

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE OFTALMOLOGÍA: ENDOFTALMITIS

AUTORES:

De Nova de la Mata, Laura E mail: lauradenova@yahoo.es.

Albalá Márquez, Dolores; Sánchez Ramos, Lidia.

Enfermeras del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Virgen Macarena.

RESUMEN

La endoftalmitis constituye una de aquellas situaciones, de entre las que se atienden en los servicios de urgencias, que requiere una atención realmente rápida y efectiva de sus profesionales, tanto médicos como enfermeros. Hay que tener en cuenta que la endoftalmitis aguda es un cuadro clínico muy serio que puede llevar a la pérdida del ojo en pocas horas. Debido a las alteraciones visuales que sufren los pacientes con este tipo de patología su bienestar bio-psico-social se ve notablemente afectado, especialmente durante los primeros momentos de asistencia en urgencias. Por tanto, se han desarrollado unas pautas de asistencia básica, así como un plan de cuidados en el que se presentan los diagnósticos, objetivos e intervenciones del personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Endoftalmitis. Plan de cuidados de enfermería. Urgencias de oftalmología.

TITLE

NURSING CARE IN OPHTHALMOLOGY EMERGENCIES: ENDOPTHALMITIS

SUMMARY

Endophthalmitis represents one of those situations, sometimes seen in the emergency services, which actually requires the fast and effective attention of doctors and nurses. It is necessary to notice that acute endophthalmitis is a very serious clinical problem which can cause the lack of vision or even the entire eye in a few hours. Due to the visual anomalies that patients suffer with this kind of condition, their bio-psycho-social welfare is remarkably affected, most of all during the first emergency assistance. Therefore, some norms for elementary care have been developed as well as a nursing care plan containing diagnoses, associated outcomes and associated interventions.

KEY WORDS

Endophthalmitis. Nursing care plan. Ophthalmology emergencies.

INTRODUCCIÓN

La endoftalmitis es una patología ocular relativamente frecuente que se atiende en los distintos servicios de urgencias y, es importante considerar que la posibilidad de devastación del ojo afectado justifica una inmediata atención de las mismas. Hay que tener en cuenta que la endoftalmitis aguda es un cuadro clínico muy serio que puede llevar a la pérdida del ojo en pocas horas.

Debido a las alteraciones visuales que sufren los pacientes con este tipo de patología su bienestar bio-psico-social se ve notablemente afectado, especialmente durante los primeros momentos de atención debido, sobre todo, a la complejidad del tratamiento y a la incertidumbre de su evolución. La enfermería juega, por tanto, un papel vital en este proceso, cuestión que se intentará abordar a continuación mediante el desarrollo de unas pautas básicas de actuación y, de un plan de cuidados que parta de la valoración inicial del paciente y su situación, implementando a continuación los diagnósticos y objetivos marcados mediante las intervenciones de enfermería planeadas en función a ellos. Se finalizará con la necesaria evaluación de resultados que es tan importante para continuar nuestra labor enfermera. Con ello pretendemos que, enfermeras/os que no asisten de forma habitual a pacientes con problemas oftalmológicos tengan unas nociones sencillas a la vez que útiles para el tratamiento de este problema, así como que el personal de

enfermería que trabaja en urgencias de oftalmología cuente con un plan de cuidados más concreto para los casos de endoftalmitis que atienden.

DEFINICIÓN

La endoftalmitis es un proceso inflamatorio que afecta a las estructuras oculares internas, involucrando habitualmente a varias de las cubiertas oculares (retina, úvea y/o esclera) y a sus cavidades adyacentes. En sentido estricto, cualquier inflamación intraocular es un endoftalmitis. Sin embargo, en el uso clínico del término endoftalmitis hace referencia a inflamaciones de origen microbiano que afectan también al cuerpo vítreo (Lang: 2006).

CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA

Las endoftalmitis se pueden clasificar en:

Endoftalmitis exógenas.

Son las más frecuentes y dentro de éstas las dos causas más habituales son:

- Cirugía ocular. La complicación de una cirugía de catarata con la aparición de una endoftalmitis postquirúrgica es poco frecuente y su incidencia es de aproximadamente 1 caso entre 1.000 procedimientos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las técnicas quirúrgicas para la resolución de cataratas son los procedimientos más numerosos en España y muchos otros países, tanto en la red pública como en clínicas privadas.
- Traumatismo ocular.

Existen otras causas, mucho menos usuales, que pueden provocar endoftalmitis exógenas como infección tras la retirada de una sutura o una úlcera corneal o celulitis orbitaria mal controlada.



Fotografía 1. Endoftalmitis postquirúrgica tras una intervención de cataratas. Destacan el deslustrado corneal, la turbidez de la cámara anterior y un pequeño hipopión.

• Endoftalmitis endógenas.

Las endoftalmitis endógenas son menos frecuentes que las exógenas, aunque pueden darse casos en cierto tipo de pacientes como aquellos que padecen inosupresión por diversas causas.

Podemos dividir las a su vez en:

- Endoftalmitis de origen infeccioso originada, entre otros, por: diseminación hematológica derivada del abuso de drogas por vía parenteral o, diseminación a partir de una meningitis (endoftalmitis metastásica)
- Endoftalmitis de origen no infeccioso originadas por: propagación de una inflamación del nervio óptico o, inflamación debida a la necrosis de un tumor intraocular.

En cuanto a la **etiología** encontramos que las bacterias son las principales causantes de este problema, siendo las endoftalmitis fúngicas menos habituales.

Las endoftalmitis bacterianas. Suelen ser las causantes de los procesos que aparecen durante los diez primeros días tras la intervención o el traumatismo ocular.

- Cocos gram-positivos. Son responsables del 86,7% de los casos (Publicación oficial de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica: 2008). Entre otros, destacan el *Staphylococcus epidermidis*, el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus*.



Fotografía 2. Endoftalmitis por *Staphylococcus epidermis*. Puede aparecer días, semanas e incluso meses después de una intervención o traumatismo ocular.

- Cocos gram- negativos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter* y *Escherichia coli* provocan el 13,3% de las afecciones (Publicación oficial de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica: 2008).

Las endoftalmitis fúngicas. Son minoritarias y normalmente las responsables de los procesos que aparecen después de los diez días tras la intervención o el traumatismo ocular. Entre las especies más habituales hallamos las candidas (especialmente *albicans*), *aspergillus* y algunos hongos oportunistas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas más característicos de la endoftalmitis son los siguientes:

- Disminución de la visión de inicio súbito y evolución progresiva.
- Dolor ocular creciente, profundo y sordo, que, en muchas ocasiones, no responde bien a los analgésicos. Paradójicamente, en algunos casos el dolor puede no estar presente.
- Intenso enrojecimiento de la conjuntiva.
- Edema palpebral y quemosis (edema de la conjuntiva).
- Secreción purulenta.
- Infiltrado corneal (acumulo de células inflamatorias en el espesor de la córnea).
- Hipopión (acumulación de pus en la cámara anterior del ojo).



Fotografías 3 y 4: La primera foto muestra una acentuada reacción de la cámara anterior y un importante hipopión. En la segunda destaca el edema del párpado y el enrojecimiento conjuntival.

Conforme la gravedad de la endoftalmitis es menor, los signos y síntomas también son más leves. Así, el dolor y los edemas son más ligeros, el exudado menos profuso y el hipopión más pequeño o ausente.

TRATAMIENTO

Existen diversas controversias que afectan al tratamiento de las endoftalmitis, aunque hay algunas pautas consensuadas para el mismo. En muchos casos se requiere la hospitalización del paciente debido a la naturaleza del tratamiento y para un exhaustivo control de la infección.

- En primer lugar, es necesaria la **obtención de una muestra** de humor acuoso y humor vítreo para establecer un diagnóstico microbiológico.
- **Administración de antibióticos** por diferentes vías:
 - Antibióticos **intravítreo**. Una de las principales asociaciones es Vancomicina (1mg/0,1 ml) + Ceftriaxona (2mg/0,1 ml).

- Antibióticos **tópicos**. Se suelen utilizar antibióticos reforzados (también Vancomicina y Ceftazidima) que necesitan estar refrigerados para su conservación. Su aplicación es frecuente, cada media o una hora, especialmente durante los primeros días. También se utilizan Ciclopéjicos tópicos.
- Antibióticos **sistémicos**. Su administración es motivo de discusión debido a que no hay una clara confirmación sobre su penetrabilidad intraocular.
- **Tratamiento con corticoides**. Se utilizan para limitar la cantidad de lesión inducida por la inflamación. Se aplican tanto por vía tópica (Dexametasona) como por vía oral (Prednisona).
- En algunas ocasiones es necesaria la realización de una **vitrectomía**. Es beneficiosa en el caso de infecciones muy graves.

ALGUNAS PAUTAS GENERALES DE ENFERMERÍA

En los casos en los que la enfermera/o no esté familiarizado con la atención a los pacientes con patología oftálmica hay que realizar una exhaustiva valoración del paciente concediéndole especial interés a los siguientes aspectos:

- Hay que valorar minuciosamente los signos y síntomas anteriormente citados que presenta el paciente. Enrojecimiento de la conjuntiva, disminución de la visión, edema palpebral, dolor. Es importante conocer el momento de aparición y la secuencia de los mismos.
- A la vez, debemos relacionar estos datos con los que el paciente aporte sobre factores que hayan podido desencadenar ese cuadro como son intervenciones quirúrgicas previas, golpes o lesiones recientes en la zona, existencia de anteriores infecciones, estados de inmunosupresión, etc.
- Debemos comprobar también la existencia y aspecto de secreción ocular para valorar la recogida de una muestra (si se cuenta con el material apropiado) que nos pueda proporcionar un diagnóstico microbiológico.

En cuanto a los cuidados de enfermería concretos para este tipo de situaciones mencionaremos:

- Si la secreción es abundante se realiza un lavado ocular. Éste es conveniente tanto para la eliminación de secreciones como para mantener la máxima asepsia posible. Primero se debe limpiar con una solución salina la parte externa, los párpados. Tras ello, con ayuda del pulgar y los dedos de una mano se abren y se conservan abiertos los párpados y se aplica la solución suavemente siempre en sentido contrario a la nariz, es decir, de dentro hacia fuera.
- Conviene mantener el ojo destapado, aunque se pueden utilizar elementos protectores como gafas de sol para reducir las molestias, ya que en ocasiones los pacientes presentan fotofobia.
- El personal de enfermería es el máximo responsable de la correcta administración de la medicación, siendo especialmente importante el tratamiento tópico (ocular). Se trata fundamentalmente de la instilación de colirios y la aplicación de pomadas oculares. En ambos casos hay que indicar al paciente que mire hacia arriba; estirar el párpado inferior para que quede lo más abierto posible el saco conjuntival y aplicar la medicación. En el caso de los colirios se aplica una gota; en el caso de la pomada se extiende la misma desde el canto interior hacia la oreja, es decir, nuevamente de dentro hacia fuera. Por último, el ojo se cierra suavemente y se indica al paciente que lo mantenga así unos segundos para una correcta absorción.
- Es esencial reseñar aquí la necesidad de un adecuado lavado de manos antes y después de la administración de medicación tópica y la utilización de guantes debido al alto de riesgo de transmisión de la infección.



Fotografía 5. Práctica correcta en la aplicación de un colirio.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: OBJETIVOS E INTERVENCIONES

Por supuesto, cuando se quiere establecer un plan de cuidados de enfermería, una valoración exhaustiva del enfermo es también necesaria para poder detectar precozmente cualquier signo de infección o lesión que pueda causar un daño irreversible. Dada la gravedad de esta enfermedad, acompañada de dolor, y el cambio que supone en su estado de salud, el paciente experimenta un incremento de su ansiedad de forma significativa.

A través de una serie de diagnósticos enfermeros que hemos elegido, según la taxonomía de la NANDA, proponemos una serie de intervenciones/actuaciones para ayudar a la más rápida solución de los mismos:

1. 00132. DOLOR AGUDO, relacionado con lesión ocular.

Objetivos: 1605. Control del dolor.

2102. Nivel del dolor.

Intervenciones:

- 1400. Manejo del dolor; realizar una correcta valoración del dolor; intensidad del dolor (mediante, por ejemplo, la escala del dolor en español), inicio, localización.
- 5230. Aumentar el afrontamiento; invitar al paciente a que nos explique lo que le ocurre; buscar información en la familia.
- 2380. Administrar analgesia prescrita; observar efecto analgésico y evolución del dolor.
- 5270. Ofrecer comprensión y apoyo emocional, tanto al paciente como a la familia.

2. 00146. ANSIEDAD, relacionado con el cambio de su estado de salud y el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: 1402. Control de la ansiedad.

1305. Adaptación psico-social: cambio de vida.

1302. Superación de problemas (afrontamiento).

Intervenciones:

- 5820. Disminución de la ansiedad: administración de ansiolíticos si fuese necesario; recomendar métodos para una mayor relajación (respiración controlada, escuchar música, técnicas de relajación).
- 5230. Aumentar el afrontamiento: mejor adaptación a su estado de salud. Establecer una relación de confianza, animarle a que exprese sus sentimientos y escucharle con atención.
- 5240. Asesoramiento al paciente y familia, dando información, tanto del tratamiento a recibir, como de centros a los que debe acudir.

3. 00122. TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL, relacionado con la disminución de la agudeza visual.

Objetivos: 0904. Comunicación: capacidad receptiva.

1611. Conducta de compensación visual.

2404. Función sensitiva: visión.

Intervenciones:

- 6480. Manejo ambiental; promover un ambiente cómodo, libre de limitaciones.
- 6490. Prevención de caídas, retirando todo aquello que pueda suponer un obstáculo para el paciente.
- 4978. Fomento de la comunicación; explicarle las situaciones que suceden a su alrededor cuando el paciente no pueda visualizarlas.
- 5460. Contacto; informar al enfermo de la importancia de notificar a la enfermera cualquier cambio en su estado de salud.
- 6654. Vigilancia: seguridad; uso de barandillas si fuese necesario.

4. 00004.- RIESGO DE INFECCION, relacionado con posible propagación del germen.

Objetivos: 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1609. Conducta terapéutica: enfermedad ó lesión.

1807. Conocimiento: control de la infección.

1908. Detección del riesgo de infección.

1902. Control del riesgo.

Intervenciones:

- 6550. Protección contra infecciones; higiene rigurosa: limpieza del ojo con suero fisiológico, teniendo especial cuidado de no transmitir la infección al ojo no afectado. Lavado riguroso de manos y cambio de guantes antes y después de administrar colirios.
- 6540. Control de infecciones: cuidados de catéteres endovenosos, vigilando sitio de punción, aparición de flebitis, etc.
- 2300. Administración rigurosa de tratamiento tópico y endovenoso y vigilancia de efectos secundarios.
- 5510. Educación sanitaria al paciente y su familia, sobre la propagación del germen.

5. 00108.- DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE, relacionado con pérdida de visión.

Objetivos: 0300. Cuidados personales: actividades de la vida diaria.

0301. Cuidados personales: baño.

0305. Cuidados personales: higiene.

Intervenciones:

- 1801. Ayudar en los auto-cuidados. A veces el paciente además de la endoftalmitis suele tener problemas de visión en el otro ojo por lo que necesita ayuda para satisfacer su higiene personal.
- 5606. Enseñanza al enfermo y/o cuidador principal; crear un ambiente cómodo y de intimidad.
- 7040. Apoyo al cuidador principal, ya que a veces el tratamiento suele ser largo y con pronóstico incierto.

6. 00120.- BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL; relacionada con alteración de la imagen corporal.

Objetivos: 1305. Adaptación psico-social.

0906. Toma de decisiones.

1205. Autoestima.

1302. Superación de problemas.

Intervenciones:

- 5400. Potenciación de la autoestima; ayuda psicológica. Invitarle a que exprese sus sentimientos.
- 5250. Apoyo en la toma de decisiones
- 5230. Aumentar el afrontamiento ante la enfermedad. Evitar complejos.
- 4470. Ayuda en la modificación de sí mismo. Favorecer adaptación a la nueva situación.

CONCLUSIONES

Como hemos podido ver a lo largo de este análisis el cuadro de endoftalmitis aguda es una urgencia oftalmológica de primer orden debido a las fatales consecuencias que puede acarrear. La labor de la enfermera, siempre en coordinación con el resto del equipo, es extraordinariamente significativa a la hora tanto de la correcta administración de una medicación, que requiere un aprendizaje especial, como del manejo de los síntomas físicos y psicológicos del paciente y la familia. El desarrollo de un plan de cuidados que se adapte al paciente en estas situaciones ayuda a mejorar la calidad asistencial que ya, de por sí, ofrece nuestro colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruce Ostler H, Dawson CR, Okumoto M. Atlas a color de infecciones e inflamaciones oculares externas. Edika-Med; 1998.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman J M, Mass M, Moorhead S, et. al. E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª edición. Elsevier Mosby; 2007.
- Kannski JJ. Oftalmología clínica. Elsevier España; 2007.
- Lang GK. Oftalmología: texto y atlas en color. 2º edición. Ed. Masson; 2006.
- Marín Morales D, Carmona Mongue FJ. Endoftalmitis: evaluación y plan de cuidados de enfermería. Enfermería científica n° 248-249: 33-37.
- Publicación Oficial de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Puesta al día: Infecciones relacionadas con el uso de los materiales protésicos. SEIMIC; 2008.
- Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería médico-quirúrgica (de Brunner y Suddarth) 8º edición. Vol. II. MacGraw-Hill Interamericana; 1998.

- Vander JF, Gault JA. Secretos de oftalmología. El manual moderno; 2004.