

**XXV**  
**JORNADAS**  
**SEMG**  
**ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024

---

PARANINFO DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (Sala Pilar Sinués)



# SERVICIO DE OFTALMOLOGIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# URGENCIAS OFTALMOLOGICAS EN ATENCION PRIMARIA



DIAGNOSTICAR Y TRATAR LO QUE SE PUEDA

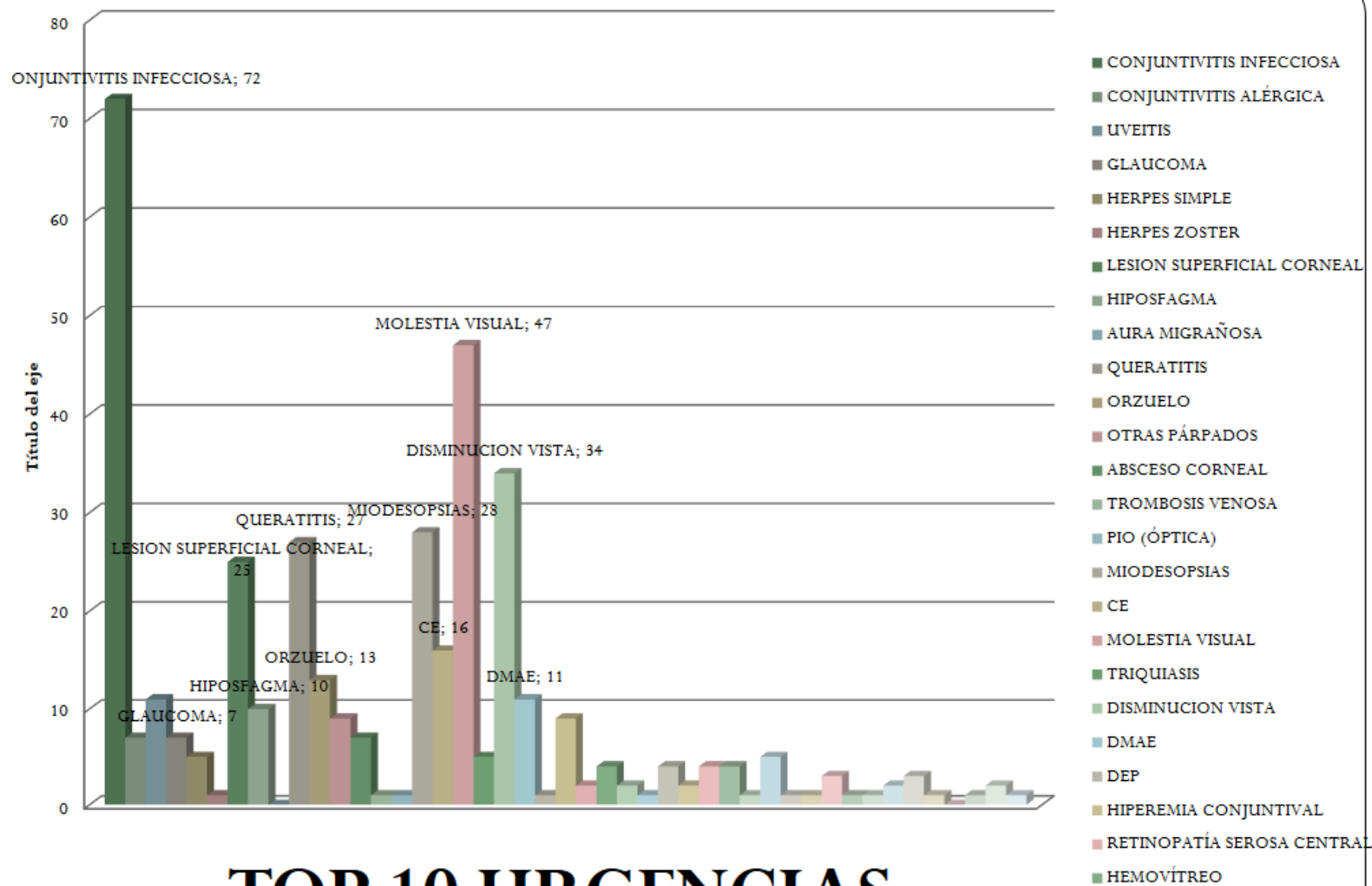
HACER UN BUEN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TENER UNOS CRITERIOS DE DERIVACION

DERIVAR AL S. OFTALMOLOGIA O AL S. URGENCIAS

ELEGIR LA PRIORIDAD





# TOP 10 URGENCIAS



# ANAMNESIS OFTALMOLOGICA

¿ DESDE CUANDO ?

¿COMO EMPEZO?

DIFERENCIAR SINTOMAS: dolor, picor, sensación de arenilla, fotofobia, lagrimeo

¿LO ASOCIA A ALGO?

A.P y A.F.

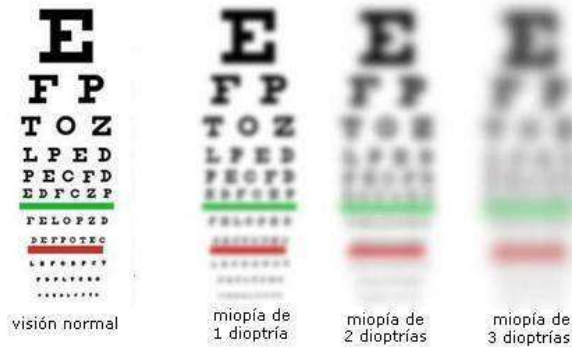


**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# EXPLORACION BASICA



AGUDEZA VISUAL (A.V.)

MOVIMIENTOS OCULARES (M.O.E.s)

CAMPIMETRIA POR CONFRONTACION

REFLEJO PUPILAR

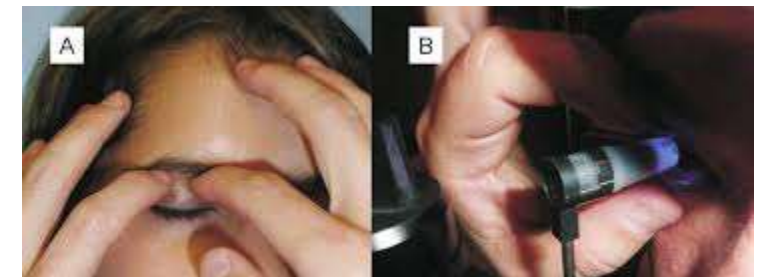
INSPECCION MACROSCOPICA BILATERAL  
(eversión de parpados)

TONOMETRIA DIGITAL

FONDO DE OJO



Fig. 65-2-5. Examen del campo visual por confrontación.



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# MATERIAL DISPONIBLE PARA URGENCIAS OFTALMOLOGICAS

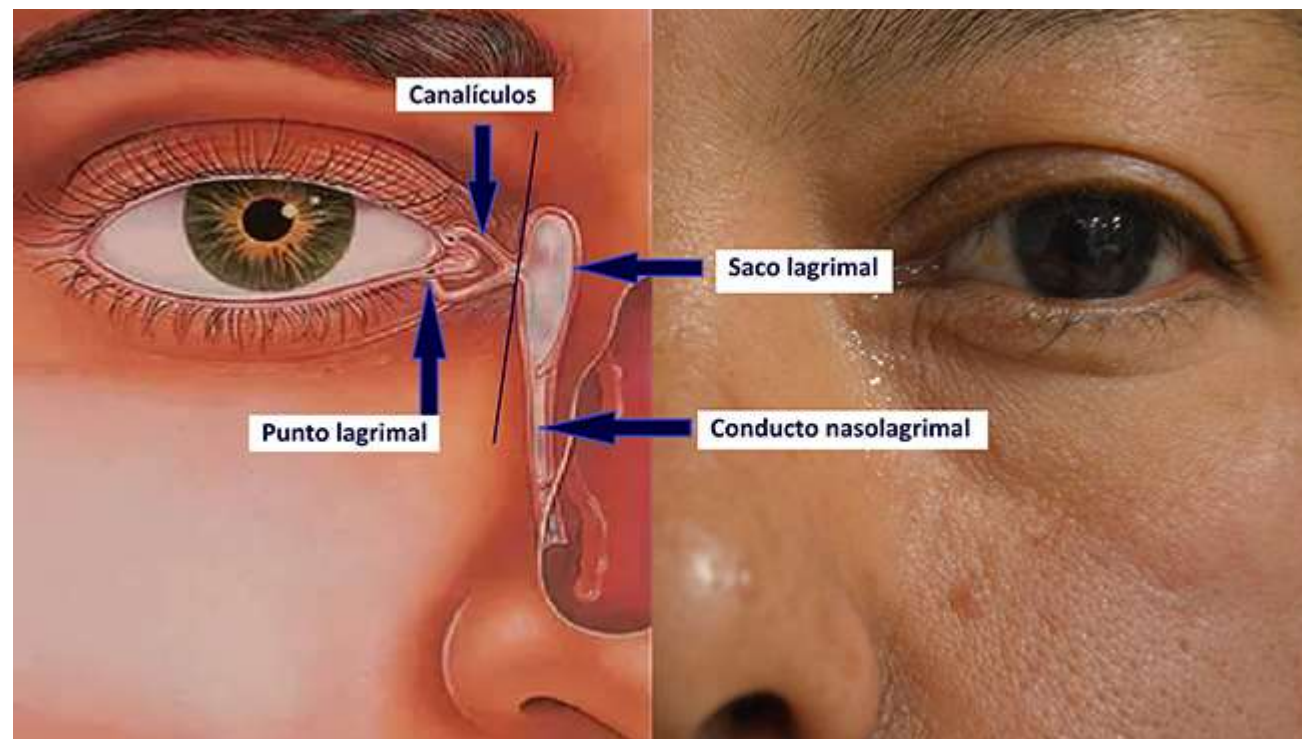
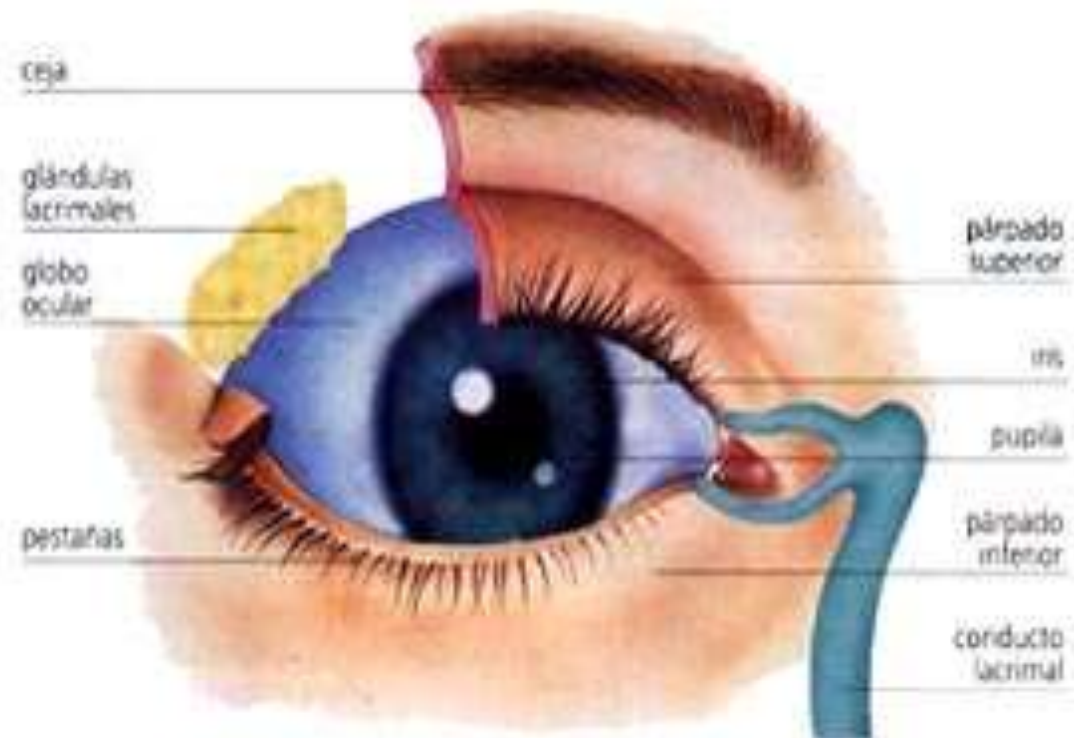


**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# PARPADOS Y VIA LACRIMAL



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024





# ALTERACIONES DE LAS PESTAÑAS

Cambio dirección normal pestañas hacia dentro

Irritación, ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo

Extirpación de las pestañas  
Colirios humectantes



Triquiasis



Distiquiasis

Crecimiento de nuevas pestañas desde las glándulas de Meibomio, no contienen folículos

Misma clínica y tratamiento



# MALPOSICION PARPADOS

El párpado se vuelve hacia afuera, se evierte y no contacta con el ojo  
Las lágrimas no se retienen

Afectación corneal por exposición

Irritación, ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo constante

Colirios humectantes  
Pomadas oculares



**ECTROPION**



El párpado se vuelve hacia dentro

Las pestañas rozan el ojo

Afectación corneal por roce constante

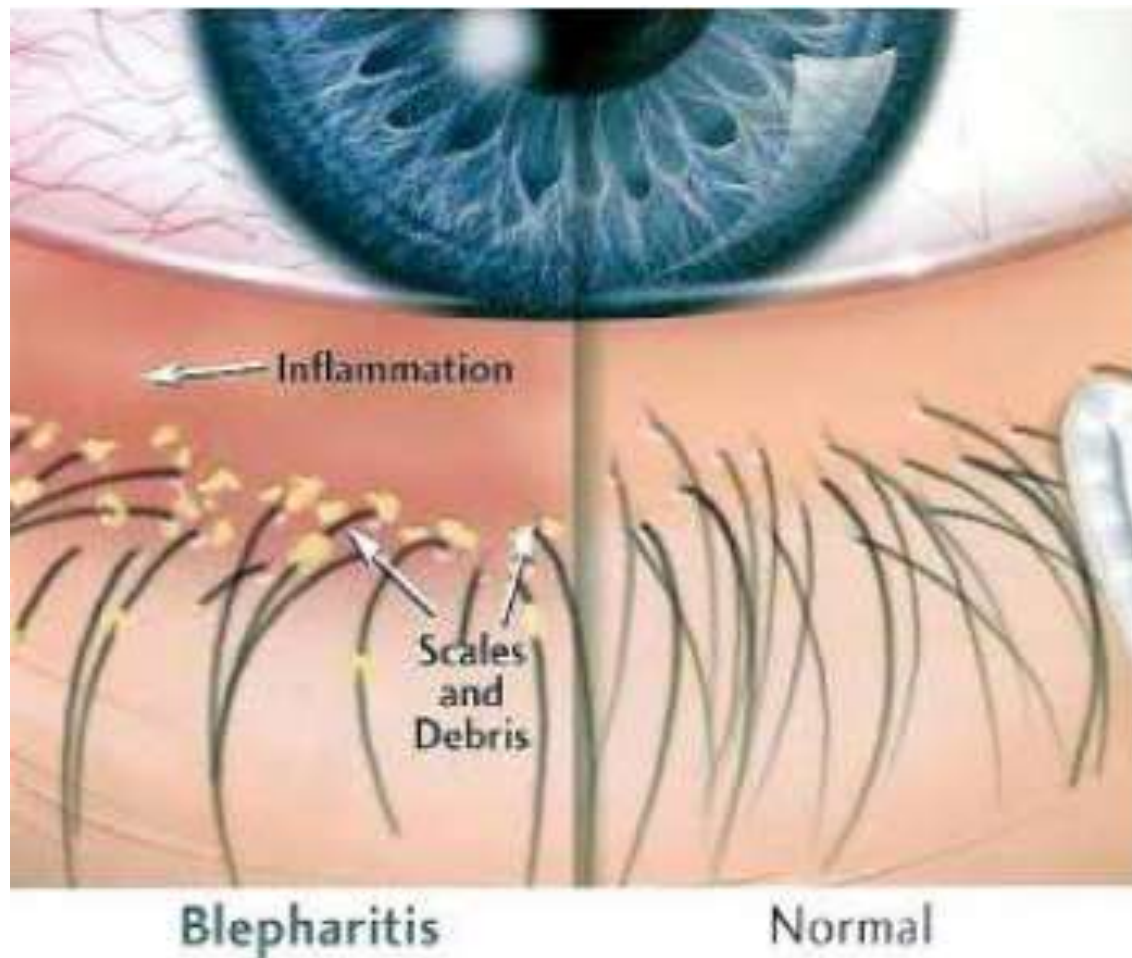
Irritación, ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo

Colirios humectantes  
Pomadas oculares

**ENTROPION**



# INFLAMACION DE LOS PARPADOS



# BLEFARITIS

INFLAMACION DE LOS BORDES DE LOS PARPADOS

Irritación piel, enrojecimiento parpado con hinchazón, quemazón, prurito



ANTERIOR

Escamas, costras, triquiasis, telangiectasias



POSTERIOR

Dilatación-distorsión de los orificios glandulares  
Secreción espesa



## TRATAMIENTO

Medidas de higiene palpebral con limpieza, masajes, compresas húmedas

Colirios y pomadas humectantes

Tratamiento de la causa si se conoce

Tratamiento de la disfunción de las glándulas de Meibomio



### PARO 1. Calentamiento de los párpados

Colóquese unas gasas o paños limpios, calientes y húmedos sobre ambos ojos cerrados durante 4 o 5 minutos. El agua debe estar lo suficientemente caliente, pero sin llegar a quemar.



### PARO 2. Masaje de los párpados

Realice un masaje ejerciendo una ligera presión sobre los párpados, utilizando su dedo índice de fuera hacia dentro (A) y en paralelo al borde del párpado (inferior y superior) para eliminar las sustancias grasas. Debe realizar una presión hacia adentro, por encima de las pestañas del párpado superior (B) y por debajo de las pestañas del párpado inferior (C).



### PARO 3. Limpieza de los párpados y pestañas

Con el ojo cerrado, aplique la toallita Lephaneet sobre el párpado y las pestañas realizando un suave masaje mediante movimientos circulares.

Teniendo en cuenta la delicadeza de la piel del párpado y con objeto de conseguir una mejor tolerancia, es importante el uso de productos que no contengan conservantes, como Lephaneet.



### PARO 4. Limpieza del borde palpebral

Fije los párpados cerrados con un dedo sobre el extremo externo, estrándolos levemente. Deslice suavemente la toallita o gasa impregnada, sobre el borde del párpado superior e inferior, ejerciendo una ligera presión y con movimientos repetidos desde el extremo interior hacia el extremo exterior.



## OTRAS INFLAMACIONES PARPADOS

BLEFARITIS ALÉRGICAS  
BLEFARITIS POR PICADURA INSECTOS

Tratamiento como las demás blefaritis

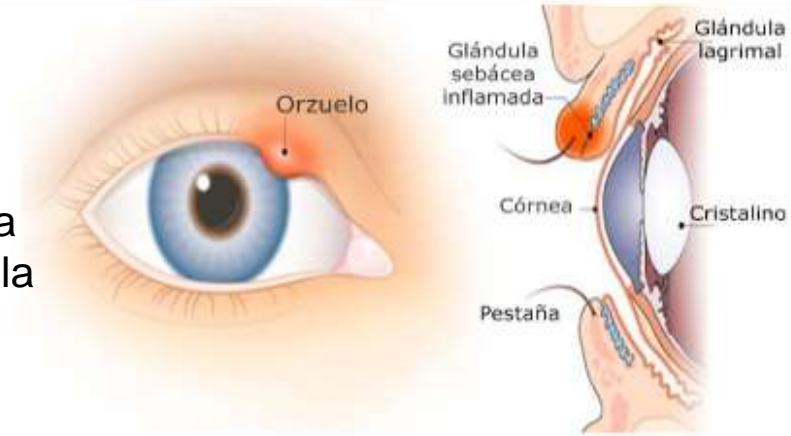
Si son muy llamativas o dolorosas dar  
pomada oftálmica de corticoides



# ORZUELO

Absceso por infección estafilocócica aguda del folículo de una pestaña y de su glándula de Zeis o de Moll

Dolor, tumefacción palpebral que aumenta de tamaño



## TRATAMIENTO

- Higiene palpebral con toallitas oftálmicas
- Calor local seco con masaje suave circular
- Pomada oftálmica de corticoides + antibióticos
- Colirio humectante



Si es muy grande y doloroso enviar para realizar drenaje

# CHALACION



Inflamación granulomatosa por retención secundario a obstrucción del conducto de la glándula de Meibomio

Aspecto quístico, frío y no doloroso

## TRATAMIENTO

- Higiene palpebral con toallitas oftálmicas
- Calor local seco con masaje suave circular
- Colirio humectante
- Suele resolverse solo
- Si persiste se puede inyectar corticoide en el chalazión o drenarlo





# CELULITIS ORBITARIA



## PRESEPTAL

INFECCION DEL TEJIDO SEPTAL DE LA ORBITA NO INVADE EL GLOBO OCULAR

Aumento del edema palpebral, eritema y temperatura local

Globo ocular blanco, indoloro. MOEs conservados

Buscar el foco de la infección, el mas frecuente es la sinusitis, dental, dacriocistitis, ..



## ORBITARIA

INFECCION DE TODO EL TEJIDO DE LA ORBITA

Aumenta el edema, empastamiento y dolor

Proptosis

Limitación MOEs, diplopía

Alteración pupilar

Mal estado general y fiebre

## TRATAMIENTO

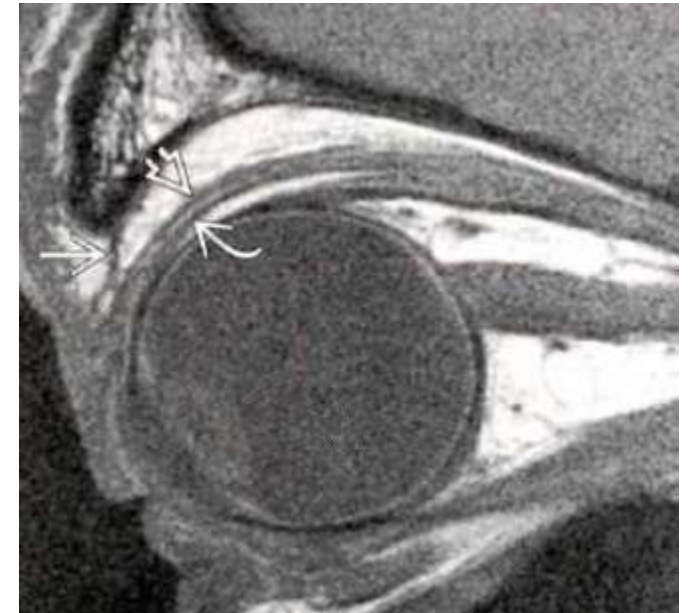
ANTIBIOTICO SISTEMICO DE AMPLIO ESPECTRO: Augmentine 875 mgr/8 h oral

AINE : Voltaren 50 /12 h

Revisar cada 2-3 días

SI SE PRESENTA COMO CELULITIS ORBITARIA Derivar al hospital

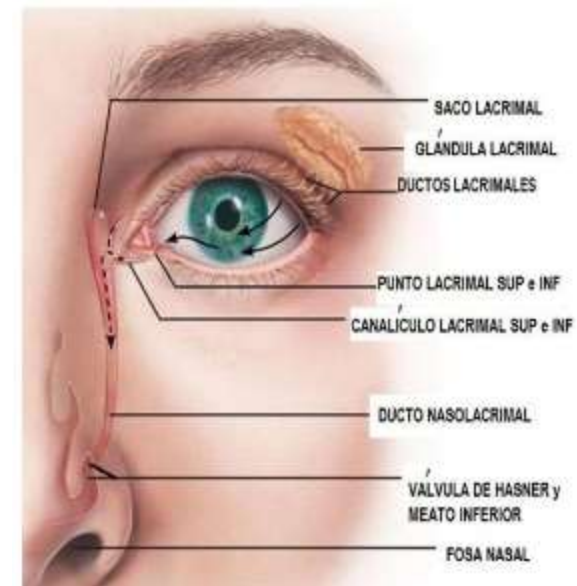
Tratamiento antibiótico y antiinflamatorio vía i.v.  
Realización de pruebas de imagen orbitaria y senos



Preseptal	Orbitaria
Hª traumatismo previo, conjuntivitis, orzuelo	Sinusitis, tx, odontogénico, dacriocistitis
<b>Edema y eritema periocular</b>	
	Proptosis, limitación MOE, diplopia, alteración estado general, Fiebre, hipoestesia periorbitaria
No necesario	SIEMPRE TC orbitario + aqnalítica
AB v.o. Amoxicilina-Clavulánico	Ingreso + TC + AB i.v.



# DACRIOCISTITIS AGUDA



OBSTRUCCION DEL CONDUCTO NASOLACRIMAL CON POSTERIOR SOBREENFECCION

Más frecuente en mayores de 50 años con historia de lagrimeo constante

Enrojecimiento, hinchazón y dolor en la zona del saco lagrimal, más o menos indurado  
Hiperemia conjuntival y secreción

**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



## TRATAMIENTO

En fase aguda

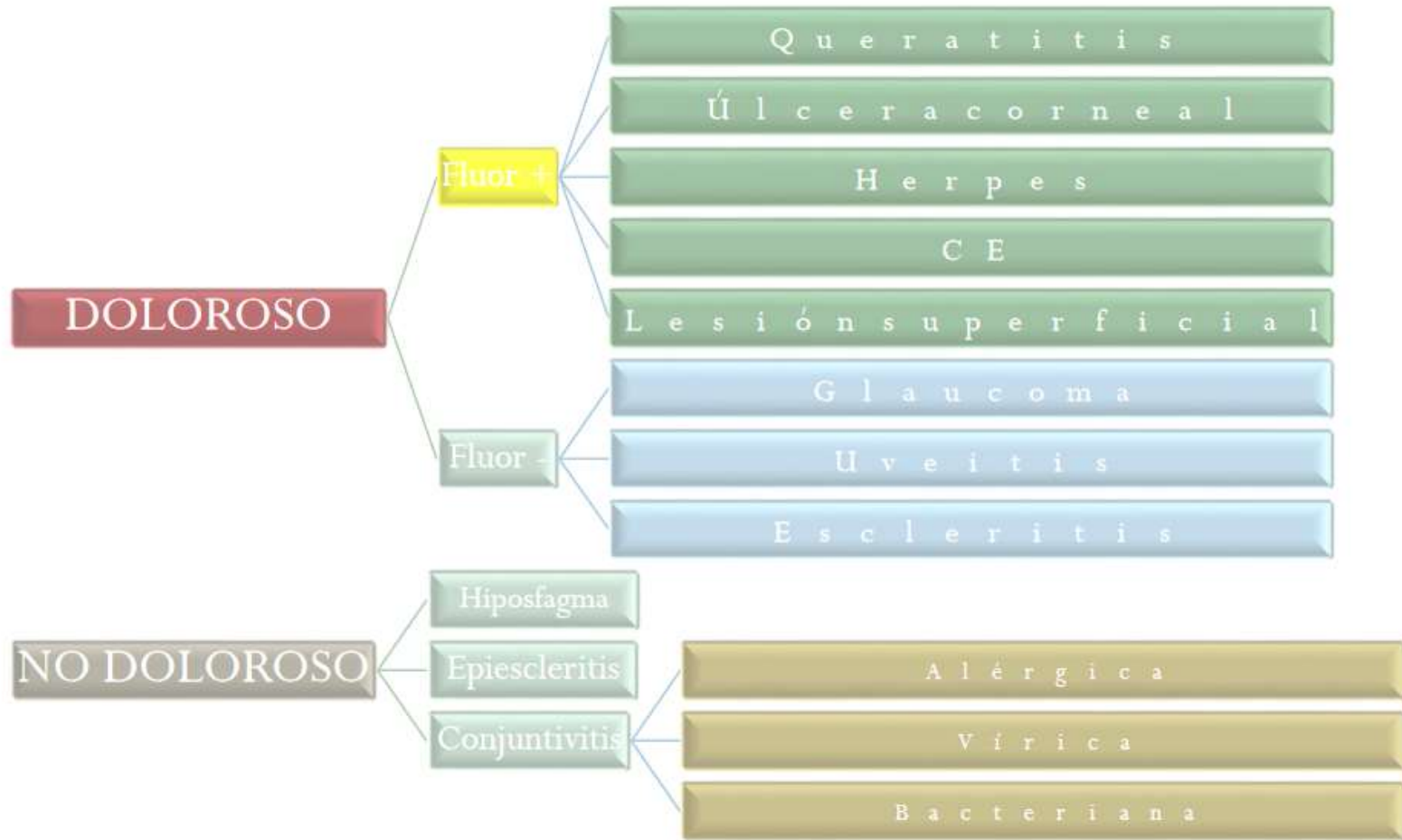
- Antibióticos de amplio espectro : Doxiclat 1 cp /12h , Amoxicilina+Clavulonico 875 mgr / 8h
- AINEs y analgésicos
- Colirios antibióticos y antiinflamatorios: Tobradex 1 gota /8 h
- Pomada oftálmica de dexametasona por la noche
- Higiene palpebral, frio local los primeros dos días y luego calor locas varias veces al día

TRATARLO COMO UN ABCESO y drenarlo

En fase crónica derivarlo a Oftalmología, donde su tratamiento definitivo es quirúrgico



# OJO ROJO



# HIPOSFAGMA–HEMORRAGIASUBCONJUNTIVAL

Rotura vaso conjuntival , paso de sangre al espacio subconjuntival

Hemorragia uniforme, bordes nítidos, no se ven los vasos conjuntivales

Sectorial o difusa

Presentación brusca. Uní o bilateral

Asintomático o leve molestia

No hay disminución de A.V.



## ETIOLOGIA

- Sin factor desencadenante
- Secundario a . HTA, Valsalva, esfuerzos, ACO, traumatismos



## AUTORESOLUCION SOLO

Si molestias colirios humectantes

Control por su medico general de HTA



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024





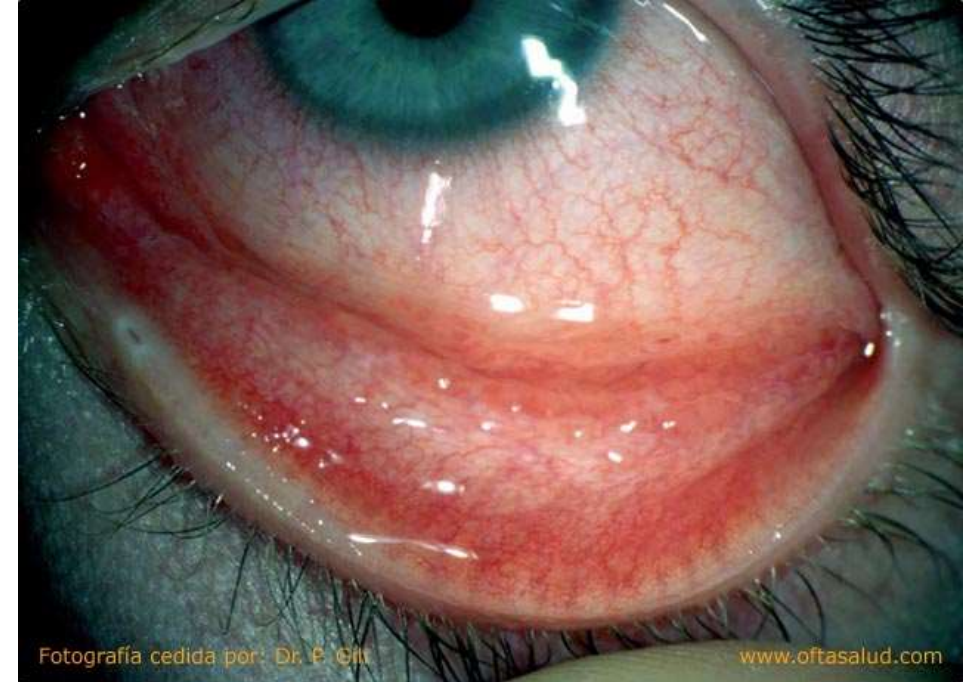
# CONJUNTIVITIS

INFLAMACION DE LA CONJUNTIVA BULBAL Y PALPEBRAL

UNI O BILATERAL

PATOLOGIA OCULAR MAS COMUN

ETIOLOGIA INFECCIOSA, ALERGICA, IRRITATIVA O QUIMICA



# CLINICA

## 1- SINTOMAS SUBJETIVOS

- escozor, picor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo
- No hay dolor
- No hay pérdida de AV

## 2- EXPLORACION

- Hiperemia y enrojecimiento ocular
- Secreción: mas por la mañana, sensación de visión borrosa
  - \* muco purulenta (bacteriana)
  - \* serosa (vírica)
  - \* mucosa (alérgica)
- Edema
  - \* parpados
  - \* conjuntiva (quemosis)



# CONJUNTIVITIS BACTERIANA

LAS MAS FRECUENTES

UNILATERAL → BILATERAL

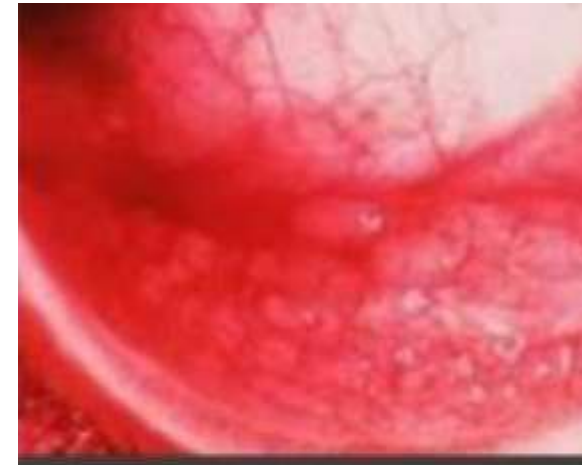
- Síntomas catarrales
- Abundante secreción purulenta
- Hiperemia e inyección conjuntival
- Puede asociar hiposfagma
- Reacción folicular subtarsal

ETIOLOGIA : S.aureus, S. pneumoniae, S. pyogenes, Haemofilus influenza, Moraxella

EVOLUCION

Empeora los primeros 4-5 días

Muy contagiosa



## TRATAMIENTO:

- HIGIENE OCULAR FRECUENTE Y LAVADO DE MANOS FRECUENTE
- COLIRIO ANTIBIOTICO solo o asociado a ANTIINFLAMATORIO, varias veces al día y en pomada por la noche
- LAGRIMAS ARTIFICIALES para disminuir los síntomas
- No dar corticoides de forma sistemática sin descartar ulcera corneal

De forma bilateral y mínimo 7 días

Si portador de lentes de contacto, retirarlas hasta pasadas 2 semanas



# CONJUNTIVITIS VIRICA

SECRECION no suelen dar o es tipo serosa

LAGRIMEO INTENSO si asocian queratitis

INYECCION CONJUNTIVAL, FOLICULOS CONJUNTIVALES SUBTARSALES

INFILTRADOS CORNEALES

Adenopatías preauriculares y enfermedades de vías respiratorias altas

ETIOLOGIA: Adenovirus, virus sarampión, rubeola y varicela

TRATAMIENTO común a todas las conjuntivitis

- Colirio antibiótico
- Colirio antiinflamatorio
- Colirio corticoides suaves si mucha inflamación



# CONJUNTIVITIS PSEUDOMEMBRANOSAS

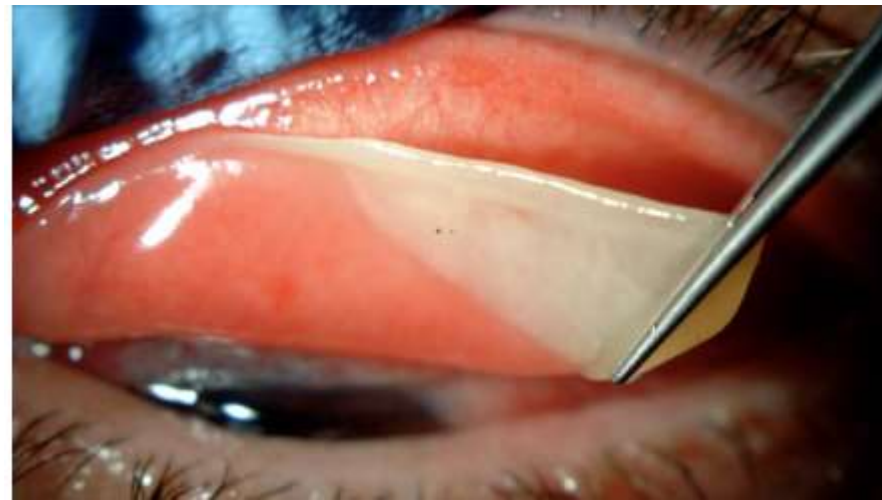
Conjuntivitis por ADENOVIRUS

PSEUDOMEMBRANAS sub tarsales

Muy contagiosa

TRATAMIENTO:

- Tópico con colirios antibióticos y antiinflamatorios
- EXTRACCION DE LAS MEMBRANAS, dejan lecho sangrante



# CONJUNTIVITIS ALERGICA

SECRECIÓN poca o tipo acuosa

PICOR intenso

INYECCIÓN CONJUNTIVAL, sobre todo fondos de saco

REACCIÓN PAPILAR subtarsal

QUEMOSIS CONJUNTIVAL



Puede asociarse a rinitis, dermatitis, asma bronquial, atopia



## TRATAMIENTO

- Higiene ocular
- Frio local si inflamación palpebral
- Colirios antihistamínicos e inhibidores de los mastocitos
- Colirios antiinflamatorios corticoides si hay quemosis



# CONJUNTIVITIS IRRITATIVAS

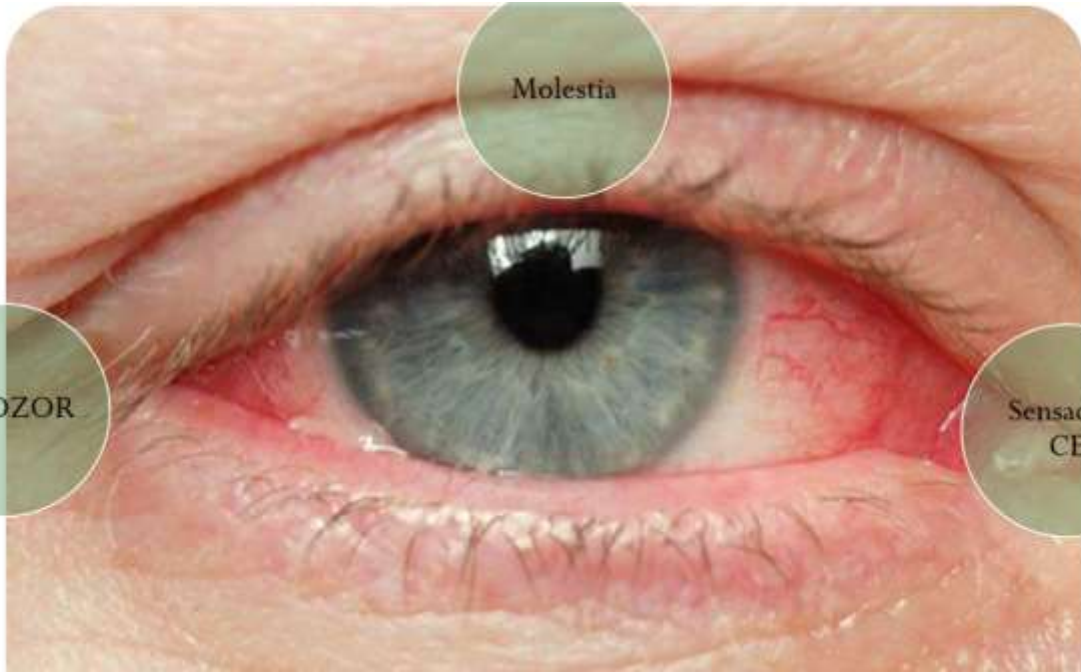


INESPECIFICAS

DESENCADENANTES: cloro piscina, humo tabaco, frotamiento, esfuerzo visual por corrección inadecuada

TRATAMIENTO:

- Lubricación con L.A. a demanda
- Colirio AINE si molestia intensa





# DIAGNOSTICO DIFERENCIAS DE LAS CONJUNTIVITIS

VÍRICA	ALÉRGICA	BACTERIANA
UNI → bilateral	Bilateral	
FOLÍCULOS	PAPILAS	
	Mucinoso hilos	Purulenta
pseudomembranas	PICOR, rinitis, dermatitis, lagrimeo	
Limpieza + L.A. + Profilaxis	Antihistamínicos + L.A.	AB + CULTIVO

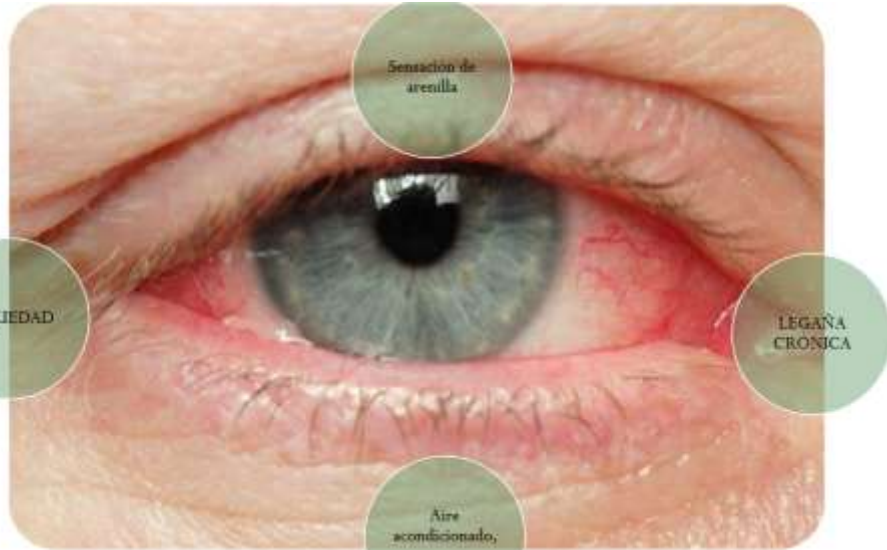
 **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS CONJUNTIVITIS**

*El diagnóstico debe realizarlo un profesional*

	ALÉRGICA	BACTERIANA	VÍRICA
<b>AFECTACIÓN</b>	 Bilateral	Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 h.	Unilateral al inicio, bilateral en pocos días
<b>HIPEREMIA</b>			
<b>PICOR</b>			
<b>SECRECIÓN</b>	Mucosa, filante	Abundante y purulenta	Acuosa
<b>SENSACIÓN ARENILLA</b>			
<b>LAGRIMEO</b>			
<b>FOTOFOBIA</b>			



# OJO SECO



## CRONOLOGIA:

- PICOR
- ESCOZOR
- SENSACION DE C.E.
- OJO PEGAJOSO POR LAS MAÑANAS
- VISION BORROSA FLUCTUANTE
- SENSIBILIDAD A LA LUZ

EXPLICAR LA CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD  
SOLO TRATAMIENTO SINTOMATICO  
INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE LA CONSTANCIA

## TRATAMIENTO

- Evitar factores desencadenantes/irritativos
- Gafas de sol
- Lagrimas artificiales, gel hidratación nocturno

# EPIESCLERITIS- ESCLERITIS

ENROJECIMIENTO AGUDO Y LOCALIZADO en un sector de la conjuntiva (temporal)

Por dilatación de los vasos episclerales

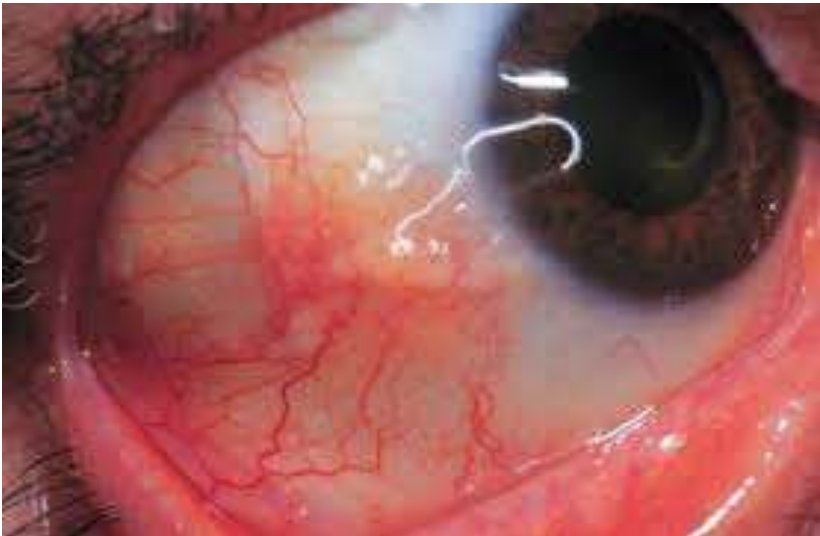
UNI O BILATERAL

ADULTOS JOVENES

RECURRENTE

ETIOLOGIA

- Idiopática
- Enfermedades reumatológicas
- Enfermedades del colágeno: L.E.D., Enf Wegener



## CLINICA

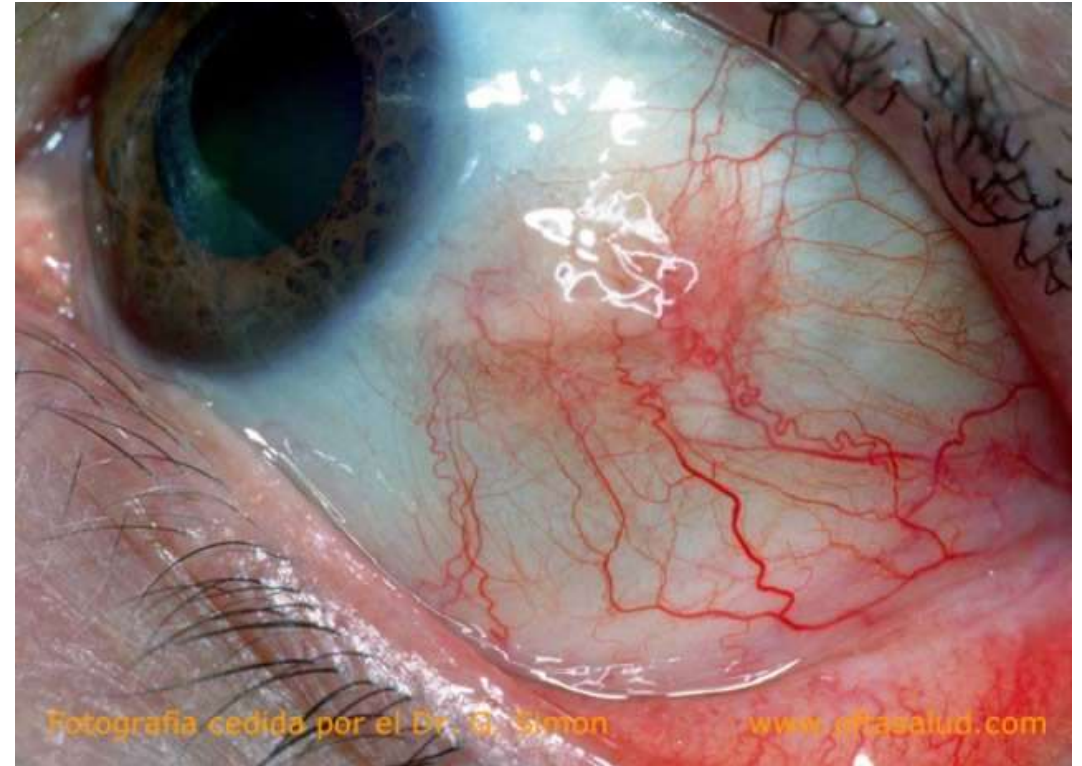
- Enrojecimiento conjuntival
- Dolor moderado con los movimientos oculares

## DIAGNOSTICO

- Exploración
- Instilar una gota de Fenilefrina tópica, produce vasoconstricción y desaparecen los vasos epi esclerales

## TRATAMIENTO

- Colirio CORTICOIDES
- Colirios AINE

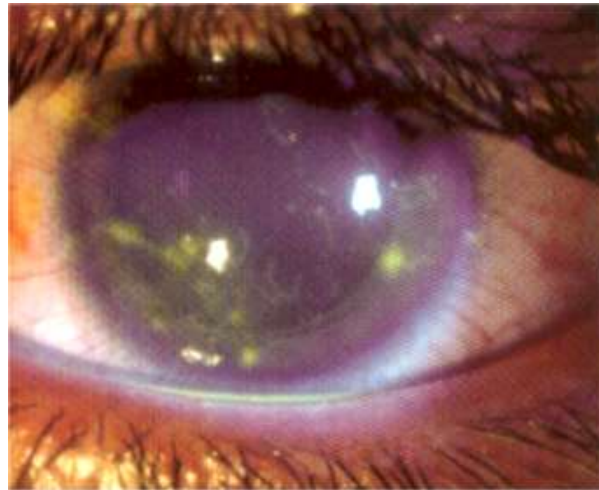
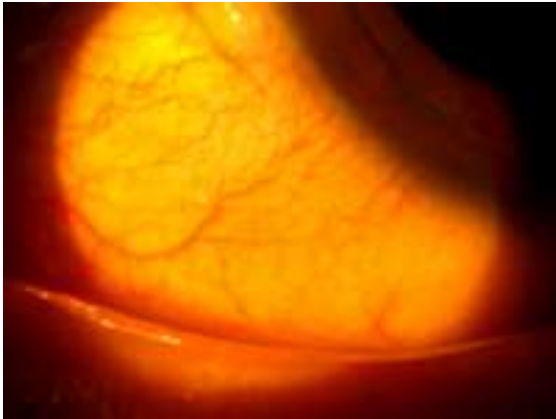


# QUERATITIS

INFECCIONES E INFLAMACIONES DE LA CORNEA

## CLINICA

- Fotofobia, blefarospasmo y lagrimeo
- Hiperemia conjuntival , inyección periqueratica o ciliar
- DOLOR, estimulo terminaciones nerviosas sensitivas del epitelio corneal
- DISMINUCION DE LA A.V.

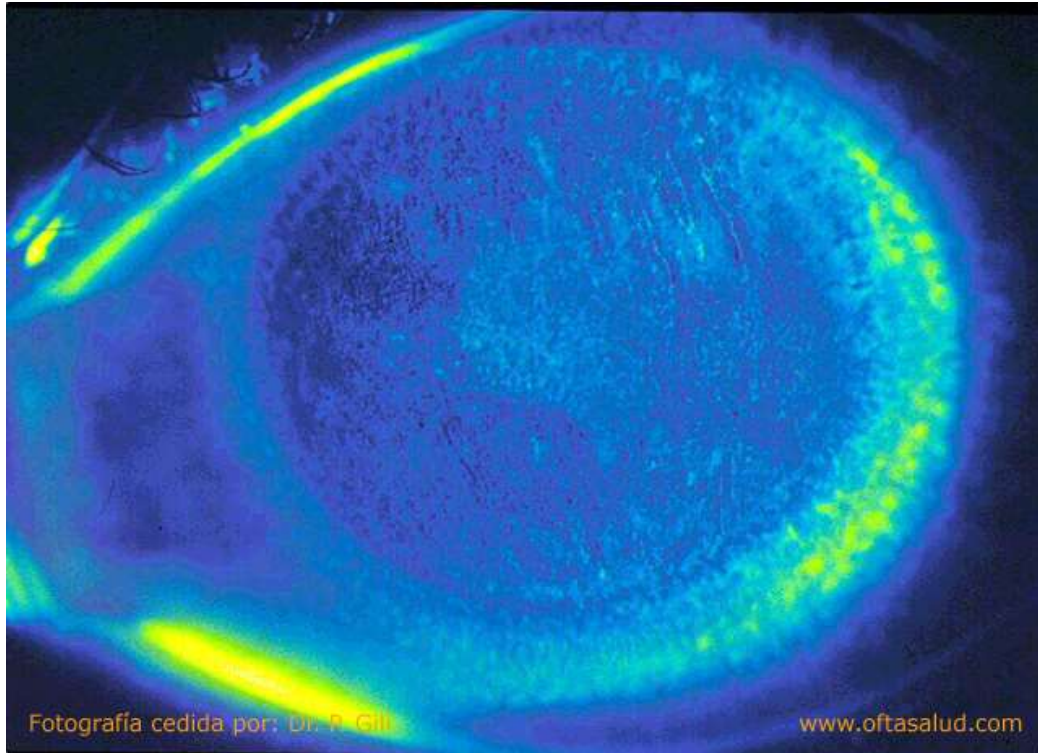


## EXPLORACION

- INYECCION CILIAR
- LAGRIMEO, secreción acuosa
- TINCION FLUORESCEINA (luz azul cobalto) POSITIVA
- PUPILA NORMAL



# QUERATITIS TRAUMÁTICA/EROSIÓN CORNEAL



Levantamiento o separación del epitelio de la cornea

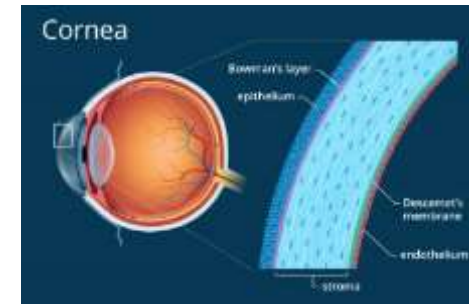
- Patología muy frecuente
- Antecedente traumático

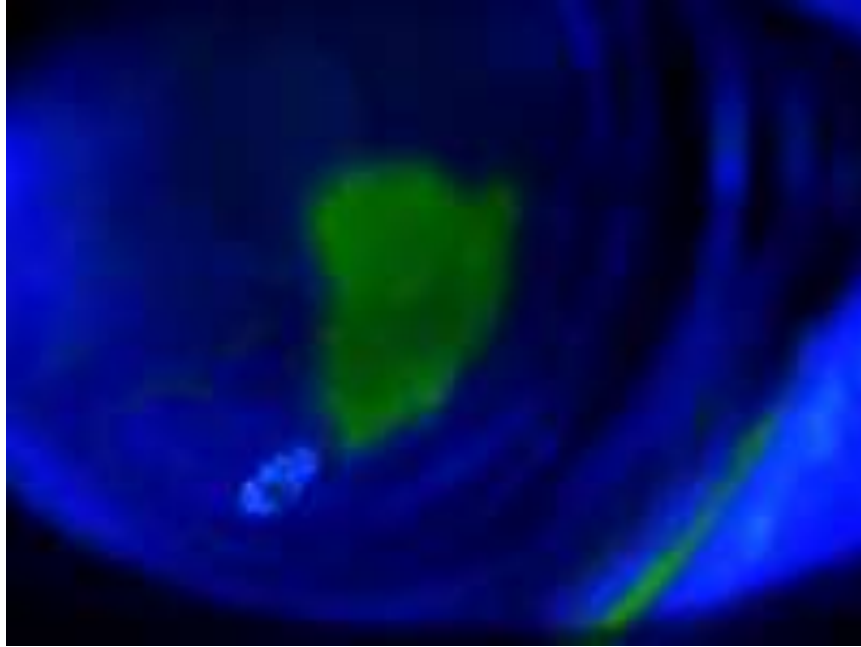
## CLÍNICA

- Dolor intenso
- Lagrimeo, blefarospasmo, sensación CE

## DIAGNÓSTICO

- Tinción fluo +
- Inyección ciliar
- Leve inflamación en cámara anterior



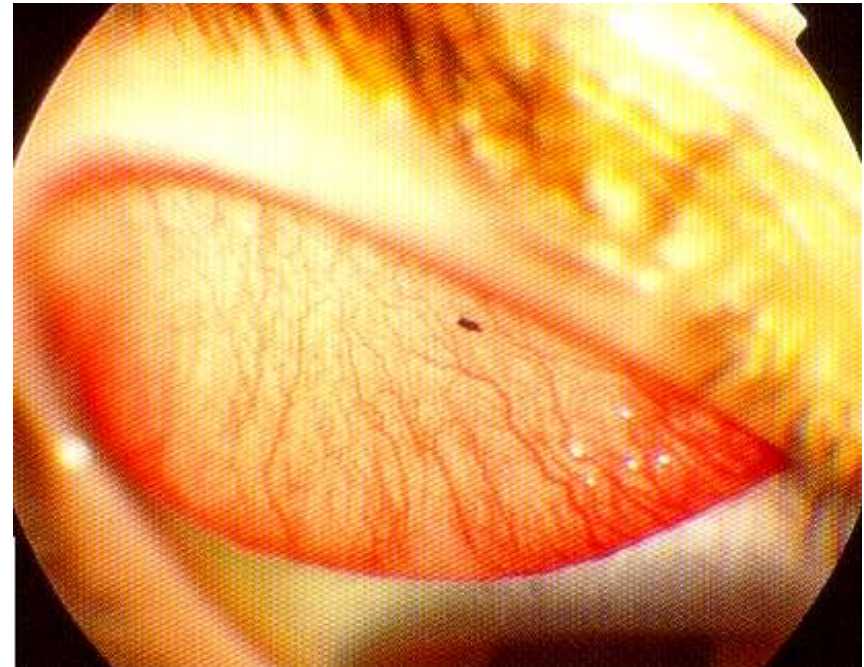
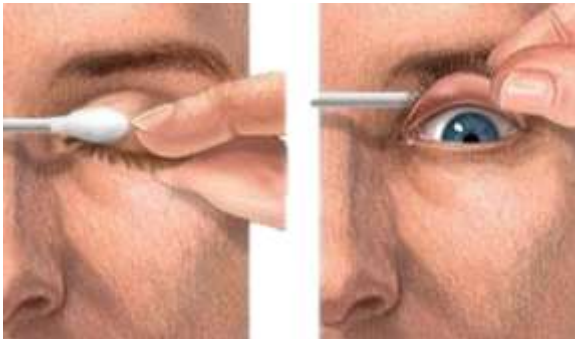


## TRATAMIENTO

- COLIRIO MIDRIATICO de acción corta (ciclopléjico)
- ANTIBIOTICO, colirio y pomada oftálmica
- OCLUSION 24 HORAS, impide parpadeo



SIEMPRE BUSCAR PRESENCIA DE C.E. SUBTARSAL  
EVERTIR PARPADO



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# EROSION CORNEAL POR CUERPO EXTRAÑO



## CLINICA

- Sensación de cuerpo extraño
- Lagrimeo, fotofobia
- Visión borrosa

## DIAGNOSTICO

Fácil, suele referirlo el propio paciente

Si son metálicos y permanecen mucho tiempo dejan un anillo de oxido alrededor

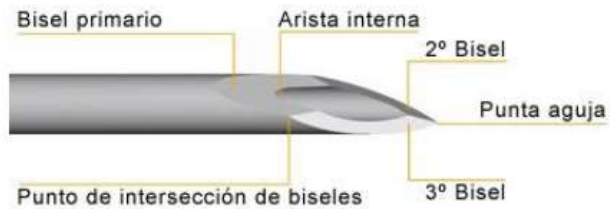
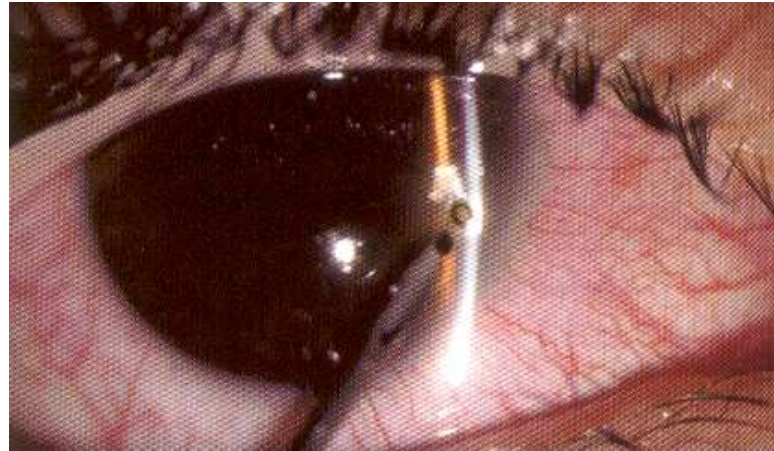


## TRATAMIENTO

Instilar colirio de anestésico

Extracción del CE, con hemostetas y/o aguja de insulina, raspar oxido corneal

Tratamiento como cualquier erosión corneal (midriasis + antibiótico + oclusión 24 horas)



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# QUERATITIS BACTERIANA



SECUNDARIAS A LESIONES EPITELIO CORNEAL QUE SE SOBREENFECTAN

## CLINICA

- Síntomas de queratitis
- ULCERA CENTRAL CORNEAL
- HIPOPIÓN

## ETIOLOGIA

- Pseudomonas, portadores LDC
- Neumococo, S. aureus, S. epidermidis
- Moraxella, diabéticos e inmunodeprimidos



## DIAGNOSTICO

Tinción de la ulcera con fluoresceína

Infiltración blanca alrededor de la ulcera

Toma de muestras del lecho de la ulcera para cultivo microbiológico y antibiograma

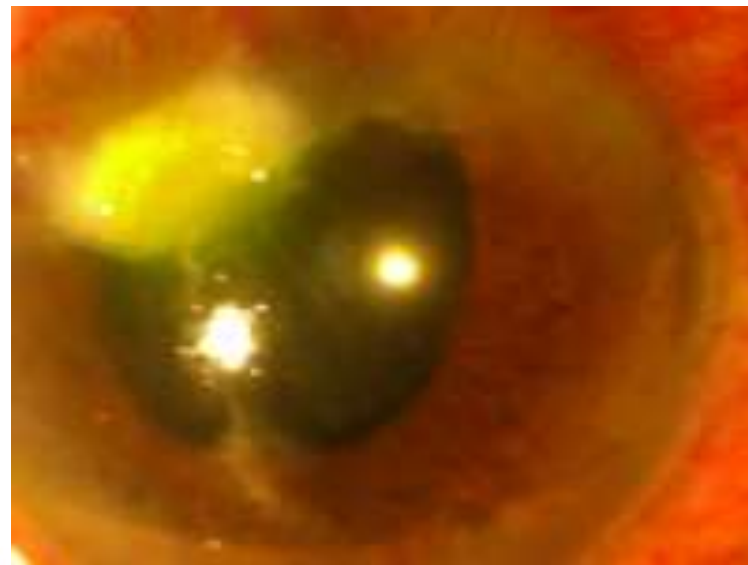
En portadores de LDC cultivarlas para microbiología



## TRATAMIENTO

- MIDRIATICOS
- ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO
  - \* tópicos, colirios reforzados
  - \* sistémicos
- NO CORTICOIDES de entrada, esperar a respuesta de antibióticos
- Analgésicos sistémicos si mucho dolor

En portadores de LDC suspender su uso al menos 2 semanas



# QUERATITIS POR HERPES SIMPLE

## ETIOLOGIA

Virus Herpes simple

## CLINICA

- Ojo rojo
- Poco dolor, por hipostesia corneal

## EXPLORACION

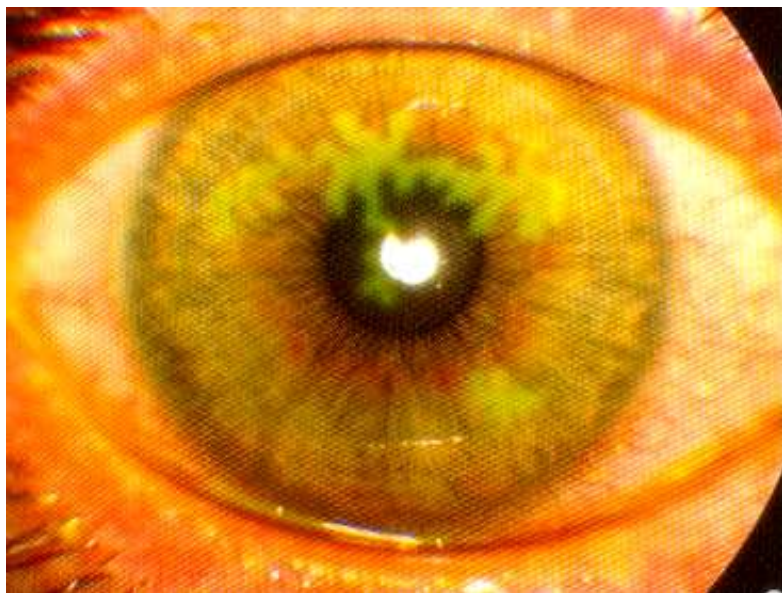
ULCERA CORNEAL característica:

- arboriforme
- monocular
- tinción fluo + típica



## TRATAMIENTO

- MIDRIATICO, los primeros días
- COLIRIO ANTIBIOTICO, evitar sobreinfección
- POMADA OFTALMICA DE ACICLOVIR, pauta decreciente
  
- CONTRINDICADO LOS CORTICOIDES, agravan el proceso e impiden la cicatrización



# QUERATITIS POR HERPES ZOSTER



## ETIOLOGIA

VIRUS HERPES ZOSTER

## CLINICA

- LESIONES CUTANEAS VESICULARES en el dermatomo sensitivo que corresponde al ganglio de Gasset y que corresponde con la rama oftálmica del N. trigémino (V par)
- OCULAR:
  - \* Conjuntivitis
  - \* Queratitis, mas inespecífica, imagen pseudodendritiforme

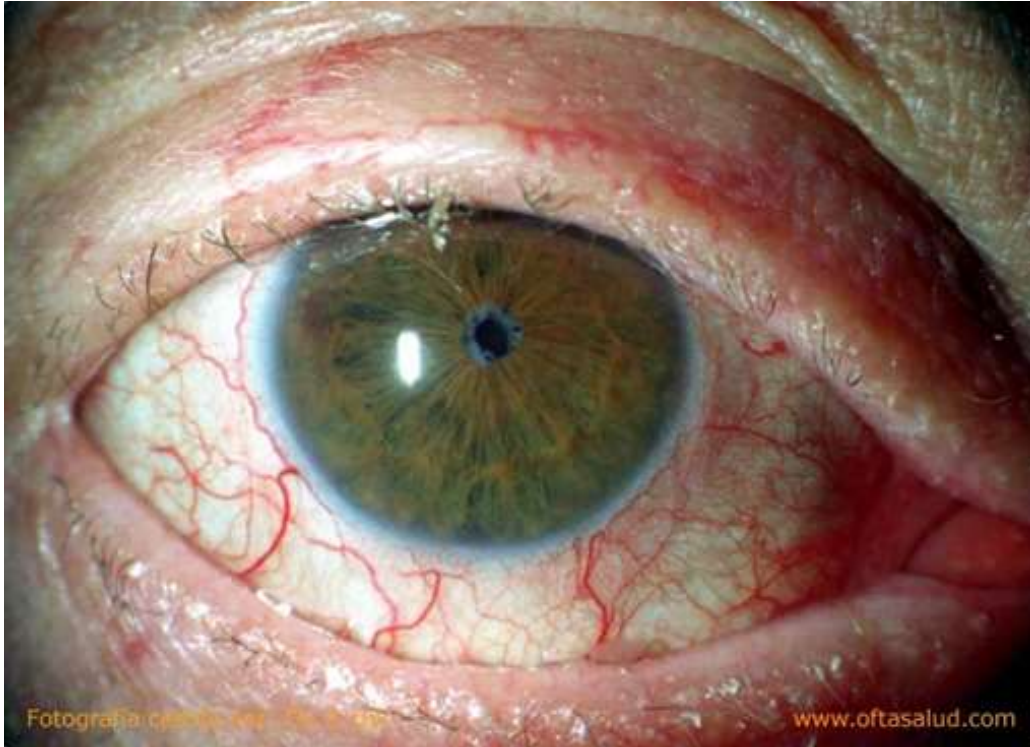


## TRATAMIENTO

- Como la queratitis herpética
- ACICLOVIR oral



# UVEITIS ANTERIOR AGUDA



IRITIS: inflamación del iris  
CICLITIS: inflamación del cuerpo ciliar  
UVEITIS ANTERIOR: es una IRIDOCICLITIS

## ETIOLOGIA

- IDIOPATICAS, la mayoría (> 50%)
- ASOCIADAS A ENF. SISTEMICAS
  - \* Artritis: E:A, Sd Reiter, Bchet...
  - \* Enf. Pulmonares: Sarcoidosis, TBC,...
  - \* Enf. Infecciosas: sífilis, toxoplasmosis C.M.V, Candidiasis



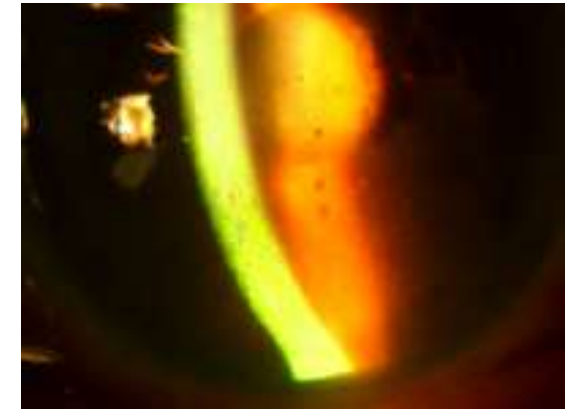
## CLINICA

### - SINTOMAS:

- \* dolor moderado
- \* disminución de la A.V. leve
- \* fotofobia, lagrimeo, blefarospasmo

### - SIGNOS:

- \* Pupila **MIOTICA** e irregular, sinequias posteriores
- \* P.I.O normal o disminuida
- \* TYNDALL + en humor acuoso, células inflamatorias flotando en C.A.
- \* HIPOPION leucocitos en C.A. que forman un nivel inferior blanco (aséptico)
- \* Cornea transparente
- \* PRECIPITADOS QUERATICOS en endotelio





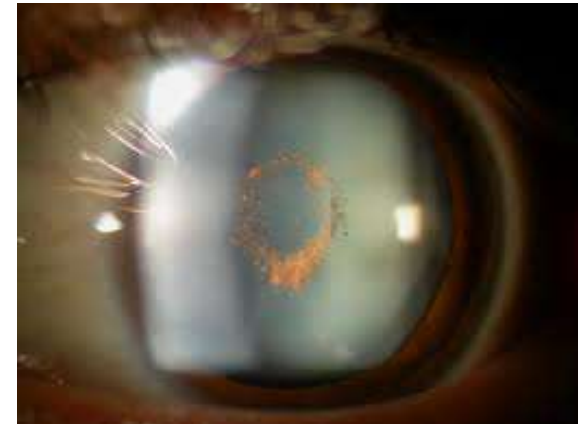
## TRATAMIENTO

Debe ser precoz

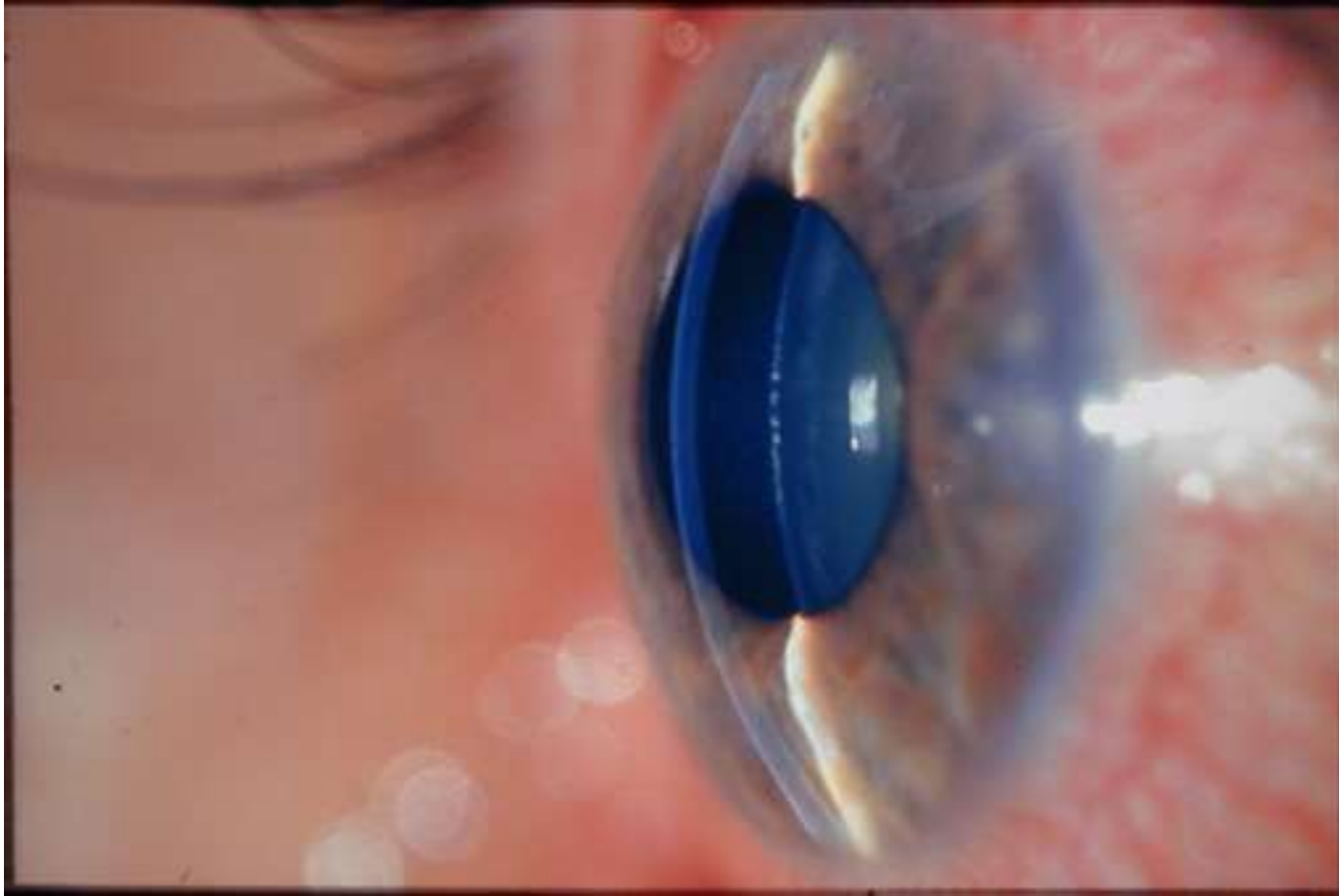
- MIDRIASIS, máxima, para romper las sinequias
- COLIRIO CORTICOIDES potentes (prednisona, dexametasona)

CONTRAINDICADO LA MIOSIS FARMACOLOGICA (pilocarpina)

REMITIR SIEMPRE A OFTALMOLOGIA



# GLAUCOMA AGUDO



PRIMERA ETIOLOGIA A DESCARTAR ANTE  
UN OJO ROJO DOLOROSO

Es patología poco frecuente en comparación con  
otras causas de ojo rojo

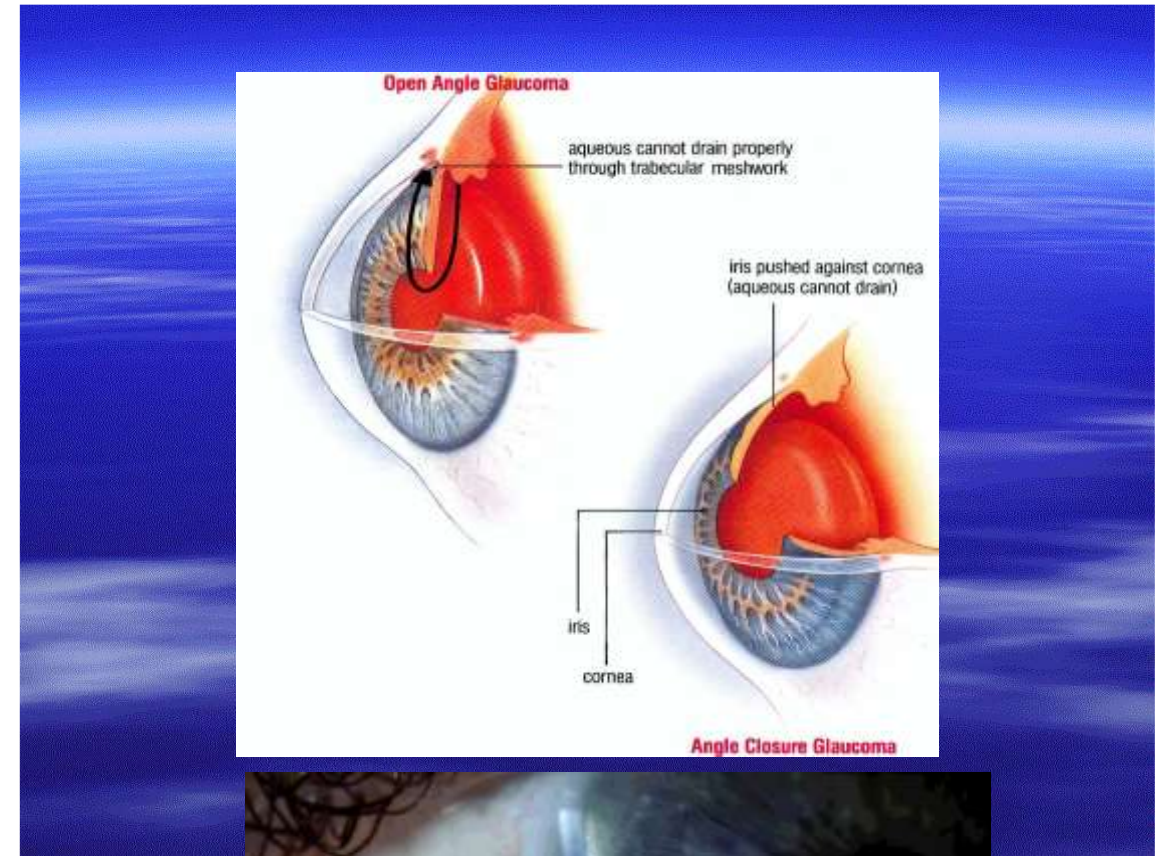
VERDADERA URGENCIA OFTALMOLOGICA



## FISIOPATOLOGIA:

Aumento de la presión intraocular de forma brusca (aguda) por cierre del ángulo de la cámara anterior (por donde drena el humor acuoso)

- Ancianos
- Catarata
- Hipermetropía (CA estrecha)
- Midriasis
  - Noche
  - Fármacos



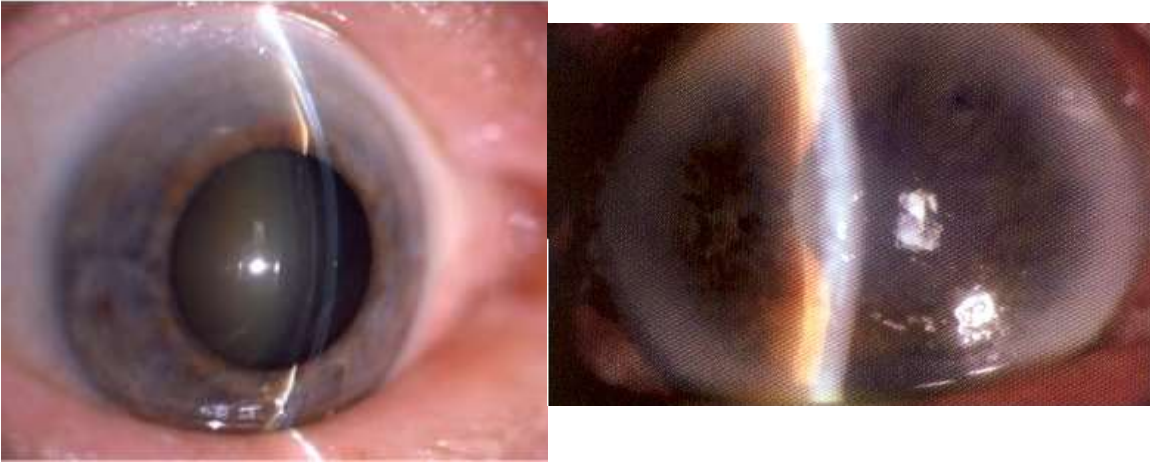
## CLINICA

### 1. Síntomas subjetivos:

\***Intenso dolor**, acompañado de **cefaleas** (región orbitaria y periorbitaria), **nauseas y vómitos**. Afectación del estado general. Sensación de enfermedad

\***Disminución importante de la agudeza visual:** incluso solo de percepción de luz

\*Visión **de halos coloreados** alrededor de puntos de luz: por el edema del epitelio corneal



### 2. Síntomas objetivos de exploración:

\***Hiperemia o Inyección mixta:** ciliar y conjuntival

\***Córnea deslustrada** por pérdida de transparencia

\***Pupila en midriasis media arreactiva**

\***Cámara anterior estrecha**

\***P.I.O**: **globo ocular duro** a la palpación y comparado con el otro ojo

Presión ocular con tonómetro de aplicación entre 50-70 mmHg

## TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO SISTEMICO DE SUS SINTOMAS GENERALES

- Analgésico potente
- Antiemético

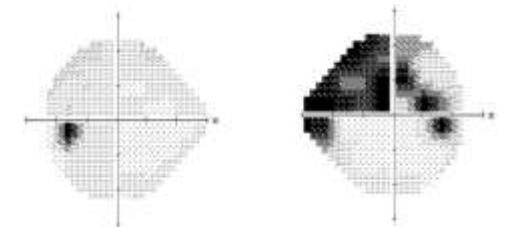
¡SALVAR CÉLULAS GANGLIONARES! → BAJAR la PIO

- Iniciar tratamiento con mióticos tipo Pilocarpina
- Poner todos los colirios hipotensores que se puedan
- Colirio antiinflamatorio

□ EDEMOX 250-500 MG

□ Manitol iv 20% 250 cc en 20-30 minutos → INGRESO

□ IRIDOTOMÍA láser YAG AO



	<b>Conjuntivitis</b>	<b>Queratitis</b>	<b>Uveítis ant.</b>	<b>Glaucoma agudo</b>
<b>A.V.</b>	Normal	Normal	Disminuida	Muy disminuida
<b>Dolor</b>	+	++/+++	+ / ++	+++
<b>Fotofobia</b>	-/+	+++	++	+++
<b>Lagrimeo/ Blefarosp</b>	-/+	+++	+	++
<b>Secreción</b>	++	+/-	-	-
<b>Hiperemia/ Inyección</b>	Conjuntival	Ciliar y Conjuntival	Ciliar	Conjuntival y ciliar
<b>P.I.O</b>	Normal	Normal	Normal	Muy aumentada
<b>Córnea</b>	Transparente	Opacidad	Precipitados	Edema epitelial
<b>Pupila</b>	NR	NR	Miosis	Midriasis
<b>Cámara anterior</b>	Normal	Normal	Tyndall	Estrecha



# CAUSTICACION OCULAR

EMERGENCIA OFTALMOLOGICA

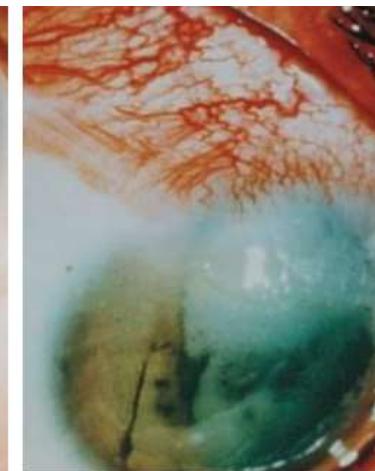
Quemadura química leve o grave



ALCALIS  
(+GRAVE)  
- Amoníaco  
- Lejía  
- Sos Caústica  
- Cal

ÁCIDOS  
- Sulúrico  
- Acético  
- Fluorhídrico

DISOLVENTES,  
DETERGENTES,  
IRRITANTES



ISQUEMIA LIMBAR  
Opacidad corneal  
PERFORACIÓN  
Glaucoma  
Uveítis  
Simbléfaron  
Queratopatía  
...

**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024



# TRATAMIENTO

Requiere tratamiento inmediato, antes de cualquier prueba visual

INSTILAR ANESTESICO TOPICO

LAVADO PROFUSO CON DUERO FISIOLÓGICO

ocular + fondos de saco  
al menos 10-15 mts

ANALGESIA sistémica por intenso dolor

TRATAMIENTO TOPICO

colirios midriáticos  
humectantes  
pomadas antibióticas

REVISIONES DIARIAS al inicio

la mayoría son leves y curan en pocos días





# TRAUMATISMOS OCULARES



Urgencia según la severidad del golpe

Si no puede abrir parpados no forzar, realizar pruebas de imagen que valoren la integridad del ojo y descarten fracturas orbitarias

Si puede abrir los parpados instilar anestésico que facilite la exploración valorar siempre AV, MOEs, pupilas, integridad del globo, fondo de ojo

# PERFORACION OCULAR

ETIOLOGIA: Traumatismo previo, cuerpo extraño perforante

CLINICA: dolor, blefarospasmo, disminución AV, salida del contenido ocular

EXPLORACION: ojo hipotenso, herida incisa corneal- escleral, deformación pupilar  
herniación de iris, CA estrecha

## TRATAMIENTO

No tocar ni forzar la apertura parpados

No instilar colirios

Analgesia

Derivar siempre a urgencias



# ALTERACIONES VISUALES

## ALTERACIONES EN LA A.V.

### - FOTOPSIAS

- \* Centelleos de luz sin estímulo luminoso
- \* Migrañas, tracción vítrea, inicio de DR



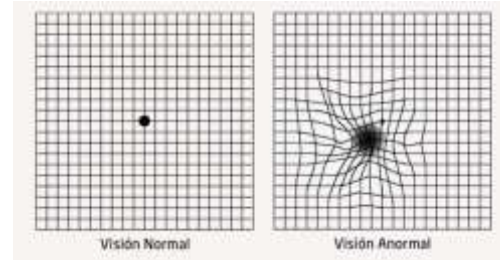
### - MIODESOPSIAS

- \* Sensación de percepción de objetos en campo visual (moscas..)
- \* Patología vítreo, inflamación intraocular, riesgo de DR



### - METAMORFOPSIAS

- \* Distorsión de líneas y objetos
- \* Patología macular



## DISMINUCION DE A.V.:

- AGUDA: pérdida brusca que no se recupera en < 6 h.
- SUBAGUDA: pérdida brusca que no se recupera en > 6h
- CRONICA: progresiva, larga evolución



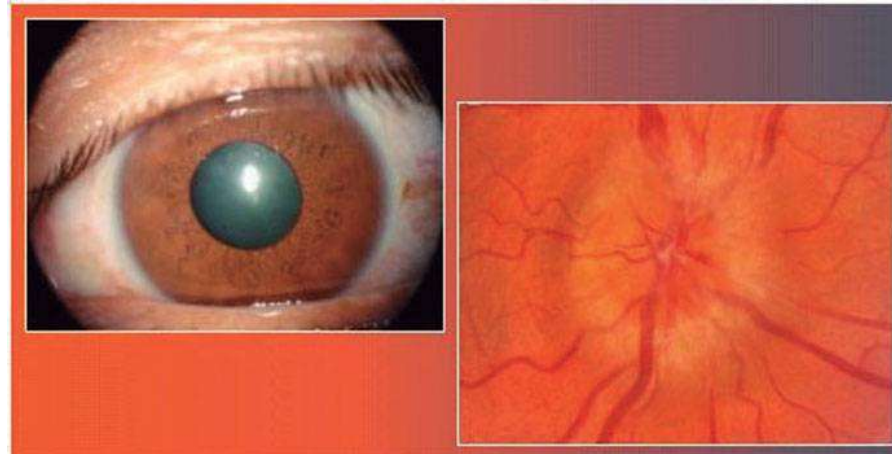
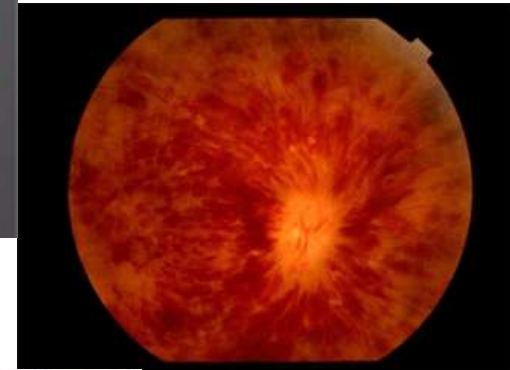
# PERDIDA DE A.V. BRUSCA

## PATOLOGIA DE LA CAMARA POSTERIOR

- **OCCLUSION ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA**  
perdida brusca de visión, zona central, indolora  
defecto pupilar aferente  
antecedentes amaurosis fugax  
riesgo cardiovascular asociado
- **OBSTRUCCION DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA**  
perdida brusca de visión, zona central, indolora  
factores de riesgo cardiovascular  
defecto pupilar aferente
- **NEURITIS OPTICA**  
perdida de visión con dolor retro bulbar al mover el ojo  
defecto pupilar aferente  
escotoma central  
alteración visión colores

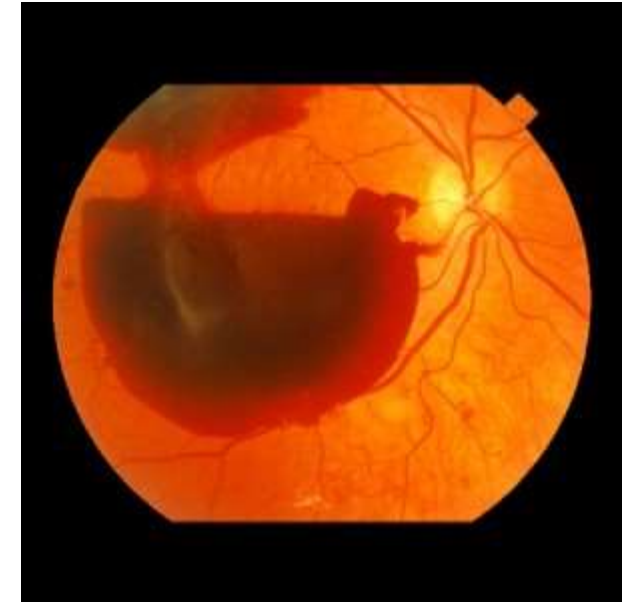
OCCLUSION ARTERIAL RETINIANA	vs.	OBSTRUCCION VENOSA RETINIANA
RARO. MÁS EN ♂ 1º. ÉMBOLOS POR ATEROMAS EN A. CARÓTIDA / OFTÁLMICA	FRECUENCIA ETIOLOGÍA	MÁS FRECUENTE. SOBRETUDO EN ♀ HTA + ↑ PIO
AMAUROSIS FUGAX CUADRO AGUDO y GOME	CLÍNICA	AMAUROSIS FUGAX SUBAGUDO. MEJOR PRONÓSTICO
	FONDO DE OJO	
MANCHA ROJO CEREZA ATRÓFIA DE PÁPILA ↓ CALIBRE ARTERIAL		HEMORRAGIAS EN LLAMARADA VENAS TORTUOSAS EXCICADOS





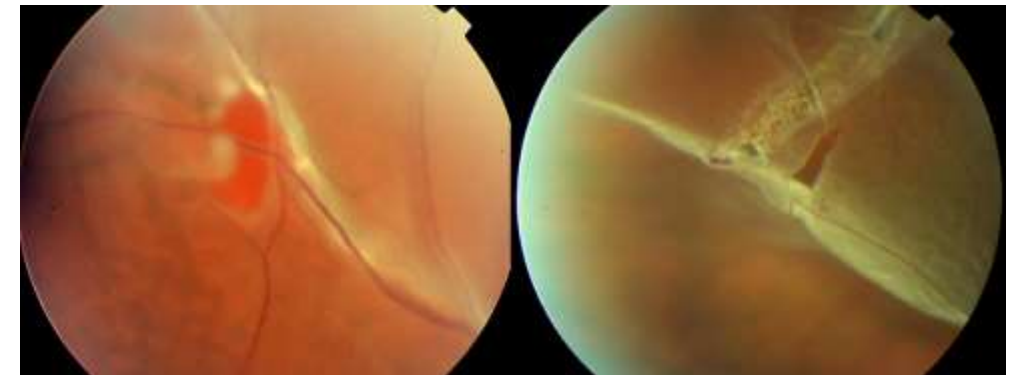
## - HEMORRAGIA VITREA

percepción brusca de puntos negros con pérdida visual variable  
pérdida del reflejo pupilar  
causa más frecuente de pérdida de visión en diabéticos  
por desgarros retinianos, retinopatías proliferativas



## - DESPRENDIMIENTO DE RETINA

síntomas previos de fotopsias y miodesopsias  
pérdida de visión con pérdida de zona campo visual (cortina)



## URGENCIAS QUE SE PUEDEN RESOLVER EN CENTRO SALUD:

- Hiposfagma espontaneo
- Conjuntivitis agudas
- Erosiones corneales
- Algunos C.E. conjuntivales/corneales
- Orzuelos, chalazión, blefaritis
- Heridas simples de parpados
- Queratitis leves

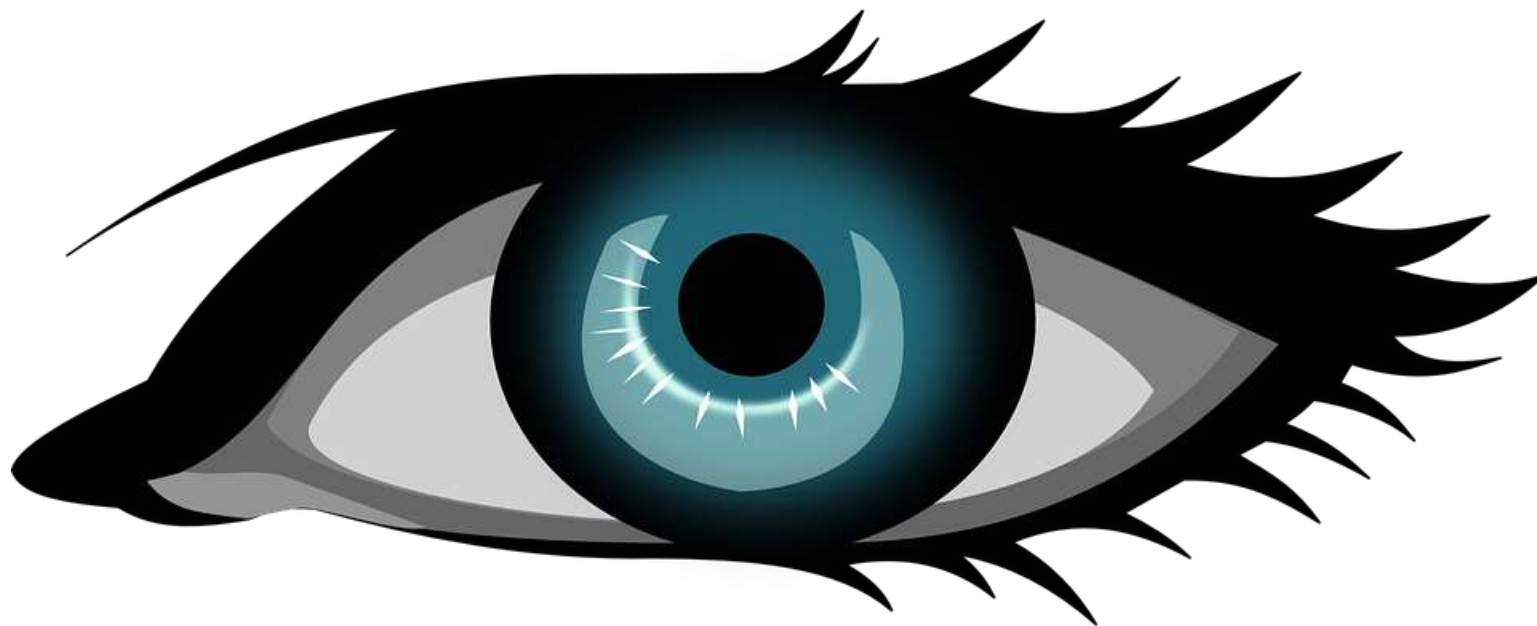
## DERIVAR AL S. OFTALMOLOGIA

- PREFERENTE
  - ORDINARIO
- } el resto

## DERIVAR AL S. DE URGENCIAS:

- Perforación ocular
- Disminución AV brusca que no se recupera de < 6 h.
- Postoperado de oftalmología que empeora (primeros 10 días)
- Ulcera corneal infectada
- Herida compleja de parpados
- Sospecha de glaucoma agudo
- Celulitis orbitaria
- Causticaciones

# GRACIAS



**XXV JORNADAS  
SEMG ARAGÓN**

17 y 18 de abril de 2024

