

# Lesiones oculares en emergencia: cuerpos extraños, quemaduras químicas y traumatismos

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

## Lesiones oculares en emergencia: cuerpos extraños, quemaduras químicas y traumatismos

Las lesiones oculares constituyen una urgencia frecuente que puede causar pérdida permanente de visión si no se actúa correctamente en los primeros minutos. Según la OMS, cada año se producen 55 millones de lesiones oculares que restringen la actividad durante más de un día, y 750.000 casos requieren hospitalización. En escenarios de emergencia o colapso, los riesgos se multiplican por la exposición a escombros, sustancias químicas, fuego y proyectiles. Las guías del Royal College of Ophthalmologists y la American Academy of Ophthalmology establecen protocolos claros de actuación inicial que pueden preservar la visión incluso en entornos austeros.

### Evaluación inicial y triaje ocular

Antes de cualquier intervención, realizar una evaluación sistemática del ojo afectado. Esta evaluación permite clasificar la urgencia y determinar la actuación correcta.

Evaluar la agudeza visual: Comprobar si la víctima puede contar dedos a diferentes distancias, leer texto o percibir la luz. Comparar ambos ojos. La pérdida de visión indica lesión grave que requiere atención especializada urgente. Documentar la agudeza visual antes de cualquier maniobra.

Inspección externa: Examinar párpados, conjuntiva, córnea y pupilas. Buscar: heridas penetrantes, cuerpos extraños visibles, deformidad pupilar, hipema (sangre en cámara anterior), prolapso de tejido ocular (iris o vítreo). Comparar el tamaño y la reactividad de ambas pupilas.

Evaluar la motilidad ocular: Pedir a la víctima que siga un dedo en las 6 direcciones de la mirada (arriba, abajo, derecha, izquierda, y las dos diagonales). La limitación del movimiento o el dolor al mover el ojo puede indicar fractura orbitaria, atrapamiento muscular o lesión del nervio óptico.

Signos de lesión penetrante — NO manipular: Si se observa: pupila deformada o en forma de gota, prolapso de contenido ocular (tejido oscuro o gelatinoso asomando por la herida), pérdida de forma del globo ocular, hipema (nivel de sangre en la parte inferior de la córnea), o cuerpo extraño incrustado, NO tocar el ojo, NO retirar el objeto, NO aplicar presión, NO instilar colirios. Cubrir con un protector ocular rígido (vaso de plástico cortado) sin contacto con el ojo y evacuar urgentemente.

### Cuerpos extraños superficiales

Los cuerpos extraños superficiales (polvo, arena, pestañas, virutas metálicas no penetrantes) son la lesión ocular más frecuente. La extracción correcta previene abrasiones corneales y posibles infecciones.

Lavado ocular abundante: Primera línea de tratamiento. Utilizar agua limpia, suero fisiológico (0,9 % NaCl) o solución Ringer lactato. Inclinar la cabeza hacia el lado afectado y verter el líquido desde el ángulo interno (junto a la nariz) hacia el externo, para arrastrar el cuerpo extraño sin contaminar el otro ojo. Mantener los párpados abiertos durante el lavado. Cantidad mínima recomendada: 500 ml durante 10-15 minutos.

Eversión del párpado superior: Si el cuerpo extraño no es visible y se sospecha bajo el párpado superior: pedir al paciente que mire hacia abajo, sujetar las pestañas del párpado superior con pulgar e índice, colocar un bastoncillo o un palo fino sobre el párpado y voltear el párpado hacia arriba sobre el bastoncillo. Si el cuerpo extraño es visible, retirarlo con la punta húmeda de una gasa estéril o con el chorro de lavado.

Lo que NO hacer: No frotar el ojo: puede incrustar el cuerpo extraño o producir abrasión corneal. No usar pinzas ni objetos punzantes. No intentar retirar objetos que estén adheridos o incrustados en la córnea. No usar algodón seco directamente sobre la córnea (las fibras se adhieren).

### Quemaduras químicas oculares

Las quemaduras químicas oculares son la urgencia oftalmológica que más se beneficia de la actuación inmediata. El pronóstico depende directamente de la rapidez con que se inicie el lavado. Las quemaduras por álcalis (lejía, amoníaco, cal, cemento) son más graves que las ácidas porque penetran más profundamente en los tejidos oculares mediante saponificación de las membranas celulares (necrosis licuefactiva).

Lavado inmediato – los primeros 10 segundos son críticos: Iniciar el lavado con CUALQUIER agua disponible de inmediato, incluso antes de conocer el agente químico. No perder tiempo buscando soluciones estériles o neutralizantes. Cada segundo de contacto del químico con el tejido ocular aumenta la profundidad de la quemadura. Según el protocolo Diphoterine del PREVOR y las guías del Royal College of Ophthalmologists, el lavado debe iniciarse en el lugar del accidente.

Duración y volumen del lavado: Mínimo 20-30 minutos de lavado continuo para quemaduras por álcalis y 15-20 minutos para ácidos. Usar al menos 1-2 litros de agua. Mantener los párpados abiertos durante todo el lavado (puede requerir ayuda de otra persona o usar los dedos). Dirigir el chorro desde el canto interno al externo. Lavar también los fondos de saco conjuntivales evertiendo ambos párpados. Si hay partículas sólidas (cal, cemento), retirarlas con gasa húmeda antes de continuar el lavado.

Clasificación de Roper-Hall: Tras el lavado, evaluar la gravedad: Grado I (córnea clara, sin isquemia limbar, buen pronóstico); Grado II (córnea turbia pero se ve el iris, isquemia limbar 1/2 del limbo, pronóstico muy malo).

NUNCA intentar neutralizar: No aplicar ácido para neutralizar un álcali ni viceversa. La reacción exotérmica generaría una quemadura térmica añadida a la química, empeorando drásticamente la lesión. El tratamiento es SIEMPRE la dilución con agua abundante, independientemente del agente químico.

### Traumatismos contusos y protección ocular

Los traumatismos contusos (puñetazos, pelotas, impactos de escombros) pueden causar hipema, subluxación del cristalino, desprendimiento de retina, fractura del suelo orbitario (fractura blow-out) y rotura del globo ocular. La actuación inicial es conservadora.

Aplicar frío sin presión: Colocar una compresa fría o hielo envuelto en tela **SOBRE** el hueso orbitario circundante, nunca directamente sobre el globo ocular. 15-20 minutos cada hora. Reduce la inflamación y el sangrado periorbitario.

Posición semisentada: Mantener a la víctima con la cabeza elevada a 30-45 grados para reducir la presión intraocular y facilitar la reabsorción del hipema si lo hubiera. Evitar que la víctima se agache, tosa fuerte o haga esfuerzos.

Protector ocular rígido: Si se sospecha lesión grave, cubrir el ojo con un protector rígido que no contacte con el globo ocular: el fondo cortado de un vaso de plástico, un cazo pequeño o un protector ocular comercial. Fijar con esparadrapo a la frente y al pómulo. **NO** usar parches blandos (gasas pegadas) en sospecha de lesión penetrante o rotura: la presión podría extruir contenido ocular.

Signos que requieren evacuación urgente: Pérdida de visión, visión doble persistente, sangre visible dentro del ojo (hipema), deformidad de la pupila, ojo blando a la palpación suave comparado con el ojo sano, imposibilidad de mover el ojo en alguna dirección, o enoftalmos (ojo hundido). Todos estos signos indican lesión grave que requiere atención oftalmológica especializada.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.