especialidades nuevas como toxicología, oncología pediátrica y neurofisiología.

En 1986 se inauguró la unidad de cuidados intensivos respiratorios, iniciándose además la era del transplante en la unidad.

Surgieron en 1989 dos departamentos, fomento a la salud y gerontología y para 1992 se cuenta con el departamento de asistencia circulatoria, incluyendo el de medicina extracorpórea a los departamentos con tecnología avanzada con aparatos de oxigenación de membrana, perfusión centrífuga, hemofiltración, aféresis y preservación miocárdica.

En 1991 el servicio de cirugía general incursiona con la cirugía laparoscópica y el departamento de oftalmología lleva a cabo un programa de endofotocoagulación, el cual da como resultado que los efectos de la retinopatía diabética disminuyan.

En aspectos académicos, el hospital consigue ser sede nacional para la certificación de diferentes especialidades como audiología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, hematología pediátrica, oftalmología, neurología pediátrica, pediatría médica.

Actualmente el hospital se encuentra en una transformación que compete a la institución y a los trabajadores de esta unidad ya que con la actual certificación el hospital toma carácter de: Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital General Centro Médico “La Raza”. En donde la labor de cada uno de los trabajadores ha sido evaluada de forma estricta para que todo paciente que ingrese a este nosocomio tenga la confianza de estar en manos especializadas y que además se cuenta con los materiales necesarios para atender su padecimiento.

Con la trayectoria citada, puede concluirse que el hospital desde su inicio se ha mantenido dinámico en todas sus áreas, colocándose como un hospital de alta especialidad, resultado del trabajo de empleados, estudiantes, maestros y pacientes; obteniendo a un protagonista de la seguridad social y la medicina en México:

**EL HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO  
NACIONAL  
“LA RAZA”  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
(1944-2007)**

## II IMÁGENES Y CUADROS

- Cuadro de necesidades de Maslow
- Anatomía de ojo
- Sutura palpebral, abordaje quirúrgico
- Herida palpebral

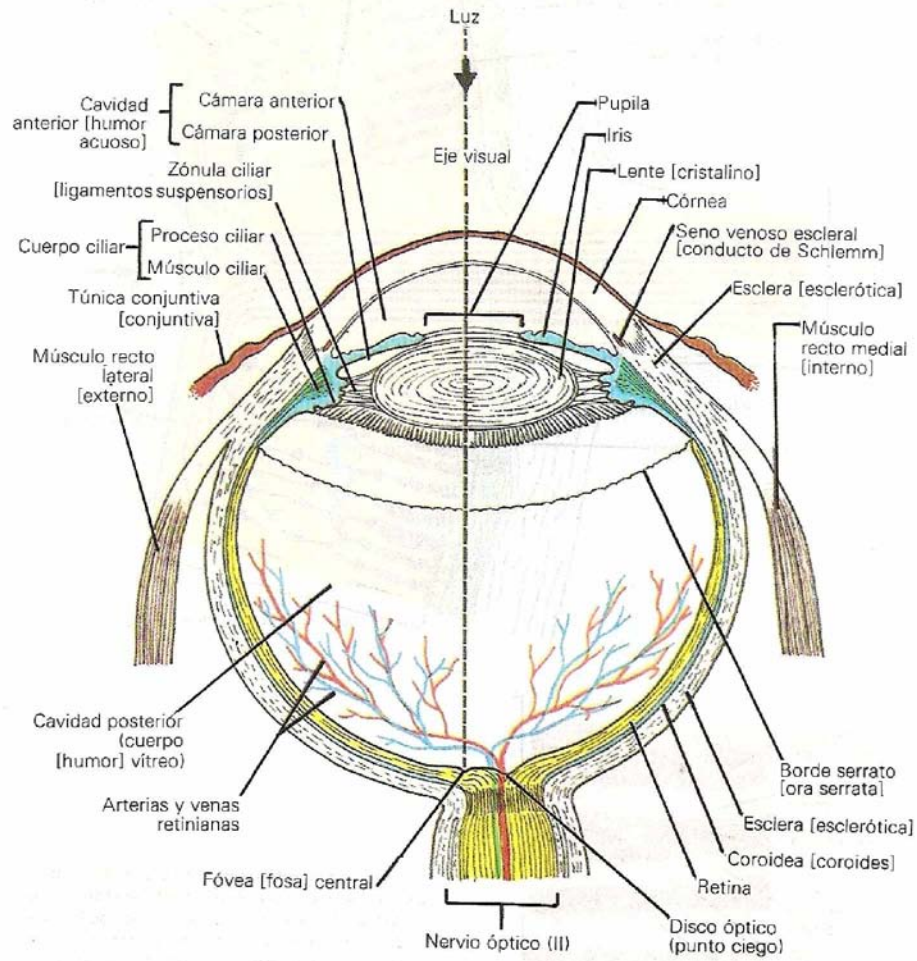
**Cuadro A.- Determinación de prioridades de acuerdo con la pirámide de necesidades de Maslow.<sup>1</sup>**

PRIORIDAD	PROBLEMA QUE...	EJEMPLO
1	..amenaza la vida y que interfiere con las necesidades fisiológicas	Respiración, circulación, nutrición
2	..interfieren con la seguridad y la protección	Peligros ambientales y miedo
3	..interfieren con el amor y la pertenencia	Aislamiento o pérdida de un ser querido
4	Interfieren con la autoestima	Incapacidad para asearse
5	..interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales	Dificultad intelectual para el estudio

---

<sup>1</sup> Ibidem p 274

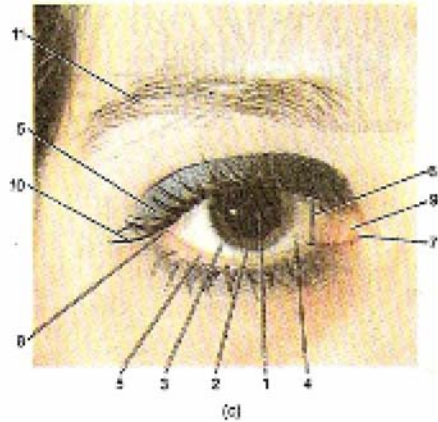
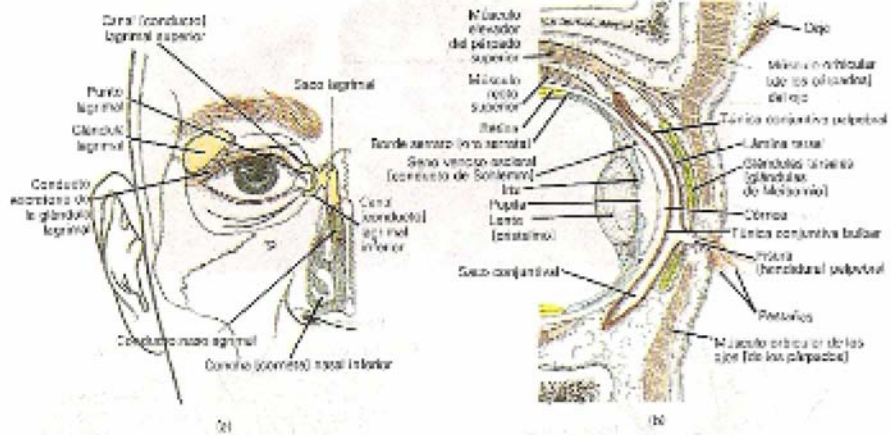
## ANATOMÍA DEL OJO<sup>2</sup>



*Imagen 1.- Estructura del globo ocular en corte transverso.*

<sup>2</sup> Gerard J. Tortora et. al. PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA 5° ed 1989 ED HARLA-MÉXICO P.A-75.

## ESTRUCTURAS ACCESORIAS DEL OJO<sup>3</sup>



1. **Pupila.** Abertura del centro del iris por la que pasa la luz.
2. **Iris.** Membrana muscular pigmentada y de forma circular, situada por detrás de la córnea.
3. **Esclera [esclerótica].** La parte blanca del ojo, consistente en una capa de tejido fibroso que cubre a todo el ojo, excepto la córnea.
4. **Túnica conjuntiva [conjuntiva].** Membrana que reviste la superficie expuesta del bulbo del ojo (globo ocular) y recubre la cara interna de los párpados.
5. **Párpados.** Pliegues de piel y músculo recubiertos por la túnica conjuntiva.
6. **Fisura [hendidura] palpebral.** Espacio que hay entre los párpados, cuando están abiertos.
7. **Comisura medial [canto nasal o interno].** Sitio de unión de los párpados superior e inferior cerca de la nariz.
8. **Comisura lateral [canto externo].** Sitio de unión de los párpados superior e inferior en el extremo opuesto a la nariz.
9. **Carúncula lagrimal.** Protuberancia carnosa y amarillenta de la comisura medial [canto interno], que incluye glándulas sebáceas y sudoríparas modificadas.
10. **Pestañas.** Peos de los bordes de los párpados, por lo general en dos o tres hileras.
11. **Cejas.** Varias hileras de pelos situadas por arriba de los párpados superiores.

Imagen 2.- estructuras accesorias del ojo.

<sup>3</sup> Ibidem, p A74.



## ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA SUTURA PALPEBRAL<sup>4</sup>

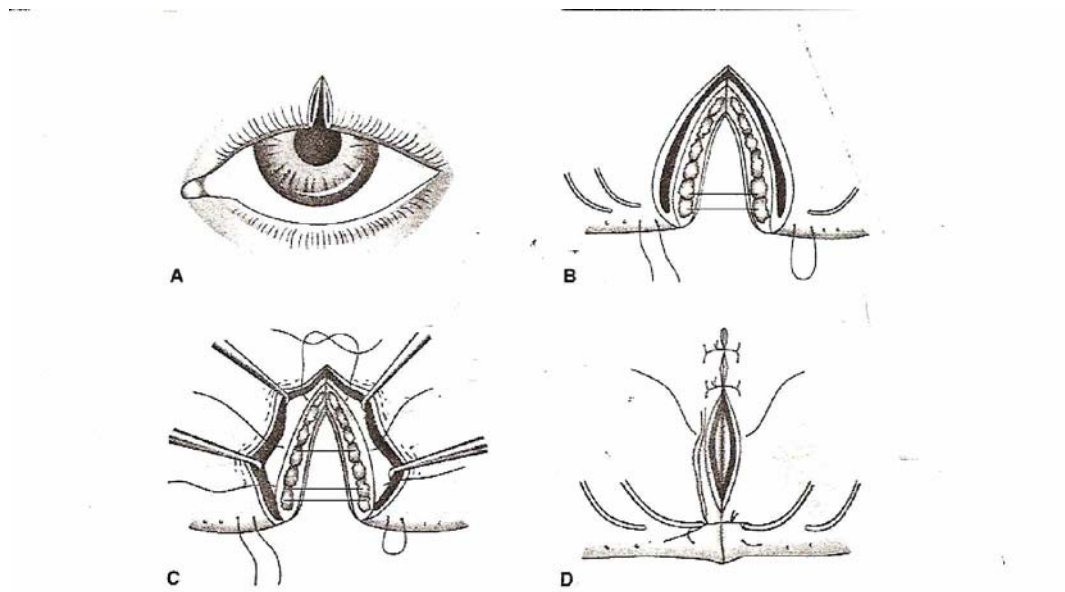


Figura 19-3. Reparación de laceración palpebral de todo el grosor. **A)** Se muestra el defecto. **B)** Sutura inicial vertical de colchonero, a través de la placa tarsal. **C)** Cierre por sutura con puntos separados de la placa tarsal. **D)** Sutura de la piel con puntos separados (reproducida con autorización de Elsevier Science, de Phelps C: *Manual of Common Ophthalmic Surgical Procedures*. Churchill Livingstone, 1986).

### *Imagen 3.- Abordaje quirúrgico de la sutura palpebral (blefaroplastia)*

<sup>4</sup> Riordan P et. al OFTALMOLOGÍA GENERAL DE VAUGHAN Y AUSBURY ED. 13º 2004, MANUAL MODERNO-MÉXICO.

## HERIDA PALPEBRAL<sup>5</sup>



*Imagen 4.- Herida palpebral producida por objeto punzocortante.*

---

<sup>5</sup> Fuente desconocida.

## HERIDAS PALPEBRALES CAUSADAS POR OBJETOS DIVERSOS.<sup>6</sup>



*Imagen 5.- Herida provocada por gancho de ropa.*



*Imagen 6.-Herida provocada por tallo vegetal.*

---

<sup>6</sup> Fuente desconocida

## SOPORTE BIBLIOGRÁFICO

GAUNTLETT BEARE PATRICIA, MYERS JUDITH. **Principios y Práctica de la Enfermería Médico Quirúrgica.** Madrid 1997, 2ª edición, Harcourt Brace. Pp. 2068.

GORZEMAN JOY, BOWDOIN CAROL, **Toma de Decisiones en Enfermería Medico Quirúrgica.** Madrid 1993, 1ª edición, Mc Graw-Hill de España. Pp. 426.

JUALL CARPENITO LYNDA, **Diagnóstico de Enfermería, Aplicaciones a la Práctica Clínica.** 2002, 9ª edición, Mc Graw-Hill Interamericana. Pp. 935.

JUALL CARPENITO LYNDA, **Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería.** 1994, Interamericana Mc Graw-Hill. Pp. 754.

KOZIER BÁRBARA, ERB GLENORA. et. al. **Fundamentos de Enfermería.** México 1989, 1ª edición, Interamericana Mc Graw-Hill. Pp. 964.

KUBLER-ROSS ELISABETH. **La Rueda de la Vida,** Barcelona-España 1997, 1ª edición, Ediciones Grupo Zeta. Pp. 379.

LABORATORIOS SOPHIA. **Vademécum Oftalmológico** 2000. Pp. 167.

LUIS RODRIGO MA. TERESA. **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.** Madrid 2003, Elsevier. Pp. 287.

RIORDAN PAUL, et. al., **Oftalmología General de Vaughan y Asbury, México 2004**, 13ª edición, Manual Moderno. Pp. 514

RODRIGUEZ CARRANZA RODOLFO, **Vademécum Académico de Medicamentos**. México 2000, 3ª edición, Mc Graw-Hill Interamericana. Pp.1025.

ROSALES BARRERA SUSANA, REYES GÓMEZ EVA. **Fundamentos de Enfermería**, México 1991, Manual Moderno. Pp. 463.

TAPICH BÁRBARA, IYER PATRICIA, et. al. **Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados**. México 1992, 1ª edición, Interamericana-Mc Graw-Hill. Pp. 258.

TORTORA GERARD, ANAGNOSTAKOS NICHOLAS. **Principios de Anatomía y Fisiología**, México 1989, 5ª edición. Harla. Pp.993.

HALABE CHEREM JOSÉ, LÓPEZ BARCENA JOAQUÍN et. al. **El Internista, Medicina Interna para Internistas**. México1997, 1ª edición, Mc Graw Hill-Interamericana. Pp. 1430.