



---

**Universidad de Valladolid**

# **PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA *PTOSIS***

**Autora: Elena Díez Aranda**

**Tutora: Verónica Velasco González**

**Máster Universitario en Enfermería Oftalmológica. IOBA**

**Valladolid. Junio 2022**

*"El ojo, que es la ventana del alma, es el órgano principal por el que el entendimiento puede tener la más completa y magnífica visión de las infinitas obras de la naturaleza."*  
*Leonardo Da Vinci.*

## RESUMEN / ABSTRACT

**Introducción:** la cirugía de *ptosis* es un procedimiento para la reparación del párpado caído mediante varias técnicas quirúrgicas. Desde la época de los egipcios hasta nuestros tiempos la forma de reparar la *ptosis* ha sufrido una evolución, por lo que el personal de enfermería debe estar continuamente actualizándose y formándose para poder ofrecer una gran calidad asistencial.

**Objetivo:** elaborar un protocolo quirúrgico de enfermería para la cirugía de *ptosis*.

**Material y método:** se ha realizado una búsqueda bibliográfica con las palabras clave: cirugía de *ptosis*, protocolo de enfermería, cuidados de enfermería, oftalmología y procedimiento quirúrgico en las siguientes bases de datos: SciELO, Dialnet, Google Académico, Biblioteca de UVA y Biblioteca Cochrane.

**Desarrollo:** se expone un recuerdo anatómico y fisiológico de los párpados, junto a la exploración de los mismos y una clasificación de los tipos de *ptosis* que existen. Se establecen las distintas etapas del procedimiento quirúrgico junto con los cuidados específicos para cada una de ellas desde un punto de vista de enfermería. Se describe la técnica de re inserción de la aponeurosis del elevador paso a paso. También se desarrolla el material quirúrgico necesario para realizar la intervención y las complicaciones propias de la cirugía.

**Conclusión:** El conocimiento de las indicaciones en el cuidado por parte del paciente, el buen hacer del cirujano y la actuación de enfermería son pilares básicos para el éxito de la intervención quirúrgica. Esta responsabilidad implica una formación especializada.

**Palabras clave:** Cirugía de *ptosis*, Protocolo de enfermería, Cuidados de enfermería, Oftalmología y Procedimiento quirúrgico.

## ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	5
3. OBJETIVOS .....	5
4. DESARROLLO .....	6
4.1. Recuerdo anatómico y fisiológico de la musculatura ocular externa.....	6
4.2. Exploración de los párpados .....	8
4.3. Tipos de <i>Ptosis</i> .....	10
4.4. Tratamiento de la <i>ptosis</i> .....	12
4.5. Cirugía de <i>ptosis</i> .....	13
4.5.1. Consentimiento informado .....	13
4.5.2. Anestesia .....	13
4.5.3. Técnica quirúrgica.....	13
4.5.3.1. Reinserción de la aponeurosis del elevador (Ver Anexo 2) .....	14
5. OBJETIVOS DE LA CIRUGÍA DE <i>PTOSIS</i> .....	15
6. MATERIAL QUIRÚRGICO .....	15
7. CUIDADOS DEL PACIENTE.....	17
7.1 Fase preoperatoria .....	18
7.2 Fase intraoperatoria .....	19
7.3 Fase postoperatoria .....	20
8. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.....	21
9. DISCUSIÓN .....	23
10. CONCLUSIONES.....	25
11. BIBLIOGRAFÍA .....	26
12. ANEXOS:	
12.1 ANEXO 1. Material fungible (elaboración propia) .....	30
12.2 ANEXO 2. Material quirúrgico (elaboración propia).....	32
12.3 ANEXO 3. Pasos cirugía (elaboración propia) .....	34
12.4 ANEXO 4.....	37

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Aguja 30G más jeringa Luer-Lock .....	30
Imagen 2. Aguja de carga .....	30
Imagen 3. Bata estéril .....	30
Imagen 4. Cuchillete de oftalmología 45º .....	30
Imagen 5. Gasas estériles.....	30
Imagen 6. Guantes estériles.....	30
Imagen 7. Hemostetas .....	30
Imagen 8. Mango de bisturí eléctrico .....	30
Imagen 9. Paño fenestrado .....	30
Imagen 10. Paño campo medio cuerpo.....	31
Imagen 11. Paño campo mesa.....	31
Imagen 12. Placa bisturí eléctrico .....	31
Imagen 13. Rotulador estéril más regla .....	31
Imagen 14. Sutura no reabsorbible .....	31
Imagen 15. Sutura reabsorbible .....	31
Imagen 16. Pinza disección con dientes .....	32
Imagen 17. Pinza disección sin dientes .....	32
Imagen 18. Tijera Westcott.....	32
Imagen 19. Tijera Westcott punta roma .....	32
Imagen 20. Porta agujas de Castroviejo .....	32
Imagen 21. Mosquito curvo .....	32
Imagen 22. Mosquito recto.....	32
Imagen 23. Compás de Castroviejo .....	33
Imagen 24. Placa de Jaeger.....	33
Imagen 25. Separador de Desmarre .....	33
Imagen 26. Marcado con rotulador.....	34
Imagen 27. Infiltrado de anestesia .....	34
Imagen 28. Incisión con cuchillete.....	34
Imagen 29. Disección tejido conectivo y músculo orbicular .....	34
Imagen 30. Disección del músculo elevador .....	35
Imagen 31. Disección del tarso .....	35
Imagen 32. Reinserción de la aponeurosis del elevador.....	35
Imagen 33. Sutura musculatura orbicular.....	35
Imagen 34. Sutura en piel .....	36

Imagen 35. Herida quirúrgica suturada .....	36
Imagen 36. Resultado final.....	36
Imagen 37. <i>Ptosís</i> palpebral ojo derecho .....	1
Imagen 38. Comunicación no verbal .....	3
Imagen 39. Musculatura periorbitaria .....	7
Imagen 40. Capas de la musculatura palpebral .....	8
Imagen 41. Posición fisiológica de los párpados.....	9
Imagen 42. Mesa quirúrgica (elaboración propia) .....	17
Imagen 43. Bisturí eléctrico (elaboración propia) .....	17
Imagen 44. Consulta preoperatoria de enfermería (elaboración propia) .....	18
Imagen 45. Personal de quirófano (elaboración propia).....	20

## **ABREVIATURAS**

*DRM*: Distancia reflejo-margen.

*FME*: Función máxima del músculo elevador del párpado.

*MOE*: Motilidad ocular Extrínseca.

*URPA*: Unidad de Recuperación Postanestésica.

## GLOSARIO

→ Material fungible (Ver Anexo 1):

**Aguja de 30G:** Se utiliza para infiltrar sustancias a través de la piel.

**Aguja de carga:** Se utiliza exclusivamente para cargar medicación en la jeringa.

**Bata estéril:** Principal elemento de la indumentaria quirúrgica, cubriendo el cuerpo entero hasta debajo de las rodillas y supone una barrera de protección frente a salpicaduras y agentes infecciosos.

**Cuchillete de oftalmología de 45º:** Son bisturís microquirúrgicos que se utilizan para hacer incisiones precisas.

**Gasa estéril:** Tejido de algodón hidrófilo, blanqueado y purificado, que se compone de urdiembre de la gasa y trama de la gasa. Además, está completamente libre de bacterias, hongos, virus y otros microorganismos que producen infección.

**Guante estéril:** son guantes sanitarios estériles y de forma anatómica, con el pulgar colocado hacia la superficie de la palma de la mano del dedo índice, en lugar de ocupar una posición desplegada, y destinados para ser utilizados en cirugía invasiva.

**Hemosteta:** Es un aplicador con mango maleable de polipropileno con punta de esponja fabricada con PVA-Acetato de polivinilo altamente absorbente, y que no desprende pelusa, diseñada para absorber los fluidos durante la cirugía oftálmica.

**Jeringa 5cc Luer-lock:** Tubo cilíndrico de plástico o cristal, graduados, provistos de un émbolo y un estrechamiento en un extremo destinado a la introducción o aspiración de líquido en conductos, cavidades o tejidos del cuerpo. Se presentan en envase individual estéril termosellado con o sin aguja. El cierre Luer-Lock se presenta en forma de rosca asegurando así que la aguja no salga despedida por la presión de la inyección.

**Mango de bisturí eléctrico:** Mango desechable para electrocirugía con interruptores de dedo para poder cortar o coagular según se precise en la cirugía.



**Paño de campo fenestrado:** Son elementos de distinto tamaño, fabricados en tejido no tejido utilizados en contacto con el paciente, para su protección o para delimitar y proteger el campo quirúrgico durante la intervención. Pueden llevar adhesivo alrededor del mismo.

**Paño de campo medio cuerpo:** Misma definición que en el apartado anterior, pero son de un tamaño mayor que llega a cubrir  $\frac{3}{4}$  partes del cuerpo del paciente.

**Paño de campo para la mesa:** Misma definición que en el apartado anterior, pero se utiliza para la mesa quirúrgica donde vamos a preparar el material necesario para la cirugía.

**Placa de bisturí eléctrico:** Es una lámina flexible de metal perforado (aluminio), la parte inferior está cubierta con un adhesivo conductor (polímero cuaternario) y la parte superior es un adhesivo fijado a una película fenestrada asegurada con una espuma polimérica de célula abierta (poliuretano) y un broche de presión o botón conductor. Disminuye el nivel de impedancia y favorece así la conductividad del paciente evitando quemaduras.

**Rotulador estéril:** Marcador quirúrgico que se utiliza para el marcado y la selección del área antes o durante el procedimiento quirúrgico.

**Sutura no reabsorbible:** Material destinado a favorecer la cicatrización de una herida mediante el cosido quirúrgico de los bordes de la misma con objeto de mantenerlos unidos. Este tipo precisa que se retire por parte de enfermería ya que no se reabsorbe por el cuerpo.

**Sutura reabsorbible:** Misma definición que en el apartado anterior pero esta categoría no es necesaria retirarla ya que el cuerpo la reabsorbe.

→ **Material quirúrgico (Ver Anexo 2):**

**Compás Castroviejo:** Se utiliza como objeto de medición preciso en cirugía oftalmológica.

**Mosquito curvo:** Instrumento con una zona distal estriada y con un engranaje con dientes para que, una vez cerrada, la pinza se mantenga fija sin necesidad de apretar. Las puntas son curvas.

**Mosquito recto:** Misma definición que el apartado anterior salvo que en este caso las puntas son rectas.

**Pinza de disección con dientes:** Instrumento metálico de dos ramas que sirve para separar, aproximar, afrontar y sujetar tejidos. Está destinada para el manejo de tejidos más duros.

**Pinza de disección recta:** Instrumento metálico de dos ramas sin dientes, estriadas para asegurar una mejor sujeción del tejido, especialmente en tejidos que necesiten de una mayor presión.

**Placa de párpado Jaeger:** Es una placa metálica de forma ergonómica que se utiliza para proteger y reducir la presión en el globo ocular.

**Porta-agujas Castroviejo:** Material utilizado para sujetar y guiar la aguja al suturar. Al tener una forma piramidal consigue una sujeción firme.

**Separador de párpado de Desmarre:** Instrumento oftálmico que se usa para retraer tanto el párpado superior como el inferior, con el objetivo de observar la totalidad del campo quirúrgico.

**Tijera Westcott curva:** Se utilizan para tenotomía, con puntas romas y ramas curvadas. Proporciona una protección adicional para evitar la perforación involuntaria.

# 1. INTRODUCCIÓN

## Definición

El término *ptosis* hace referencia a la caída o prolapso de un órgano o parte de él. Se define *ptosis* palpebral como el descenso anormal de uno o los dos párpados superiores, siendo múltiples las causas de este proceso que varían en función de la edad del paciente (1).



**Imagen 37. *Ptosis* palpebral ojo derecho (2).**

## Historia

La *ptosis* es una patología oftalmológica que viene tratándose desde antes de Cristo y puede llegar a afectar la visión además de tener una justificación estética. Una placa de oro caliente era el utensilio utilizado en el antiguo Egipto para realizar quemaduras en el párpado caído y que la retracción de la cicatriz corrigiera dicho defecto (3,4).

Independientemente de sus orígenes antiguos, en 1806 hay una publicación por parte del anatomista y cirujano Antonio Scarpa, donde describe una resección de “tegumentos en la parte superior del párpado relajado en las cercanías y en dirección del arco superior de la órbita”, que está destinado a elevar el párpado (5). En 1880 fue Drassant quien informó del uso de suturas absorbibles subcutáneas colocadas entre el párpado y la ceja para tratar la *ptosis*. Hess, en 1893, propuso el uso de suturas no absorbibles colocadas en el mismo sitio, para semanas después retirarlas, confiando en que el tejido cicatricial que se

produjera fuera suficiente para mantener la elevación del párpado. Bishop Harman utilizó un filamento de oro para suspender el párpado de la ceja en 1903. Años más tarde (1948) Friedenwald y Guyton, usaron una sutura romboide para la suspensión palpebral con diferentes materiales (algodón, seda, nylon o filamentos de tantalio) y aunque publicaron que la principal complicación era la infección, la técnica se extendió rápidamente y sufrió varias modificaciones con los años.

Con el paso del tiempo, se desarrollaron distintas técnicas y formas de reparar la *ptosis*. Aunque desde el siglo pasado se sabe que la mejor forma de elevar el párpado es mediante el mismo músculo elevador. Lamentablemente en muchos casos es tan deficiente que obliga a usar otro recurso. Jones Quickert y Wobig descubrieron que algunos tipos de *ptosis* están producidos por defectos adquiridos en el tendón de inserción de la aponeurosis del elevador, estableciendo su tratamiento en la reinserción en el tarso (3,5).

### **Enfermería en el quirófano**

El quirófano es un ambiente, a menudo frío, aséptico y muy tecnificado para el paciente. En algunas ocasiones la atención es impersonal y los problemas individuales no se tienen en cuenta, pasando a ser tratado como un caso más quedando la familia excluida también. Es una situación desconocida y estresante. Es por ello, que enfermería debe humanizar los cuidados mediante la escucha, empatía, sensibilidad, cercanía y amabilidad. Jean Watson define el cuidado como la esencia de la práctica de la enfermería, su rasgo dominante, distintivo y unificador y entre las acciones de cuidado, está la comunicación como parte integrante de la relación de ayuda (1985). Por lo tanto, la enfermera de quirófano debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total e integral del paciente (7-10).



**Imagen 38. Comunicación no verbal (6).**

El oído nos permite escuchar las emociones y los sentimientos (un suspiro, un sollozo, una respiración profunda...), lo que permite a la enfermera determinar las necesidades del paciente. De modo que, se recomienda una escucha activa, utilizando todos los sentidos, con la mirada receptiva, contacto corporal acogedor, mostrando interés sin llegar a la curiosidad, sin interrupciones y atendiendo al lenguaje no verbal del paciente. Se debe dar respuesta a sus necesidades de información explicándole los procedimientos que se le van a realizar y las sensaciones que va a sentir (7-10).

El alto nivel de estrés del personal de enfermería y en ocasiones, la falta de experiencia y formación, aumentan la preocupación por los procedimientos complejos y la tecnología que llevan asociados, desplazando el interés y la atención individualizada de los pacientes y sus necesidades, favoreciendo así la despersonalización y la pérdida del cuidado humanizado por parte de los profesionales.

Por lo tanto, ser consciente de todos los factores que influyen en la emisión y recepción de mensajes, comprender lo que el paciente comunica y saber transmitir mensajes según las necesidades del paciente, son habilidades esenciales que el profesional de enfermería debe desarrollar y adquirir (7-10).

### **Especialización de enfermería en quirófano**

A pesar de existir una homologación de los estudios de Enfermería como Grado, para así facilitar la movilidad profesional a nivel europeo, no en todos los países existen las mismas especialidades reconocidas. El país pionero en la formación de enfermería en quirófano es Noruega (desde el siglo XIX, seguida de Israel en 1936) (11).

España es uno de los pocos países de la Unión Europea que no tienen formación específica reconocida para enfermería de quirófano o anestesia. Países como Alemania, Portugal, Holanda o Italia tienen la especialidad reconocida y regulada para la formación de este equipo de profesionales (12).

## 2. JUSTIFICACIÓN

La enfermería ejerce un papel importante en la seguridad y el cuidado del paciente quirúrgico. Es la encargada de velar por el bienestar del paciente, por crear un ambiente adecuado para el desarrollo de la cirugía, de realizar los cuidados pre, intra y postoperatorios, tanto del paciente como de su familia.

Esta responsabilidad obliga al equipo de enfermería a estar informado y formado sobre las técnicas quirúrgicas, su desarrollo, sus cuidados y sus complicaciones para poder actuar en consecuencia. Siempre sobre una base de conocimientos de anatomía, técnicas anestésicas, protocolos y procedimientos.

Las intervenciones quirúrgicas en oftalmología se caracterizan por ser procesos delicados y de precisión, bajo anestesia local y sedación, lo que implica que el paciente se encuentra despierto y hay que asegurar su confort.

El entorno quirúrgico debe ser un ambiente tranquilo y relajado, donde enfermería tiene la obligación de actuar de forma rápida, precisa y adecuada al momento quirúrgico en el que se encuentre.

En este trabajo se abordará la anatomía motora ocular básica, tipos de *ptosis* que existen, las diferentes formas de repararlas, los cuidados de enfermería necesarios anteriores y posteriores a la cirugía, la descripción de la técnica y el material necesario para su desarrollo.

Existe en la actualidad una necesidad por parte de enfermería de buscar formación especializada, con el objetivo de tener los recursos formativos específicos para la actividad que se desarrolla en cada una de las unidades de un hospital. Es por ello, que existe una responsabilidad individual a realizar formación como másteres y expertos para poder llevar a cabo los cuidados adecuados a los pacientes y ofrecer una calidad asistencial óptima.

Esta situación justifica que exista este tipo de formación especializada, demostrando su gran utilidad y la necesidad de realizarla para el buen desarrollo de la enfermería.

### **3. OBJETIVOS**

1. Estudiar la patología ocular conocida como *ptosis* palpebral y las diferentes etiologías que existen.
2. Enumerar las distintas técnicas quirúrgicas para la reparación de la *ptosis* palpebral.
3. Conocer el material necesario para la técnica descrita.
4. Proporcionar una visión completa sobre la cirugía de *ptosis* y establecer la actuación de enfermería en función de cada situación.
5. Describir los cuidados que precisan los pacientes candidatos a esta cirugía tanto antes como después de la misma.

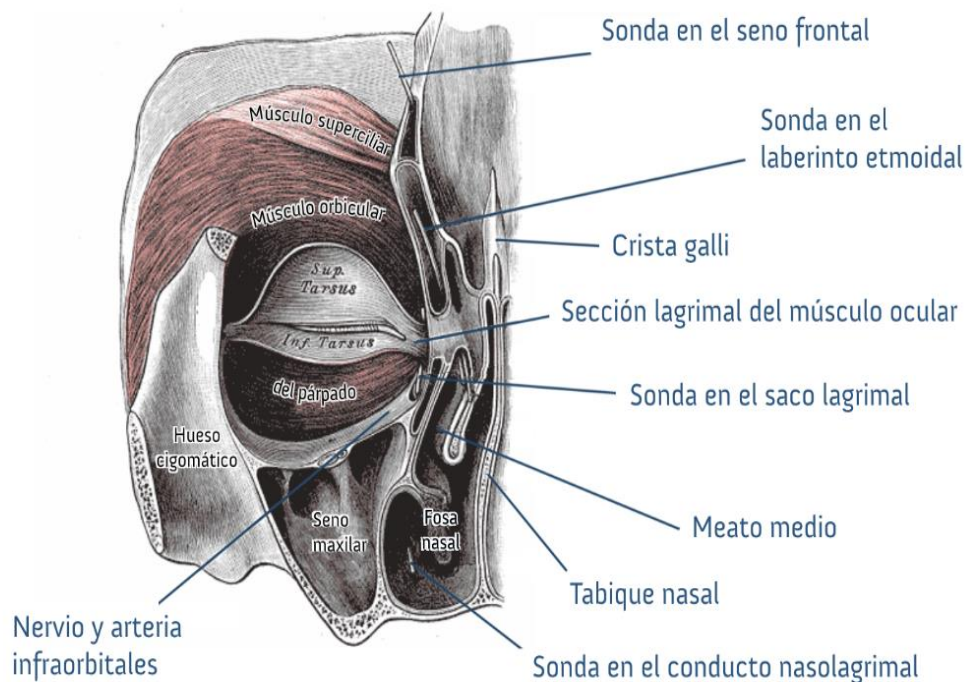


## 4. DESARROLLO

### 4.1. Recuerdo anatómico y fisiológico de la musculatura ocular externa

Los párpados son dos pliegues compuestos por piel, músculo, tejido fibroso y mucosa que cierran la órbita por delante. Las principales funciones son: proteger el globo ocular, facilitar el metabolismo de la córnea, evacuación de las lágrimas y permitir, durante el cierre de la hendidura palpebral en el parpadeo, la regeneración de los pigmentos retinianos.

La abertura existente entre ambos párpados se denomina hendidura palpebral. Los extremos de esa hendidura se llaman cantos externo e interno.



**Imagen 39. Musculatura periorbitaria (13).**

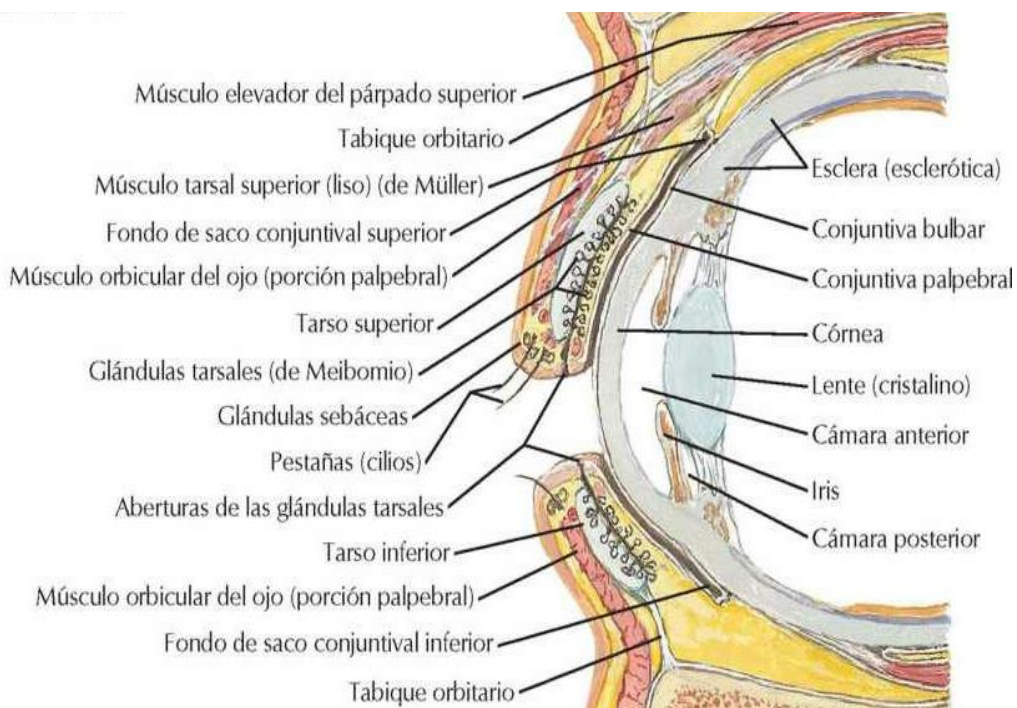
Desde un punto de vista estructural los párpados constan de cuatro capas (de fuera hacia dentro):

- **Capa externa o cutánea**, formada por piel delicada, elástica y sin grasa.
- **Capa muscular**, con varias subcapas a su vez:
  - o Músculo orbicular de los párpados: Está formado por fibras estriadas concéntricas que se insertan en el reborde orbitario encontrándose inervado por el VII par. Dividido en dos porciones:

una periférica u orbitaria (provoca el cierre voluntario y forzado de los párpados) y otra interna o palpebral (produce un cierre suave y el parpadeo involuntario).

- Músculo de Riolano.
- Elevador del párpado superior, inervado por el III par.
- Músculos palpebrales de Müller.
- **Capa fibrosa o Tarso,** que son láminas de tejido conectivo muy denso. El interior de esta capa está ocupado por las Glándulas de Meibomio, cuya desembocadura está en el borde de los párpados.
- **Capa mucosa o conjuntivas tarsales.**

Los bordes palpebrales tienen dos aristas, una externa, el asiento de las pestañas y otra interna, en íntimo contacto con el globo ocular. En la porción interna de ambos párpados se abren los puntos lagrimales, siendo éstos el comienzo de la vía lagrimal (14).



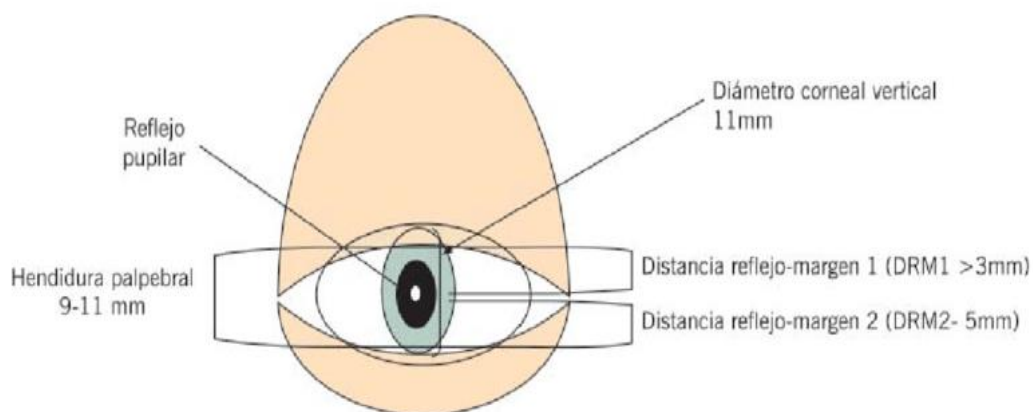
**Imagen 40. Capas de la musculatura palpebral (15).**

## 4.2. Exploración de los párpados

Teniendo en cuenta la variedad de posibilidades etiológicas que existen de la *ptosis* es necesario realizar una valoración meticulosa y precisa de todo paciente que acuda a la consulta con esta patología.

Una buena exploración debe contar con los siguientes puntos:

- **Historia clínica.** Resulta de suma importancia y aporta parte de la información necesaria para el diagnóstico del paciente. A través de ella se puede averiguar la edad de comienzo de la *ptosis* (diferenciar las adquiridas de las congénitas), si se asocian otro tipo de signo o síntoma, antecedentes quirúrgicos o traumáticos.
- **Inspección simple.** Se debe analizar con especial interés el aspecto de la cara, anomalías estructurales, si afecta a los dos ojos o sólo a uno, el grado de *ptosis*, alteración de la Motilidad Ocular Externa (MOE), etc. Las medidas estándar en una persona sana son:
  - o Altura del párpado superior: 1-1,5mm por debajo del limbo superior.
  - o Diámetro corneal vertical: 11mm.
  - o Hendidura palpebral: 9-11mm pasando por el centro de la pupila.
  - o Distancia reflejo-margen 1 (DRM1): más de 3mm.
  - o DRM2: 5mm.



**Imagen 41. Posición fisiológica de los párpados (16).**

- **Grado de *ptosis*.** Con el paciente sentado mirando hacia delante y la pupila sin dilatar, podemos clasificar la *ptosis* en:
  - o *Ptosis leve:* párpado en el reborde pupilar (2mm por debajo de su posición normal).
  - o *Ptosis moderada:* el párpado cubre parcialmente la pupila (3-4mm por debajo de su posición).
  - o *Ptosis grave:* la pupila se encuentra totalmente cubierta (más de 4mm de caída).

- **Función máxima del músculo elevador del párpado (FME).** Se define como la medida en mm de la excursión máxima que realiza el párpado superior desde una mirada extrema inferior hasta la superior. Se presiona por encima de la ceja con el pulgar para contrarrestar la acción del frontal:
  - FME excelente: 13mm o más.
  - FME muy buena: 10-12mm.
  - FME buena: 7-9mm.
  - FME mala: 4-6mm.
  - FME nula: menos de 4mm (16,17).

### 4.3. Tipos de *Ptoxis*

Existen numerosas etiologías y causas que producen esta patología. Lo principal es diferenciar una *ptosis* de una pseudoptosis. Ésta última está ocasionada por causas como por ejemplo el blefaroespasmó, el espasmó hemifacial, la regeneración aberrante del nervio facial, etc.

En función de la etiología diferenciamos los siguientes tipos de *ptosis*:

- ***Ptoxis* miogénicas.** Se deben a una disfunción del músculo elevador del párpado superior. A su vez pueden ser:
  - Congénitas:
    - *Ptoxis* miogénica simple. Es el más frecuente en la infancia y se presenta desde el nacimiento y no empeora con el paso del tiempo. Se produce por una disgenesia del músculo elevador.
    - Asociada con debilidad del músculo recto superior. Cursa con estrabismo vertical.
    - Síndrome de blefarofimosis. Enfermedad autosómica dominante. Existen malformaciones en la mitad superior de la cara.
    - Fibrosis congénita de los músculos extraoculares. Enfermedad hereditaria rara en la que el tejido contráctil de la musculatura extraocular se sustituye por tejido fibroso.
  - Adquiridas:

- Miastenia Gravis. Enfermedad autoinmune que se caracteriza por empeoramiento del cuadro a lo largo del día o tras el ejercicio.
  - Oftalmoplejia externa progresiva crónica. Miopatía de herencia mitocondrial que cursa con afectación lentamente progresiva de la musculatura ocular extrínseca.
  - Distrofia miotónica de Steinert. Enfermedad hereditaria autosómica dominante caracterizada por debilidad de la musculatura esquelética facial y periférica.
  - Distrofia oculofaríngea. Enfermedad hereditaria autosómica dominante y se presenta sobre la quinta década de vida y la *ptosis* se acompaña de debilidad de la musculatura facial y orofaríngea (disartria y disfagia).
- ***Ptosis* aponeuróticas.** Se deben a una desinserción, dehiscencia o adelgazamiento de la aponeurosis del elevador en su contacto con la placa tarsal. Son las más frecuentes de las *ptosis* adquiridas.
- *Ptosis* involutiva o aponeurótica senil: En la mayoría de los casos aparece a partir de los 60 años de edad, es bilateral y de grado moderado a grave. Existe cierta predisposición familiar.
  - Blefarocalasia: cuadro muy raro que cursa con episodios frecuentes de inflamación palpebral.
  - *Ptosis* aponeurótica congénita: la FME está conservada.
  - *Ptosis* asociada al embarazo: debido a los esfuerzos y el edema se puede producir la desinserción del elevador.
  - Lentes de contacto rígidas: por el continuo traumatismo y la manipulación del párpado.
  - *Ptosis* en la oftalmopatía tiroidea: debido al proceso inflamatorio agudo se puede producir la desinserción de la aponeurosis o estar asociada a alguna enfermedad autoinmune.
  - Parálisis facial: debido a las oclusiones oculares se puede producir la desinserción del elevador.
- ***Ptosis* neurogénicas.** Se deben a un defecto en la inervación del párpado superior.

- Parálisis congénita del III par craneal.
  - Parálisis adquirida del III par craneal: Aparece de forma aguda y su casusa más frecuente es la mononeuropatía isquémica. Las de origen compresivo (aneurismas de la arteria comunicante posterior o tumores) y que se acompañan de dilatación pupilar requieren de atención médica urgente.
  - Migraña oftalmoplejía.
  - Ptosis de Marcus-Gunn: el párpado ptósico se eleva ante determinados movimientos de la boca o mandíbula.
  - Síndrome de Horner: parálisis oculosimpática.
  - Síndrome de Duane: la contracción simultánea de los músculos recto medio y recto externo ocasiona una retracción del globo que da lugar a una falsa apariencia de *ptosis*.
  - Otras enfermedades neurológicas: como Guillain-Barré o la esclerosis múltiple.
- **Ptosis mecánicas.** Producidas por el aumento del peso o volumen palpebral. Dentro de este grupo también incluimos los edemas palpebrales, tumores palpebrales u orbitarios, dermatocalasia y acortamiento de los fondos de saco conjuntivales que tracciona del párpado.
  - **Ptosis traumáticas.** Los traumatismos en el ojo o la región periocular pueden producir edema, lesiones nerviosas, musculares, desinserción de la aponeurosis, hematomas, etc. En este apartado debemos incluir las producidas por la cirugía oftalmológica debido a lesiones directas, uso del blefaróstato, infiltraciones anestésicas voluminosas con compresión posterior, etc. (16, 18-20).

#### **4.4. Tratamiento de la *ptosis***

El tratamiento para esta patología es quirúrgico. Depende de la causa que provoque la *ptosis* se elegirá el tipo de cirugía a realizar. Existen varios tipos de cirugía tales como:

- Resección del músculo de Müller y conjuntiva.
- Resección del elevador.

- Suspensión frontal:
  - o Técnica de Crawford.
  - o Pentágono de Fox (21).
- Reinserción de la aponeurosis del elevador.

## **4.5. Cirugía de *ptosis***

### **4.5.1. Consentimiento informado**

Los pacientes tienen derecho a conocer, con cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. Será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El paciente podrá revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- Todo procedimiento que suponga un riesgo o inconveniente notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (22).

Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad legal de mantener el derecho a la información y de asegurarse de que la información recibida sea comprendida de manera adecuada (23).

### **4.5.2. Anestesia**

La cirugía de corrección de *ptosis* se realiza bajo sedación y con anestesia local. Se solicitará un preoperatorio previo a la intervención para comprobar que el paciente reúne las condiciones necesarias para someterse a la cirugía.

### **4.5.3. Técnica quirúrgica**

La función del músculo elevador se determina midiendo la excursión del párpado superior desde la infraducción hasta la supraducción, y se expresa en milímetros. Esta medida es importante ya que es en la que nos vamos a basar para la

elección de la técnica (24,25). En este trabajo se desarrollará la técnica de Reinserción de la aponeurosis del elevador ya que es la más usada actualmente.

#### 4.5.3.1. Reinserción de la aponeurosis del elevador (Ver Anexo 3)

Debido a la complejidad de la cirugía se debe realizar bajo microscopio. Los pasos quirúrgicos son los siguientes:

1. Se realiza el marcado del surco palpebral con el rotulador. El marcado se puede realizar con el paciente sentado y mirando ligeramente hacia abajo o en decúbito supino.
2. Con el paciente ya en la mesa de quirófano, en posición de decúbito supino, se infiltra anestesia en piel y en las ramas nerviosas sensitivas subsidiarias (supratrocLEAR, supraorbitario y lagrimal).
3. Colocación de protector de globo ocular (opcional).
4. Se realiza la incisión a lo largo de la marca realizada con el cuchillete de oftalmología de 45°.
5. Disección de piel, del tejido conjuntivo y del músculo orbicular, traccionando de él con cuidado con las pinzas con dientes, para no lesionar el septum orbitario. Nos ayudaremos del bisturí eléctrico para realizar dicha disección.
6. Debajo del orbicular se encontrará el septum orbitario más la grasa preaponeurótica.
7. Disección de las fibras del septum que se fusionan a la aponeurosis.
8. Dado que la aponeurosis puede estar separada del tarso y desplazada hacia arriba, es posible que el músculo de Müller quede a la vista.
9. La aponeurosis se desplaza arriba y abajo con los movimientos oculares del paciente. Por esta razón, se le pedirá que mueva el globo ocular en estas direcciones. Si se encontrara desinsertada y retraída, su localización puede ser más dificultosa. Las características de la aponeurosis serán muy fina, deshilachada en ocasiones e infiltrada de grasa.
10. Liberar la aponeurosis tanto del lado temporal como del nasal y exponer la cara anterior del tarso separando el músculo orbicular.



11. Se coloca en el tarso una sutura central a 2mm de su borde superior para anclar el extremo de la aponeurosis. Este punto se realiza de forma provisional para poder incorporar al paciente y comprobar que la altura de anclaje, contorno y simetría son los correctos. Tras la comprobación, se sutura de forma definitiva. En ocasiones es necesario reseccionar el sobrante de la aponeurosis para conseguir una elevación adecuada.

12. Para finalizar la cirugía se cierra el músculo orbicular con sutura reabsorbible y la piel con sutura no reabsorbible (26,27).

## **5. OBJETIVOS DE LA CIRUGÍA DE *PTOSIS***

Con la cirugía de Reinserción de la aponeurosis del elevador se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

- Una altura adecuada de los párpados.
- Simetría entre ambos ojos.
- Un contorno palpebral bonito y estético.
- Estabilidad en el tiempo.
- Ausencia de complicaciones (28).

## **6. MATERIAL QUIRÚRGICO**

Para realizar la cirugía anteriormente descrita se necesita tanto material fungible como material quirúrgico y aparataje específico.

*Material fungible (ver Anexo 1):*

- Batas estériles.
- Guantes estériles.
- Hemostetas.
- Gasas estériles.
- Paño de campo fenestrado.
- Paño de campo de medio cuerpo.
- Paño de campo para la mesa.
- Rotulador.
- Jeringa de 5cc Luer-Lock.

- Aguja de carga.
- Aguja de 30G para infiltrar la anestesia.
- Cuchillete de oftalmología de 45°.
- Suero fisiológico frío.
- Sutura reabsorbible 6/0 (según elección del cirujano).
- Sutura no reabsorbible 7/0 (según elección del cirujano).
- Mango de bisturí eléctrico.
- Placa para el bisturí eléctrico.
- Anestesia (según elección del cirujano).

*Material quirúrgico (ver Anexo 2):*

- Dos pinzas de disección de Castroviejo con dientes.
- Dos pinzas de disección rectas tamaño mediano.
- Dos tijeras Westcott curvas.
- Porta-agujas de Castroviejo.
- Tres mosquitos curvos pequeños.
- Un mosquito mediano recto.
- Un compás de Castroviejo (regla).
- Placa de párpado Jaeger.
- Separador de párpado de Desmarres (14,29).



**Imagen 42. Mesa quirúrgica (elaboración propia)**

*Aparataje:*

- Microscopio de oftalmología.
- Bisturí eléctrico.



**Imagen 43. Bisturí eléctrico (elaboración propia)**

## **7. CUIDADOS DEL PACIENTE**

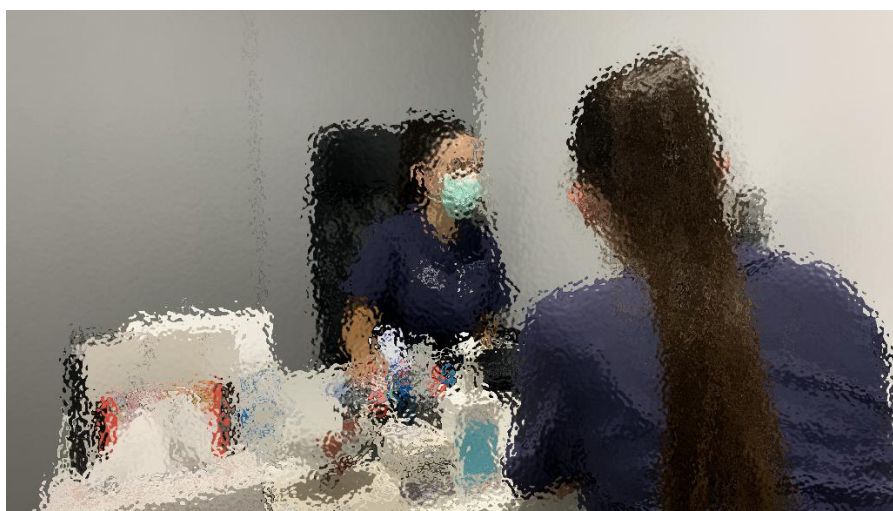
Todos los cuidados que se realizan al paciente oftalmológico en el quirófano deben de estar programados para poder conseguir nuestros objetivos: que el

paciente entre al quirófano en las mejores condiciones, se encuentre preparado para afrontar la cirugía y prevenir las complicaciones postquirúrgicas.

## 7.1 Fase preoperatoria

Esta fase comienza cuando el paciente decide operarse y termina cuando se transfiere a la mesa de quirófano. Se realizarán las pruebas complementarias necesarias para el preoperatorio (analítica de sangre con coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax según se considere). Estas pruebas son solicitadas por un médico especialista en anestesia, que valorará los resultados y dará el apto o no al paciente, para someterse a la intervención quirúrgica.

Se realizará una visita preoperatoria, el día anterior a la cirugía, que enfermería aprovechará para valorar y minimizar el nivel de ansiedad y miedo del paciente. Se le proporcionará información objetiva y resolución de posibles malentendidos que se hayan podido producir con el fin de tranquilizar al paciente, así como la oportunidad de que el paciente exprese sus sentimientos. Se debe aprovechar este momento para orientar tanto al paciente como a la familia en los cuidados postoperatorios necesarios y así favorecer la cooperación y participación en los mismos. Esta consulta brinda la oportunidad de establecer una relación de confianza mutua antes de la intervención.



**Imagen 44. Consulta preoperatoria de enfermería (elaboración propia).**

El día de la cirugía lo recibirá enfermería con el historial clínico completo e indicará al paciente el lugar donde deberá cambiarse de ropa (se le

proporcionará una bata limpia de la clínica), retirarse todos los objetos de valor, joyas y prótesis dental o de cualquier otro tipo. Se colocará un gorro y calzas en caso de que el paciente acceda caminando al quirófano.

Enfermería realizará una breve entrevista al paciente donde se comprobarán los siguientes puntos antes del quirófano:

- En la historia clínica:
  - o Consentimiento informado.
  - o Preoperatorio.
  - o Check List específico para el quirófano de oftalmología (30) (Ver Anexo 4).
- Con el paciente:
  - o Medicación habitual y suspensión de algún tratamiento específico si así lo indicara el anestesista o cirujano.
  - o Alergias.
  - o Ayunas (8 horas antes no comerá ni beberá nada).
  - o Higiene adecuada.
  - o Retirada de prótesis y objetos de valor.
  - o Necesidades especiales del paciente.

Se canalizará una vía periférica en el brazo más adecuado a la organización del quirófano, en caso de existir alguna razón que lo impidiera se canalizará en el contrario. Administraremos la premedicación pautaada si así lo requiriera el anestesista.

Procederemos al traslado del paciente al interior del quirófano acompañado de su historia clínica (31-33).

## **7.2 Fase intraoperatoria**

Se define como fase intraoperatoria al periodo de tiempo que comprende desde que el paciente entra al quirófano hasta su traslado a la unidad de recuperación de quirófano (34).

La correcta colocación del paciente en la mesa de quirófano es de vital importancia, para que se sienta cómodo y se mueva lo menos posible durante el procedimiento. La seguridad es el principal factor a tener en cuenta. Se debe

mantener el alineamiento corporal y la integridad cutánea. Para la cirugía oftalmológica se colocará al paciente en decúbito supino. En esta cirugía es necesario el bisturí eléctrico por lo que se pondrá una placa segura y en una zona idónea para ello (lo más próximo a la incisión, bien vascularizada y sin que interfiera en la monitorización) (35).

El equipo quirúrgico se compone de un grupo estéril, que son el cirujano, el ayudante del cirujano y la enfermera instrumentista, y un grupo no estéril que es el anestesista, la enfermera circulante y el auxiliar de enfermería (36).



**Imagen 45. Personal de quirófano (elaboración propia).**

Las funciones más importantes de la enfermera instrumentista son vigilar y proteger la asepsia y esterilidad, asistir al cirujano, mantener el orden tanto en el campo quirúrgico como en la mesa de instrumental y realizar el contaje de gasas y compresas al terminar la cirugía.

Sin embargo, se pueden destacar las siguientes funciones de la enfermera circulante como llevar a cabo el registro, canalización de vías y otras necesidades del paciente, coordinar las actividades del quirófano y realizar el traslado del paciente a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) (37).

### **7.3 Fase postoperatoria**

La fase postoperatoria es la etapa que va desde la finalización de la intervención quirúrgica hasta que el paciente no precise de una vigilancia intensiva y pueda trasladarse a la Unidad de Hospitalización (38).

Una vez el paciente se encuentre en la URPA se controlarán los signos vitales (tensión arterial, pulso y respiración valorando la permeabilidad de las vías

aéreas). Se realiza un control de los apósitos quirúrgicos y de la zona intervenida por si apareciera algún tipo de hemorragia (39).

Es de vital importancia que enfermería realice un control estrecho del paciente para poder identificar las complicaciones potenciales y poder actuar en consecuencia.

La responsabilidad de dar el alta recae en el equipo que ha realizado la intervención. Se deben cumplir una serie de criterios como valorar la estabilidad de los signos vitales, deambulación, náuseas y vómitos, el estado de la herida y recuperación de la ingesta. En caso de que el paciente no reúna todos los criterios deberá quedar ingresado en la unidad de hospitalización (40).

## **8. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS**

Es importante recalcar que no existe ninguna cirugía sin riesgo. Todo procedimiento quirúrgico lo conlleva en menor o mayor relevancia pudiendo ser leves, moderadas o graves. Existen complicaciones derivadas de la anestesia (ya sea general o local) como una reacción alérgica leve al anestésico, como irreversible por depresión del sistema nervioso central e incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (31). Las complicaciones específicas de la cirugía reparadora de *ptosis* son:

- Hematoma de los párpados. Se debe realizar una hemostasia cuidadosa durante la cirugía para evitar esta complicación.
- Hemorragia orbitaria.
- Dolor.
- Infección de las heridas quirúrgicas.
- Imposibilidad de un cierre perfecto de los párpados (hipercorrección con exposición de la córnea). En este caso se tomarán medidas para evitar que la córnea se lesione por la falta de protección (uso de lágrimas artificiales o pomadas tópicas).
- Persistencia de cierto grado de *ptosis* después de la cirugía (hipocorrección). Es la más frecuente de las complicaciones y precisa de una nueva intervención.

- Granulomas en los puntos de sutura. Se tratan de pequeñas sobreelevaciones provocadas por un tejido que genera el organismo ante un elemento extraño (sutura). Deben ser extirpados o infiltrados con corticoides.
- Cicatriz anormal (hipertrófica) en la piel del párpado. Si no existen antecedentes quirúrgicos o en heridas de otro tipo de esta predisposición, es imposible preverla. Es sumamente infrecuente.
- Dehiscencia de la herida quirúrgica (apertura de los bordes de la herida). Debe realizarse un nuevo cierre de la piel (32,41).

Existen complicaciones derivadas del uso del bisturí electroquirúrgico que hay que evitar:

- Quemaduras; ocurren cuando la placa no está bien adherida a la piel o existe alguna separación entre ellas.
- Fuego y explosiones; las chispas producidas en la fase de corte o coagulación pueden prender el oxígeno acumulado en paños cerrados (oxigenoterapia en pacientes). Asimismo, las preparaciones cutáneas con alcohol se deben evitar también.
- Humo quirúrgico; se han aislado sustancias tóxicas como carcinógenos o material vivo activo. Se debe contar con un sistema de evacuación.
- Toque entre instrumentos quirúrgicos metálicos; se pueden dañar tejidos cercanos a la zona de la cirugía por lo que se debe tener bajo control el instrumental en todo momento (42).



## 9. DISCUSIÓN

Una de las limitaciones existentes en la elaboración de este protocolo se encuentra en la búsqueda bibliográfica, ya que, a pesar de existir numerosas bases de datos, son pocos los trabajos realizados desde un punto de vista de los cuidados de enfermería (43).

La enfermería es una profesión que abarca el cuidado holístico del paciente y técnicas especializadas, por lo que, fomentar la investigación y la especialización es de gran valor.

La enfermera es el profesional de la sanidad referente tanto para el enfermo, como para la familia, como para el médico, que necesita saber el estado de su paciente. Esto nos obliga a tener habilidades de comunicación, comprensión, valoración y profesionalidad ya sean naturales en el individuo o adquiridos mediante formación. Una enfermera sin dicha formación específica o sin los conocimientos adecuados no podrá proporcionar todos los cuidados requeridos en ciertas situaciones como en un quirófano, ya sea instrumentando, circulando o atendiendo directamente al paciente.

Sin embargo, la fortaleza de este protocolo reside en la revisión completa realizada de los cuidados y de la preparación de todo el proceso quirúrgico incluyendo la técnica paso a paso. Este protocolo pretende ser una herramienta útil en la práctica clínica, que permita al personal de enfermería proporcionar unos cuidados específicos y de alta calidad. Tiene como objetivo ser una base fiable para todo aquel personal sanitario que quiera ampliar sus conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico o sobre la técnica específica.

Es importante, en cualquier unidad quirúrgica, que exista una relación de protocolos de cuidados de enfermería estandarizados que garantice la seguridad del paciente y del correcto desarrollo del procedimiento.

Para ello, debería existir una formación especializada y reconocida a nivel europeo, estableciendo así una formación estandarizada desde la que poder proporcionar unos cuidados óptimos en cualquiera de los puestos que ocupa el personal de enfermería. Es nuestro país el que se encuentra rezagado en este sentido, ya que es el único que no tiene reconocida la especialidad de quirófano.

Países como Alemania, Holanda, Argentina o Portugal ya reconocen la figura de la enfermera de quirófano o instrumentadoras quirúrgicas estableciendo su formación y su titulación (12). Es nuestra responsabilidad, reclamar dicha formación mediante la demanda de especialidades. Mientras tanto, hay que seguir avanzando a través de otras vías como másteres oficiales, de título propio o expertos para poder adquirir los conocimientos necesarios para el buen desarrollo de la enfermería y del buen hacer de nuestra profesión.

## 10. CONCLUSIONES

Para poder comprender el procedimiento quirúrgico de la re inserción de la aponeurosis del elevador, técnica quirúrgica más utilizada en la actualidad, es necesario conocer la anatomía de la zona ocular y las distintas etiologías de la *ptosis*.

El papel de enfermería en cualquier procedimiento quirúrgico es de vital importancia, ya que es la encargada de los cuidados del paciente y de su familia tanto pre como postoperatorios.

La implementación de esta responsabilidad implica una formación especializada basada en conocimientos científicos.

El protocolo desarrollado pretende ofrecer una guía para los profesionales de enfermería desde un punto de vista asistencial, sino incluyendo otras responsabilidades existentes en el quirófano como la instrumentación, preparación de material o registros quirúrgicos.

Es necesario la existencia de protocolos quirúrgicos específicos para poder así estandarizar los cuidados y de esta manera, cualquier profesional de enfermería pueda proporcionar una atención de calidad y adecuada en cada momento de la cirugía.

Es de suma importancia que enfermería siga investigando y realizando formación especializada para llegar a conseguir un nivel de cuidados óptimo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Canales, J. Párpado caído (*Ptosis*) [Internet]. Valencia. Sociedad Oftalmológica de la Comunidad Valenciana. [Consultado 27/02/2022]. Disponible en: [www.socv.org/patologías-frecuentes/parpado-caido-ptosis/](http://www.socv.org/patologías-frecuentes/parpado-caido-ptosis/)
2. Boyd, K. ¿Qué es la *ptosis*?. American Academy of Ophtalmology: David Turbert. 25/02/2022 [Consultado 28/02/2022]. Disponible en: [www.aaopt.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-ptosis](http://www.aaopt.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-ptosis)
3. Ciércoles Rodríguez, M. *Ptosis* palpebral: clasificación, técnicas de exploración y tratamiento quirúrgico. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias. Grado en Óptica y Optometría. (2016-2017). [Consultado 04/01/2022]. (p.04). Recuperado a partir de: [www.zaguan.unizar.es/record/65186/files/TAZ-TFG-2017-1988.pdf](http://www.zaguan.unizar.es/record/65186/files/TAZ-TFG-2017-1988.pdf)
4. Negrín-Cáceres, Y. Cabrera-Romero A. C. Cárdenas-Monzón, L. Figueroa-Padilla, M. Comportamiento clínico-quirúrgico de la *ptosis* palpebral en la consulta de cirugía Plástica Ocular. *Medicent Electrón* [Internet] 2016 [Consultado 04/01/2022]; 20 (1): p. 18-26. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432016000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000100004)
5. González, M. O. Durairaj, V. D. The history of *Ptosis* Surgery. En: A. J. Cohen, D. A. Weinberg. *Evaluation and Management of Blepharoptosis*. Nueva York; Springer; 2010. p. 5-11. DOI 10.1007/978-0-387-92855-5\_2
6. Diario enfermero. La escasez de enfermeras, unas de las grandes deficiencias a la hora de tratar a los pacientes crónicos durante la pandemia [Internet] 20/05/2020 [Consultado 17/05/2022]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/la-escasez-de-enfermeras-una-de-las-grandes-deficiencias-a-la-hora-de-tratar-a-los-pacientes-cronicos-durante-la-pandemia/>
7. Berruezo Sancho, E. Val ajona, E. Esandi Vidaurre, N.E. Gómez Salvador, B. Navallas Santos, L. Cuidados humanizados en el área quirúrgica. *Revista electrónica portales médicos* [Internet] 2021 [Consultado 06/05/2022]; 16 (13): p. 680. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-humanizados-en-el-area-quirurgica/>
8. Varela Curto, M<sup>a</sup>. D. Sanjurjo Gómez, M<sup>a</sup>. L. blanco García, F. El lenguaje de los cuidados. *Enfuro* [Internet] 2009 [Consultado 06/05/2022]; (3): p. 8-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066074>
9. Bricio Medano, C. Sanchís Colas, T. Medrano Hernández, A. Juan Alejandro, A. Martín Sánchez, M. I. Rodríguez Grande, R. M. ¿Cómo humanizar los cuidados en el entorno quirúrgico?. *Revista sanitaria Investigación* [Internet] 2021 [Consultado 06/05/2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/como-humanizar-los-cuidados-en-el-entorno-quirurgico/>
10. Portela Fernández, T. Hernández rosario, G. Blázquez Marchena, N. Hernández Placías, R.M. La práctica de enfermería y la humanización del cuidado en el quirófano. *Revista electrónica portales médicos* [Internet] 2012 [consultado 06/05/2022]; 7 (15): p. 609. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revistamedica/lapractica-de-enfermeria-y-la-humanizacion-del-cuidado-en-el-quiروفano/>

11. Canals Cadafalch, M. La formación de la enfermería quirúrgica: una visión comparativa desde Europa. *Revista Española Educación Comparada*. 2004; 10 (2004): p. 275-297.
12. Pérez Ortiz, M. Influencia de la formación de la enfermería del quirófano en la seguridad del paciente quirúrgico. Percepción de los enfermos y revisión de un sistema de Comunicación de Incidentes. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Tesis doctoral. (2019). [Consultado 05/05/2022]. (p. 93-102). Recuperado a partir de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59566/>
13. Chris, J. Atlas conciso de los músculos. Editorial Paidotribo. 2008. ISBN 8480199385.
14. González Osuna, A. Parrilla Morales, S. Cirugía de Anejos. En: Enrique Cosme Pereira coordinador. *Tratado de Enfermería Oftalmológica*. 1ª Edición. SEE OF (Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica); 2011. p. 28. p. 461-467. ISBN978-84-615-2036.
15. Edajube. Órbita y contenido [Internet]. Valencia. Editor: E.Top. 2021 [Consultado 09/01/2022]. Disponible en: [www.enfermeria.top/slides/orbita-contenido/#/](http://www.enfermeria.top/slides/orbita-contenido/#/)
16. Ortiz-Pérez, S. Sánchez-Dalmau, B.F. Fernández, E. Mesquida, M. *Ptosis palpebral*. *Annals d'Oftalmología*. 2009; 17 (4): p. 203-213.
17. Abalo-Lojo, J.M. Protocolo diagnóstico de la *ptosis* palpebral [Internet]. Martínez Grau, G. Libro virtual para la formación de los residentes en oftalmología. Sociedad Española de Oftalmología (SEO). [Consultado 14/01/2022] p. 65-75. Disponible en: <https://libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/08-parpados-2/>
18. Sales Sanz, A. Malposición palpebral: *ptosis*. Clasificación y patogenia [Internet]. Martínez Grau, G. Libro virtual para la formación de los residentes en oftalmología. Sociedad Española de Oftalmología (SEO). [Consultado 11/02/2022] p. 77-84. Disponible en: [www.libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/09-parpados-2/](http://www.libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/09-parpados-2/)
19. Fernández Fernández, R. Domínguez Vega, ME. Martín Álvarez, MD. Carretero Ramos, R. *Ptosis palpebral*. Sincinesia de Marcus Gunn. *Rev Pediatr Aten Primaria* [internet]. 2004 [Consultado 11/02/2022]; VI (21). Disponible en: [www.pap.es/files/1116-341-pdf/354.pdf](http://www.pap.es/files/1116-341-pdf/354.pdf)
20. Fernández Reyes, K. Martínez Chávez, R. Fernández Reyes, L.A. Funcionalidad del músculo elevador del párpado superior en pacientes con *ptosis* palpebral. En: 2do Congreso virtual de ciencias Morfológicas. 2da Jornada científica de la cátedra Santiago Ramón y Cajal. Manzanillo: Morfovirtual; 2014. p. 1-22.
21. Mesa Gutiérrez, JC. Mascaró Zamora, F. Muñoz Quiñones, S. Prat Bertomeu, J. Arruga Ginebreda, J. Cirugía del párpado superior para el tratamiento de las *ptosis* congénitas. *Cir Pediatr*. 2007; 20 (2): p. 91-95.
22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. España. Jefatura del Estado. Nov 2002. BOE-A-2002-22188.
23. Moratilla Márquez, A. Cantero González, L. Hernández Moratilla, R. Molino Contreras, J.L. La enfermería y el consentimiento informado. Cartagena: Escuela Universitaria de Cartagena. Cuadernos de Bioética (1998) [Consultado 19/05/2022]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1998/1/33/64.pdf>

24. Fleitman-Broder, C. Conjuntivo-müllerectomía para la corrección de *ptosis* congénita recurrente, presentación de tres casos. *Rev Mex Oftalmol.* 2020;94 (5): p. 234-237.
25. Prada Sánchez, C. Malposición palpebral: *ptosis*. Tratamiento [Internet]. Martínez Grau, G. Libro virtual para la formación de los residentes en oftalmología. Sociedad Española de Oftalmología (SEO). [Consultado 11/02/2022] p. 56-63. Disponible en: [www.libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/11-parpados-2/](http://www.libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/11-parpados-2/)
26. Martínez Grau, G. Prada Sánchez, M.C. Mateos Sánchez, E. Augusto V. Cruz, A. Mitiko S. Akaishi, P. Alonso, T. *Ptosis* palpebral. En: Sociedad Española de Oftalmología. Cirugía palpebral y periocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2009. p. 187-234. ISBN: 978-84-89085-41-1.
27. Novo Torres, A. Salvador Sanz, J.F. Lorda Barraguer, E. Laredo Ortiz, C. Corrección de *ptosis* palpebral por la incisión de blefaroplastia. *Cir. Plas. Iberolatinoam.* 2006; 32(3): p. 179-184.
28. García Saldoval, B. Corrección de la *ptosis* palpebral mediante suspensión al músculo frontal. En: MAC-LINE, S.L. Cirugía palpebral paso a paso. 1ª Edición. Córdoba. MAC-LINE S.L.; 2004. 82-95. ISBN: 84-89085-27-7.
29. Nogueira Goriba, N. romero Royo, C. Genol Saavedra, I. Fernández Jiménez-Órtiz, H. El instrumental en cirugía palpebral [Internet]. Cirugía palpebral y periocular. [Consultado 19/05/2022]. Ponencia oficial de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO). 2009. P.65-68. ISBN: 978-84-89085-41-1.
30. Peinado Antón, C. Atención de Enfermería en el trasplante de córnea. Valladolid: Universidad de Valladolid. Máster Universitario en enfermería Oftalmológica. (2014-2015). [Consultado 17/02/2022]. (p.46). Disponible en: [www.uvadoc.uva.es/handle/10324/13249?locale=en](http://www.uvadoc.uva.es/handle/10324/13249?locale=en)
31. Instituto de Plástica ocular y Oftalmología. Documento de consentimiento informado para *ptosis* palpebral [Internet]. Madrid: IPOOM. [Consultado 09/01/2022]. Disponible en: [www.institutodeplasticaocularyoftalmologia.es/wp-content/uploads/09-ptosis-palpebral.pdf](http://www.institutodeplasticaocularyoftalmologia.es/wp-content/uploads/09-ptosis-palpebral.pdf)
32. Borrone, R. Consentimiento informado para la cirugía de la *ptosis* del párpado superior [Internet]. Argentina: Consejo Argentino de Oftalmología. [Consultado 09/01/2022]. Disponible en: [www.oftalmologos.org.ar/files/herramientas/consentimientos/08.02.pdf](http://www.oftalmologos.org.ar/files/herramientas/consentimientos/08.02.pdf)
33. Merino de la Hoz, F. Enfermería clínica I [Internet]. Cantabria: Open Course Ware. Universidad de Cantabria [Consultado 17/02/2022]. Disponible en: [www.ocw.unican.es/pluginfile.php/837/course/section/901/Tema%25203.1%2520Proceso%2520quirurgico-periodo%2520preoperatorio.pdf](http://www.ocw.unican.es/pluginfile.php/837/course/section/901/Tema%25203.1%2520Proceso%2520quirurgico-periodo%2520preoperatorio.pdf)
34. DAE Formación. Etapas del proceso quirúrgico [Internet]. DAE Formación; 09/03/2021 [Consultado 21/04/2022]. Disponible en: [www.daeformacion.com/etapas-proceso-quirurgico/#Periodo\\_intraoperatorio](http://www.daeformacion.com/etapas-proceso-quirurgico/#Periodo_intraoperatorio)
35. Arbe, V.A. Apuntes de Cátedra. Fundamentos de instrumentación quirúrgica I. Argentina: Instituto de Formación Superior. Tecnicatura Superior en Instrumentación Quirúrgica (2020) [Consultado 08/01/2022]. Disponible en: <http://ifssa.ddns.net/biblioteca/files/original/d837efd88011cdc834ee1a680f1b386d.pdf>

36. Basozabal Zamakona, B. Durán Díaz de Real, M<sup>a</sup> A. Manual de enfermería Quirúrgica [Internet]. País Vasco: Hospital de Galdakao; 2003 [Consultado 22/02/2022]. Disponible en: [www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual\\_de\\_enfermeria\\_quirurgica.pdf](http://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf)  
D.L.: SA-1268-2003
37. Álamo García, R. Álvarez cuesta, A. Álvarez Ramírez, B. González Calvo, M. C. Valoración y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico. Preoperatorio: Visita prequirúrgica. Recepción del paciente, preparación para la cirugía. Intraoperatorio: cuidados del paciente durante la intervención. Tipos de anestesia y manejo de fármacos. En: Moreno Sosa, M. Villaseñor Roa, L. A. Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. 1<sup>a</sup> Edición. Madrid: Enfo Ediciones; 2008. p.31-74. ISBN 10 (Volumen III): 84-96690-95-4.
38. Lamas Iglesias, L. Cuidados al paciente quirúrgico en etapa postoperatoria inmediata. Ocronos [Internet] 2021 [Consultado 29/04/2022]; IV (12). Disponible en: [www.resvistamedica.com/cuidados-etapa-postoperatoria-inmediata/](http://www.resvistamedica.com/cuidados-etapa-postoperatoria-inmediata/)
39. Cirugía. Postoperatorio [Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 08/08/2011 [Consultado 29/04/2022]. Disponible en: [www.blogs.unc.edu.ar/cirurgia/2011/08/08/postoperatorio/](http://www.blogs.unc.edu.ar/cirurgia/2011/08/08/postoperatorio/)
40. Del Amo, F. García, J. Gil, E. Giménez, M.A. Giménez, D. Giner, E. Gómez, M. Fisiopatología médica. Proceso quirúrgico; Postoperatorio. [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; [Consultado 29/04/2022] Disponible en: [http://mural.uv.es/rasainz/1.1 GRUPO3 POSTOPERATORIO.pdf](http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf)
41. Hernández Gómez, F. V. Herrera Alaniz, K. L. Manejo de *ptosis* palpebral utilizando la técnica de suspensión frontal con fascia lata, por cirugía plástica del HEODRA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. (2015). p. 34-39. Disponible en: [www.riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/6832](http://www.riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/6832)
42. Vozmediano Serrano, M. T. Arteaga Sánchez, A. Vallejo San Juan, A. Toledano Fernández, N. Dispositivos de corte y cauterización en cirugía oculoplástica [Internet]. Cirugía palpebral y periocular. [Consultado 19/05/2022]. Ponencia oficial de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO). 2009. P.69-74. ISBN: 978-84-89085-41-1
43. Eterovic Díaz, C. Stiepovich Bertoni, J. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. Cienc. Enferm. 2010; 16 (3): p. 9-14. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300002&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300002&script=sci_arttext)



## 12.1 ANEXO 1. Material fungible (elaboración propia)



Imagen 1. Aguja 30G más jeringa Luer-Lock



Imagen 2. Aguja de Carga



Imagen 3. Bata estéril



Imagen 4. Cuchillete de oftalmología 45°



Imagen 5. Gasas estériles



Imagen 6. Guantes estériles



Imagen 7. Hemostetas



Imagen 8. Mango Bisturí eléctrico

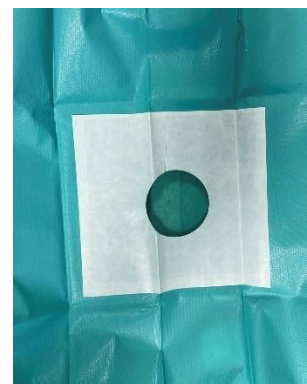


Imagen 9. Paño fenestrado



## 12.1 ANEXO 1. Continuación (elaboración propia)



Imagen 10. Paño campo medio cuerpo



Imagen 11. Paño campo mesa



Imagen 12. Placa bisturí eléctrico

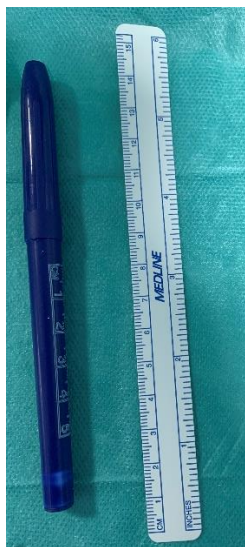


Imagen 13. Rotulador estéril más regla



Imagen 14. Sutura no reabsorbible



Imagen 15. Sutura reabsorbible

## 12.2 ANEXO 2. Material quirúrgico (elaboración propia)



**Imagen 16. Pinza disección con dientes**



**Imagen 17. Pinza disección sin dientes**



**Imagen 18. Tijera Westcott**



**Imagen 19. Tijera Westcott punta roma**



**Imagen 20. Porta agujas De Castroviejo**



**Imagen 21. Mosquito curvo**



**Imagen 22. Mosquito recto**

## 12.2 ANEXO 2. Continuación (elaboración propia)



**Imagen 23. Compás de Castroviejo**



**Imagen 24. Placa Jaeger**



**Imagen 25. Separador de Desmarre**



### 12.3 ANEXO 3. Pasos cirugía (elaboración propia)

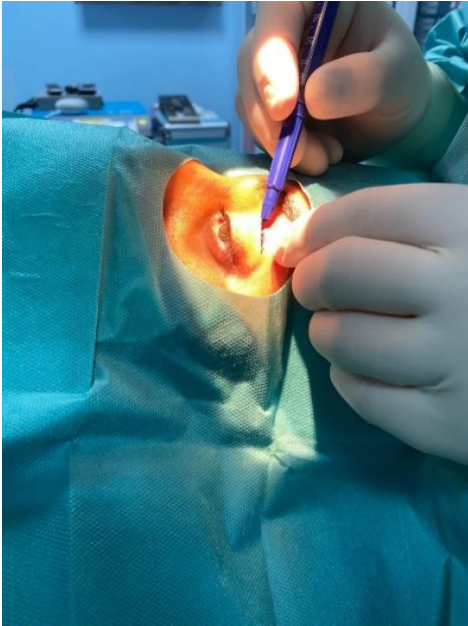


Imagen 26. Marcado con rotulador



Imagen 27. Infiltrado de anestesia

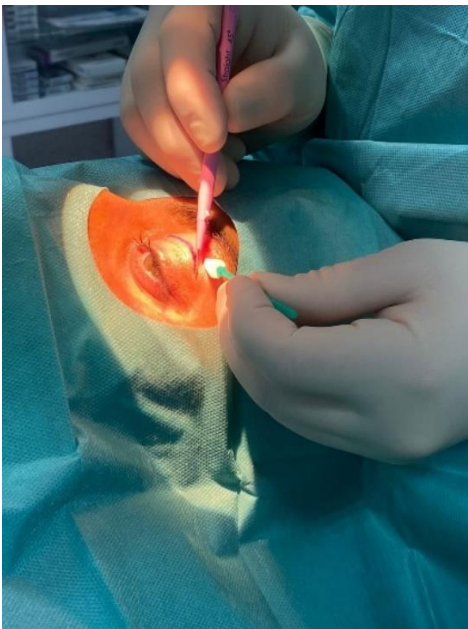


Imagen 28. Incisión con cuchillete



Imagen 29. Disección tejido conjuntivo y músculo orbicular

### 12.3 ANEXO 3. Continuación (elaboración propia)

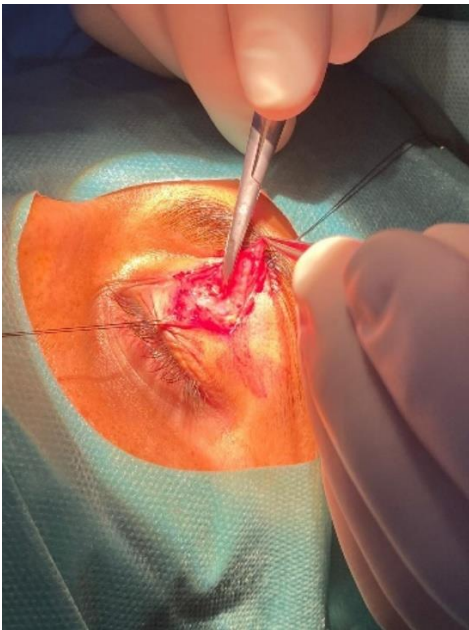


Imagen 30. Disección del músculo elevador

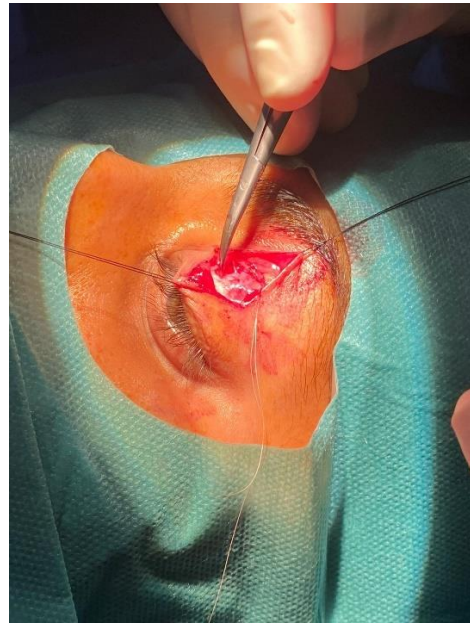


Imagen 31 Disección del tarso

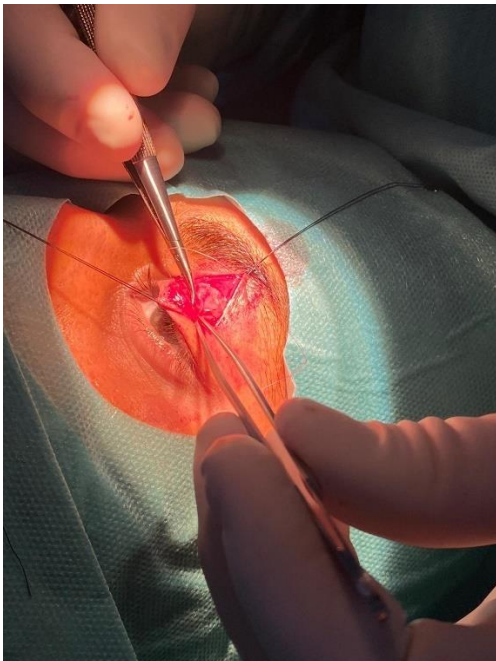


Imagen 32. Reinserción de la aponeurosis del elevador

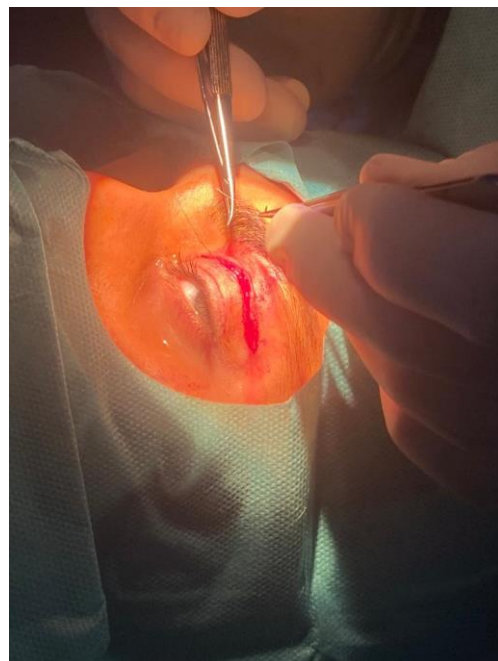
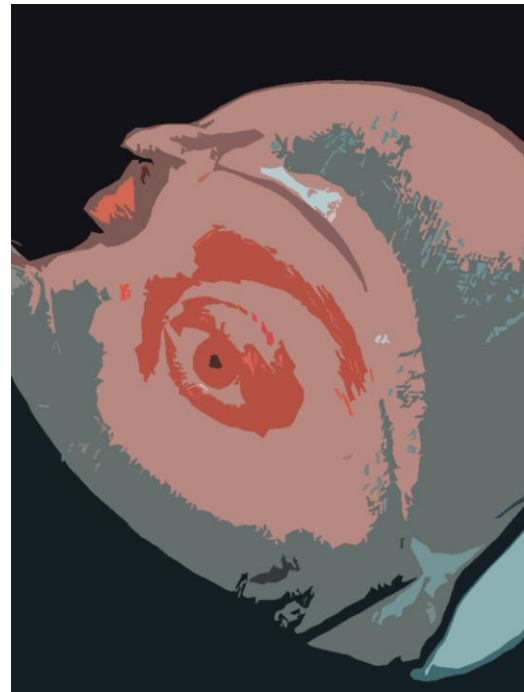


Imagen 33 Sutura musculatura orbicular

### 12.3 ANEXO 3. Continuación (elaboración propia)



**Imagen 34. Sutura en piel**



**Imagen 35. Herida quirúrgica suturada**



**Imagen 36. Resultado final**



## 12.4 ANEXO 4.

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de iniciar la intervención	Antes de que el paciente salga de quirófano
<p><b>Confirmación:</b></p> <p><input type="checkbox"/> De la identidad del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimiento informado</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico marcado/confirmado</p> <p><input type="checkbox"/> Dilatación pupilar    Si    No procede</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmación Biometría    Si    No procede</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmación Implantes    Si    No procede</p> <p>Tipo y potencia de la lente:.....</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Seguridad eléctrica verificada?    Si</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se han comprobado los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?    Si</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?    Si</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?    No    Si</p> <p>... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <p>No</p> <p>Si, y materiales y equipos/ayuda disponibles</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y equipo quirúrgico</p> <p><b>Previsión de eventos críticos</b></p> <p><b>Cirujano:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o inesperados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><b>Anestesiista:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>No</p> <p>Si, ¿cuál?</p> <p><b>Equipo de enfermería:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?</p> <p>Si</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?</p> <p>Si</p> <p>No procede</p> <p><b>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</b></p> <p>Si</p> <p>No procede</p>	<p><b>El enfermero confirma verbalmente:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación de muestras biológicas</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?    Si    No</p> <p>¿Cuál? .....</p> <p><b>Cirujano, anestesiista y enfermero:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y los cuidados del paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se administró Profilaxis antibiótica intraoperatoria?</p> <p>Si    No procede</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Necesita profilaxis tromboembólica?</p> <p>Si    No</p> <p><b>O b s e r v a c i o n e s :</b></p> <p>.....</p> <p>Etiqueta Identificativa del Paciente</p> <p><b>Fecha:</b></p> <p><b>Procedimiento y Especialidad:</b></p> <p><b>Coordinador:    Cirujano:    Anestesiista:</b></p> <p>.....</p>

PROCESO QUIRÚRGICO

Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (Unidad de Cirugía Oftálmica). Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (30).