



# MANEJO URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN PEDIATRIA

DR.MIGUEL ANGEL HARTO CASTAÑO

UNIDAD OFTALMOLOGIA PEDIATRICA.H.U.LA FE



# ABORDAJE DE LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS PEDIÁTRICAS

- Urgencias oculares traumáticas
- Urgencias oculares no traumáticas
- Ojo rojo doloroso
- Ojo rojo no doloroso
- Ojo Blanco
- Orzuelo
- Otras

URGENCIAS



# INTRODUCCIÓN

## OBJETIVOS

- ¿QUÉ PATOLOGÍAS PODEMOS TRATAR NOSOTROS?
- ¿CÓMO LO HAGO?
- ¿QUÉ DEBO DERIVAR AL OFTALMÓLOGO?
- ¿ES URGENTE?



# ANAMNESIS. EXPLORACIÓN BÁSICA

- . Edad.
- Sexo.
- Motivo de consulta.
- Síntomas visuales:
  - DOLOR • DISM.
  - AV., fotofobia
- **SECRECIÓN** y características.
- Forma de instauración.
- donde ocurrió?  
Testigos?
- Antecedentes familiares.
- AP oculares y sistémicos
- Inspección de cara.
- Alteraciones a simple vista.
- Comparar un ojo con otro



# ANAMNESIS. EXPLORACIÓN BÁSICA

- Inspección de polo anterior y anejos:
- Eversión palpebral.
- Motilidad ocular.
- AV mediante optotipos.
- Tinción con fluoresceína + luz azul.
- HTA, AR, situaciones de inmunosupresión, infecciones, alergias, tratamientos.
- Ametropías, glaucoma, cataratas, portador de lentes de contacto, antecedente de infecciones o inflamación,
- traumatismo directo o de vecindad, cirugía ocular previa



# INSTRUMENTOS REQUERIDOS



Una buena luz de mano



Oftalmoscopio directo o indirecto



Lupa para ampliación



Lámpara de hendidura portátil\*

**“sentido común”**



# URGENCIAS OCULARES TRAUMÁTICAS



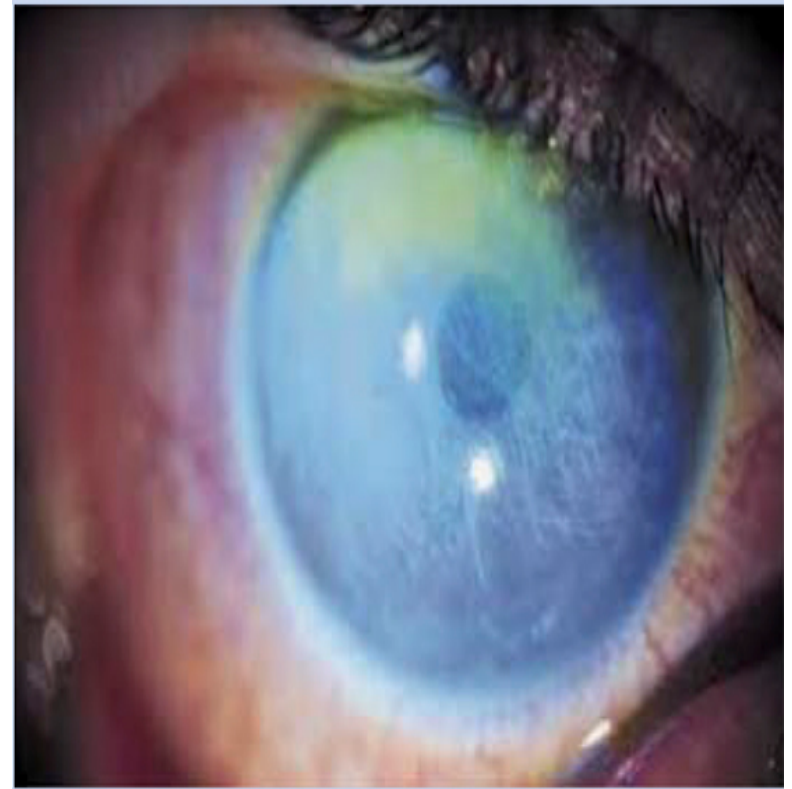
# HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL O HIPOSEFAGMA

- **Etiología:**  
Aparición espontánea (HTA, antiagregantes o anticoagulantes, maniobras de vasalva). También traumatismo ocular
- **Clínica:**  
Sensación de roce u otros.
- **Diagnóstico:**  
De visu al observar acumulación de sangre subconjuntival
- **Tratamiento:**  
No precisa, resolución en 5-10 días.  
Activadone 1 gota cada 8 horas 5 días
- En traumatismos importantes, o sospechosos valoración por oftalmología



# ABRASIONES Y EROSIONES CORNEALES

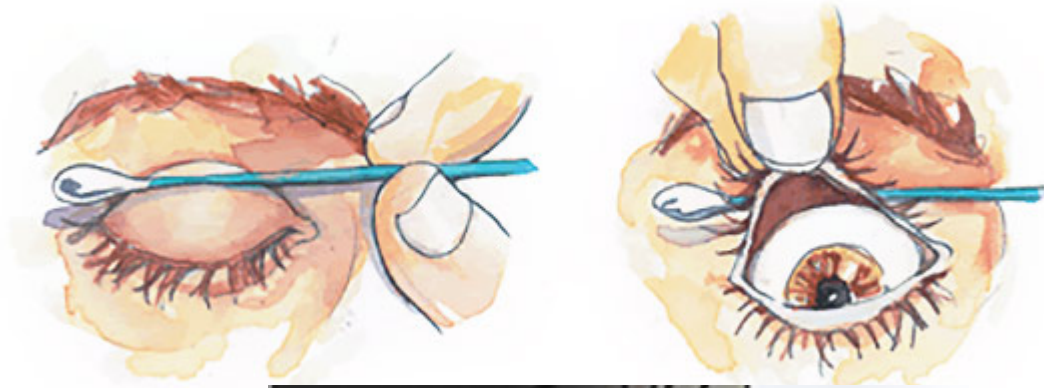
- **Etiología:**  
Desprendimiento epitelial por traumatismo directo o roce
- **Clínica:**  
Ojo cerrado con sensación de dolor y fotofobia.
- **Diagnóstico:**  
Instilar anestésico si no se deja explorar, la Agudeza visual (AV) puede estar muy disminuida.  
Fluortest: tinción difusa por la estroma corneal desprovisto de epitelio
- **Tratamiento:**  
Lavar Suero fisiológico cornea, fondos de saco conjuntival y farsal.  
Colirio ciclopléjico 1 gota /8 horas;  
pomada epitelizante 3 veces al día,  
oclusión semicompresiva 24 horas respetando el tratamiento.  
Analgésia oral, en casos extensos,  
valoración pro oftalmología



# MANEJO BÁSICO SOBRE EL OJO

## OCCLUSIÓN OCULAR





# LOS COLIRIOS Y POMADAS CICLOPLÉJICO

- Se denomina fármaco ciclopléjico (tapa roja) a aquellos fármacos utilizados para dejar al ojo en una situación de reposo o “no acomodación”, produciendo también midriasis.
  - Homatropina 2% colirio 10 ml.
  - Ciclopentolato. Colircusi ciclopléjico 1% 10 ml (15 min; 8-12 h)
  - Atropina (5-10 días)
  - Tropicamida (No cicloplejico); 15 min; 3-4 h.



# LOS COLIRIOS Y POMADAS

- Código internacional tapones:
  - **Amarillo**: anestésico
  - **Rojo**: dilatar pupila
  - **Verde**: contraer pupila
  - **Blanco**: colorantes
  - **Azul**: antibióticos
  - **Marrón**: corticoides
  - Mixtos combinación de medicamentos
- No poner pomadas en caso de secreción abundante o posibilidad de ojo abierto



# COLIRIOS EVITAR

## - **Uso anestésicos tópicos**

Efectos adversos (uso repetido):

- Deshidratan y ulceran epitelio corneal
- Inhiben reparación epitelial
- Reacciones alérgicas
- Suprimen reflejo de parpadeo

## - **Uso corticoides tópicos**

- Potencian queratitis herpéticas y micóticas
- Pueden inducir cataratas
- Elevación PIO

Colirios mixtos pueden causar similar daño



# CUERPOS EXTRAÑOS (CE) EXTERNOS

- **Etiología:**  
CE metálicos .En niños aire ,arena ,petardos y maldades diversas (buena anamnesis)
- **Clínica:**  
Sensación de roce, inyección conjuntival y aumento de secreción de carácter acuoso. Posteriormente dolor, fotofobia e inyección ciliar o mixta.
- **Diagnóstico:**  
Explorar tras instilar colirio anestésico. Observación directa

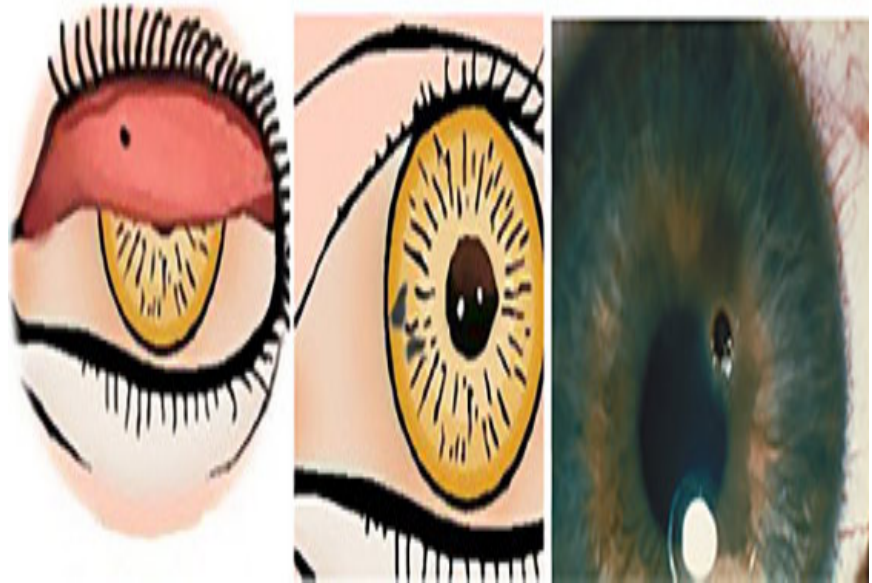


# CUERPOS EXTRAÑOS (CE) EXTERNOS

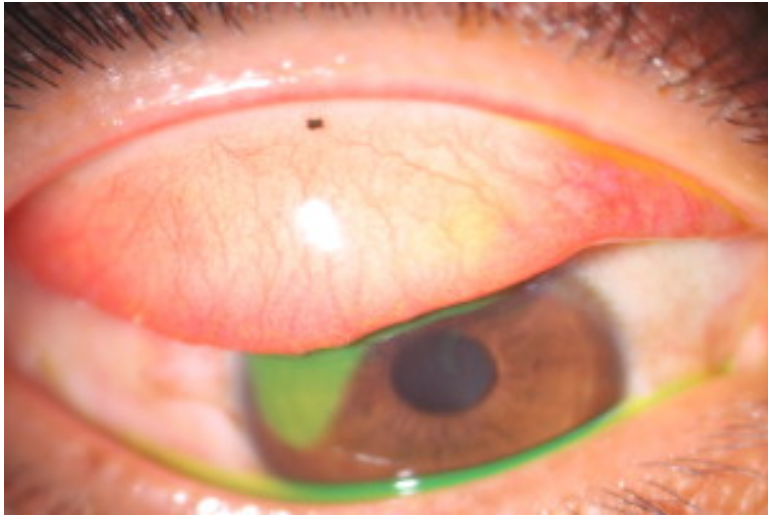
- **Tratamiento CE conjuntivales:**  
Anestesia local, extracción del CE  
Intentar extraer el cuerpo extraño  
mediante irrigaciones con suero  
fisiológico, una torunda de algodón o  
pinzas\*.  
Aplicar pomada epitelizante 3 v/día  
durante 2-3 días ,Analgésia oral si  
dolor.

- **Tratamiento CE corneales:**  
El mismo\*, y añadir a los anteriores:  
Colirio ciclopléjico 1 gota/8 horas  
durante 5 días.  
Remitir a oftalmología si persisten  
restos, precisa raspado de la lesión  
para evitar la penetración del óxido  
intraestromal.

- \*Se desaconseja el uso de agujas  
(con el bisel de una aguja de insulina  
hacia arriba) y objetos punzantes por  
el peligro de perforación ocular que  
conlleva



# ¡PISTAS PARA SABER DONDE ESTÁN LOS CUERPOS EXTRAÑOS;



# TRAUMATISMO DEL IRIS

(SIEMPRE VER REFLEJOS PUPILARES)

- **Etiología:**  
Traumatismo (contuso) directo sobre el esfínter o el dilatador del iris
- **Clínica:**  
Midriasis traumática (estímulo simpático).  
Menos frecuente es la miosis traumática (hiperestimulación parasimpática)
- **Diagnóstico:**  
Ausencia de reflejo fotomotor directo y consensuado en el ojo afecto, que están presentes en el ojo adelfo.
- **Tratamiento:**  
No tiene tratamiento específico.  
Recuperación en poco tiempo  
Remitir siempre a oftalmología.
- Peligro de hipemas secundario .Reposo relativo



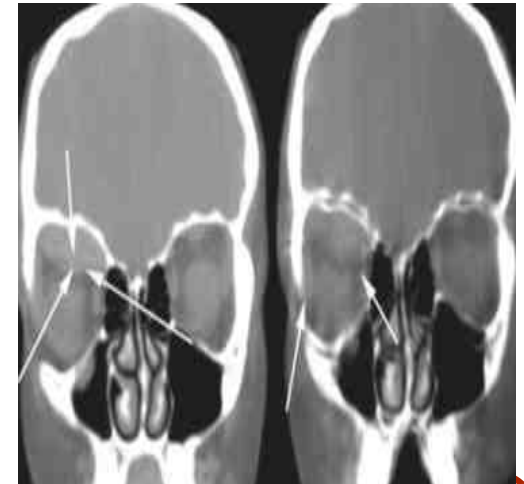
# FRACTURAS POR ESTALLAMIENTO

- **Etiología:**  
Traumatismo ocular con objetos romos, impacto ocular. Cediendo las partes débiles (suelo, parte interna órbita).
- **Clínica:**  
Hematoma parpebral intenso, si asocia fractura amplia “signo ojos de mapache”; diplopía mecánica (generalmente vertical). Crepitación aire en orbita
- **Diagnóstico:**  
Explorar movimientos oculares Extrínsecos (MOE) e Intrínsecos (MOI), palpando el reborde orbitario buscando zonas de intenso dolor o crepitación. La limitación de MOE indica fractura orbitaria o hematoma compresivo



# MOTILIDAD OCULAR

- Motilidad extrínseca del ojo (MEO)
- Abertura palpebral
- Movimientos oculares
- Motilidad intrínseca del ojo (MIO)
- Pupilas
- Reflejo fotomotor
- Reflejo consensual
- Reflejo de acomodación y convergencia



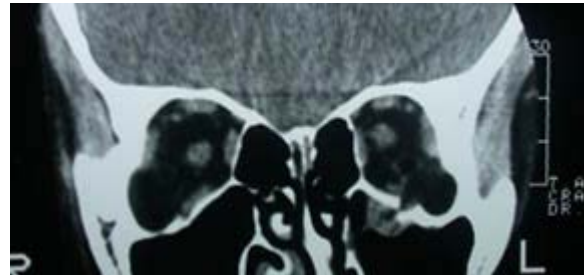
# FRACTURAS POR ESTALLAMIENTO

- **Tratamiento:**

SIN afectación MOE NI  
Reborde O.:  
Conservador, con  
analgésicos,  
antiinflamatorios, frío local y  
observación.

- **Tratamiento:**

CON afectación MOE o  
Reborde :  
Antibioticoterapia sistémica.  
Remitir al paciente al  
oftalmólogo



# HIPHEMA

- **Etiología:**  
Sangrado en la cámara anterior del ojo tras traumatismo.
- **Clínica:**  
Disminución AV intensa, midriasis o miosis paralítica y dolor intenso, con/sin inyección ciliar asociada. Por obstrucción del ángulo, puede producir hipertensión ocular grave.
- **Diagnóstico:**  
Observar bajo iluminación un nivel hemático en cámara anterior (1/8; 1/4, etc...)
- **Tratamiento:**  
No dilatar hasta estar seguro integridad del esfínter y antibiótico local y corticoides locales y generales.
- Oclusión y reposo semisentado  
Remitir al oftalmólogo

Grado I



Grado II



Grado III



Grado IV



# HIPHEMA



# RETINOPATÍAS TRAUMÁTICAS

- **Etiología:**  
Traumatismo contuso de alta energía:  
Contusión retiniana, desgarro y agujeros retinianos, desprendimiento de retina por tracción, sangrado y hemovítreo por tracción vítrea sobre vasos retinianos.
- **Clínica:**  
Disminución AV sin dolor.
- **Diagnóstico:**  
Por oftalmología, sospecha ante traumatismos de intensidad moderada-intensa con disminución o alteración de visión. Se debe explorar el Fondo Ocular (FO).
- **Tratamiento:**  
Derivar al oftalmólogo con pauta de cicloplejia 1 gota/8 horas para evitar tracciones vítreas.



# ROTURA OCULAR

- **Etiología:**  
Traumatismo intenso que provoca aumento Presión intra Ocular (PIO) y estallido del globo. Suele ser en la mitad axial del globo en polo posterior.
- **Clínica:**  
Hemorragia subconjuntival de 360°, nivel de hipema, alteración en iris y MOI afectados, los MOE se afectan con menos frecuencia. Suele existir quemosis conjuntival que impide valorar el ojo y además se mantiene a tensión.
- **Diagnóstico:** por la dificultad de valoración  
Tratamiento: Igual que la perforación ocular.



# TRAUMATISMO DEL NERVIÓ ÓPTICO

- **Etiología:**  
Accidentes de tráfico por golpes frontales, elongación-acortamiento del nervio óptico. Síndrome del niño sacudido.
- **Clínica:**  
Disminución de AV intensa, llegando a amaurosis completa.
- **Diagnóstico:**  
Por oftalmología: defecto pupilar aferente relativo
- **Tratamiento:**  
Ante sospecha remitir a oftalmólogo



# LACERACIÓN PARPEBRAL

- **Etiología:**

Herida incisa en párpado sin afectar a globo ocular

- **Clínica:**

Sangrado abundante

- **Diagnóstico:**

Descartar afectación conducto lacrimo-nasal

- **Tratamiento:**

Pequeña-superficial: suturar teniendo en cuenta las líneas de los pliegues, sin aplicar excesiva tracción sobre los bordes.

Lavado con povidona iodada diluida al 50%, sutura con seda 5/0 a 6/0 y aplicar pomada eritromicina oftálmica 3 v7d, 5 días.

Retirar la sutura a los 7 días.

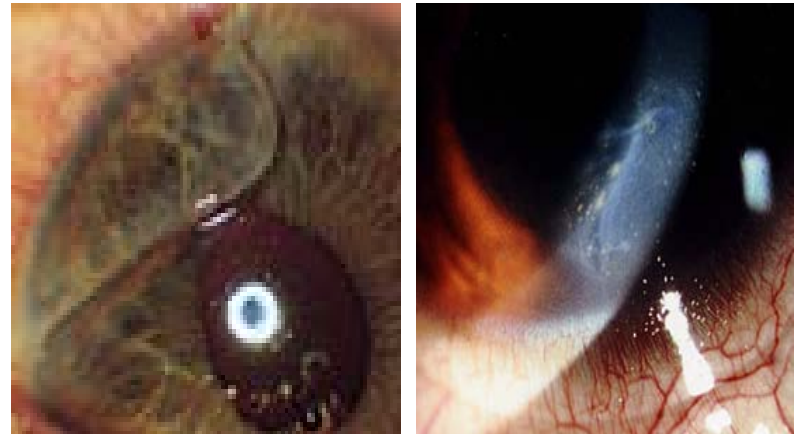
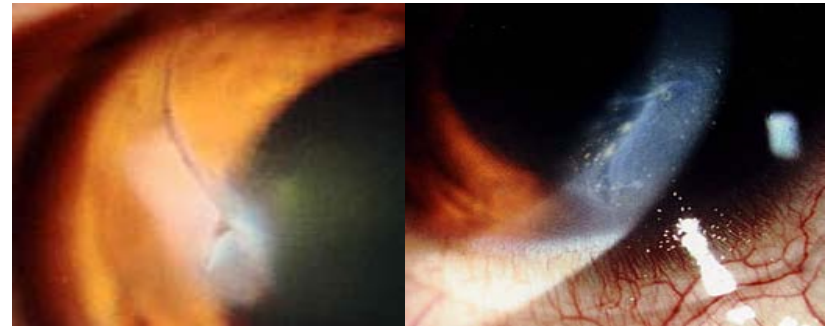
Si afecta al plano muscular, borde libre palpebral o aparato lacrimal, la valoración la debe realizar el oftalmólogo.

Vacuna Antitetánica según protocolo.

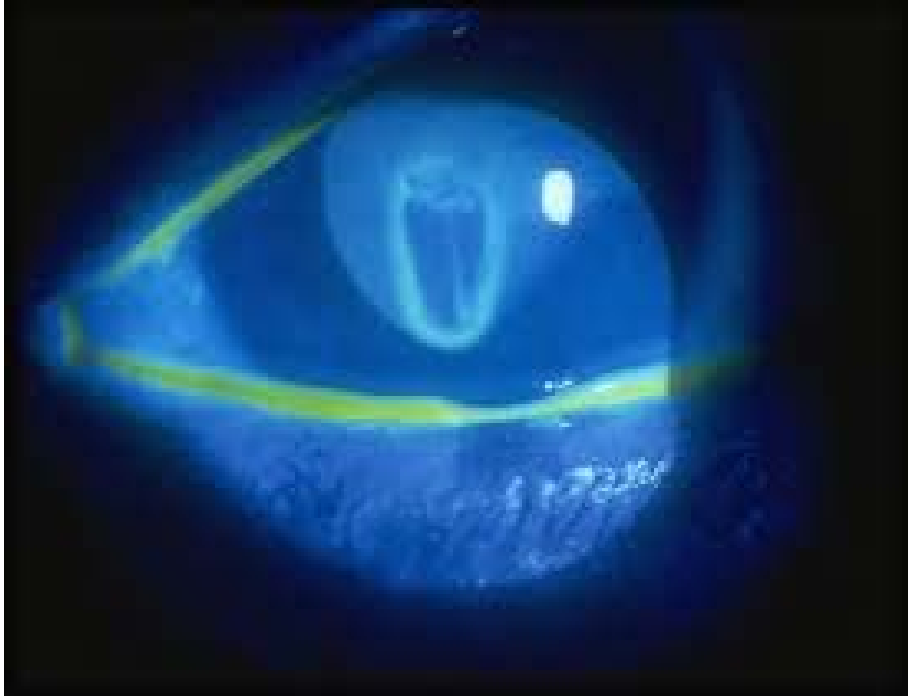


# LACERACIONES CORNEALES Y ESCLERALES

- **Etiología:**  
Traumatismo que ocasiona herida corneal o escleral de diversa gravedad, desde descamación epitelial hasta perforación ocular.
- **Clínica:**  
Depende de la gravedad.  
En casos leves sólo afectación del epitelio corneal (ligero dolor, disminución de AV, sensación de roce al parpadear)  
En caso extremo, la apertura de los párpados que pueden estar afectados muestra el estallido del globo ocular con hipotónia y salida del humor vítreo. La herida sangra, la úvea se hernia y el cristalino es expulsado.
- **Diagnóstico:**  
Casos leves se evalúa mediante Fluotest.  
Casos importantes valoración oftalmología



seidel



Heridas oculares



# LACERACIONES CORNEALES Y ESCLERALES

## Tratamiento:

### **laceraciones leves**

Afectación conjuntiva: Pomada epitelizante 3 v/d 7 días.

Afectación corneal leve: Añadir a lo anterior colirio ciclopléjico 1 gota/8 h. 3 días

## Tratamiento:

### **ojo perforado:**

tapar el ojo con escudo, estéril sin presionarlo.

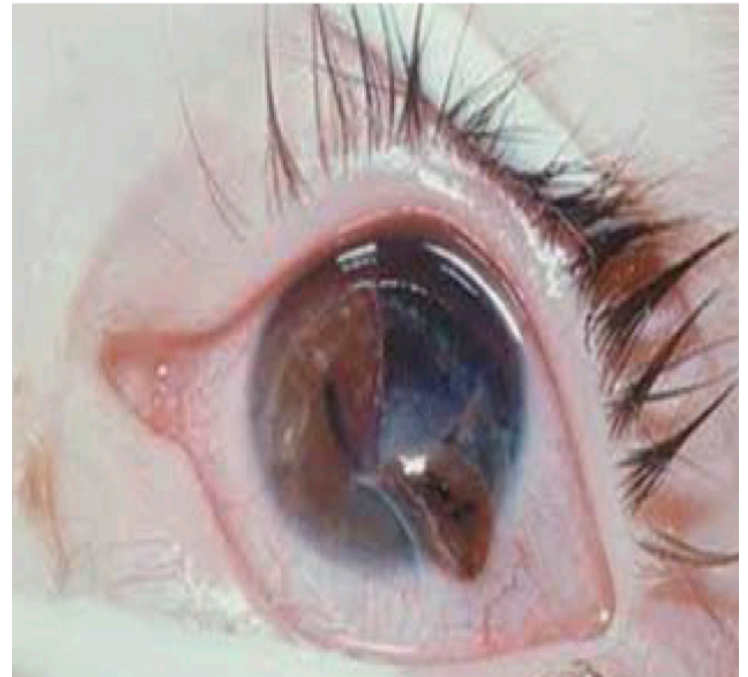
Antibioticoterapia vía sistémica

Vacuna antitetánica según protocolo.

evitar vasalvas y reposo en decúbito supino.

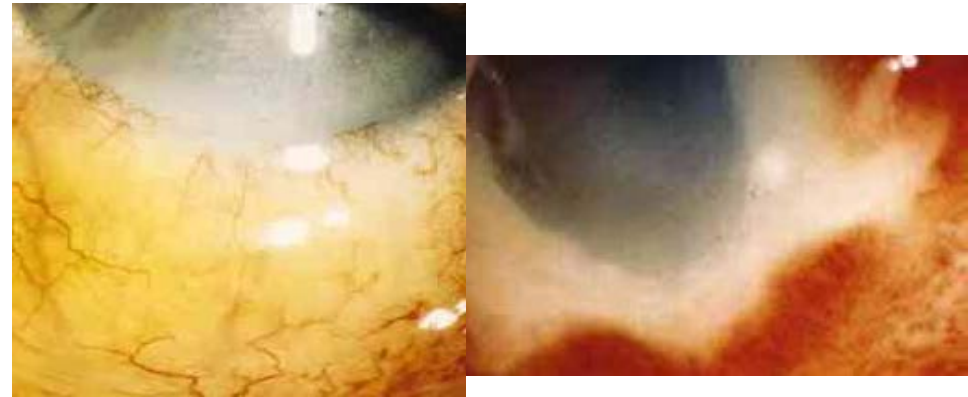
Analgesia y valoración inmediata por oftalmología

¡Mantener en ayunas por posible intervención!



# QUEMADURAS QUÍMICAS

- **Etiología:**  
Incluye alcalis, ácidos, disolventes, detergentes e irritantes.
- **Clínica:**  
Blefaroespasmó intenso y ojo rojo doloroso.  
Requiere actuación inmediata "emergencia oftalmológica".
- **Diagnóstico:**  
Clínico a partir del antecedente.  
La gravedad determinada por oftalmología.
- **Tratamiento:**  
Tras instilar anestésico, **irrigación** abundante con solución salina Ringer o agua no estéril durante 30 min.  
Lavar abundantemente los fondos de saco y conjuntiva parpebral.  
Aplicar colirio ciclopléjico 1 gota/8 h y pomada epitelizante 3 v/d.  
Analgésia vía oral y derivar a oftalmología para evaluar las lesiones

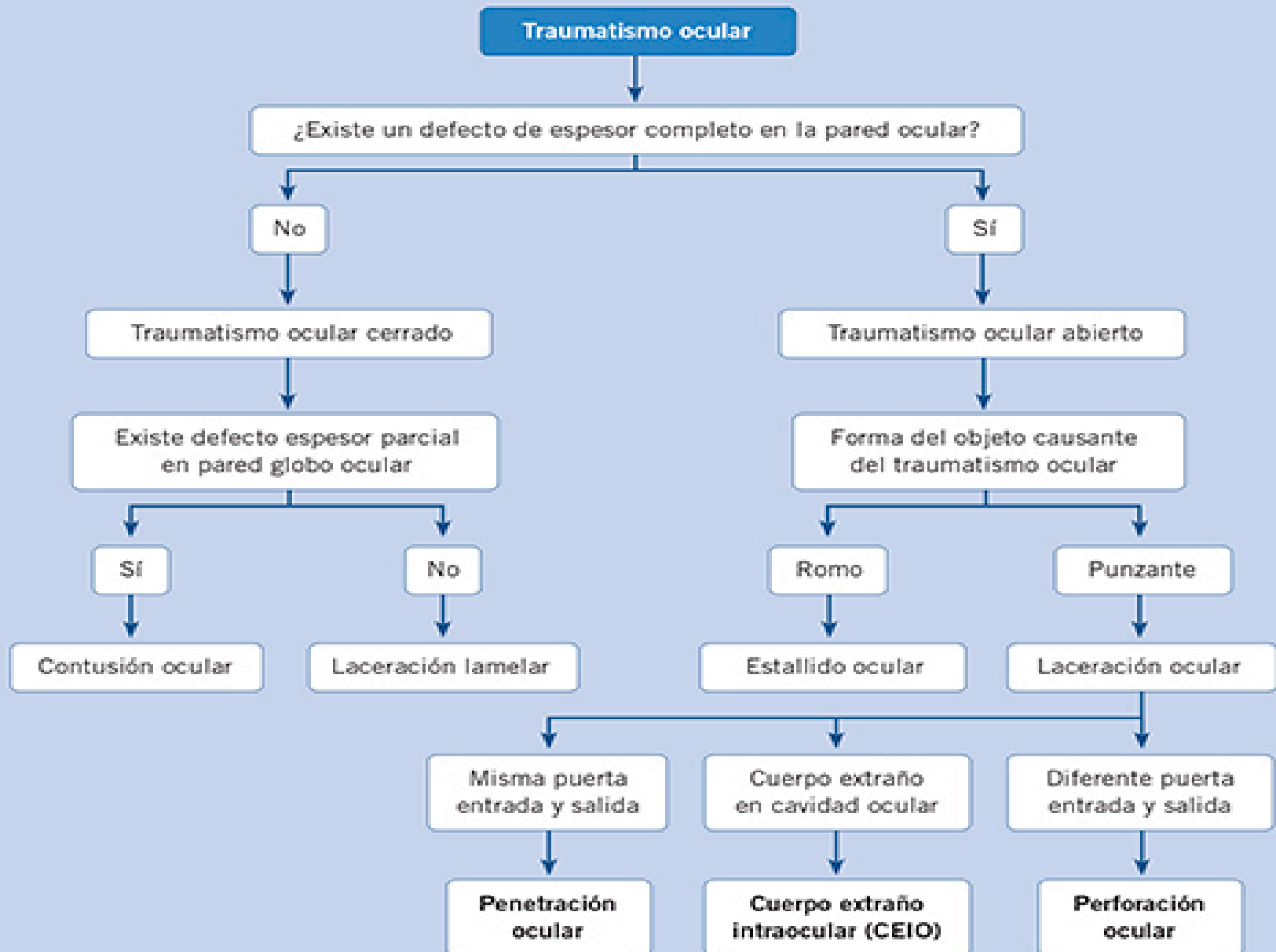


# QUERATOPATÍA POR RADIACIÓN ULTRAVIOLETA -LUZ-

- **Etiología:**  
Exposición a rayos ultravioleta (UV), pueden aparecer lesiones térmicas. Siendo más frecuente la ocasionada por mirara utilización de soldadores (eléctrica) o tras exposición a radiación UV en nieve o día soleado.
- **Clínica:**  
Sensación de roce, lagrimeo abundante, fotofobia intensa, incluso dolor, con antecedente confirmado de exposición.
- **Diagnóstico:**  
Fluotest aparecen punteados correspondientes a erosiones epiteliales en la córnea no protegida "hendidura palpebral".
- **Tratamiento:**  
Colirio ciclopéjico 1 gota/8 horas 3 días; ungüento antibiótico 3 v/día durante unos días, Oclusión semicompresiva durante 24 horas 8 respetando la medicación) y analgesia vía oral si dolor.



## Algoritmo 2. Traumatismo ocular



# URGENCIAS OCULARES NO TRAUMÁTICAS

## ABORDAJE DE LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS PEDIÁTRICAS

■ **OJO  
ROJO**

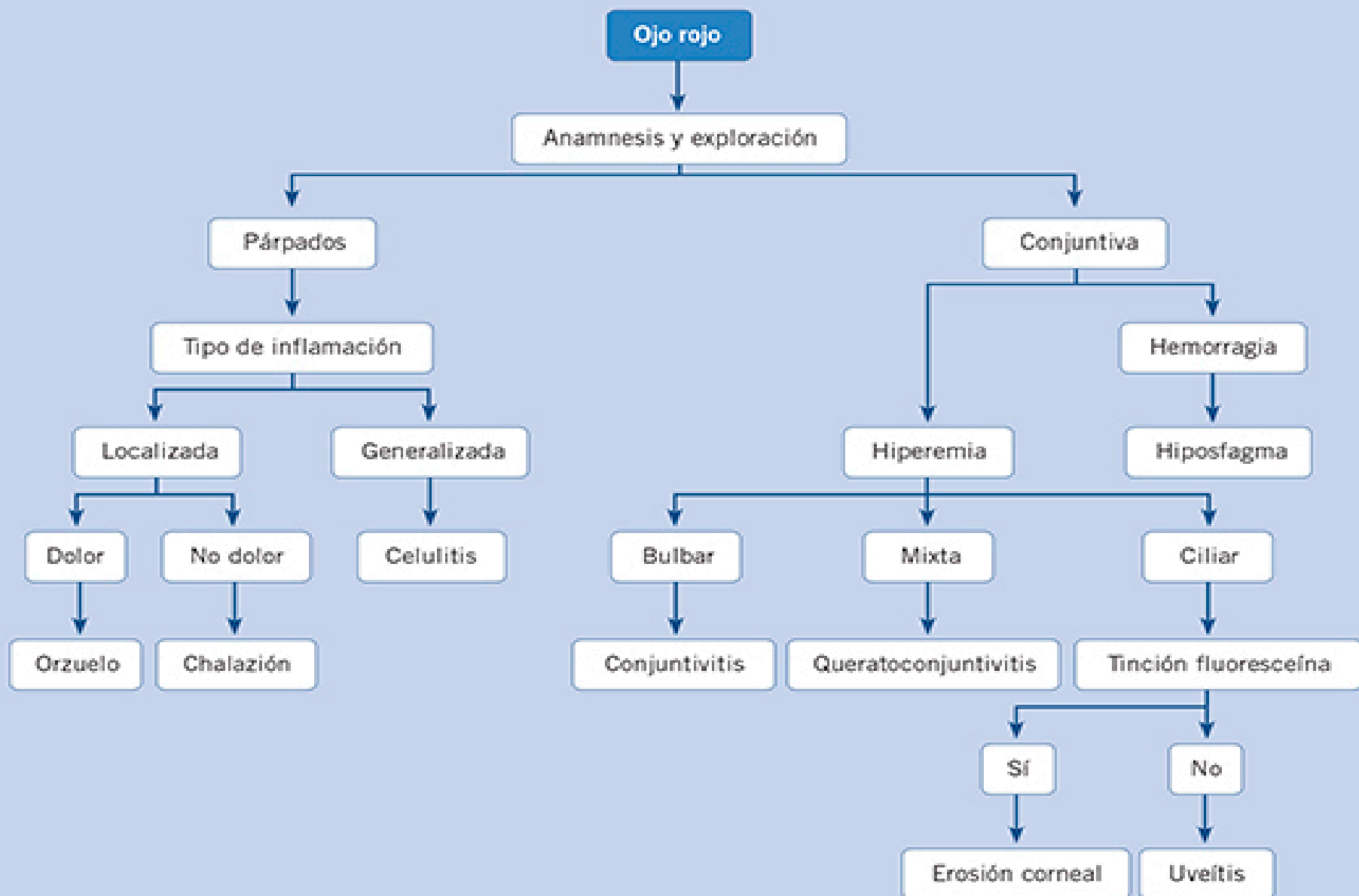


# IMPORTANTE : ¡ OJO ROJO PELIGROSO!

- Dolor ocular severo.
- Fotofobia
- Disminución de visión
- Proptosis.
- Limitación de la motilidad.
- Inyección ciliar
- Opacidad corneal.
- Ausencia de reflejo fotomotor.
- Empeoramiento de los signos luego de 3 días de tratamiento.
- niño comprometido: inmunodeprimido, recién nacido , usuario de lentes de contacto .



# Algoritmo 1. Ojo rojo



# Guía para el diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes de ojo rojo

Síntoma o Signo	Conjuntivitis	Queratitis	Uveítis	Glaucoma Agudo
Visión	Conservada	Normal o disminuida	Disminuida o normal	Muy disminuida
Ojo rojo	Superficial	Profundo	Profundo	Mixto
PIO	Normal	Normal	Disminuida	Muy aumentada
Dolor	Ausente	++	++	+++++
Prurito	+++	Ausente	Ausente	Ausente



# Guía para el diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes de ojo rojo

Síntoma o Signo	Conjuntivitis	Queratitis	Uveítis	Glaucoma Agudo
<b>Pupila</b>	Normal	Normal o miosis	Miosis	Midriasis media arrefléctica
<b>Lateralidad</b>	Bilateral generalmente	Unilateral	Uni o bilateral	Unilateral
<b>Transparencia corneal</b>	Normal	Disminuida o normal	Normal	Muy disminuida
<b>Cámara anterior</b>	Normal	Normal	Normal	Estrecha
<b>Estado general</b>	Normal	Normal	Normal	Comprometido



# CONJUNTIVITIS

## CLASIFICACION

```
graph TD; A[CLASIFICACION] --> B[Bacteriana]; A --> C[Virica]; A --> D[Alérgica]; B --> B1[Estafilocócica – estreptocócica. Meningococo y gonococo. Difteria.]; C --> C1[Adenovirus. Picornavirus. Herpes simplex. Herpes zoster Molusco contagioso]; D --> D1[Primaveral. Hipersensibilidad a medicamentos.];
```

### Bacteriana

Estafilocócica –  
estreptocócica.  
Meningococo  
y gonococo.  
Difteria.

### Virica

Adenovirus.  
Picornavirus.  
Herpes simplex.  
Herpes zoster  
Molusco contagioso

### Alérgica

Primaveral.  
Hipersensibilidad  
a medicamentos.

# CONJUNTIVITIS BACTERIANAS

- **Gonococcicas:** Si se sospecha se deben remitir urgentemente al hospital.
- **No gonococcicas:** Staphylococcus aureus, S. epidermidis, estreptococo y hemophilus influenza. Requiere tratamiento oral con Amox-Clavulánico oral.
- **Por clamidias:** inflamación leve con intenso edema y tumefacción palpebral. Se puede acompañar de neumonitis de mal pronóstico.





American Academy of Ophthalmology



# CONJUNTIVITIS LACTANTES Y NIÑOS

causa más frecuente de urgencia oftalmológica.

- **Equimosis:** color rojo intenso, homogéneo con límites claros entre la sangre y la conjuntiva sana. Causas: traumatismos, conjuntivitis víricas, tos.
- **Hiperemia:** vasodilatación de los vasos conjuntivales



# CONJUNTIVITIS BACTERIANA

## Secreción

mucopurulenta que pega las pestañas por las mañanas.

## El tratamiento

consiste en antibióticos tópicos cada 6/8 horas durante el día durante 5-7 días



# CONJUNTIVITIS ALERGICA

Intenso picor ocular, lagrimeo,  
edema de la conjuntiva bulbar e  
hipertrofia papilar.

Tratamiento: eliminar el alergen.

**Casos leves:**  
compresa de agua  
fría.

**Moderados**  
antihistamínicos  
tópicos (1-2 gotas  
cada doce horas).

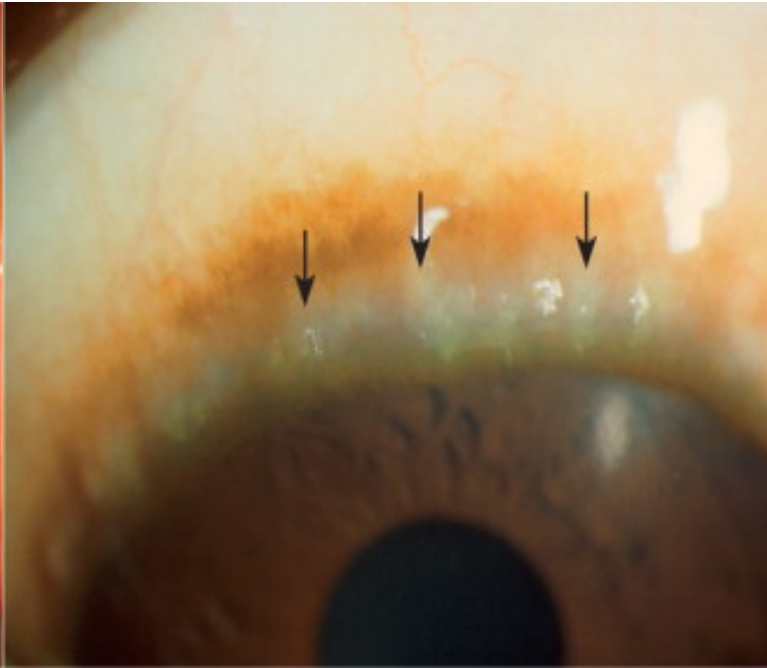
**Casos severos se**  
pueden utilizar  
colirio corticoideo  
suave  
(fluorometolona).





American Academy of Ophthalmology





# CONJUNTIVITIS VÍRICAS



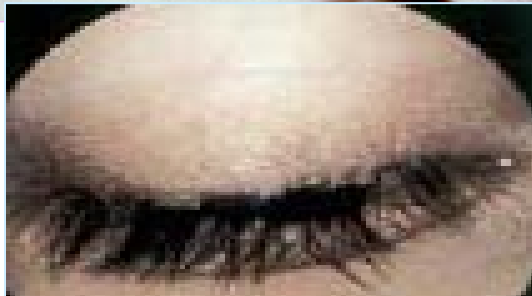
- Período de incubación de 8 días.
- Molestia ocular ( no dolor).
- Inyección conjuntival difusa.
- Secreción acuosa.
- Nódulo preauricular.
- Uni o bilareral.
- Queratitis en algunos pacientes.



# BLEFARITIS CRÓNICA.



- Sensación de cuerpo extraño.
- Enrojecimiento y edema de los párpados.
- Descamación del borde palpebral
- Inyección conjuntival leve
- Descartar rosácea.

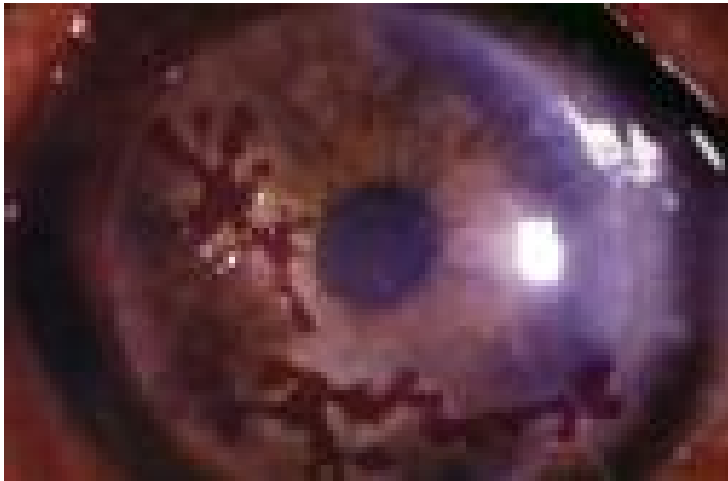


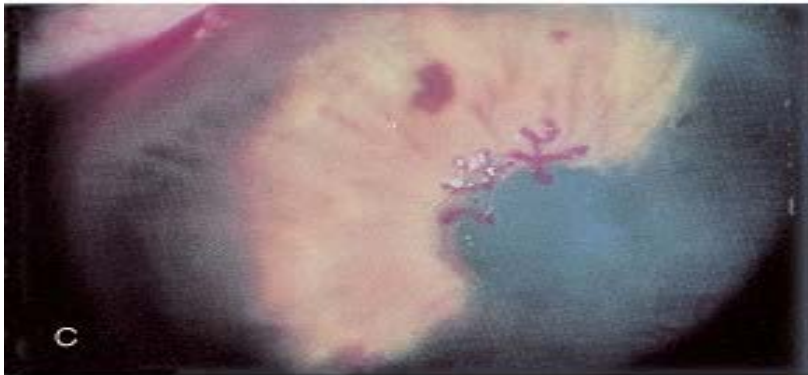
# QUERATITIS SUPEFICIALES



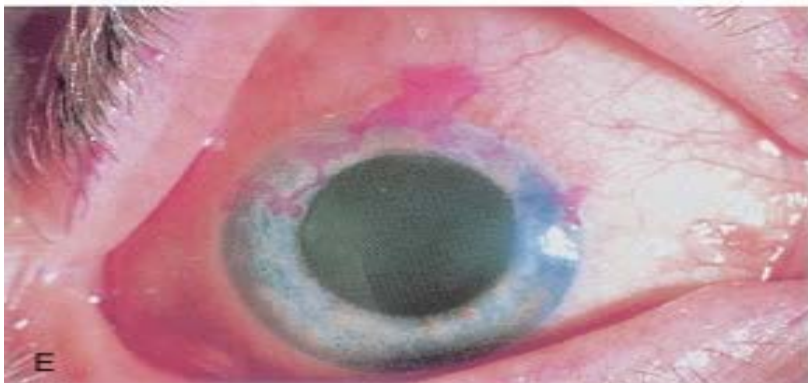
## QUERATITIS HERPÉTICA:

- **Infección epitelial por HSV**
- **Ojo rojo severo, epífora, fotofobia.**
- **Hipoestesia corneal.**
- **Derivación dentro de 24h.**
- **BMC: lesión dendrítica fluoresceína (+).**
- **Aciclovir unguento c/4h x 5v al día.**
- **Secuelas severas con tto. incorrecto.**

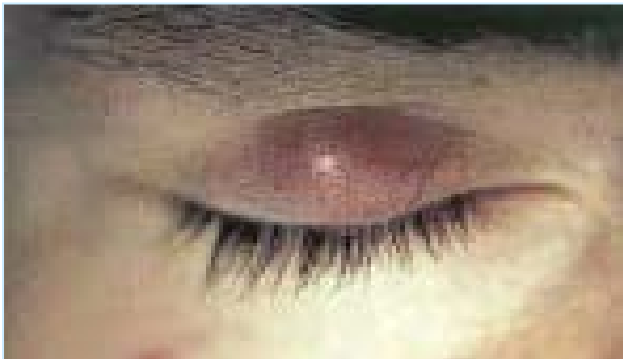




American Academy of Ophthalmology



# ORZUELO



- Dolor
- Inyección conjuntival leve
- Calor seco y antibióticos



# CHALAZION



- Dolor palpebral, edema y enrojecimiento
- Inyección conjuntival leve
- calor+corticoides tópicos
- Inyección corticoides intralesionales



# CELULITIS ORBITARIA

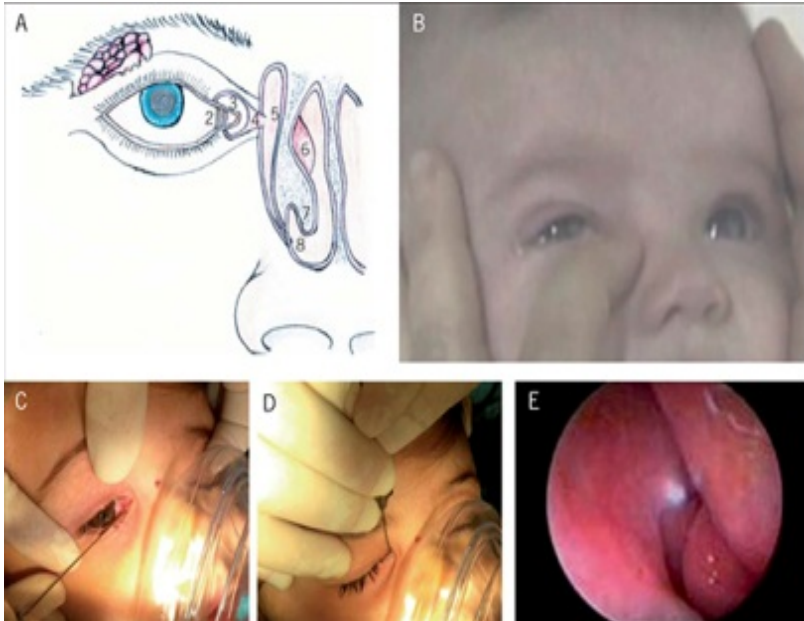


- **Preseptal**
- **Postseptal**

- Dolor periocular
- Fiebre
- Síntomas infección respiratoria alta
- Edema palpebral
- Inyección conjuntival leve y difusa
- Limitación motilidad ocular
- Proptosis
- Pérdida agudeza visual



# DACRIOCISTITIS



- Secreción mucopurulenta.
- Epífora.
- Edema palpebral

- Niños: Infección bacteriana por obstrucción del conducto naso lagrimal.
- Hasta cuatro meses antibióticos y masajes por encima sondaje si clínica importante





# UVEITIS

## CLASIFICACION

### ANTERIOR

Iris y cpo ciliar  
Ojo rojo profundo

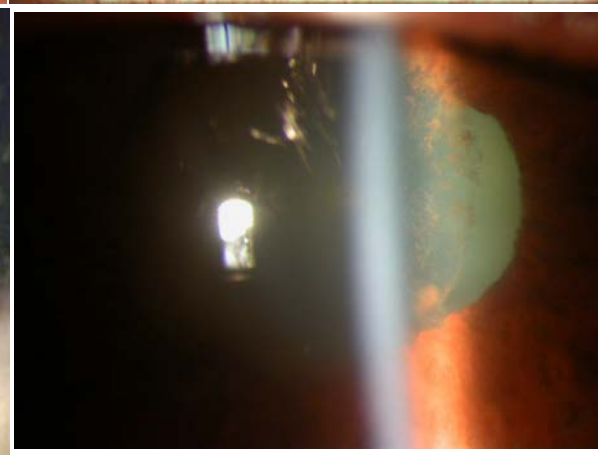
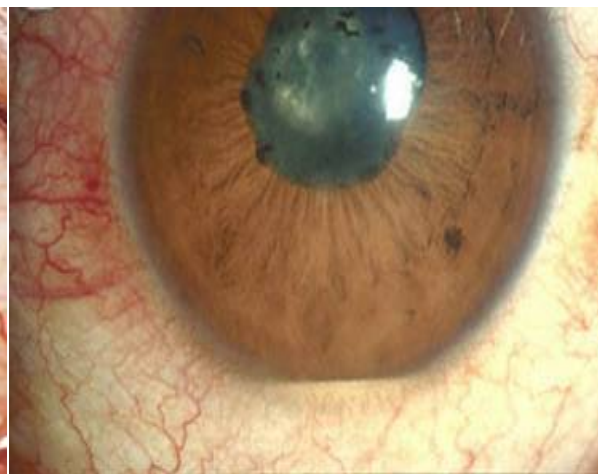
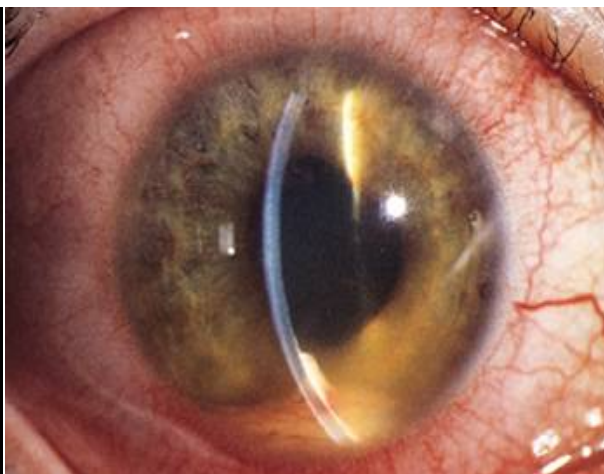
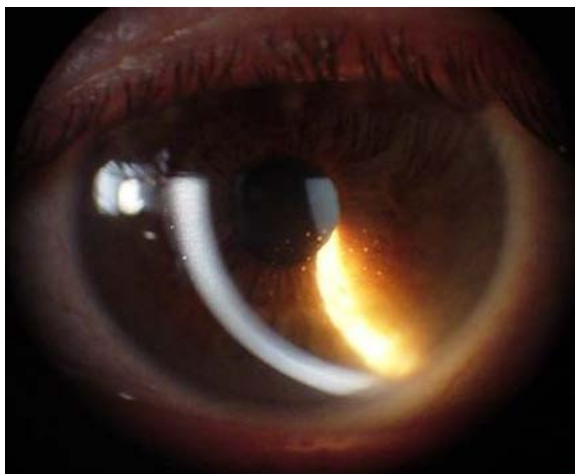
### INTERMEDIA

Porcion post. Cpo cliar  
Pars plana y retina  
vecina a  
Ora serrata  
No produce ojo rojo

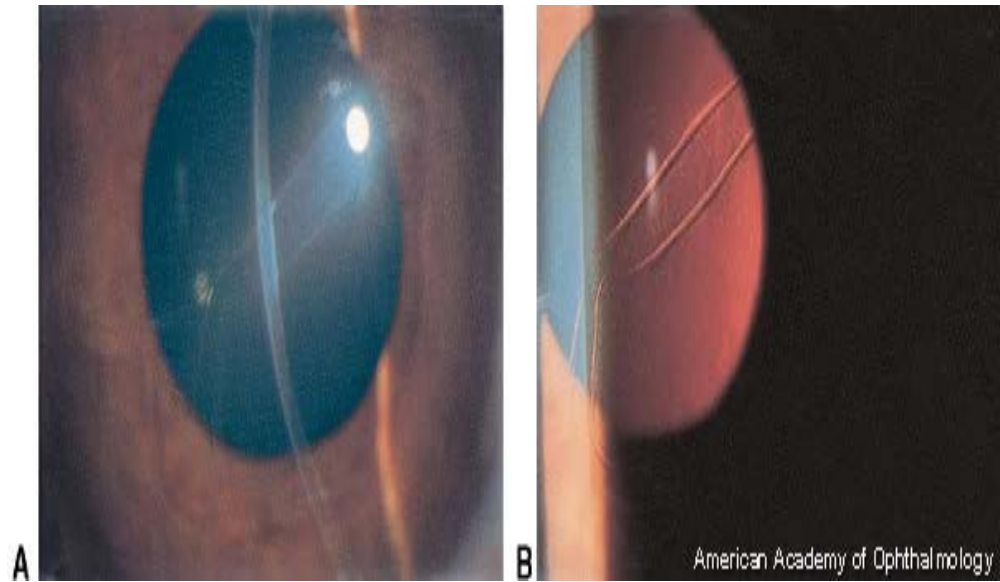
### POSTERIOR

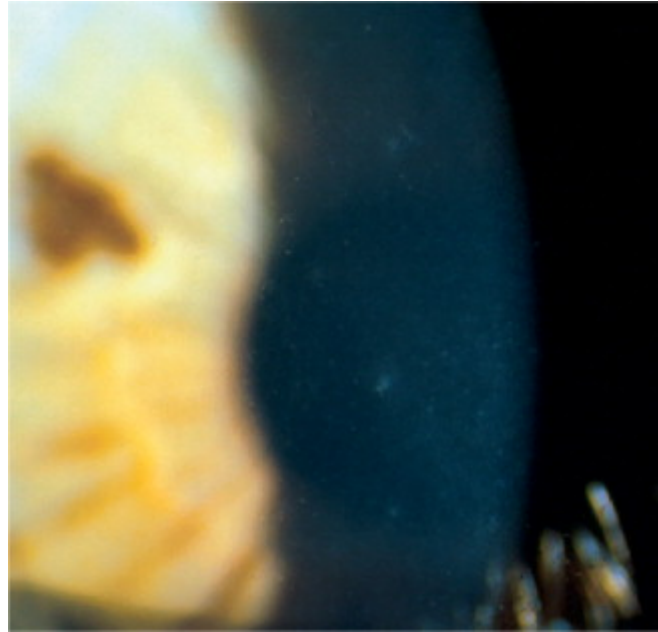
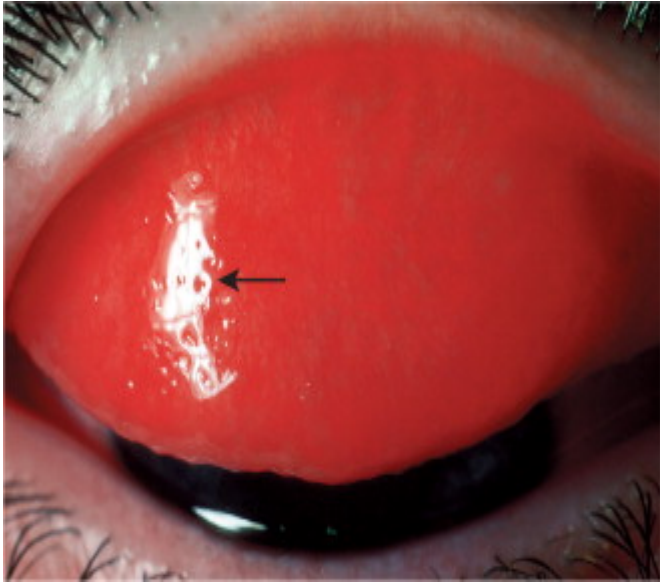
Coroides y retina por  
vecindad  
No da ojo rojo  
Panuveitis(3 porciones)

# UVEITIS ANTERIOR

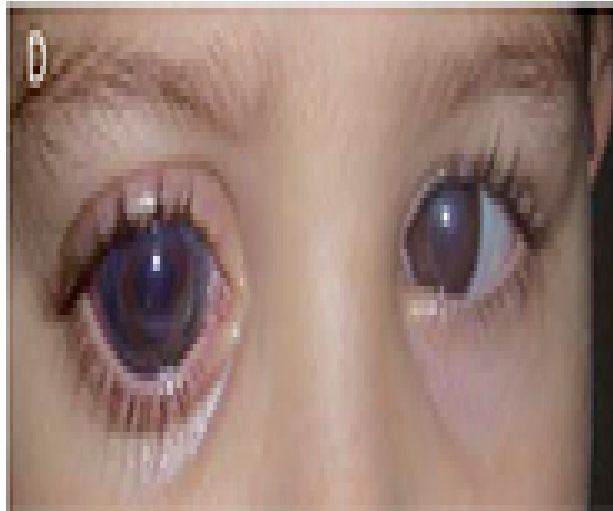
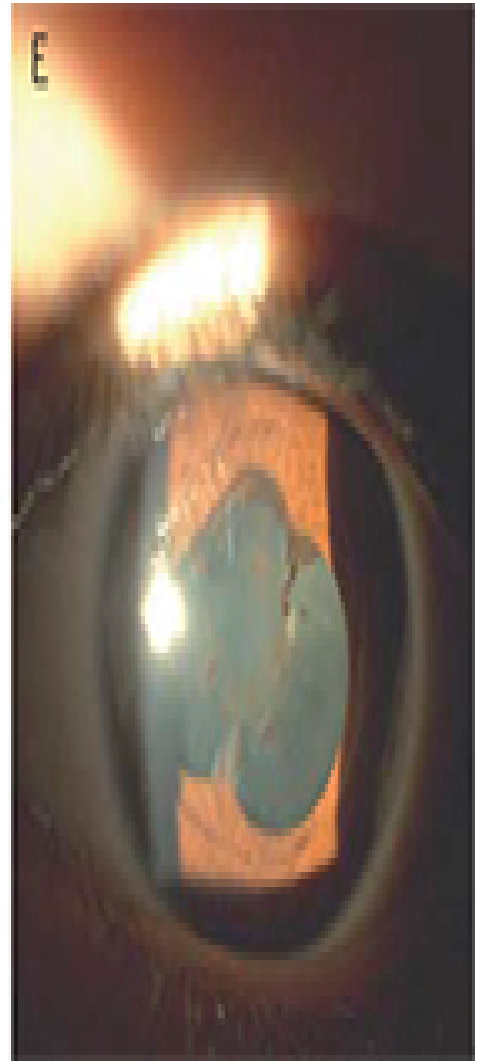
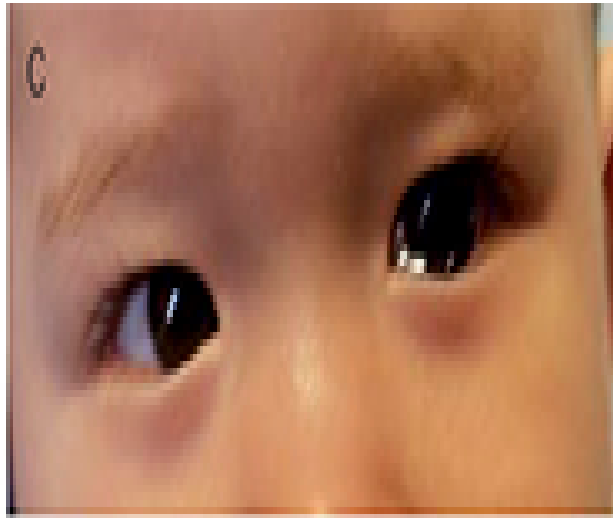


# GLAUCOMA CONGENITO









# CONCLUSIONES

- **LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS PEDIÁTRICAS SON: OJO ROJO, TRAUMATISMOS Y CUERPOS EXTRAÑOS.**
- **NUNCA SE DEBE OCLUIR UN OJO QUE PRESENTE SECRECIÓN y cuidado con el uso de colirios**
- **ENVIAR AL OFTALMÓLOGO después de evaluación y primeros tratamientos:**
  - **PÉRDIDAS AGUDAS DE VISIÓN.**
  - **DIPLOPIA.**
  - **HIPEMA**
  - **QUEMADURAS, FRACTURAS Y TRAUMATISMOS OCULARES..**

