

INFLUENCIA DE
LOS CUIDADOS
ENFERMEROS EN
LA
RECUPERACIÓN
DE LOS
PACIENTES
INTERVENIDOS
DE CATARATA
SENIL.

MARTA VALOR GARCÍA.

TRABAJO FIN DE MÁSTER DE ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA.

MARTA VALOR GARCÍA.

Máster en Enfermería Oftalmológica.

marta.valor@hotmail.com

2011-2012.

ÍNDICE.

- 1.- Título.
- 2.- Relación del autor con el tema de estudio.
- 3.- Agradecimientos.
- 4.- Introducción y justificación.
- 5.- Objetivos.
- 6.- Desarrollo.
 - 6.1.- Cambios experimentados en la visión con el envejecimiento.
 - 6.2.- Catarata senil (definición, signos y síntomas, tratamiento).
 - 6.3.- Consulta de enfermería.
 - 6.4.- Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de catarata senil.
- 7.- Conclusiones.
- 8.- Bibliografía.

1.- TÍTULO.

“Influencia de los cuidados enfermeros en la recuperación de los pacientes intervenidos de catarata senil”.

2.- RELACIÓN DEL AUTOR CON EL TEMA DE ESTUDIO.

Llevo cuatro años desarrollando mi actividad profesional como enfermera en el Instituto Oftálmico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Por mi experiencia en el campo de la enfermería oftalmológica; que pasa por hospitalización, consulta y quirófano, he podido comprobar la gran importancia que el personal de enfermería tenemos dentro de esta especialidad médica.

Los cuidados enfermeros adquieren cada vez mayor relevancia en cualquier proceso patológico que sufre un paciente y en el campo de oftalmología no puede ser menos. Dentro de todos los cuidados que enfermería puede aportar a un paciente que va a ser intervenido de cataratas se debe prestar especial atención a la educación. Por esto, en mi centro actual de trabajo pensamos en desarrollar una consulta de enfermería dirigida, principalmente, a informar al paciente y sus familiares de todo el proceso quirúrgico y los cuidados necesarios antes y después de la intervención.

3.- AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar a mi tutora en este trabajo, Virtudes Niño, por su tiempo, paciencia y buenos consejos.

Por supuesto a todo el equipo del IOBA, por hacer posible este máster y demostrar la importancia de un enfermería especializada.

4.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La Oftalmología es una disciplina de las Ciencias de la Salud que requiere de una alta especialización por parte de todo el personal sanitario que interviene en la prevención, detección y tratamiento de enfermedades.

A lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la última etapa de la vida, son múltiples y variadas las patologías por las que pasa nuestro sistema óptico y visual. Con el paso de los años, nuestros ojos sufren una serie de cambios que son propios del proceso de envejecimiento. Estas modificaciones conllevan una serie de enfermedades que afectan a diversos ámbitos de la vida del paciente, desde sus relaciones interpersonales hasta su ámbito familiar y laboral.

Una de estas patologías, o la más importante, derivada del proceso de envejecimiento es la catarata senil. Esta patología tan común interfiere de un modo significativo en la vida diaria del paciente, en su funcionalidad.

El papel de enfermería en este proceso patológico es muy amplio. Formamos parte tanto en el proceso diagnóstico como en el proceso quirúrgico y posterior recuperación. De aquí la importancia de la especialización del personal de enfermería en Oftalmología.

Dentro de todo el campo de actuación de la enfermería, considero de vital importancia la educación al paciente; tanto en el proceso previo a la intervención como en los cuidados posteriores. Puesto que es una patología con un postoperatorio domiciliario, es muy importante que el paciente esté correctamente informado de los cuidados que debe tener y las complicaciones que pueden surgir. Por esto, decidimos llevar a cabo una consulta de enfermería destinada a preparar al paciente para la intervención de cataratas y a educar al paciente y cuidador sobre los cuidados posteriores.

5.- OBJETIVOS.

A.- Describir los cambios que sufre nuestro sistema óptico y visual con el proceso normal del envejecimiento.

B.- Explicar y desarrollar la catarata senil como patología más frecuente propia del envejecimiento ocular.

C.- Desarrollar los cuidados de enfermería a llevar a cabo en un paciente intervenido de cataratas.

D.- Potenciar la formación de una consulta de enfermería dirigida a la educación al paciente en el proceso quirúrgico de la catarata.

6.- DESARROLLO.

6.1.- Cambios experimentados en la visión con la vejez.

Envejecer es un proceso normal de vivir. Sin embargo, este término está ligado a todos aquellos procesos desfavorables, con causas biológicas, que se van produciendo con el paso del tiempo y que conllevan una disminución en las capacidades sensitivas y motoras de la persona. Podemos observar tres tipos de cambios a tres niveles diferentes de la persona: cambios estructurales y funcionales (a nivel orgánico; “ser viejo”), cambios emocionales y psicológicos (a nivel mental de aceptación, de percepción y de comportamiento; “sentirse viejo”) y cambios en la situación y consideración social (el rol de la persona mayor en la sociedad actual; “ser considerado viejo”).

En el sistema visual también ocurren una serie de cambios propios del envejecimiento. Estas modificaciones estarían incluidas dentro de los cambios estructurales y funcionales. Es muy importante conocer, por parte del personal de enfermería, estas alteraciones para valorar las necesidades de cuidados que necesitan estas personas.

La visión, junto con la audición, es una de las capacidades sensoriales que experimenta un mayor deterioro con la edad. Es importante conocer y tratar estos

sentidos por la importancia que tienen en el proceso de relación de las personas con su entorno exterior. La visión es uno de los sentidos más importantes ya que de él depende el 80 % de nuestro aprendizaje y contacto con el mundo que nos rodea.

El envejecimiento del sistema visual implica cambios en la óptica ocular y alteraciones en el sistema nervioso visual. Estas alteraciones son:

- ➔ Pérdida de elasticidad del músculo orbital: provoca disminución de la movilidad ocular, inversión o eversión del borde del párpado inferior.
- ➔ Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital, originando un exoftalmos o hundimiento de los ojos de la órbita.
- ➔ Descenso de la capacidad de acomodación: a medida que la persona envejece los ejes del cristalino se modifican. La pérdida de la capacidad de enfocar objetos cercanos, producida por la edad, se le denomina presbicia.
- ➔ Aparición del arco senil: depósito de lípidos que forma un círculo blando a nivel del borde externo del iris.
- ➔ Disminución de la agudeza visual.
- ➔ Reducción del campo visual.
- ➔ Pérdida en la discriminación de contraste: la sensibilidad al contraste es la capacidad para distinguir entre un objeto y su fondo. El deterioro progresivo de la sensibilidad al contraste comienza a partir de los 25 años; pero la pérdida más marcada se produce a partir de los 40-50 años porque es menor la cantidad de luz que llega a la retina.
- ➔ Pérdida en la discriminación del color: a partir de los 30 años se produce un deterioro progresivo en la capacidad de distinguir y reconocer colores; en especial verde-azules, azules-violetas y colores pálidos. El deterioro en la discriminación rojo-verde comienza a partir de los 55 años. Esto es debido, en parte, a un pigmento que se sitúa sobre las lentes oculares y la retina que hace que se filtre los azules y los violetas.
- ➔ Incremento de la sensibilidad a deslumbramientos: debido, en gran medida, por la mayor opacidad de las lentes oculares.
- ➔ Pérdida en la visión binocular: comienza a disminuir a partir de los 40 años.

6.2.- Catarata senil.

Una de las patologías oculares derivadas del proceso de envejecimiento es la catarata senil. La catarata se define como la opacificación del cristalino y es la primera causa ceguera en el mundo. El cristalino es una lente biconvexa transparente, avascular y carente de nervios; se sitúa detrás del iris y delante del vítreo, y se rodea circularmente por los procesos ciliares a los que se sujeta mediante las denominadas fibras zonulares. Esta lente se nutre a expensas del humor acuoso y del vítreo. Tiene un diámetro en el adulto de 10 mm y un grosor en el centro de 4 mm; pero su tamaño va en aumento a lo largo de la vida. Está formado por diferentes partes: la cápsula del cristalino o cristaloides, que es una membrana basal producida por el epitelio que envuelve e individualiza el cristalino; el epitelio cristaliniario, es una capa de células epiteliales que se sitúa en la parte anterior detrás de la cápsula y su actividad mitótica es la que permite el crecimiento del cristalino a lo largo de la vida; y la corteza, que está formada por fibras y su parte más central y antigua se denomina núcleo.

La catarata, como ya he mencionado antes, se define como la opacificación del cristalino. Esta pérdida en la transparencia se puede deber a numerosas causas:

- Alteraciones de la presión osmótica: alteran la permeabilidad de la cápsula.
- Modificaciones en el pH del medio: acidosis o alcalosis.
- Agentes físicos: traumatismos, contusiones...
- Catarata secundaria: asociada a otra patología ocular como uveítis anterior crónica.
- Procesos metabólicos generales: diabetes, hipocalcemia...
- Procesos proteolíticos: fármacos, corticosteroides....
- Envejecimiento: cambio de proteínas solubles por proteínas insolubles.
- Cataratas asociadas a determinados síndromes: Down, Werner...

La **clasificación** de las cataratas viene determinada, en gran medida, por las causas que las provocan. La clasificación es:

1.- Las cataratas seniles o relacionadas con la edad. Pueden tener un carácter hereditario y son siempre bilaterales. Existen 4 tipos según la zona de opacidad:

- Corticales: debidas a la hiperhidratación de la corteza anterior, posterior o ecuatorial del cristalino. La opacificación posterior da lugar a la formación de opacidades típicas en radios de bicicleta.
- Nucleares: afecta al núcleo del cristalino. Suele asociarse con miopía como resultado de un aumento del índice de refracción del núcleo del cristalino y también con una mayor alteración esférica. Algunos pacientes ancianos con cataratas nucleares pueden ser capaces de volver a leer sin gafas, debido a la miopía inducida (“segunda visión de los ancianos”).
- Subcapsulares: anterior y posterior. La subcapsular anterior se sitúa directamente por debajo de la cápsula del cristalino y se asocia con metaplasia fibrosa del epitelio anterior del cristalino. La subcapsular posterior, es la más frecuente, se sitúa justo enfrente de la cápsula posterior y se asocia con la migración posterior de las células epiteliales del cristalino; los pacientes con este tipo de catarata sufren molestias debido los destellos.
- Catarata en árbol de navidad: se caracteriza por depósitos policromáticos como agujas en la corteza profunda y el núcleo. Es una tipo de catarata muy infrecuente.

2.- Las cataratas preseniles son aquellas que se asocian a alguna de las siguientes enfermedades sistémicas:

- Diabetes Mellitus: puede dar lugar a sobrehidratación osmótica del cristalino y al desarrollo de opacidades anteriores o posteriores, bilaterales, blancas y puntiformes o como copos de nieve. En algunos casos la catarata puede madurar en algunos días.
- Distrofia miotónica: se asocia inicialmente con gránulos policromáticos finos que son seguidos de opacidades subcapsulares posteriores estrelladas. Las cataratas se presentan en el 90% de los pacientes, generalmente después de los 20 años de edad, pero no interfieren con la visión hasta los 40 años.

- Dermatitis atópica: se asocia con dos tipos de catarata. La catarata en escudo, consta de una placa subcapsular anterior densa que arruga la cápsula anterior, y la catarata subcapsular posterior.
- Neurofibromatosis tipo 2: se asocia con una catarata presenil subcapsular posterior o cortical posterior.

3.- Las cataratas traumáticas son las más frecuentes en cataratas unilaterales en personas jóvenes. Pueden estar causadas por diferentes lesiones:

- Lesión penetrante directa del cristalino.
- Contusión.
- Shock eléctrico y rayos: son causas muy raras.
- Radiaciones ionizantes: a causa de tumores oculares.

4.- Las cataratas tóxicas son aquellas derivadas de la intoxicación por el uso de ciertos fármacos o metales.

- Corticoides: ya sean sistémicos o tópicos son cataratogénicos. Las opacidades en el cristalino son primero subcapsulares posteriores y luego anteriores. La relación exacta entre la dosis total, la dosis semanal y la duración de la administración de los corticoides y la formación de la catarata no está clara. Se cree que probablemente los pacientes que reciben menos de 10 mg de prednisona o equivalente a diario o aquéllos tratados durante 4 años son inmunes. Los cambios en el cristalino aparecen con menos frecuencia en pacientes que reciben tratamiento intermitente. La regresión de las opacidades precoces puede tener lugar cuando se interrumpe el fármaco o se reduce, sin embargo, puede aparecer la progresión a pesar de la suspensión.
- Oro: se emplea en algunas ocasiones en pacientes que sufren de artritis reumatoide. Un 50% de los pacientes que han recibido tratamiento durante 3 años o más presentan depósitos capsulares anteriores en el cristalino.

5.- Las cataratas secundarias o complicadas se desarrollan como resultado de alguna otra patología ocular asociada.

- Uveítis anterior: es la causa más frecuente de catarata secundaria.
- Glaucoma.
- Miopía alta.
- Distrofias hereditarias del fono de ojo.

Otra posible clasificación es según su grado de madurez. De este modo, tenemos diferente estadios clínicos:

- Catarata incipiente o inmadura: las opacidades son periféricas y el trastorno funcional mínimo.
- Catarata en evolución.
- Catarata madura: la opacidad abarca la totalidad del cristalino y el déficit visual es severo.
- Catarata hipermadura: en este momento el cristalino se aprecia de color gris y el núcleo de color pardo.

Todos los tipos de catarata cursan con la misma **sintomatología**; aunque según la opacidad va creciendo, los síntomas se agravan y producen un mayor trastorno funcional para el paciente. El principal síntoma es la disminución progresiva de la agudeza visual. También aparece una alteración en la visión de los colores y una disminución de la sensibilidad al contraste.

El **diagnóstico** de catarata se realiza mediante la visualización directa del cristalino con dilatación mediante lámpara de hendidura.

El **tratamiento** de esta patología es únicamente quirúrgico y consiste en la extracción del cristalino y posterior implantación de una lente intraocular. Si una catarata no se opera, seguirá aumentando la opacidad y puede desencadenar diversas complicaciones. Estas **complicaciones** son: glaucoma secundario agudo por obstrucción del ángulo camerular, glaucoma facolítico por destrucción secundaria de la lente, luxación del cristalino e iridociclitis porque las proteínas del cristalino lleguen a atravesar la cápsula.

6.3.- Consulta de enfermería.

Esta consulta ha sido desarrollada recientemente en mi lugar de trabajo, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El personal de enfermería que formamos parte del Instituto Oftálmico decidimos llevarla a cabo tras conocer la gran cantidad de problemas y dudas que les surgían a nuestros pacientes antes de ser intervenidos. Es una consulta dedicada a informar a los pacientes y familiares sobre el proceso quirúrgico que van a pasar. La realizamos justo una semana antes de la fecha prevista para la intervención a todos los pacientes independientemente de la patología a intervenir. Puesto que este trabajo es sobre la catarata senil, me voy a centrar en explicar la información que damos a los pacientes intervenidos de esta patología.

La consulta de enfermería prequirúrgica es llevada a cabo en una consulta independiente por un enfermero o una enfermera de la zona de hospitalización. Se les cita a los pacientes justo una semana antes del día previsto de la intervención. Puesto que nos encontramos ante pacientes de edad avanzada, pedimos que a esta cita acudan con la persona que vaya a desempeñar el rol de cuidador principal después de la operación. Previa a esta consulta de enfermería, el paciente ha superado un preoperatorio que consta de: analítica de sangre, radiografía de tórax y cultivo de fondo de saco. Este cultivo que realizamos en fondo de saco es interesante por si fuera necesario pautar algún colirio antes de la cirugía de manera preventiva. Todas estas pruebas son evaluadas por nuestros anestesiólogos.

Una vez que conocemos la fecha prevista para la intervención, nos ponemos en contacto con el paciente para que una semana antes acudan a la consulta de información de enfermería. Lo primero que hacemos es comprobar con el paciente que toda su historia clínica es correcta: sus antecedentes personales y familiares, su medicación actual (prestando especial atención a pacientes que tomen Sintrom que les entregaremos además la pauta de retirada del mismo o cualquier otro antiagregante plaquetario que sea necesario retirar antes de la cirugía), posibles alergias medicamentosas... Valoramos el cultivo de fondo de saco por si fuera necesario pautar un colirio. Comprobamos con el paciente el ojo del cual va a ser operado. En segundo lugar, informamos al paciente y su acompañante sobre el proceso quirúrgico al que va a ser sometido; respondiendo a todas sus dudas.

Para explicar todo el proceso, hemos desarrollado unas hojas informativas que se las entregamos a los pacientes con toda la información de forma clara y sencilla. Después de entregárselas resolveremos todas las dudas que les puedan surgir.

Considero que la mejor manera de exponer estas hojas es a través de ejemplos prácticos.

- **EJEMPLO NÚMERO 1:** paciente de 82 años de edad que va a ser intervenido en el turno de mañana del día 7 de mayo del 2012 de la catarata del ojo derecho. Toma, entre otra medicación, Sintrom de 4mg. No es alérgico a ningún fármaco y tras analizar el cultivo de fondo de saco no requiere el uso de ningún colirio de forma preventiva.

Pauta de retirada de Sintrom antes de la intervención:

| | | | |
|---|--|--|---|
| INSTITUTO OFTÁLMICO C/ General Arrando, 17 28010 Madrid |  SaludMadrid | Hospital General Universitario Gregorio Marañón |  Comunidad de Madrid |
| El paciente Va a ser intervenido el día <u>7-05-2012</u> por la <u>MAÑANA</u> en el Instituto Oftálmico. | | | |
| ULTIMO DIA QUE DEBE TOMAR EL SINTROM:..... <u>1-MAYO-2012</u> | | | |
| HIBOR 3500 UI: 1 vial subcutáneo a las 12 horas de la mañana en el abdomen los días <u>3, 4, 5 y 6 - MAYO - 2012</u> | | | |



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

EJEMPLO 1.

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Va a ser intervenido el día 7 MAYO/2012 de catarata ojo DERECHO.

Acudirá a las **8:00** horas a INFORMACIÓN en la planta Baja.

TRAERA TODA SU MEDICACIÓN Y

TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|---|----------------------------|
|  | 91.586.73.44 (3ª planta) |
| | 91.586.73.17 (Admisión) |
| | 91.586.73.20 (Admisión) |

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- El 1/MAYO/2012 último día que tomará SINTRON
(VER PAUTA).

EL DIA ANTERIOR A LA INTERVENCION

- 1.- Se pondrá en el ojo DERECHO 2 gotas de DICLOFENACO colirio Horas: 8 - 14 - 23
- 2.- Tomará en la cena 1 comprimido de LEVOFLOXACINO 500 mg

EL DIA DE LA INTERVENCION

- Antes de acudir al hospital:
 - 1.- Realizará un aseo completo y vestirá prendas fáciles de quitar y poner.
 - 2.- Se pondrá en el ojo DERECHO 2 gotas de DICLOFENACO colirio SOLO UNA VEZ a las **7:00** horas.
 - **Deberá traer, zapatillas, bata, y la medicación que toma habitualmente.**
 - **NO Desayunará.**
 - **Si Vd. es diabético, NO TOMARÁ SU MEDICACIÓN NI SE PONDRÁ INSULINA (traer su Insulina al hospital)**
-
-
-

- **EJEMPLO NÚMERO 2:** paciente de 84 años de edad que va a ser intervenido el día 7 de mayo del 2012 en turno de mañana de catarata del ojo izquierdo. Alérgico a Penicilina y derivados. Toma 1 comprimido de Plavix al día. El cultivo realizado en fondo de saco aconseja el uso de Cloranfenicol de forma preventiva.



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

EJEMPLO 2.

**UNIDAD DE CIRUGÍA
MAYOR AMBULATORIA**

Va a ser intervenido el día 7-MAYO-2012 de **catarata ojo IZQUIERDO**.

Acudirá a las **8:00** horas a INFORMACIÓN en la planta Baja.

Se pondrá 1 gota CLORANFENICOL colirio en los dos ojos

los días 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

Horario: 8- 11- 14- 17- 20- 23

Incluido el día de cirugía

TRAERA TODA SU MEDICACIÓN Y

TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|--|----------------------------|
| | 91.586.73.44 (3º planta) |
| | 91.586.73.17 (Admisión) |
| | 91.586.73.20 (Admisión) |

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- El 3-MAYO-2012 último día que tomará PLAVIX.
-

EL DIA ANTERIOR A LA INTERVENCION

- 1.- Se pondrá en el ojo IZQUIERDO. 2 gotas de **DICLOFENACO** colirio. Horas: 8 - 14 - 23
- 2.- Continuará con la pauta de CLORANFENICOL en los **dos ojos** esperando dos minutos entre cada colirio. 8- 11- 14- 17- 20- 23
- 3.- Tomará en la cena 1 comprimido de **LEVOFLOXACINO 500 mg**

EL DIA DE LA INTERVENCION

- Antes de acudir al hospital:
- 1.- Realizará un aseo completo y vestirá prendas fáciles de quitar y poner.
 - 2.- Se pondrá en el ojo IZQUIERDO. 2 gotas de **DICLOFENACO** colirio SOLO UNA VEZ a las **7:00** horas.
 - 3.- Se pondrá el CLORANFENICOL colirio en los **dos ojos** SOLO UNA VEZ a las **7:00** horas.
- **Deberá traer, zapatillas, bata, y la medicación que toma habitualmente.**
- **NO Desayunará,**
- **Si Vd. es diabético, NO TOMARÁ SU MEDICACIÓN NI SE PONDRÁ INSULINA (traer su Insulina al hospital)**

- **EJEMPLO NÚMERO 3:** paciente de 90 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Su medicación habitual es 1 comprimido de Simvastatina en la cena. Va a ser intervenido el día 7 de mayo del 2012 en el turno de tarde de la catarata del ojo izquierdo. Según el cultivo no es necesario pautar ningún colirio de forma preventiva.



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

EJEMPLO 3

**UNIDAD DE CIRUGÍA
MAYOR AMBULATORIA**

Va a ser intervenido el día 7-MAYO-2012 de **catarata ojo** IZQUIERDO.

Acudirá a las **14:30** horas a INFORMACIÓN en la planta Baja.

**TRAERA TODA SU MEDICACIÓN Y
TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|--------------------------|
|  | 91.586.73.44 (3ª planta) |
| | 91.586.73.17 (Admisión) |
| | 91.586.73.20 (Admisión) |

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

El _____ último día que tomará _____

EL DIA ANTERIOR A LA INTERVENCION

1.- Se pondrá en el ojo IZQUIERDO: 2 gotas de DICLOFENACO colirio

Horas: 8 - 14 - 23

EL DIA DE LA INTERVENCION

Antes de acudir al hospital:

- 1.- Realizará un aseo completo y vestirá prendas fáciles de quitar y poner.
- 2.- Se pondrá en el ojo IZQUIERDO 2 gotas de DICLOFENACO colirio SOLO UNA VEZ a las **11:00** horas.

Deberá traer, zapatillas, bata, y la medicación que toma habitualmente.

Desayunará tomará su medicación habitual y 1 comp. de LEVOFLOXACINO 500mg.

Si Vd. es diabético, desayunará y seguirá su pauta habitual de insulina.

Traer su Insulina al hospital

Después de las 9:30 h. no tomará nada

- **EJEMPLO NÚMERO 4:** paciente de 87 años de edad que va a ser intervenido en el turno de tarde del día 7 de mayo del 2012 de la catarata del ojo derecho. Tras analizar el cultivo tomado de fondo de saco, es necesario pautar Oftalmotrim Colirio de forma preventiva. No es alérgico a ninguna medicación y toma habitualmente 1 comprimido de Enalapril 5 mg en el desayuno.



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

EJEMPLO 4.

**UNIDAD DE CIRUGÍA
MAYOR AMBULATORIA**

Va a ser intervenido el día 7-MAYO-2012 de **catarata ojo DERECHO**.

Acudirá a las **14:30** horas a INFORMACIÓN en la planta Baja.

Se pondrá 1 gota OFTALMOTRIM colirio en los dos ojos

los días 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

Horario: 8- 11- 14- 17- 20- 23

Incluido el día de la cirugía

TRAERA TODA SU MEDICACIÓN Y

TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|---|----------------------------|
|  | 91.586.73.44 (3ª planta) |
| | 91.586.73.17 (Admisión) |
| | 91.586.73.20 (Admisión) |

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

El _____ último día que tomará _____

EL DIA ANTERIOR A LA INTERVENCION

- 1.- Se pondrá en el ojo DERECHO 2 gotas de **DICLOFENACO** colirio Horas: 8 - 14 - 23
- 2.- Continuará con la pauta de OFTALMOTRIM en los **dos ojos** esperando dos minutos entre cada colirio **8- 11- 14- 17- 20- 23**

EL DIA DE LA INTERVENCION

- Antes de acudir al hospital:
- 1.- Realizará un aseo completo y vestirá prendas fáciles de quitar y poner.
 - 2.- Se pondrá en el ojo DERECHO 2 gotas de **DICLOFENACO** colirio SOLO UNA VEZ a las **11:00** horas.
 - 3.- Continuar con la pauta de OFTALMOTRIM en los dos ojos.
- Deberá traer, zapatillas, bata, y la medicación que toma habitualmente.
- Desayunará** tomará su medicación habitual y 1 comp. de **LEVOFLOXACINO 500mg**.
- Si Vd. es diabético, desayunará y seguirá su pauta habitual de insulina.
- Traer su Insulina al hospital

Después de las 9:30 h. no tomará nada

6.4.- Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de catarata senil.

Tras la intervención de cataratas el paciente debe llevar a cabo una serie de cuidados para que la recuperación sea la adecuada. Al ser pacientes que se van a su domicilio el mismo día de la intervención, el cuidado principal por parte de enfermería va a consistir en una correcta educación sanitaria. Esta educación debe continuar durante todo el proceso de recuperación, tanto en la revisión del día siguiente a la intervención como en las siguientes revisiones; facilitando en todo momento al paciente una manera de contactar con el centro por si tuviera alguna duda.

Debemos explicarle al paciente intervenido de cataratas de manera clara y sencilla los siguientes **cuidados básicos**:

- Desde el momento del alta debe permanecer en reposo las primeras 24 horas.
- No debe realizar movimientos bruscos con la cabeza, ni esfuerzos físicos, ni levantar pesos.
- Dormirá boca arriba o sobre el lado contrario al ojo operado durante cuatro o cinco días.
- Durante los primeros cuatro o cinco días no debe echar la cabeza hacia delante (ponerse las medias, calcetines, zapatos, coger algo del suelo).
- Puede ver la televisión y leer lo que no cansa después de pasadas 24 horas de la intervención.
- No puede conducir ninguna clase de vehículos ni utilizar maquinaria peligrosa hasta pasadas 72 horas.
- No se frote el ojo durante un mes después de la intervención y debe evitarse a lo largo de seis meses.
- Durante los primeros días debe tomar una dieta rica en fibra y líquidos abundantes (si no hay contraindicación) para evitar esfuerzos al hacer deposición.
- Puede utilizar gafas de sol si lo cree necesario.
- Evitar maquillarse los ojos durante el mes siguiente de la intervención.
- Seguirá con su medicación habitual, excepto aquellos medicamentos retirados antes de la cirugía que se le explicará la pauta para reanudarlos.

Debemos enseñar al paciente o su cuidador principal la pauta correcta de **aplicación de colirios** pautados después de la cirugía. Es importante que la primera aplicación se lleve a cabo por el personal de enfermería para que observen la manera adecuada de realizarlo:

1. Lavarse las manos correctamente antes y después de aplicar los colirios.
2. Retirar gafas o lentes de contacto.
3. Abrir el colirio y desprecintar totalmente el tapón.
4. Mirar hacia arriba y echar la cabeza hacia atrás.
5. Lavar el ojo con suero fisiológico y gasas estériles. Se lavará la parte interna del ojo, párpado y pestaña, siempre de dentro a fuera sin presionar.
6. Separar el párpado inferior hacia abajo con un solo dedo sin presionar el ojo ni tocar la superficie del ojo.
7. Aplicar una gota del colirio en el saco conjuntival (entre el ojo y el párpado inferior).
8. Evitar tocar con la punta del colirio el ojo y tapar el frasco tras la aplicación.
9. Parpadear un par de veces para que el colirio se extienda.
10. No frotar el ojo.
11. Si hay que poner varias gotas, esperar un intervalo de 5 minutos entre cada una de ellas.

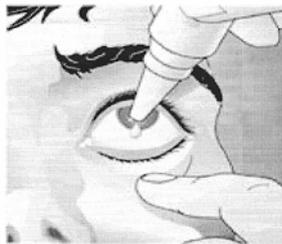
Informaremos al paciente de aquellos **signos de alarma** que pueden aparecer. En caso de que ocurrieran debe acudir a urgencias:

- Dolor intenso.
- Ojo muy rojo y doloroso.
- Disminución brusca de la visión.
- Secreciones abundantes y amarillentas.
- Visión doble.

Es importante entregar todas estas pautas por escrito al paciente. En el Instituto Oftálmico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón les entregamos la siguiente hoja informativa.



FORMA DE REALIZAR LAS CURAS DE LOS OJOS



1º. Lávese las manos antes de comenzar la cura.

2º. Con la cabeza inclinada hacia atrás, bajar el párpado inferior sujetándolo con una gasa y lavar el ojo con suero fisiológico.

3º. A continuación, aplicar el colirio dejando caer **UNA GOTA** en el fondo del párpado inferior. **NO TOCAR EL OJO CON EL EXTREMO DEL ENVASE.**

4º. Cuando coincidan varios colirios se pueden poner todos, dejando pasar CINCO minutos entre cada uno de ellos.

5º. Deberá seguir el tratamiento hasta que acuda a revisión.

OTRAS RECOMENDACIONES

- No realice ninguna actividad que pueda suponer un esfuerzo físico. Procure no darse ningún golpe en los ojos y evite agachar la cabeza o moverla bruscamente.
- En caso de desaparición brusca de la visión o de dolor importante acuda al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón".

HORARIO DE CURAS

8-11-14-18-21-24 TOBRADDEX. 1 GOTA 6 VECES AL DÍA.

~~8-11-16-20-24~~

~~8-11-18-24~~

~~8-16-24~~

~~16-22~~

Otro tratamiento:
.....
.....
.....
.....

Además, a aquellos pacientes que suspendieron el Sintrom para la cirugía les damos al alta la pauta a seguir para reintroducir la medicación. Por ejemplo, en nuestro paciente anterior del ejemplo número 1, la pauta sería:

INSTITUTO OFTÁLMICO
C/ General Arrando, 17
28010 Madrid



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

El paciente (EJEMPLO 1)
ha sido intervenido en el Instituto Oftálmico el día 7-MAYO-2012.....

Deberá administrarse un vial subcutáneo de HIBOR 3500 UI sobre la pared del abdomen a las 12 h. de la mañana los días 8 y 9-MAYO-2012...

Empezará a tomar un comprimido entero de 4 mg. de SINTROM a las 16 h. Los días 8 y 9-MAYO-2012.....

A partir del día 10-MAYO-2012 seguirá con su dosis habitual de SINTROM del mismo modo que antes de la operación.

Seguirá con sus controles habituales de la actividad de protombina a partir de la semana siguiente a recuperar la dosis habitual.

7.- CONCLUSIONES.

La catarata es la primera causa de ceguera en el mundo. La catarata de tipo senil es aquella tras el proceso natural del envejecimiento; por ello es una patología que nos afectará a todos en un futuro más o menos próximo.

Debido a esto, es una enfermedad de gran relevancia tanto desde el punto de vista social como económico. Por ello, es importante la existencia de personal sanitario altamente cualificado en el campo de la oftalmología; incluida la enfermería.

Desde el Instituto oftálmico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el personal de enfermería observó la carencia que tenían los pacientes en cuanto a información sobre el proceso que estaban sufriendo. Con la práctica diaria nos dimos cuenta de que nuestros pacientes no acababan de entender la importancia que tenían unos buenos cuidados para que una exitosa intervención de cataratas tuviera, del mismo modo, una exitosa recuperación de la visión. No entendían la relación entre los cuidados y un mejor estado dentro de sus posibilidades de visión. En este punto, fue cuando decidimos desarrollar la Consulta de Enfermería destinada a informar al paciente y a sus familiares.

Tras la puesta en marcha de esta consulta especializada, hemos observado diferentes mejoras. Por un lado, se ha disminuido considerablemente del número de cirugías suspendidas por una mala preparación del paciente. Del mismo modo, son menores las complicaciones derivadas de unos malos cuidados postquirúrgicos. Por último, aunque desde mi punto de vista la mejoría más significativa, es la satisfacción que manifiestan nuestros pacientes de sentirse parte muy activa en la recuperación de su visión.

8.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Jack J. Kanski. “Oftalmología Clínica”. Cuarta edición. Editorial Harcourt. Revisión adaptación y prólogo de Juan Antonio Durán de la Colina. Catedrático de oftalmología de la facultad de medicina de la Universidad del País Vasco.
2. Inmaculada Garbín Fuentes y Gerardo Pérez Chica. “Patología del cristalino” Capítulo XI.
3. “Envejecimiento y trabajo: la visión”. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
4. María José Noriega Borge. Profesora titular de Fisiología de la Universidad de Cantabria. “Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos y cambios sociales”.
5. Isach M, Izquierdo G. Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. En Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriátrica Salgado Alba. 3ª edición Barcelona: Masson; 2002.
6. Guía de actuación compartida: cataratas. Varios autores. Diciembre 2007.
7. “Cuidados tras la operación de cataratas”. Dra. Emma Ausín González. Sociedad Oftalmológica de la Comunidad Valenciana.
8. “Consulta de Enfermería”. Documentación aportada por el Instituto Oftálmico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

9. Boletín Oficial de Castilla y León. Miércoles, 15 de febrero de 2012. Resolución 3 de febrero de 2012, del Rector de la Universidad de Valladolid, por la que se acuerda la publicación del Reglamento sobre la elaboración y evaluación del Trabajo Fin de Máster.
10. Boletín Oficial de Castilla y León. Lunes, 20 de febrero de 2012. Corrección de los errores de la Resolución 3 de febrero de 2012, del Rector de la Universidad de Valladolid, por la que se acuerda la publicación del Reglamento sobre la elaboración y evaluación del Trabajo Fin de Máster.