

# PATOLOGIA OCULAR

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

**Salvador Juan Miralles Gisbert**

Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Pola. Alicante

**Manuel Baeza Díaz**

Médico especialista en oftalmología. Hospital General Universitario de Elx

**Juan Carlos Barreras Mateos**

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Elx

# 1. OJO ROJO

Corresponde al signo más común y constante de cualquier inflamación ocular: la vasodilatación.

La valoración inicial del ojo rojo incluirá anamnesis y exploración. En la Tabla I se resumen las cuestiones y síntomas imprescindibles a explorar ante todo ojo rojo, más adelante se explican las particularidades de cada cuestión. Mediante estas exploraciones seremos capaces de apreciar los signos más relevantes para el diagnóstico diferencial del ojo rojo ( Algoritmo 1 y Tabla I y II):

**Tabla I OJO ROJO ANAMNESIS Dolor ocular y sus características**

Tabla I OJO ROJO	
ANAMNESIS	Dolor ocular y sus características (inicio y cronología, tipo de dolor, prurito o no, etc.),
	Agudeza visual
	Secreciones,
	Tratamientos previos,
	Uso de lentes de contacto
	Traumatismos previos,
	Antecedentes de patología ocular,
	Sintomatología acompañante (cefalea,...)
EXPLORACIÓN	Agudeza visual.
	Pupilas.
	Párpados y pestañas.
	Conjuntiva: Inyección conjuntival o ciliar
	Cornea: Tinción con fluoresceína ¿ lesiones corneales?
	Presión intraocular (PIO): Tonometría, v. n.< 21 mm.Hg

### **Inyección vascular:**

Es el signo más frecuente y constante de la inflamación de la superficie ocular. Debemos diferenciarla del hiposfagma o hemorragia subconjuntival que se caracteriza por un enrojecimiento intenso, en sabana, ocasionado por la rotura de un vaso esclerótico en personas de edad avanzada o secundario a Valsalva exagerado, hipertensión arterial sistémica o defecto de coagulación. La hemorragia subconjuntival es bien tolerada, careciendo de importancia y no requiriendo del facultativo más actuación que la de tranquilizar al paciente.

La inyección vascular se manifiesta como un enrojecimiento conjuntival debido al engrosamiento de los vasos superficiales del ojo.

Tres tipos:

- **Inyección superficial:** Los vasos serán móviles al desplazar el párpado sobre la conjuntiva bulbar. La disposición de estos vasos es anárquica e irregular. Este tipo de inyección es la típica de la conjuntivitis y por ello la más frecuente.

- **Inyección profunda o ciliar:** El color es más violáceo que en la superficial, los vasos no son móviles y están centrados en el área perilímbica y con disposición radial en torno a la cornea. Esta forma es la típica de las úlceras corneales, escleritis o epiescleritis, uveítis y traumatismos importantes.

- **Inyección mixta:** a pesar de ser una combinación de las dos anteriores, está motivada por las causas que producen la segunda.

### **Edema:**

- **Conjuntival o quemosis:** Suele ser transparente, típico de conjuntivitis.

- **Corneal:** Se muestra como un enturbiamiento de la cornea que parece deslustrada, sin reflejo y con disminución de la agudeza visual. El edema corneal es debido a una inflamación activa de la cornea o a un glaucoma severo, siendo ambos casos de manejo por el especialista.

- **Palpebral:** La tumefacción difusa indolora, signo de afección inflamatoria vecina o de proceso sistémico y la tumefacción localizada y dolorosa corresponde casi siempre al orzuelo.

### **Secreción:**

- **Purulenta:** Aspecto amarillento-cremoso, abundante, que suele corresponder a una conjuntivitis bacteriana hiperaguda, producida por *Neisseria Gonorrhoeae*. Infección poco frecuente pero grave, que puede perforar la cornea si no se trata enérgicamente de forma tópica y por vía general.

- **Mucopurulenta:** Más común, por ser la típica de las conjuntivitis bacterianas, es una secreción amarillenta y menos abundante que la gonocócica. Esta secreción suele ocasionar el sellado de los párpados, principalmente por las mañanas. Mucho más circunscrita es la secreción emitida por un orzuelo, no obstante, en ambos casos el tratamiento deberá ser antibiótico.

- **Acuosa:** No forma legaña, no pega los ojos, lo que sí ocasiona es una especie de lagrimeo constante, típico de las conjuntivitis víricas y alérgicas.
- **Mucosa:** Referida como “hilos blanquecinos” en el borde palpebral que tampoco pega los párpados. Es la secreción correspondiente a conjuntivitis alérgicas subagudas o crónicas, o al ojo seco.

### **Dolor:**

Cuando el dolor es de origen ocular nunca suele presentarse como un síntoma aislado; si se acompaña de inyección ciliar, edema corneal y disminución de la agudeza visual, incluso síntomas vegetativos, deberemos pensar en un glaucoma agudo o en úlceras corneales. No obstante la molestia más frecuente que se asocia al ojo rojo es la sensación de cuerpo extraño.

Es habitual que el dolor como tal no se corresponda con patología ocular, sino con neuralgias, migraña u otros procesos. En ocasiones el paciente refiere una sensación como pinchazos, como un clavo, de 1 o 2 segundos de duración, que corresponde a un subtipo de cefalea sin otra trascendencia clínica.

### **Agudeza visual:**

En muchas ocasiones el paciente refiere visión borrosa como consecuencia de un lagrimeo o secreción excesiva, que desaparece cuando se parpadea, siendo ésta característica de las conjuntivitis. Solo cuando se afecta la cornea por un edema (queratitis o uveítis) se ve reducida la agudeza visual.

**Blefaroespasmó, lagrimeo y fotofobia,** suelen ser típicos en casi cualquier afección ocular, siendo la última especialmente frecuente en infecciones intraoculares y úlceras corneales.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

En la tabla II se expone las variables a tener presente para realizar un adecuado diagnóstico:

	<b>Conjuntivitis</b>	<b>Queratitis</b>	<b>Iritis</b>	<b>Glaucoma agudo</b>
<b>Edad</b>	Todas	Todas	Todas	> 50 años
<b>Comienzo</b>	Gradual	Variable	Gradual	Súbito
<b>Inyección</b>	Conjuntival	Conjuntival /Mixta	Ciliar/Mixta	Ojo congestivo
<b>Dolor</b>	Sensación arenilla	Variable	Sordo	Intenso
<b>Agudeza visual</b>	Normal	Normal o Disminuida	Disminuida	Baja o nula
<b>Pupila</b>	Normal	Normal	Miosis	Midriasis
<b>Presión Ocular</b>	Normal	Normal	Normal	Alta
<b>Secreción</b>	Sí	No	No	No
<b>Estado general</b>	Normal	Normal	Normal	Normal

## 2. BLEFARITIS

El borde del párpado está dividido por la línea gris en dos partes: la anterior y la posterior. Las pestañas y las glándulas de Zeiss, que se asocian a los folículos de las pestañas, se originan por delante de la línea gris, mientras que las glándulas de Meibomio se originan por detrás de la misma, en la unión cutáneomucosa.

La blefaritis es la inflamación difusa y crónica del borde palpebral. Es la alteración ocular externa más observada en la práctica clínica.

La causa es una disfunción de las glándulas sebáceas que motiva una acumulación de secreciones y su posterior sobreinfección, en la que el germen más comúnmente implicado es el estafilococo. No se conoce la etiología con exactitud, aunque se cree que las dos causas más importantes son la infección estafilocócica y la seborrea, y con frecuencia los tratamientos no dan resultados satisfactorios. Espuma, costras, acumulo de grasa e hiperemia en borde palpebral, son los hallazgos típicos de esta patología.

### **Tipos:**

#### ***Blefaritis seborreica anterior:***

Exceso de secreción lipídica por parte de las glándulas de Zeiss, asociada a menudo a dermatitis seborreica. Cursa con irritación crónica y escozor leve-moderado. El borde palpebral tiene un aspecto brillante, las pestañas son grasas y tiene adheridas escamas blandas en el borde palpebral asociándose una queratitis punteada en el tercio medio de la cornea.

#### ***Blefaritis seborreica posterior:***

En esta, el exceso de secreción lipídica es producido por las glándulas de Meibomio, presentándose sola o asociada a dermatitis seborreica o acné rosacea y atopía. El acumulo de lípidos en la capa lagrimal produce espuma (seborrea meibomiana).

#### ***Blefaritis estafilocócica:***

Infección de la base de las pestañas inicialmente asintomática y que posteriormente se manifiesta como irritación crónica, escozor, quemazón y fotofobia, es típico el empeoramiento matinal. Pueden apreciarse escamas duras y quebradizas en borde palpebral centrandose la base de las pestañas y que pueden dejar úlceras sangrantes al retirarlas. En ocasiones se acompaña de conjuntivitis crónica.

La forma ulcerativa es la más severa, pudiéndose producir una disminución de folículos que no pueden ser reemplazados.

El diagnóstico diferencial de la blefaritis se debe establecer con las conjuntivitis infecciosas, síndrome seco, queratitis tóxica leve y cuadros víricos generalizados.

### **El tratamiento de la blefaritis consiste en:**

- Correcta higiene palpebral, existiendo preparados comerciales en forma de jabones que ayudan a arrastrar el exceso de grasa acumulada en el borde palpebral.
- Se puede practicar también la expresión mecánica de las glándulas de meibomio.
- Las compresas calientes cada doce horas y las lagrimas artificiales, mejoran el cuadro en ocasiones.
- Estas medidas se verán acompañadas de un tratamiento antibiótico tópico durante las sobreinfecciones, basado en ungüentos de tetraciclina, tobramicina o eritromicina cada 6 horas. En los casos rebeldes puede intentarse el tratamiento con tetraciclinas sistémicas (Doxiciclina 100 mg cada 24 horas, durante tres / cuatro semanas), que son útiles sobre todo en pacientes con blefaritis seborreica asociada a dermatitis seborreica.

***N.B.:** En general, deben evitarse los corticoides tópicos si no existen complicaciones corneo-conjuntivales, que pueden acompañar a las reacciones por hipersensibilidad a las toxinas estafilocócicas.*

## **3. ORZUELO Y CHALAZIÓN**

El orzuelo es una tumoración infecciosa circunscrita aguda y dolorosa de los párpados.

### **Tipos:**

#### ***Orzuelo externo***

Inflamación supurativa de una de las glándulas de Zeis o de Moll del folículo piloso, normalmente producida por *S. aureus* que comienza con un edema duro y doloroso, con piel tersa, formando posteriormente un absceso que se abre a una zona cercana a la base de las pestañas. Existen signos inflamatorios y dolor intenso hasta que fistuliza.

#### ***Orzuelo interno***

Inflamación supurativa de una glándula de Meibomio producida por *S. Aureus* manifestándose como una inflamación tarsal del párpado. Este es más doloroso y grande que el externo, protruyendo hacia la zona conjuntival o piel, pudiendo fistulizar al exterior.

#### ***Tratamiento:***

Calor local seco en los estadios iniciales más

Antibióticos de amplio espectro en pomada oftálmica 3-4 veces al día (tobramicina o aureomicina).

Pueden requerir Antibióticos v.o. (cloxacilina o amoxi-clavulánico).

Si no se reabsorbe en un mes y queda una formación quística, será preciso la extirpación quirúrgica.

### **CHALAZIÓN**

No es un simple quiste sino una inflamación granulomatosa secundaria a la retención prolongada de lípidos en una glándulas de Meibomio. Inicialmente indolora y con signos inflamatorios discretos sin que necesariamente se produzca una sobreinfeccion, hecho este que lo diferencia del orzuelo.

#### **Tratamiento**

Los chalazión de pequeño tamaño se tratan con higiene adecuada y corticoide más antibiótico tópico.

Si no se produce la remisión en menos de tres meses o su tamaño es considerable, se optará por la infiltración de triamcinolona depot o exéresis quirúrgica .

## **4. CONJUNTIVITIS**

La inflamación de la conjuntiva es una de las patologías más frecuentes en oftalmología. En la mayoría de los casos es clínico y no se requiere instrumental especializado ni pruebas complementarias.

Las características generales de las conjuntivitis son la hiperemia conjuntival y ciliar, la quemosis conjuntival y la secreción que variará en función del tipo de conjuntivitis, así como la reacción tisular en forma de folículos (elevaciones avasculares) o papilas (elevaciones carnosas centradas por un vaso).

<b>Tabla III. CONJUNTIVITIS. CLASIFICACION</b>
<b>1. Conjuntivitis alérgica:</b> Rinoconjuntivitis alérgica o conjuntivitis alérgica estacional Queratoconjuntivitis atópica. Queratoconjuntivitis primaveral o vernal. Conjuntivitis papilar gigante, Alergia por contacto.
<b>2. Conjuntivitis infecciosa:</b> Bacterianas Hiperaguda Aguda Crónica Por Clamidias Víricas.
<b>3. Conjuntivitis tóxica e irritativas.</b>

## 4.1. CONJUNTIVITIS ALERGICA

El síntoma fundamental es el prurito de diversa intensidad y duración, así como la secreción acuosa-mucosa (legaña blanquecina) que al retirarse forma como hilos elásticos. Es frecuente que el paciente se frote los ojos, lo cual predispone a la sobreinfección bacteriana, en cuyo caso la secreción de hará más pegajosa (muco-purulenta). Existe también inyección superficial de intensidad variable (rojizo-clara), quemosis en grado variable (importante en alergias agudas ocasionadas por polen) y papilas mayores de un milímetro en conjuntiva tarsal.

### • Rinoconjuntivitis alérgica

Esta es la forma más frecuente de entre las alérgicas. Se produce una reacción de hipersensibilidad mediada por IgE a alérgenos vehiculados por el aire. Si es por polen, se conoce como conjuntivitis tipo “ fiebre del heno “, empeorando en épocas de polinización o en caso de tratarse de otros alérgenos (ácaros o piel de animales), puede tener un curso variable.

La clínica se corresponde con la descrita con las conjuntivitis alérgicas, pudiendo asociarse a síntomas de rinitis y/o faringitis o atopia.

El tratamiento consistirá en una gota cada 6 a 12 horas de levocabastina, AINES o corticoides tópicos.

### • Queratoconjuntivitis atópica

Hipersensibilidad mediada por IgE y celular. Afecta a atópicos de entre 20 y 50 años, teniendo un curso crónico y afectando predominantemente la conjuntiva inferior, pudiendo afectarse la cornea por cicatrización perilimbal. Cursa con picor severo y enrojecimiento, secreción mucosa abundante e inflamación crónica en párpados. Puede sobreinfectarse y complicarse con queratitis infecciosa.

### • Queratoconjuntivitis vernal

Inflamación conjuntival bilateral y recurrente propia de climas cálidos, que afecta a jóvenes de 4 a 20 años, manteniéndose activa durante todo el año, con exacerbación estacional. Pueden apreciarse papilas gigantes en conjuntiva tarsal superior de aspecto empedrado y sobre elevaciones gelatinosas en limbo esclero-corneal. Pueden aparecer lesiones epiteliales pequeñas, blancas y elevadas en limbo corneal superior (nódulos de Trantas), así como neovasos periféricos a esta (pannus) o úlceras tróficas no infecciosas.

### • Conjuntivitis papilar gigante

Empedrado tarsal superior similar a la vernal pero con síntomas más leves y cuya causa suele ser el uso de lentes de contacto hidrófilas o antecedentes de intervenciones quirúrgicas oculares con suturas o prótesis que ocasionan un trauma mecánico mantenido.



- **Alergia de contacto**

Reacción eczematosa de la piel con engrosamiento y descamación de la misma ante el contacto con el alérgeno. Secreción mucosa, picor y lagrimeo. Entre las causas se encuentra el contacto con cosméticos, fármacos, o sus conservantes.

**Tratamiento:**

Medidas higiénicas, evitar alérgenos, correcta limpieza y recambio de lentillas (mejor si son desechables).

Evitar liberación de mediadores inflamatorios por los mastocitos como tratamiento de base, para lo cual utilizaremos cromoglicato sódico, 1 gota cada 6 horas, ácido espaglumico 1/8 horas, nedocromilo sódico 1/8h. o lodoxamida 1/6 horas.

Evitar la acción de los mediadores de la inflamación como tratamiento agudo, utilizando de forma escalonada lavados con suero frío, AINE (diclofenaco 1 got./6h.), antihistamínicos tópicos (levocabastina 1-2 got./6-8h.) y corticoides tópicos (fluorometolona, 1 got./1-2h. espaciando las aplicaciones tan pronto como sea posible). Deben asociarse antihistamínicos por vía oral si existen síntomas extra oculares.

## **4.2 CONJUNTIVITIS INFECCIOSAS**

- **Conjuntivitis bacteriana hiperaguda**

Esta producida por Gonococo o Meningococo, adquiriéndose por contacto con el canal del parto, en el recién nacido (RN) y por contacto con secreciones de uretritis, en el adulto. Es la forma más agresiva, con gran secreción purulenta, edema palpebral, quemosis y linfadenopatía preauricular; puede incluso perforar la cornea.

La profilaxis se realizará mediante la adecuada higiene personal, y en el RN, con pomada de tetraciclina.

El tratamiento en el adulto se realizará con ceftriaxona, 1 gramo/24h. i.m. (5 días) o penicilina G, 10 mill. i.v. (5 días). La neonatal se tratará con cefotaxima 25 mg/Kg cada 8-12h. (7 días). Tópicamente, pomada de eritromicina cada 2h. (2 días) y 5 veces al día después, junto con irrigaciones abundantes con suero fisiológico.

- **Conjuntivitis bacteriana aguda o catarral**

Causada por Neumococo, Haemophilus o S. Aureus. Produce una respuesta papilar (papilas pequeñas), asociadas en ocasiones a petequias y con secreción mucopurulenta, amarillenta, que pega los párpados por las mañanas. Es una constante la sensación de cuerpo extraño, produciéndose borrosidad ocasional de la visión. Es una entidad contagiosa, autolimitada a 1-2 semanas, sin que queden secuelas, excepto si se produce una lesión corneal subyacente, que es la complicación más grave.

Los colirios con antibióticos, al menos 6 veces al día, más ungüento antibiótico por las noches ( 7-10 días) acortan el periodo de curación, mejoran la evolución tardía y evitan las recidivas. La elección del tratamiento antibiótico de be estar guiada

por el coste relativo y el riesgo de efectos secundarios. El cloramfenicol, desde que se comercializó la tobramicina tópica ha dejado de ser el tratamiento más usado por los oftalmólogos; los aminoglucosidos y el ácido fusídico también son muy usados, se debería reservar las quinolonas para los casos resistentes. No deben usarse corticoides tópicos, ni ocluir el ojo.

#### • **Conjuntivitis bacteriana crónica**

Esta se considera si tiene un curso superior a 4 semanas. Los gérmenes causantes son, Estafilococo, Moraxella, Pseudomonas y Proteus.

La clínica es igual a la catarata, y el motivo de las recidivas hay que buscarlo en la falta de higiene o en una blefaritis o dacriocistitis crónicas.

También comparte el tratamiento con la catarral.

#### • **Conjuntivitis por Clamidas**

Los serotipos A al C de Clamidia Tracomatis, producen tracoma; mientras que los serotipos D al K, causan conjuntivitis de inclusión del adulto y el neonato.

El tracoma es una enfermedad crónica, con ciclos de reinfección. Se produce una reacción folicular y cicatrización conjuntival, así como neovascularización en cornea (pannus), entropión, triquiasis, úlceras corneales y cicatrices con opacidades corneales (leucomas). El tratamiento se realizará con pomada de aureomicina cada 8 horas; intentaremos evitar la reinfección. En casos con gran afectación corneal está indicado el trasplante corneal.

La conjuntivitis de inclusión se adquiere por contacto con secreciones de uretritis, cervicitis o agua de piscinas. Se produce reacción folicular (no en neonatos), secreción serosa o mucopurulenta escasa, queratitis con pequeños infiltrados corneales. Su evolución natural será de 6 a 18 meses. El tratamiento se realizará con doxiciclina (100mg/24h.) 3 semanas, más pomada de tetraciclina cada 8h, 3 semanas. Debemos tratar a la pareja sexual.

*N.B.: En las conjuntivitis bacterianas, los cultivos con antibiogramas y la tinción solo tiene sentido en la hiperaguda, no en el resto, porque aunque pueden existir resistencias en el antibiograma, la concentración que se adquiere en el ojo es mucho mayor; esto hace que, prácticamente cualquier antibiótico utilizado de forma empírica, sea eficaz.*

#### • **Conjuntivitis vírica**

Causada por adenovirus: Queratoconjuntivitis epidémica (adenovirus 3 y 7), Fiebre faringo-aden-conjuntival (tipos 8 y 19), la diferencia con la anterior es que ésta se acompaña de síntomas de infección respiratoria alta.

Clínicamente, son conjuntivitis de comienzo agudo, con secreción acuosa, respuesta folicular y adenopatía preauricular; tiene un comienzo unilateral y tras unos días se hace bilateral, aunque siempre es más severa la afectación del primer ojo. Tras una semana puede afectarse la cornea mediante una queratitis focal difusa,

manifestándose como tenues infiltrados subepiteliales que aumenta las molestias como fotofobia y sensación de cuerpo extraño, así como discreta disminución de la agudeza visual. Puede persistir durante meses, formando pseudo-membranas por depósito de fibrina subtarsal.

El tratamiento es sintomático: Lavado con agua fría y antibióticos para evitar la sobreinfección bacteriana. En la fase de queratitis, usar colirios de corticoides tópicos. Las conjuntivitis víricas son muy contagiosas, por eso hay que extremar las medidas higiénicas.

### **4.3. CONJUNTIVITIS TÓXICAS E IRRITATIVAS**

#### **• Conjuntivitis tóxicas**

Reacciones tóxicas medicamentosas por el uso prolongado de colirios; en ocasiones la toxicidad es producida por los preservantes (clorexidina, cloruro de benzalconio) o por principios activos (fenilefrina, gentamicina, atropina). La administración prolongada de cualquier colirio puede producir ojo seco, con cicatrización conjuntival. El uso habitual de colirios y la sintomatología mantenida deben hacer sospechar el diagnóstico. El tratamiento es suspender los colirios, hacer lavados con agua fresca o lágrimas artificiales sin conservantes.

#### **• Conjuntivitis irritativa**

Por hiposecreción lagrimal o por exposición prolongada a aire seco o lentes de contacto. Los ordenadores son también causantes de estas conjuntivitis al verse disminuido el parpadeo, por la atención que requieren. Los colirios vasoconstrictores mejoran rápidamente la sintomatología pero su uso no debe ser habitual, por la posibilidad de efecto rebote.

#### ***SIGNOS DE ALERTA***

- Disminución de la agudeza visual.
- Dolor ocular.
- Anomalías en el reflejo y/o forma de las pupilas.
- Alteración en la transparencia de la cornea y/o cámara anterior.
- Falta de respuesta en 48-72h.
- Aparición de hipopión.

*Estos signos nos harán plantearnos, de nuevo, el diagnóstico diferencial y muy probablemente derivar al especialista.*

# 5. QUERATITIS Y ULCERAS CORNEALES

## 5.1. QUERATITIS

Alteración inflamatoria de la cornea, que cobra especial relevancia ya que asienta sobre una estructura cuya transparencia es fundamental, pudiendo verse afectada por cicatrices, con la consiguiente pérdida de agudeza visual.

## 5.2. ULCERAS CORNEALES

### • **Úlceras corneales traumáticas**

Como consecuencia de cualquier traumatismo que afecte a la cornea se puede producir una ulceración. En función de su profundidad se califica de exfoliación corneal, si no afecta a todas las capas del epitelio superficial; erosión, si afecta a todas las capas de este epitelio pero no al estroma limitado por la membrana de Bowman, y si se afecta el estroma se considera define como úlcera.

La clínica viene dada por dolor en la superficie ocular, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y blefaroespasmos, así como inyección vascular leve. Si no se trata adecuadamente dará lugar a inyección conjuntival profunda y edema corneal.

El diagnóstico se establece tras aplicar fluoresceína que evidencia la lesión al observarla con luz azul.

El tratamiento consiste en oclusión ocular para disminuir las molestias y acelerar la cicatrización, y pomada de aureomicina 3 veces al día. Están contraindicados los anestésicos puesto que son epiteliotóxicos, solo se acepta su uso, de forma única, para facilitar la exploración.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones existe un cuerpo extraño que puede ser visible en el lecho ulceroso o estar en el fondo de saco conjuntival. Hay que hacer una exploración minuciosa, incluyendo siempre la eversión palpebral, con mayor motivo, si la úlcera es lineal o múltiple.

La extracción del cuerpo extraño ha de intentarse por medio de una gasa. Si se encuentra enclavado en la cornea, debe ser realizada por personal experimentado y con material adecuado, para evitar el mayor daño posible. Siempre han de extraerse por su mala tolerancia.

La complicación más frecuente de la úlcera corneal es la infección, por ello utilizaremos pomada de aureomicina, 3 veces al día, como profiláctico; utilizando colirios antibióticos si existen signos de infección.

### • **Úlceras corneales bacterianas**

Conducen a la destrucción corneal con la consiguiente disminución de agudeza visual, tras la cicatrización.

Suelen producirse en portadores de lentes de contacto, o en pacientes que en el curso de una infección banal sufren una erosión corneal con lo que las bacterias no encuentran obstáculos para afectar el estroma, llegando a producir un absceso corneal, que se evidencia como una opacidad en córnea que capta fluoresceína. Puede apreciarse celularidad en cámara anterior e incluso hipopion. La clínica incluye también, inyección vascular, secreción mucopurulenta y molestias mayores que en las traumáticas. En la exploración destaca la presencia de infiltrado blanquecino en el lecho ulceroso.

Los colirios antibióticos constituyen el tratamiento de elección (1 gota de ciprofloxacino cada hora) y remisión urgente al oftalmólogo. Si es posible se realizará cultivo y antibiograma, incluso en ocasiones está indicado el tratamiento antibiótico i.v.

- **Úlceras corneales víricas**

- Herpes simple***

- Infeción, corneal vírica más frecuente, puede afectar a las distintas capas corneales o producir una uveítis, sin afectación de la córnea. La más frecuente es la úlcera corneal dendrítica, que afecta a la cubierta epitelial corneal y tiene forma de rama de árbol porque, la infección sigue el patrón de crecimiento de las células epiteliales, que posibilita la replicación del virus.

- La clínica constará de fotofobia, inyección vascular y sensación de cuerpo extraño.

- El tratamiento incluye aciclovir tópico, 5 veces al día, más antibiótico si se acompaña de secreción amarillenta. Si reacción inflamatoria intensa asociar midriático-ciclopléjico (ciclopentolato, 1 got./8h) para disminuir las molestias. Están contraindicados los corticoides. Siempre debe supervisar la evolución un especialista.

- Herpes Zoster***

- Se ocasiona como consecuencia de la afectación de la rama oftálmica del trigémino por el virus varicela-zoster. La alteración más frecuente es una conjuntivitis con o sin afectación de la córnea, en forma de úlceras dendríticas similares a las del herpes simple, pero más pequeñas.

- Se debe remitir siempre al oftalmólogo porque puede producir graves afecciones de la córnea, úvea y nervio óptico.

- **Querato-conjuntivitis fotoeléctrica o actínica**

- Inflamación superficial del globo ocular por radiación, como consecuencia de exposición a fuentes de luz intensa o fuentes de luz U.V.

- Origina numerosas consultas urgentes, dado que resulta muy molesta. Tras unas horas sin síntomas, comienza con sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y fotofobia que persisten 12-24h. sin que deje secuelas en el ojo.

El tratamiento consiste en oclusión ocular, más ungüentos antibióticos, así como AINE en colirio 3-4 veces al día para aliviar los síntomas.

- **Causticaciones. Actitud.**

Consiste en la afección ocular por ácidos o álcalis. Los álcalis saponifican los lípidos y penetran en el ojo produciendo lesiones destructivas tanto de los vasos como de las estructuras intraoculares; los ácidos no penetran en el ojo y tienden a producir solo cicatrización superficial.

Lo primero que debemos hacer es instilar unas gotas de anestésico tópico, seguido de irrigación copiosa con suero fisiológico (1 litro). Se evaluará el ojo, haciendo especial hincapié en los dos marcadores de severidad: inyección vascular perilímbica y abrasión corneal. Los casos leves carecen de la segunda, más propia de los casos graves, que no poseen la inyección ciliar. La valoración de afectación corneal, la realizaremos con fluoresceína. Finalmente ocluiremos el ojo, tras aplicar pomada antibiótica, y remitiremos al oftalmólogo si pensamos en la afectación severa.

## 6. UVEITIS ANTERIOR

Son las inflamaciones del tracto uveal en su parte anterior (iris y cuerpos ciliares).

***Etiología:***

Debe descartarse una enfermedad sistémica infecciosa o auto-inmune, pero la mayoría son idiopáticas.

***Manifestaciones clínicas:***

Los síntomas son: Fotofobia, lagrimeo, dolor ocular profundo y disminución de la agudeza visual.

Signos a la exploración:

- Inyección ciliar o periquerática, alrededor del limbo corneal, común también en cuadros como glaucoma agudo.
- Miosis, pupila afectada de menor tamaño que la contralateral.
- La estimulación con luz provoca dolor por los movimientos en la musculatura uveal inflamada.
- Enturbiamiento de los medios transparentes del ojo, depósitos puntiformes de células en el endotelio corneal (lámpara de hendidura).
- En casos evolucionados, puede aparecer edema corneal y también sinequias posteriores (adherencias a la cápsula anterior del cristalino). Al dilatar la pupila, aparece deformada.
- Debe valorarse la presión intraocular que puede ser normal, baja o elevada.

Las sospechas de uveitis deben remitirse al especialista.

### **Tratamiento**

Se usan los corticoides tópicos intermedios o potentes (Tabla IV), según la gravedad del caso. La supresión brusca puede seguirse de un nuevo brote. Ante la aparición de recaídas, el inicio precoz del tratamiento minimizará las secuelas.

Colirio ciclopléjico: Alivia el dolor que produce el espasmo del músculo ciliar y previene la formación de sinequias posteriores.

Corticoides sistémicos o inmunomoduladores en casos severos que no responden.

**Tabla IV PREPARADOS CORTICOIDES TOPICOS OFTÁLMICOS**

<b>Fármacos</b>	<b>Nombre comercial</b>	<b>Presentación</b>
<b>Potencia baja</b>		
Medrisona	Liquipom Medrisone	colir
<b>Potencia intermedia</b>		
Fluorometolona	FML	colir 0'1%
	FML forte	colir 0'25%
	Isopto Flucon	colir 0'1%
Hidrocortisona	Oftalmolosa Hidrocortisona	pomada
<b>Potencia elevada</b>		
Clobetasona	Cortoftal	colir 0'1%
Dexametasona	Colircusi Dexametasona	colir 0'1%
	Maxidex	colir 0'1%
	Oftalmolosa Dexametasona	pomada
Prednisolona	Pred Forte	colir 0'1%

#### **Observaciones:**

Potencia antiinflamatoria: Depende de la concentración del preparado, la frecuencia de administración, la potencia intrínseca del corticoide y su biodisponibilidad. Conjugando las dos últimas, se clasifican los corticoides en tres grupos: Baja, Intermedia y Elevada.

Pauta de dosificación individualizada. Una vez alcanzada la dosis máxima, la reducción debe ser paulatina. La posología inicial puede ser incluso cada hora, para aumentar el intervalo entre dosis al observar la mejoría.

Efectos secundarios: Tratamientos prolongados: Glaucoma esteroideo, catarata subcapsular posterior, queratopatía, infecciones "oportunistas".



## 7. ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL

En las alteraciones de la agudeza visual lo más importante es determinar si se trata de una afección aguda o lentamente progresiva. Ante la duda, siempre consideraremos que ha ocurrido de forma aguda. También hay que concretar si la pérdida es transitoria o permanente y si la alteración es unilateral o bilateral.

- **Perdida visual lentamente progresiva**

Preguntaremos si la pérdida predomina en función de la distancia del objeto. Si es así, pensaremos en un defecto de refracción; si no está relacionada con la distancia examinaremos el fulgor pupilar (test de Brückner), colocándonos a medio metro del paciente. Se observa con un oftalmoscopio de mano un color rojizo cuando el paciente mira directamente a la luz. Si está alterada la transparencia (por ejemplo cataratas), se ven unas manchas negras que ocultan parcialmente el fulgor.

Si no hay opacidades, podremos observar la papila y la retina central en busca de alguna alteración que justifique la pérdida de agudeza visual

- **Perdida visual aguda transitoria**

Suele ser de corta duración. Preguntaremos si ha tenido visión de imágenes centelleantes de 10-15 minutos de duración, si es así, tanto si es monocular como si es binocular, pensaremos en migraña, completando la historia clínica con preguntas sobre antecedentes de cefalea. De no haber historia previa de cefaleas deberemos valorar la posibilidad de que pueda tratarse de una arteritis de la arteria temporal o deberemos realizar una evaluación neurológica ante la posibilidad de una irritación cortical cerebral. Si el paciente no refiere visión centelleante, preguntaremos por la existencia de síntomas como inestabilidad, dificultad para los movimientos de alguna zona corporal, etc. que nos orienten hacia un episodio isquémico transitorio. La pérdida visual bilateral de segundos de duración puede ser debida a un edema de papila.

- **Perdida visual aguda permanente**

Remitiremos siempre a estos pacientes para una consulta urgente.

- **Miodesopsias o “ Moscas volantes”**

Consiste en la visión de puntos negros que se desplazan cuando se mueve el ojo. Si lleva mucho tiempo con esta sensación probablemente se trate de una degeneración vítrea propia de la edad, apareciendo antes en pacientes miopes (carece de importancia). Por el contrario si son de aparición repentina pueden corresponder a un cambio brusco de la posición del humor vítreo o a una hemorragia en cámara vítrea que precisara valoración oftalmológica urgente por la posibilidad de asociación con un desprendimiento de retina.



### **CUANDO DERIVAR AL ESPECIALISTA:**

- La úlceras corneales bacterianas o la sospecha de éstas.
- Pacientes en que aparezca hipopión.
- Queratitis herpéticas.
- Causticaciones.
- Pérdidas de visión permanentes.

## **8. GLAUCOMA**

### **DEFINICION:**

Enfermedad óptica caracterizada por una neuropatía óptica y defectos del campo visual, generalmente progresivo.

Se excluye en la definición la relación con la presión intraocular (PIO), puesto que tan solo existe una relación parcial con la PIO, pero esta representa el único factor de riesgo sobre el que podemos influir a la hora de instaurar un tratamiento.

### **EPIDEMIOLOGIA**

El glaucoma primario de ángulo abierto es el más frecuente, una de las primeras causas de ceguera en el mundo desarrollado. Su prevalencia suele estimarse entre el 1% y el 1'5%

#### ***Factores de riesgo***

- Demográficos: Aumenta con la edad (a partir de los 60 años, 7 veces más), raza negra y sexo masculino.
- Genéticos: Herencia multifactorial, aumenta el riesgo entre familiares de primer grado (población diana para prevención)
- Sistémicos: Mayor prevalencia en diabéticos.
- Oculares: El aumento de la PIO es factor de riesgo para la aparición de daño glaucomatoso y es el único sobre el que podemos actuar.

### **FORMAS CLINICAS**

#### ***1. GLAUCOMA AGUDO DE ANGULO CERRADO:***

Se produce por la elevación brusca de la PIO.

Dolor ocular intenso (en clavo), ojo rojo, con inyección ciliar, midriasis fija, córnea edematosa opacificada y síntomas vegetativos (náuseas, vómitos). Se trata de una urgencia médica.

#### ***Tratamiento:***

Médico: reducir la PIO (Beta-bloqueantes), bajando volumen intraocular (Manitol I.V., Acetazolamida), revertir la midriasis (Pilocarpina).

Remitir al especialista para el tratamiento definitivo: Una iridotomía, que es una ventana en el iris que permite el paso del humor acuoso acumulado a su través. Se puede hacer con láser si la inflamación lo permite y si no se debe hacer quirúrgica urgente; Se debe hacer una iridotomía profiláctica en el otro ojo.

## *2. GLAUCOMA CRONICO SIMPLE O DE ANGULO ABIERTO:*

Es asintomático, y hay una pérdida de campo visual periférico que el paciente no percibe y sólo en estadios avanzados hay afectación de la visión central y por tanto déficit de agudeza visual. Los métodos diagnósticos más comunes son: tonometría, oftalmoscopia y campimetría. La alteración de los tres nos da el diagnóstico de glaucoma.

## **DIAGNOSTICO**

### *1. TONOMETRÍA:*

No existe una cifra exacta de PIO que separe los individuos glaucomatosos, el valor medio 15.5 mm de Hg; se considera normal hasta 20 mm Hg, sospechoso de glaucoma entre 20 y 24 mm Hg, y patológico igual o superior a 25 mm de Hg. Asimetrías en el valor de la PIO entre ambos ojos mayores a 5 mm de Hg también deben ser sospechosas de glaucoma.

Existen varios métodos para tomar la PIO:

- Tonometría de indentación: Schiötz. Es el más sencillo y barato. Aconsejable para Atención Primaria.
- Tonometría de aplanación: más caro y necesita más entrenamiento, más fiable.
- Tonometría de aire: caro, no tan preciso, pero muy fácil de manejar.

### *2. OFTALMOSCOPIA:*

La lesión en la papila aparece en el glaucoma instaurado. La papila o cabeza del nervio óptico normal tiene una excavación o depresión central, redonda y regular, que representa normalmente una tercera parte en comparación a la superficie total de la papila ( $E/P=0.3$ ). Esta proporción o índice de la excavación en relación al total de la papila, es un signo importante en la valoración del glaucoma, y se considera papila sospechosa de glaucoma un índice  $E/P=0.3-0.6$ .

La papila glaucomatosa puede tener alguna de las siguientes características:

- Índice  $E/P > 0.6$ .
- Crecimiento de la excavación irregular vertical.
- Aumento de la profundidad de la excavación.
- Desplazamiento nasal de los vasos.
- Hemorragias en astilla peripapilares.
- Palidez de papila en estadios avanzados.

Una asimetría en el tamaño de la papila entre ambos ojos será sospechosa de glaucoma.

### 3. CAMPO VISUAL:

Es necesario para el diagnóstico, con afectación precoz en el curso de la enfermedad, e imprescindible en el seguimiento.

Hay varias técnicas de campimetría: De ellas, la campimetría automática es la más precisa y rápida y la más utilizada.

Los hallazgos campimétricos son: estrechamiento del campo periférico, agrandamiento de la mancha ciega y escotomas arqueados alrededor de la mancha ciega, escalones nasales y temporales, y finalmente queda sólo un islote central y temporal de visión.

Podemos afirmar que la enfermedad está bien tratada cuando no hay progresión del defecto campimétrico.

## TRATAMIENTO

El glaucoma no tiene una curación definitiva. Se puede evitar su evolución natural a la ceguera, manteniendo una PIO suficientemente baja (en general menor de 20 mm de Hg) para que no progrese la lesión sobre el nervio óptico. Se debe vigilar que no evoluciona valorando los cambios en la campimetría. Una vez instaurado el tratamiento debe prolongarse durante años.

Hay que comenzar con tratamiento médico escalonado, y si no se controla pasar a tratamiento quirúrgico (trabeculectomía).

### • Tratamiento Médico (Tabla V)

Fundamentalmente terapia tópica, a pesar de ello hay absorción nasofaríngea por la vía lagrimal.

#### **Bloqueantes beta adrenérgicos** (timolol, carteolol, betaxolol, levobunolol)

Actúan disminuyendo la producción de humor acuoso.

Efectos secundarios: bradicardia, bloqueo, arritmia, broncoespasmo, fatiga, depresión, somnolencia y a veces intolerancia local. El betaxolol tiene menos efectos secundarios en enfermedades respiratorias.

Interacción con el verapamilo.

**Inhibidores de la anhidrasa carbónica:** Dorzolamida tópica y acetazolamida sistémica.

Reducen la producción de humor acuoso.

Efectos secundarios: Parestesias, hipopotasemia, depresión, diarrea.

#### **Simpaticomiméticos** (epinefrina, dipivefrina)

Facilitan el flujo de humor acuoso a través de la malla trabecular.

Posología cada doce horas.

Efectos secundarios: Casi constante la hiperemia conjuntival. Los efectos sistémicos son más infrecuentes: Cefaleas, ansiedad, H.T.A., arritmias.

**Colinérgicos** (pilocarpina):

Mejora la facilidad de salida del humor acuoso.

Debe instilarse cada seis horas, que supone un gran inconveniente para el paciente. Suele ser un fármaco de segunda elección.

Efectos secundarios : por su efecto muscarínico: hipersalivación, náuseas, vómitos, diarrea y broncoespasmo, cefalea supraciliar.

N.B.: Hay que tener presente que los corticoides, sobre todo tópicos y los anti-depresivos tricíclicos causan elevación de la PIO en individuos susceptibles, por lo que habrá que seguir control oftalmológico. Los midriáticos no producen efecto sobre el glaucoma de ángulo abierto, sólo hay que tener precaución en el ángulo estrecho.

• **Tratamiento quirúrgico**

TRABECULOPLASTIA: Se realizan impactos con láser de argón en el trabeculum. Es prácticamente inocua, reduce sólo ligeramente la PIO, y disminuye su eficacia con el tiempo.

CIRUGÍA: La técnica más utilizada es la trabeculectomía, que consiste en crear una nueva vía de salida al humor acuoso a través del trabeculum y la esclera al espacio subconjuntival. Con los años puede volverse a cerrar, teniendo que recurrir de nuevo al tratamiento médico o quirúrgico.

TABLA V. FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL GLAUCOMA			
Fármacos	Nombre comercial	Dosis	Observaciones
<b>Bloqueantes B</b>			
Maleato de timolol	Timofitol. Cusimolol	1 gota c/ 12 h.	<u>Interacciones</u> con verapamilo, amiodarona. Precauciones en: Asma bronquial, EPOC, diabetes. Contraindicado: Bloqueo A.V., Insuficiencia cardiaca, Verapamilo
Timolol	Timolol	1 gota c/ 12 h.	
Levobunolol	Betagán	1 gota al día	
Carteolol	Elebloc. Mikelan	1 gota al día	
Betaxolol	Betoptic	1-2 gotas al día	Cardioselectivo. Ventajoso en asma y diabetes.
<b>Mióticos</b>			
Pilocarpina	Pilocarpina Isoptocarpina	1 gota c/ 6 h.	Puede provocar trastorno de acomodación.
	Oftalmolosa Cusipilocarpina	1 vez al día	
<b>Inhibidores de la AC</b>			
Acetazolamida	Edemox 250 mg Diamox 250 mg	1 a 4 comp al día	Dosis máxima efectiva 1 gr/día.
Dorzolamida	Trusopt colirio	1 gota c/ 8-12 h.	Contraindicado en <b>alergia a sulfamidas.</b>
<b>Agonistas alfa</b>			
Apraclonidina	Iopimax 0.5	1 gota c /8 h.	Evitar con IMAO y Tricíclicos. Excepcional los tratamientos mayores de 30 días. Máximo 30 días.
Brimonidina	Alphagan	1 gota c/12 h.	
<b>Simpaticomiméticos</b>			
Dipivefrina	Diopine Glaudrops	1 gota c/12 h.	
<b>Prostaglandinas</b>			
Latanoprost	Xalátán	1 gota c/ 24 h.	Por la noche.

### CUANDO DERIVAR AL ESPECIALISTA:

- Para la confirmación de un posible caso detectado.
- Sospecha de mala evolución, interacciones farmacológicas o efectos secundarios de la medicación.
- Revisiones periódicas.

## PUNTOS CLAVE

- El tratamiento del glaucoma va dirigido a disminuir la PIO y aumentar la irrigación de la papila óptica, frenando la progresión de las alteraciones campimétricas.
- Importante realizar un tratamiento precoz, por lo que hay que lograr una detección temprana de pacientes asintomáticos, para ello es aconsejable: tonometría en todos los mayores de 40 años, que se debe repetir cada 3 ó 5 años si es normal, y se debe repetir con mayor frecuencia en los casos con factores de riesgo expuestos: Antecedentes familiares, tratamientos que predisponen, diabéticos. También se debe realizar valoración de la papila con el fondo de ojo.
- Un paciente puede estar afectado de glaucoma crónico con cifras menores de 20 mm Hg si existe afectación morfológica de la papila óptica (excavación papilar aumentada) y funcional (campimetría).
- Los pacientes glaucomatosos deben seguir un cumplimiento riguroso del tratamiento, y son necesarias las revisiones periódicas porque la clínica (pérdida del campo visual) no se correlaciona con las elevaciones de PIO.

## 9. RECURSOS EN INTERNET

- Simulador de los movimientos oculares (para recordar el funcionamiento de los seis músculos y los tres pares craneales implicados en los movimientos oculares). Universidad de California.

<http://www.cim.ucdavis.edu/Eyes/eyessim.htm>

- Página de Academia Americana de Oftalmología. Muy completa incluye información general y acceso a la revista. American Academy of Ophthalmology

<http://www.eyenet.org/>

- El Mundo de la Oftalmología

<http://www.ctv.es/USERS/mharto>

- Internet Ophthalmology

<http://www.ophtal.org/>

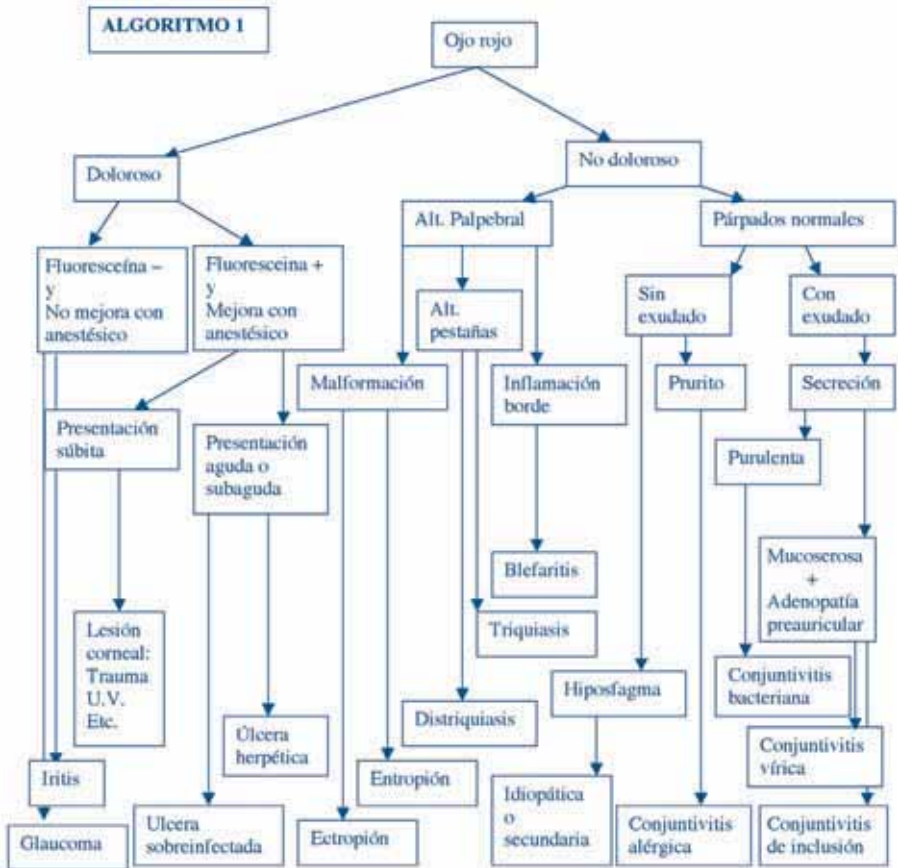
- Sociedad Española de Oftalmología

<http://www.oftalmo.com/seo>

## 10. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

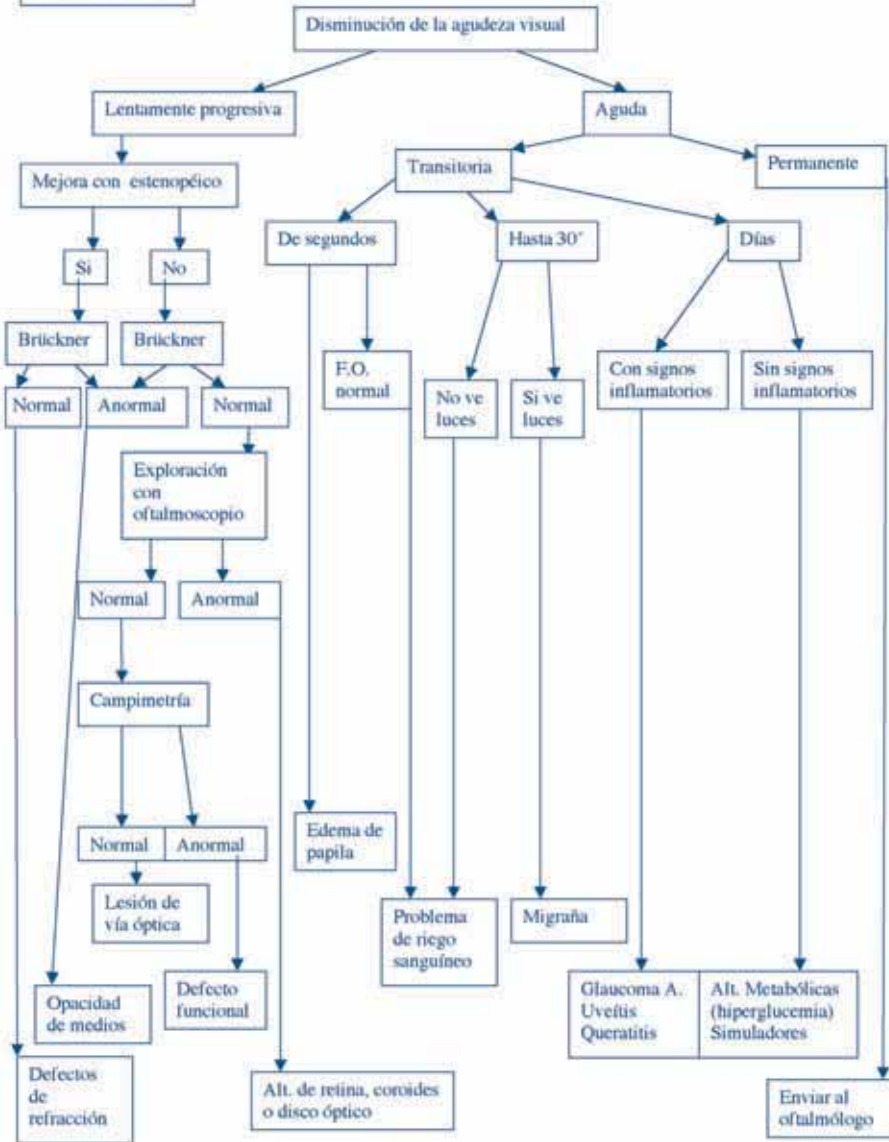
1. Actualización del glaucoma en Atención Primaria. Costa Vila, J.; Potau Ginés, J.M.; Canals Imohr, M.; FMC, vol 5, nº 6, 1998, pgs 385-393.
2. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. Editor: Luis F. Villa. Editorial Adis . Madrid, 2000.
3. Manual básico de oftalmología. Editor: Miguel A. Teus. Publicación Alcon Iberhis. Madrid, 1996.
4. Glaucoma. Editor: Maquet Dusart, JA. Editorial Luzán 5, S.A. Madrid, 1994.
5. Infecciones oculares. Editor: García Gil de Bernabé. Editorial Luzán 5, S.A. Madrid, 1994.
6. Rilo Beltrán, A. Patología oftálmica. En Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Editores: Martín-Zurro, A, Cano Pérez, JF. 4ª Edición. Editorial Harcourt Brace. Barcelona. 1999.
7. Patología inflamatoria del segmento anterior del ojo y de los anejos oculares. Editores: Fernández-Vega Sanz, L; Villacampa Castro, T. Editorial Luzán 5, S.A. Madrid, 1994.
8. Infecciones oculares. Editor: García Gil de Bernabé. Editorial Luzán 5, S.A. Madrid, 1994.
9. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: a systematic review. Sheikh, A; Hurwitz, B. Br J Gen Pract, 2001, 51, 473-477.

# 11. ALGORITMOS





**ALGORITMO 2**





## PATOLOGIA OCULAR

### CUANDO EL PACIENTE CONSULTA POR OJO ROJO

Corresponde al signo más común y constante de cualquier inflamación ocular, la vasodilatación. La patología de polo anterior es un motivo frecuente de consulta en atención primaria.

O J O R O J O	
ANAMNESIS	Forma de aparición y evolución (aguda o progresiva) sensación de escozor o cuerpo extraño, orienta a conjuntivitis. Dolor ocular y sus características (inicio y cronología, tipo de dolor, prurito o no, etc.), orienta a ulcera corneal, queratitis, glaucoma, iritis o migraña Agudeza visual Secreciones cantidad y calidad (purulenta, mucopurulenta, acuosa y mucosa). Tratamientos previos, Uso de lentes de contacto
	Traumatismos previos, Antecedentes de patología ocular, Sintomatología acompañante (cefalea,...)
EXPLORACIÓN	Agudeza visual, su disminución orienta a patología más grave
	Pupilas, forma y reflejos
	Párpados y pestañas., valorando la movilidad
	Secreción ocular: cantidad y calidad
	Conjuntiva: Inyección conjuntival o ciliar
	Cornea: Tinción con fluoresceína ¿ lesiones corneales?
	Tensión ocular (por lo menos, palpación digital).
Cámara anterior: colecciones hemáticas (hifema) o purulentas (hipopión)	
Adenopatía preauricular	

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL OJO ROJO

	CONJUNTIVITIS	QUERATITIS	IRITIS	GLAUCOMA AGUDO
Hiperemia	Conjuntival	Ciliar	Ciliar	Ciliar
Dolor	Picor	Intenso +/-	Intenso +/-	Intenso
Secrecion	++/+++	+/-	No	No
Fotofobia	Casi nunca	Si	Si	A veces
Lagrimeo	Si	Si	No	No
Pupila	Normal	Normal	Miosis. Sinequiada	Midriasis arreactiva
< Vision	No	No muy leve	Si	Si
Tension ocular	Normal	Normal	> o <	Muy alta
Cornea	Normal	Reflejo alterado	Normal	Edematosa
C. Anterior	Normal	Normal	Tyndall	Aplanada
Estado general	Normal	Normal	Normal	Afectado

### **Tratamiento:**

En el caso de sospecha de C. Bacteriana utilizaremos antibiotico tóxico de amplio espectro: Cloramfenicol o aminoglucosidos, o asociaciones y quinolonas para casos más resistentes o agresivos.

Las conjuntivitis alérgicas realizar tratamiento escalonado y no abusar de los corticoides tópicos.

Las úlceras herpéticas se tratan con Aciclovir tóxico oftálmico y midriáticos, y al igual que las úlceras bacterianas hay que remitirlas al especialista.

La sospecha de uveitis debe ser valorada por el especialista y el tratamiento se basa en corticoides tópicos y midriáticos.

### **Los Signos De Alarma ante una conjuntivitis son:**

- La disminución de la agudeza visual,
- La existencia de dolor ocular,
- Anomalías pupilares, tanto en la forma como en los reflejos,
- Alteración en la transparencia de la córnea y/o de la cámara anterior y
- La falta de respuesta al tratamiento en 48-72 h.

*Ante estos signos hay que plantearse el diagnóstico diferencial del ojo rojo.*



## **Cuando el paciente consulta por pérdida de visión**

La anamnesis nos indicará si el proceso es agudo (remisión urgente al especialista) o larvado, que nos orientará a una patología de cristalino, de refracción o degenerativa. La exploración con un orificio estenopeico (defecto de refracción), la agudeza visual y un oftalmoscopio nos orientará acerca de la causa y si la patología es diferible o bien requiere revisión urgente. La pérdida de visión brusca y total es de remisión urgente. Ver algoritmo2

## **Cuando el paciente viene por otros motivos. Actividad de prevención: Actitud ante el glaucoma**

El glaucoma de ángulo abierto es una degeneración del nervio óptico, que se manifiesta por un defecto campimétrico. En su tratamiento, las principales herramientas son la detección precoz y el descenso de la PIO. Desde la A.P. debemos tener una búsqueda activa de pacientes con glaucoma entre aquellos de mayor riesgo; y entre los detectados, valorando las interacciones farmacológicas entre sí y con otras patologías que pudieran presentarse. También reforzar el cumplimiento terapéutico, por ser una enfermedad crónica en la cuál el paciente no nota los efectos del tratamiento.

La valoración campimétrica y la PIO periódicas son las principales exploraciones para el seguimiento. Si hay una progresión, se decidirá una posible intervención quirúrgica.

**ALGORITMO 2**

