

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA OFTÁLMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Procedimiento	B12-7.3.2-PRC-001-V1
Servicio	Oftalmología/Continuidad Asistencial
Fecha de entrega	31/01/2017
Destinatario	Personal sanitario de los Centros de Salud y del HUIC de Parla

Control de modificaciones		
Descripción	Nº de versión	Fecha de edición
Creación: M ^a Dolores Martín Sánchez	1	25/01/2017
Modificación:		

Revisado:	Comisión de Continuidad Asistencial en Farmacoterapia	Aprobado	Dr. Juan Torres Macho Dirección Médica
Fecha:	02/ 03/2017	Fecha:	10/03/ 2017

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Índice del contenido

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE.....	3
3	DEFINICIONES.....	3
4	REALIZACIÓN.....	3
5	REGISTROS.....	12
6	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.....	12
7	ANEXOS.....	13
8	CONTROL DE CAMBIOS.....	15

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

1 OBJETIVO

El objetivo de este documento es establecer el procedimiento de actuación en Atención Primaria y Hospitalaria de las patologías oftalmológicas que se ven con mayor frecuencia en Atención Primaria

2 ALCANCE

El procedimiento afecta a pacientes con patología oftalmológica que van a ser atendidos en el HUCy/ o los Centros de Salud de nuestra área

3 DEFINICIONES

No aplica

4 REALIZACIÓN

I) PATOLOGIA SUBSIDIARIA DE SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

- Conjuntivitis: bacterianas, víricas y alérgicas
- Patología de la cornea: ulcera corneal, queratitis punteada superficial, queratitis por virus herpes
- Causticaciones oculares
- Cuerpos extraños en cornea extraíbles
- Patología de párpados y vía lagrimal: edema, orzuelos, blefaritis, dacriocistitis aguda.
- Hiposfagma
- Epiescleritis

II) PATOLOGIA SUBSIDIARIA DE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Afectación ocular por herpes Zoster
- Afectación corneal en enfermedades toxico metabólica: queratopatía en banda, enfermedad de Wilson.
- Escleritis anterior
- Uveítis: anterior y posterior
- Glaucoma: crónico simple, ataque agudo.
- Cataratas
- Traumatismo del globo ocular
- Cuerpos extraños: que no puedan extraerse.
- Retinopatías: diabética, hipertensiva...

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Maculopatías: degeneración macular asociada a la edad, maculopatía por fármacos...
- Neurooftalmología: alteraciones pupilares, patología del nervio óptico, estrabismo
- Patología de párpados y vía lagrimal: chalazión, dacriocistitis crónica
- Pérdidas bruscas de la visión: amaurosis fugax, papiledema, obstrucción de la arteria central de la retina, ~~obstrucción venosa retiniana, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, neuritis óptica...~~

CONJUNTIVITIS

- SINTOMAS: Sensación de cuerpo extraño o arenilla, escozor, picores, lagrimeo y a veces fotofobia. No existe dolor, no disminución de la visión, pero si pueden referir visión borrosa.
- SIGNOS: Hiperemia conjuntival, edema conjuntival, secreción, reacción tisular.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

- ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS: Staphylococcus aureus Secreción mucopurulenta.
- TRATAMIENTO: aminoglucósidos (gentamicina colirio, tobramicina colirio), quinolonas (ofloxacino colirio) o combinaciones de neomicina con polimixina B o sulfamida (colirio). Se pautan cada 4 ó 6 horas según gravedad respetando el sueño.

CONJUNTIVITIS VÍRICA

- ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS: Picornavirus, adenovirus, ECHO, Coxackie Más frecuente en otoño y en invierno. Secreción serosa y reacción folicular. Pueden aparecer hemorragias subconjuntivales y tener como antecedente cuadro de vías respiratorias altas.
- TRATAMIENTO: antiinflamatorios (ketorolaco o diclofenaco sódico colirio) o corticoides tópicos (fluometolona colirio, dexametasona colirio). Si secreción añadir un antibiótico (tobramicina colirio). Si cuadro severo poner tobramicina con dexametasona en colirio 1 gota cada 4 ó 6 horas, respetando sueño.

CONJUNTIVITIS ALERGICA

- ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS: Por reacción anafiláctica local. Cursa con picor, fotofobia, edema palpebral, hiperemia conjuntival y quemosis. Secreción mucosa-viscosa con abundantes eosinófilos y reacción papilar.
- TRATAMIENTO: evitar alérgeno, antihistamínicos tópicos (levocabastina, emedastina, olopatadina), corticoides tópicos, inhibidores de la degranulación (cromoglicato sódico, nedocromil, ácido espaglumico, lodoxamida colirios).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

HIPOSFAGMA

Hemorragia subconjuntival rojo intenso. Traumática o espontánea. Asintomático. Si no antecedentes traumáticos no precisa ser valorado por oftalmólogo. Se recomienda control de tensión arterial .

PATOLOGIA DE LA CORNEA

ÚLCERA CORNEAL

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** La mayoría son traumáticas. Cursan con disminución de la agudeza visual, dolor, fotofobia, lagrimeo y blefaroespasmos.
- **EXPLORACIÓN:** solución de continuidad evidenciado con tiras monodosis de fluoresceína y lámpara de hendidura.
- **TRATAMIENTO:** eliminar agente si lo hay, oclusión y lubricante (para favorecer la epitelización), midriáticos (para eliminar reacción ciliar), antibiótico (para prevenir infección). Usar anestésico en exploración o para extraer cuerpo extraño pero no de forma pausada.

QUERATITIS PUNTEADA SUPERFICIAL

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** La etiología es múltiple: senil, Sjogren, esquiadores (queratitis actínicas), soldadores (fotoeléctricas), déficit de cierre palpebral, alteraciones en la rama oftálmica del trigémino (diabetes, herpes, lepra...).
- **EXPLORACIÓN:** Numerosas lesiones que tiñen con fluoresceína.
- **TRATAMIENTO:** en los casos leves lagrimas artificiales y si son más complicados colirios antibióticos (tobramicina o polimixina B colirio) y midriáticos.

QUERATITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE:

Suele debutar como queratitis superficial. Lesión por excelencia: úlcera dendrítica.

TRATAMIENTO: aciclovir tópico 1/4h más el tratamiento de úlcera (antibióticos, midriáticos,). Contraindicados: corticoides.

AFECTACIÓN OCULAR POR HERPES ZOSTER

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** Recurrencia del virus a través de la primera rama del trigémino (rama oftálmica). Cursa con erupción vesículo-costrosa dolorosa a nivel periorcular. El dolor precede a la erupción 48-72 horas. Signo de Hutchinson: afectación en la rama nasociliar del oftálmico.
- **TRATAMIENTO:** aciclovir sistémico (800mgr/4h/7d), valaciclovir (1gr/8h/7d) o famciclovir (250mgr/8h/7d).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

PATOLOGIA ESCLERAL

EPIESCLERITIS

Más frecuente en adultos jóvenes. Asintomático o con lagrimeo y sensibilidad local. TTO: corticoides ó mejor AINES tópicos de 1ª intención (Acular colirio 1/8 horas) al menos 10-12 días

ESCLERITIS ANTERIOR

En mujeres de edad avanzada. Se asocia a enfermedad sistémica (artritis reumatoide).

UVEITIS

UVEITIS ANTERIOR

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** La mayoría son idiopáticas. Puede asociarse a Espondilitis Anquilopoyética en el adulto y en la infancia a Artritis Crónica Juvenil. Cursa con dolor ocular, disminución de la visión, ojo rojo, fotofobia, lagrimeo y blefaroespasmos. Signos: hiperemia ciliar, miosis, precipitados queráticos, efecto Tyndall (humor acuoso turbio), hipopion (deposición de células y proteínas en cámara anterior) y sinequias posteriores. Complicaciones: hipertensión ocular, catarata, edema macular y desprendimiento de retina.
- **TRATAMIENTO:** midriáticos (ciclopléjico, atropina) y corticoides. (dexametasona colirio cada 4 horas ó acetato de prednisolona colirio cada 4 horas)

UVEITIS POSTERIOR

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** La mayoría son idiopáticas. Pueden asociarse a Toxoplasmosis, candidiasis y a SIDA. Síntomas: miodesopsias y disminución de la visión. Signos: vitritis, vasculitis, papilitis.
- **TRATAMIENTO:** el de la causa.

GLAUCOMA

GLAUCOMA CRÓNICO SIMPLE O DE ANGULO ABIERTO

- **ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS:** Forma más frecuente. Aumenta con la edad. Se recomienda cribado en >40 años con: familiares afectados, miopía, oclusión de la vena central de la retina, desprendimiento de retina, diabetes, enfermedad cardiovascular y raza de color. DG: PIO>21mmhg, ángulo abierto, alteración progresiva del campo visual (escotomas paracentrales, escotoma de

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Bjerrum). Pacientes en los que se detecta PIO elevada en la óptica (entre 21-25) no remitir de urgencias. Tranquilizar y remitir vía normal

- TRATAMIENTO:

- a) Médico:

- α -1) Beta-bloqueantes: timolol, betaxolol, carteolol. Disminuyen la producción del humor acuoso. Precaución en bradicardias y EPOC
 - α -2) Inhibidores de la anhidrasa carbónica: tópicos (dorzolamina, brinzolamida). Disminuyen la producción del humor acuoso.
 - α -3) Prostaglandinas: latanoprost, bimatoprost, travoprost. Favorecen la eliminación. Son los fármacos de primera elección.

- b) Quirúrgico: trabeculoplastia con láser, trabeculectomía.

ATAQUE AGUDO DE GLAUCOMA DE ANGULO CERRADO

- ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS: Más frecuente en hipermetropes. Desencadena el ataque la midriasis media: poca iluminación, stress, colirios midriáticos, medicación sistémica con efecto parasimpaticolítico (antidepresivos, atropina...). Síntomas: dolor intenso, edema corneal (visión de halos alrededor de luces), reacción ciliar y conjuntival y síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, bradicardia...). Signos: PIO>40mmhg, midriasis media hiporeactiva, ángulo cerrado y cámara anterior muy estrecha.
- TRATAMIENTO:
 - a) Reducir PIO: diuréticos osmóticos (manitol o acetazolamina).
 - b) Revertir midriasis : pilocarpina
 - c) Tratamiento de la inflamación: corticoides tópicos. (fluorometolona colirio)
 - d) Tratamiento definitivo: iridotomía con láser YAG.

PATOLOGIA DEL CRISTALINO

CATARATA

- ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS La senil es la más frecuente. La metabólica se relaciona con diabetes, galactosemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo. Las iatrogénicas se producen por corticoides, miótico, clorpromacina, radiaciones. Además pueden ser: preseniles (dermatitis atópica, distrofia miótica), congénitas, traumáticas y por inflamación ocular (uveítis). Cursan con disminución progresiva de la agudeza visual, diplopía y fotofobia.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- TRATAMIENTO: cirugía.

TRAUMATOLOGÍA OCULAR

CAUSTICACIONES OCULARES

Agresión química. Mas graves por álcalis (amoníaco, cal, lejía) que por ácidos.

TRATAMIENTO: lavado con abundante agua, antibióticos, midriáticos, corticoides...

CUERPOS EXTRAÑOS DE LA CORNEA

Extracción del cuerpo extracción con lanceta y fresado de óxido. Después el tratamiento como el de una úlcera (midriático, tropicamida o ciclopléjico, antibiótico: tobramicina, polimixina B con trimetoprima colirio).

RETINA

RENITOPATIA DIABETICA

Causa más frecuente de ceguera en nuestro medio entre 20-65 años. Son factores asociados: DMI, más de 5 años de evolución de la enfermedad, HTA sistólica, embarazo, tabaco y nefropatía (mas un marcador que un factor de riesgo). Su clasificación, clínica y tratamiento se muestra a continuación:

- a) RD Simple: en F.O. microaneurismas, hemorragias o exudados duros. No síntomas. Vigilar.
- b) Edema macular o maculopatía diabética: edema en fovea y/o exudados duros. Mas frecuente en DMII. Causa más frecuente de deterioro visual. TTO: fotocoagulación con láser argón.
- c) RD no proliferativa: isquemia importante, exudados algodonosos, arrosariamiento y tortuosidad venosa. TTO: vigilancia y láser de argón.
- d) RD proliferativa: neovasos o proliferación retinóvítrea. Puede complicarse con hemorragia vítrea (sospechar en pérdida brusca de visión en diabético) desprendimiento de retina y glaucoma neovascular. TTO: láser de argón.

Para el control, seguimiento y tratamiento de los pacientes diabéticos adjuntar en la interconsulta los niveles de hemoglobina glicosilada, tensión arterial y lípidos.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

RETINOPATIA HIPERTENSIVA

La respuesta de los vasos retinianos a la HTA es la vasoconstricción (exudados algodonosos), extravasación (hemorragia, edema y exudados duros) y arterioesclerosis (signos de cruce arteriovenosos: Gunn y Salus; estrechamiento del calibre de las arterias).

OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Embolismo por placas de aterosclerosis en carótida interna. Más frecuente en varón de edad avanzada. Cursa con pérdida brusca de visión, indolora, pupila de Marcus Gunn, retina blanquecina, mancha rojo cereza en macula y papila pálida. Mal pronóstico.

AMAUROSIS FUGAX

Pérdida transitoria y unilateral de la visión. Episodio isquémico transitorio de la retina. Más frecuente embolia proveniente de la arteria carótida ipsilateral.

OBSTRUCCIÓN VENOSA RETINIANA

Por trombosis. Mas frecuente en mujeres hipertensas de mediana edad. Cursa con disminución menos brusca de la visión.
TTO: fotocoagulación.

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Separación de la retina sensorial del epitelio pigmentario. El DR Regmatógeno es el más frecuente. Son factores de riesgo: miopía, senilidad, afaquia, degeneración vitreoretiniana y traumatismos.

Las tracciones vítreas cursan con fosfenos y miodesopsias. Cuando se instaura el desprendimiento hay una disminución de visión (cortina que cae) y escotoma en el campo visual. FO: bolsa convexa, móvil y gris.

Profilaxis: fotocoagulación con láser.

TTO: pegar de nuevo la retina con gas, cerclaje de silicona, cirugía...

DEGENERACION MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

Causa más frecuente de ceguera en >60 años.

DG angiografía fluoresceínica. Existen dos tipos con distintos tratamientos:

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- DMAE seca: seguimiento por MAP. Si metamorfosis y/o escotoma fijo remitir a oftalmólogo
- Si DMAE húmeda seguimiento por Oftalmólogo, Antiangiogénicos.

Recomendaciones: Protección solar. Consumo de frutas y verduras.

FARMACOS CON TOXICIDAD OCULAR

- Antipalúdicos (Cloroquina): maculopatía en ojo de buey.
- Fenotiacinas: precoz pigmentación granular de la mácula y tardía retinosis pigmentaria.
- Amiodarona: pigmentación corneal.
- Etambutol: neuritis óptica
- Corticoides: sistémicos catarata y tópicos hipertensión ocular.

NEUROOFTALMOLOGIA

Causas de miosis: miótico (pilocarpina), uveítis anterior, intoxicación por opiáceos, sueño y síndrome de Horner.

Causas de midriasis: midriáticos (atropina), parálisis del IIIIP, aneurisma de la comunicante posterior, diabetes, glaucoma agudo, ansiedad, dolor.

EDEMA DE PAPILA

Se asocia a hipertensión intracraneal.

TTO: Ingreso urgente para estudio.

NEURITIS OPTICA

Cursa con disminución de la visión, dolor, escotoma central y defecto pupilar aferente. Tipos:

- a) Anterior o papilitis: frecuente en niños y tras infección. FO: papilitis.
- b) Neuritis retrobulbar: asociación con enfermedad desmielinizante. FO: papila normal. TTO: estudio neurológico y corticoides.

NEUROPATIA OPTICA ISQUÉMICA

Pérdida brusca de visión primero en un ojo y a los 10 días en el otro, papila edematosa, escotomas altitudinales y defecto pupilar aferente.

El tipo idiopático se asocia a arteriosclerosis, HTA DM y varones 45-65 años. El tipo arterítico se relaciona con mujeres >60 años y con arteritis de la temporal. DG: biopsia de la temporal.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

TTO: corticoides.

PATOLOGIA DE PARPADOS Y VIA LAGRIMAL

ORZUELO EXTERNO

Inflamación aguda del borde palpebral por infección estafilocócica de glándulas de Zeiss y de Moll (punto blanco).

TTO: fomentos calientes + pomadas antibiótico-inflamatoria (oxitetraciclina más hidrocortisona pomada 1/12 horas al menos 15 días).

ORZUELO INTERNO:

Igual pero afecta a glándulas de Meibonio.

CHALAZION

Inflamación crónica de las glándulas de Meibonio. Nódulo rojizo e indoloro en tarso superior. Si no mejoran con antibiótico cirugía ó triamcinolona depot intralesional.

BLEFAROCONJUNTIVITIS CRÓNICA

- Cuando la blefaritis sea leve tratar con higiene palpebral, compresas calientes, lágrimas artificiales y antibióticos tópicos (Terramicina pomada cada 12 horas, 10 días), por MAP. Si no mejora remitir a oftalmólogo.
- Cuando la blefaritis sea moderada o grave (OJO ROJO): remitir a oftalmólogo que tratará con esteroides tópicos, revisión en 7-10 días hasta curación y posteriormente control por su MAP
- Enfermos con acné rosácea y patología blefarítica remitir a oftalmólogo: en las exacerbaciones tratar con : Doxiciclina 100 mg/12 horas /15 días y 100 mg/día durante 3 meses y en las remisiones control por MAP
-

DACRIOCISTITIS AGUDAS

Producido por estrechamiento del conducto lacrimonasal. Frecuente en mujeres >40años y cursa con fiebre, epifora, dolor local y tumefacción.

TRATAMIENTO: calor, antibióticos, antiinflamatorios sistémicos y cirugía (dacriocistorrinostomia).

DACRIOCISTITIS CRÓNICAS

Cursa con epifora y secreción mucopurulenta.

TTO: dacriocistorrinestomia.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

5 REGISTROS

No aplica

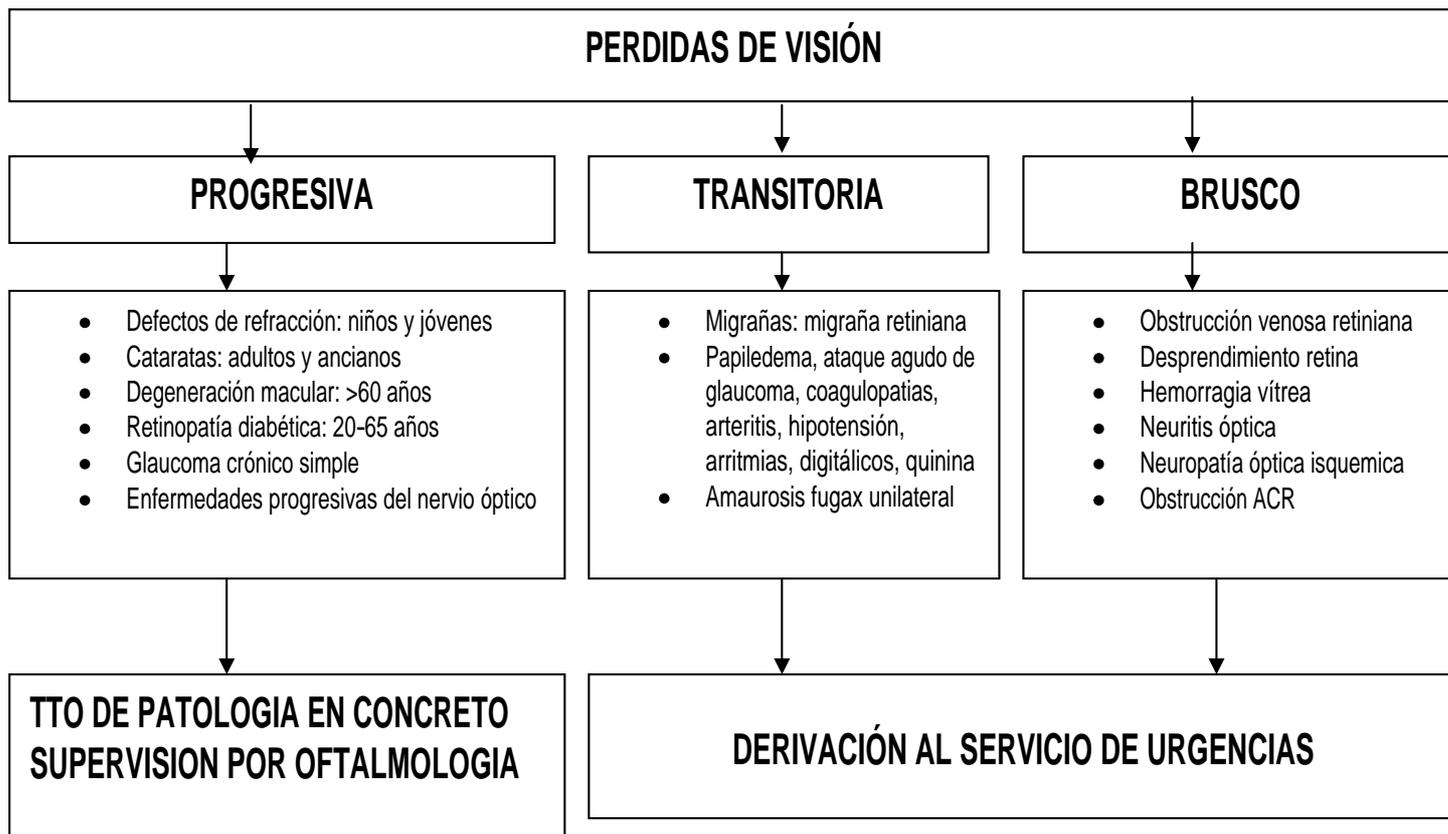
6 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

No aplica

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

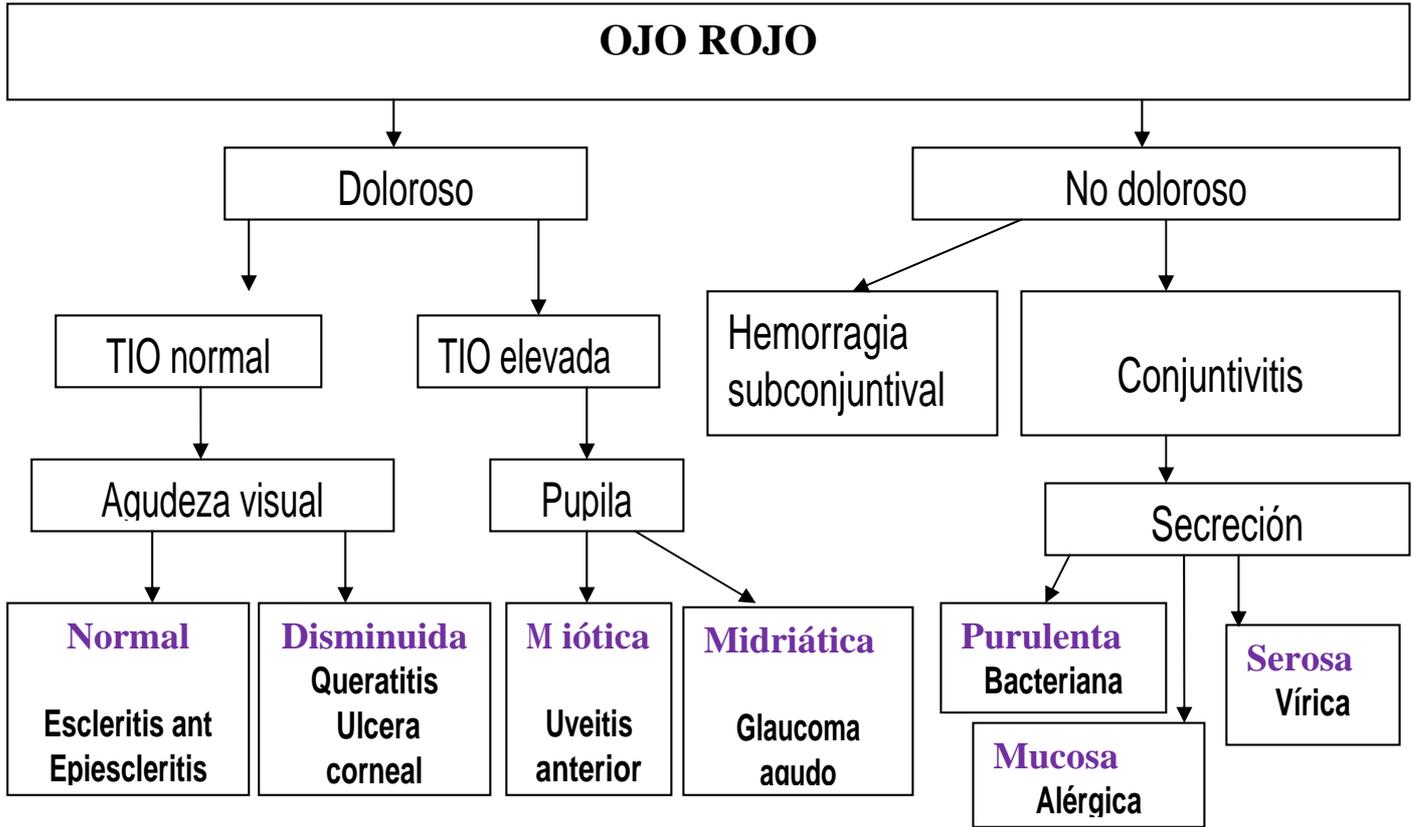
7 ANEXOS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE PÉRDIDAS DE VISIÓN



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
 Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
 ATENCION: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

DIAGNOSTICO DIFERENCIA DE OJO ROJO



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
 Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
 ATENCION: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

8 CONTROL DE CAMBIOS

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA 1ª ED.	FECHA ÚLTIMA ED.	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
B12-7.3. 2-PRC-001-V1	1	Marzo 2017		Lanzamiento inicial

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Nombre de archivo: B12-7.3.2-PRC-001-V1
Directorio: C:\Documents and Settings\00410384H\Escritorio\OJOS
OK
Plantilla: C:\Documents and Settings\00410384H\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:
Asunto:
Autor: Administrador
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 06/04/2016 13:18:00
Cambio número: 12
Guardado el: 15/03/2017 13:03:00
Guardado por: Administrador
Tiempo de edición: 21 minutos
Impreso el: 15/03/2017 13:03:00
Última impresión completa
Número de páginas: 15
Número de palabras: 2.605 (aprox.)
Número de caracteres: 14.330 (aprox.)