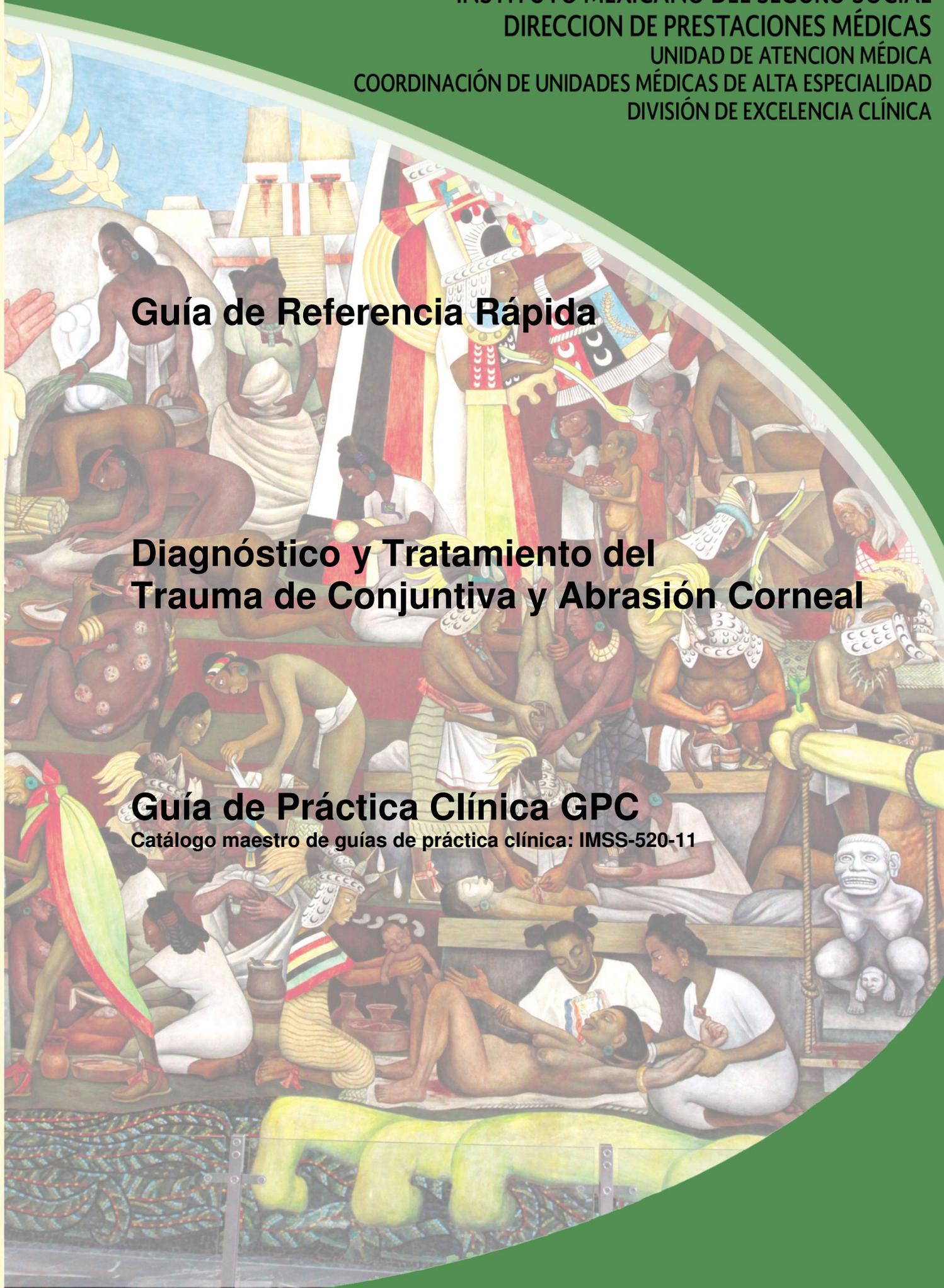


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del Trauma de Conjuntiva y Abrasión Corneal

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-520-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

S050 Traumatismo de la conjuntiva y abrasión corneal sin mención de cuerpo extraño

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Trauma de Conjuntiva y Abrasión Corneal

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La abrasión corneal es un defecto en la superficie epitelial y usualmente es traumática pero puede ocurrir espontáneamente, representa una de las causas más frecuentes de consulta médica en el departamento de urgencia de oftalmología y los regímenes de tratamiento han demostrado curación a corto plazo.

Se sabe que una proporción de ojos con abrasión corneal traumática más tarde sufrirá erosión corneal recurrente del epitelio (ECR), una condición dolorosa, que puede llegar a ser crónica a pesar del tratamiento. Los pacientes con ECR puede describir el dolor ocular al despertar, fotofobia, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño / aspereza o discomfort.

La laceración conjuntival se define como una herida de espesor total de la conjuntiva generalmente causada por un objeto punzante. La herida se produce en el lugar del impacto, mediante un mecanismo de fuera hacia adentro.

DIAGNÓSTICO

Datos clínicos de laceración de la conjuntiva

- dolor
- hiperemia
- lagrimeo
- blefaroespasmo
- sensación de cuerpo extraño
- hemorragia subconjuntival

Exploración de conjuntiva

- evaluarse el tejido subyacente
- descartar la lesión a la esclerótica y perforación del globo

Abrasión Corneal:

- Antecedente de trauma ocular
- Dolor
- Sensación de cuerpo extraño
- Fotofobia
- Cefalea
- Visión borrosa
- Blefaroespasmo

Exploración de la Cornea:

- Tinción con fluoresceína: La confirmación diagnóstica se realiza al teñir el ojo con fluoresceína. Se observa la córnea con luz azul de cobalto mostrando con claridad la solución de continuidad del epitelio

En caso de localizar cuerpo extraño deberá ser retirado por un oftalmólogo

Es fundamental el empleo de un vocabulario estandarizado en la descripción del ojo traumatizado.

Se recomienda que la valoración ocular se realice con agudeza visual, reflejos pupilares y el resto de los parámetros de la clasificación estandarizada de trauma ocular. Esto permitirá identificar lesiones externas y lesiones que pueden requerir tratamiento oftalmológico

Cuando existe herida conjuntival o una abrasión corneal es necesario especificar, sus características, longitud, ubicación, filtración o necesidad de exploración bajo anestesia y siempre que sea posible realizar un dibujo que permita recrear la lesión

En caso de datos clínicos como hipotonía ocular, edema de conjuntiva y limitación de movimientos oculares sospechosos de ruptura escleral debe realizarse envío urgente a oftalmología

TRATAMIENTO

Pequeñas abrasiones con dolor moderado

- Cloranfenicol ungüento cuatro veces al día 5 días

Grandes abrasiones (>4 mm y <10mm) y/o dolorosas

- Cloranfenicol ungüento cuatro veces al día 5 días

El uso de antiinflamatorios no esteroideos ha demostrado alivio eficaz en los pacientes con abrasión corneal, sin embargo tienen el inconveniente de retrasar la curación por lo que queda a criterio del médico su indicación

- Diclofenaco 0,1% gotas cuatro veces al día
- El uso de esteroide en gotas durante 2 días

El paciente debe ser valorado por un oftalmólogo que será quien decida en base a las características de la lesión si es candidato a tratamiento. Entre los más utilizados están:

- Lesiones menores de 10 mm el lente de contacto terapéutico ha demostrado ser la mejor opción, ya que permite conservar la binocularidad y continuar con las actividades diarias
- Lesiones mayores de 10 mm, el uso de adhesivo tisular puede representar una opción de manejo en laceraciones de 10 mm que requieren el cierre
- En toda lesión en que se sospeche compromiso escleral o muscular es conveniente realizar sutura

quirúrgica por oftalmólogo dentro de las primeras 24 hrs

- El oftalmólogo será quien determine el uso de lente de contacto terapéutico y su retiro

Otras consideraciones

- Revisión a las 24 horas si empeoran los síntomas, en caso contrario no hay necesidad
- No existe evidencia de que el uso de parche o midriáticos mejoren las molestias oculares para recomendar su uso
- Cuando se observe o sospeche cuerpo extraño corneal, el médico de primer nivel podrá evertir el parpado para determinar si existe cuerpo extraño en el parpado que podrá ser retirado en ese momento, cuando el cuerpo extraño se encuentre sobre la cornea deberá realizar envío para que el cuerpo extraño será retirado por un oftalmólogo
- Será el oftalmólogo quien determine de acuerdo a los hallazgos clínicos y las posibles lesiones del polo posterior si requiere algún seguimiento, y este se otorgará de acuerdo a la patología (Ver guía de práctica clínica correspondiente)

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Indicaciones para envío urgente al especialista

- Baja visual
- Historia de trauma importante
- Empeoramiento de los síntomas a pesar del tratamiento
- Infiltrado alrededor del borde de la abrasión
- Cuerpo extraño corneal
- Sospecha de trauma penetrante

Envío ordinario

Síndrome de erosión recurrente

ALGORITMO

