

URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

EN PEDIATRÍA

Orientación diagnóstica



Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016

Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

Esther Álvarez Martín
Ángela Pintor Serrano
R2s Oftalmología

OBJETIVO

- ✓ **Identificar los signos oculares**
- ✓ **Conocer las patologías oftalmológicas en pediatría que son una verdadera urgencia y motivo de derivación oftalmológicas**



ÍNDICE

- 1. ANATOMÍA Y EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA**
- 2. OJO ROJO PEDIÁTRICO NO TRAUMÁTICO**
- 3. TRAUMATISMOS OCULARES PEDIÁTRICOS**
- 4. PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS- INFECCIOSAS DE LA ÓRBITA Y LOS ANEJOS OCULARES EN PEDIATRÍA**



1. ANATOMÍA Y EXPLORACIÓN

• AV



• MOI



• MOE



Anatomía



Exploración

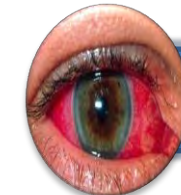
• BMC



• PIO



• FO



Síntoma/Signo

1. AYE – AV

¿Cuál es la AV normal ? ¿Cómo se explora la AV?

AV

RN → 20/600 → *reflejo de parpadeo a luz brillante*

1,5 meses → contacto visual / reacción a expresiones faciales

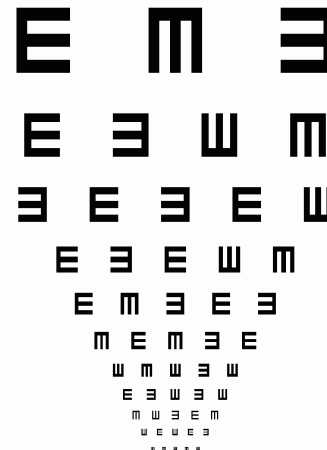
3 meses → 20/120 → objetos brillantes

6 meses → 20/60

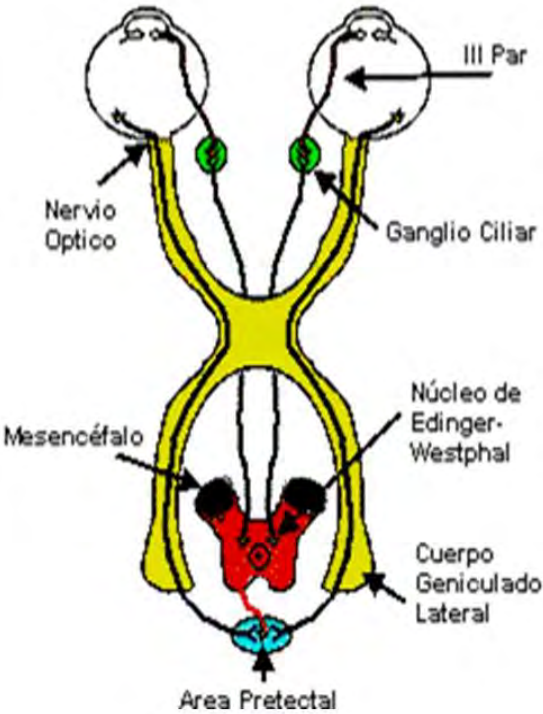
3-5 años → 20/20



E invertida



1. A Y E – MOI



PIC = Pupilas IsoCóricas

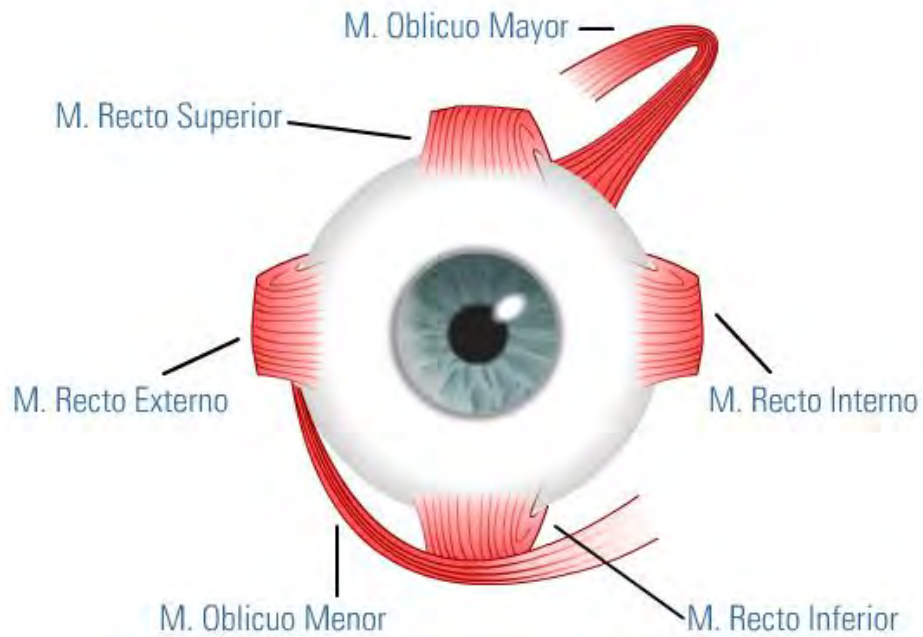
PNR = Pupilas NormoReactivas

No DPAR = Defecto Pupilar Aferente Relativo

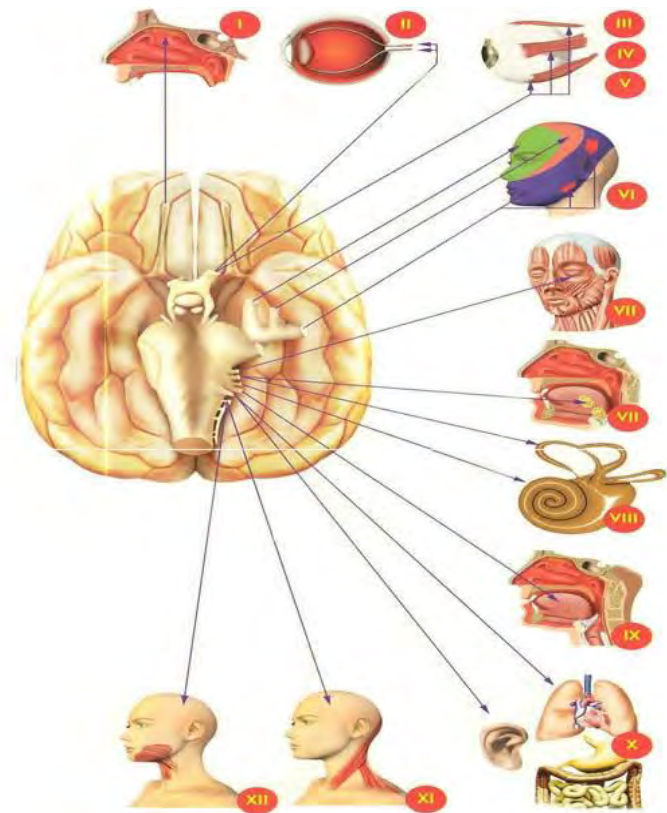
Anisocoria

1. A Y E – MOE (1)

Músculos extraoculares

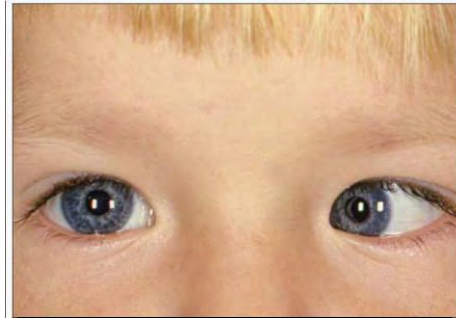


Pares craneales



1. A Y E – MOE (2)

Alineación ocular



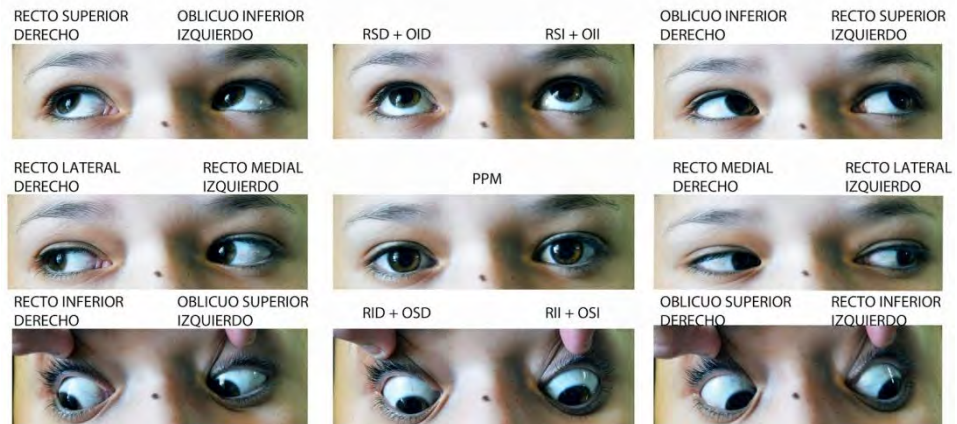
Test de Hirschberg



Cover test

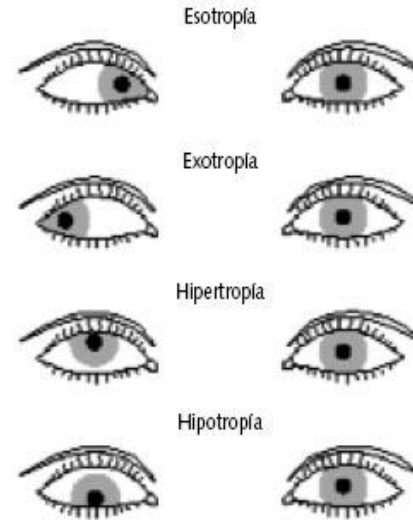
Movilidad ocular

- Ortotropia en PPM
- Ducciones, versiones y vergencias normales
- No limitaciones



9 posiciones diagnósticas de la mirada

1. A Y E – MOE (3)

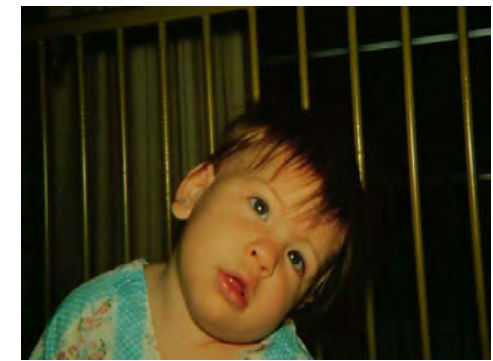


ESTRABISMOS

**PARÁLISIS
OCULOMOTORAS**



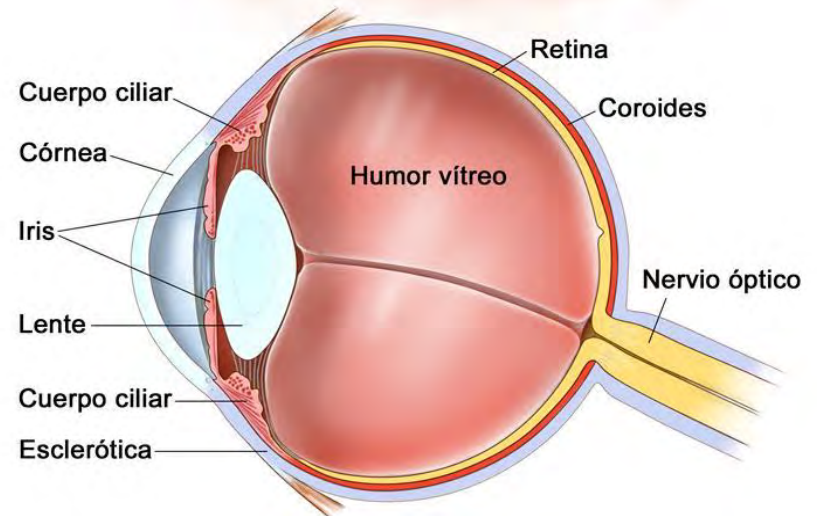
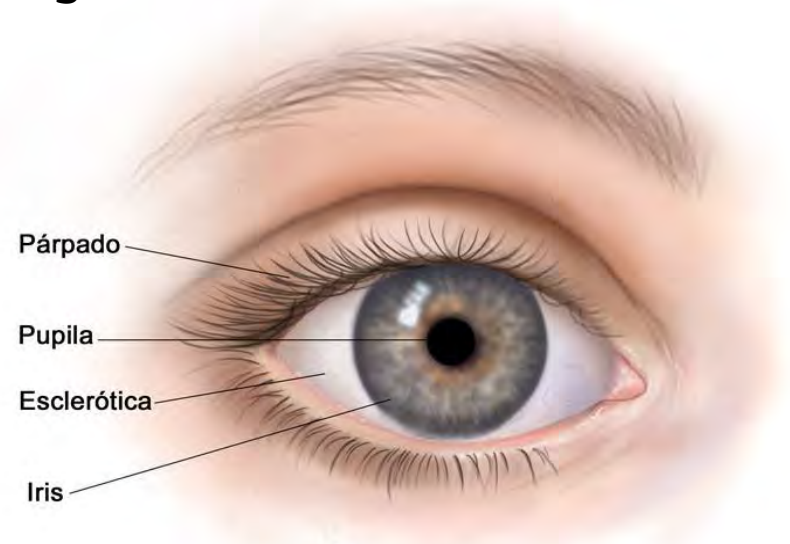
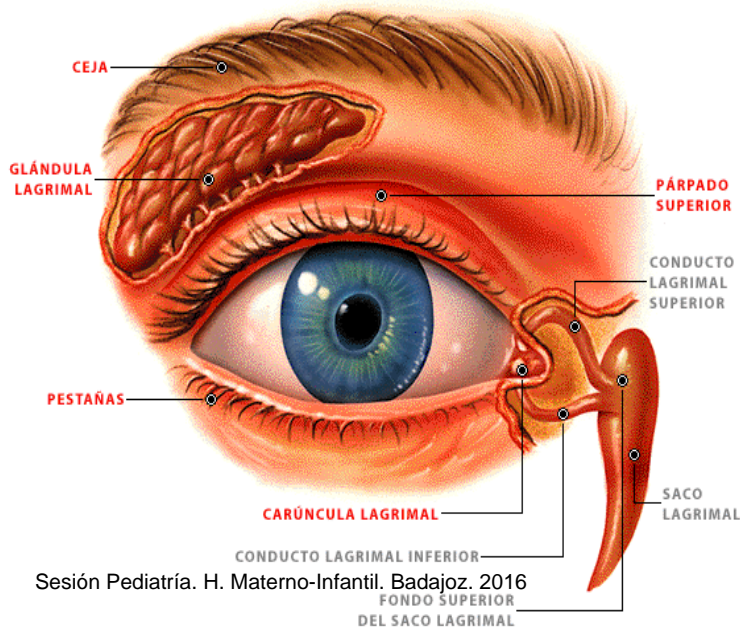
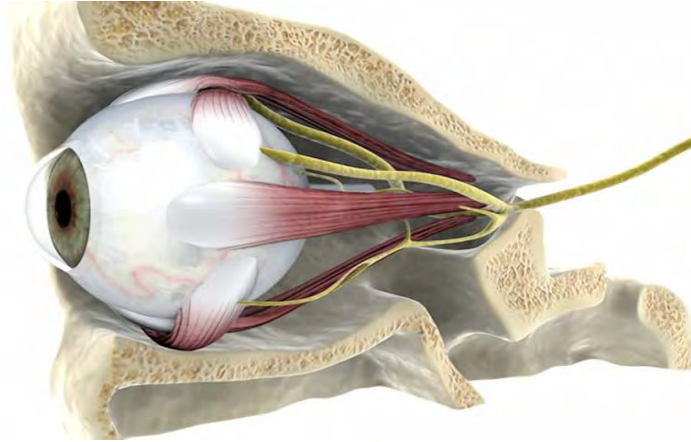
Endotropía OD



Tortícolis

1. A Y E – Inspección y BMC (1)

Segmento anterior



1. A Y E – Inspección y BMC (2)

- ■ Inspección externa
- Piel periorcular
- Cavidad orbitaria
- Gls y vías lagrimales
- Párpados y pestañas
- Eversión palpebral



- ■ BMC o LH
- Conjuntiva y esclera
- Córnea tpte, fluo -
- BCA, no reacción de CA
- Iris normal, PICNR
- Cristalino tpte

1. A Y E – Inspección y BMC (3)



Proptosis



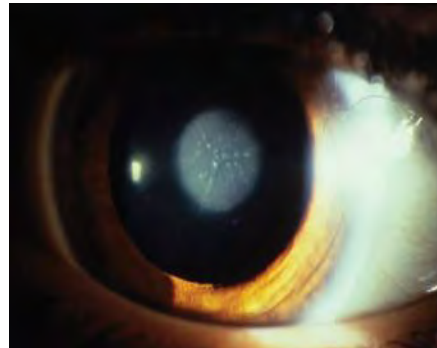
Epífora
(Obstrucción congénita
conducto lagrimal)



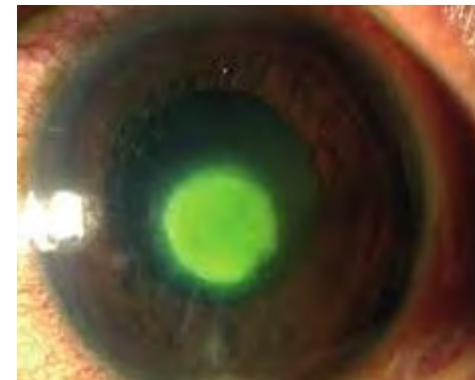
Hiposfagma
(No precisa tto)



Ptosis



Catarata congénita
(Infecciones TORCH)



Úlcera corneal
(Traumatismo vegetal)

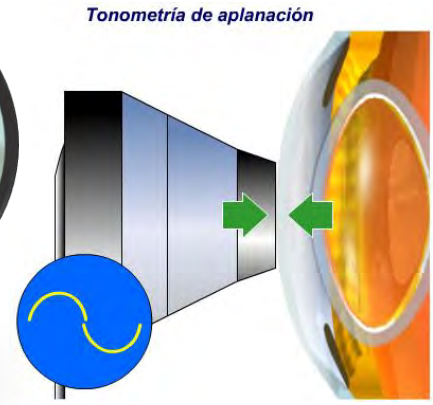
1. A Y E – PIO



Ángulo esclerocorneal



Tonometría de aplanación



Glaucoma congénito

Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016

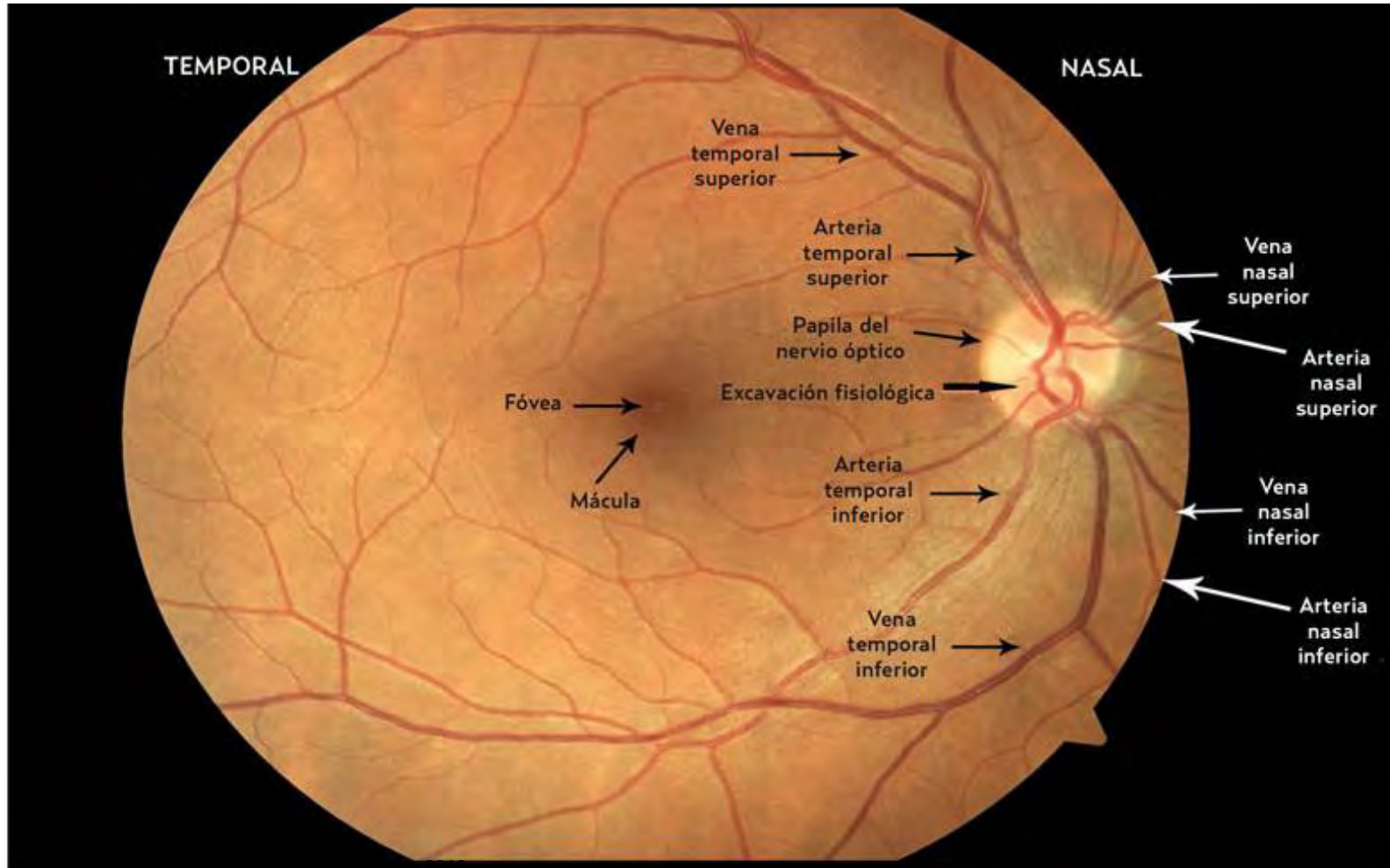


5-21 mmHg



1. AYE – FO (1)

Segmento posterior



1. A Y E – FO (2)



Dilatación pupilar

RN y lactantes → *Fenilefrina* ¼ +
Ciclopléjico ½

Niños → *Tropicamida*



FO (Fondo de ojo)

Buen fulgor

Papila de bordes nítidos,
normocoloreada, de
excavación fisiológica E/P 0.3 y
buen ANR, a nivel

Mácula a nivel de aspecto
normal, reflejo foveal normal

Vasos normales

Retina opacada 360°



1. A Y E – FO (3)



***Leucocoria
(Retinoblastoma)***



***Edema de papila
(Hipertensión
intracraneal)***

1. A Y E – RESUMEN

¿QUÉ SE PUEDE HACER EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA?

- ✓ Exploración ocular con una linterna de bolsillo
- ✓ Luz blanca de forma general
 - ✓ Piel y párpados incluida la eversión de párpado superior
 - ✓ Pupilas IC y NR
 - ✓ Ojo blanco o rojo
 - ✓ Medios ópticos transparentes
 - ✓ Fulgor retiniano normal
- ✓ Filtro azul tras instilación de fluoresceína
 - ✓ Examinar la córnea con tinción de fluoresceína



2. OJO ROJO (no traumático)

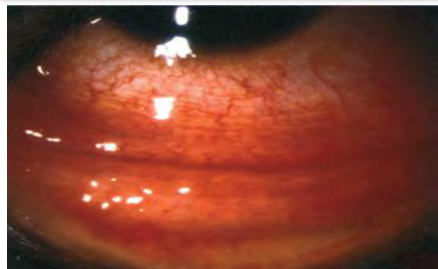
Preguntas:

- Síntoma guía asociado: ¿Existe picor y sensación de cuerpo extraño o dolor ocular?
- Visión: ¿Hay disminución de AV asociada?
- Hiperemia: ¿Dónde se localiza la hiperemia?



OJO ROJO

CONJUNTIVITIS



- **PICOR**
- Visión normal
- Hiperemia **MIXTA**
- **SECRECIONES**

QUERATITIS



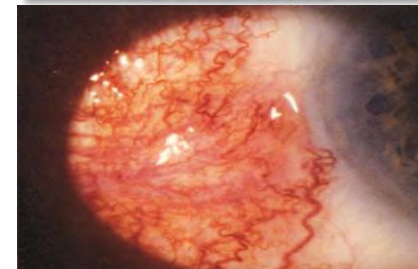
- Dolor
- Visión ↓
- Hiperemia **CILIAR**
- **FLUORESCÉINA +**

UVEÍTIS ANTERIOR



- Dolor
- Visión ↓
- Hiperemia **CILIAR**
- **CÉLS EN CA**

EPIESCLERITIS ESCLERITIS



- Dolor
- Visión normal
- Hiperemia **BULBAR SECTORIAL**

2. OJO ROJO - Conjuntivitis

Conjuntivitis del RN: Oftalmia neonatorum



**SECRECIONES PURULENTAS
EL 1ER MES DE VIDA**

**Descartar afectación corneal
¡¡¡es motivo de INGRESO!!!**

RASPADO CONJUNTIVAL

**Lavados con SSF +
Eritromicina pomada 4 v/d +
Eritromicina jarabe 50 mg/kg/día 4
v/d 2-3 semanas**

Sesión Pediatría, El Materno-Infantil, Badajoz, 2016



Neisseria gonorrhoeae

1er días tras nacimiento (inicio hiperagudo)

INGRESO + ESTUDIO COMPLETO

Ceftriaxona 20-50 mg/kg iv o im + Tto *Chlamydia*

***Chlamydia trachomatis* (Conjuntivitis de inclusión)
1ra semana días tras nacimiento (inicio agudo)**

Tto empírico

G+ *Staphylococcus, Streptococcus*

Bacitracina pomada 4v/d 2 semanas

G-

Tobramicina/Gentamicina pomada 4v/d 2 semanas



VHS II

Infrec y fulminante infección del SNC/multiorgánica

INGRESO + ESTUDIO COMPLETO

Aciclovir 45-60mg/kg/día iv 3v/d 14-21 días + Aciclovir pomada 5v/d
10 días

2. OJO ROJO - Conjuntivitis

Conjuntivitis agudas pediátricas

Bacteriana

Staphylococcus aureus

UNILATERAL
MENOS PICOR

Blefaritis

Secreciones
PURULENTAS



ATB tópico
(Tobramicina 4 v/d 7d)

Si resistente



RASPADO CONJUNTIVAL

Haemophilus influenzae
!!!Frecuente en niños!!!
Asociado a otitis externa
ATB oral
(Amox Ác Clavulánico 20/40 mg/kg/día 3v/d 7d)

Vírica

Adenovirus - **CONTAGIOSA**
UNILATERAL INICIALMENTE

Asociada a fiebre y faringitis
Adenopatía preauricular

Secreciones
ACUOSAS



Folículos
(Tarso inf)



Membranas/
Pseudomemb



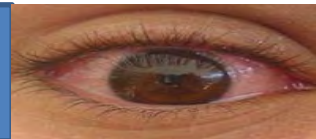
Lavados SSF + LA 6v/d FRÍOS
+ ATB tópicos profilaxis
!!!NO CORTICOIDES!!!

Alérgica

Exposición a alérgeno

BILATERAL
MUCHO PICOR

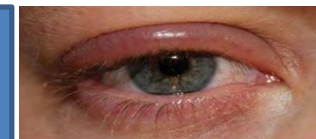
Secreciones
MUCOSAS



Papilas
(Tarso sup)



Edema
palpebral



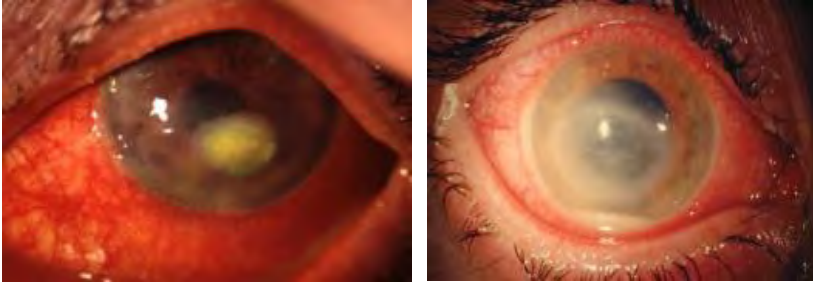
Quémosis



LA FRÍAS + ANTIHIST 2v/d →
CORTI 6v/d (pauta descendente)
tópicos 1 mes

2. OJO ROJO - Queratitis

Bacteriana



Staphylococcus >> *Streptococcus* >>
Pseudomonas (rápidamente progresivo y grave,
asociado a portadores de LC)
DEFECTO EPITELIAL: ÚLCERA CIRCULAR
+ OPACIDAD CORNEAL: INFILTRADO
→ ABSCESO → REACCION DE CA → HIPOPIÓN

RASPADO CORNEAL

ATB tópicos

(Fluorquinolona o Cefotaxima +
Vancomicina reforzadas c/1-2h)

+ Midriático (Ciclopléjico c/8h)

+ Analgesia oral

¡¡¡INGRESO SI HIPOPIÓN!!!

Sesión Pediatría, H. Materno-Infantil, Badajoz, 2016

Vírica



VHS I >> VHZ

AP: Episodios previos, herpes labiales, ID

EXANTEMA VESICULOSO piel periorcular
(VHS) o frente-punta de nariz (VHZ)

ÚLCERA DENDRÍTICA

Descartar afectación estromal, uveítis, HTO,
retinitis

¡¡¡OJO SI PRIMOINFECCIÓN NEONATAL!!!

Antiviral tópico

(Aciclovir pomada 5v/d 10d)

+/- Midriático tópicos

+/- Analgesia oral si dolor

+/- Corticoides tópicos

+/- Antiviral sistémico si gravedad

**QUERATITIS
INFECCIOSAS:
¡NO OCLUSIÓN!**

2. OJO ROJO – Uveítis anterior

Idiopáticas >>> Autoinmunes – Infecciosas

- Lactantes: Infecciones TORCH, Retinoblastoma
- Niños: **AIJ**, Toxocariasis, Toxoplasmosis

CÉLULAS Y TURBIDEZ EN CA

PRKs, NÓDULOS EN IRIS, SINEQUIAS, HIPOPIÓN

PIO ↓

FO Descartar vitritis, coriorretinitis, vasculitis asociada

SOLICITAR ESTUDIO COMPLETO

Corticoide tópico (Dexametasona c/1-2h → Pauta descendente)

+ Midriático (Ciclopléjico c/12h)

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

Uveítis anterior crónica con periodos exacerbaciones-reagudizaciones

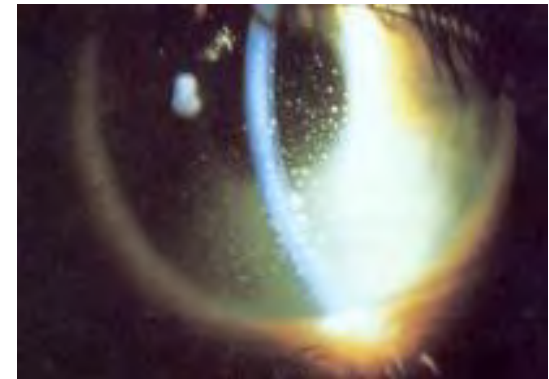
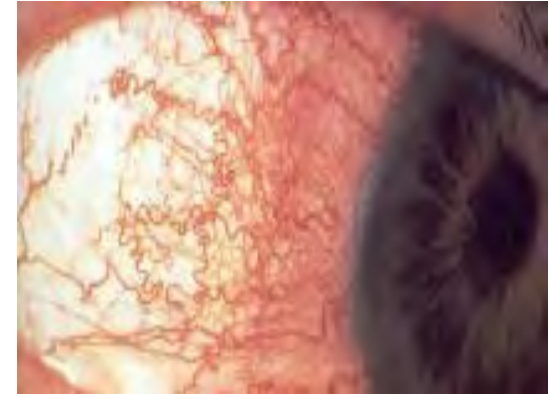
De pocos síntomas, puede ser indolora y **ASINTOMÁTICA**, con congestión vascular mínima; **BILATERAL**

NIÑAS pequeñas

OLIGOARTICULAR < 4 articulaciones

Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016

ANA +



2. OJO ROJO – Epi/escleritis



EPIESCLERITIS



ESCLERITIS

	EPIESCLERITIS	ESCLERITIS
Etiología	Idiopática	50% ENF SISTÉMICA ASOCIADA (AR,...)
DOLOR	LEVE	INTENSO
Irradia		Frente, cara ipsilateral
Vasos	Superficiales	Profundos
-Hemosteta	Se movilizan	No se movilizan
- Fenilefrina	Blanquea	No blanquea
Descartar		!!!Zonas avasculares y de adelgazamiento (necrosis)!!!
Tratamiento	Corticoides tópicos	Corticoides sistémico
Pronóstico	Bueno	Malo

3. TRAUMATISMOS

- QUEMADURA QUÍMICA**
- ABRASIÓN CORNEAL**
- CUERPOS EXTRAÑOS**
- SD. NIÑO MALTRATADO**

3. TRAUMATISMOS

- QUEMADURA QUÍMICA**
- ABRASIÓN CORNEAL**
- CUERPOS EXTRAÑOS**
- SD. NIÑO MALTRATADO**

QUEMADURA QUÍMICA

ÁLCALIS



- Lejías
- Amoniaco
- Yesos

-CAL VIVA →

~~agua~~

ÁCIDOS

- Vinagre
- Pilas
- Limpiador de piscinas

OTRAS

- Disolventes
- Detergentes
- Irritantes



Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016

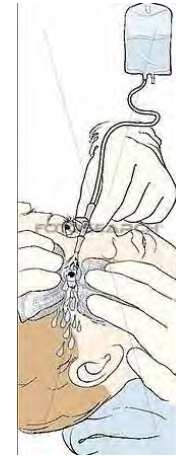


TRATAMIENTO DE URGENCIA

- IRRIGACIÓN SS ó RG (**excepto cal**) 30 MINUTOS
- **NUNCA** neutralizar
- **Anestésico tópico y blefarostato**
- **Evertir párpados**
- **Eliminar partículas**



ACEITE



ANAMNESIS

- Hora
- Tiempo
- Tipo producto
- Protección ocular

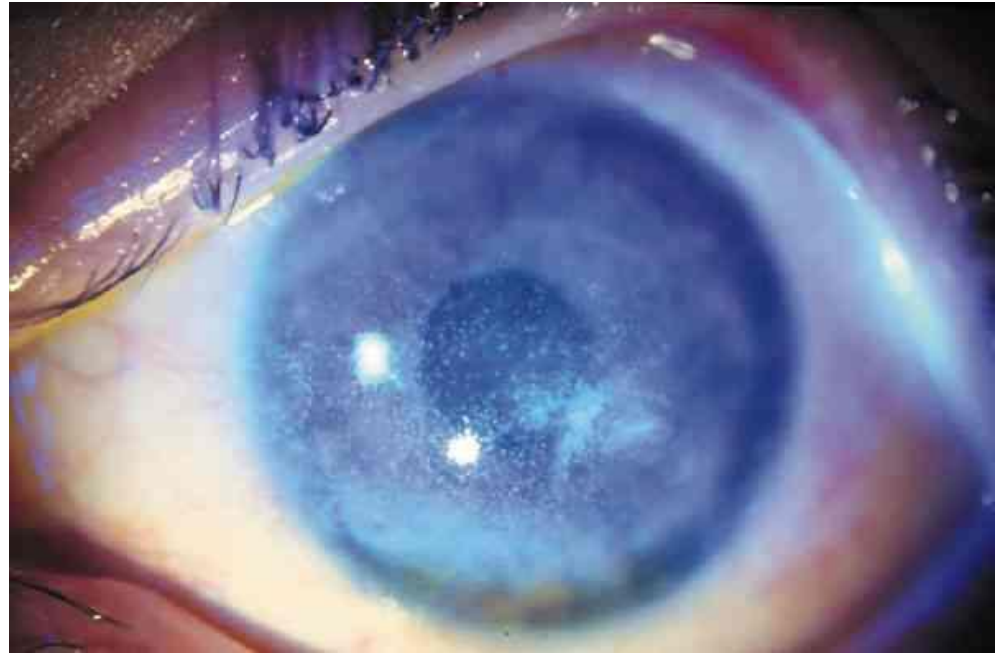
EXPLORACIÓN OCULAR

- QUEMADURAS LEVES-MODERADAS
- QUEMADURAS GRAVES

QUEMADURAS LEVES – MODERADAS

SIGNOS

- Quemadura **piel** 1º y 2º grado
- Edema** palpebral leve
- Hiperemia** conjuntival, hemorragias
- Defectos epiteliales **conjuntivales**
- Defectos epiteliales **corneales**
(QPS, focales, desprendimiento)
- NO isquemia perilímbica**



TRATAMIENTO

- Ciclopléjico** 1% (IRITIS TRAUMÁTICA) c/12 h
- Antibiótico** tópico (pomada) c/2 h +/- corticoide
- Parche** compresivo 24 h
- Analgésico** VO

SEGUIMIENTO(24-48h hasta resolución)

Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz, 2016



QUEMADURAS GRAVES

SIGNOS

- Quemaduras 2º y 3º grado piel
- Quemosis pronunciada
- Blanqueamiento conjuntival
- Isquemia perilímbica
- Edema y opacificación corneal



TRATAMIENTO

- Desbridar tejido necrótico
- Ciclopléjico 1% c/8h
- ATB tópico (quinolona) 4-9 v/d
- Corticoide tópico 4-9 v/d
- Parche compresivo
- Membrana amniótica

SEGUIMIENTO (diario)



3. TRAUMATISMOS

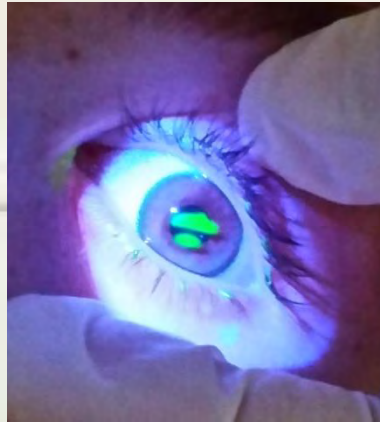
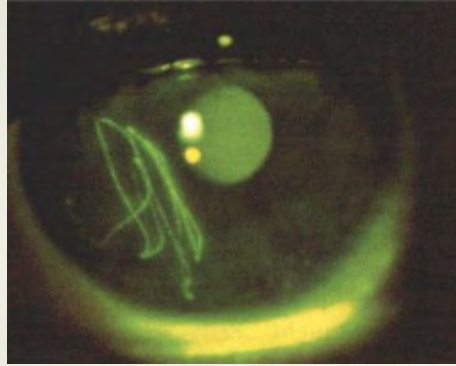
- QUEMADURA QUÍMICA
- ABRASIÓN CORNEAL**
- CUERPOS EXTRAÑOS
- SD. NIÑO MALTRATADO

ABRASIÓN CORNEAL

Defecto epitelial provocado por golpe, arañazo, roce.

SÍNTOMAS

- Dolor agudo
- Fotofobia
- Sensación CE
- Lagrimero



SIGNOS

- Edema palpebral
- Inyección conjuntival
- Defecto epitelial FLUO+
- Ausencia opacidad corneal



TRATAMIENTO

-CICLOPLÉJICO 1% una gota en consulta ó cada 12 horas 2d

-ATB TÓPICO: Pomada eritromicina cada 4,6,8 horas*

-PARCHE COMPRESIVO: evitar apertura palpebral*

~~-CORTICOIDES:~~ RETRASAN CICATRIZACIÓN
FAVORECEN INFECCIÓN

-ANALGÉSICO VO

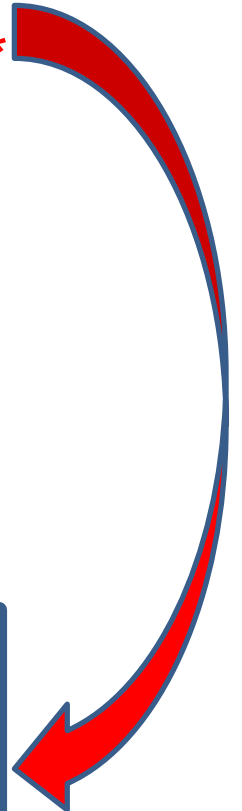


Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016

UÑAS ó MATERIA VEGETAL

-QUINOLONA 4 v/día
-NO PARCHE

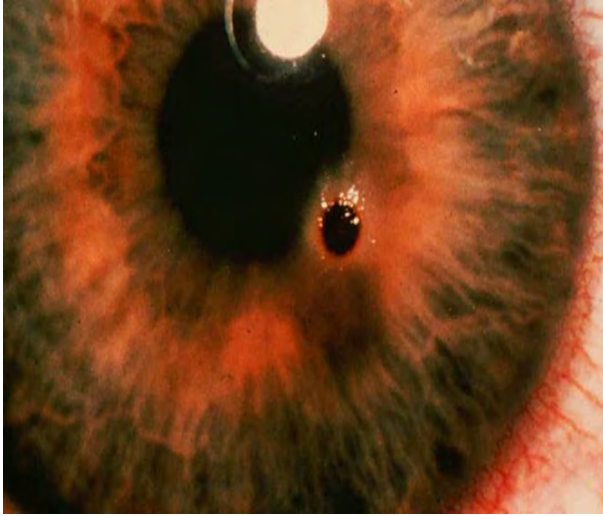
HONGOS



3. TRAUMATISMOS

- QUEMADURA QUÍMICA
- ABRASIÓN CORNEAL
- CUERPOS EXTRAÑOS
- SD. NIÑO MALTRATADO

CUERPOS EXTRAÑOS CONJUNTIVALES Y CORNEALES



SÍNTOMAS

- Sensación CE
- Lagrimeo

SIGNOS

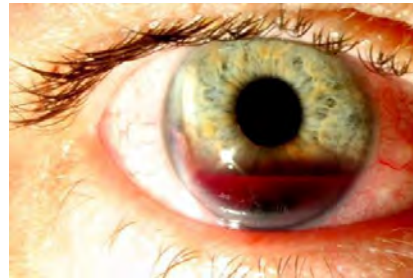
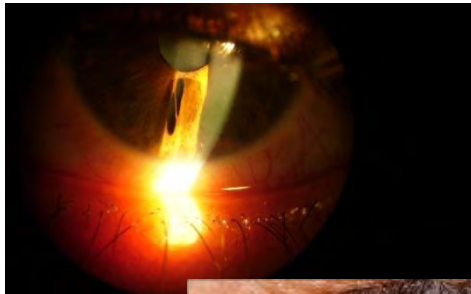
- Edema palpebral
- Inyección conjuntival
- CE corneal o conjuntival
- Infiltrado reactivo y estéril



ANAMNESIS



SOSPECHAR CEIO



**TAC
CRANEAL Y
ORBITARIO**

TTO QX

TRATAMIENTO

CE CORNEAL

1. Anestésico tópico
2. Retirar CE con hemosteta
3. Eliminar halo de óxido
4. TRATAMIENTO IGUAL QUE ABRASIÓN CORNEAL



CE CONJUNTIVAL

1. Inaccesibles y enterrados
2. Fondos de saco



3. TRAUMATISMOS

- QUEMADURA QUÍMICA
- ABRASIÓN CORNEAL
- CUERPOS EXTRAÑOS
- SD. NIÑO MALTRATADO**

SD. NIÑO MALTRATADO

- Forma grave maltrato infantil
- < 1 año

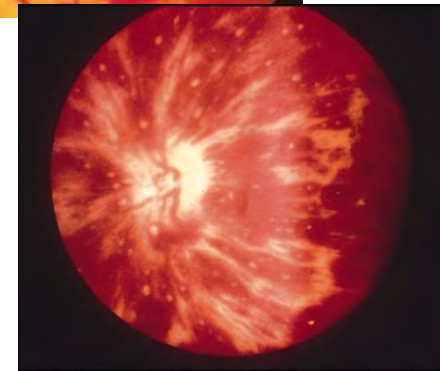
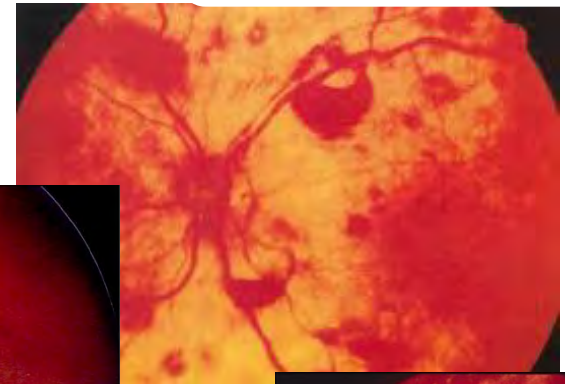
HEMORRAGIA INTRACRANEAL
FX ESQUELETICAS
HEMORRAGIAS RETINIANAS



NO SIGNOS → FO

SIGNOS oculares / encefálicos
Complicaciones sistemicas
Observación manif oculares

HV --> vitrectomía
Pronóstico invariable
Tasa mortalidad 30%
Secuelas
20% pérdida visual



4. PATOLOGIA INFLAMATORIA - INFECCIOSA ANEJOS OCULARES



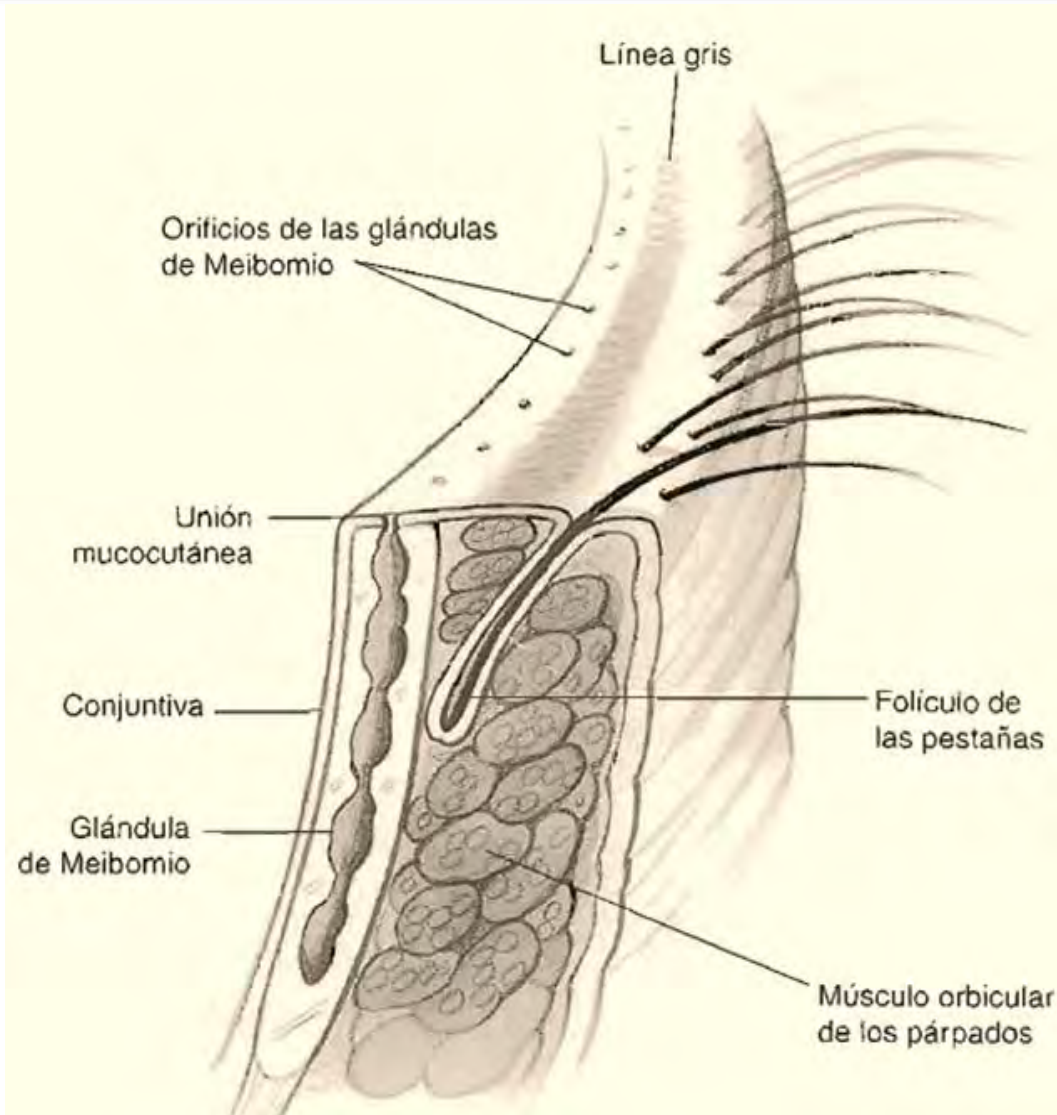
- ❑ ORZUELO/CHALAZION
- ❑ DACRIOCISTITIS
- ❑ OBSTRUCCION CONGENITA DEL CNSL
- ❑ CELULITIS PRESEPTAL Y CELULITIS ORBITARIA

4. PATOLOGIA INFLAMATORIA - INFECCIOSA ANEJOS OCULARES



- ORZUELO/CHALAZION
- DACRIOCISTITIS
- OBSTRUCCION CONGENITA DEL CNSL
- CELULITIS PRESEPTAL Y CELULITIS ORBITARIA

ORZUELO/CHALAZION



- Infección **aguda**
- Inflamación **crónica**
- **Staphylococcus**

• Repetición:
REFRACTIVO

• **CEL. PRESEPTAL**

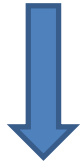


© iStockphoto. All rights reserved.

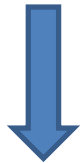
Nódulo, eritema, edema, CE, blefaritis, acné

TRATAMIENTO

- COMPRESAS CALIENTES 10 min 4v/d
- MASAJE
- TERRACORTRIL c/8h 7-14 días
- CEL PRESEPTAL: amoxicilina c/8h



INYECCIÓN TRIGÓN INTRALESIONAL



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

4. PATOLOGIA INFLAMATORIA - INFECCIOSA ANEJOS OCULARES



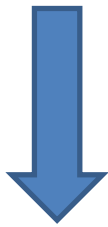
- ORZUELO/CHALAZION
- DACRIOCISTITIS**
- OBSTRUCCION CONGENITA DEL CNSL
- CELULITIS PRESEPTAL Y CELULITIS ORBITARIA

DACRIOCISTITIS

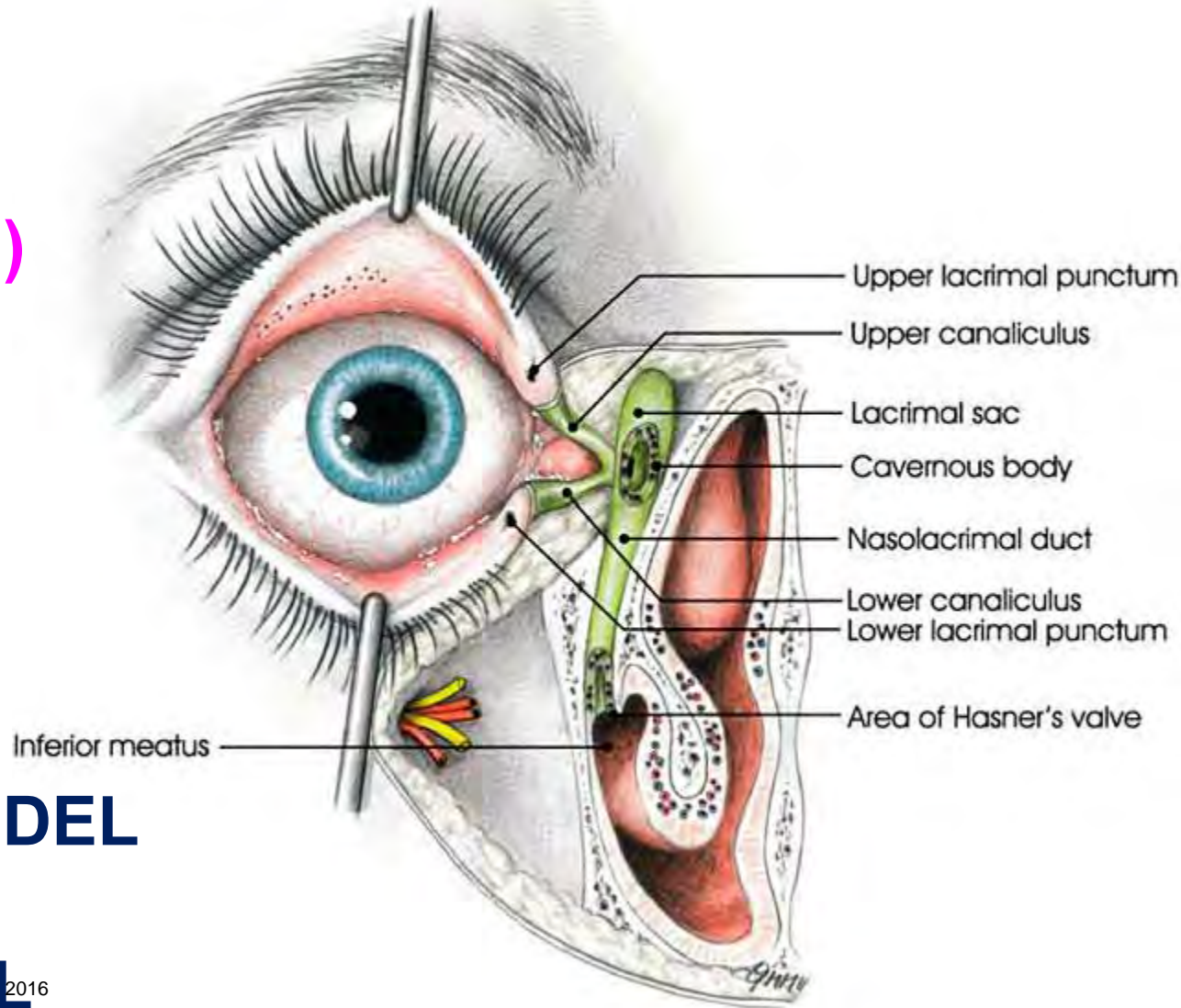
Bacterias
grampositivas

(Staphylococcus)

CAUSA MÁS
FRECUENTE



OBSTRUCCIÓN DEL
CONDUCTO
NASOLACRIMAL



SÍNTOMAS Y SIGNOS



NO SONDAR NI IRRIGAR

- Dolor
- Eritema
- Hinchazón
- Lagrimeo
- Secreción
- Fiebre
- **Secreción mucoside-purulenta**

EXPLORACIÓN



- Presión (contralateral)
- Ocular: **PROPTOSIS**
- **MUESTRA-CULTIVO**
- **TAC**

TRATAMIENTO

1. ANTIBIOTICOS SISTÉMICOS

	< 40 kg mayores 5 años	> 40 kg
AFEBRIL, BEG	Amoxicilina/clavulánico 25-45 mg/kg/día VO c/12h (Dosis máxima diaria 90mg/kg)	Amoxicilina/clavulánico 500 mg cada 8h Cefalexina 500 mg c/6h
FEBRIL, MEG	Hospitalización Cefuroxima IV 50-100 mg/kg/día, cada 8h	Hospitalización Cefazolina IV 1 g cada 8h

2. ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (combinación)

3. COMPRESAS CALIENTES + MASAJE

4. ANALGÉSICOS

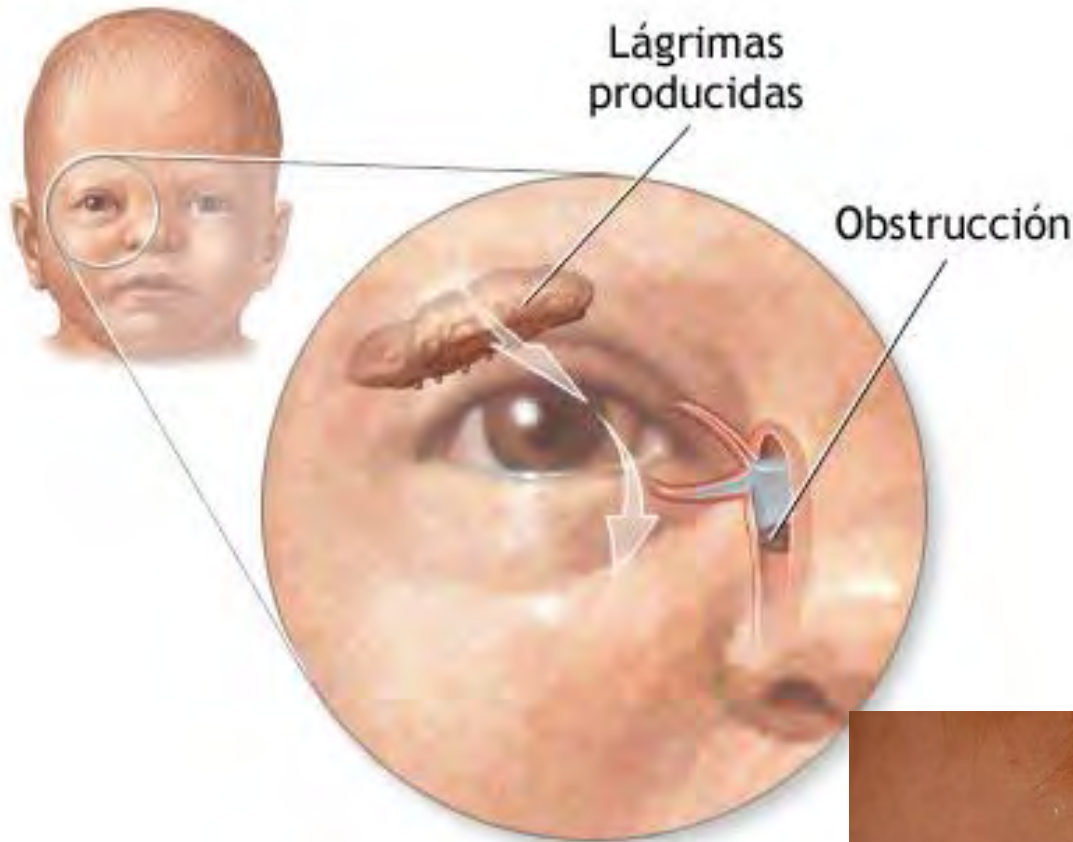
5. INCISIÓN Y DRENAJE

4. PATOLOGIA INFLAMATORIA - INFECCIOSA ANEJOS OCULARES



- ORZUELO/CHALAZION
- DACRIOCISTITIS
- OBSTRUCCION CONGENITA DEL CNSL
- CELULITIS PRESEPTAL Y CELULITIS ORBITARIA

OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA CNSL



- 1 o 2 meses de vida
- Ojos húmedos
- Conjuntivitis recurrentes
- Dacriocistitis
- Membrana imperforada
- Palpación
- Prueba de desaparición del colorante

- Presión digital 4v/día
- ATB tópico 4v/día
- SONDAJE A PARTIR DE 1 AÑO DE EDAD

Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. Badajoz. 2016



4. PATOLOGIA INFLAMATORIA - INFECCIOSA ANEJOS OCULARES



- ORZUELO/CHALAZION
- DACRIOCISTITIS
- OBSTRUCCION CONGENITA DEL CNSL
- CELULITIS PRESEPTAL Y CELULITIS ORBITARIA

CELULITIS PRESEPTAL



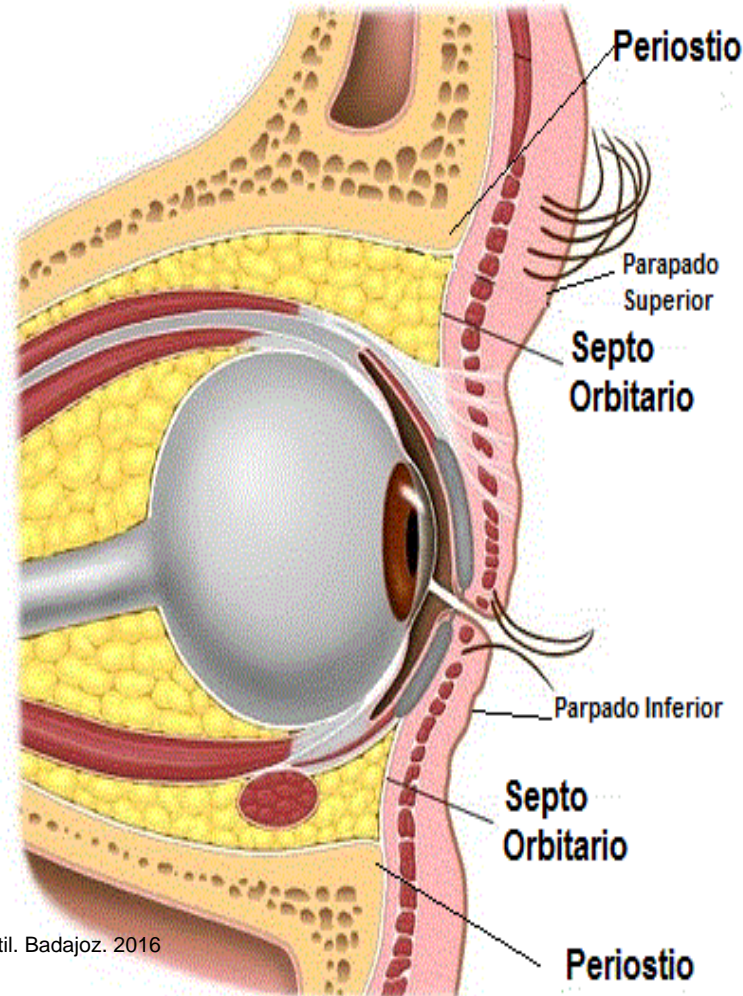
CELULITIS ORBITARIA

- DELANTE SEPTO
- Menores 5 años
- Dolor, hinchazón
- Febrícula

- Extension infección
- Traumático

- S.aureus, Strepto, H.influenzae
- Anaerobios, vírico

- Descartar POST
- CTES
- Hemograma y hemocultivo



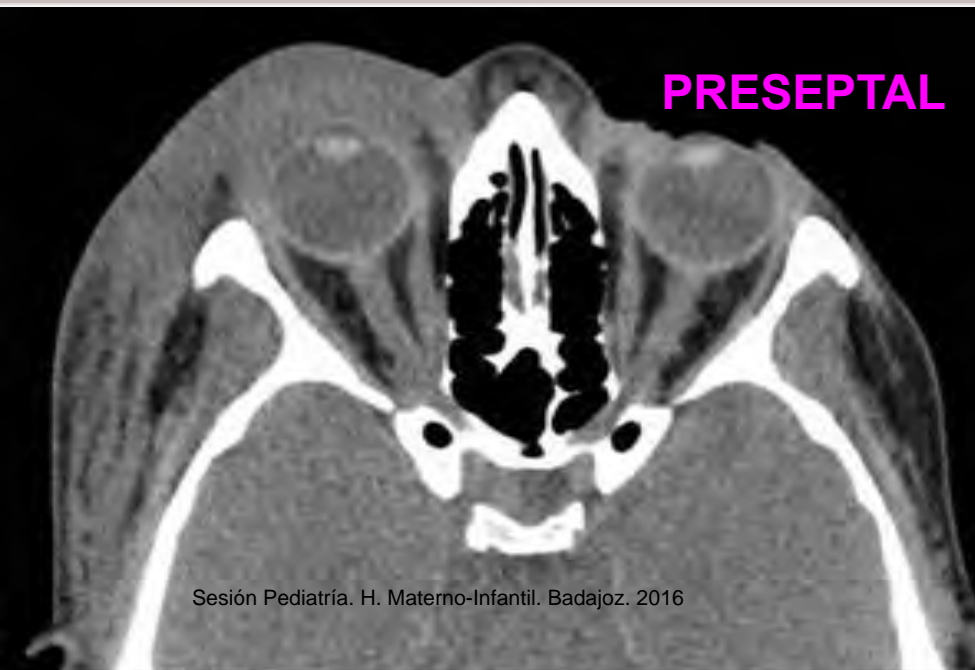
- DETRÁS SEPTO
- Mayores 5 años
- MOES
- PROPTOSIS
- NEUROPATIA OPTICA
- FIEBRE

- Sinusitis etmoidal(H.inf)
- Diseminación local o hematógena
- Postraumática
- Posquirúrgica

- Hemograma completo con fórmula leucocítica y hemocultivos.

INDICACIONES DE TAC CON CONTRASTE

1. Sospecha **CELULITIS ORBITARIA**
2. Sospecha de **COMPLICACIÓN INTRACRANEAL** (signos de meningismo o focalidad neurológica)
3. Afectación de **AV**
4. **Imposibilidad para la exploración** del globo ocular por edema palpebral importante
5. **Mala evolución** clínica a pesar de instaurarse tto atb correcto durante 24-48 horas.



TRATAMIENTO EMPÍRICO

- MÉDICO (dacriocistitis)
- ATB VO
- ATB IV (< 5 años, MEG, padres, hematógeno)
- SEGUIMIENTO clínico estrecho 48h
- DURACIÓN 7-10 días

- MÉDICO / QX complementario
 - absceso > 1,25 mm
 - mala respuesta tto IV 72h
 - empeoramiento AV
- ATB IV - INGRESO
- DURACIÓN 2-3 semanas
- Paso a VO: - No fiebre
 - Signos inflamatorios ↓
 - Reactantes de fase aguda ↓

Tabla 3. Tratamiento antibiótico empírico de celulitis preseptal y orbitaria

	Intravenoso	Oral
Preseptal	Amoxicilina-clavulánico ^a	Amoxicilina-clavulánico ^a
Orbitaria	Cefotaxima + clindamicina	Amoxicilina-clavulánico ^a
Inmunodepresión	Piperacilina-tazobactam + clindamicina/vancomicina ^b	
Alérgico betalactámicos	Vancomicina + clindamicina meropenem ± vancomicina/ clindamicina	Ciprofloxacino ± trimetoprim-sulfametoxazol

^a En caso de presencia de celulitis orbitaria por infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, el tratamiento de elección por vía intravenosa es la clindamicina y por vía oral el trimetoprim-sulfametoxazol.

^b Considerar añadir tratamiento antifúngico en caso de paciente inmunodeprimido.

Buena evolución

COMPLICACIONES CELULITIS ORBITARIA

ABSCESO SUBPERIÓSTICO

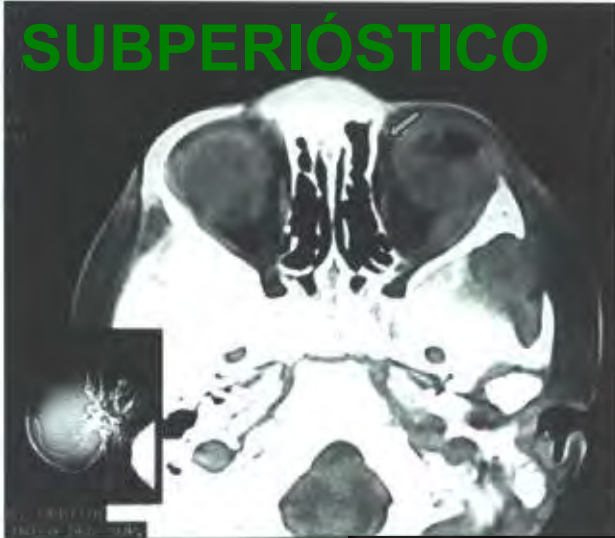


Figura # 3.- Absceso subperió
(flecha).

ABSCESO ORBITARIO



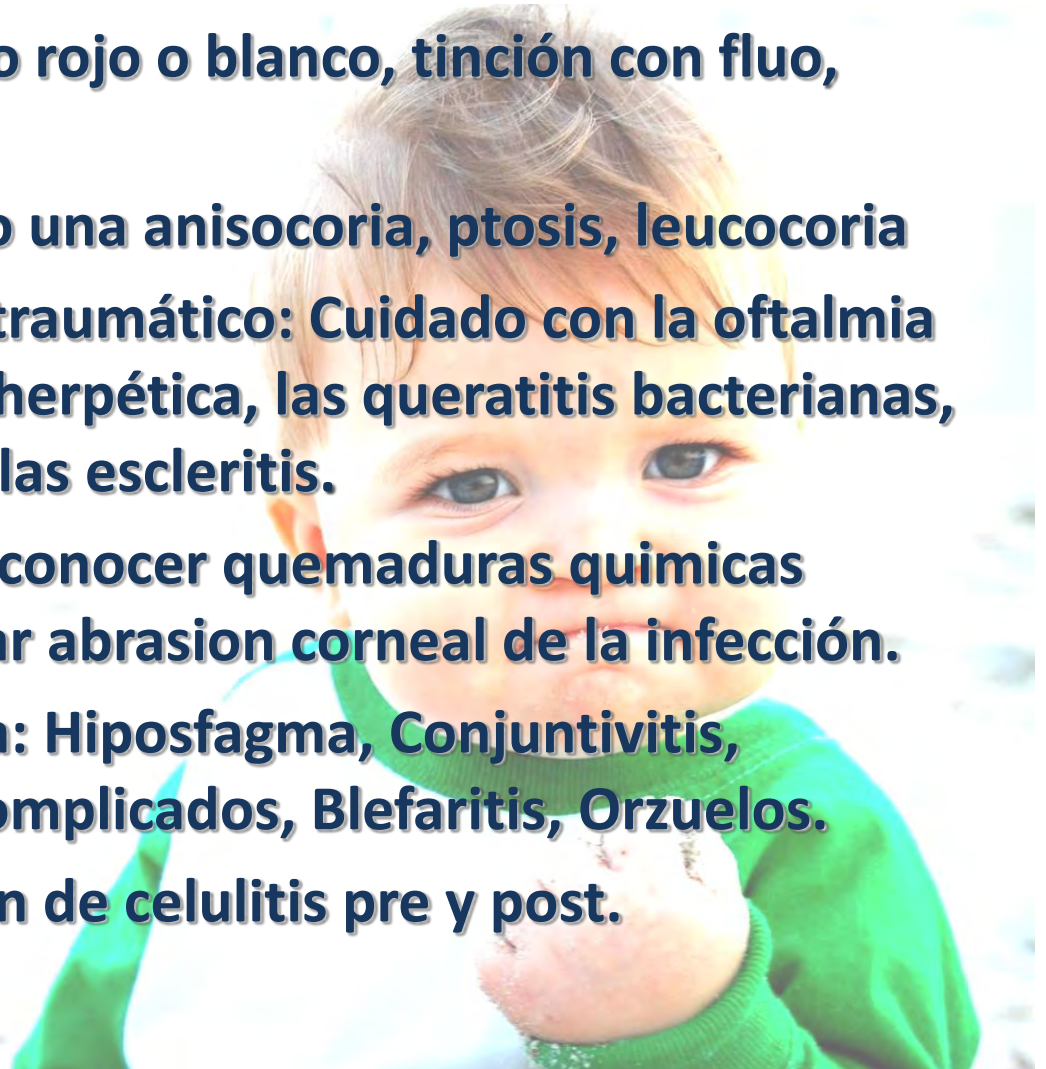
Trombosis seno cavernoso



Fig. 1. Opacificación parcial de seno esfenoidal izquierdo.

CONCLUSIONES

- ✓ Exploración pupilas, ojo rojo o blanco, tinción con fluo, medios tptes
- ✓ No pasar desapercibido una anisocoria, ptosis, leucocoria
- ✓ Ojo rojo pediátrico no traumático: Cuidado con la oftalmia neonatal gonocócica y herpética, las queratitis bacterianas, las uveítis anteriores y las escleritis.
- ✓ Ojo rojo traumático: reconocer quemaduras químicas graves, CEIO, diferenciar abrasion corneal de la infección.
- ✓ Tratable por el pediatra: Hiposfagma, Conjuntivitis, Cuerpos extraños no complicados, Blefaritis, Orzuelos.
- ✓ Manejo y diferenciación de celulitis pre y post.



¡MUCHAS GRACIAS!



**NIÑOS
AL
OFTAL
MÓLOGO**