 Colombiana de Salud S.A. <small>Ciencia y amor nuestra solución</small>	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	ULCERA CORNEALES	Página 1 de 3	CDS GDM 2.1.2.1 OF-04
		Revisión 01	JUNIO 2012




GUIA DE MANEJO CONSULTA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGIA

ULCERA CORNEALES

JUNIO 2012

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó
00	Marzo 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación
01	Junio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	ULCERA CORNEALES	Página 2 de 3	CDS GDM 2.1.2.1 OF-04
		Revisión 01	JUNIO 2012

ULCERAS CORNEALES

DEFINICION:

La cicatrización debida a ulceración corneal es una causa importante de ceguera y alteración de la visión en todo el mundo. La mayor parte de ésta pérdida de la agudeza visual es prevenible, pero sólo si se hace un diagnóstico etiológico en etapa temprana y se aplica el tratamiento apropiado.

EPIDEMIOLOGÍA.

Esta enfermedad tiene distribución mundial y se encuentra en todas las edades.

CUADRO CLINICO

El dolor, el enrojecimiento y la inflamación son los síntomas principales y la intensidad del dolor varía de acuerdo al grado de tumefacción y etiología de la úlcera. Es frecuente ver abundante secreción purulenta en el ojo afectado.

Úlceras por Neumococo: Es una causa común de úlceras bacterianas de la córnea. Suele presentarse 24 ó 48 horas después de la inoculación en una córnea con escoriaciones. Se produce una úlcera gris bien circunscrita que tiende a generalizarse de manera irregular desde su sitio original de infección. El borde progresivo muestra ulceración activa e infiltración, a medida que el borde rezagado comienza a cicatrizar por lo que se llamó úlcera serpiginosa aguda. Primero se afectan las capas superficiales y luego el parénquima profundo. El hipopión es común.


Úlcera por Pseudomona: Comienza con un infiltrado gris o amarillento en el sitio de rotura del epitelio corneal. Se acompaña de dolor intenso. La lesión tiende a diseminarse rápidamente en todas las direcciones debido a las enzimas proteolíticas producidas por los microorganismos. Frecuentemente hay hipopión grande. El infiltrado y el exudado pueden tener un color verde azulado. Puede encontrarse asociado a abrasiones menores de la córnea o el uso de lentes de contacto blandos.

Úlcera por Streptococo pyogenes: No tienen características que permitan identificarlas. El estroma corneal circundante a menudo presenta infiltración y edema, y suele haber un hipopión moderadamente grande.

Úlceras por Stafilococo aureus, epidermis: Hoy en día se ven con mayor frecuencia que antes, y a gran parte de las mismas, en corneas expuestas a riesgo por el uso de corticoides locales. Las úlceras a menudo son indolentes, pero pueden acompañarse de hipopión y algo de infiltración corneal circundante. A menudo son superficiales y el lecho de la úlcera se siente firme al rasparse.

DIAGNÓSTICO.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó
00	Marzo 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación
01	Junio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	ULCERA CORNEALES	Página 3 de 3	CDS GDM 2.1.2.1 OF-04
		Revisión 01	JUNIO 2012

Se realiza a través del interrogatorio del paciente, del cuadro clínico y el examen oftalmológico con lámpara de hendidura

TRATAMIENTO.

- Raspado de la lesión para estudio bacteriológico (tinción y cultivo para bacterias y hongos).
- Ciclopléxico: Si no hay riesgo de perforación tropicamida 1% 1 gota C/8 horas.
- Antibiótico tópico de amplio espectro a dosis altas: Según el resultado del estudio bacteriológico: Primera elección: Gentamicina ó Tobramicina 1 gota c/2horas por 2 días. Continuar c/4horas mínimo 7 días, según evolución clínica. Segunda elección: Ciprofloxacina ó Ofloxacina 1 gota c/2 horas por 2 días, continuar c/4 horas mínimo 7 días según evolución.
- Suspender uso de Lentes de Contacto
- Analgésico V. O.: Ibuprofen 400 mg V.O c/8horas según dolor.
- Protección ocular no oclusiva, si hay adelgazamiento corneal.
- Evaluación diaria.
- Ajuste del tratamiento según evolución y resultados del laboratorio.
- Si no hay respuesta adecuada al tratamiento, repetir cultivo o realizar biopsia ante cultivos negativos.
- Recubrimiento conjuntival en casos riesgo de perforación corneal

PREVENCIÓN.

Usar caretas protectoras en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Enfermedades de la córnea. Grayson. Primera edición. Ed. Mosby. 2000.
2. Duane'S Clinical Ophthalmology. Revised edition 2003 Ed. Lippincott.
3. Oftalmología general. Daniel Vaughan y otros. Décima edición. 2001. Editorial manual moderno.
4. Manual de enfermedades de los ojos. May James H Allen. Edición vigésimo cuarta Editorial Salvat. 1999.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó
00	Marzo 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación
01	Junio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación