

URGENCIAS EN OFTALMOLOGÍA PARA APS

DR. JAVIER LAGOS R.

JEFE SERVICIO OFTALMOLOGÍA HOSPITAL RANCAGUA

CLINICA VISIÓN RANCAGUA





OJO ROJO CATEGORÍAS CLÍNICAS.

- CONJUNTO DE ENTIDADES CLÍNICAS CON HIPERHEMIA CONJUNTIVAL, LOCALIZADA O DIFUSA
 - TRADUCE PATOLOGÍAS DEL SEGMENTO ANTERIOR
 - MOTIVO DE CONSULTA MUY FRECUENTE
- 

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- A) INYECCIÓN CONJUNTIVAL
- B) INYECCIÓN CILIAR O PERIQUERÁTICA
- C) INYECCIÓN MIXTA
- D) INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- A) INYECCIÓN CONJUNTIVAL
 - HIPEREMIA DE VASOS CONJUNTIVALES SUPERFICIALES
 - DISMINUYE AL ACERCARSE AL LIMBO ESCLEROCORNEAL
 - INDICA PATOLOGIA DE PÁRPADO O CONJUNTIVAL ,GENERALMENTE PROCESO BANAL.
 - VASOCONSTRICCIÓN (+) CON FENILEFRINA

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- B) INYECCIÓN CILIAR O PERIQUERÁTICA
 - HIPEREMIA DE VASOS CONJUNTIVALES PROFUNDOS Y EPIESCLERALES
 - INTENSA A NIVEL DEL LIMBO (ANILLO HIPERÉMICO PERIQUERÁTICO)
 - INDICA PATOLOGIA MÁS SEVERA DEL SEGMENTO OCULAR ANTERIOR (CORNEA , IRIS O CUERPO CILIAR).
 - VASOCONSTRICCIÓN (-) CON FENILEFRINA (NO SE ATENÚA, YA QUE NO ACTÚA EN VASOS PROFUNDOS)

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- C) INYECCIÓN MIXTA
 - HIPEREMIA DE VASOS CONJUNTIVALES SUPERFICIALES Y PROFUNDOS
 - CONJUNTIVA CON TONALIDAD ROJO VINOSA
 - CARACTERÍSTICA DE GLAUCOMA AGUDO.
 - VASOCONSTRICCIÓN (+ O -) CON FENILEFRINA (SOLO ATENÚA VASOS SUPERFICIALES)

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- D) INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL
 - COLECCIÓN HEMÁTICA SUBCONJUNTIVAL PRODUCIDA POR ROTURA DE UN VASO DE SUPERFICIE
 - MANCHA ROJO VINO
 - PROCESO BANAL Y GENERALMENTE ASINTOMÁTICO

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- OJO ROJO INDOLORO
 - BLEFARITIS
 - HIPOSFAGMA
 - CONJUNTIVITIS
- OJO ROJO DOLOROSO
 - PATOLOGÍA INFLAMATORIA – INFECCIOSA
 - PATOLOGÍA PALPEBRAL
 - PATOLOGÍA DEL SACO LAGRIMAL
 - PATOLOGÍA EPIESCLERAL Y ESCLERAL
 - PATOLOGÍA CORNEAL
 - PATOLOGÍA UVEAL
 - PATOLOGÍA ORBITARIA

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- OJO ROJO INDOLORO
 - BLEFARITIS
 - HIPOSFAGMA
 - CONJUNTIVITIS
- OJO ROJO DOLOROSO
 - PATOLOGÍA INFLAMATORIA – INFECCIOSA
 - HIPERTENSIÓN OCULAR AGUDA
 - GLAUCOMA AGUDO DE ÁNGULO CERRADO

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- OJO ROJO INDOLORO
 - BLEFARITIS
 - HIPOSFAGMA
 - CONJUNTIVITIS
- OJO ROJO DOLOROSO
 - PATOLOGÍA INFLAMATORIA – INFECCIOSA
 - HIPERTENSIÓN OCULAR AGUDA
 - PATOLOGÍA TRAUMÁTICA
 - TRAUMATISMO CONTUSO
 - TRAUMATISMO PENETRANTE

OTRAS URGENCIAS

- DIPLOPIA
- DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL
 - BILATERAL
 - AGUDA
 - SUBAGUDA- CRÓNICA
 - UNILATERAL
 - AGUDA
 - SUBAGUDA - CRÓNICA

1) OJO ROJO INDOLORO

1) OJO ROJO INDOLORO:

Presencia de **picor, ardor, escozor o sensación de cuerpo extraño ocular**, **no** asociado a **disminución de agudeza visual**. Síntomas que acompañan a cuadros de naturaleza banal. Originados en la región palpebral (blefaritis) y la región conjuntival (hiposfagma y conjuntivitis).

1.1. Blefaritis: -Síntomas/signos: quemazón, sensación de arenilla, fotofobia leve y aparición de costras con enrojecimiento en los bordes palpebrales. Empeora por las mañanas.

Complicaciones: orzuelo externo por diseminación de la infección a las glándulas de Möll y Zeiss. Si se cronifica y se indura pasa a llamarse *chalazion*.

Tratamiento:

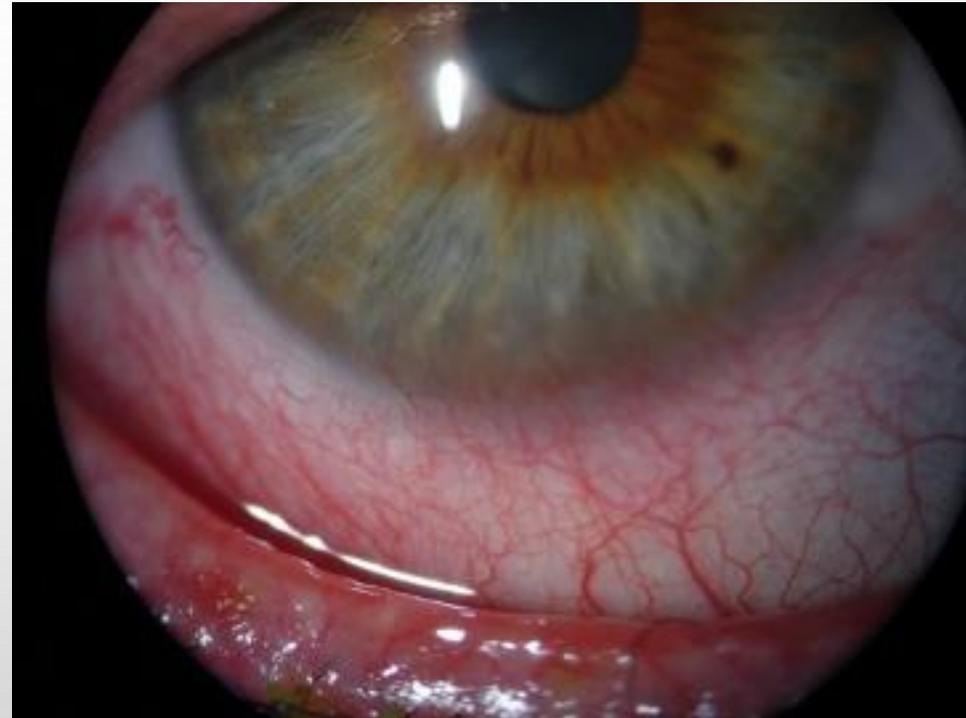
-Blefaritis: higiene palpebral con champú pH neutro borde palpebral 3 veces/día ó toallitas limpiadoras
+ lágrimas artificiales 5 veces/día si se asocia sequedad ocular.

- Orzuelo/chalazion: compresas calientes secas y masaje 4 veces/día 15 días-1 mes,
Si se cronifica poner triamcinolona intralesional ó se realizará cirugía.

BLEFARITIS



MEIBOMITIS CRONICA



CHALAZION



1.2. Hiposfagma:-Síntomas/signos: asintomático, indoloro, solo produce sensación de cuerpo extraño si es muy elevada. Mancha rojo vinosa subconjuntival que no sobrepasa el limbo esclerocorneal.

Tratamiento.

Generalmente no requiere, se resuelve espontáneamente en 15 días pero si muy elevada y dificulta cierre ocular lágrimas artificiales 5 veces/día 15 días. Valorar siempre antecedente traumático, control de la tensión arterial y sobredosificación en pacientes a tratamiento con anticoagulantes orales.



PINGÜECULITIS



PTERIGION INFLAMADO



1.3. Conjuntivitis: - Síntomas/signos: la triada conjuntival (ardor, prurito y sensación de cuerpo extraño, hiperemia (bulbar y tarsal), secreción, quemosis(edema de conjuntiva), papilas, folículos¹.

Tratamiento: General y específico.

General: Medidas higiénicas para evitar el contagio: NO tocarse los ojos, NO compartir toallas ni sábanas, lavado frecuente de manos, usar pañuelos desechables, lavado de la superficie ocular con agua fresca varias veces/día, etc.

Específico.

Conjuntivitis bacterianas: Colirio bactericida como ciprofloxacino, tobramicina (1 gota cada 2-3 horas durante el día 7 días). En niños también es útil azitromicina colirio c/12horas 3 días.

Conjuntivitis víricas: lavados con suero fisiológico frío 5 veces/día 15 días, lágrimas artificiales frías c/2-3 horas 15 días, si edema de párpados compresas frías sobre párpados 3 veces/día hasta desaparición síntomas. Si cuadro incipiente y agudo existe la posibilidad de asociar Virgan® gel oftálmico 5 veces/día 10 días (NO en niños).

Conjuntivitis alérgicas: evitar contacto con el alérgeno, si edema palpebral compresas frías 3 veces/día 15 días, lágrimas artificiales frías 5 veces/día, colirio antihistamínico c/12 horas 15 días-1 mes . Si cuadro muy florido valorar antihistamínicos vía oral c/12 horas 15 días.

BACTERIANA



VIRAL



ALÉRGICA



CONJUNTIVITIS	BACTERIANA	VÍRICA	ALÉRGICA
Hiperemia	+++	++	++
Sensación de arenilla	++	+++	+
Picor	-	-	+++
Hemorragia	+	++	-
Quemosis	-	+	+++
Lagrimeo	++	+++	++
Secreción	Mucopurulenta	Mucosa	Mucosa filamentosa
Afectación palpable	-	++	+
Papilas	++	-	+++
Folículos	-	++	-
Petequias conjuntiva tarsal superior	+	+++	+
Adenopatía preauricular	+	++	-

2) OJO ROJO DOLOROSO

2) OJO ROJO DOLOROSO:

Dolor ocular propiamente dicho en el área de la lesión, que puede irradiarse por la zona periorbitaria correspondiente al área de inervación sensitiva del nervio oftálmico.

Dolor ocular + Disminución de la agudeza visual = Patología más severa.

2.1 PATOLOGÍA INFLAMATORIA - INFECCIOSA

PATOLOGÍA PALPEBRAL

-Herpes zóster oftálmico.-Síntomas/signos: Cefalea, malestar general, fiebre, disestesias y dolor en el área de inervación del nervio oftálmico. Erupción eritemato vesicular hemifacial en las regiones frontotemporal y orbitaria. Blefaroptosis por edema y conjuntivitis folicular aguda asociada a vesículas del borde palpebral.

Tratamiento:

aciclovir oral 800 mg c/4h 7 días ó valaciclovir 1 gr c/8h 7 días. Analgesia por vía oral. Pomada de aciclovir ocular 5 veces/día 7 días, si úlceras dendríticas corneales ciclopléjico col c/8h 7 días y si queratitis lágrimas artificiales 5 veces/día 10 días. Para uso externo sobre piel y vesículas hemicara: aciclovir pomada tópica 5 veces/día ó sulfato de zinc al 1/1000 5 veces/día (se prepara en farmacia).



-Herpes simple oftálmico.- Síntomas/signos: dolor ocular, vesículas cerca del párpado, ojo rojo, úlceras dendríticas herpéticas.

Tratamiento:

Valaciclovir 500mg c/12h 10 días y c/24h de mantenimiento a valorar por oftalmólogo. Si úlcera dendrítica herpética aciclovir pomada oftálmica 5 veces/día o Virgan® gel oftálmico 5 veces/día 10 días, ciclopléjico col c/8h 7 días y a valorar por oftalmólogo corticoides tópicos.



- **Dermatitis de contacto:** enrojecimiento, prurito, edema palpebral. Evitar exposición al alérgeno.

Tratamiento:

Pomada prednisona-neomicina 3 veces/día 10 días

PATOLOGÍA DEL SACO LAGRIMAL

-Dacriocistitis aguda: elevación eritematosa nasal en canto interno por infección saco lagrimal. Muy dolorosa a palpación, reflujo material purulento por el punto lagrimal a la presión del saco y puede asociarse a celulitis preseptal. Historia de epífora de larga evolución.

Tratamiento:

Calor local húmedo 3 veces/día, analgésicos y AINEs (ibuprofeno 600mg c/8h), col antibiótico (ciprofloxacino, tobramicina) cada 4 horas, antibióticos sistémicos amoxi-clavulánico 500mg c/8h 7-10 días o cefuroxima, doxiciclina, cloxacilina etc. Niños amoxi-clavulánico (40 mg/kg/día/ 3 dosis). En ocasiones es necesario realizar drenaje a través de la piel (oftalmólogo).

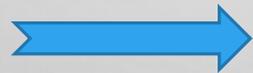


PATOLOGÍA EPIESCLERAL Y ESCLERAL

-Epiescleritis.-Síntomas/signos: Desde sensación de ardor o irritación hasta dolor ocular leve que no empeora con la palpación. Triada sintomática del segmento anterior leve. Hiperemia del plexo vascular epiescleral superficial de forma difusa o nodular como una elevación hiperémica redondeada y circunscrita (blanquea con fenilefrina tópica).

Tratamiento:

Puede resolverse sin tratamiento en el curso de días o semanas. Aplicar compresas frías y lágrimas artificiales para alivio sintomático. Aines orales en caso de episodios muy prolongados.



-Escleritis.- Síntomas /signos: Dolor intenso y molesto que puede irradiar a frente, ceja o mejilla. Disminución progresiva de agudeza visual. Inflamación de vasos esclerales, episclerales y conjuntivales de manera sectorial o difusa (no se blanquea con fenilefrina tópica). Más del 50% de las veces se asocia a enfermedades reumatológicas.

Tratamiento:

Aines, corticoides sistémicos o inmunosupresores.



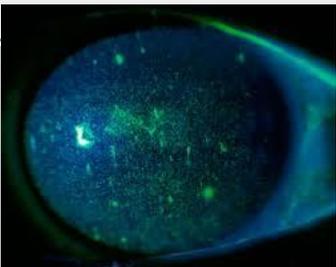
PATOLOGÍA CORNEAL

-Queratitis.- Síntomas/signos: inflamación corneal causada por ojo seco, daño químico, lentes de contacto, herpes simple y zóster, entropion, etc. Dolor y leve fotofobia. Pérdida de brillo corneal y disminución de agudeza visual. Ojo rojo vascular con patrón difuso de predominio ciliar. Pupila y tono ocular normales o con miosis. Tinción corneal con fluoresceína (F+) con defectos epiteliales. Cámara anterior normal o Tyndall leve.

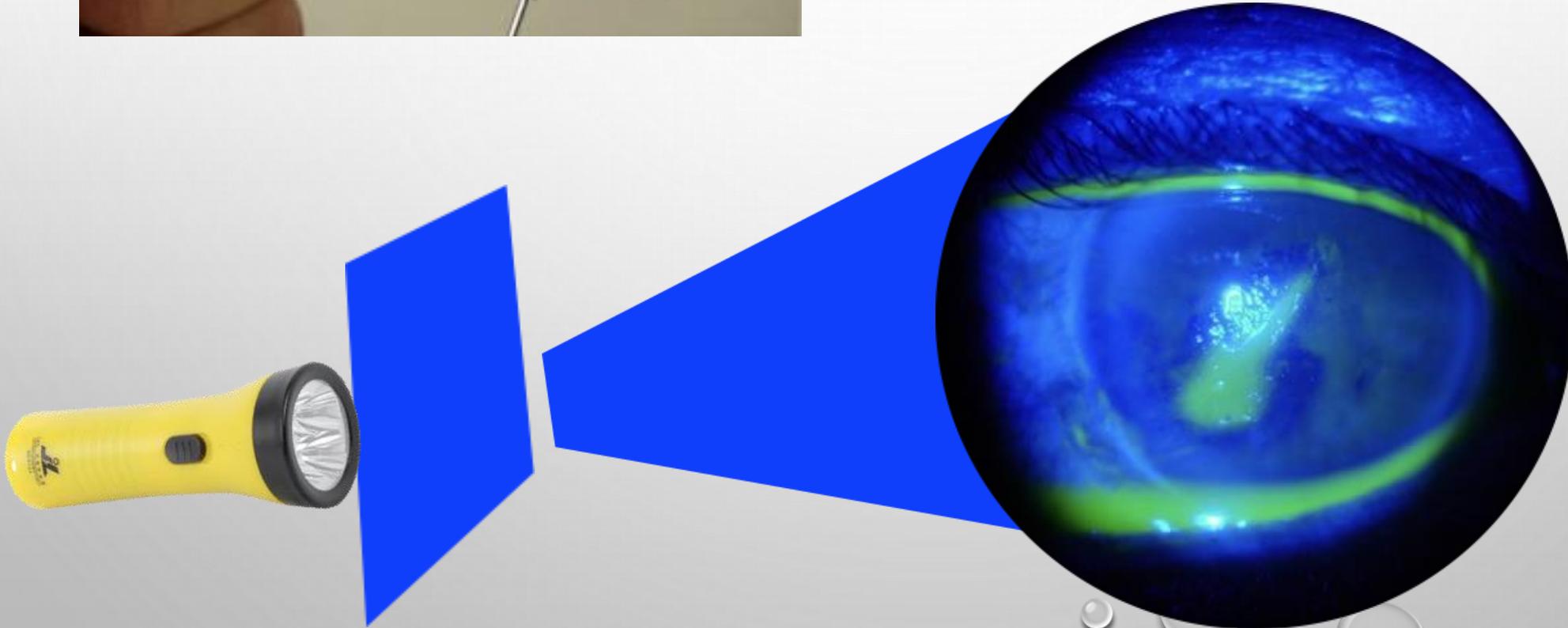
Tratamiento:

Eliminar reservorios de gérmenes (eliminación de cuerpos extraños, evertir el párpado, retirar lentes de contacto). Queratitis bacteriana: ciclopléjico col c/8h y antibióticos ciprofloxacino, tobramicina, tópico 1 gota/2horas los 5 primeros días, pomada antibiótica ocular tópica 3 veces/día 7 días.

- Queratitis Herpética: ciclopléjico col c/8h y pomada de aciclovir o virgan® 5 veces/día 7-10 días.
- Queratitis Micóticas: ciclopléjico col c/8h y fármacos antifúngicos (econazol al 1% tópico o ketoconazol sistémico en casos graves). La queratoplastia penetrante terapéutica. En estos casos valorar por oftalmólogo.



TINCIÓN CON FLUORESCÉINA





PATOLOGÍA UVEAL

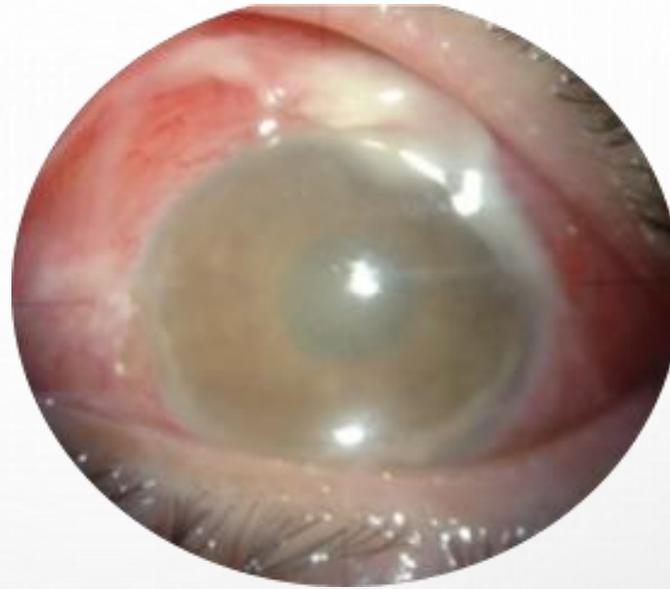
-Uveítis anterior aguda.- Síntomas/ signos: Unilateral, de comienzo brusco. Dolor intenso e inyección ciliar. Fotofobia severa y lagrimeo. No exudados. No tiñe con fluoresceína. Pupila miótica. Agudeza visual disminuida. Precipitados corneales, espolvoreado endotelial. Nódulos en el iris. Células en el humor acuoso (**TYNDALL** en cámara anterior) y humor vítreo anterior. Turbidez del humor acuoso. Sinequias posteriores.

Tratamiento:

Colirio ciclopléjico c/8 horas, corticoides de alta potencia como dexametasona, y prednisolona col c/2horas y valorar por oftalmólogo periocular y sistémico en ocasiones con inmunosupresores.



ENDOFTALMITIS



UVEITIS



ESCLERITIS

PATOLOGÍA ORBITARIA

2.1.6.1. Celulitis preseptal: inflamación tejidos subcutáneos palpebrales y periorbitarios *anteriores al tabique orbitario o septum (piel, tejido celular subcutáneo y músculo)*. 60-70% de todas las celulitis. Más frecuente en niños. Puede ser no supurativa (relación con infecciones ORL) o supurativas (con puerta de entrada y riesgo extenderse a la órbita!!). AV conservada, M.O.E. conservada, calor local, no dolor, edema y enrojecimiento palpebral y signos sistémicos de infección. Puede haber fiebre. Pedir hemograma y Rx senos (Caldwell y Waters).

Tratamiento:

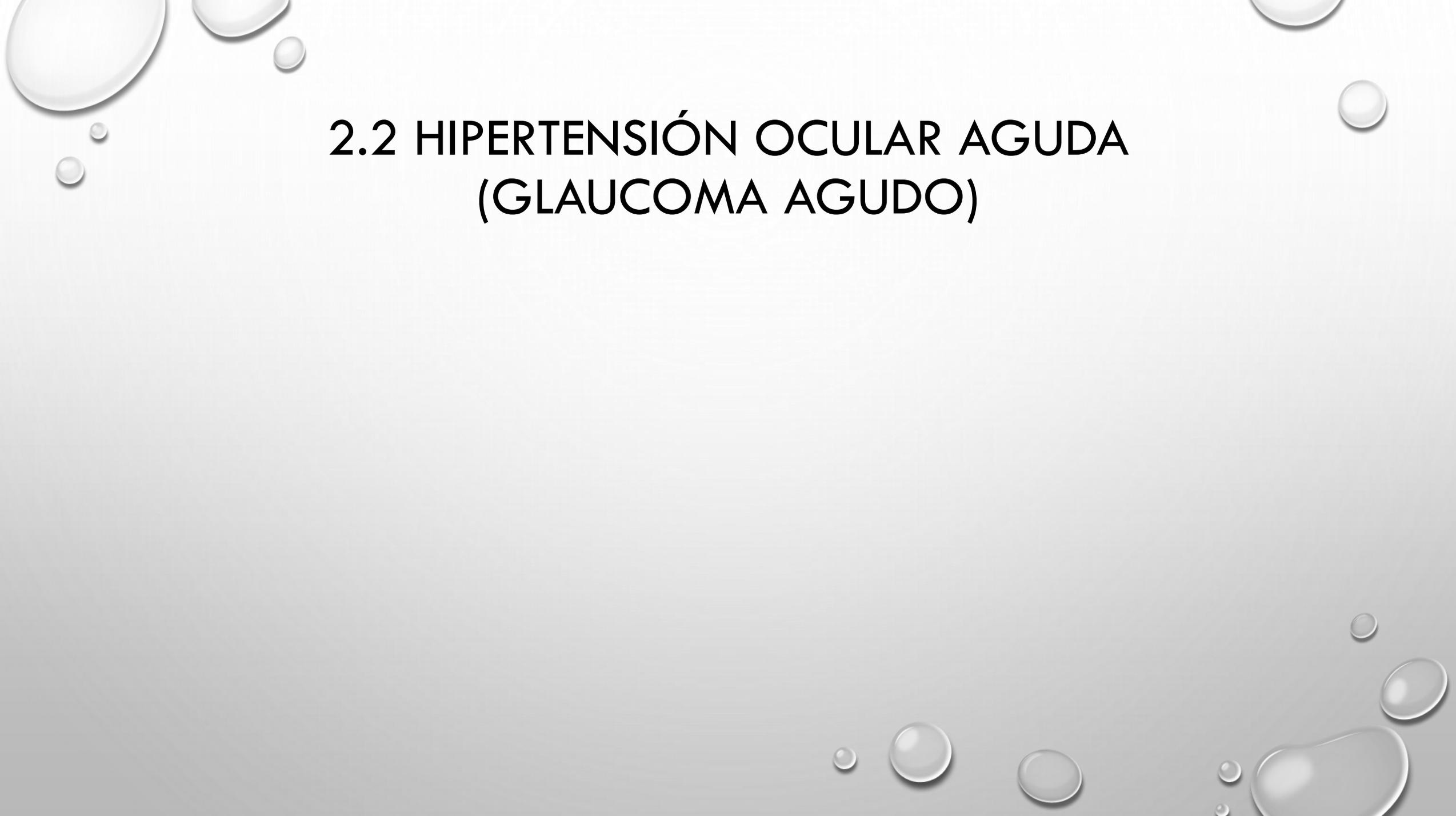
Atbv.o. o i.v. amoxicilina 500mg c/8h 7-10 días y antiinflamatorios (ibuprofeno 600 mg c/8h) v.o.

2.1.6.2.Celulitis orbitaria: el 90% son secundarias a sinusitis etmoidal. Afecta a estructuras por *delante y detrás septum* (grasa, venas nervios con compromiso del espacio que puede generar compresión ocular). AV disminuída, M.O.E. limitada, inflamación palpebral y ptosis, quemosis conjuntival, fiebre, diplopia, dolor y malestar general. ¡¡Grave!! Hemograma y TAC orbitario.

Tratamiento:

Ingreso hospitalario con atbi.v. (ceftriaxona y vancomicina o ceftriaxona y clindamicina), corticoides i.v. y descongestionantes nasales. Si empeora con tto se debe sospechar absceso y puede ser necesario drenar.





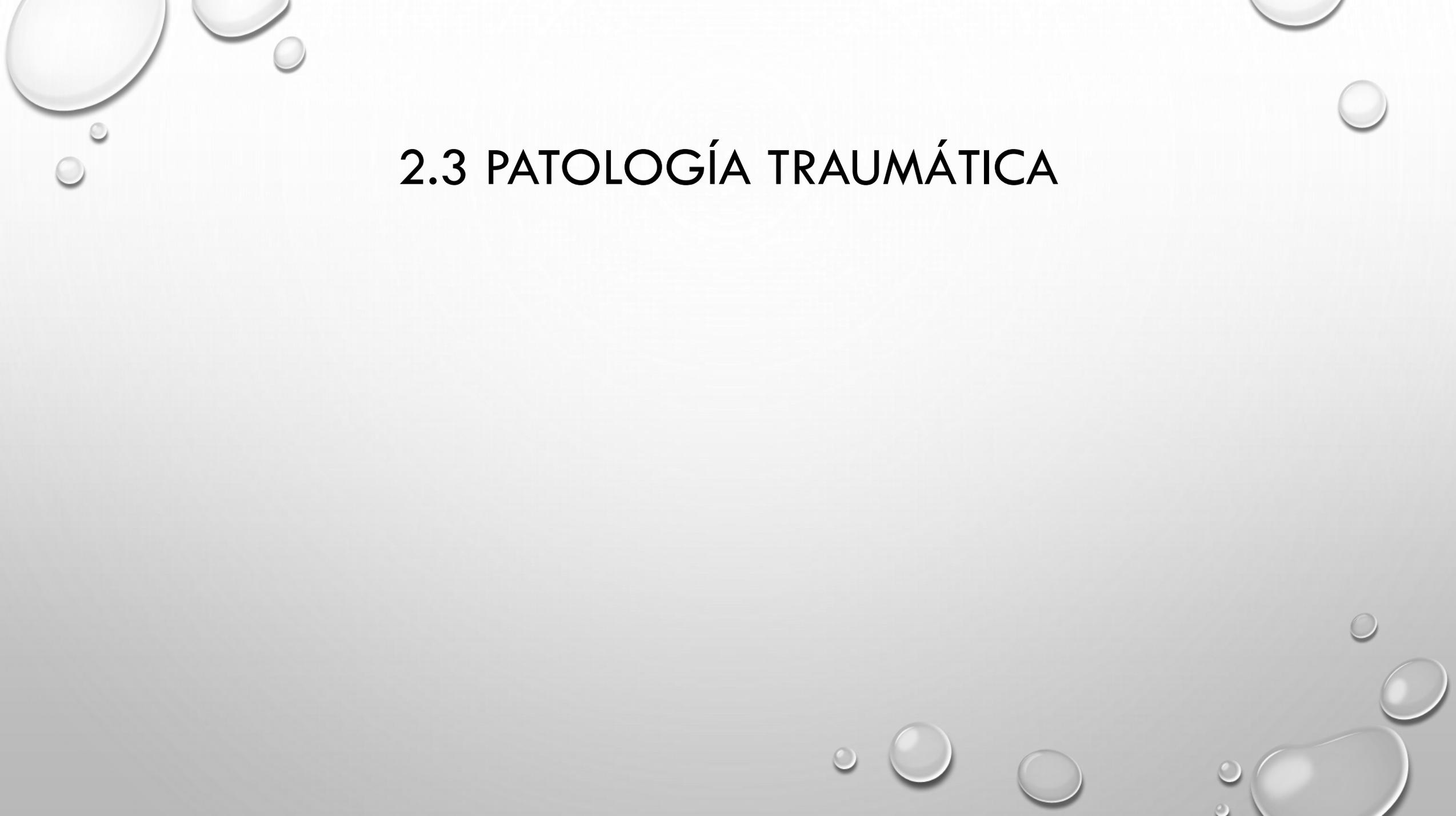
2.2 HIPERTENSIÓN OCULAR AGUDA (GLAUCOMA AGUDO)

-Glaucoma agudo de ángulo cerrado.-Síntomas/signos: Intenso dolor ocular y cefalea frontal acompañada de cuadro vegetativo nauseoso y mareos. No exudados. Inyección ciliar. Moderada fotofobia, percepción de halos coloreados. Agudeza visual disminuída. **Midriasis media arreactiva**. Presión intraocular (PIO) muy elevada >40 (dureza pétrea). Cámara anterior estrecha, ángulo cerrado, edema corneal y rubeosis en iris (en ocasiones).

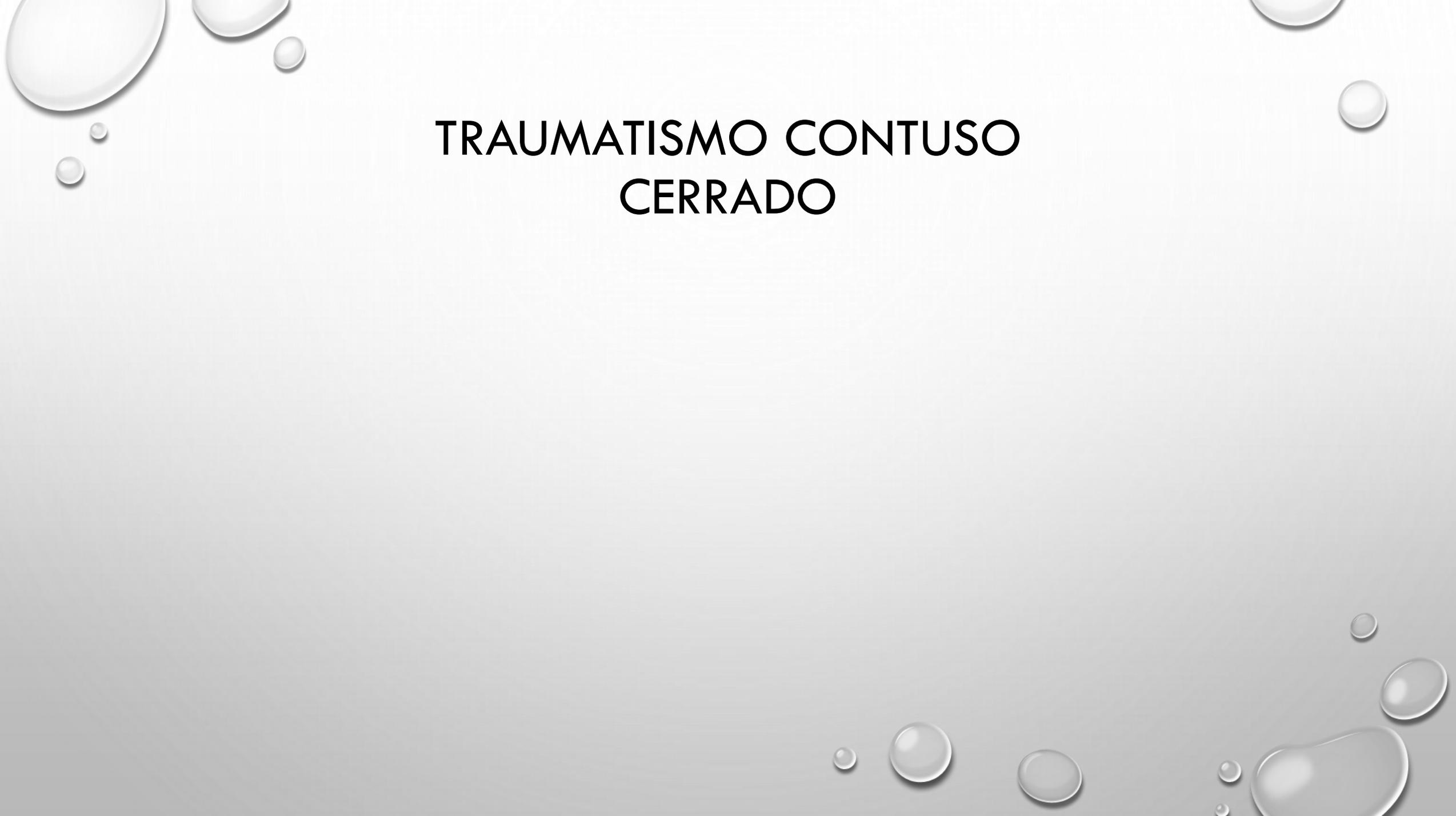
Tratamiento:

Es una **urgencia médica!!**. Tópico con supresores del humor acuoso, acetazolamidav.o, Manitol i.v., iridotomía con láser. Avisar oftalmólogo.

	CONJUNTIVITIS AGUDA	IRIDOCICLITIS	QUERATITIS ULCEROSA	GLAUCOMA AGUDO
DOLOR	Sensación cuerpo extraño	Dolor leve(+) aumenta con la presión sobre el ojo	Dolor intenso y superficial(++) aumenta con el parpadeo	Dolor muy intenso(++++) constante y profundo
VISIÓN	Normal	Disminución leve	Disminuye según localización	Disminuye mucho. Halos coloreados.
SENSIBILIDAD	Normal	Normal	Aumenta	Disminuye
CONGESTIÓN	Conjuntival	Ciliar	Ciliar	Mixta
SECRECIÓN	++++	No hay	No hay	No hay
CÓRNEA	Normal	Precipitados	Úlcera	Edematosa
CÁMARA ANT	Normal	Normal	Normal	Baja
PUPILA	Normal	Miosis	Miosis	Midriasis
TONO	Normal	Normal	Normal	++++
COLORANTES	Normal	Normal	Tiñe	Normal

The slide features a light gray background with a subtle gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are clusters of realistic, 3D-rendered water droplets of various sizes, some overlapping. The text is centered in the upper half of the slide.

2.3 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

TRAUMATISMO CONTUSO CERRADO

PÁRPADOS

i. **Párpados:** Hematoma. Dificulta apertura ojo, no forzar.

Tratamiento:

Si no existe lesión asociada compresas frías 3 veces/día y antiinflamatorios orales.



ÓRBITA

ii. **Órbita:** Fracturas (exo o enoftalmos, deformidad ósea reborde orbitario, restricción motilidad ocular extrínseca. A veces diplopia). RxCaldwell y Waters y TAC si sospecha.

1. Suelo: limitación mirada superior por afectación recto inferior, edema y equimosis periorbitaria, hipoestesia región infraorbitaria, velamiento seno maxilar.

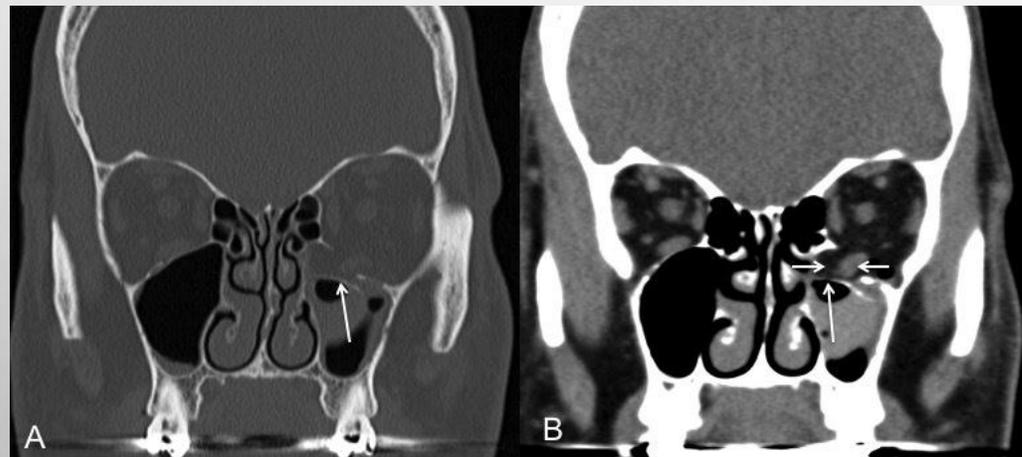
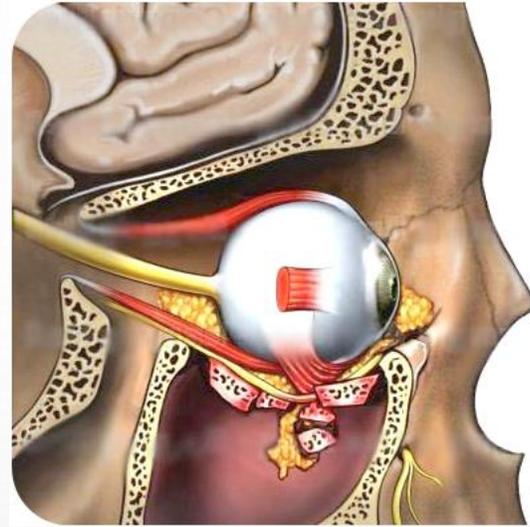
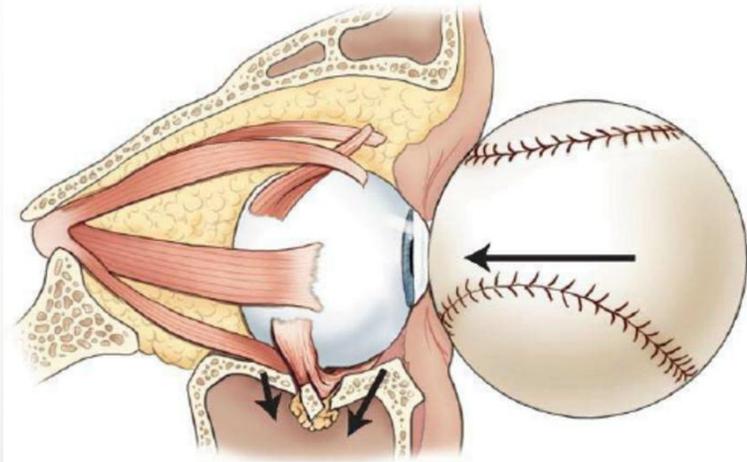
Tratamiento:

Si procede mandar a maxilofacial.

2. Pared interna y techo: Enfisema Orbitario Palpebral, crepitación nasal, rinorrea (más frecuente en fractura techo). Si aumenta la presión puede dar ceguera.

Tratamiento:

Antibiótico oral amplio espectro 10-14 días, descongestionantes nasales 2 veces/día 10-15 días, corticoides orales 1mg/kg/día 7-10 días. Hielo local las primeras 24-48h. *Evitar* maniobras de *valsalva*. Si empeora visión o diplopia acudir a urgencias.



GLOBO OCULAR

1. Desgarro conjuntival con o sin hemorragia. Revisar esclera en busca de perforación.

Tratamiento:

Pomada ocular atb (gentamicina) 3 veces/día y oclusión 7 días. Se sutura si es > de 1-1.5cm.

2. Úlcera corneal:Fluoresceína(+).

Tratamiento:

Colirio ciclopléjico 3 veces/día, colirio antibiótico (cefazolin o ciprofloxacino) 4 veces/día, pomada ocular atb (gentamicina o ciprofloxacino) 3 veces/día y analgesia.

3. Iritis traumática: dolor, disminución AV, hiperemia periquerática y Tyndall en cámara anterior.

Tratamiento:

Colirio ciclopléjico 3 veces/día, corticoides tópicos (prednisona o dexametasona) 4 veces/día.

4. Hifema traumático: Sangre en cámara anterior. Disminución de AV, dolor. Descartar rotura globo ocular y fracturas orbitarias. Si preciso TAC orbitario.

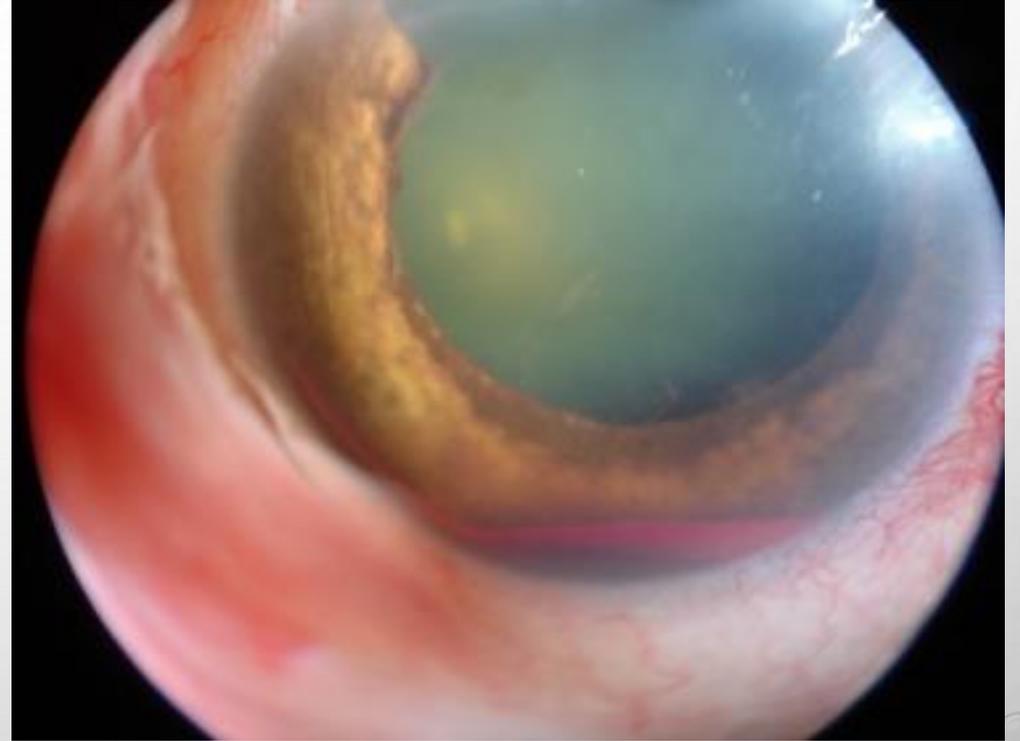
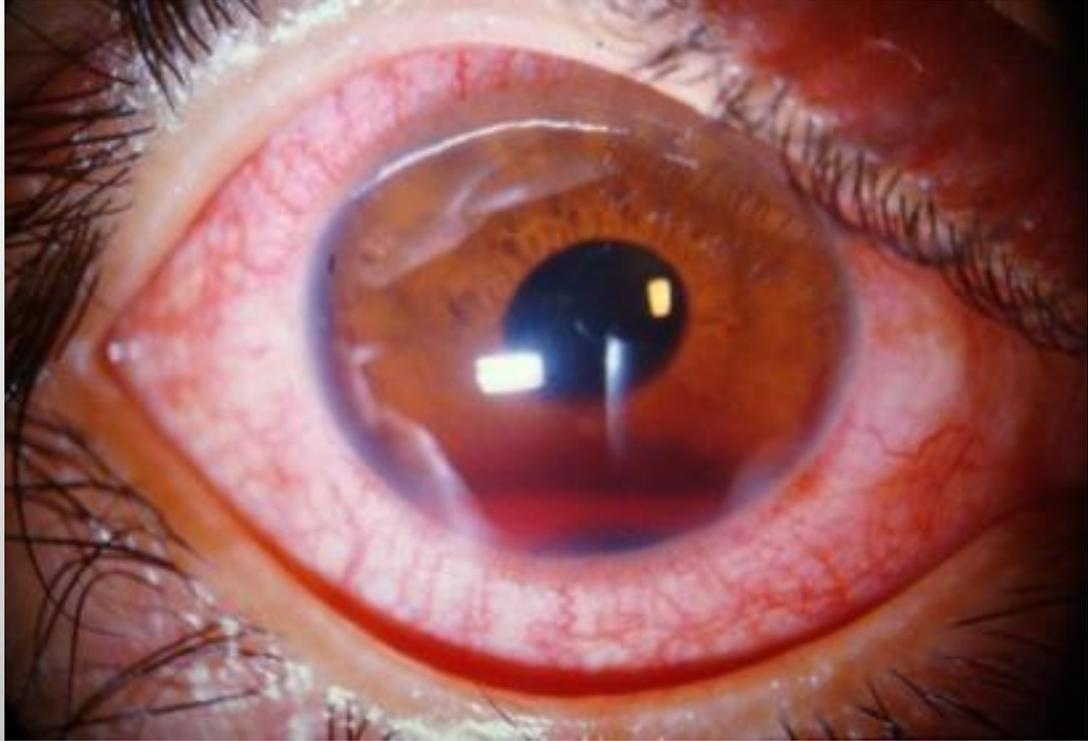
Tratamiento:

Reposo absoluto, cabecera cama elevada 30-45°, corticoides tópicos 4 veces/día (prednisona o dexametasona) y colirio atropina 1% cada 8 horas. Si es preciso se realiza ingreso. Control Presión intraocular.

5. Conmoción retiniana: Disminución AV central en algunas ocasiones, blanqueamiento retiniano. Descartar roturas retinianas.

Tratamiento:

Si afectación área macular (edema de Berlin): corticoides orales 1mg/kg/día y reposo.



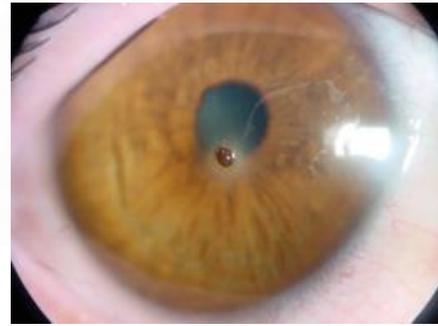
TRAUMA OCULAR DE ESTRUCTURAS INTERNAS

- CATARATA TRAUMÁTICA
- GLAUCOMA TRAUMÁTICO
- DESPRENDIMIENTO DE RETINA , DESGARROS DE RETINA , HEMORRAGIA VITREO Y/RETINA
- COMPLICACIONES DE CIRUGIAS PREVIAS
- ETC

TRAUMATISMO PENETRANTE

- A) PÁRPADOS . VALORAR PROFILAXIS ANTITETÁNICA
- B) GLOBO OCULAR
 - CORNEAL
 - ESCLERAL
 - ESCLERO-CORNEAL
 - CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR (CEIO)

GLOBO OCULAR CORNEAL



ii. Corneal:

1. *Superficial*=úlceras corneales (ver tto). **Cuerpo extraño corneal**: sensación de cuerpo extraño, arenilla, lagrimeo, fotofobia y ojo rojo. Presencia de anillo óxido en córnea. Importante eversión párpado superior e inferior en busca de restos.

Tratamiento:

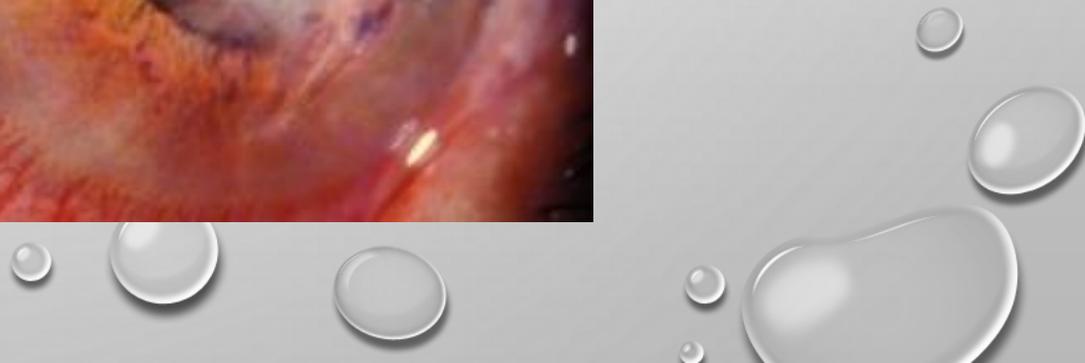
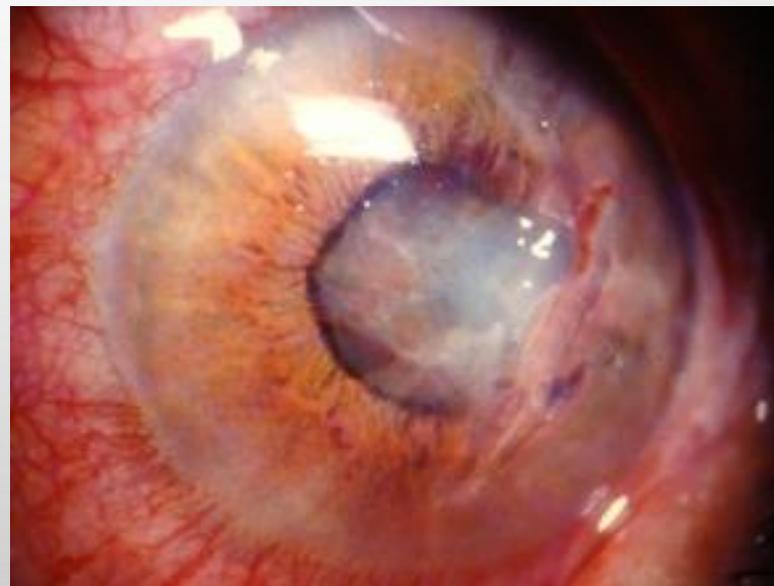
Plan: instilar colirio anestésico, retirar cuerpo extraño con una aguja 25g transformándola en roma en la punta mediante roce con capuchón de la misma. Si persiste anillo óxido enviar al oftalmólogo.

Después: colirio ciclopléjico 3 veces/día 2 días, pomada ocular atb (gentamicina, ciprofloxacino, eritromicina..) 3 veces/día 7 días y colirio antibiótico (, ciprofloxacino,eritromicina) 4 veces/día 7 días.

2. *Profundo*: ¡¡Muy grave, riesgo de pérdida de globo ocular y endoftalmitis!! Seidel (+) (lavado de fluoresceína por humor acuoso que sale del globo ocular).

Tratamiento:

INGRESO. Sutura en quirófano+atb i.v.+atbtópicos+analgesia+valorar corticoides tópicos y orales.



EN PRESENCIA DE DISCORIA, TEJIDO CAFESOSO EXPUESTO A TRAVES DE ESCLERA

- RÉGIMEN O
- NO TOCAR NI LIMPIAR EL OJO
- CONO PROTECTOR (PERO NO PARCHE)
- INICIO ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS
 - CEFAZOLINA 1GR C/8 HRS EV, CIPROFLOXACINO 750 MG C/12 H VO
 - Ó MOXIFLOXACINO 400 MG AL DÍA
- RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS AP Y LATERAL (+- TAC DE ÓRBITA)

ESCLERAL Y ESCLERO-CORNEAL

iii. Escleral : si dolor+hipotonía=perforación escleral!!.

Tratamiento:

Sutura en quirófano+ lo anterior.

iv. Esclero-corneal:

Tratamiento:

Misma actitud que en los dos casos anteriores.

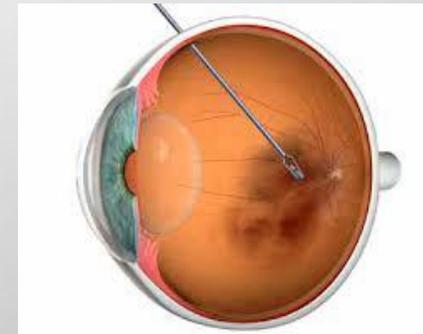
C.E.I.O.

C. Cuerpo extraño intraocular (C.E.I.O.):

Anamnesis muy importante: si estuvo martilleando (más frecuente metal contra metal), cavando, picando. Buscar puerta de entrada en córnea o esclera que puede estar cerrada. Si paciente está seguro de que le entró algo dentro. A veces pérdida de visión. Si sospecha Rx y en ocasiones TAC orbitario.

Plan:

Valoración por oftalmólogo.



QUEMADURAS

- QUÍMICAS
- TERMICAS

QUÍMICAS



Químicas:

1. Álcalis (amoníaco, lejía, hidróxido magnésico, hidróxido cálcico) tiene peor pronóstico que ácidos.

Plan:

Muy importante lavado abundante e inmediato con Ringer lactato o suero fisiológico 30 min, retirada material sólido con hemosteta o pinza previa instilación col anestésico.

Tratamiento:

Corticoides tópicos (prednisona o dexametasona) según pauta oftalmólogo, si úlcera colirio ciclopléjico 3 veces/día, atb tópicos (tobramicina, ciprofloxacino) y analgesia. Importante valorar blanqueamiento limbo esclerocorneal lo que indicaría isquemia limbar y necesidad inyección sangre autóloga subconjuntival inmediata.



TÉRMICAS

Térmicas:

1. Ceniza cigarrillo
2. Fotoeléctrica (sol, radiaciones ultravioleta, esquiador, soldador)

Dolor, lagrimeo, fotofobia, visión borrosa. Fluoresceína (+), queratopatía punteada superficial, inyección ciliar. Edema palpebral.

Tratamiento:

Colirio ciclopléjico 3 veces/día, pomada ocular atb (gentamicina, eritromicina) 3 veces/día, oclusión ocular y analgesia.

DIPLOPIA

-**Binocular:** visión doble de un objeto con los dos ojos que desaparece si se ocluye uno⁴.

-Motilidad ocular extrínseca (M.O.E): El traumatismo es la causa más frecuente en urgencias por afectación músculos extraoculares por hematomas, edemas musculares y lesión nervios periféricos o atrapamientos musculares.

Tratamiento:

Oclusión de un ojo y reconstrucción orbitaria o muscular dependiendo de la clínica.

Descartar etilismo, DM, HTA, ACV (Neuro) como causas más frecuentes.

-IV par craneal o patético:

Valoración por oftalmólogo.

-**Monocular:** cataratas, subluxación del cristalino, desprendimiento de retina.

Valoración por oftalmólogo.

AGUDEZA VISUAL CON REFRACCIÓN O CON AGUJERO ESTENOPEICO

874			Point		$\frac{20}{400}$
			Jaeger		
2843			26	16	$\frac{20}{200}$
638 E W E X 0 0			14	10	$\frac{20}{100}$
8 7 4 5 E M W 0 X 0			10	7	$\frac{20}{70}$
6 3 9 2 5 M E E X 0 X			8	5	$\frac{20}{50}$
4 2 8 3 6 5 W E M 0 X 0			6	3	$\frac{20}{40}$
3 7 4 2 5 8 E W E X X 0			5	2	$\frac{20}{30}$
9 3 7 8 2 6 W M E X 0 0			4	1	$\frac{20}{25}$
4 2 8 7 3 9 E W M 0 0 X			3	1+	$\frac{20}{20}$

- CUENTA DEDOS A X METROS
- MOVIMIENTO DE MANOS
- BUENA PROYECCIÓN DE LUZ
- LUZ MALA PROYECCIÓN
- NO PERCIBE LUZ

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL

- BILATERAL
 - AGUDA
 - INDOLORA (SIMULACIÓN O PATOLOGÍA DEL SNC)
 - CON SIGNOS INFLAMATORIOS OCULARES ACOMPAÑANTES (QUERATITIS – UVEITIS)
 - SUBAGUDA / CRÓNICA
 - SIMULTÁNEA (DEF REFRACTIVO – CATARATA O GLAUCOMA , PATOLOGIA SNC Y ALGUNAS NEUROPATÍAS ÓPTICAS)
 - CONSECUTIVAMENTE (1º UN OJO) DMRE O NEUROPATIAS ÓPTICAS (NOIA)

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL

- UNILATERAL
 - AGUDA
 - INDOLORA
 - CON DPAR + : NEUROPATIA ÓPTICA
 - CON DPAR - : DESP DE RETINA , HEMOVÍTREO Y PATOLOGÍA VASCULAR DE RETINA
 - DOLOROSA
 - ÚLCERA CORNEAL
 - GLAUCOMA AGUDO
 - SUBAGUDA – CRÓNICA
 - MEJORA CON GRADUACIÓN O ESTENOPEICO (CATARATA O DEFECTO REFRACTIVO)
 - NO MEJORA CON ESTENOPEICO (GLAUCOMA, PATOLOGÍA MACULAR O LESIONES DEL SNC)