

## **URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS: Motivos de consulta más frecuentes**

Anamnesis:

### **Antecedentes**

- Antecedentes Familiares: glaucoma, distrofias corneales, enfermedades retinianas, enfermedades metabólicas, neurológicas
- Antecedentes Personales oftalmológicos: defectos refractivos, estrabismo, ambliopía, IQX y procesos infecciosos previos.
- Antecedentes personales sistémicos: exposición a tóxicos, radiaciones, alergias. DM, HTA, enfermedades reumatológicas. Importante descartar alergia a sulfamidas antes de usar acetazolamida como hipotensor ocular

### **Enfermedad actual:**

Síntomas oculares: Dolor ocular, Fotofobia, Agudeza visual, Secreciones oculares, Lagrimeo + blefaroespasma + fotofobia

Síntomas sistémicos acompañantes

### **Exploración básica:**

Exploración física global, Palpación de adenopatías

Agudeza visual, Campimetría por confrontación

Anomalías pupilares, Reacción y reflejos pupilares (DPAR), Motilidad ocular

Evaluación cámara anterior (depósitos de sangre, células inflamatorias, pus), Hiperemia vascular

Inspección de párpados (externa), conjuntiva y esclera (Hiperemia conjuntival, ciliar, sectorial, subconjuntival), Tinción con fluoresceína

Otros (no disponibles habitualmente): presión intraocular, fondo de ojo

TRAUMATISMOS		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Úlcera/Erosión corneal</b>	Explorar agudeza visual Tinción con fluoresceína	Explicar la necesidad de extremar las <b>medidas higiénicas</b> para evitar la sobreinfección de la úlcera. <b>Oclusión</b> ocular las primeras 24h <b>Lágrimas</b> artificiales, gel por las noches Analgesia: colirio <b>midriático</b> , analgesia oral ATB: Pomada de <b>Eritromicina/Ciprofloxacino</b> c8h 7 días Si es usuario de lentes de contacto, no usarlas hasta mejoría del cuadro.
<b>Cuerpo corneal extraño</b>	Explorar <b>agudeza visual</b> Buscar el cuerpo extraño, <b>evirtiendo</b> también el párpado Teñir con <b>fluoresceína</b> antes y después de la extracción Extracción: previo anestésico tópico, con Hemosteta/ Aguja 30G. Se realiza posteriormente tinción con fluoresceína observándose lesión fluopositiva donde estaba previamente el cuerpo extraño, con signo de <b>Seidel</b> negativo/positivo. Se aplica <b>pomada</b> oftálmica de eritromicina y se realiza <b>oclusión</b> ocular, que mantendrá las próximas 24 horas	Una vez retirado el cuerpo extraño, quedará una úlcera, que debemos tratar como tal *Si el cuerpo extraño es de origen vegetal o con uña NO se ocluirá durante las primeras 24h, y de elección se pautará pomada de Ciprofloxacino.  <b>Derivar si:</b> Cuerpo metálico, punzante o vegetal Gran úlcera asociada o riesgo de perforación
<b>Perforación ocular</b>	Signo de <b>Seidel positivo</b> antes o después de la retirada de cuerpo extraño	<b>Derivación</b> urgente a OFT Profilaxis tétanos: como en cualquier herida incisa/punzante
<b>Erosión conjuntival</b>	Agudeza visual conservada Erosión a nivel de la conjuntiva, que tiñe con fluoresceína	ATB: Pomada de <b>Eritromicina/Ciprofloxacino</b> c8h 7 días <b>Lágrimas</b> artificiales

CÓRNEA		
Urgencia	Exploración	Actitud
<p><b>Ojo seco</b> Alteración de la calidad o cantidad de la lágrima, posible asociación a S. Sjögren FR edad, tabaquismo, mujeres, LASIK, antidepressivos, ansiolíticos, antihistamínicos, antigripales, exposición a contaminantes, bajo nivel de humedad, uso excesivo de pantallas</p>	<p>Sensación de <b>cuerpo extraño</b> (arenilla), sequedad, visión borrosa intermitente</p> <p>Explorar agudeza visual Tinción con fluoresceína, se puede observar queratitis punteada superficial (<b>QPS</b>) secundaria a la sobreexposición corneal</p>	<p>Higiene visual <b>Lágrimas</b> artificiales, gel por las noches Si mucha inflamación (QPS): Colirio de Fluorometolona 3-5 días</p>
<p><b>Queratitis herpética</b></p>	<p><b>Dolor, fotofobia</b> +/- alteraciones AV <b>Úlcera dendrítica/geográfica</b> en conjuntiva bulbar fluopositiva Hiperemia conjuntival. Epifora. Secreciones. +/- miosis por espasmo ciliar. +/- Lesiones cutáneas</p>	<p><b>Aciclovir</b> pomada oftálmica o <b>Ganciclovir</b> gel oftálmico c4h 7-10 días. ATB: Colirio <b>Tobramicina</b> c8 h 7 días <b>Lágrimas</b> artificiales c3-4h. Analgésia: <b>midriático</b> +/- Analgesia oral. Derivar: urgente si lesión extensa, empeoramiento o ausencia de mejoría tras 48-72 h. Siempre control preferente con oftalmólogo de cupo</p>
<p><b>Queratitis herpética por Herpes Zóster</b> *además de la clínica de queratitis herpética</p>	<p>Dolor y parestesias en <b>dermatoma</b>. Puede asociar cefalea, fiebre. Erupción vesiculosa unilateral. Signo de <b>Hutchinson</b> (lesiones en ala y punta nasal)</p>	<p><b>Valaciclovir</b> oral 1g c8h durante 7 días</p>
<p><b>Queratitis actínica</b> Inflamación/quemadura de la córnea tras exposición a agentes irritantes como: sol, salas de bronceado, soldadura eléctrica y otros.</p>	<p>Dolor intenso, fotofobia +/- AV visión borrosa. Período asintomático 6-12h Afectación bilateral Erosión/infiltrado epitelial punteado fluopositivo +/- Miosis por espasmo ciliar</p>	<p>ATB: <b>Eritromicina</b> pomada oftálmica: c6-8h 7 días. <b>Lágrimas</b> artificiales Analgésia: <b>Midriático</b> durante 24-48h. Analgesia oral. Reposo +/- oclusión Derivación urgente si duda diagnóstica o cuerpo extraño asociado. Valoración por oftalmología control tras 48-72 horas</p>

<b>Queratitis bacteriana</b> FR: lentes de contacto *si contacto con agua dulce sospechar Acanthamoeba	Ojo rojo doloroso con fotofobia, lagrimeo, blefarospasmo <b>Infiltrado</b> corneal blanquecino, edema corneal, hipopion en casos graves	Toma de muestras para <b>tinción Gram y cultivo</b> si centrales o > 1mm Derivación OFT ATB: <b>Quinolona</b> tópica Analgesia: midriático
--	--	---

CONJUNTIVA /ESCLERA		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Conjuntivitis vírica</b> Adenovirus Previa IRVA Muy contagiosa	Unilateral>Bilateral Sensación de cuerpo extraño Lagrimeo, picor y fotofobia Secreción acuosa o mucosa Foliculos conjuntivales Membrana/pseudomembrana Adenopatía preauricular Edema palpebral	Medidas higiénicas <b>Lágrimas</b> artificiales, Compresas frías, Colirio <b>antiséptico</b> Si edema palpebral: colirio de <b>Fluorometolona</b> (pauta descendente) Si pseudomembranas. Se retiran con hemosteta. Colirio de <b>Dexametasona</b> (pauta descendente) Si infiltrados subepiteliales: Colirio de <b>Dexametasona, Lágrimas</b> artificiales y <b>gel</b> por las noches.
<b>Conjuntivitis bacteriana</b> Staphylococos aureus Contagiosa  *si > 14 días sospechar Chlamydia	Unilateral>bilateral Sensación de cuerpo extraño Secreción mucopurulenta Quemosis	Medidas higiénicas <b>Lágrimas</b> artificiales, Compresas frías Limpieza palpebral con SSF ATB: pomada <b>eritromicina</b> /colirio <b>trimetoprim - polimixina B</b> : c6h 7 días Derivar si: Pérdida de agudeza visual o Inyección ciliar o periquerática
<b>Conjuntivitis gonocócica</b> jóvenes sexualmente activos, neonatos	Secreción purulenta intensa hiperaguda Alto riesgo de úlcera corneal y perforación	<b>Frotis</b> conjuntival para tinción Gram y cultivo Derivar a OFT <b>Ceftriaxona</b> 1g IM + (VO <b>Azitromicina</b> 1g o <b>Doxiciclina</b> 100mg c12h 7 días) Limpieza de secreciones con SSF Colirio de <b>fluoroquinolona</b> c2h hasta resolución

<p><b>Conjuntivitis alérgica</b>          Alérgenos          Rinitis y atopia          No contagiosa</p>	<p>Bilateral          Prurito intenso y lagrimeo          Secreción acuosa          Edema palpebral y quemosis          Papilas subtarsales, reacción "en empedrado"</p>	<p><b>Lágrimas</b> artificiales          Antihistamínico tópico: <b>azelastina</b> c12h.          Corticoide: <b>fluorometolona</b> 0,1% c6h 2 semanas.          Valorar <b>antihistamínico oral</b></p>
<p><b>Blefaritis</b>          Proceso inflamatorio crónico de los bordes palpebrales. Pueden ser estafilocócicas, seborreicas o por disfunción de las glándulas de Meibomio          Tiende a empeorar por las mañanas</p>	<p>Quemazón, sensación de arenilla, fotofobia leve, escamas y costras en borde palpebral, ojo rojo</p>	<p>Medidas higiénicas: <b>Calor</b> local seco, masaje palpebral e <b>higiene</b> con toallitas (<i>Stila/Lephanet</i>) al menos 2 veces al día/<i>Espuma Naviblef 2</i>  <b>Lágrimas</b> artificiales (<i>Aquoral Lipo</i>) varias veces al día.          *Son caras, si escasos recursos recomendar <i>Champú Johnson</i> de niños          Se puede asociar puntualmente pomada de <b>Eritromicina</b> tópica c8h 7 días          Si rosácea, o blefaritis grave o recurrente <b>Doxiciclina</b> oral 100mg al día 2-4 semanas</p>
<p><b>Pinguécula</b>          Sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento</p>	<p>Invasión de la córnea a simple vista</p>	<p><b>Lágrimas</b> artificiales a demanda  <b>AINE</b> tópico c8h          Remitir a OFT para valoración de exeresis          Gafas protectoras</p>
<p><b>Hiposfagma</b>          Hemorragia subconjuntival          Posible asociación con traumatismo menor, uso de lentes de contacto, cifras elevadas de TA... o causa idiopática</p>	<p>Asintomática.          Sangrado rojo intenso.</p>	<p>Resolución espontánea  <b>Lágrimas</b> artificiales          Recidiva: vigilar TA, valorar posibilidad de coagulopatía...</p>
<p><b>Epiescleritis</b>          Enrojecimiento ocular sectorial (en algún caso difuso), por dilatación de los vasos epiesclerales.          etiología idiopática, herpes zoster, rosácea, enfermedades del colágeno, tiroideas, gotas</p>	<p>Hiperemia sectorial brusca de vasos epiesclerales, que responde a <b>fenilefrina</b>          Dolor leve a moderado, y posible nódulo epiescleral.          No asocia secreciones ni alteraciones de la agudeza visual</p>	<p>Resolución espontánea.  <b>Lágrimas</b> artificiales  <b>AINE</b>/corticoide tópico c6h si molestias</p>

<p><b>Escleritis</b> Enfermedad sistémica asociada que debe descartarse</p>	<p>Hiperemia conjuntival intensa que no blanquea con fenilefrina, coloración azulada de la esclerótica Dolor intenso que puede irradiarse hacia regiones frontal o mandibular y despertar al paciente por la noche Lagrimo reactivo.</p>	<p><b>Lágrimas</b> artificiales Analgésicos y antiinflamatorios orales Derivar siempre para valoración en oftalmología Valorar iniciar tratamiento en caso conocido..</p>
---	--	---

<b>PÁRPADOS Y VÍAS LACRIMALES</b>		
<b>Urgencia</b>	<b>Exploración</b>	<b>Actitud</b>
<p><b>Orzuelo</b> Estafilocócico Normalmente se deben a una Blefaritis de base, por lo que al tratamiento agudo del orzuelo se debe añadir de manera crónica el de la <b>Blefaritis</b></p>	<p>Absceso agudo, doloroso, único o múltiple, localizado en el folículo de una pestaña y en su glándula de Zeiss asociada</p>	<p>Medidas higiénicas: <b>Calor local</b> seco (planchar una toalla), <b>masaje</b> palpebral e <b>higiene</b> con toallitas (Stilla o Lephane) al menos 4 veces al día <b>Lágrimas</b> artificiales <i>Aquoral lipo</i> <b>ATB:</b> pomada de <i>Terracortril</i> 2 veces al día &gt; <i>Oftalmolosa Cusi de Icol</i> &gt; Pomada de Eritromicina + colirio Fluorometolona (pauta descendente)</p>
<p><b>Chalacion</b> Inflamación linfogranulomatosa crónica, estéril, no dolorosa, por retención sebácea en una glándula de Meibomio. Puede sobreinfectarse por <i>S. aureus</i></p>	<p>Nódulo crónico, sin fluctuación</p>	<p>Al ser una patología crónica no requiere de una intervención urgente. En 3-4 semanas plantear drenaje</p>
<p><b>Dacriocistitis</b> infección del saco lagrimal, debida a la obstrucción del conducto naso lagrimal y a la proliferación de gérmenes Gram+</p>	<p>Tumefacción tensa, eritematosa y muy sensible a la palpación, bajo el tendón del canto interno del ojo. Al presionar puede salir material mucoso o purulento por los puntos lagrimales. Puede haber fiebre y leucocitosis. Puede complicarse con una fístula, absceso o celulitis</p>	<p>Compresas calientes y masajes 4 veces al día Analgésicos y antiinflamatorios <b>ATB sistémico:</b> Amoxicilina clavulánico 875/250mg cada 8 horas 10-14 días, ingreso para ATB IV si mal estado general, fiebre o riesgo de pseudomonas Puede asociarse ATB tópicos (Tobramicina gotas c6-8h) Si masa fluctuante incisión y drenaje</p>

CELULITIS ORBITARIA		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Celulitis orbitaria</b> Inflamación de partes blandas de origen infeccioso	Puede deberse a la diseminación de una sinusitis (etmoidal en edad pediátrica), inoculación directa (trauma, picadura de insecto), de otras infecciones cercanas (orzuelo, dentales) o a distancia (hematógena)	Diferenciar entre retroseptal y preestatal
<b>Celulitis preseptal</b>	<b>Dolor, ptosis</b> , sensibilidad a la palpación, edema y eritema palpebral y periorbitario Sin afectación del espacio retroorbitario	<b>ATB oral</b> (Cefadroxilo, Amoxicilina/Acido Clavulanico 875/125) Antiinflamatorios y analgesia sistémica Si la causa es una conjuntivitis, tratarla
<b>Celulitis retroseptal</b>	Dolor intenso, <b>afectación del estado general</b> , cefalea, fiebre, compromiso de estructuras orbitarias retroseptales (exoftalmos, neuropatía óptica con alteración de la función visual, <b>oftalmoplejía, motilidad ocular dolorosa</b> ) Ante sospecha: analítica completa con HHCC, TC orbitario, consultar OFT	<b>ATB IV</b> al menos 48-72h (Ampicilina/Sulbactam, Cloxacilina + Ceftriaxona IV)

GLAUCOMA		
URGENCIA	EXPLORACIÓN	ACTITUD
<b>Glaucoma agudo</b> Elevación brusca de la PIO debido a un cierre del sistema de drenaje del humor acuoso. Midriasis media en un ojo predispuesto	<b>Dolor</b> ocular intenso, síntomas <b>vegetativos</b> , visión borrosa, halos coloreados alrededor de puntos luminosos Disminución de AV <b>PIO</b> muy elevada <b>Midriasis media arreactiva</b> Edema corneal e hiperemia ciliar o mixta	Avisar OFT de guardia <b>Analgésicos y antieméticos</b> sistémicos <b>Hipotensores</b> oculares sistémicos: Manitol, Acetazolamida Hipotensores oculares tópicos: Betabloqueante (Timolol 0.5%), agonista alfa, inhibidor de la anhidrasa carbónica Corticoides tópicos

RETINA		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Desprendimiento de Vítreo posterior</b> Visión de moscas volantes	Sin alteraciones. Diagnóstico clínico. En un primer episodio derivar a OFT para fondo de ojo	No tratamiento, explicar naturaleza de los síntomas y cronicidad de los mismos Explicar síntomas de alarma por los que consultar de forma urgente
<b>Desgarro de Retina</b> Miodesopsias + fotopsias	Derivar a OFT FO:	<b>OFT:</b> fotocoagulación con láser
<b>Desprendimiento de Retina</b> Miodesopsias + Fotopsias + Visión de Cortina, escotoma inverso		<b>OFT:</b> Qx preferente Pronóstico dependerá de la afectación de la mácula y la precocidad del tto
<b>Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica</b> HTA, DM, arteriosclerosis, 40-60 años Isquemia en Nervio óptico	Pérdida de visión brusca unilateral, súbita y no dolorosa, defectos en campo visual, discromatopsia DPAR, Edema de papila AS: VSG y PCR normales	Derivar <b>OFT</b> urgente No existe tratamiento específico, control FRCV
<b>Neuropatía óptica isquémica anterior arterítica</b> Asociado cefalea, claudicación mandibular, polimialgia	Disminución súbita AV, inicialmente unilateral DPAR Edema de papila AS: <b>VSG, PCR elevadas</b>	Derivación urgente <b>OFT</b> <b>Corticoides</b> IV (1g)
<b>Neuritis óptica</b> Inflamación del nervio óptico de causa idiopática, desmielinizante, infecciosa o postvacunal 18-45 años	Pérdida de visión unilateral, que empeora en días, defectos en campo visual, discromatopsia <b>Dolor</b> orbitario que empeora con los movimientos oculares, DPAR puede tener edema de papila	Derivación urgente <b>OFT</b> y <b>NRL</b> Corticoides sistémicos (aceleran recuperación, pero no influyen en pronóstico visual final)



ÚVEA		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Uveítis anterior</b> Suele ser idiopática, aunque se puede asociar a enfermedades sistémicas como la AR e infecciones.	<b>Dolor, fotofobia</b> , disminución AV, lagrimeo Miosis irregular <b>Hiperemia ciliar</b> o mixta, <b>precipitados queráticos</b> , celularidad en cámara interior ( <b>Tyndall+</b> ) +/- hipopion.	Derivar <b>OFT</b> Analgesia: <b>midriáticos</b> (previene las sinequias) <b>Dexametasona</b> oftálmica en pauta descendente

OBSTRUCCIONES VASCULARES		
Urgencia	Exploración	Actitud
<b>Trombosis venosa</b> HTA, más frecuente en mujeres añosas	Disminución AV indolora moderada FO: Hemorragias en llama, exudados algodonosos, signo de cruce, edema de papila	<b>OFT:</b> Control de FRCV
<b>Obstrucción arterial</b> Émbolos ateromatosos, angioespasmo, arteritis de la temporal	Disminución AV brusca indolora y masiva. DPAR FO: Edema generalizado, retina pálida, Mácula mancha rojo cereza	Localizar <b>foco embolígeno</b> (ECG, carotídeo, ecocardio) <b>OFT:</b> Tratamiento en <6h: Masaje ocular, paracentesis, O2 95%, Inyección retrobulbar VD)

## ANEXO: TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES

**Tinciones:** Fluoresceína sódica (*Colircusi fluotest*)

Se utiliza en la exploración oftalmológica, para comprobar la integridad de la córnea

**Lágrimas artificiales:** *Aquoral Hyabac, Thealoz Duo, Aquoral forte, Hylo commode, Thealoz Duo gel, Xailin gel, Hylo gel, Viscofresh.*

Multitud de marcas y presentaciones, se recomiendan en monodosis y sin conservantes. Aquellas tipo "gel" ayudan en el tratamiento del ojo seco, y "lipo" en la blefaritis

**Limpieza palpebral:** Toallitas (*Lephanet, Ozonest, Blefarix*), Espuma (*Naviblef*). En blefaritis, de forma crónica. Son caras por lo que si tienen pocos recursos se puede recomendar champús (*tipo Johnsons Baby*)

**Anestésicos:** Tetracaína + Oxibuprocaina (*Colircusi anestésico doble*). No se deben prescribir por norma para tratamiento domiciliario.

**Antisépticos:** *Ozonest, Iodín*. En conjuntivitis víricas, cada 8 horas

**Midriáticos:** Se utilizan para analgesia tópica, se debe advertir al paciente de que verá borroso mientras lo esté aplicando

- Adrenérgicos: Fenilefrina
- Anticolinérgicos: Tropicamida (*Colircusi tropicamida*) (efecto máximo 20 min, duración 3-6h) 1 gota cada 6-8h, ciclopentolato (*Colircusi cicloplejico*) (efecto máximo 20-45 min, duración 24h) 1 cada 8-12h, Atropina (efecto máximo 30 min, duración 1-2 semanas), 1 c12h

**Corticoides.** De menor a mayor potencia: Fluorometolona (*FML*), Dexametasona (*Maxidex*), Prednisona (*Pred Forte*). Se deben dar en pauta descendente (por ejemplo: c8h una semana, c12h una semana y c24h una semana y suspender), nunca de forma indefinida, y cuidado con la elevación de la PIO y con los antecedentes de herpes oftálmico

**AINES:** Diclofenaco oftálmico (*Lepori, Voltaren*). Se utilizan en epiescleritis, o tras Qx

**Antihistamínicos:** Azelastina (*Zaditen*) cada 12h, Olopatadina (*Olopatanol*). Se prescriben en conjuntivitis alérgicas, cada 12h y durante semanas.

**Antibióticos:**

- Tetraciclinas: *Terracortril* (Oxitetraciclina, Hidrocortisona, Polimixina)
- Aminoglucósidos: Tobramicina (*Tobrex*) c8h, *Tobradex* (Tobramicina + dexametasona, importante dar pauta descendente), Gentamicina (*Gentadex*), Pomada de eritromicina (en ojo seco, por las noches, o en urx tras la retirada de CE y oclusión)

- *Oftalmowell* (Sulfato de polimixina B, sulfato de neomicina, gramicidina)
- Quinolonas: Ciprofloxacino (*Oftacilox*), Moxifloxacino (*Vigamox*), Ofloxacino (*Exocin*)

**Antivirales:** Aciclovir (pomada) 5 veces al día, Ganciclovir (*Virgan* gotas). En herpes oftálmico

## BIBLIOGRAFÍA

- Borrego Arnau J, Blanco Vidal C, Piquer Artés MJ, Justel Pérez JP. Ojo rojo. Fisterra. Guías clínicas. Disponible en <http://www.fisterra.com/guiasclinicas/ojo-rojo/>
- Deborah S Jacobs. The red eye: Evaluation and management. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/the-red-eye-evaluation-andmanagement>
- Lantigua Dorville Y, Valpuesta Martín MY. Universidad de Valladolid. Guía clínica de manejo de las urgencias oftalmológicas en Atención Primaria
- Kanski JJ. Conjuntivitis infecciosas. En: Kanski JJ, Oftalmología Clínica. 6ª ed. Barcelona; Elsevier; 2009. pp. 213-38.
- American Academy of Ophthalmology. Oftalmología básica para estudiantes de Medicina y residentes de Atención Primaria. 5.a ed. Elsevier; 2009
- Ortiz Pérez S, García López C, Alcaraz Clemente L. Manual de actuación para las verdaderas urgencias en oftalmología. 5ª Ed. Gertograf SL. 2022.
- Montero Pérez, Francisco Javier, y Jiménez Murillo, Luis. "Urgencias oftalmológicas no traumáticas". En: Medicina de Urgencias y Emergencias, guía diagnóstica y protocolos de actuación, 954-961. 7º edición. Elsevier, 2023.
- "Problemas de los ojos". En: Guía terapéutica en atención primaria, basada en la selección razonada de medicamentos. 8º edición. SEMFYC, 2022.