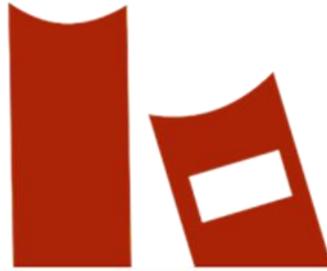


**ACTAS DEL**



**IV CONGRESO INTERNACIONAL  
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



**VOLUMEN III**

**Comps.**

**María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
José Jesús Gázquez Linares  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez  
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional  
en Contextos Clínicos y de la Salud  
Volumen III**

**Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018**

**Comps.**

**María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
José Jesús Gázquez Linares  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez  
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.



# OFTALMOLOGÍA

<b>AFECTACIONES DEGENERATIVAS DE LA CÓRNEA: EL QUERATOCONO .....</b>	<b>8</b>
EVA MARIA ALCOBA SUAREZ, MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, SARA SUÁREZ PALMEIRO	
<b>DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN LA PERSONA ADULTA.....</b>	<b>9</b>
ANA MARIA PARRA JODAR, JOSEFINA GALLEGO HERNANDEZ, ANA MARTÍNEZ CANO	
<b>EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES ENFERMEROS SOBRE EL GLAUCOMA .....</b>	<b>10</b>
NURIA MARTINEZ PULGAR, ISABEL MEDINA LOZANO, MIGUEL ANGEL FERNANDEZ GIL	
<b>ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS QUÍMICAS .....</b>	<b>11</b>
JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ	
<b>INTERVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE CASO DE CELULITIS ORBITARIA .....</b>	<b>12</b>
DAVID CASARES CANAS, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA	
<b>VISITA PRECONCEPCIONAL: HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL FUTURO EMBARAZO.....</b>	<b>13</b>
MARÍA EUGENIA GÓMEZ DE ENTERRÍA CUESTA, MARÍA JOSÉ CARBAJO MARTINEZ, SORAYA VARONA IGLESIAS, SILVIA VALLE COVARRUBIAS	
<b>DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTE ADULTO .....</b>	<b>14</b>
PRISCILA PEREZ ROJANO, DESIREE MARIA BORRAS PEÑA, JORGE POZO JIMENEZ	
<b>GLAUCOMA AGUDO DE ÁNGULO CERRADO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>15</b>
MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE, VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA, MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ	
<b>CODIFICACIÓN DE LA UVEÍTIS CON LA CIE-10 .....</b>	<b>16</b>
JOSEFA GARCIA MARTINEZ, SACRAMENTOS MATEO DÍAZ, ROSA MARIA ALONSO PARRA	
<b>PANUVEÍTIS CON INFILTRACIÓN RETINIANA EN PACIENTE VARÓN .....</b>	<b>17</b>

JOSE LUIS HERNANDEZ GARROTE, MARTA VAZQUEZ RODRIGUEZ, BLANCA  
ISABEL RAMOS GAONA

**EFFECTOS EN LA RETINA DEL PERFLUOROCTANO DEFECTUOSO ALA OCTA .....18**

SANDRA MIRABET SEGURA, INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA, MARÍA  
DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO

**PACIENTE ADULTO CON TRAUMATISMO OCULAR EN URGENCIAS .....19**

SONIA DAZA RUIZ, ANA LORENA GARCIA POZO, PABLO MOLINA MARTIN

**MANEJO DE MIGRACIÓN DE IMPLANTE DE OZURDEX A CÁMARA ANTERIOR ..20**

MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO, SANDRA MIRABET SEGURA,  
INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA

**TUNELIZACIÓN ESCLERAL PARA IMPLANTE VALVULAR EN CIRUGÍA DE  
GLAUCOMA .....21**

MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO, INMACULADA CONCEPCION LOPEZ  
MECA, SANDRA MIRABET SEGURA

**PSEUDOTUMOR COMO RESULTADO DE UN ENROJECIMIENTO DEL GLOBO  
OCULAR .....22**

LAURA MATA MORENO, NOELIA NUÑEZ FERNANDEZ, BERNARDA SILLERO  
SILLERO

**DIPLOPIA SECUNDARIA A FRACTURA ORBITARIA EN ADULTOS .....23**

ANA ISABEL HURTADO MARTIN, MONTSERRAT GARCIA ANGOSTO, CONCEPCION  
BONILLA FERNANDEZ

**CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA 24**

SANDRA AGUILERA ROMERO, ANA MARIA LAFUENTE RAMIREZ, ANDRES  
RODRIGUEZ GARRIDO

**PACIENTE DIABÉTICO CON RETINOPATÍA DE FONDO DE OJO .....25**

ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ, IRENE MORENO ENTRENA, MARIA LUISA  
RODRIGUEZ MORALES

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS  
POSTOPERATORIOS EN DESPRENDIMIENTO DE RETINA .....26**

JESUS MUÑOZ MARTIN, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, CRISTINA  
LOPEZ MELERO

**CIRUGÍA DE ENTROPION DE PÁRPADO POR TRACOMA .....27**

MANUELA MARIN FUENTES, ANA BELEN SEVILLA COTE, CARMEN MIRIAM  
REYES ASENCIO

**OFTALMOLOGÍA: GLAUCOMA AGUDO EN VARÓN ADULTO .....28**

REBECA CAMACHO HERRERO, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ ORTEGA,  
VANESSA JAEN CAÑETE

**EL EFECTO DE LOS ANTIOXIDANTES EN LAS ENFERMEDADES  
OFTALMOLÓGICAS .....29**

MÓNICA PARRA JIMÉNEZ

**RETINOPATÍA DIABÉTICA: SÍNTOMAS PRINCIPALES, ANÁLISIS DE LA  
ENFERMEDAD Y PROCEDIMIENTOS .....30**

MARÍA DOLORES BERRAL SERRANO, LAURA MARÍA BERRAL SERRANO, ANA  
ISABEL MELERO RIOS

**QUÉ ES Y CÓMO SE TRATA EL PTERIGIÓN .....31**

PATROCINIO LOPEZ RUIZ, NOEMI LOPEZ RUIZ

**SÍNDROME VOGT KOYANAGI HARADA EN PACIENTE ADULTA .....32**

JUAN MARCOS HERNANDEZ LOPEZ, PATRICIA SÁNCHEZ ALONSO, PEDRO  
MORALES AMAYA

**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES  
INTRAVÍTREAS .....33**

LAURA HEVIA AGUILERA, AROA SESMILO DE PABLO, MARÍA BELÉN AMORÍN  
MARTÍNEZ

**LA DETECCIÓN DE LA RETINOPATÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS .....34**

MARIA VICTORIA PLAZA DIEZ, JOSEFA MEDINA JIMENEZ, MARÍA CELIA OCÓN  
OCÓN

**EL SÍNDROME DEL OJO SECO: CONOCELO Y ACTUA .....35**

ALICIA DEL CARMEN MOLINA ROMERO, DOLORES GRANADO GARCIA, NOELIA  
ALMAGRO MAZUECOS

**QUERATITIS BILATERAL POR ACANTAMOEBIA Y ORTOQUERATOLOGÍA .....36**

ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES  
BECERRA

**RETINOPATÍA PROLIFERATIVA POR ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES .....37**

ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-  
RENDÓN

**NEUROCIRUGÍA TRAS REVISIÓN OFTALMOLÓGICA CASUAL.....38**

INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA, MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO  
ARNAO, SANDRA MIRABET SEGURA

**DESCRIPTION OF THE USE OF RANIBIZUMAB AND AFLIBERCEPT TO TREAT  
AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION .....39**

MARIA ISABEL SIERRA TORRES, ANA BELÉN MORILLO MORA, VIRGINIA  
GONZÁLEZ ROSA

<b>ATROFIA ÓPTICA BILATERAL SECUNDARIA A NEUROPATÍA ÓPTICA POR SARCOIDOSIS .....</b>	<b>40</b>
ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN	
<b>OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE.....</b>	<b>41</b>
ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER	
<b>TOXOPLASMOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>42</b>
ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN	
<b>SECUELAS OFTÁLMICA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN .....</b>	<b>43</b>
ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER	
<b>ESTANDARIZACIÓN DE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA INYECCIÓN INTRAVÍTREA AMBULATORIA.....</b>	<b>44</b>
ELENA FERNANDEZ ALVAREZ, PATRICIA ABOLLO ROLDAN, INES ALCON ALFARO, NURIA PAREJA MUÑOZ	
<b>CÓMO DETECTAR UN POSIBLE GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO .....</b>	<b>45</b>
NOELIA ALMAGRO MAZUECOS, DOLORES GRANADO GARCIA, ALICIA DEL CARMEN MOLINA ROMERO	
<b>CUIDADOS AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE CATARATA BILATERAL.....</b>	<b>46</b>
SARA ORTIZ FERNANDEZ, ANDREA TABASCO ANGUITA, JUAN MANUEL RODRIGUEZ GOMEZ	
<b>EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DESINFECCIÓN QUIRÚRGICA .....</b>	<b>47</b>
ALEXIA GIJON JIMENEZ, BLANCA ITURBE GONZÁLEZ, MARÍA DE LUCAS LÓPEZ	
<b>ESCLERITIS POSTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>48</b>
JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER	
<b>SÍNDROME DE MORNING GLORY: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>49</b>
JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER	
<b>RETINITIS PIGMENTARIA ATÍPICA SECTORIAL HEREDARIA DE FORMA AUTOSÓMICA DOMINANTE.....</b>	<b>50</b>

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES  
BECERRA

**ESTUDIO SOBRE LAS ÚLCERAS CORNEALES .....51**

CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA  
GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER  
BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, JAVIER GILI ZAKI, SILVIA TORRES  
GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE, PATRICIA  
ESCALONA CONTRERAS

**REVISIÓN DE PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA .....52**

SERGIO MEDINA ORTIZ, REMEDIOS MEDINA GARCÍA

**CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL EN EL EMBARAZO .....53**

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES  
BECERRA

**CONTACT LENS COMPLICATIONS: MICROBIAL KERATITIS AND TREATMENT .54**

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO  
MANUEL SOLER GARCIA

**CORNEAL NEOVASCULARIZATION: COMBINED TREATMENT MAY LEAD TO  
RESOLUTION. CASE REPORT .....55**

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO  
MANUEL SOLER GARCIA

**VISUAL SNOW SYNDROME: A CASE REPORT .....56**

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO  
MANUEL SOLER GARCIA

**DACRIOCISTITIS AGUDA EN PACIENTE ADULTO .....57**

LUCAS SIMON SANCHEZ, MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, MARIA DEL MAR  
SIMONELLI MUÑOZ

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON CATARATAS EN EL  
NORTE DE LONDRES .....58**

CRISTINA PELÁEZ RAMÍREZ, MARIA DOLORES GARCIA HURTADO, ROSA  
GONZALEZ BARBERO

**ESTUDIO DE UN CASO: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL.....59**

MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, LUCAS SIMON SANCHEZ, MARIA DEL MAR  
SIMONELLI MUÑOZ

**TAMOXIFENO COMO CAUSA DE MACULOPATÍA.....60**

CARLOS ROCHA DE LOSSADA, FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO, ALVARO  
SANTOS ORTEGA

<b>ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA.....</b>	<b>61</b>
FRANCISCA MARQUEZ GALERA, ROCÍO SEGURA SIMÓN, ISABEL MARIA SAEZ ALONSO	
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE UN PACIENTE INTERVENIDO DE VITRECTOMÍA CON GAS .....</b>	<b>62</b>
LAURA RODRIGUEZ JORGE, MIREIA MARISCAL, SORAYA PIZARRO AGUILILLA, SANDRA PIZARRO RINO	
<b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON AFECTACIÓN RETINIANA .....</b>	<b>63</b>
FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO, ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO, ALVARO SANTOS ORTEGA	
<b>LA MADURACIÓN RETINIANA EN LA ROP TRAS BEVACIZUMAB.....</b>	<b>64</b>
ALVARO SANTOS ORTEGA, CARLOS ROCHA DE LOSSADA, ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO	
<b>AFRONTAMIENTO SANITARIO ANTE EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA .....</b>	<b>65</b>
ISABEL HERNANDEZ MARTIN, ESTHER GUISADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO	
<b>PACIENTE PEDIÁTRICO DIAGNOSTICADO DE PSEUDO DACRIOCISTITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>66</b>
ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO, ALVARO SANTOS ORTEGA, FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO	
<b>MANEJO DE LESIONES CORNEALES MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>67</b>
DIEGO ÁMEZ RAFAEL, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, BEATRIZ GUERRERO BARRANCO	
<b>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASPLANTE DE CÓRNEA.....</b>	<b>68</b>
MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS, JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ	
<b>NEUROTROPHIC KERATITIS TREATED WITH CACICOL: OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY FOLLOW UP.....</b>	<b>69</b>
JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO MANUEL SOLER GARCIA	
<b>AFECTACIÓN VISUAL EN LA ARTERITIS DE TAKAYASU .....</b>	<b>70</b>
VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO	
<b>INTERVENCIÓN DE CATARATAS: CUIDADOS ENFERMEROS POSTQUIRÚRGICOS .....</b>	<b>71</b>

MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA, ANTONIA PARRA ORTEGA

**HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA DE CAUSA FARMACOLÓGICA: CASO CLÍNICO .....72**

EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**MANEJO DEL OJO CIEGO DOLOROSA: INYECCIÓN DE SUSTANCIA RETROBULBAR.....73**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO CARACTERIZADO MEDIANTE BIOMETRIA Y PAQUIMETRÍA.....74**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA EN EL MANEJO DE LA COROIDOPATÍA SEROSA CENTRAL EN OFTALMOLOGÍA .....75**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO

**PLAN DE CUIDADOS EN LA ANESTESIA DEL QUIRÓFANO DE OFTALMOLOGÍA.76**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO

**TRAUMATISMO FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....77**

RAQUEL RODRIGUEZ JUAREZ, LUCIA PELEGRINA LÓPEZ

## **AFECTACIONES DEGENERATIVAS DE LA CÓRNEA: EL QUERATOCONO**

EVA MARIA ALCOBA SUAREZ, MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, SARA SUÁREZ PALMEIRO

**INTRODUCCIÓN:** Es una enfermedad ocular que afecta la estructura de la córnea. La cornea es el el tejido transparente que cubre la parte frontal del ojo. Consiste en un adelgazamiento y deformación, lentamente progresivos, del tejido corneal. El queratocono se suele manifestar de alguna de estas formas: Disminución de la visión, visión borrosa y aparición o aumento repentino del astigmatismo (astigmatismo irregular). Irritación ocular leve o moderada. Incremento de la sensibilidad a la luz (fotofobia) y deslumbramientos. Aunque el queratocono suele afectar a los dos ojos, los síntomas pueden variar de un ojo a otro.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente acerca de las afectaciones degenerativas de la córnea, y en especial del queratocono.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores queratocono, oftalmología, cornea, enfermedad ocular, salud.

**RESULTADOS:** Las gafas no pueden corregirlo de forma adecuada y debe recurrirse a las lentes de contacto, casi siempre semirrígidas. Compensan la irregularidad, y aunque su tolerancia suele hacerse problemática con el tiempo, puede recuperarse modificando las curvaturas de la lentilla. El queratocono ha sido hasta hace poco la principal causa de trasplante de córnea en nuestro medio, pero técnicas novedosas están evitando en muchos casos la queratoplastia: El crosslinking o reticulación del colágeno. Es un procedimiento muy simple, seguro y efectivo para detener la progresión del queratocono. Los implantes de “anillos” o de segmentos anulares intracorneales. Se trata de unas piezas de plástico transparente rígido, en forma de arco, que se introducen en el espesor de la córnea. Los anillos reducen la irregularidad y descentramiento topográficos causados por el cono, a la vez aplanan el centro de la córnea. No existen medidas preventivas para evitar la aparición del queratocono, pero gracias a estos tratamientos los oftalmólogos especialistas en córnea sí suelen conseguir frenar su evolución o ralentizarla. Las revisiones visuales periódicas resultan esenciales, especialmente cuando existen antecedentes familiares de la enfermedad u otros factores que puedan hacer sospechar de su posible aparición. En el caso de las formas leves de queratocono, en ocasiones sólo pueden ser detectadas en una revisión oftalmológica general ya que no producen alteraciones visuales y sólo se diagnostican con estudios topográficos.

**CONCLUSIÓN:** En el caso de los queratoconos que evolucionan muy rápidamente, una detección precoz, cuando la enfermedad es asintomática, puede evitar una mayor degeneración corneal y, en su caso, el trasplante de córnea. Se recomiendan revisiones periódicas anuales.

**PALABRAS CLAVE:** QUERATOCONO, OFTALMOLOGÍA, CÓRNEA, ENFERMEDAD OCULAR, SALUD.

## **DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN LA PERSONA ADULTA**

ANA MARIA PARRA JODAR, JOSEFINA GALLEGO HERNANDEZ, ANA MARTÍNEZ CANO

**INTRODUCCIÓN:** El desprendimiento de retina corresponde a la separación de los dos componentes retinarios: la capa sensorial que contiene el epitelio pigmentario y la capa neural que contiene las células nerviosas cuyas prolongaciones constituyen el nervio óptico. Su etiología suele ser un pequeño desgarro o agujero en la superficie de la retina. Los desprendimientos de retina a menudo se dan en personas de todas las edades siendo más común en personas mayores de 40 años.

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad de las técnicas para reparar los desgarros antes de que se produzca el desprendimiento de la retina. Cuando se ha producido el desprendimiento se precisa de una intervención quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** Se hace una revisión bibliográfica en Medline Plus y Cochane Plus.

**RESULTADOS:** La información al paciente es primordial en esta patología para llevar a cabo todas las pautas a seguir por el especialista tanto antes como después del desprendimiento de retina.

**CONCLUSIÓN:** La colaboración del paciente es imprescindible sobre todo después de la intervención quirúrgica para conseguir un tratamiento eficaz y permanecer en reposo domiciliario sin hacer esfuerzos ni levantar pesos, no efectuar cualquier esfuerzo físico ni inclinarse hacia delante para reducir el desprendimiento de retina.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE, DESPRENDIMIENTO, RETINA, PARA.

## EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES ENFERMEROS SOBRE EL GLAUCOMA

NURIA MARTINEZ PULGAR, ISABEL MEDINA LOZANO, MIGUEL ANGEL FERNANDEZ GIL

**INTRODUCCIÓN:** La palabra glaucoma se deriva del latín glaukos, que significaba azul aguado o diluido. Es una enfermedad de alta prevalencia y que constituye uno de los principales problemas de salud visual a nivel mundial, está relacionada con la infraestructura y accesibilidad de los sistemas de salud.

**OBJETIVOS:** El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo en estudiantes de enfermería de segundo y tercer curso de la Universidad de Granada.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una investigación descriptiva, de campo y corte transversal, buscando el grado de conocimiento sobre la enfermedad por parte de los estudiantes encuestados. La muestra constituía 250 estudiantes. Se aplicó un cuestionario con preguntas e ítems que indagan el conocimiento de la enfermedad, sus factores de riesgo, clínica y diagnóstico.

**RESULTADOS:** Casi 90% de los enfermeros de tercer año de carrera comprenden que la presión intraocular es el factor primario del glaucoma, en el resto de estudiantes el nivel cognoscitivo es menor. Un 60% de los alumnos de segundo año, acertaron que los antecedentes familiares, diabetes y la edad son otras circunstancias asociadas al glaucoma.

**CONCLUSIÓN:** Los hallazgos corroboran que los estudiantes avanzados tienen mayor conocimiento de la enfermedad (concepto, factores de riesgos clínicos y epidemiológicos). Reconocen en una gran mayoría que el factor de riesgo más importante, es el aumento de la presión intraocular.

**PALABRAS CLAVE:** GLAUCOMA, FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTO, PRESIÓN INTRAOCULAR.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS QUÍMICAS

JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** Las quemaduras químicas oculares son comunes y suponen una emergencia oftalmológica por lo que requieren de una atención inmediata por parte del personal sanitario. La gravedad de la quemadura ocular está relacionada directamente con la duración de la exposición y el agente que lo causa, por ello, es de vital importancia una actuación enfermera lo más temprana posible, independientemente de la naturaleza de la sustancia (álcali o ácido) o de las condiciones de la visión.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para desarrollar el protocolo de actuación enfermera y determinar el lavado ocular como tratamiento inmediato.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicos como Cochrane y Scielo con los descriptores urgencia, oftalmología, enfermería y quemadura ocular. Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y un período temporal de 2011 hasta actualidad. De un total de 75 referencias bibliográficas encontradas se escogieron 15 para un análisis en profundidad, siendo descartados aquellos trabajos que no se centraban en el tema de interés a tratar.

**RESULTADOS:** La importancia de crear un protocolo de actuación estandarizado donde enfermería tenga facultad de actuar sin previa orden médica e iniciar un lavado ocular; para ello, desde el triaje de urgencias, el enfermero instila una gota de anestésico en colirio (Colicursí anestésico 0'5%) en el saco conjuntival del ojo afectado e inmediatamente se ha realizar un lavado ocular con solución salina 0'9 % (mínimo 1000ml) para eliminar el agente causal. El lavado se administra (previa retracción de los párpados) mediante un sistema de goteo continuo y el paciente en posición supina. Una vez finalizado el lavado, se avisa al especialista para realizar una evaluación y tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** Una actuación adecuada por parte de enfermería en el servicio de urgencias evita complicaciones mayores, ofreciendo una calidad asistencial y segura al paciente, mejorando su pronóstico visual.

**PALABRAS CLAVE:** URGENCIA, OFTALMOLOGÍA, ENFERMERÍA, QUEMADURA OCULAR.

## **INTERVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE CASO DE CELULITIS ORBITARIA**

DAVID CASARES CANAS, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ, MARÍA NIEVES LÓPEZ  
GAMARRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 7 años que presenta desde hace mas de 48 horas molestias oculares asociando en las últimas 12 horas edema de párpado superior y eritema, con pico febril de 38,8°C. Ha presentado cuadro catarral en días previos. Antecedentes personales: No enfermedades de interés. Vacunación correcta. No alergias a medicamentos conocidas. Antecedentes familiares: Sin interés para el episodio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general bien hidratado buen color de piel. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. Ruidos presentes. Exploración: Temperatura: 38.6 C; TAS: 110 mmHg TAD: 75 mmHg FC: 113 latidos por minuto (lpm) FR: 19 rpm SATO2: 100 % Peso: 26.7 Kg. Talla: 125.5 Cm. Analítica y bioquímica dentro de lo normal.

**JUICIO CLÍNICO:** El origen de la celulitis orbitaria suele ser una complicación de una sinusitis al estar separado de ésta, únicamente por una estructura porosa, infecciones en la piel de los párpados, rinofaringitis y otitis media. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Celulitis orbitaria derecha con signos de sinusitis maxilar y etmoidal del mismo lado e inicio de pequeña colección abscesificada.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se deriva a especialista oftalmológico para su tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Es una infección que normalmente afecta a los tejidos incluidos dentro de la órbita, en las proximidades del ojo, especialmente frecuente en los niños. Algunos protocolos incluyen el empleo de descongestionantes tópicos y el uso de corticoides puede acelerar la resolución de la inflamación. En los abscesos subperiósticos se requiere tratamiento quirúrgico cuando son mayores de 10 mm y localización medial, son niños mayores de 9 años, si presenta proptosis mayor de 2 mm. , Tiene presencia de gas en la órbita e infección.

**PALABRAS CLAVE:** MOLESTIAS OCULARES, CELULITIS ORBITARIA, SINUSITIS, ABSCESO, NIÑO.

## VISITA PRECONCEPCIONAL: HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL FUTURO EMBARAZO

MARÍA EUGENIA GÓMEZ DE ENTERRÍA CUESTA, MARÍA JOSÉ CARBAJO MARTINEZ, SORAYA VARONA IGLESIAS, SILVIA VALLE COVARRUBIAS

**INTRODUCCIÓN:** Diferentes estudios hacen referencia a la importancia de la alimentación durante el embarazo. Además, está demostrada la relación causal de ciertas enfermedades con el consumo de algunos alimentos (ya sea por el propio alimento en si, o por la forma en la que se manipula). El “problema” radica en que cuando una mujer se entera de que está embarazada ya han pasado unas semanas, las más teratógenas; siendo muy importante que estas tengan conocimiento sobre los hábitos alimentarios previo a la gestación.

**OBJETIVOS:** Analizar conocimientos básicos sobre hábitos de alimentación saludables. Conocer alimentos que no están recomendados durante la gestación. Adquirir conocimientos sobre formas seguras de consumo de alimentos.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda en diferentes bases de datos (medline/pubmed, Cochrane), revistas de interés científico, A. E. C. O. S. A. N. ( Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición).  
Descriptores: conducta alimentaria, listeria monocytogenes, toxoplasmosis, intoxicación por mercurio, embarazo.

**RESULTADOS:** Consumir lácteos pasturizados, carne bien cocinada, previene la listeriosis. Las verduras deben lavarse con desinfectante de uso alimentario para prevenir el toxoplasma. Evitar hígado, ya que un exceso de vitamina A puede causar malformaciones. Evitar el consumo de huevo crudo previene la salmonelosis Evitar la ingesta de pescados grandes (tipo emperador, atún), previene patología derivada de la ingesta de mercurio.

**CONCLUSIÓN:** La visita preconcepcional es una manera sencilla de transmitir esta información a las mujeres con deseos conceptivos, evitando alimentos “prohibidos” o manipulando los alimentos de manera adecuada desde el principio.

**PALABRAS CLAVE:** VISITA PRECONCEPCIONAL, TOXOPLASMOSIS, LISTERIA, ALIMENTACIÓN.

## DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTE ADULTO

PRISCILA PEREZ ROJANO, DESIREE MARIA BORRAS PEÑA, JORGE POZO JIMENEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 62 años de edad que comenta disminución de la agudeza visual desde hace unos días con cefalea hemiraneal, de localización frontal y retroocular derecha. Valorado por oftalmología hace 24 horas. Sin alergia a medicamentos conocidos. Sin hipertensión, ni diabetes, ni dislipemia. No intervenciones quirúrgicas ni hábitos tóxicos. Independiente y vive con su mujer y su hijo. Antecedentes familiares: su tío con migraña.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 110/60 mmHg, FC: 84 lpm. T<sub>ax</sub>: 36,2°C, EVA: 4. Aceptable estado general, consciente y orientado. Buena coloración de piel y mucosas. Bien hidratado y bien perfundido. Sin rigidez de nuca. No ingurgitación yugular a 45°. No bocio ni adenopatías laterocervicales. Orofaringe normal. Auscultación cardiorrespiratoria ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Sin organomegalias. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Sin lesiones cutáneas. Lenguaje sin alteraciones. Memoria conservada. Pruebas complementarias: Analítica que incluye bioquímica, serología, coagulación y análisis de orina. EKG. TAC craneal sin contraste. RMN craneal con contraste. AngioRM de senos.

**JUICIO CLÍNICO:** Disminución de la agudeza visual derecha y cefalea hemiraneal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Disminución de agudeza visual y cefalea.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ingresa en hospitalización con valoración de oftalmología. Tratamiento a seguir con corticoterapia iv en bolos de 3 a 5 días. Diazepam iv en la noche como miorelajante y tryptizol como tratamiento preventivo de la migraña. Reposo relativo. Toma de constantes diaria.

**CONCLUSIONES:** Normotenso y afebril durante la estancia hospitalaria. AngioRM y RMN craneal normales. Mantiene misma sintomatología. Seguirá realizándose pruebas hasta nueva evolución y nueva valoración por oftalmología. Pendiente de realizarse prueba de imagen.

**PALABRAS CLAVE:** CEFALEA, DIABETES, CORTICOTERAPIA, OFTALMOLOGÍA.

## GLAUCOMA AGUDO DE ÁNGULO CERRADO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE, VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA, MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 77 años de edad procedente de Murcia, casada y con dos hijos independizados. Ingresa en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para intervención quirúrgica programada: trabeculectomía por glaucoma agudo de ángulo cerrado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física en od: Defecto pupilar aferente. Agudeza visual solo distingue movimiento de manos. Midriasis pupilar mediana. Dolor intenso en forma de clavo. Pruebas complementarias (en ojo derecho): Presión intraocular derecha 50mmhg. Biomicroscopia: Edema corneal, erosión corneal por bullas epiteliales y catarata nuclear madura. Fondo de ojo: Se explora con dificultad por opacidad de medios.

**JUICIO CLÍNICO:** Una vez realizada la anamnesis y revisadas todas las pruebas complementarias, se puede decir que la paciente padece glaucoma agudo de ángulo cerrado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Glaucoma agudo de ángulo cerrado. En este caso, con los resultados de medición de presión intraocular, no se plantea la realización de diagnóstico diferencial.

**CONCLUSIONES:** El proceso enfermero mediante la taxonomía NANDA y la clasificación NOC y NIC permitió identificar como diagnóstico principal dolor agudo relacionado con observación de evidencias de dolor y manifestado por agentes lesivos (00132), logrando así tomar medidas que disminuyeran dicha sensación, así como minimizar las complicaciones asociadas a esta. El personal de enfermería debe crear un vínculo especial, tanto con el paciente con dificultades en la visión como con la familia, basado en la confianza profesional, donde se presten herramientas que ayuden en las actividades de la vida diaria con el fin de desarrollar una mayor independencia y autodominio.

**PALABRAS CLAVE:** GLAUCOMA, NANDA, OFTALMOLOGÍA, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

## CODIFICACIÓN DE LA UVEÍTIS CON LA CIE-10

JOSEFA GARCIA MARTINEZ, SACRAMENTOS MATEO DÍAZ, ROSA MARIA ALONSO PARRA

**INTRODUCCIÓN:** La Uveítis es una inflamación de la úvea, membrana intermedia que envuelve el interior del globo ocular, situada entre la esclerótica y la retina. La úvea esta formada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroide. La úvea contiene muchos vasos sanguíneos, que llevan la sangre hacia dentro y hacia afuera del ojo, nutriendo muchas partes importantes del ojo, una inflamación de la úvea puede dañar la visión. Hay varios tipos de uveítis dependiendo en que parte se produce (uveítis anterior, intermedia, posterior y panuveítis)

**OBJETIVOS:** Determinar con exactitud el código que debemos utilizar en un paciente diagnosticado de Uveítis.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con los siguientes descriptores: “Uveítis”, “Ojo rojo”, “Inflamación de la úvea”, “enfermedad de la uveítis”.

**RESULTADOS:** Uveítis. H20 Iridociclitis. H20.0 Iridociclitis aguda y subaguda. Ciclitis aguda. Ciclitis subaguda. Iritis. Iritis subaguda. Uveítis anterior aguda. Uveítis anterior subaguda. Excluye 1: Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) diabetes mellitus (E08-E13 CON 39). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) difteria (A36.89). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) gonocócica (A54.32). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) herpes (simple) (B00.51). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) herpes zóster (B02.32). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) sarcoidosis (D86.83). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) sífilis (A51.43). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) sífilis congénita tardía (A50.39). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) sífilis tardía (A52.71). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) toxoplasmosis (B58.09). Iridociclitis, iritis, uveítis debida a (en) tuberculosis (A18.54).

**CONCLUSIÓN:** Es importante que el facultativo especifique en el Informe de Alta Hospitalaria, si la Uveítis es anterior, intermedia o posterior indicando la causa que le ha producido (un virus, enfermedades inflamatorias, hongos... ). La CIE-10 ofrece mayor especificidad a los diagnósticos.

**PALABRAS CLAVE:** OJO ROJO, UVEÍTIS, ENFERMEDAD DE LA UVEÍTIS, INFLAMACIÓN DE LA ÚVEA.

## PANUVEÍTIS CON INFILTRACIÓN RETINIANA EN PACIENTE VARÓN

JOSE LUIS HERNANDEZ GARROTE, MARTA VAZQUEZ RODRIGUEZ, BLANCA ISABEL RAMOS GAONA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 41 años que acude a urgencias por pérdida de visión de ojo derecho de 3-4 días de evolución, aunque comenta que hace 2 semanas veía mancha negra en periferia derecha del campo visual. Niega relaciones sexuales de riesgo recientes, comenta además que desde hace unas semanas le han salido unas lesiones en palmas y manos. AP: NAMC. IQ. : Adenoidectomía y torsión testicular. Fumador de 20c/d. Infección por VIH estadio C2 con buena adherencia terapéutica. Anemia macrolítica en estudio. Sarcoma de Kaposi en resolución. Uretritis y proctitis por Clamidia, cáncer anal in situ en tto con imiquimod.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración: Buen estado general. Auscultación cardiaca y pulmonar dentro de la normalidad. Presenta lesiones sobreelevadas en paladar duro violáceas. Lesiones eritematodescamativas, algunas costrosas, confluentes, con halo eritematoso en palmas y plantas. Analítica: Serología + para sífilis sin otros hallazgos analíticos. Microbiológicos: Toma de muestra humor vítreo. Pruebas oftalmológicas. : Agudeza visual.. OD 0,3 OI 1. Presión Intraocular: OD 20 mmHg OI 20mmHg. Polo Anterior: OD Tyndall++ no sinequias OI Tyndall -. Polo Posterior: OD: vitritis ++ con infiltración inferior lineal y aumento de vitritis a ese nivel y 2 zonas superiores y nasal superior de exudado con hemorragias y con vítreo organizado en copos blanquecinos. OI algunas microaneurismas aisladas en periferia.

**JUICIO CLÍNICO:** Panuveítis con infiltración retiniana a filiar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y la clínica del paciente hay que descartar causas infecciosas como Sífilis, CMV, TBC, toxoplasma, herpes así como sarcoidosis, vasculitis, y toxicidad farmacológica.

**CONCLUSIONES:** Tras las pruebas y los resultados obtenidos se confirma Panuveítis con infiltración retiniana sífilítica OD. Se pauta tratamiento AB y ciclopéjico colirio c/ 8h y maxidex c/6 h. El tto precoz mejora las posibilidades de cura en la mayoría de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** VIH, PÉRDIDA, VISIÓN, LESIONES, ERITEMATOSAS, SÍFILIS.

## **EFFECTOS EN LA RETINA DEL PERFLUOROCTANO DEFECTUOSO ALA OCTA**

SANDRA MIRABET SEGURA, INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA, MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** En 2014, expertos retinólogos comenzaron a tener casos extraños en los postoperatorios de pacientes intervenidos de desprendimiento de retina regmatógeno. Llegaron a la conclusión de que el denominador común era el uso de un perfluoroctano (Ala Octa, AlaMedics). En 2015, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió la alerta y retiró el producto. Hay 116 casos. El instituto IOBA ha sido el encargado de los estudios de citotoxicidad: los lotes analizados resultaron tóxicos. Esta toxicidad aumentaba en lotes envasados más tardíamente, de ahí las diferencias en la viabilidad celular de los lotes y la heterogeneidad clínica. Se ha constituido un panel de expertos para estudiar cada caso individualmente. La clínica descrita es muy variada, desde necrosis retiniana hasta una leve afectación retiniana y atrofia óptica como es nuestro caso. Mujer 67 años intervenida de desprendimiento de retina en ojo derecho en 2015 en nuestro servicio, usando como tamponamiento el perfluoroctano Ala Octa.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A los 2 meses de la intervención, la Agudeza visual (AV) es cuenta dedos a 20 cm y en el fondo de ojo se aprecia alteración del epitelio pigmentario (EPR) macular y atrofia óptica. Tanto el campo visual (CV), la Tomografía de coherencia óptica (OCT) macular, papilar y los potenciales evocados visuales (PEV) son patológicos. Este caso ha sido aceptado por la AEMPS.

**JUICIO CLÍNICO:** Toxicidad neuroretiniana por perfluoroctano Ala Octa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Podría hacerse diagnóstico diferencial con otras causas de toxicidad (alcohol, déficit de vitaminas) pero en estos casos la afectación es bilateral y en este el antecedente de contacto con Ala Octa es claro.

**CONCLUSIONES:** Los estándares europeos fallaron en la detección de la toxicidad del producto. Es importantísimo que los oftalmólogos reporten efectos adversos de productos usados, para poder esclarecer las causas. Se necesita clarificar lo que pasó desde el punto de vista químico en este producto.

**PALABRAS CLAVE:** RETINOPATÍA, NEUROPATÍA, PERFLUOROCTANO, TOXICIDAD.

## **PACIENTE ADULTO CON TRAUMATISMO OCULAR EN URGENCIAS**

SONIA DAZA RUIZ, ANA LORENA GARCIA POZO, PABLO MOLINA MARTIN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Acude a nuestro centro de salud por el área de urgencias un paciente de 33 años refiriendo dolor agudo en ojo derecho (OD), constante lagrimeo, enrojecimiento de la zona ocular y disminución de la visión. Nos cuenta que en su trabajo (carpintero) esta mañana sintió que una pequeña viruta de madera u objeto similar le golpeaba el ojo derecho ocasionándole un fuerte dolor, lagrimeo y molestias a la luz, así como disminución de la visión.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En el centro realizamos un lavado ocular con suero fisiológico para intentar calmar el ojo así como también una prueba con lámpara de hendidura para visualizar lesión. Utilizaremos también un tinte ocular para buscar rasguños u otros daños en la cornea. Terminaremos con el posterior lavado del ojo de nuevo para comprobar que el objeto ya no esta presente en el ojo y evaluar la gravedad de los daños.

**JUICIO CLÍNICO:** Los traumatismos oculares o la presencia de cuerpo extraño son motivo de urgencia muy frecuente tanto en los centros como en Hospitales. En la mayoría de los casos son pequeños traumatismos que afectan solo a la cubierta del ojo. En otras ocasiones, pueden provocar secuelas de extrema gravedad, siendo la primera causa de ceguera unilateral en el mundo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor r/p presencia de cuerpo extraño en ojo derecho m/p inflamación de la zona ocular. Infección r/c manipulación del OD por parte del paciente m/p enrojecimiento e inflamación de la zona.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realizará seguimiento en el centro de salud en dos días para evaluación.

**CONCLUSIONES:** El pronostico de muchos de estos traumas oculares dependerá de la eficacia y premura en el diagnóstico y tratamiento de los mismos, así como la actuación del equipo sanitario para un pronostico positivo del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** TRAUMATISMO, LAVADO OCULAR, LAGRIMEO, VISIÓN.

## MANEJO DE MIGRACIÓN DE IMPLANTE DE OZURDEX A CÁMARA ANTERIOR

MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO, SANDRA MIRABET SEGURA, INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente diabética con migración de implante de Ozurdex a cámara anterior (CA). El Ozurdex es un implante polímero biodegradable que contiene dexametasona, su diseño es para la administración inyectada intravítrea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Presentamos el caso de una paciente de 70 años que acude a urgencias con disminución de agudeza visual y dolor ocular tras implante de Ozurdex. La exploración biomicroscópica objetiva un edema estromal con aumento de presión intraocular (PIO) y cuerpo extraño en CA compatible con implante de Ozurdex.

**JUICIO CLÍNICO:** La paciente presenta un edema macular diabético que ha sido tratado con implante intravítreo de Ozurdex. El implante ha migrado de vítreo a CA produciendo la clínica que acusa la paciente. Para evitar un tratamiento quirúrgico agresivo se dilató la pupila y se realizaron maniobras mecánicas de cambio de postura de la cabeza para posicionar el implante detrás del iris. El aumento de PIO se trató con fármacos hipotensores oculares durante el tiempo de efecto del implante. El edema corneal se resolvió al mover el implante y la PIO disminuyó con el tratamiento hipotensor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hay que diferenciar el cuadro con distrofias corneales que causen descompensación corneal, infecciones, cuerpos extraños intraoculares y diferentes tipos de glaucoma. En este caso la anamnesis revela la inyección del implante dos semanas antes y facilita la búsqueda de la causa etiológica.

**CONCLUSIONES:** El implante de Ozurdex es una opción novedosa que disminuye de manera importante el edema macular diabético. Además de los dos efectos secundarios publicados (la aparición de cataratas y la subida de tensión) presentamos un caso excepcional de migración del implante a CA produciendo sintomatología importante. La resolución del caso con maniobras posturales evitó la cirugía y permitió mantener el efecto del implante.

**PALABRAS CLAVE:** MIGRACION, IMPLANTE, OZURDEX, CÁMARA ANTERIOR.

## TUNELIZACIÓN ESCLERAL PARA IMPLANTE VALVULAR EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA

MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO, INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA,  
SANDRA MIRABET SEGURA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente con glaucoma refractario que precisa implante de válvula de Ahmed (IVA) para reducir su presión intraocular (PIO).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente presenta una PIO de 28 mmHg con tratamiento médico máximo y las pruebas complementarias (Campo visual y Tomografía de Coherencia Óptica) confirman un daño glaucomatoso avanzado.

**JUICIO CLÍNICO:** El paciente tiene una cicatrización conjuntival por una cirugía de glaucoma antigua y es candidato a IVA. Se describen los pasos con imágenes de la técnica de tunelización escleral para colocación de la válvula: Se utiliza una aguja de calibre 23G y se inicia el túnel a 4-6mm de limbo escleral. La profundidad del túnel escleral debe ser poca (subepiescleral), pues es la zona más resistente. Se observa el trayecto de la aguja por transparencia hasta el limbo donde se corrige la dirección del túnel levantando la aguja para que quede paralela al plano del iris. El tubo se debe cortar con el bisel hacia arriba para evitar la adherencia al iris por gradiente de presión. Se introduce en la cámara anterior y se sutura la conjuntiva y tenón. **CONCLUSIONES:** La técnica de tunelización subepiescleral es segura, eficaz, sencilla, económica, no desencadena mecanismos de defensa inmune ni provoca agresión quirúrgica secundaria en toras zonas del organismo.

**PALABRAS CLAVE:** IMPLANTE VALVULAR, GLAUCOMA, TUNELIZACIÓN ESCLERAL, CIRUGÍA.

## **PSEUDOTUMOR COMO RESULTADO DE UN ENROJECIMIENTO DEL GLOBO OCULAR**

LAURA MATA MORENO, NOELIA NUÑEZ FERNANDEZ, BERNARDA SILLERO SILLERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 66 años que acude a consulta varias veces por tener un ojo enrojecido con exudado ocasional, sin respuesta a tratamientos habituales por lo que derivó al especialista. Concluyen como diagnóstico conjuntivitis. Se remite de nuevo por persistencia del mismo con hormonas tiroideas normales con un segundo juicio clínico de pseudotumor inflamatorio secundario a conjuntivitis de larga evolución. Se deriva a medicina interna por duda diagnóstica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TAC orbitario: aumento de partes blandas en relación a pseudotumor inflamatorio, no pudiendo descartarse proceso linfoproliferativo. Ocupación de senos maxilares. Analítica sin hallazgos relevantes. TAC toracoabdominal nódulo de 13 mm en cadena mamaria derecha, posible adenopatía. Nódulo de 4 mm en LID pulmonar.

**JUICIO CLÍNICO:** Pseudotumor inflamatorio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Como primera sospecha pseudotumor orbitario, Wegener, Sarcoidosis, Tuberculosis y Linfoma.

**PLAN DE CUIDADOS:** Inician deflazacort por vía oral en pauta descendente comenzando con 60 mg al día.

**CONCLUSIONES:** Ante la duda diagnóstica insistir en la búsqueda si no hay remisión del caso.

**PALABRAS CLAVE:** PSEUDOTUMOR ORBITARIO, WEGENER, LINFOMA, TUBERCULOSIS.

## **DIPLOPÍA SECUNDARIA A FRACTURA ORBITARIA EN ADULTOS**

ANA ISABEL HURTADO MARTIN, MONTSERRAT GARCIA ANGOSTO, CONCEPCION BONILLA FERNANDEZ

**INTRODUCCIÓN:** La diplopía es una enfermedad en la que la visión es doble ya que las visiones percibidas por el ojo derecho e izquierdo no se procesan en el cerebro para formar una imagen única.

**OBJETIVOS:** Evaluar la incidencia y la evolución de la diplopía como una complicación de las fracturas orbitarias en adultos.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión de los registros médicos de todos los adultos consecutivos con fractura orbitaria remitidos entre febrero de 2015 y noviembre de 2016. Se realizó un análisis de la incidencia de diplopía secundaria a fractura en la fase aguda y su evolución. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables relacionadas con pacientes, fracturas y tratamiento de fractura y diplopía.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó a 40 pacientes con una edad media de 50 años. De todos los pacientes, el 45% presentaron diplopía en la fase aguda. Se encontraron diferencias entre los grupos con y sin diplopía en relación con el atrapamiento muscular diagnosticado mediante tomografía computarizada orbital, limitación de la ducción y cirugía de fractura.

**CONCLUSIÓN:** La diplopía secundaria a la fractura orbitaria en adultos es frecuente, pero se resuelve en la mayoría de los casos espontáneamente o después de una cirugía de fractura. Algunos pacientes requerirán prismas y/o cirugía de estrabismo.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, ENFERMEDAD, DIPLOPÍA, EVOLUCIÓN.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SANDRA AGUILERA ROMERO, ANA MARIA LAFUENTE RAMIREZ, ANDRES RODRIGUEZ GARRIDO

**INTRODUCCIÓN:** Una catarata es una nubosidad en el cristalino del ojo que dificulta la visión. Las cataratas son un problema que toda la población va a padecer en algún momento, sin embargo, no son motivo de alarma ya que no se trata de ninguna enfermedad sino de un envejecimiento ocular, y como tal, todos llegaremos a padecerlas, actualmente, la cirugía es el mejor tratamiento. Las cataratas constituyen un importante problema de salud pública al relacionarse con la edad.

**OBJETIVOS:** Determinar los diferentes tipos y las causas de la aparición de cataratas. Identificar los tratamientos que se pueden utilizar frente a las cataratas.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre el tema. Las bases de datos utilizadas han sido Dialnet y buscadores como Google Académico. Los descriptores más utilizados han sido: catarata, cirugía, sanidad y tratamiento, utilizando un filtro en la búsqueda de páginas solo en español y ordenado por relevancia y fecha.

**RESULTADOS:** El único tratamiento realmente efectivo es la cirugía que consiste en extraer el cristalino opaco, normalmente, la operación de cataratas se realiza bajo anestesia local y en la mayoría de los casos, la intervención no dura más de 15 o 20 minutos. En la operación existen dos formas de extraer el cristalino: mediante la técnica intracapsular o mediante la extracapsular. La facoemulsificación es una técnica que también se emplea para resolver quirúrgicamente las cataratas.

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes consiguen recuperar la visión (o parte de ella) poco después de someterse a la operación correspondiente.

**PALABRAS CLAVE:** CATARATAS, SANIDAD, TRATAMIENTO, CIRUGÍA.

## **PACIENTE DIABÉTICO CON RETINOPATÍA DE FONDO DE OJO**

ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ, IRENE MORENO ENTRENA, MARIA LUISA RODRIGUEZ MORALES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 50 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II desde hace 5 años, con buenos controles según refiere, es derivado por su médico de Atención Primaria al servicio de oftalmología por afectación ocular en control de fondo de ojo en su Centro de Salud. Fumador de 2 paquetes diarios. Bebedor ocasional.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Test de agudeza visual: OI 1 OD 1. Presión intraocular (PIO): OI 23 mmHg OD 23mmHg. Tomografía de Coherencia Óptica (OCT): Normal. Angiografía: OD se aprecia edema macular zonas de circinada, OI alguna zona de circinada pequeña, resto de retina respetada.

**JUICIO CLÍNICO:** Retinopatía diabética de fondo de ojo no proliferan. Edema Macular diabético.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Oclusión de rama venosa retiniana (ORVCR). Retinopatía Hipertensiva. Síndrome ocular isquémico. Retinopatía por radiación.

**CONCLUSIONES:** Tras realizar pruebas complementarias y exploración Fondo de ojo, se procede con 6 sesiones con Láser de Argón e Intravítreas de Lucentis 3 dosis para edema macular. Apreciando en OD última revisión cicatrices de láser, no se parecía edema, alguna lesión dispersa. OI retinopatía leve moderada sin edema macular alguna lesión en polo posterior pequeña no engrosamiento. **PLAN DE CUIDADOS:** Laser Argón: Se da 6 sesiones de laser Argón: 1º Sesión AAOO: 9 impactos, 100 micras 0.140, Tiempo, 0.1. 2º Sesión: OD, 43 impactos, 100 micras 0.100 Potencia, tiempo 0.100 3ª Sesión: O. D, 40 impactos, 100 micras, potencia 0.160, Tiempo 0.100 4ª Sesión: O. D, 44 impactos, 100 micras, potencia 0.140, Tiempo 0.100 5ª Sesión: O. D, 119 impactos, 100-50 micras, potencia 0.160-200, Tiempo 0.100. 6ª Sesión: O. D, 47 impactos, 100 micras, potencia 0.120, Tiempo 0.100. Inyecciones intravítreas de Lucentis: 3 dosis en O. D. Estricto control de los niveles de glucosa en sangre. Control de la tensión arterial y de los niveles de colesterol en sangre. Revisiones cada 6 meses.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, EDEMA MACULAR, AGUDEZA VISUAL, PRESIÓN INTRAOCULAR.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

JESUS MUÑOZ MARTIN, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, CRISTINA LOPEZ MELERO

**INTRODUCCIÓN:** El desprendimiento de retina es la separación de la retina del epitelio retiniano, si esto no se cuida a tiempo puede provocar el deterioro de la vista e incluso la pérdida de la visión por completo. Al realizar esta intervención el paciente necesitara unos cuidados postoperatorios específicos que el personal de enfermería debe de llevar a cabo.

**OBJETIVOS:** Identificar los principales cuidados al paciente posoperatorio en desprendimiento de retina.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión sistemática por Google Académico en artículos y revistas de enfermería así como en la base de datos de Dialnet, Elsevier, PubMed y CSIC.

**RESULTADOS:** Una vez realizada la intervención quirúrgica, es normal que el enfermo tenga la zona ocular inflamada. Observaremos que el enfermo se va recuperando de la anestesia y se encuentra estable hemodinámicamente. El paciente llevará un apósito en la zona ocular, durante un periodo de 12-24 horas, que no será retirado hasta pasado este tiempo. Una vez pasada la intervención el paciente deberá de mantener reposo, evitando aumentar la presión intracraneal del ojo, evitando la posición vertical.

**CONCLUSIÓN:** El TCAE debe de tener en cuenta: Que el paciente se sienta lo más cómodo posible. Evitar desgarros y complicaciones postquirúrgicas. Las necesidades físicas y las psicológicas del paciente. Administrar el tratamiento farmacológico.

**PALABRAS CLAVE:** POSTOPERATORIO, RETINA, OCULAR, PACIENTE.

## CIRUGÍA DE ENTROPIÓN DE PÁRPADO POR TRACOMA

MANUELA MARIN FUENTES, ANA BELEN SEVILLA COTE, CARMEN MIRIAM REYES ASENCIO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 42 años de edad, con antecedentes patológicos personales y familiares anteriores a el Tracoma, la cual acude a la consulta de Oftalmología por presentar molestia ocular en el ojo izquierdo, dado por enrojecimiento conjuntival localizado en el ángulo interno, lagrimeo, sensación de arena y dificultad para abrir el ojo de varios años de evolución, según refiere perdió la visión del ojo derecho hace mas de 12 años. Se diagnostica por la clínica y el examen físico un entropión secundario a Tracoma.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Agudeza Visual: Ojo derecho: Nulo. Ojo Izquierdo: 0.4. Tensión ocular: Ojo derecho: Hipotonía por tensión digital. Ojo Izquierdo: 18 mmhg. Anexos Oculares: Ojo derecho – Pthisis bulbis. Ojo Izquierdo: Entropión palpebral con triquiasis que ocupa el tercio medio del párpado superior del ojo, engrosamiento conjuntival con vértice corneal grado III.

**JUICIO CLÍNICO:** Entropión del párpado superior con triquiasis del ojo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Entropión espástico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Movimientos Oculares: Ojo derecho: No explorado Ojo Izquierdo: Exotropia.

**CONCLUSIONES:** Teniendo en cuenta los antecedentes patológicos de la paciente de haber padecido Tracoma de varios años de evolución, y por el estado de su salud visual general decidimos realizar tratamiento quirúrgico del ojo Izquierdo como tratamiento definitivo, la técnica quirúrgica empleada fue la rotación tarsal, logrando la eversión del párpado así como la eliminación de la triquiasis presente en la paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encabeza la iniciativa para eliminar el tracoma causante de ceguera para el año 2020 mediante el desarrollo de una estrategia de atención primaria de salud. Desde 1996, la OMS ha establecido la estrategia SAFE un abordaje diagnóstico – terapéutico integral de la enfermedad que se ha convertido en el tratamiento de referencia para combatir el tracoma; la Oncocercosis y la avitaminosis A, como temas prioritarios en la mayoría de los países subdesarrollado, esta estrategia consta de 4 componentes.

**PALABRAS CLAVE:** TRIQUIASIS, TRACOMA, PÁRPADOS, ENTROPIÓN.

## OFTALMOLOGÍA: GLAUCOMA AGUDO EN VARÓN ADULTO

REBECA CAMACHO HERRERO, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ ORTEGA, VANESSA JAEN CAÑETE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 59 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hiperlipemia y EPOC que acude al servicio de urgencias por dolor en ojo izquierdo con lagrimeo y pérdida de visión desde hace unos días.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 145/75 mmHg. Se deriva a la consulta de oftalmología para valoración y seguimiento donde se decide que vuelva al día siguiente para realizar tonometría y campimetría para concluir un diagnóstico certero.

**JUICIO CLÍNICO:** Glaucoma agudo en ojo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se sospecha en un principio de una crisis hipertensiva así como de un cuadro de migrañas, posteriormente con las pruebas oftalmológicas se descarta la uveítis hipertensiva.

**CONCLUSIONES:** Se deriva al alta con tratamiento con Xalatán dos gotas en ojo izquierdo cada 8 horas una semana. Se recomienda no forzar la vista ni realizar actividades que conlleven esfuerzo físico o carga de peso. Acudir a su oftalmólogo para revisión y ajuste del tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, GLAUCOMA, PÉRDIDA DE VISIÓN, OFTALMOLOGÍA, CAMPIMETRÍA, TONOMETRÍA.

## EL EFECTO DE LOS ANTIOXIDANTES EN LAS ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

MÓNICA PARRA JIMÉNEZ

**INTRODUCCIÓN:** Las patologías oculares provocan dificultades en la calidad de vida, entre las que destacan el glaucoma, la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y las cataratas, siendo una meta poder realizar una detección precoz y una educación sanitaria adecuada, en los que se incluyen la alimentación y el ejercicio. Una dieta equilibrada y rica en antioxidantes demuestran una eficacia en las alteraciones patológicas del ojo.

**OBJETIVOS:** Identificar la relación entre las patologías oculares y los antioxidantes como factor de protección.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, filtrando los artículos a español, utilizando como descriptores las palabras clave y escogiendo los más actuales.

**RESULTADOS:** La formación de radicales libres y el estrés oxidativo son factores de riesgo implicados en las patologías oculares, tanto en el glaucoma, la DMAE o las cataratas. Según estudios, en la DMAE los radicales libres atacan a la retina, que en conjunto con otros factores, provocan un estrés oxidativo, dañando al ADN y posteriormente a las células de la retina. También existe documentación para el glaucoma, en el que se recomiendan una dieta rica en frutas y verduras si existe un riesgo elevado para desarrollarlo. Además de la influencia en las enfermedades oftalmológicas, son conocidos los beneficios de los antioxidantes en otras disciplinas sanitarias.

**CONCLUSIÓN:** La suplementación de la dieta con antioxidantes sirve como factor de protección en las enfermedades oculares, aunque los mecanismos de acción todavía no estén del todo claros. Un posible tratamiento para estas patologías será determinar el nivel oxidativo y antioxidante y poder aplicarlo a cada individuo.

**PALABRAS CLAVE:** PATOLOGÍAS OCULARES, ANTIOXIDANTES, FACTOR PROTECTOR, ESTRÉS OXIDATIVO.

## **RETINOPATÍA DIABÉTICA: SÍNTOMAS PRINCIPALES, ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD Y PROCEDIMIENTOS**

MARÍA DOLORES BERRAL SERRANO, LAURA MARÍA BERRAL SERRANO, ANA ISABEL MELERO RIOS

**INTRODUCCIÓN:** La retinopatía diabética, es la enfermedad ocular diabética más común. Ocurre cuando hay cambios en los vasos sanguíneos en la retina, estos vasos pueden hincharse y dejar escapar fluidos, o inclusive taparse completamente. En otros casos, nuevos vasos sanguíneos anormales crecen en la superficie de la retina.

**OBJETIVOS:** Analizar las complicaciones de la retinopatía diabética. Identificar las medidas que se pueden llevar a cabo para evitar las complicaciones de la retinopatía diabética.

**METODOLOGÍA:** Hemos realizado una revisión sistemática, utilizando como fuente de información las siguientes bases de datos: Lilacs, Medline, Cinahl, Scielo. Los descriptores empleados son: retinopatía diabética, diabetes, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica. Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10-ES, la retinopatía diabética viene recogida bajo la clasificación E11.3 (Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones oftálmicas).

**RESULTADOS:** La mayoría de la evidencia científica revisada demuestra que es bastante frecuente la retinopatía diabética en personas con diabetes. Para diagnosticar la enfermedad diabética del ojo se recomiendan un examen ocular integral donde se lleva a cabo unos procedimientos. Los síntomas pueden ser: Visión borrosa o visión doble/ destellos de luz, lo que puede indicar un desprendimiento de la retina/ velo, nube, o rayas de color rojo en el campo visual, o manchas oscuras o flotantes en uno o ambos ojos, lo que puede indicar hemorragia/ puntos ciegos o en blanco en el campo visual.

**CONCLUSIÓN:** El principal problema visual causado por la diabetes es la retinopatía diabética; ésta afección es la causa principal de los nuevos casos de ceguera y baja visión en los adultos de 20 a 65 años de edad. Para diagnosticar la enfermedad, los especialistas recomiendan un examen ocular integral para diabéticos que incluye los siguientes procedimientos: Pruebas de la agudeza visual, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica, prueba de la rejilla de Amsler.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, RETINOPATÍA DIABÉTICA, TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA, ANGIOGRAFÍA.

## QUÉ ES Y CÓMO SE TRATA EL PTERIGIÓN

PATROCINIO LOPEZ RUIZ, NOEMI LOPEZ RUIZ

**INTRODUCCIÓN:** El pterigión consiste en un crecimiento anormal por la inflamación de tejido de la conjuntiva tejido fino y transparente que cubre la superficie externa del ojo, que tiende a dirigirse desde la parte blanca del ojo hacia el tejido de la córnea que puede llegar a cubrir el eje de la visión. Este tejido se inflama por falta de lubricación, por la exposición solar el viento u otros agentes irritantes. Se debe de utilizar lágrimas artificiales, para mantener los ojos húmedos en ambientes secos o polvorientos y ayuda a reducir la inflamación. Usar gafas de sol, las gafas de sol ofrecen la mejor protección contra la luz ultravioleta, el polvo y el viento. Las personas con pterigión deben ser vistas por un oftalmólogo cada 6 meses o el año. Esto permitirá que la afección se trate antes de que afecte la visión.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía acerca de qué es y cómo se trata el pterigión.

**METODOLOGÍA:** Ha sido una revisión bibliográfica en las páginas: admira visión, oftalmología, vista láser.

**RESULTADOS:** Si un pterigión es pequeño, indique el uso de lubricantes o gotas oftálmicas para reducir la inflamación, hinchazón y el enrojecimiento. Puede seguir creciendo y provocar problemas de visión, si los síntomas persisten o empeoran, la visión se hace borrosa o nota que el pterigión crece consulte al oftalmólogo, es posible que necesite otro tipo de medicamento o cirugía.

**CONCLUSIÓN:** Las personas con pterigión deben ser vista por un oftalmólogo.

**PALABRAS CLAVE:** PTERIGIÓN, LUBRICACIÓN, REVISIÓN OFTALMÓLOGO, VISIÓN.

## SÍNDROME VOGT KOYANAGI HARADA EN PACIENTE ADULTA

JUAN MARCOS HERNANDEZ LOPEZ, PATRICIA SÁNCHEZ ALONSO, PEDRO MORALES AMAYA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente asiática de 34 años que acude a urgencias por cefalea y pérdida de visión con dolor ocular repentinos. Paciente no presenta ningún tipo de historia médica y NAMC.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza TAC (que fue normal), exploración neurológica encontrando anomalías solo en la exploración oftalmológica (agudeza visual con movimiento de manos aunque se reporta que ve todo “borroso”). Se realiza exploración oftalmológica interna encontrando vitritis e inflamación de la parte exterior ocular desencadenando desprendimiento de retina exudativo.

**JUICIO CLÍNICO:** Desprendimiento de retina exudativo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Desprendimiento de retina posiblemente debido a KVG.

**PLAN DE CUIDADOS:** Administración de analgesia para disminuir el dolor. Se deriva al paciente al servicio de oftalmología. Mantenimiento óptimo de humedad en ambos ojos, aplicado lágrimas artificiales si precisa. Administración de corticoides vía intravenosa (Prednisolona siguiendo reducción de pauta cada tres días (200mg-160mg-80mg-60mg) pasando posteriormente a prednisolona vía oral con reducción de dosis durante un año). Se realiza apoyo psicológico al paciente/familia proporcionando medidas de adaptación de manera temporal.

**CONCLUSIONES:** El VKH es una anomalía multisistémica e idiopática tratándose de una panuveítis granulomatosa bilateral difusa desencadenante en alteraciones auditivas, oculares, cutáneas y neurológicas asociándose también el factor genético. Es más frecuente en mujeres pigmentadas. El pronóstico es bueno ya que si se detecta en estadios tempranos se puede recuperar el 100% visual siempre y cuando se aplique el tratamiento correcto y en el momento adecuado. Se realizarán revisiones a los tres-seis-nueve y doce meses para ver evolución y adaptar tratamiento a las necesidades.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME VOGT-KOYANAGI-HARADA, KVG, ENFERMERÍA, PROTOCOLO.

## **PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS**

LAURA HEVIA AGUILERA, AROA SESMILO DE PABLO, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

**INTRODUCCIÓN:** El procedimiento de inyección intravítrea es un método de tratamiento muy utilizado en oftalmología para tratar patologías retinianas como son la neovascularización coroidea, la degeneración macular asociada a la edad, la trombosis de vena central o de rama, la retinopatía diabética, el edema macular quístico, el glaucoma neovascular y en algunos casos de uveítis.

**OBJETIVOS:** Determinar los criterios entre los profesionales que intervienen en el proceso de inyección intravítrea.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica: Se analizan 20 artículos de los cuáles se seleccionan 10 según los criterios de inclusión. Criterios de inclusión: documentos escritos en inglés o español, publicados durante los últimos 5 años, que tengan acceso a texto completo y que incluyan información relevante sobre inyecciones intravítreas.

**RESULTADOS:** Se elabora un protocolo de actuación para todo el personal de enfermería para la administración de inyecciones intravítreas. Además de recibir e identificar del paciente y comprobar la existencia o no de alergias medicamentosas. Instilar en el fondo del saco conjuntival la medicación ocular (anestésico, antiséptico y antibiótico) según ordenes médicas. Realizar una segunda limpieza externa con antiséptico con el fin de reducir la flora bacteriana de la superficie ocular y palpebral, preparar de la mesa de instrumental con todo el material preciso y ayudar y colaborar con el médico durante la realización del procedimiento.

**CONCLUSIÓN:** La elaboración de un protocolo de actuación propio en la administración de inyecciones intravítreas nos permite brindar unos cuidados adecuados para este tipo de procedimientos y prevenir así las posibles complicaciones para el paciente. Es necesario recordar que la enfermera también tiene que tener un papel activo tanto en el preoperatorio, recepcionando e informando al paciente así como preparando la sala, como en el postoperatorio, asegurándose de su recuperación y de que haya entendido los cuidados que ha de seguir en su domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** INYECCIONES INTRAVÍTREAS, ENFERMERÍA, PROTOCOLO, PROCEDIMIENTO, OFTALMOLOGÍA.

## LA DETECCIÓN DE LA RETINOPATÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS

MARIA VICTORIA PLAZA DIEZ, JOSEFA MEDINA JIMENEZ, MARÍA CELIA OCÓN OCÓN

**INTRODUCCIÓN:** La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina, éste daño puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía acerca de la detección de la retinopatía en pacientes diabéticos.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Se observa una disminución de la retinopatía diabética, tras haberse informado a los pacientes de sus posibles consecuencias. También mejora el control glucémico y bajan los niveles de hemoglobina glicosilada. En la consulta del endocrino se informa a pacientes diabéticos tipo II de distintas edades y sexos, pasándoles un tríptico informativo y dándoles una pequeña charla, concienciándolos de la importancia de hacerse revisiones oculares y mantener el buen control de la glucemia, También se les informa de sus posibles consecuencias, como la pérdida de la agudeza visual e incluso la ceguera. La retinopatía es una complicación de la diabetes y una de las causas de ceguera, afectando a ambos ojos. La retinopatía no ofrece señales tempranas por lo que no se debe esperar a tener síntomas, sino que se recomienda hacer un examen de la vista completo, como mínimo, por lo menos una vez al año. Tenemos que concienciar a los diabéticos de la importancia que tiene esta prueba.

**CONCLUSIÓN:** El mayor control y educación de los pacientes diabéticos nos permite observar una mejoría en la agudeza visual. También aumenta el número de pacientes tratados y por lo tanto se produce una disminución de la retinopatía.

**PALABRAS CLAVE:** RETINOPATÍA, DIABÉTICOS, CONTROL, EDUCACIÓN.

## EL SÍNDROME DEL OJO SECO: CONOCELO Y ACTUA

ALICIA DEL CARMEN MOLINA ROMERO, DOLORES GRANADO GARCIA, NOELIA ALMAGRO MAZUECOS

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome del ojo seco es el déficit crónico de lubricación y humedad sobre la superficie del ojo. Las causas son: · Fumar. · Uso excesivo del ordenador. · Uso de lentes de contacto · Envejecimiento. · Menopausia · Aire acondicionado · Calefacción · Parpadeo insuficiente · Enfermedades (Artritis reumatoide, diabetes, etc. ) · Medicamentos (Antihistamínicos, antidepresivos, anticonceptivos, etc. ) · Cirugía ocular · Síndrome sjögren (trastorno autoinmunitario que destruye las glándulas lacrimales y salivales)

**OBJETIVOS:** Conocer este tipo de patología, su sintomatología y pautas.

**METODOLOGÍA:** Revisión Bibliográfica en bases de datos y revistas especializadas.

**RESULTADOS:** El síndrome de ojo seco, dependiendo de la causa, no es completamente curable pero la sequedad, la picazón y el ardor pueden ser manejados. Los síntomas del ojo seco: · Sensación de sequedad. · Enrojecimiento. · Picor. · Escozor. · Dolor · Quemazón. · Fotofobia. · Visión borrosa Debido a que es causado por distintos factores, se encuentran variedad de pautas y tratamientos: Tratamientos: · Lagrimas artificiales · Oclusión del punto lagrimal para ayudar a la humedad del ojo. · Medicamentos para disminuir la irritación y la inflamación del ojo. · Medicamentos para tratar enfermedades del parpado (Blefaritis, glándulas de Meibomio, etc. ) · Cirugía para la corrección de la visión · Interrupción o reducción de lentes de contacto. Pautas: · Parpadear frecuentemente. · Dieta rica en Omega3. · Usar lentes de sol para el viento, polvo y sol. · Descansos frecuentes en el uso del ordenador. · Retirar el maquillaje de los ojos completamente. · Lavar los parpados suavemente con

**CONCLUSIÓN:** El SOS es diferente en cada persona por ello es importante conocer los síntomas y asistir a un especialista que evalúe con minuciosidad al paciente y su entorno y así ofrecer un tratamiento personalizado y unas pautas específicas.

**PALABRAS CLAVE:** OJO SECO, SINTOMAS OJO SECO, TRATAMIENTO OJO SECO, CONSEJOS OJO SECO.

## QUERATITIS BILATERAL POR ACANTAMOEBIA Y ORTOQUERATOLOGÍA

ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES BECERRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de una niña de 12 años, en tratamiento ortoqueratológico que acude por molestias y fotofobia de una semana de evolución en ambos ojos. En nuestro servicio es diagnosticada de queratitis por acanthamoeba bilateral.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La agudeza visual inicial era de 0,4 en ojo derecho y 0,7 en ojo izquierdo. El examen biomicroscópico de ambos ojos evidenció hiperemia ciliar, queratitis punteada superficial central, pseudodendritas e infiltrado perineural de disposición radial. Ante la alta sospecha de queratitis por acanthamoeba. Se instauró tratamiento tópico con antibióticos más Propamidina y Clorhexidina y sistémico con Fluconazol oral y se retiraron las LC. La paciente admitió aclarar las lentillas con agua del grifo por indicación de su óptico. Se realizó raspado de la lesión que se remitió para estudio microbiológico junto con las LC. Para el diagnóstico parasitológico se realizaron extensiones y cultivo en agar no nutritivo con Escherichia coli y PCR (reacción en cadena de polimerasa). Ambas positivas para el género Acanthamoeba. La paciente presentó muy buena respuesta al tratamiento desapareciendo progresivamente los infiltrados estromales y la perineuritis a los 6 meses del inicio del cuadro. La agudeza visual final es de 0,9 en ambos ojos.

**JUICIO CLÍNICO:** Queratitis bilateral por acanthamoeba. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Queratitis por herpes simple, primeras fases de las fúngicas o bacterianas, mucho más frecuentes.

**CONCLUSIONES:** La queratitis infecciosa asociada a ortoqueratología es un problema grave. El diagnóstico clínico y microbiológico temprano y el tratamiento intensivo puede mejorar los resultados visuales finales. En caso de usar lentes de contacto ortoqueratológicas, deben seguirse todas las medidas de higiene aconsejadas para cualquier tipo de lentes de contacto.

**PALABRAS CLAVE:** QUERATITIS, BILATERAL, ACANTHAMOEBIA, ORTOQUERATOLOGÍA.

## **RETINOPATÍA PROLIFERATIVA POR ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES**

ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de Camerún de 30 años que acude a la consulta de oftalmología por midesopsias y fotopsias en el ojo izquierdo (OI). En la exploración oftalmológica presentaba una agudeza visual (AV) de 9/10 en ambos ojos, presión intraocular (PIO) de 19 mmHg y segmento anterior normal. Dos semanas después de los síntomas oculares la paciente presentó dolor intenso en extremidad inferior izquierda debido a infarto óseo por oclusión de la microvasculatura ósea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En el fondo del ojo del ojo izquierdo se apreciaban neovasos en forma de abanico. Se realizó un examen hematológico completo que demostró la existencia de hematíes falciformes mediante frotis sanguíneo y electroforesis de la hemoglobina. Resonancia magnética en la que se observa el infarto óseo en el fémur.

**JUICIO CLÍNICO:** Retinopatía proliferativa por anemia de células falciformes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No existe un verdadero diagnóstico diferencial ante una rarefacción capilar periférica asociada a una neovascularización prerretiniana en pacientes de raza negra. El aspecto angiográfico puede confundirse con una Enfermedad de Eales o una arteritis retiniana con dilatación arterial múltiple. La drepanocitosis es igualmente una de las etiologías clásicas de las estrías angioides.

**CONCLUSIONES:** Debido a que las primeras etapas de la afectación ocular de la enfermedad de células falciformes quedan a menudo sin detectar es necesario un examen ocular minucioso. En los pacientes de raza negra, sobre todo, que no estén diagnosticados de anemia de células falciformes y que consulten por retinopatía proliferativa es importante realizar el cribado de hemoglobinopatía drepanocítica. Estos casos nos muestran patologías poco frecuentes en nuestro medio pero que debido a los movimientos migratorios del África subsahariana hemos de tener en cuenta.

**PALABRAS CLAVE:** DREPANOCITOSIS, PROLIFERATIVA, ANEMIA, FALCIFORME, RETINOPATÍA.

## NEUROCIRUGÍA TRAS REVISIÓN OFTALMOLÓGICA CASUAL

INMACULADA CONCEPCION LOPEZ MECA, MARÍA DEL MONTE CARMELO ROJO ARNAO,  
SANDRA MIRABET SEGURA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, que en una revisión oftalmológica rutinaria presenta una asimetría papilar acusada, siendo la de su ojo derecho más pálida, excavada y con anomalías microvasculares asociadas. La paciente no se había percatado de su mala visión en ese ojo. Tras estudio sistémico se diagnosticó un meningioma del quiasma óptico que fue tratado con neurocirugía y radioterapia adyuvante 5 años después por recidiva local.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La agudeza visual era de 0,2 y 1 ,la biomicroscopía y presión intraocular normales, fondo de ojo con papila derecha atrófica y con cortocircuitos optociliares, siendo el resto normal. El Servicio de Neurocirugía completó su estudio con neuroimagen y su tratamiento mediante cirugía.

**JUICIO CLÍNICO:** Dadas las exploraciones interdisciplinarias se diagnosticó de atrofia óptica derecha en banda, debida a causa compresiva (meningioma del quiasma óptico). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las causas más frecuentes de daño del nervio óptico incluyen neuropatías anteriores isquémicas o arteríticas, glaucomatosas, compresivas (como el caso que nos ocupa) ,inflamatorias, tóxicas o nutricionales, traumáticas , desmielinizantes, paraneoplásicas o hereditarias.

**CONCLUSIONES:** La atrofia óptica puede ser primaria o secundaria si es precedida por una tumefacción de la cabeza del nervio óptico de larga duración. La asimetría papilar acusada puede ser un signo de patología propiamente ocular o bien sistémica de tipo vascular, cerebral, etc, que debe ser tenida en cuenta y estudiada a fondo pues las causas subyacentes suelen ser graves y potencialmente tratables.

**PALABRAS CLAVE:** ASIMETRÍA PAPILAR, MENINGIOMA DEL QUIASMA ÓPTICO, DAÑO DEL NERVIÓ ÓPTICO, NEUROIMAGEN, CORTOCIRCUITOS OPTOCILIARES, NEUROCIRUGÍA.

## **DESCRIPTION OF THE USE OF RANIBIZUMAB AND AFLIBERCEPT TO TREAT AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION**

MARIA ISABEL SIERRA TORRES, ANA BELÉN MORILLO MORA, VIRGINIA GONZÁLEZ ROSA

**INTRODUCCIÓN:** Age-related macular degeneration (AMD) is a disease that blurs the sharp, central vision you need for "straight-ahead" activities, but causes no pain as an alarm sign. It can not be cured.

**OBJETIVOS:** To describe the use of aflibercept and ranibizumab in patients with AMD.

**METODOLOGÍA:** Retrospective, descriptive study conducted in October 2017 which includes all patients with AMD treated with aflibercept and/or ranibizumab between January 2014-September 2017 in a second level hospital. Variables were: age, sex, type of AMD, eye treated, number of injections, beginning date and drug used.

**RESULTADOS:** 82 Patients were included (65.9% Women, 79.3 (62-96) Years. 49 Patients had wet AMD (19 right eye, 17 left, 11 both and 2 not specified), 3 dry AMD ( 2 right eye and 1 not specified), 1 hemorrhagic AMD (both eyes) and 29 did not include the specific diagnosis (10 left eye, 9 right, 6 both and 4 not specified). The mean number of injections per eye and patient was 5 (1-12). 65 Patients (79.2%) Used ranibizumab as first line of treatment while 17 used aflibercept. 29 (44.6%) Who had started with ranibizumab switch to aflibercept because the treatment failed, specifically in 16 patients with wet AMD, 1 dry AMD and 12 not specified.

**CONCLUSIÓN:** It seems that aflibercept causes less failures of treatment as none failure has been reported while 44.6% With ranibizumab had to switch their initial treatment. Both drugs are used mainly to treat wet AMD, although in some cases they are also used in dry AMD, which has not been approved yet. Further studies should be conducted to approve new indications of treatment for these drugs.

**PALABRAS CLAVE:** AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, MACULAR DEGENERATION, EVALUATION.

## **ATROFIA ÓPTICA BILATERAL SECUNDARIA A NEUROPATÍA ÓPTICA POR SARCOIDOSIS**

ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de una paciente de 54 años, sin clínica sistémica evidente, que debutó en 2008 con disminución de la agudeza visual (AV) unilateral e indolora en OD en el fondo ojo imagen de papiledema.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Fue derivada a neurología y se diagnosticó de neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) debido a las pruebas complementarias sin alteración y a la no respuesta a corticoides, evolucionando a atrofia óptica de OD. Al año presenta afectación OI de manera similar al OD y a la nueva realización de pruebas complementarias se diagnostica de Sarcoidosis. En la actualidad la paciente presenta una atrofia óptica bilateral con una AV de movimientos de manos debido a la evolución desfavorable aun con tratamiento. RMN: sin hallazgos de interés. PEV, LCR: normales. Estudio enfermedad de Leber: negativo. Analítica de sangre completa: normal. Tras presentar cuadro de afectación de ojo izquierdo se repitió analítica con resultado de aumento de ECA :62.6. Por ellos solicitamos TAC Tórax: con resultados de adenopatías pretraqueales y precarínicas de hasta 21 mm. Granulomas esplénicos calcificados. Se sospecha de Sarcoidosis y se solicita biopsia con mediastinoscopia. Biopsias: ganglios linfáticos con granulomas tipo sarcoideo y se diagnostico de: Atrofia óptica bilateral secundaria a neuropatía óptica por sarcoidosis.

**JUICIO CLÍNICO:** Atrofia óptica bilateral secundaria a neuropatía óptica por sarcoidosis.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neuropatía óptico-isquémica anterior no arterítica.

**CONCLUSIONES:** La neurosarcoidosis es una complicación fácilmente reconocible de la sarcoidosis sistémica, pero es difícil su diagnóstico si no hay evidencia clara de manifestaciones extracerebrales de la enfermedad como ocurría en nuestra paciente. El papiledema es la forma de afectación más frecuente del nervio óptico. Esto puede evolucionar a atrofia óptica por la compresión del tejido vascular y nervioso impidiendo el flujo axoplásmico del nervio óptico por granulomas que lo infiltran, o por una afectación intracraneal difusa con o sin aumento de la presión intracraneal.

**PALABRAS CLAVE:** SARCOIDOSIS, ATROFIA ÓPTICA, NEUROPATÍA, EDEMA DE PAPILA.

## **OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE**

ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 36 años, con HTA, que acude a urgencias con crisis hipertensiva sistémica y pérdida súbita e indolora de la visión de 2 horas de evolución en ojo izquierdo (OI).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración de OI presenta defecto pupilar aferente (DPAR) y AV de percepción de luz. En el fondo de ojo se visualiza palidez retiniana y macha rojo cereza macular. Tras diagnóstico de OACR se realiza tratamiento con masaje ocular y posteriormente manitol 20% intravenoso junto con dinitrato de isosorbide y acetazolamida 500 mg oral mejorando la AV a movimientos de manos a 1 metro. Tras dos meses de evolución la paciente presentó AV de unidad.

**JUICIO CLÍNICO:** Obstrucción de arteria central de la retina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neuropatía óptica, esfingolipidosis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Control de factores de riesgo cardiovasculares: glucemia, tensión arterial, colesterol, etc.

**CONCLUSIONES:** A pesar de que el pronóstico de una OACR es desfavorable en el 62.5-66 % De casos; se ha comprobado que en aquellos con menos de 48 horas de evolución se debe hacer un tratamiento agresivo (masaje ocular y tratamiento hipotensor sistémico) para restablecer la circulación retiniana antes del desarrollo de isquemia mejorándose así dicho pronóstico visual.

**PALABRAS CLAVE:** ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA, TROMBOSIS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, MANCHA ROJO CEREZA, PÉRDIDA VISUAL BRUSCA.

## TOXOPLASMOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 15 años, Brasileña, que nos derivan a la Unidad de Uveítis por visión borrosa desde hace 2 meses en ojo izquierdo (OI) con sospecha diagnóstica de Panuveítis de OI.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración se observa agudeza visual (AV) OD: 1 OI: 0.175; Biomicroscopia (BMC) OD: polo anterior normal y OI: tyndall inflamatorio ++, precipitados queráticos finos, opacidad subcapsular posterior; presión intraocular (PIO) ambos ojos (AO): 16 mmHg; defecto pupilar aferente relativo (DPAR) OI y fondo de ojo (FO) OD: polo posterior normal y OI: vitritis ++ con un foco peripapilar y estrella macular (neuroretinitis). Es visto por el médico internista de la unidad, cursando analítica completa con serología y autoinmunidad y se inicio tratamiento para Toxoplasmosis por nuestra sospecha diagnóstica. El resultado de la analítica confirmó el diagnóstico con resultado positivo la Ig G de Toxoplasma junto con lesión en el fondo de ojo compatible resto de la analítica normal. Se continuó con el tratamiento con una evolución favorable del cuadro dejando lesiones residuales y distorsión retiniana en la zona de actividad.

**JUICIO CLÍNICO:** Panuveítis por toxoplasma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Uveítis por toxocara, herpes, citomegalovirus.

**PLAN DE CUIDADOS:** Pirimetamina, Sulfadiacina, Prednisona y ácido fólico.

**CONCLUSIONES:** La toxoplasmosis ocular adquirida es actualmente una de las causas más importantes de la toxoplasmosis ocular en comparación con infección congénita, por ello la prevención debe estar dirigida no sólo hacia las mujeres embarazadas, sino hacia la población en general. Y aún más en zonas como América del Sur, América Central y el Caribe y partes de África tropical donde su incidencias es mayor y con genotipos más virulentos.

**PALABRAS CLAVE:** UVEITIS, TOXOPLASMA, PANUVEITIS, INFECCIÓN.

## SECUELAS OFTÁLMICA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN

ANA MORALES BECERRA, JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 38 años con antecedentes de Esclerosis Múltiple, en tratamiento con Interferón beta1-a desde hacía 4 meses, que consulta por escotoma central en ojo derecho (OD).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración presenta agudeza visual (AV) en OD 0.8 Y ojo izquierdo (OI) 1, polo anterior normal, fondo de ojo (FO) OD exudados algodonosos perimaculares nasal superior y sospecha de membrana neovascular (MNV) yuxtafoveolar, OI polo posterior normal. Se realizo: angiografía fluoresceínica (AFG) OD: exudado algodonoso (pequeño infarto en la capa de fibras nerviosas) en región perimacular nasal superior, se descarta MNV, OI: sin hallazgos significativos; tomografía óptica de coherencia macular (OCT): congruente con los hallazgos de AFG y OCT espesor de fibras nerviosas (EFN): no hallazgos a destacar; campo visual: OD escotoma central OI: normal. Diagnosticamos de retinopatía por interferón y se realiza la modificación del tratamiento a corticoides sistémico en espera de iniciar Natalizumab. La paciente presento mejoría tras el cambio del tratamiento con desaparición del escotoma. Durante las sucesivas citas cursó con nuevo brote de esclerosis múltiple con cuadro de hemianopsia homónima derecha que se le resolvió con tratamiento corticoideo. Actualmente en tratamiento con Natalizumab, sin síntomas, con exploración oftalmológica normal, exceptuando posible pérdida de EFN en OI secundarios a los brotes de su enfermedad.

**JUICIO CLÍNICO:** Retinopatía por interferon. **CONCLUSIONES:** La retinopatía secundaria a interferón se trata de una complicación frecuente, aunque suele ser leve y desaparece al suspender el tratamiento o incluso si se mantiene. Se atribuye a depósito de inmunocomplejos y activación del complemento en la vasculatura retiniana. Dada la alta incidencia de retinopatía en enfermos sometidos a tratamiento con interferón y la relación directa con la dosis y duración del tratamiento, es recomendable realizar un seguimiento periódico de estos pacientes así como un examen previo con el fin de descartar otras retinopatías que podrían verse agravadas.

**PALABRAS CLAVE:** TOXICIDAD OFTALMOLÓGICA, ESCOTOMA VISUAL, RETINOPATÍA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

## ESTANDARIZACIÓN DE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA INYECCIÓN INTRAVÍTREA AMBULATORIA

ELENA FERNANDEZ ALVAREZ, PATRICIA ABOLLO ROLDAN, INES ALCON ALFARO, NURIA PAREJA MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** Existen diversas enfermedades que afectan a la retina, y principalmente a la mácula como son la Degeneración Macular asociada a la Edad (DEMAE), Retinopatía Diabética o aquellos que han sufrido trombosis ocular. Se distinguen dos tipos, la seca y la húmeda, siendo ésta última muy agresiva y de rápida evolución resultando en una cicatriz irreparable en la zona que conocemos como mácula. Hoy en día sigue siendo objeto de estudio debido al incremento de la incidencia en la población (debido al envejecimiento de la población) y a la no existencia de un tratamiento definitivo. La manera más rápida y eficaz de actuar son las inyecciones intravítreas (IVT) para la administración de agentes antiangiogénicos.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para mejorar la capacidad para la realización del tratamiento intravítreo con la realización de dichas inyecciones por el personal de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de estudios prospectivos realizados en hospitales de Inglaterra. Tras la aprobación adecuada por parte de la institución, enfermeras especializadas en Oftalmología experimentadas (especialidad reconocida en UK) fueron entrenadas, supervisadas y evaluadas para adquirir la competencia para llevar a cabo las inyecciones.

**RESULTADOS:** Las enfermeras llevaron a cabo 3355 inyecciones intravítreas entre junio 2012 y noviembre 2013, con menores eventos adverso (0.3% De hemorragias subconjuntivales y abrasión corneal). La falta de oftalmólogos para la realización de la terapia intravítreas supone un riesgo adicional para la seguridad del paciente. De esta manera, las clínicas locales carecían de capacidad para abastecer al número creciente de pacientes que precisan de IVT, siendo el inicio temprano del tratamiento crítico para evitar la pérdida de visión.

**CONCLUSIÓN:** La adecuada formación de personal sanitario no médico resulta beneficioso mejorando la eficiencia sobre todo en un servicio sobrecargado con una enfermedad en la que el tiempo es decisivo.

**PALABRAS CLAVE:** RETINA, DEGENERACIÓN MACULAR, RETINOPATÍA DIABÉTICA, INYECCIÓN INTRAVÍTREA.

## CÓMO DETECTAR UN POSIBLE GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO

NOELIA ALMAGRO MAZUECOS, DOLORES GRANADO GARCIA, ALICIA DEL CARMEN MOLINA ROMERO

**INTRODUCCIÓN:** El glaucoma es una enfermedad que daña el nervio óptico del ojo, se produce cuando se acumula fluido en la parte delantera del ojo y el exceso de éste aumenta la presión en el ojo y daña el nervio óptico. Algunas personas no muestran señales de daño pero tienen una tensión ocular más alta de lo normal. Estos pacientes se consideran "sospechosos de glaucoma" y tienen un mayor riesgo de desarrollo. Mayores de 40 años con glaucoma tienen presión ocular alta sufrieron una lesión en el ojo. Tienen córneas delgadas en el centro. Sufren de estrechamiento del nervio óptico. Tienen, mala circulación, diabetes, migrañas. Tienen miopía o hipermetropía.

**OBJETIVOS:** Determinar una posible enfermedad del nervio óptico, dando a conocer sus signos y posibles síntomas.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores citados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Este tipo de glaucoma se produce cuando el iris está muy cerca del ángulo de drenaje en el ojo. El iris puede bloquear el ángulo de drenaje. Cuando el ángulo de drenaje queda bloqueado completamente, la presión ocular aumenta muy rápidamente. Esto se llama ataque agudo. El glaucoma de ángulo cerrado puede causar ceguera si no se le trata de inmediato. Síntomas: Enrojecimiento del ojo. Disminución de la visión o visión borrosa. Visión de arco iris o halos de luz. Dolor de cabeza. Náuseas. Vómitos. Dolor severo en el ojo o la frente. El glaucoma es la causa principal de ceguera en personas mayores de 60 años. La ceguera debida al glaucoma puede prevenirse si se trata de forma precoz.

**CONCLUSIÓN:** Conociendo las posibles causas y efectos adversos del glaucoma se podría detectar a tiempo, antes de que llegue a causar daños irreversibles.

**PALABRAS CLAVE:** GLAUCOMA, HIPERTENSIÓN OCULAR, NERVIÓ ÓPTICO, CEGUERA.

## **CUIDADOS AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE CATARATA BILATERAL**

SARA ORTIZ FERNANDEZ, ANDREA TABASCO ANGUITA, JUAN MANUEL RODRIGUEZ GOMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 63 años acude a su médico por referir pérdida de visión desde hace 4 meses. Actualmente le es muy difícil ver durante la noche y en ocasiones “ve doble”. Antecedentes personales: obesidad, HTA y diabetes. Alergia a ácido acetilsalicílico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 133/74 mmHG. Temp 36°C. FC 75 ppm. Se le administran gotas para dilatar pupilas y se realiza una exploración del fondo de ojo.

**JUICIO CLÍNICO:** Catarata bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se puede confundir con un desprendimiento de retina o coroides. Pero en el caso de las cataratas es un proceso degenerativo, no es una urgencia. Se confirma el diagnóstico con la exploración de fondo de ojo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza una valoración inicial mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se usa la taxonomía NANDA, NOC y NIC para realizar el plan de cuidados. NANDA 00038 Riesgo de traumatismo. NOC 1902 Control del riesgo. 1912 Caídas. NIC 6486. Manejo ambiental: seguridad. 6490. Prevención de caídas. NANDA 00148 Temor. NOC 1402. Autocontrol de la ansiedad. NIC 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Tras confirmar el diagnóstico se inicia el protocolo para el tratamiento quirúrgico de las cataratas, ya que es la única solución a este problema.

**CONCLUSIONES:** Las cataratas constituyen un importante problema de salud pública al relacionarse con la edad. La catarata consiste en una opacificación del cristalino, que normalmente es clara y transparente. No es un tumor ni una formación de piel o de tejidos nuevos sobre el ojo, sino que la lente misma se nubla. Tampoco es propiamente una enfermedad, sino más bien envejecimiento ocular. La importancia de la aplicación del proceso de atención de enfermería es llevar al usuario con problemas a un nivel de bienestar y satisfacción óptima de salud mediante la ejecución la evaluación de los objetivos planteados. Las cataratas constituyen un importante problema de salud pública al relacionarse con la edad.

**PALABRAS CLAVE:** CATARATA, BILATERAL, PLAN DE CUIDADOS, NANDA, NOC, NIC.

## **EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DESINFECCIÓN QUIRÚRGICA**

ALEXIA GIJON JIMENEZ, BLANCA ITURBE GONZÁLEZ, MARÍA DE LUCAS LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** La enfermería es muy importante en la prevención de las infecciones y debe conocer el tratamiento de cada material, controlar y validar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización garantizando de esta forma la calidad del proceso.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para: Distinguir esterilización y limpieza ya que la esterilización no sustituye a la limpieza. Comprobar la efectividad del resultado, validación, verificación y control de rutina en todas las etapas del proceso. Disponer de controles previos que aseguren que el objeto envuelto aún está estéril en el momento de su uso.

**METODOLOGÍA:** A través de la revisión bibliográfica usando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Proporciona mejora en calidad de los cuidados enfermeros y en el control de esterilización y desinfección de los materiales y de la zona a tratar.

**CONCLUSIÓN:** El riesgo de contagio de enfermedades y de infección debe mantenerse lo más bajo posible por lo que la limpieza y esterilización son métodos básicos e imprescindibles para cualquier quirófano y es papel básico del personal de enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** DESINFECCIÓN, CIRUGÍA, ENFERMERÍA, ESTERILIZACIÓN.

## ESCLERITIS POSTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 40 años, sin antecedentes de interés que cursa con ojo derecho rojo, dolor y pérdida de visión de 2 semanas de evolución, sin mejoría tras tratamiento tópico indicado por su médico de atención primaria.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La agudeza visual en el ojo derecho con su corrección era de 0,3 mientras que en el ojo izquierdo era de unidad. La motilidad ocular extrínseca e intrínseca está conservada, con empeoramiento del dolor ocular derecho a la movilización del mismo. La exploración en lámpara de hendidura en el ojo derecho encontramos quemosis moderada con hiperemia escleral severa, sin signos inflamatorios en la cámara anterior, siendo la exploración del ojo izquierdo normal. La tonometría Goldman por aplanación era de 15 mmhg en ambos ojos. El estudio fundoscópico en el ojo derecho presentaba pliegues retinocoroideos peripapilares y maculares, con desprendimiento seroso peripapilar. Ojo contralateral completamente normal. La ecografía modo B muestra fluido adyacente a la esclera a nivel posterior del globo.

**JUICIO CLÍNICO:** El juicio diagnóstico es de una Escleritis Posterior y Anterior Difusa concomitantes por lo que se comienza tratamiento con prednisona oral a razón de 60 mg/día y tratamiento tópico con corticoesteroides, antiinflamatorio no esteroideo, y midriático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico diferencial con maculopatía Hipotónica. Ante un desprendimiento seroso retiniano bilateral en un paciente joven siempre se debe plantear el diagnóstico diferencial entre un Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada y una Escleritis Posterior.

**PLAN DE CUIDADOS:** El paciente tuvo un seguimiento durante varios meses mediante agudeza visual, motilidad ocular, síntomas subjetivos de dolor ocular o a la movilización ocular, biomicroscopía, fundoscopia, OCT seriada macular y disco óptico, Ecografía B.

**CONCLUSIONES:** La Escleritis posterior es potencialmente grave. Importancia del tratamiento temprano. Sospecha por signos y síntomas típicos aunque el 9% de pacientes se presentan asintomáticos Rápida respuesta a tratamiento en fases iniciales Recordar que el ECO B es fundamental en el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** DESPRENDIMIENTO SEROSO PAPILAR, SIGNO DE LA T, VASCULITIS, ESCLERITIS NECROTIZANTE.

## SÍNDROME DE MORNING GLORY: A PROPÓSITO DE UN CASO

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ANA MORALES BECERRA, ARACELI ALCAINE SOLER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** El síndrome de Morning Glory es una alteración congénita del nervio óptico muy infrecuente y de predominio unilateral que se caracteriza por un disco óptico de tamaño incrementado, una gran excavación, una disposición radial de los vasos a su salida del disco y frecuentemente la presencia de restos de tejido glial prepapilares.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Trata de una niña de 9 años de centro-américa residente en España. Acude a consulta por endotropía en OI. Agudeza visual de 0,1 en OI y de 1.00 En ojo contralateral. Las vergencias normales, los reflejos pupilares normales, existe una endotropía de 30 DP y un astigmatismo miópico compuesto moderado en su ojo izquierdo. La exploración del fondo ocular revela un disco grande, con disposición de vasos radiales, y una gran excavación. Mácula y periferia sin patología relevante.

**JUICIO CLÍNICO:** Dada la primera exploración oftalmología nos encontramos con una endotropía secundaria a mala agudeza visual en paciente con anomalía congénita Morning Glory del disco óptico del ojo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hay que saber diferenciarla del resto de anomalías ópticas congénitas como: aplasia/hipoplasia del nervio; coloboma, estafiloma, disco oblicuo, foseta óptica, pseudopapiledema, vaina de mielina.

**PLAN DE CUIDADOS:** Fue seguida durante unos meses recibiendo tratamiento compensatorio para remontar la ambliopía su agudeza mediante oclusiones. Dado su relación con otras anomalías oculares, SNC, vasculares a nivel cerebral... Se realizó despistaje mediante RMN y AngioRMN a nuestra paciente.

**CONCLUSIONES:** Es una anomalía poco frecuente, con mayor incidencia en las niñas versus niños, cuyo diagnóstico puede sospecharse o confundirse por la existencia de ambliopía, estrabismo, nistagmus o leucocoria. Tener en cuenta su relación con otras malformaciones a nivel ocular como a nivel SNC. Uso de métodos de imagen (RMN) para descartar dichas anomalías en la línea media.

**PALABRAS CLAVE:** DISCO ÓPTICO, COLOBOMA, EXCAVACIÓN PAPILAR, DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL.

## **RETINITIS PIGMENTARIA ATÍPICA SECTORIAL HEREDARIA DE FORMA AUTOSÓMICA DOMINANTE**

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES BECERRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La retinitis o retinosis pigmentosa (RP) comprende un grupo diverso de distrofias retinianas difusas que afectan a las células fotorreceptoras. La triada clínica clásica de la RP es: atenuación arteriolar, pigmentación retiniana en espículas óseas y palidez cérea de la papila.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mujer de 52 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas por crisis de retraso de adaptación a la luz junto con fotopsias nocturnas. La AV 1.00, MOE y reflejos normales, polo anterior normal y un fondo ocular con papila pálida con atrofia peripapilar, ligera atenuación vascular y atrofia marcada en hemirretina inferior, asociado a alteraciones pigmentarias en forma de espículas óseas y sin hallazgos en la periferia. Se realiza capó visual presentando escotomas arciformes superiores. La OCT y retinosquiasis nos orientan al diagnóstico de retinosquiasis pigmentosa atípica (sectorial, bilateral y simétrica).

**JUICIO CLÍNICO:** Dada las pruebas complementarias como el CV, la OCT y el electroretinograma, el juicio clínico era el de retinitis pigmentaria atípica. Finalmente el informe genético nos confirma el diagnóstico de retinitis pigmentosa dominante al detectarse la presencia de una mutación en heterocigosis.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enfermedad de Best Intoxicación por cloroquina DMAE seca Corioretinopatía Oftalmoplejia externa progresiva Retinosquiasis juvenil Neuroretinitis difusa.

**CONCLUSIONES:** La RP puede presentarse como una enfermedad esporádica aislada o hereditaria. Por ello los criterios diagnósticos son: afectación bilateral, pérdida de visión periférica y pérdida progresiva de la función de los fotorreceptores, principalmente de los bastones. Pero aun así, en este tipo de pacientes siempre hay que pedir un estudio genético debido al riesgo de transmisión a la descendencia, y hay que tener en cuenta las formas atípicas como en nuestro caso, una causa con RP sectorial.

**PALABRAS CLAVE:** ATROFIA PERIPAPILAR, ESPÍCULAS OSEAS, ESCOTOMAS ARCIFORMES, FOTORECEPTORES.

## ESTUDIO SOBRE LAS ÚLCERAS CORNEALES

CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, JAVIER GILI ZAKI, SILVIA TORRES GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE, PATRICIA ESCALONA CONTRERAS

**INTRODUCCIÓN:** Las úlceras corneales, erosión o perforación de la capa externa de la cornea, producida por bacterias, hongos y virus. Podemos encontrar la queratitis por Acanthamoeba por el uso de lentes de contacto, queratitis micótica por lesiones corneales anteriores y queratitis por herpes por infecciones víricas. Además hay otras causas como sequedad, cuerpos extraños, enfermedades oculares.

**OBJETIVOS:** Conocer el concepto de úlcera corneal. Conocer métodos para disminuir sintomatología y medidas farmacológicas.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Una buena higiene de manos sobretodo a la hora de manipular lentes de contacto, evitar lentes de contacto por la noche, usar lágrimas artificiales o pomadas lubricantes para el ojo. Mantener un reposo ocular y cierre del mismo para evitar sequedad. La infección dependerá de la causa. Se usaran gotas oftálmicas con antibióticos como ciprofloxacino, gentamicina, Tobramicina, vancomicina, dependiendo de si la úlcera ha sido causada por bacterias, hongos o virus. También se puede administrar gotas con corticosteroides para reducir la inflamación palpebral y el enrojecimiento ocular. Según el inicio del tratamiento durará de una a dos semanas. Si seguimos el tratamiento disminuirá el enrojecimiento, las secreciones, la sensación de cuerpo extraño, el edema palpebral y la sensibilidad a la luz. En caso de que la úlcera no se trate o se haga demasiado tarde pueden llevar a la pérdida considerable de visión incluso a una ceguera irreversible.

**CONCLUSIÓN:** Las úlceras corneales son fáciles de curar pero si se tratan o se tarda pueden derivar a un problema grave que afecte a la visión. Hay un sector de la población con más probabilidad de que aparezcan estas úlceras como son las personas que usan lentes de contacto, por esto deberían ser informadas de sus manifestaciones. No maquillarse los ojos, usar gafas solares y parches para protegerse de la luz, no utilizar lentes de contacto y tomar analgésicos para el dolor.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, HIGIENE DE MANOS, REPOSO, TRATAMIENTO, ÚLCERAS.

## REVISIÓN DE PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA

SERGIO MEDINA ORTIZ, REMEDIOS MEDINA GARCÍA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 60 años que acude a consultas externas intervenido de desprendimiento de retina en 2015, teniendo que ser reintervenido en 2016. Tras sus revisiones periódicas y respectivos controles es operado del vítreo en 2017.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Agudeza visual OD (sin corrección): percibe luz OI (sin corrección): Fondo de ojo OD: retina aplicada 360°. Retinotomía inferior OI: papila de buena coloración y límites definidos. Mácula con buen reflejo. Periferia normal. Biomicroscopia OD: no tyndall, hiperemia, menisco de silicona nasal. Cámara bien formada OI: hiperemia conjuntival. Polo anterior normal. Tensión ocular OD: 6 OI: 14.

**JUICIO CLÍNICO:** Desprendimiento de Vítreo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Desprendimiento de retina.

**PLAN DE CUIDADOS:** Hay que explicarles que ante la aparición de signos en el campo visual periférico tales como sombras, cortinas, moscas (miodesopsias) , deben acudir rápidamente al oftalmólogo. El tratamiento será preventivo e irá enfocado a evitar la aparición de un nuevo desprendimiento en el ojo sano, para lo cual se realizarán controles periódicos al paciente, mediante la realización de ecografías y OCT.

**CONCLUSIONES:** El desprendimiento de retina se considera una emergencia oftalmológica, por ello es importante aprender a reconocer sus síntomas y en qué casos se presenta para acudir a un oftalmólogo lo antes posible. En la mayoría de los casos los síntomas no indican ningún problema serio, pero si se produce una aparición brusca y repentina de puntos negros y/o de los flashes de luz, puede indicar una hemorragia de vítreo con desgarro de retina. El examen oftálmico debe realizarse tan pronto como se presenten los primeros síntomas porque un desprendimiento de retina reciente puede ser tratado mediante una cirugía antes que se produzca una situación más severa e irreversible.

**PALABRAS CLAVE:** RETINA, VÍTREO, DESPRENDIMIENTO, DESGARRO.

## CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL EN EL EMBARAZO

JULIÁN BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, ARACELI ALCAINE SOLER, ANA MORALES BECERRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Nuestro caso se ajusta a las descripciones de otros casos similares de corioretinopatía central serosa (ccs) en embarazadas que debutan en el tercer trimestre y con resolución al final del primer trimestre post-parto. Se presenta el caso de una gestante CCS con las principales manifestaciones clínicas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Trata de una mujer de raza blanca de 27 años de edad, en su tercer trimestre de gestación y sin antecedentes previos ni ginecológicos de interés que acude a urgencias por presentar visión borrosa y metamorfopsias en su ojo izquierdo de 1 semana de evolución. La AV era de 0,5 en el ojo afecto y de 1 en su ojo contralateral. La exploración del polo anterior y la tonometría eran normales. En el fondo ocular se apreciaba un desprendimiento seroso ovalado de 1 diámetro papilar afectando de lleno a la mácula. En el seno de éste se apreciaba una mancha blanca-amarillenta que correspondía a un exudado fibrinoso subretiniano. El fondo de ojo izquierdo era normal. El diagnóstico fue corroborado mediante OCT (tomografía de coherencia óptica).

**JUICIO CLÍNICO:** Ante el antecedente de mujer, joven y gestante en el tercer trimestre con una imagen funduscópica clara se llegó al diagnóstico de CCS. Aunque no parece que la realización de angiografía tenga efectos nocivos para el feto, normalmente no se realiza por la evolución benigna del cuadro. **PLAN DE CUIDADOS:** La actitud debe ser expectante, dada la evolución benigna del cuadro, con seguimientos periódicos hasta constatar la recuperación visual completa. Debemos descartar siempre la preeclampsia como causa del desprendimiento de retina

**CONCLUSIONES:** La patogénesis de la CCS durante la gestación se desconoce. Los cambios hemodinámicos y hormonales, y la hipercoagulabilidad que conlleva el embarazo pueden estar implicados. Es probable que el stress que supone el embarazo, en mujeres predispuestas, lleve al desarrollo de la CCS.

**PALABRAS CLAVE:** CORIORETINOPATÍA, CENTRAL SEROSA CORIORETINOPATIA, EMBARAZO, MANIFESTACIONES OCULARES, TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA.

## CONTACT LENS COMPLICATIONS: MICROBIAL KERATITIS AND TREATMENT

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO MANUEL SOLER GARCIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** It is one of the most serious potential complications from contact lens wearing. The incidence is low but contact lens wear is the primary risk factor for developing microbial keratitis, and risk varies based on the type of lens and the wearing schedule. Etiology: Pseudomonas Aeruginosa is the most common pathogen, also Staphylococcus, Streptococcus and Serratia are common microorganisms found in these patients. Another pathogen that is closely related to the use of contact lenses is Acanthamoeba. **CASE REPORT WE REPORT TWO CASES:** CASE 1: 35 YEARS-OLD-WOMAN presented with an ulcer in the left eye after swimming wearing her contact lenses. CASE 2: 44 YEARS-OLD-WOMAN presented with an ulcer in the right eye after taking a shower wearing her contact lenses and extreme pain.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** The ulcer was located at the inferotemporal cornea involving the visual axis, and vision at presentation was 20/100. Corneal scrape culture was positive for P. Aeruginosa, highly sensitive to antibiotics including ciprofloxacin and tobramycin. CASE 2. The ulcer was located at the visual axis, and vision at presentation was 20/200.

**JUICIO CLÍNICO:** Microbial keratitis for p. Aureginosa CASO 2. Microbial keratitis for Acanthamoeba.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Microbial keratitis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Topical vancomycin, cefatzidime and tobramycin alternating every 1 hour. CASO 2. Clinical diagnosis of acanthamoeba lead to a treatment with an eye drop solution of biguanide (0.02% Clorhexidine) and diamidine (isetionato de propamidina al 0,1%).

**CONCLUSIONES:** Microbial keratitis is a serious type of eye infection in contact lens wearers, which can lead to blindness or the need for corneal transplant in the most severe cases. Ophthalmological examination is required in these cases.

**PALABRAS CLAVE:** CONTACT LENS, MICROBIAL KERATITIS, ACANTHAMOEBA, OPHTHALMOLOGY.

## **CORNEAL NEOVASCULARIZATION: COMBINED TREATMENT MAY LEAD TO RESOLUTION. CASE REPORT**

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO MANUEL SOLER GARCIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** **INTRODUCTION** The cornea in its native state is completely devoid of vascular components thereby retaining immunoprivilege. In the event of infectious keratitis, the resulting immune response and new vessel formation can help to eradicate the invading organism but can cause stromal necrosis, thinning, and scarring that impair vision. Additionally, irregular astigmatism, edema, haze, and lipid deposition can also occur. Despite elimination of the inciting cause, corneal neovascularization (CV) may often persist. CV greatly elevates the risk of graft rejection and, ultimately, failure in patients undergoing corneal transplants. Blood vessels at the graft junction provide easy access to donor antigens for host immune effector lymphocytes. The subsequent immune response can trigger inflammation and angiogenesis in the donor cornea. The frequency of rejection was shown to increase with the number of quadrants of corneal NV present as well as with the number of blood vessels present at the graft junction No treatment modality has been reported to be completely effective in eradicating blood vessels from the cornea and often, repeated treatments are required **CASE:** 36 YEARS-OLD-WOMAN with loss vision in her left eye since two months ago.

**PLAN DE CUIDADOS:** A single treatment combining argon laser photocoagulation (ALP), fine needle diathermy (FND) with intrastromal and subconjunctival bevacizumab injection was performed Topical corticosteroids were used postoperatory achieving a long term resolution and an improve of the corneal leukoma.

**CONCLUSIONES:** We find that combined corneal FND, ALP with adjuvant intrastromal and subconjunctival bevacizumab injection is an effective method to treat corneal vascularization.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Visual acute: 0.2 BMC Left eye: an ulcer, two months after acute treatment a large leukoma involving the visual axis persisted and CV developed.

**JUICIO CLÍNICO:** Corneal Neovascularization. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inflammatory process in the cornea.

**PALABRAS CLAVE:** BEVACIZUMAB, CORNEAL NEOVASCULARIZATION, CORNEAL LEUKOMA, CORNEAL ULCER.

## VISUAL SNOW SYNDROME: A CASE REPORT

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO MANUEL SOLER GARCIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Patients with 'visual snow' report continuous tiny dots in the entire visual field similar to the noise of an analogue television. As they frequently have migraine as a comorbidity with ophthalmological, neurological and radiological studies being normal, they are offered various diagnoses, including persistent, post-hallucinogen flashback, or psychogenic disorder. **CASE REPORT** We report the case of a 32 years old male who came to the consultation due to a one year visual snow symptoms. Previous ophthalmological examinations were reported as normal and multiple myeloma had been discarded leaving an aura migraine diagnosis. The patient reported migraine with aura (with no previous episodes), entoptic phenomena (floaters, blue field entoptic phenomenon, spontaneous photopsia, self-light of the eye), photophobia, and nyctalopia (impaired night vision), No palinopsia or intake of hallucinogenic drugs.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A complete ophthalmological investigation: best corrected visual acuity, campimetry, fundus examinations, binocular functions, colour vision, OCT images of macula and optic nerve (RNFL) was performed reporting normal findings.

**JUICIO CLÍNICO:** Visual snow syndrome. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Visual snow syndrome is a diagnosis of exclusion.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ophthalmology treatment is not necessary.

**CONCLUSIONES:** The visual snow syndrome has to be regarded as a diagnosis of exclusion. Visual function parameters are not impaired. It is emerging as a disorder separate from, but associated with, migraine visual aura, and neuronal cortical hyperexcitability is being considered as a theoretical mechanism for the persistent-positive visual symptoms.

**PALABRAS CLAVE:** MIGRAINE AURA, PERSISTENT VISUAL PHENOMENA, PHOTOPHOBIA, VISUAL SNOW, VISUAL STATIC.

## DACRIOCISTITIS AGUDA EN PACIENTE ADULTO

LUCAS SIMON SANCHEZ, MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, MARIA DEL MAR SIMONELLI MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 52 años, hipertensa, diabética en tratamiento con ADOs, dislipemia en tratamiento con estatinas. Consulta por eritema y dolor a nivel periocular izquierdo de dos cuartos de evolución. No legañas ni hiperemia conjuntival. Se inicia tratamiento con dexametasona oftálmica por sospecha de eccema periocular. A las 48 horas la paciente vuelve a consulta por empeoramiento del cuadro, con aparición de tumoración dolorosa a nivel de ángulo interno y exudado purulento.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: TA 130/75 mmHg, FC: 67 lpm. Consciente, orientada. Hidratada. Normal coloración de piel y de mucosas. Cabeza y cuello: Normal, no se palpan adenopatías. Auscultación cardíaca sin soplos. Auscultación pulmonar normal. No se palpan adenopatías cervicales, axilares, ni inguinales. Análítica general con hemograma normal, no elevación de reactantes de fase aguda, coagulación normal. Se deriva a oftalmología para valoración, siendo diagnosticada de dacriocistitis aguda iniciándose tratamiento con amoxicilina/clavulánico vía oral. Vuelve a consultar pasadas 72 horas por empeoramiento del cuadro, realizándose por parte de oftalmología intervención quirúrgica.

**JUICIO CLÍNICO:** Dacriocistitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dermatitis. Celulitis periorbitaria.

**CONCLUSIONES:** A pesar de haberse realizado en este caso un diagnóstico rápido y acertado, el fracaso del tratamiento antibiótico oral ha precipitado la necesidad de realizar una cirugía oftalmológica para resolver el cuadro.

**PALABRAS CLAVE:** DACRIOCISTITIS, PERIORBITARIO, CELULITIS, ÁNGULO INTERNO.

## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON CATARATAS EN EL NORTE DE LONDRES

CRISTINA PELÁEZ RAMÍREZ, MARIA DOLORES GARCIA HURTADO, ROSA GONZALEZ BARBERO

**INTRODUCCIÓN:** La catarata es la pérdida de transparencia del cristalino, cuando ésto ocurre, impide el paso nítido de la luz a la retina afectando con ello a la visión. Es la causa más común de pérdida de visión en mayores de 40 años y la principal causa de ceguera en el mundo.

**OBJETIVOS:** Identificar las características comunes de entre los pacientes que son diagnosticados con cataratas en las consultas de oftalmología en un hospital del norte de Londres.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio retrospectivo y transversal de los pacientes diagnosticados con cataratas en las consultas de oftalmología del NNUH desde Octubre del 2016 a Octubre del 2017. Para este estudio se han analizado las principales características de pacientes con cataratas y las causas asociadas a su aparición, clasificándolo por edad, enfermedades asociadas y otras enfermedades oculares.

**RESULTADOS:** El total de pacientes que han sido diagnosticados con cataratas y que cumplen los requisitos del estudio son 245. Clasificándolos por: a. Edad: 20 a 39 años: 5 pacientes 21 a 60 años: 88 pacientes Mayores de 61 años: 151 pacientes. Enfermedades asociadas: HTA: 114 pacientes Diabetes: 63 pacientes Enfermedades oculares: Glaucoma 37 pacientes Retinopatía diabética: 16 pacientes. Otros factores de riesgo: Tóxicos y medicamentos: 118 pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Con este estudio, se ha demostrado el predominio de cataratas en el grupo de edad senil. Además, otras enfermedades asociadas y enfermedades oculares se presenta en un importante porcentaje de los pacientes y casi la mitad de estos pacientes toman medicamentos como corticoides o tienen algún hábito tóxico como el tabaco o el alcohol.

**PALABRAS CLAVE:** CATARATAS, CRISTALINO, CEGUERA, FACTORES DE RIESGO.

## ESTUDIO DE UN CASO: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, LUCAS SIMON SANCHEZ, MARIA DEL MAR SIMONELLI MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 72 años, hipertenso en tratamiento con 2 fármacos y buenos controles. Diabético en tratamiento con antidiabéticos orales. Fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol según pauta de hematología con control estable de INR. Consulta por ojo rojo derecho desde que ha despertado esta mañana. No sensación de cuerpo extraño, no secreciones matutinas. No dolor ni alteraciones visuales. No otros síntomas asociados. Afebril.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: satO<sub>2</sub> 97% TA 135/70 mmHg, FC 65 lpm, exploración oftalmológica normal con fluoresceína negativa, no fotofobia, presenta hemorragia subconjuntival en cuadrantes laterales del ojo izquierdo. No alteraciones visuales ni otros hallazgos en la exploración. INR de 2.8 Se diagnostica de hemorragia subconjuntival y se pautan controles tensionales programados en los días posteriores. Se dejan lagrimas artificiales con ácido hialurónico para usar a demanda si aparecen síntomas irritativos.

**JUICIO CLÍNICO:** Hemorragia subconjuntival. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Conjuntivitis irritativa. Cuerpo extraño ocular.

**CONCLUSIONES:** En este caso, la parte más importante de la actuación médica es tranquilizar al paciente explicándole la benignidad del cuadro a pesar de lo alarmante de la sintomatología. Habrá que vigilar el control tensional dado que es la causa más frecuente de este cuadro y ajustar tratamiento si precisa.

**PALABRAS CLAVE:** SUBCONJUNTIVAL, OJO ROJO, HIPERTENSIÓN, HIPEREMIA.

## TAMOXIFENO COMO CAUSA DE MACULOPATÍA

CARLOS ROCHA DE LOSSADA, FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO, ALVARO SANTOS ORTEGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** El Tamoxifeno es un antiestrógeno utilizado en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Las complicaciones oculares son poco frecuentes si no se supera la dosis normal de 20-40mg. La retinopatía se caracteriza por depósitos cristalinos bilaterales, finos, superficiales y amarillos en las capas más internas de la retina y lesiones grises puntiformes en retina externa y en EPR. Se considera que la afectación visual se produce por maculopatía asociada con la formación de un quiste foveolar. Un efecto secundario inusual es la neuritis óptica que es reversible con la interrupción del tratamiento. Paciente de 65 años en seguimiento por oftalmología desde hace años por hipertensión ocular con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo y cáncer de mama tratado con tamoxifeno hasta que en febrero de 2014 desarrolló maculopatía por tamoxifeno por lo que se le sustituyó por anastrozol. En la exploración al diagnóstico la paciente presentaba una agudeza visual en el ojo derecho de 0.3 Que mejoraba a 0.6 Y en el ojo izquierdo de 0.6 Que mejoraba a 0.9. El polo anterior era normal y la presión intraocular era de 25 mmHg en el ojo derecho y 22 mmHg en el ojo izquierdo (con paquimetría de 559 micras y 576 micras respectivamente). En el fondo del ojo se observan depósitos cristalinos, finos amarillentos. En el campo visual 30-2 se apreciaba una disminución concéntrica de la sensibilidad y pérdida de sensibilidad global (aspecto de artefacto) en ambos ojos. La OCT macular mostró un microagujero macular en el ojo derecho y fue de características normales en el ojo izquierdo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** OCT macular y Campo visual 30-2.

**JUICIO CLÍNICO:** Maculopatía por tamoxifeno. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Telangiectasias maculares bilaterales.

**PLAN DE CUIDADOS:** Suspender tamoxifeno en estadíos precoces.

**CONCLUSIONES:** Las dosis elevadas (mayores a 200mg) y/o dosis acumuladas mayores a 100mg de tamoxifeno pueden provocar daño visual por afectación foveolar y cambios degenerativos.

**PALABRAS CLAVE:** TAMOXIFENO, MACULOPATIA, EFECTO SECUNDARIO, RETINOPATÍA, CÁNCER MAMA.

## **ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

FRANCISCA MARQUEZ GALERA, ROCÍO SEGURA SIMÓN, ISABEL MARIA SAEZ ALONSO

**INTRODUCCIÓN:** El desprendimiento de retina se define como el desgarre de la retina de su inserción normal en el ojo; los pacientes que la padecen refieren visión parcial por el ojo afectado.

**OBJETIVOS:** Identificar el desprendimiento de retina. Determinar la intervención de enfermería ante dicha población. Analizar la importancia de la actuación enfermera.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, SciELO y Cuiden, usando los descriptores Cuidados; Desprendimiento de Retina; Enfermería y Retina. Se seleccionaron 19 artículos publicados en los últimos seis años y cuya temática tenía relación directa con la investigación. La investigación se llevó a cabo de agosto de 2017 a enero de 2018.

**RESULTADOS:** El desprendimiento de retina sucede a cualquier edad, siendo más frecuente en personas mayores de 50 años. En cuanto a los factores de riesgo que favorecen el padecimiento de este proceso patológico se encuentran el traumatismo ocular, la cirugía de cataratas previa o la afección por miopía, entre otras. En relación a los cuidados enfermeros, se debe informar al paciente sobre la necesidad de permanecer, el máximo tiempo posible previo a la cirugía reparadora, en posición decúbito supino para favorecer el gradiente de la gravedad, así como realizar todo el protocolo de actuación previo a la cirugía competencia de enfermería. Tras la cirugía, el reposo se debe realizar sobre el lado del ojo afectado para disminuir la PIO tras la cirugía, además de seguir con el resto de tratamiento prescrito.

**CONCLUSIÓN:** Un adecuado conocimiento de los cuidados enfermeros ante el paciente con desprendimiento de retina reduce las complicaciones tanto antes como después de la cirugía reparadora.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, DESPRENDIMIENTO DE RETINA, RETINA, ENFERMERÍA.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE UN PACIENTE INTERVENIDO DE VITRECTOMÍA CON GAS**

LAURA RODRIGUEZ JORGE, MIREIA MARISCAL, SORAYA PIZARRO AGUILILLA, SANDRA PIZARRO RINO

**INTRODUCCIÓN:** La vitrectomía es una técnica de microcirugía ocular que se utiliza para extraer el vítreo, es decir, el gel transparente que rellena la cavidad ocular. El abordaje quirúrgico puede hacerse de forma anterior o posterior, según la indicación quirúrgica. La vitrectomía se lleva a cabo, en su mayoría, con anestesia local y dura entre una y dos horas, dependiendo de la patología.

**OBJETIVOS:** - Planear los cuidados que el usuario debe llevar a cabo en el domicilio para disminuir las complicaciones. - Identificar las complicaciones más usuales del paciente intervenido de vitrectomía. - Favorecer la implicación del entorno en los cuidados domiciliarios.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Pubmed y Scielo.

**RESULTADOS:** Cuidados postoperatorios del paciente intervenido de vitrectomía con gas: - El usuario deberá mantener reposo relativo en decúbito prono la mayor parte del tiempo. - El usuario no deberá subir más de 500 metros de altitud ni subir en avión. - Control del dolor. - Dieta rica en fibra para disminuir el estreñimiento. - Administración de medicación pautada por el médico. - Informar de las posibles complicaciones potenciales y sus signos y síntomas. - No dormir sobre el lado del ojo intervenido. - No cargar peso. - No bañarse en el mar ni piscinas. - No maquillarse la cara.

**CONCLUSIÓN:** El papel de enfermería en los cuidados postoperatorios es fundamental en la prevención y detección de complicaciones, así como en la educación sanitaria que se ejerce sobre el usuario, tanto físicas como psicológicas.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS POSTOPERATORIOS, VITRECTOMIA POSTERIOR, GAS, CIRUGIA OCULAR, CUIDADOS DE ENFERMERIA.

## **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON AFECTACIÓN RETINIANA**

FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO, ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO, ALVARO SANTOS ORTEGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 41 años en seguimiento por Lupus sistémico en tto con Hidroxicloroquina. AV unidad difícil en ambos ojos, con exploración normal. En la funduscopía presentaba sospecha de isquemia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** AFG: se confirmó isquemia periférica severa con fuga de colorante.

**JUICIO CLÍNICO:** Isquemia retiniana en paciente con Lupus eritematoso sistémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vasculopatías, retinopatía por radiación, retinopatía diabética.

**PLAN DE CUIDADOS:** Fotocoagulación con láser argón, tratamiento con hidroxicloroquina.

**CONCLUSIONES:** La afectación retiniana aparece 10% pacientes con LES, y se puede manifestar como retinopatía lúpica, vasculitis oclusiva o DR exudativo. En muchos casos será preciso el estudio angiográfico.

**PALABRAS CLAVE:** LUPUS, VASCULISIS, ISQUEMIARETINIANA, CORTICOIDES, LÁSER.

## LA MADURACIÓN RETINIANA EN LA ROP TRAS BEVACIZUMAB

ALVARO SANTOS ORTEGA, CARLOS ROCHA DE LOSSADA, ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente prematuro 27 semanas de gestación y peso 540 gramos. En la exploración en consultas presentaba: midriasis dificultosa e inmadurez en zona-I junto con enfermedad pre-plus. Al mes de seguimiento con retinografías semanales presentó enfermedad plus en zona-II central, por lo que se optó por inyección de Bevacizumab intravítrea. Dicho tratamiento, pese a ser exitoso en la reducción de la enfermedad y facilitar la progresión y maduración de los vasos retinianos, no consiguió que los vasos se extendieran más allá de zona-II periférica-III. Por ello se procedió al empleo de pruebas complementarias y proceder que se detalla a continuación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Retinografía (Semana 33): AAOO: Midriasis dificultosa. Inmadurez en zona-I con tortuosidad leve “pre-plus”. Retinografía (Semana 37): - OD: ROP 2 en zona-II central con Plus. - OI: ROP 2 en zona-II central nasal, ROP 1 en zona-II central temporal, con Plus. Retinografía (Semana 38): disminuye la tortuosidad vascular y el grado de ROP: - OD: ROP 2 en zona-II central-periférica con tortuosidad leve. - OI: ROP 1 en zona-II central, sin Plus. Retinografía (Semana 40): AAOO: Inmadurez en zona I-II central. No ROP. No Plus. Retinografía (Semana 50): AAOO: ROP 1 tenue en zona-II central-periférico. El resto de la retina avascular con vaso circunferencial delimitando dicha zona. AFG (Semana 64): En dicha prueba, se evidenció la periferia avascular en ambos ojos (1-2 diámetros papilares en OD y 3-4 en OI). No hemorragias, no exudación, ni neovasos.

**JUICIO CLÍNICO:** ROP Posterior. **PLAN DE CUIDADOS:** Seguimiento semestral.

**CONCLUSIONES:** Actualmente el Bevacizumab intravítreo es el tratamiento de elección en la ROP posterior. Sin embargo, no existen pautas claras acerca de cómo manejar la retina avascular, con autores a favor del tratamiento con laserterapia en cuanto la madurez sobrepase la zona II, y otros a favor de sólo tratar si aparecen complicaciones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vítreo-retinopatía Exudativa Familiar. Incontinentia Pigmenti.

**PALABRAS CLAVE:** ROP, BEVACIZUMAB, AFG, ROP POSTERIOR.

## AFRONTAMIENTO SANITARIO ANTE EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

ISABEL HERNANDEZ MARTIN, ESTHER GUIADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO

**INTRODUCCIÓN:** El desprendimiento de retina es una patología grave que ocasiona pérdida de visión, puede ser permanente o momentánea. Es una patología que no causa dolor, y en ocasiones, sino se trata a tiempo, pueden quedar secuelas de por vida, se debe iniciar el tratamiento lo antes posible. El inicio puede ser debido a un traumatismo o cirugía ocular (cataratas).

**OBJETIVOS:** Analizar el tratamiento más eficaz ante el desprendimiento de retina.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas como Cochrane, Pubmed y Cuiden plus, del tema de interés. Se utilizaron diversos descriptores; “Cataratas”, “Desprendimiento de retina”, “Retina” y “Traumatismo ocular”. Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y periodo temporal (2011-2017). De un total de 90 referencias encontradas, se escogieron 25 para un análisis en profundidad. Se descartaron aquellas que no se centraban en el tema de interés.

**RESULTADOS:** Los resultados abarcan que la rapidez en el inicio del tratamiento, cuando se ocasiona el desprendimiento de retina, es de gran importancia. El tratamiento depende de la gravedad de la lesión, depende si está rasgada, perforada, o totalmente desprendida. Todo tratamiento es quirúrgico dependiendo de la gravedad. Cuando se rasga la retina se decide utilizar la técnica de la criopexia, en el caso de que esté perforada, se opta por una cirugía más compleja, insertando burbujas de gas para poder conseguir que la retina presione sobre la pared ocular y así poder ayudar a la cicatrización.

**CONCLUSIÓN:** Es de gran importancia que el personal sanitario, mediante la docencia en atención primaria a personas que han padecido dicho desprendimiento, sean conscientes de la gravedad y poder llevar una vida lo más confortable posible.

**PALABRAS CLAVE:** CATARATAS, DESPRENDIMIENTO DE RETINA, RETINA, TRAUMATISMO OCULAR.

## **PACIENTE PEDIÁTRICO DIAGNOSTICADO DE PSEUDO DACRIOCISTITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ANTONIO JESÚS ARCHILLA MANZANO, ALVARO SANTOS ORTEGA, FRANCISCO JOSÉ BARRERO SOJO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Un niño de 9 años ingresó con un absceso en el área del párpado inferior con celulitis, asociada a sinusitis etmoidal, esfenoidal y maxilar izquierda. Fue tratado con antibióticos por vía intravenosa con resolución de los síntomas. Consecuentemente, tuvo una obstrucción del conducto nasolagrimal secundaria a fibrosis de la vía lagrimal, que puede producirse en casos de celulitis moderadas tratadas con antibióticos. Debido a la obstrucción del conducto nasolagrimal, le fue realizada una dacriocistorrinostomía externa. Actualmente el paciente se mantiene asintomático.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Sondaje nasolagrimal. TAC craneal.

**JUICIO CLÍNICO:** Pseudo dacriocistitis secundaria a etmoiditis anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dacriocistitis.

**CONCLUSIONES:** La infección de un seno etmoidal puede extenderse a tejidos adyacentes alrededor de la vía lagrimal. Clínicamente, estos pacientes pueden presentar signos y síntomas similares a una dacriocistitis crónica recurrente. La ausencia de epífora entre episodios y la permeabilidad de la vía lagrimal, pueden orientar hacia un diagnóstico distinto al de patología primaria de la vía lagrimal. Una mayor conciencia del posible diagnóstico, junto con técnicas mejoradas de imagen no invasiva, probablemente aumentarían la incidencia diagnóstica de esta enfermedad. Es importante diagnosticar correctamente este cuadro, ya que el tratamiento de elección es la etmoidectomía anterior, en lugar de la dacriocistorrinostomía, cuando dicha pseudodacriocistitis no responde al tratamiento con antibióticos. En pacientes mal diagnosticados sometidos a dacriocistorrinostomía, es la coincidente etmoidectomía anterior parcial la que produce la cura, y no la fístula lagrimonasal.

**PALABRAS CLAVE:** NASOLAGRIMAL, ETMOIDITIS ANTERIOR, DACRIOCISTITIS, PSEUDO DACRIOCISTITIS.

## MANEJO DE LESIONES CORNEALES MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIEGO ÁMEZ RAFAEL, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, BEATRIZ GUERRERO BARRANCO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 31 años, acude a nuestra consulta por molestias en ojo izquierdo. Refiere que ha estado de camping y no se ha quitado las lentillas en 3 días. Debido a la comodidad que suponen para el deporte y el día a día, las lentes de contacto (LC) cada vez son más empleadas por la población. Muchas de estas patologías pueden ser manejadas desde atención primaria, pero para ello debemos conocer las más frecuentes así como identificar cuando precisa actuación especializada. Cuando tengamos un paciente que consulta por molestia ocular relacionada con lentes de contacto, en primer lugar debemos indicarle que se deshaga del par que esté empleando, así como de la solución de limpieza.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eritema conjuntival unilateral.

**JUICIO CLÍNICO:** Queratitis fúngica en portador de lentillas. **PLAN DE CUIDADOS:** En nuestro caso se pautó tratamiento con colirio de tobramicina y cicopléjico para el dolor. A los 2 días la paciente consultó de nuevo por persistencia del dolor y aparición de gran ulceración que dificultaba la visión de dicho ojo. Dada la alta sospecha de queratitis por otro microorganismo se derivó de manera urgente a Consulta de Oftalmología, donde se realizó cultivo, donde creció un *Aspergillus* ssp.

**CONCLUSIONES:** La queratitis bacteriana es la complicación más grave en portadores de LC, siendo su incidencia 80 veces más probable en portadores de LC que en no usuarios. La probabilidad de desarrollar queratitis bacteriana es 8 a 15 veces mayor en los portadores nocturnos que en los portadores diurnos. Son por lo general bacterianas, aunque también se dan casos debidos a amebas, en particular *Acanthamoeba*, y con menos frecuencia, a hongos. Siempre se debe sospechar ante la tórpida evolución con el tratamiento antibiótico habitual.

**PALABRAS CLAVE:** LENTILLAS, CONJUNTIVITIS, OFTALMOLOGIA, QUERATITIS.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASPLANTE DE CÓRNEA

MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS, JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La córnea es parte del ojo para el enfoque de imágenes y la visión. El trasplante es una intervención quirúrgica en la que se sustituye la córnea dañada por tejido corneal sano obtenido de un donante generalmente cadavérico. Se restaura la anatomía y transparencia de la córnea y mejora la visión. Los trasplantes de córnea en España han aumentado en los últimos años. La mayoría tienen resultados buenos, sólo hubo 20% de rechazo.

**OBJETIVOS:** Determinar las causas que pueden desencadenar el trasplante, cuidados postquirúrgicos para la recuperación y nuevos métodos para la cirugía de trasplante corneal.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Medline, Cinahl y Scielo con descriptores: atención de enfermería, complicaciones postoperatorias, cuidados postoperatorios, trasplante de córnea. Se analizaron 32 artículos elegidos según criterios: tema cuidados en el trasplante de córnea, texto completo, publicados entre 2014-2018 en revistas nacionales e internacionales.

**RESULTADOS:** La córnea puede estar dañada por fibrosis y leucoma corneal (infecciones de herpes/hongos), enfermedades genéticas (distrofia de Fuchs), queratocono, complicaciones quirúrgicas oculares previas (cataratas), quemaduras químicas, inflamación, perforación... Para una correcta recuperación, evitar: presionar, tocar o frotar los ojos; hacer esfuerzos; el ejercicio físico intenso, deportes de contacto/acuáticos; lugares polvorientos o de humo; conducir, mojar los ojos. Reanudar las actividades diarias normales. En caso de trabajo que no implique esfuerzo físico reanudarlo 2-3 semanas después. Colocar gafas de sol. Seguir el tratamiento prescrito. Acudir a las revisiones médicas. Entre los avances en investigación de la cirugía de trasplante corneal se encuentran los trasplantes de células estaminales, el láser de femtosegundos (eficaz para preparar tejidos del receptor) y las córneas biosintéticas.

**CONCLUSIÓN:** Es importante para el éxito del trasplante que enfermería explique al paciente cuidados que deben cumplir rigurosamente en el postoperatorio, así como el tratamiento médico prescrito.

**PALABRAS CLAVE:** ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, POSTOPERATORIAS, CUIDADOS POSTOPERATORIOS, TRASPLANTE DE CÓRNEA.

## **NEUROTROPHIC KERATITIS TREATED WITH CACICOL: OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY FOLLOW UP**

JOSE MANUEL SANDOVAL CODONI, GRACIELA GARCIA ARJONA, ANTONIO MANUEL SOLER GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Neurotrophic keratitis (NK) is a degenerative corneal disease, due to a partial or total loss of trigeminal nerve fibers, this can lead hypesthesia or anesthesia complete cornea. There are multiple etiologies causing: NK from infectious (herpes simplex, herpes zoster), corneal diseases (burns, contact lens use, dystrophies, corneal surgery), use of topical medication (anesthetics Corneal epithelial wound healing consists of cell migration, proliferation, and adhesion. Cell migration is a major and critical component because substantial proliferation and permanent adhesion of epithelial cells will occur only when the wound area is completely covered by migrating cells. Epithelial migration over the wound area is initiated by recognition between adhesion receptors of epithelial cells and extracellular matrices on the wound surface. These extracellular matrices include fibronectin, collagens I, III, and IV, vitronectin, and laminin. In addition, the presence of large quantities of hyaluronic acid in corneal wounds provides a transient matrix that facilitates cell migration during the wound-closure process. Cacicol® The matrix RGTA (Re-Generating Agent, polycarboxy- methyl glucose sulfate), an eye drop containing a matrix similar to heparan sulfate, allowing adhesion of growth factors natural corneal surface.

**OBJETIVOS:** To study if Cacicol® The matrix RGTA, can be useful in the treatment of neurotrophic keratitis

**METODOLOGÍA:** 45-Year-old man develops neurotrophic herpes keratitis with risk of perforation that do not respond to conventional treatment. Cacicol® was added for 4 weeks.

**RESULTADOS:** The complete closure of the ulcer is achieved and we present the optical coherence tomography (CT) follow up.

**CONCLUSIÓN:** To prevent corneal perforation RGTA shows a rapid closure of the ulcer and maintained over time. Likewise it is improving all the biological environment of the ocular surface, a fact that leads to the symptoms of dry eye and quality of life of patients. OCT is useful to control inflammation, the thick kness and the corneal epithelial wound healing.

**PALABRAS CLAVE:** NEUROTROPHIC KERATITIS, CACICOL, CORNEAL PERFORATION, HERPES.

## AFECTACIÓN VISUAL EN LA ARTERITIS DE TAKAYASU

VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una mujer de 39 años que acude a urgencias por alteración visual de repentina aparición.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se objetiva una agudeza visual sin corrección de 0,9 en ambos ojos. La biomicroscopia, la presión intraocular y el fondo de ojo no presentaban ninguna alteración relevante. En la campimetría por confrontación se aprecia una pérdida de visión periférica izquierda; por lo que se decide realizar una perimetría computerizada apreciándose una hemianopsia izquierda, homónima congruente e incompleta. Se realiza resonancia magnética nuclear cerebral apreciándose un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha. Dada la edad de la paciente se completó el estudio con factores de riesgo cardiovascular, coagulopatías, vasculitis, así como consumo de anticonceptivos orales y drogas. Se realiza arteriografía llegándose finalmente al diagnóstico de arteritis de Takayasu.

**JUICIO CLÍNICO:** Arteritis de Takayasu. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aneurisma cerebral, sífilis, tuberculosis, síndrome de Marfan.

**CONCLUSIONES:** 1. La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa autoinmune, rara y potencialmente letal. 2. Los síntomas iniciales de la enfermedad son inespecíficos hasta que aparece la fase de inflamación vascular activa y se produce la estenosis del vaso. 3. Las manifestaciones oftalmológicas son relativamente frecuentes y en ocasiones, su primera manifestación. 4. Ante un evento cardiovascular en un paciente joven es primordial hacer un buen diagnóstico diferencial con el fin de descartar posibles patologías subyacentes.

**PALABRAS CLAVE:** VISUAL, ARTERITIS, TAKAYASU, AFECTACIÓN.

## **INTERVENCIÓN DE CATARATAS: CUIDADOS ENFERMEROS POSTQUIRÚRGICOS**

MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA, ANTONIA PARRA ORTEGA

**INTRODUCCIÓN:** La catarata se define como la conversión fisiológica a estado opaco del cristalino, considerándose la patología ocular más frecuente a nivel mundial. Es la principal causa de ceguera en el mundo. La principal característica que la define es la pérdida progresiva de visión. Se considera una patología reversible ya que existe una técnica quirúrgica que devuelve al cristalino el aspecto transparente fisiológico.

**OBJETIVOS:** Identificar los cuidados oculares tras la cirugía de catarata.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de artículos y guías sobre los cuidados postquirúrgicos de cataratas usando las palabras clave Cuidados, Enfermería, Catarata y Ojo a través de bases de datos como Cuiden, Lilacs, y SciELO. De 20 artículos revisados, se seleccionaron 11 elegidos por su actualidad.

**RESULTADOS:** Tras la búsqueda bibliográfica se obtiene información sobre los cuidados postquirúrgicos tras ser intervenido de catarata donde se encuentran el previo lavado de manos antes del lavado ocular; adecuada administración del tratamiento durante el período establecido; reposo relativo, con exclusión de movimientos bruscos de cabeza, portar peso excesivo; uso de gafas solares y gafas de visión con graduación antigua hasta nueva graduación; no frotar el ojo y evitar el lavado de cabeza en las primeras 48 horas tras la operación. No es necesario dormir en una posición determinada. La fotofobia, lagrimeo los dos o tres primeros días así como la recuperación progresiva de la visión, son signos y síntomas normales. También se obtienen datos de las complicaciones más frecuentes y los signos de alarma.

**CONCLUSIÓN:** Los cuidados enfermeros postquirúrgicos en pacientes operados de cataratas disminuye el riesgo de infección así como el estrés del usuario, por lo que es fundamental que estos sean de calidad dando seguridad y una atención de calidad.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, CATARATA, OJO, ENFERMERÍA.

## **HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA DE CAUSA FARMACOLÓGICA: CASO CLÍNICO**

EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de un paciente varón de 20 años de edad que acude a servicio de urgencias de oftalmología por pérdida de visión de inicio agudo, bilateral e indolora acompañado de cefalea opresiva. No refiere antecedentes personales de ningún tipo a excepción de que comenzó un tratamiento con doxiciclina vía oral para el tratamiento del acné una semana antes.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mejor agudeza visual corregida ojo derecho 0.6 Decimal y Ojo izquierdo 0,7 decimal, motilidad ocular externa sin alteraciones, en la biomicroscopía los medios eran transparentes sin hallazgos patológicos. Presión intraocular 14 mmhg. Ambos ojos. Fondo de ojo: edema de papila bilateral que alcanzaba zona macular , con vascularización normal sin otros hallazgos. La resonancia magnética nuclear no se hallaron alteraciones patológicas. La punción lumbar presentaba un aumento de presión en su apertura.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipertensión intracraneal idiopática secundaria a doxiciclinas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipertensión craneal secundaria a lesión ocupante de espacio.

**CONCLUSIONES:** La hipertensión intracraneal idiopática es mas frecuente en mujeres jóvenes con obesidad. Se diagnostica tras estudio de exclusión de causas orgánicas, principalmente con pruebas de imagen. Puede aparecer secundaria al uso de fármacos como la doxiciclina usada principalmente para el tratamiento de acné. En ocasiones tras una hipertensión intracraneal idiopática pueden quedar secuelas tanto en la agudeza visual como defecto campimétricos.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERTENSION INTRACRANEAL, IDIOPATICA, DOXICICLINA, TETRACICLINAS.

## **MANEJO DEL OJO CIEGO DOLOROSA: INYECCIÓN DE SUSTANCIA RETROBULBAR**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**INTRODUCCIÓN:** El ojo ciego doloroso es una entidad de difícil manejo por los pocos tratamientos no invasivos disponibles en la actualidad.

**OBJETIVOS:** Determinar una serie de 10 casos de ojo ciego doloroso tratados con inyección retrobulbar de fenol y discutir los resultados, realizando una comparación con los obtenidos tras inyección de alcohol o clorpromazina, publicados hasta la fecha.

**METODOLOGÍA:** Describimos el manejo terapéutico de 20 pacientes con ojo ciego doloroso de diferentes etiologías mediante la inyección retrobulbar de fenol al 6,7% y los resultados del seguimiento de los mismos

**RESULTADOS:** En 14 casos se inyectaron 1,5 ml, siendo el tiempo medio libre de dolor (TmLD) de 3.5 Meses, debiendo ser retratados tres casos con inyección de 3 ml presentando TmLD de 9 meses hasta la fecha. A los 6 pacientes restantes se les inyectó inicialmente la dosis a 3 ml presentando TmLD de 9 meses hasta la fecha. En todo el período de seguimiento no se registraron complicaciones derivadas del tratamiento con enol. Asimismo objetivamos una disminución significativa de la presión intraocular en la mayoría de los pacientes. Los resultados son comparados con las alternativas arriba mencionadas.

**CONCLUSIÓN:** La inyección retrobulbar de 3 ml de Fenol al 6,7% es una opción segura y eficaz en los casos de ojo ciego doloroso.

**PALABRAS CLAVE:** OJO CIEGO, RETROBULBAR, ANESTESIA, OJO DOLOROSO.

## **GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO CARACTERIZADO MEDIANTE BIOMETRIA Y PAQUIMETRÍA**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO

**INTRODUCCIÓN:** El glaucoma pseudoexfoliativo es un tipo de glaucoma de difícil manejo.

**OBJETIVOS:** Analizar la relación existente entre la biometría ocular y paquimetría y, el grado de asimetría en la lesión glaucomatosa en ojos con glaucoma pseudoexfoliativo.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio prospectivo enmascarado realizado por un único oftalmólogo. Se seleccionaron 25 pacientes afectados de glaucoma pseudoexfoliativo y 15 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto, asimétrico tensionalmente (3 ó más mmHg de diferencia tensional interocular). Se midió ecográficamente el grosor cristalino y la longitud axial ocular, calculando el coeficiente cristalino en los dos ojos. Además, se llevó a cabo la medida del espesor corneal central en los dos ojos del paciente, la presión intraocular con tonometría Perkins y, el grado de lesión glaucomatosa asociada en papila mediante fondo de ojo.

**RESULTADOS:** En el grupo de pacientes con glaucoma pseudoexfoliativo existían diferencias estadísticamente significativas entre el coeficiente cristalino de ambos ojos ( $p=0.04$ ). Pero en el grupo de glaucoma primario de ángulo abierto no se hallaba tal diferencia ( $p=0,17$ ). En cuanto a los resultados paquimétricos, en el glaucoma pseudoexfoliativo el ojo con mayor daño lesional presentaba un valor mayor de grosor corneal y el ojo mejor un valor más fino ( $p=0.001$ ).

**CONCLUSIÓN:** En los pacientes afectados de glaucoma pseudoexfoliativo, la presión intraocular parece ser mayor en el ojo con mayor grosor cristalino y, existe una diferencia en cuanto al espesor corneal central, siendo éste mayor en el ojo con mayor daño glaucomatoso asociado, que coincide en la mayoría de los casos con el ojo de mayor valor tensional.

**PALABRAS CLAVE:** GLAUCOMA, GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO, BIOMETRIA, PAQUIMETRIA.

## **UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA EN EL MANEJO DE LA COROIDOPATÍA SEROSA CENTRAL EN OFTALMOLOGÍA**

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, EMILIO JOSE  
CEBRIAN ROSADO

**INTRODUCCIÓN:** Se puede denominar la coroidopatía serosa central, como la entidad frecuente en pacientes jóvenes que requiere un seguimiento estrecho por su frecuente recurrencia.

**OBJETIVOS:** El objetivo de estudio ha sido: Analizar la eficacia de la Tomografía Óptica de Coherencia (OCT) como método de diagnóstico y seguimiento de la Coroidopatía Serosa Central (CSC).

**METODOLOGÍA:** Presentamos una serie de 15 pacientes con CSC, a los cuales se realizó Tomografía Óptica de Coherencia como única prueba diagnóstica. También presentamos los patrones topográficos de la CSC.

**RESULTADOS:** Como resultados se destaca que la Tomografía Óptica de Coherencia permitió el diagnóstico y facilitó el seguimiento de estos pacientes hasta la resolución del proceso, evitando la necesidad de otras pruebas diagnósticas invasivas como la angiografía fluoresceíngica.

**CONCLUSIÓN:** Tras los análisis de los resultados cabe destacar que la Tomografía Óptica de Coherencia resulta una herramienta muy útil en la CSC, permitiendo el diagnóstico, facilitando el seguimiento y evitando la necesidad de otras técnicas diagnósticas invasivas.

**PALABRAS CLAVE:** COROIDOPATIA, OCT, SEROSA CENTRAL, COROIDES.

## PLAN DE CUIDADOS EN LA ANESTESIA DEL QUIRÓFANO DE OFTALMOLOGÍA

MARIA ANGELES HERNÁNDEZ ORTEGA, VÍCTOR DANIEL PEREZ MORENO, EMILIO JOSE CEBRIAN ROSADO

**INTRODUCCIÓN:** El proceso quirúrgico requiere una serie de cuidados previos que están protocolizados y deben estar en continua revisión y mejora por el bien del paciente.

**OBJETIVOS:** Determinar un plan de cuidados de enfermería en anestesia, en pacientes quirúrgicos de oftalmología; durante el proceso quirúrgico (preinmediato, intraquirúrgico, postinmediato), con el fin de conseguir unificación de criterios, elaborando un protocolo de actuación en cada caso adecuado.

**METODOLOGÍA:** Realización de un estudio retrospectivo, basándonos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de oftalmología en nuestro hospital durante el período 01/01/2015 al 01/03/16, y la recopilación de datos bibliográficos. Se trabaja con el programa informático EXCELL.

**RESULTADOS:** Mejora de la calidad de cuidados de enfermería que prestamos en nuestro hospital a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de oftalmología.

**CONCLUSIÓN:** Actualización de protocolos de actuación de cuidados enfermeros, en los diferentes tipos de anestesia, así como sus ventajas e inconvenientes y la forma de actuación del equipo de enfermería en cada caso, con el fin de conseguir una mejora de la calidad asistencial de los cuidados enfermeros.

**PALABRAS CLAVE:** ANESTESIA, PLAN DE CUIDADOS, QUIRÓFANO, PROTOCOLO.

## TRAUMATISMO FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

RAQUEL RODRIGUEZ JUAREZ, LUCIA PELEGRINA LÓPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 41 años que acude al servicio de urgencias consciente y orientado tras una caída y presenta un traumatismo en hemicara derecha sin pérdida de conocimiento. Tras explorar a el paciente, este presenta visión borrosa en ojo derecho y diplopía; en la inspección facial se observa un escalón óseo a nivel de arco zigomático derecho doloroso a la palpación y presencia de hematoma.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El tratamiento consiste en aplicar al paciente frío local en la zona y administrar analgésicos intravenosos. Se realizan pruebas complementarias para descartar cualquier fractura facial. Para descartar otras complicaciones asociadas se realiza TAC dónde se visualiza fractura de arco cigomático derecho y pared externa derecha. Para finalizar la exploración se realiza un estudio radiológico para analizar dos trazos de fractura en el arco cigomático derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Traumatismo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Contusión severa versus traumatismo.

**CONCLUSIONES:** El paciente se mantiene en tratamiento durante 4 días; y una vez se tiene la evidencia de una fractura se solicita la colaboración de Oftalmología para descartar una patología oftalmológica; también a Cirugía Maxilofacial quienes indicaran la necesidad de una intervención quirúrgica si es necesario. Finalmente se realiza una reducción de fractura de arco cigomático, sin complicaciones. La aplicación de las fuerzas laterales pueden producir fracturas del arco cigomático, mientras que las frontales pueden producir un desplazamiento del complejo cigomático. En las fracturas aisladas se palpa una depresión en la región que se asocia con el dolor y dificultad del cierre mandibular y la restricción de movimientos. Es por esto que es muy importante explorar los movimiento mandibulares ante cualquier evidencia de fractura. A partir de la historia clínica y la exploración completa de el paciente se establece el diagnóstico de este tipo de fracturas. El tratamiento depende del grado de fractura y de las dificultades funcionales y problemas estéticos que se produzcan.

**PALABRAS CLAVE:** TRAUMATISMO FACIAL, FRACTURA, ARCO CIGOMÁTICO, OFTALMOLOGÍA.

