

URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Wladimir Carassa

Cristina Gili

Mario López

Alicia Vidal

Tutora: Anna Miret



Hospital Universitari
MútuaTerrassa



ÍNDICE

1. Ojo rojo
 - Conjuntivitis
 - Queratitis
2. Ojo seco
3. Afectación del párpado:
 - Blefaritis
 - Orzuelo
 - Chalazión
 - Ectropion
 - Lagofthalmos
 - Dacriocistitis
4. Cuidados de enfermería

OJO ROJO AGUDO

	Hiposfagma	Conjuntivitis	Uveítis anterior aguda	Glaucoma	Queratitis	Escleritis	Epiescleritis
Inicio	gradual	gradual	gradual	súbito	súbito	súbito	súbito
Hiperemia	sectorial	periférica	ciliar	mixto	ciliar perilesional	ciliar	sectorial
Síntomas	-	escozor quemazón	dolor fotofobia	dolor severo náuseas - cefalea	dolor fotofobia	dolor intenso	picor lagrimeo
Dolor			+	+++	+	++	+
Disminución AV			++	+++	+/-		
Secreción		si					
Reflejo pupilar			pupila lenta	midriasis			
OFT*			derivación	derivación urgente	úlceras herpética o bacteriana	derivación	

OJO ROJO AGUDO

	Hiposfagma	Conjuntivitis	Uveítis anterior aguda	Glaucoma	Queratitis	Escleritis	Epiescleritis
Inicio	gradual	gradual	gradual	súbito	súbito	súbito	súbito
Hiperemia	sectorial	periférica	ciliar	mixto	ciliar perilesional	ciliar	sectorial
Síntomas	-	escozor quemazón	dolor fotofobia	dolor severo náuseas - cefalea	dolor fotofobia	dolor intenso	picor lagrimeo
Dolor			+	+++	+	++	+
Disminución AV			++	+++	+/-		
Secreción		si					
Reflejo pupilar			pupila lenta	midriasis			
OFT*			derivación	derivación urgente	úlceras herpética o bacteriana	derivación	

CASO CLÍNICO

- ▶ Paciente de 35 a refiere sensación de cuerpo extraño + **hiperemia** localizada en margen temporal de OD de 1 semana de evolución.
 - ▶ NO secreciones oculares
 - ▶ 1 episodio similar hace 1 año
 - ▶ Leve dolor a la presión ocular en ese sector



EPIESCLERITIS

- Se autolimita en 3-6 semanas
- Lágrimas artificiales si molestias
- NO AINEs ni corticoides tópicos

¿ CÓMO DIFERENCIAL DE ESCLERITIS?

Después de aplicar 1 gota de fenilefrina (vasoconstrictora) → lesión desaparece temporalmente a los 5' (vasos esclerales superficiales)

CASO CLÍNICO

- ▶ Mujer 55 años, esta mañana al mirarse al espejo ha visto una **mancha roja** en el ojo derecho. Sin otra clínica.
 - ▶ HTA
 - ▶ No antecedente traumático ocular
 - ▶ No hemorragias en otras localizaciones



HIPOSFAGMA

- Tranquilizar, puede durar 1 mes
- Descartar crisis hipertensiva
- Si episodios de repetición → coagulación

CASO CLÍNICO

- ▶ Chico de 37a, acude por **dolor ocular** moderado + **hiperemia** conjuntival mixta + **visión borrosa** de 1 semana de evolución en OI.
 - ▶ NO secreciones oculares
 - ▶ Antecedente de 3 episodios similares
 - ▶ Pupila normal
 - ▶ Resto exploración anodina



UVEITIS ANTERIOR AGUDA

- Sospecha → oftalmología en 24-48h
- Si demora o antecedente de uveítis:
 - Ciclopégico al 1% 1 gota/8h (para el dolor)
 - Corticoide tópico

CONJUNTIVITIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OJO ROJO

Comienzo	Gradual
Hiperemia	Periférica
Agudeza visual	Normal
Síntomas	Escozor Quemazón
Córnea	Transparente
Reflejo pupilar	Normal



C. ALÉRGICA

- ▶ Estacional
- ▶ Hiperemia conjuntival + Picor
- ▶ Pueden aparecer
 - ▶ **P**apilas (párpado su**P**erior)
 - ▶ **F**olículos (párpado In**F**erior)



TRATAMIENTO

Leve: lágrimas artificiales + Compresas frías

Moderado: Colirio antihistamínico (levocabastatina, olopatadina..) cada 8-12h, mantener 5 días post desaparición clínica

Graves: Añadir corticoide suave (fluorometolona 0,1%) *oft

El diagnóstico debe realizarlo un profesional

	ALÉRGICA	BACTERIANA	VÍRICA
AFECTACIÓN	Bilateral	Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 h.	Unilateral al inicio, bilateral en pocos días
HIPEREMIA			
PICOR			
SECRECIÓN	Mucosa, filante	Abundante y purulenta	Acuosa
SENSACIÓN ARENILLA			
LAGRIMO			
FOTOFOBIA			

ALÉRGICA

Bilateral



Mucosa, filante



C. BACTERIANA

- ▶ S. Aureus
- ▶ Secreción mucosa o blanco-verdosa

TRATAMIENTO

ATB tópico en colirio 4-5 VD (pomada nocturna)

Valorar antiinflamatorio en colirio 4-5 VD

NO dar corticoide de forma sistemática

El diagnóstico debe realizarlo un profesional

	ALÉRGICA	BACTERIANA	VÍRICA
AFECTACIÓN	Bilateral	Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 h.	Unilateral al inicio, bilateral en pocos días
HIPEREMIA			
PICOR			
SECRECIÓN	Mucosa, filante	Abundante y purulenta	Acuosa
SENSACIÓN ARENILLA			
LAGRIMEO			
FOTOFOBIA			

BACTERIANA

Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 h.



Abundante y purulenta



C. VÍRICA

- ▶ Entidad estacional MUY CONTAGIOSA
- ▶ Puede coexistir
 - ▶ Edema palpebral, quemosis conjuntival, pseudomembranas...

TRATAMIENTO

ATB tópico profiláctico SOLO EN OJO AFECTO → 2 semanas aprox, NO <5 días

- Eritromicina 1 gota cada 8h (elección en pediatría)
- Cloranfenicol, Aureomicina...

Lentes de contacto → introducir 2 semanas post → cubrir Pseudomona:

- Aminoglicosidos
- Quinolonas

CORTICOIDES, ¿cuándo? *pauta decreciente cada 5 días*

- ▶ BL con pseudomembranas : dexametasona o acetato de prednisolona 1 gota c/6h
- ▶ BL con gran componente inflamatorio: fluorometolona 1 gota c/6h

El diagnóstico debe realizarlo un profesional

	ALÉRGICA	BACTERIANA	VÍRICA
AFECTACIÓN	Bilateral	Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 h.	Unilateral al inicio, bilateral en pocos días
HIPEREMIA			
PICOR			
SECRECIÓN	Mucosa, filante	Abundante y purulenta	Acuosa
SENSACIÓN ARENILLA			
LAGRIMEO			
FOTOFOBIA			

VÍRICA

Unilateral al inicio, bilateral en pocos días



Acuosa



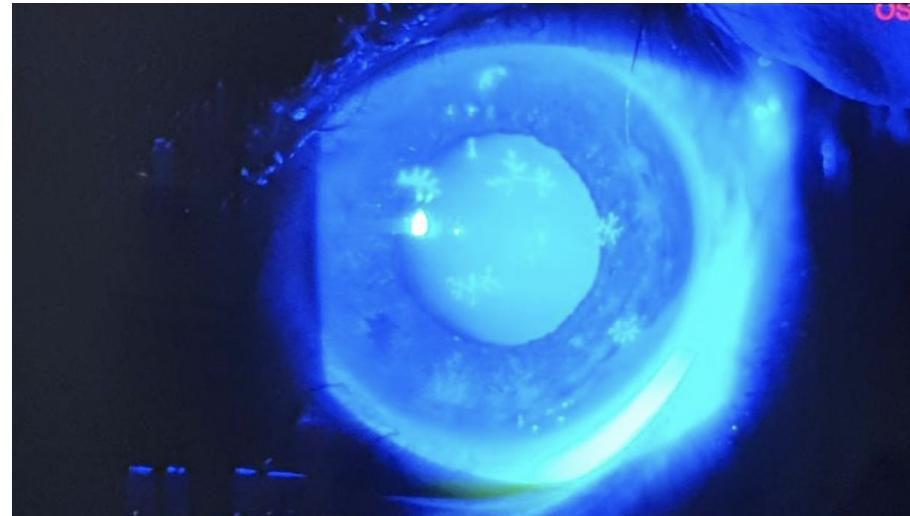
AFECTACIÓN DE LA CÓRNEA

CASO CLÍNICO

Varón de 45 años, trabaja en la construcción (uso de radial), acude por presentar ambos ojos rojos, sensación de escozor y dolor moderado.

EF: ojo rojo con edema palpebral

AV: 1/1



Tinción de fluoresceína

LESIÓN CORNEAL TRAUMÁTICA

- Mecanismo acción, cáustico, tiempo
- Eversión del párpado superior y exposición del fondo de saco.
- Tinción con fluoresceína: se fija a las zonas de la córnea con pérdida epitelial.
- Test de Seydell: comunicación entre la cámara anterior del ojo y la exterior (perf)



EROSIONES CORNEALES	QUERATITIS ACTÍNICA	QUEMADURAS QUÍMICAS/TÉRMICAS
Retirar cuerpo extraño con torunda (si metálico eliminar óxido/orgánica control 24h+ no ocluir).	Curar sin secuelas en 48 h	Lavado abundante SF 15-20 min Alcalino
<p>Pomada epitelizante cada 8 horas hasta la resolución (disminuye roce)</p> <p>Colirio ATB/ Colirio ciclopléjico (alivia el espasmo ciliar/ dolor). No glaucoma de ángulo cerrado.</p> <p>Analgesia sist</p> <p>Evitar abuso AINE tópico</p>		

Mec impt → Derivar

QUERATITIS

Ojo rojo doloroso- patología inflamatoria/infecciosa

BACTERIANA	VÍRICA	MICÓTICA
S. Aureus, Neumococo, Estreptococo, Pseudomonas	VHS, VHZ	Aspergillus
ciclopléjico col c/8h + ATB: ciprofloxacino, tobramicina, TMP-SMTX tópico 1 gota/2 5d + pomada atb ocular tópica 3 v/d 7d.	ciclopléjico col c/8h + pomada de aciclovir 5 veces/ día 7-10 días.	ciclopléjico col c/8h + fármacos antifúngicos (econazol al 1% tópico o ketoconazol sist en casos graves).

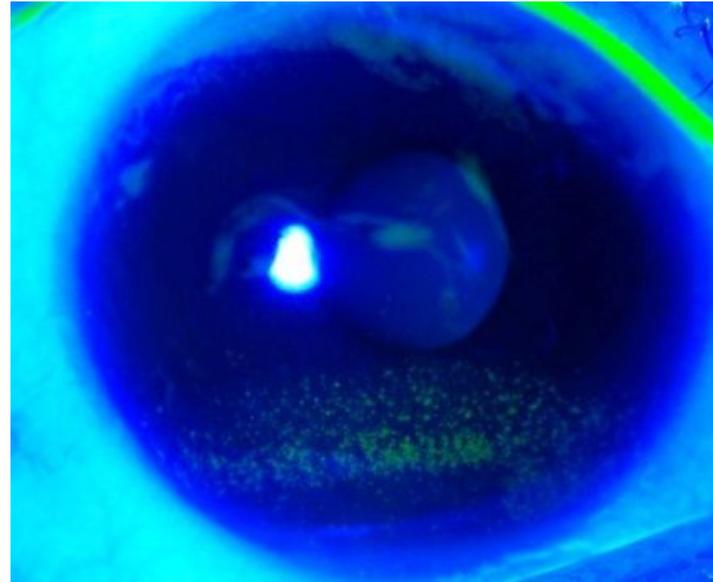
NO CC

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años con molestias de ambos ojos

- ▶ meses de evolución
- ▶ “como si tuviera arenilla dentro”

Tinción fluoresceína



OJO SECO

OJO SECO

- Entidad frecuente/infradiagnosticada
- Mujeres
- 2/3 población > 45 anys
- FR: extremos del día, uso de pantalla, calefacc/AC, viento
- Asociado actividad laboral
- Enf asociada: Sjogren

Test
Schirmer



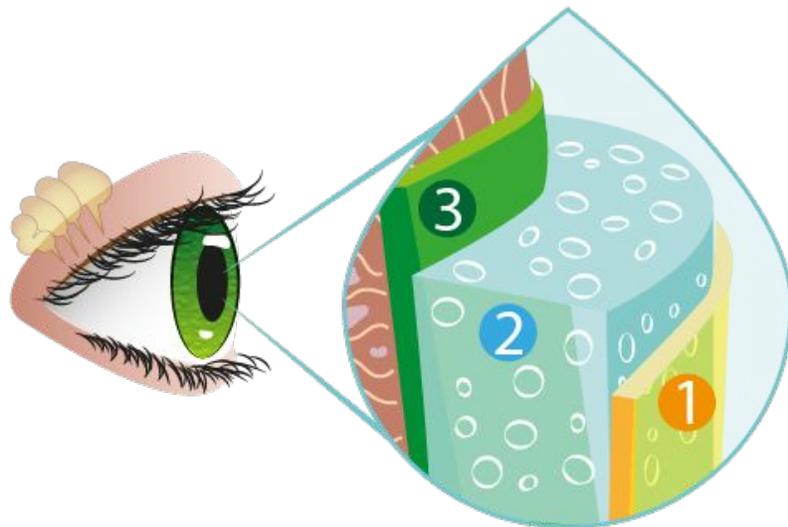
SÍNDROME OJO SECO

- Alteración de la calidad/cantidad
- Naturaleza crónica
- Lágrimas artificiales (lubrican/protegen/antiinflamat)

EVAPORATIVO

HIPOSECRETOR

MIXTO



1 Capa lipídica.

2 Capa acuosa.

3 Capa mucosa-mucínica.

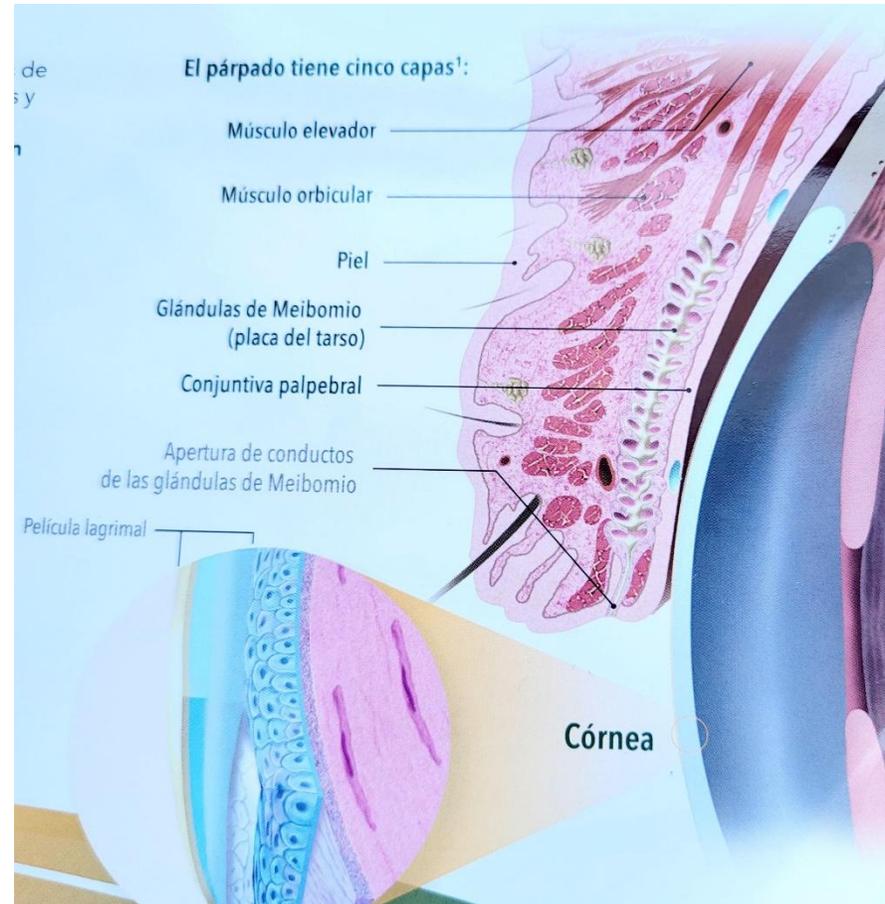
Glándulas de Meibomio

Glándula lagrimal ppl

AFECTACIÓN DEL PÁRPADO

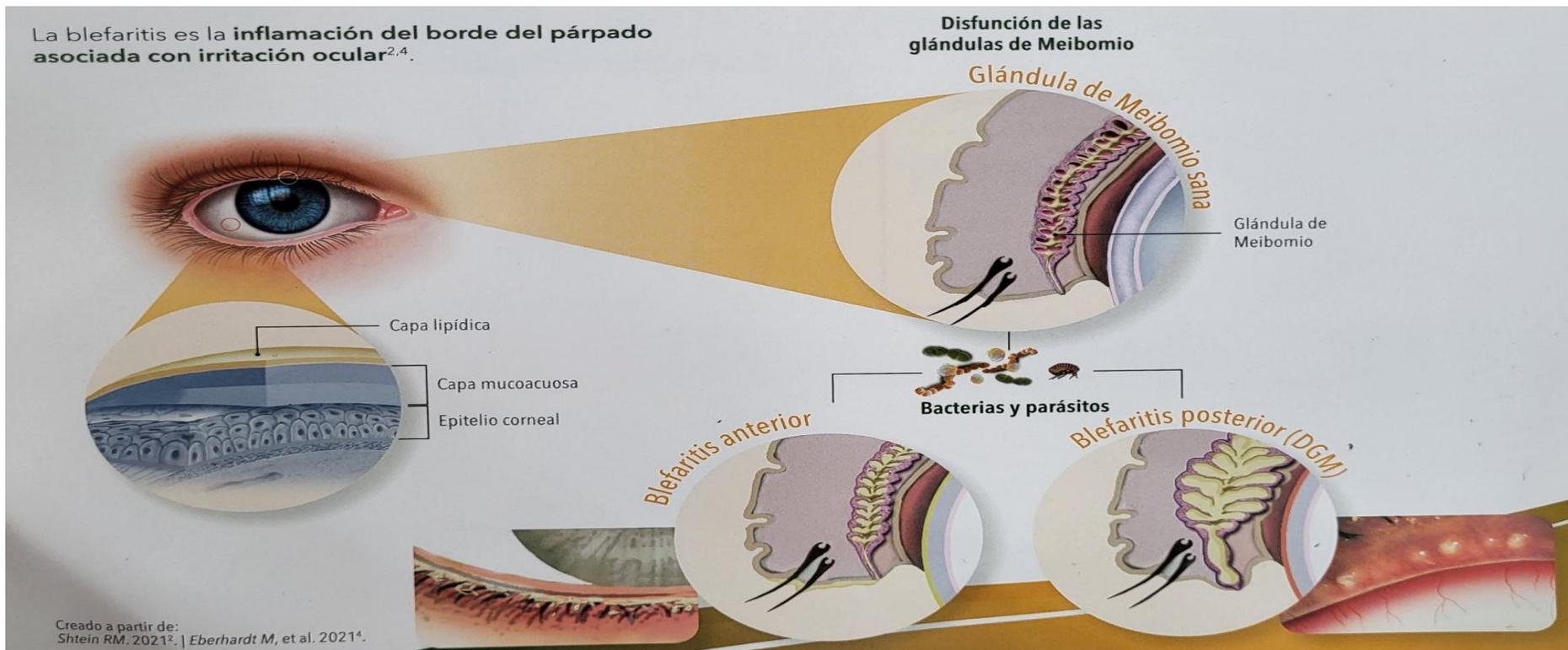
PATOLOGÍA DEL PÁRPADO

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

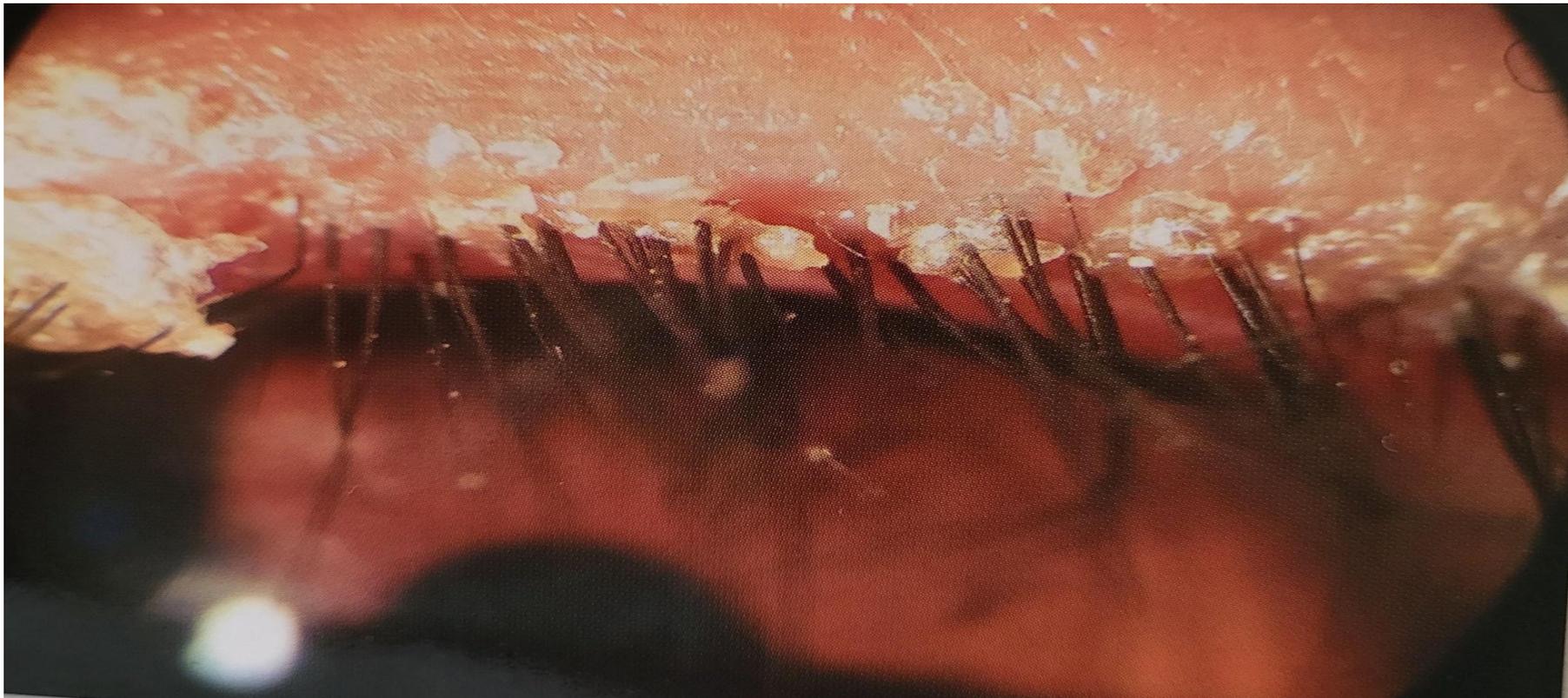


PATOLOGÍA DEL PÁRPADO

BLEFARITIS



BLEFARITIS ANTERIOR



BLEFARITIS POSTERIOR



TRATAMIENTO

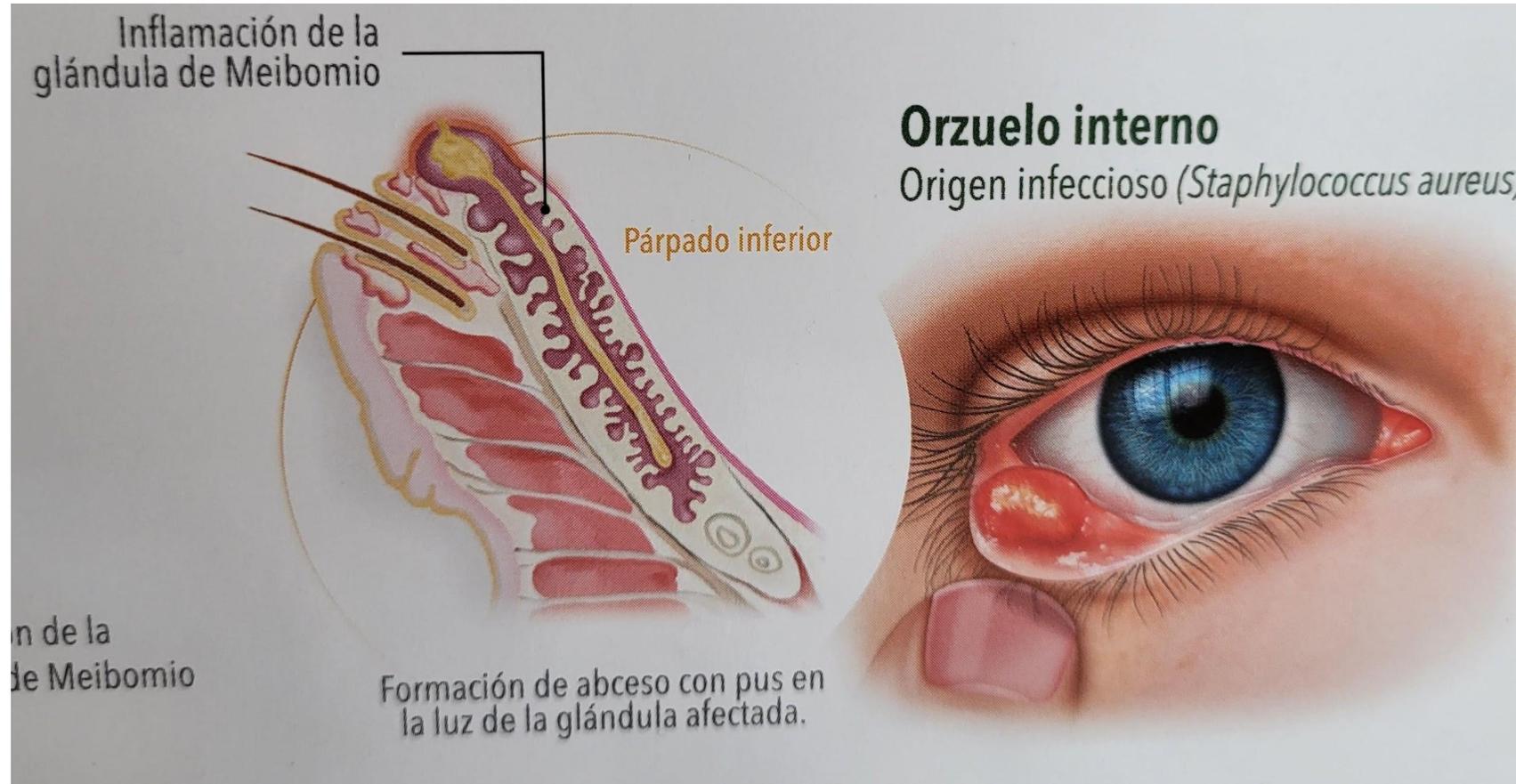
- ▶ Lavados **champú neutro**.
- ▶ **Calor seco local** 10-15 min 2-4 veces al día
- ▶ Si xeroftalmía lágrimas artificiales
- ▶ Si moderada/grave **pomada oftálmica** de eritromicina o azitromicina al acostarse.
- ▶ Considerar colirio de ciclosporina 0,05% 2v/día en meibomitis
- ▶ Si no responde **ABT oral**:
 - ▶ tetraciclinas 250mg vo c/6h o doxiciclina 100mg/12h 1-2 semanas (embarazadas, madres lactantes, niños eritromicina 200mg vo /12h.)

PATOLOGÍA DEL PÁRPADO

ORZUELO EXTERNO



ORZUELO INTERNO

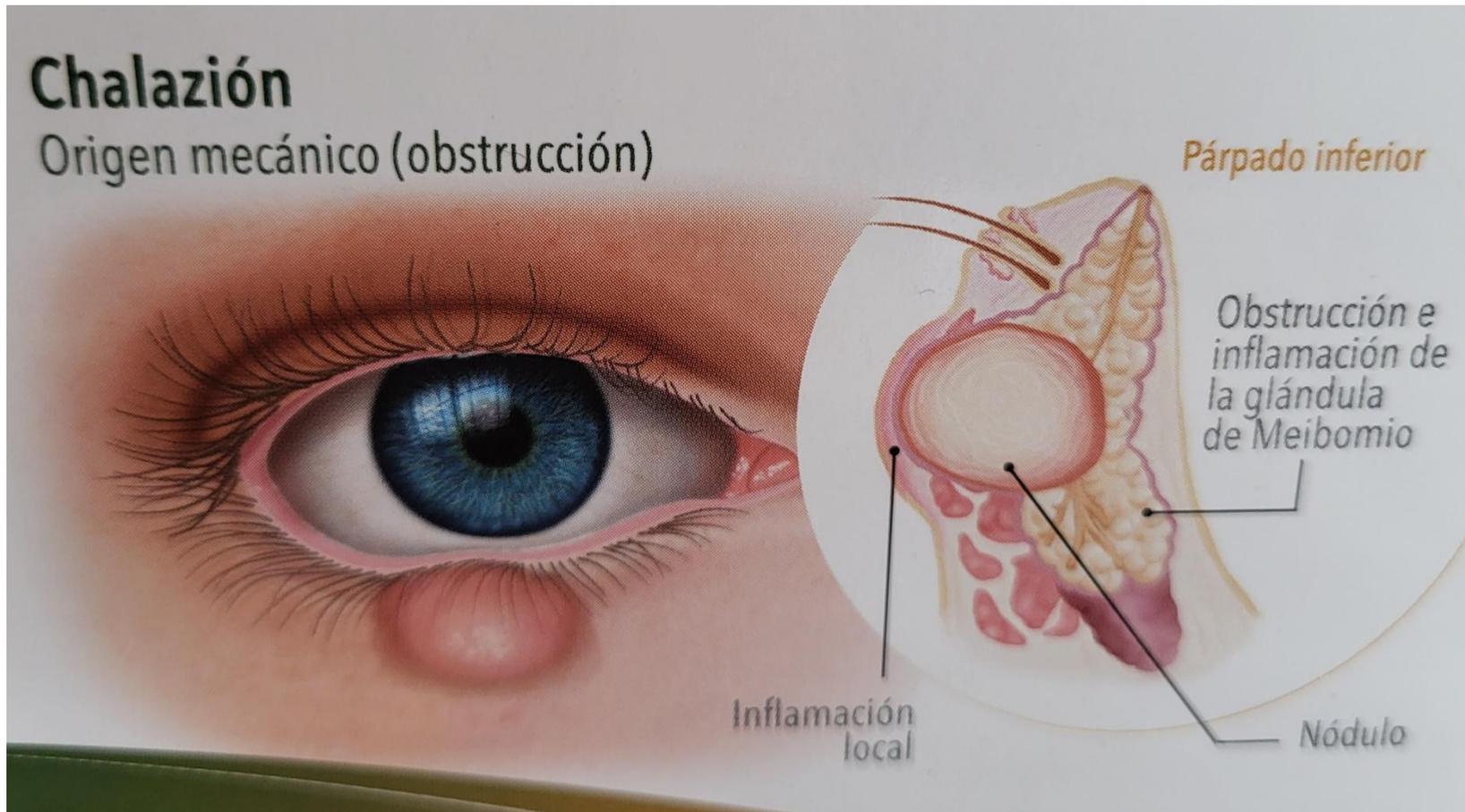


PATOLOGÍA DEL PÁRPADO

CALACIO

Chalazión

Origen mecánico (obstrucción)



ORZUELO Y CALACIO

TRATAMIENTO

- ▶ Calor local+ masaje
- ▶ ABT tópico (pomada de eritromicina/ bacitracina 2v/dia)
- ▶ ABT Sistémico: Doxiciclina 100mg/12h po 1-2 sem.
- ▶ Incisión + drenaje + cobertura AB (amoxiclav. 875mg vo c/12h)

- ▶ Calazio
 - ▶ Incisión y legrado

22:33     55%

← PROA

Mussol

Inicialment calor local*. Si sobreinfecció tractament tòpic:

 **FUSÍDIC** 

1 aplicació/12h x 5-7 dies

Alternativa:

 **Eritromicina pomada oft 0,5%** 

1 aplicació/12h x 5-7 dies

*Si el mussol és extern aplicar calor sec. Si és intern aplicar calor humit i pot ser necessari afegir una pomada de corticoïd tòpic

Actualització 2021

III O <

ECTROPIÓN

Afección en la que el párpado se pliega hacia fuera.

Etiología

Involutiva: Envejecimiento.

Paralítica: Parálisis del 7º par craneal.

Cicatricial: Quemadura química, cirugía cicatrización de una laceración del párpado, alteraciones dermatológicas (p. ej, eccema, ictiosis) y otras

Mecánica: Herniación de la grasa orbitaria, tumor palpebral y otras

Alérgica: Dermatitis de contacto

Congénita. Síndromes malformativos faciales.



ENTROPIÓN

Inversión del párpado que empuja las pestañas (por lo demás normales) sobre el globo ocular.

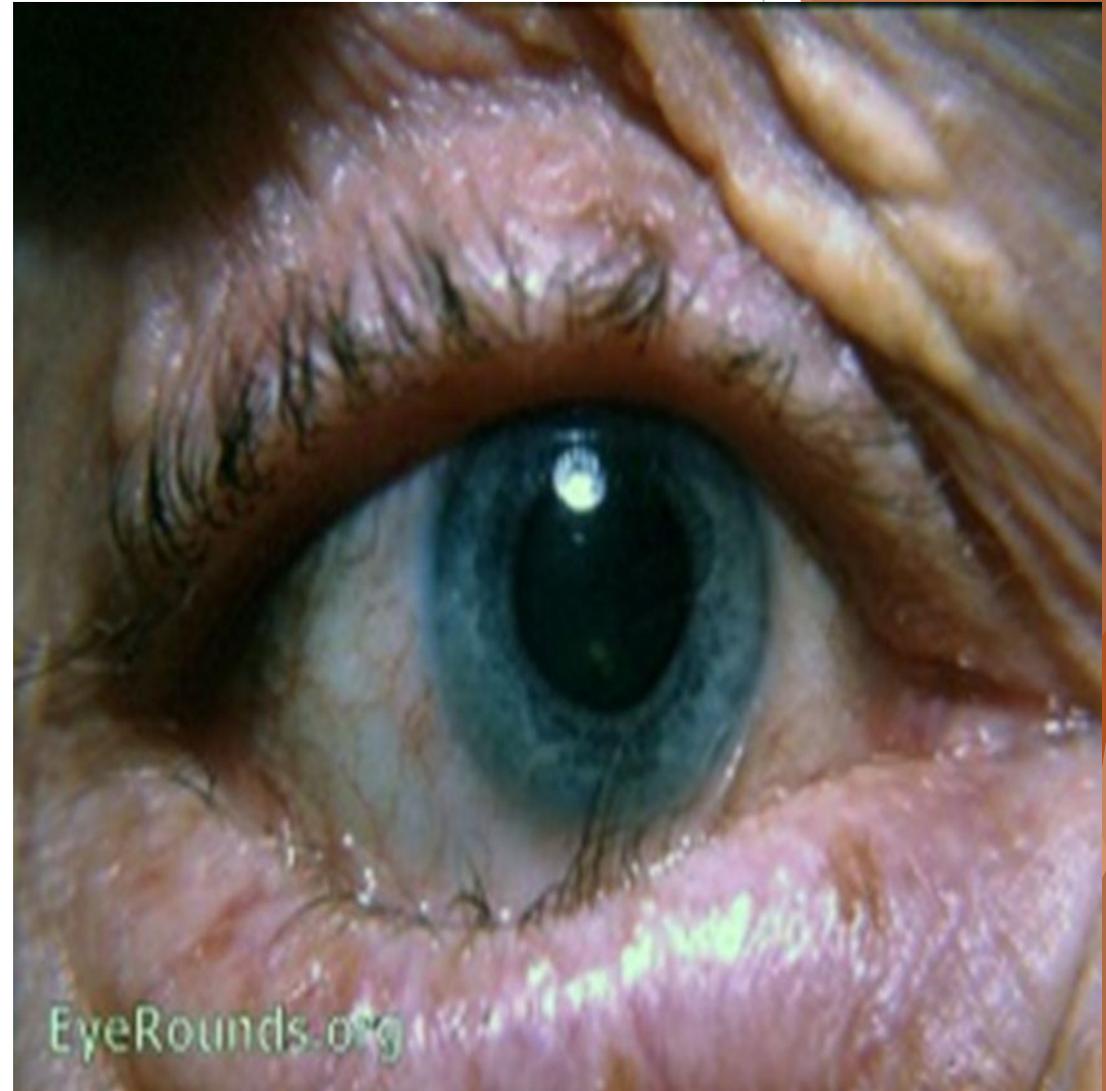
Etiología

Involutiva: Envejecimiento

Cicatricial: Cicatrizaciones de la conjuntiva por quemadura química, traumatismo...

Espástica: Traumatismo quirúrgico, irritación ocular, blefaroespasma

Congénita



ECTROPIÓN/ENTROPIÓN

TRATAMIENTO

- **1.-** Pomada antibiótica y lubricante para el **tratamiento de la QPS**

- **2.- Medida temporal:**

Ectropión: Mantener los párpados en posición natural mediante cinta adhesiva como medida terapéutica temporal.

Entropión: evertir el borde palpebral alejándolo del globo ocular y fijándolo con esparadrapo

- **3. Cirugía** para conseguir la corrección permanente.

PATOLOGÍA DEL PÁRPADO

LAGOFTALMOS



LAGOFTALMOS

CAUSAS

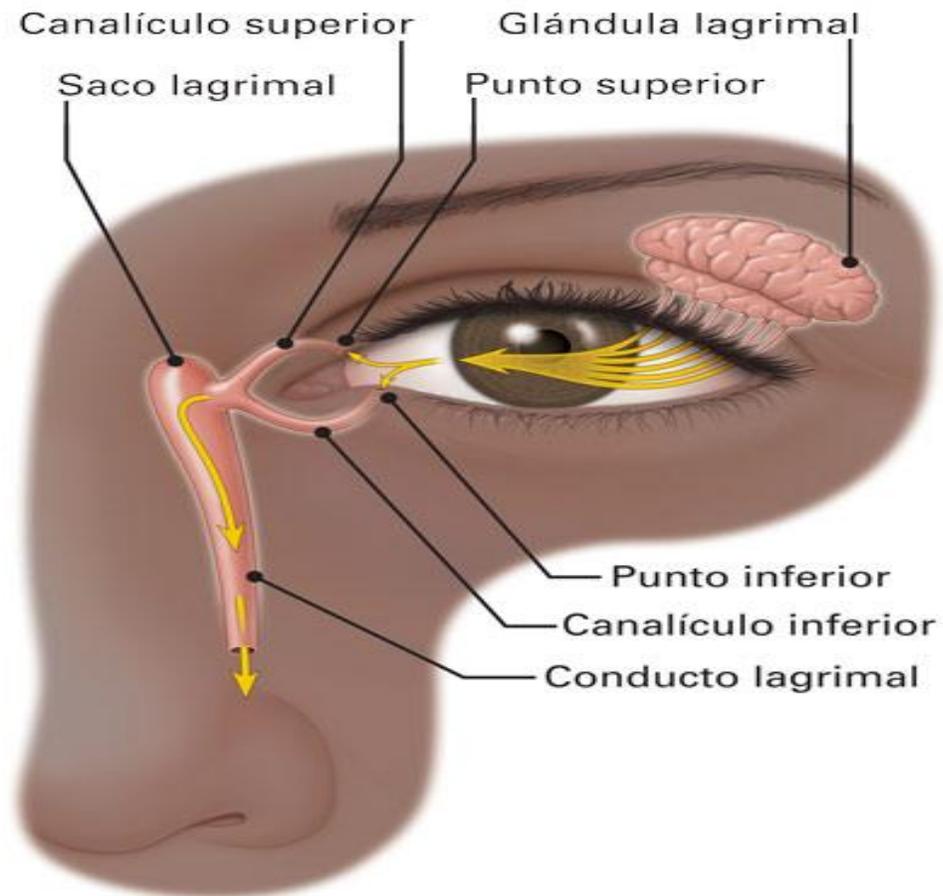
1. Parálisis de Bell -> Ms orbicular-> Caída del párpado inferior
2. IQ :Tumor, blefaroplastia
3. Exoftalmos: orbitopatía tiroidea
4. Otros : Cicatrices secundarias a traumatismos, quemaduras...

TRATAMIENTO

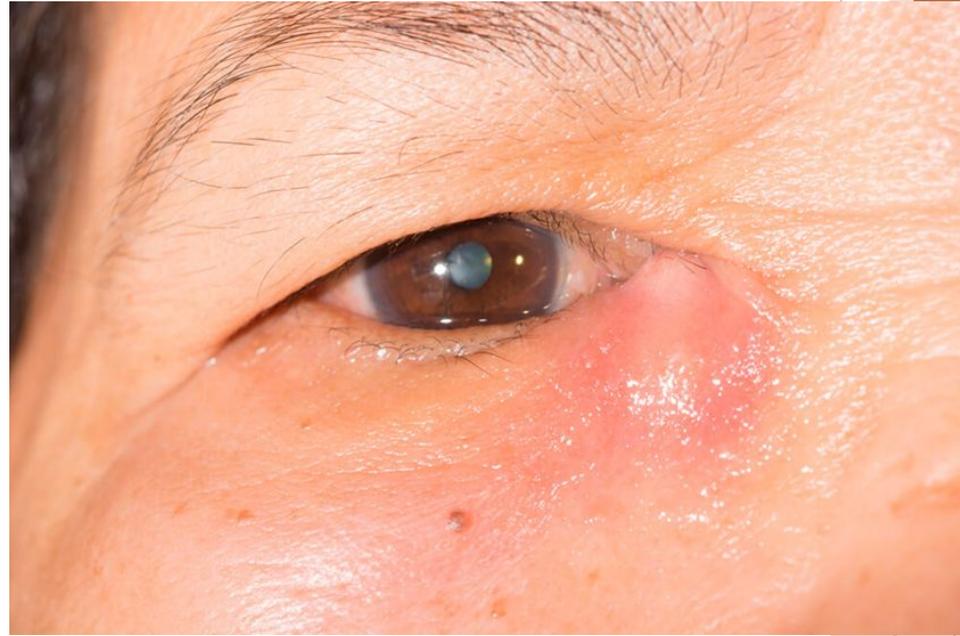
1. Pautas intensivas de colirios y Pomadas lubricantes
2. Noche Oclusión húmeda
3. Casos severos Tratamiento quirúrgico
 - Párpado sup. -> Colocación pesa de oro
 - Párpado inf. ->Tira tarsal
 - Cicatrices -> Cirugía reconstructiva palpebral.

PATOLOGÍA DEL CONDUCTO LACRIMAL

ANATOMÍA DEL CONDUCTO LACRIMAL



DACRIOCISTITIS



OBSTRUCCIÓN VIA LAGRIMAL

DACRIOCISTITIS AGUDA

- ▶ Infección de la glándula lagrimal secundaria a la obstrucción de la misma.
- ▶ TRATAMIENTO:
 - ▶ AB sistémico de amplio espectro (amoxicilina-clavulánico 875-125 mg/ 8 horas 10 días)
 - ▶ Curas locales, calor seco local
 - ▶ Valorar AB tópico +/- drenaje

Remitir a oftalmología para valorar cirugía

REPASO TRATAMIENTO Y NOMBRES COMERCIALES

- Lágrimas artificiales: Sistane[®] Aquoral[®] Hylogel[®] (espesa)
- Toallitas Blefaritis: Estila[®] Naviblef[®]
- Lagofalmo: Vitapos[®]
- Orzuelo: Terracortril[®] (AB+ Corticoide)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

The background features a series of overlapping, semi-transparent geometric shapes in various shades of brown and orange. These shapes create a dynamic, layered effect, with some appearing as sharp triangles and others as broader, more irregular polygons. The overall composition is modern and professional, typical of a medical or educational presentation.

Conjuntivitis infecciosas

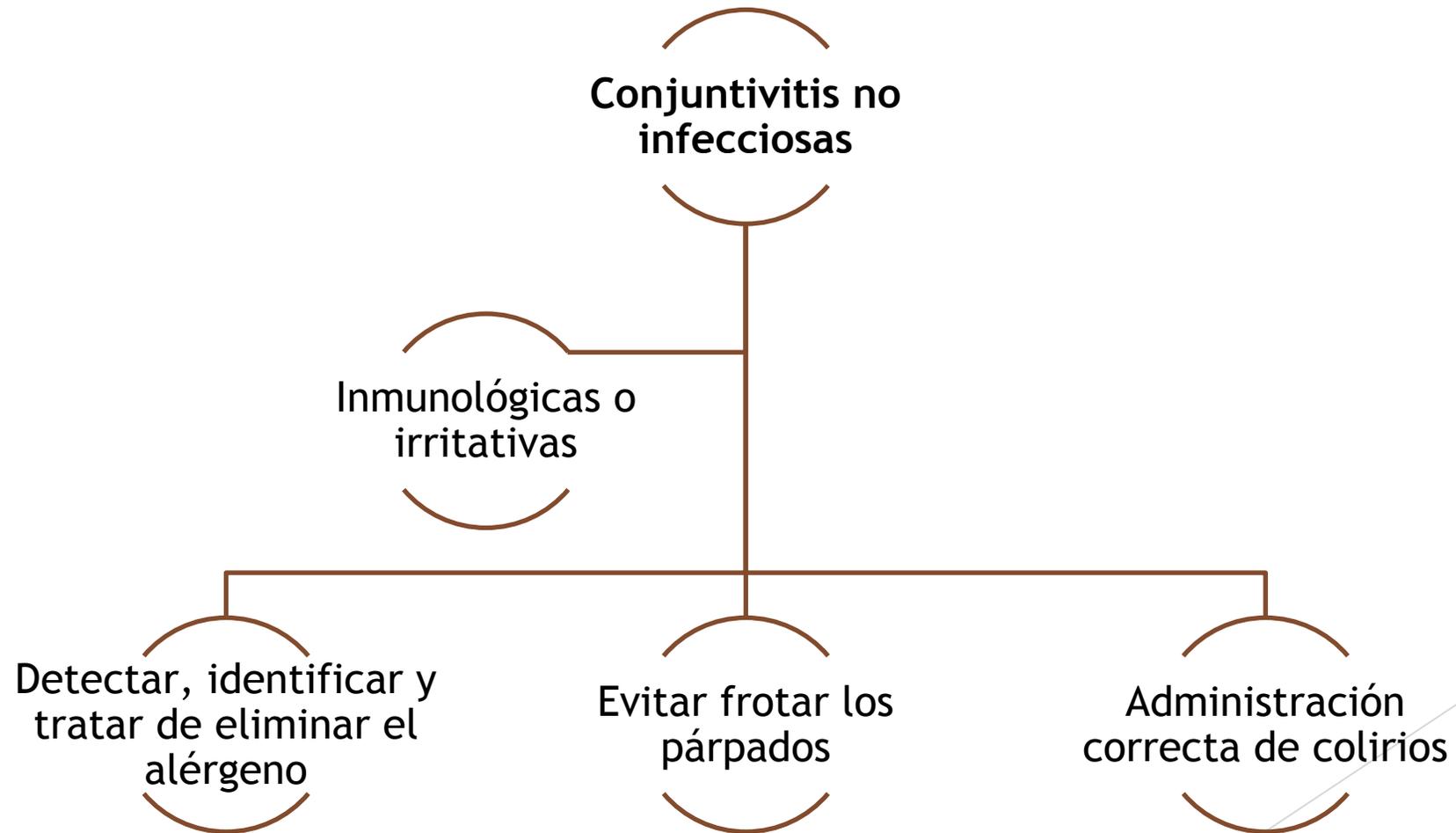
Bacteriana o vírica

Prevenir contagio y transmisión

Disminuir complicaciones y recidivas

Educación para la salud





DACRIOCISTITIS



Buena higiene de los párpados para eliminar secreciones y legañas al levantarse

En el caso de recién nacidos los masajes en el saco lagrimal son beneficiosos para dilatar y remover las secreciones

Se evitarán cremas y productos cosméticos en el borde de los ojos mientras exista inflamación



Administrar calor
mediante compresa
húmedas

Masaje para
favorecer drenaje
de las glándulas

BLEFARITIS

Lágrimas
artificiales para
evitar sequedad

Higiene diaria para
eliminar restos de costras



Orzuelo

No tocarlo ni intentar drenarlo

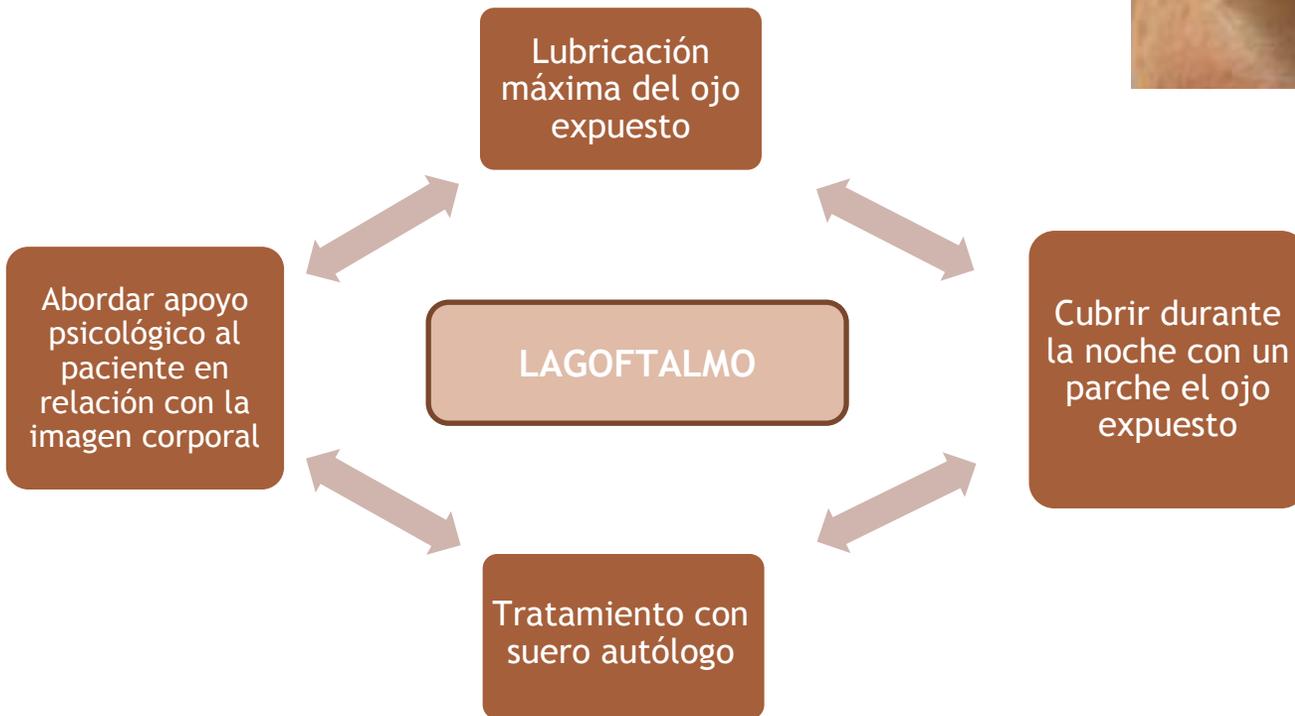
Calor local para disminuir molestias

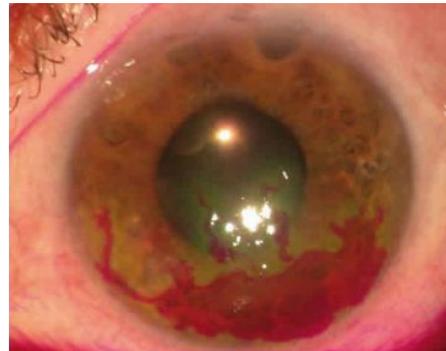
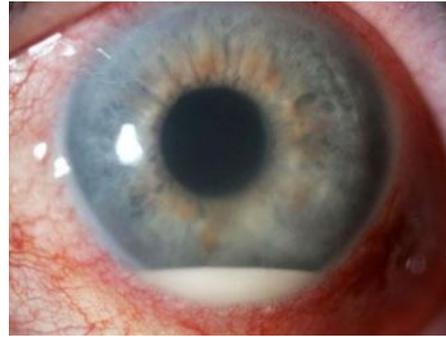
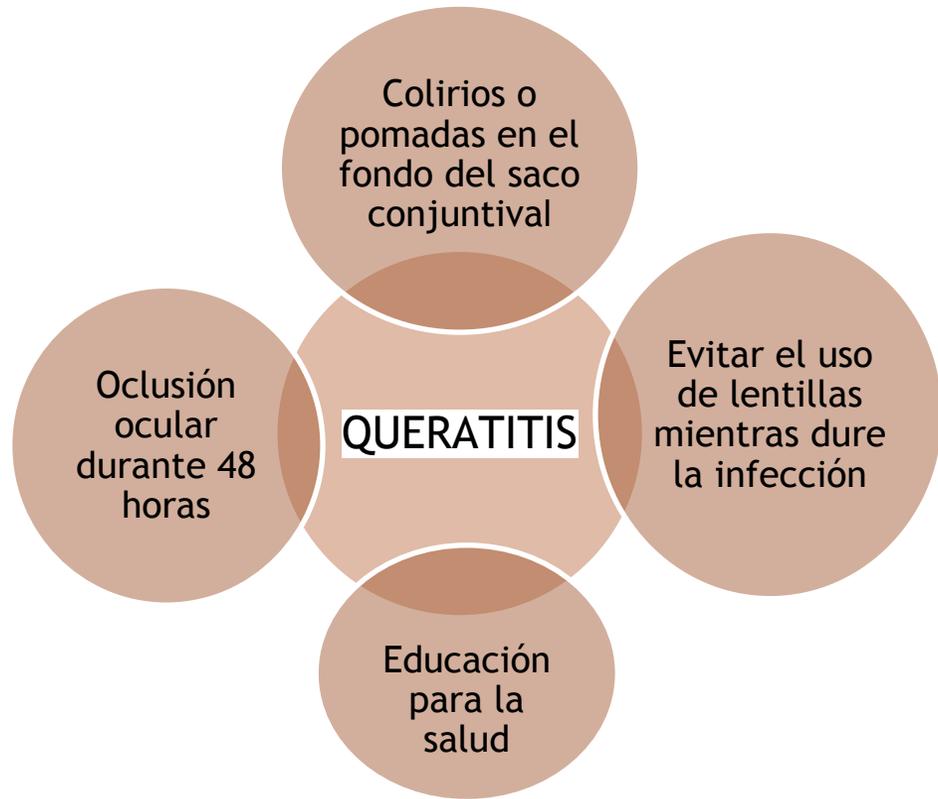


Chalazion

Curación más lenta y no suele infectarse

Evitar productos cosméticos o el uso de lentillas







CONSEJOS PARA EL CUIDADO DEL OJO SECO



1

Evitar las medicaciones que provocan sequedad. Existen fármacos que producen una disminución de lágrimas tal como los antihipertensivos, los antihistamínicos, los antigripales.



2

Beber muchos líquidos, especialmente agua. Se deben evitar todas aquellas bebidas que son diuréticas como es el café y el alcohol.



3

Limpiar regularmente las pestañas y aplicar sobre los ojos compresas calientes.



4

Consumir alimentos ricos en ácidos grasos esenciales (omega 3).



5

Descansar de vez en cuando con los ojos cerrados cuando se lea o trabaje con un ordenador. Parpadear a propósito más a menudo.



6

No fume y evite áreas donde se fume. También se deben evitar las zonas con excesiva calefacción o aire acondicionado. Estos ambientes mejoran con un humidificador.



7

Usar gafas que protejan los ojos contra el aire y el sol, gafas de protección ajustadas que conserven la humedad en los ojos, las gafas si son cerradas conservan mejor la humedad.



8

Las pantallas de los ordenadores deben situarse por debajo del nivel de los ojos, de esta manera los párpados están levemente más cerrados reduciendo así el área de evaporación.

Tinción con fluoresceína

Cuerpo extraño conjuntival retenido

Abrasiones de las lentes de contacto

Infección por el virus del herpes simple

Úlceras corneales



BIBLIOGRAFÍA

- **Guia d'oftalmologia de la SCMFIC** (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), Ed 2003
- **Guía clínica de manejo de las urgencias oftalmológicas en Atención Primaria**, Instituto de Oftalmobiología Aplicada - Universidad de Valladolid, Ed 2016
- Vorvick LJ, Zieve D. Tinción del ojo con fluoresceína [Internet]. Adam.com. [citado el 14 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://thnm.adam.com/content.aspx?productid=618&pid=5&gid=00384>
- Manual de Oftalmología del Wills Eye Institute, 5ª Edición y Kansky & Bowling de Oftalmología Clínica, 7ª Edición
- F. W. Lusby, D. Zieve. “Úlceras e infecciones corneales”. Medline Plus. Ed. Adam. 2014. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001032.htm>
- Negrodo Bravo LJ, Arribas García RA. **Compendio de Atención Primaria. Patología oftalmológica**. Elsevier; 2021; 854-864.
- **Guía Fisterra**: Patología palpebral y lacrimal (última actualización 23/06/2018).
- Clement F. Patología de los párpados. Patología palpebral y del aparato lagrimal. Pregrado de oftalmología. Luzán 5, S.A. 2016;(6):71-83y 2016;(7):85-9.

GRACIAS



Hospital Universitari
Mútua Terrassa

