

Algoritmos en Oftalmología para Atención Primaria

Autores:
Miguel González-Andrades
Manuel Arias Alcalá

UGC OFTALMOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

ÍNDICE

Prefacio	05
<hr/>	
Autores	07
<hr/>	
1. Alteración de la Agudeza Visual	13
<hr/>	
2. Alteración del Campo Visual	19
<hr/>	
3. Miodesopsias y Metamorfopsias	23
<hr/>	
4. Halos, Fotopsias, Diplopia Monocular y Otros Fenómenos Visuales	27
<hr/>	
5. Anisocoria	35
<hr/>	
6. Ojo Rojo Doloroso	41
<hr/>	
7. Ojo Rojo No Doloroso	45
<hr/>	
8. Lesiones Conjuntivales	49
<hr/>	
9. Lesiones Palpebrales	53
<hr/>	
10. Hojas Informativas para los Pacientes	61
<hr/>	
Glosario y abreviaturas	75
<hr/>	

PREFACIO

La patología oftálmica es una de las causas más frecuentes por la que acuden los pacientes tanto a urgencias como a atención primaria. A pesar de las estrategias impuestas por los diferentes sistemas sanitarios para controlar las derivaciones al especialista, el paciente suele ser derivado de forma precoz al oftalmólogo sin una propuesta diagnóstica y terapéutica realmente justificada. Esto es debido en parte a la alta especialización alcanzada en los últimos años en Oftalmología, además de la excesiva tecnificación del campo. Todo ello ha llevado a que las enfermedades oculares queden al amparo casi exclusivo del oftalmólogo, limitando la participación de otros profesionales de la salud en la atención al paciente oftalmológico. En este contexto, era necesario establecer una guía que facilitase a los médicos de atención primaria el diagnóstico, tratamiento y derivación si procede de los pacientes que aquejen sintomatología ocular. Así, desde la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología del Hospital Universitario Reina Sofía, hemos escrito este libro compuesto por una serie de algoritmos diagnósticos que parten de los síntomas y signos que con mayor frecuencia refieren los pacientes con enfermedad ocular. Dichos algoritmos se desarrollan a partir de diagramas de flujo que se pueden seguir sin la necesidad de aparataje o técnicas complejas de exploración. Con estos, el médico de cabecera, partiendo del síntoma ocular que refiere el paciente, podrá llegar de manera rápida y sencilla a un diagnóstico diferencial acompañado de un tratamiento que se pueda aplicar en atención primaria, y de una derivación óptima, ya sea urgente, preferente o al uso, en el caso de que fuera necesario. Con los criterios claramente establecidos en los algoritmos aquí descritos, esperamos poder ayudar al médico de atención primaria a enfocar de forma más eficaz y rápida al paciente oftalmológico, y aliviar así, aunque sea de forma parcial, la alta presión asistencial que recibe.

AUTORES

Ana María Sánchez León, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Ana Sanz Zorrilla, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Ángel Expósito Ordóñez, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Departamento de Ciencias Médicas
y Quirúrgicas, Facultad de Medicina,
Universidad de Córdoba.
Av. Menéndez Pidal 7, 14004 Córdoba.

Ángeles Giménez-Almenara Amo, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Carmen Avilés Mora, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Carmen González Gallardo, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario
San Cecilio. Av. del Conocimiento s/n,
18016 Granada.

Carmen Luque Criado, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Clara Montenegro del Pozo, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Cristina Romero Sánchez, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

David Ríos Jiménez, MD, IMIBIC

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Encarnación Ibarra de la Rosa, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Fabio Contieri Lambiase, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Francisco Fernández Molina, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Francisco Morillas Teva, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Francisco Pugliese Rojas, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Guillermo Giménez-Almenara Amo, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Indira Stoikow Pino, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Javier Garrido Martín, MD

Servicio de Oftalmología,
Hospital Valle de los Pedroches.
Av. el Silo, 14400 Pozoblanco, Córdoba.

Javier Giménez-Almenara Amo, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

**José Enrique Muñoz de Escalona Rojas,
MD, PhD**

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario San Cecilio.
Av. del Conocimiento s/n, 18016 Granada.

José Ignacio Fernández Choquet de Isla, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

José Luis García Serrano, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario San Cecilio.
Av. del Conocimiento s/n, 18016 Granada.

José M. Hens Gutiérrez, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

José Manuel Maldonado Redondo, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

José María Mohedano Rincón, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Juan Carlos Barreiro Lucas, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Departamento de Ciencias Médicas
y Quirúrgicas, Facultad de Medicina,
Universidad de Córdoba.
Av. Menéndez Pidal 7, 14004 Córdoba.

Manuel Arias Alcalá, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Manuel García Martín, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Manuel Luque Arellano, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Manuel Santos Lacomba, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Departamento de Ciencias Médicas
y Quirúrgicas, Facultad de Medicina,
Universidad de Córdoba.
Av. Menéndez Pidal 7, 14004 Córdoba.

Ángeles Herrador-Montiel, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

María José Pérez Cordobés, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

María Navarro Martínez, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Marta Navarro Revuelta, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Marta Redondo Gutiérrez, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Marta Villalba González, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Miguel Ángel Gómez Torres, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Miguel González-Andrades, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Departamento de Ciencias Médicas
y Quirúrgicas, Facultad de Medicina,
Universidad de Córdoba.
Av. Menéndez Pidal 7, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Rafael Caballos Castilla, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Rafael Giménez Gómez, MD, PhD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Instituto Maimónides de Investigación
Biomédica de Córdoba. Edificio IMIBIC,
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Rafael Sánchez Pedraza, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Ricardo Domínguez España, MD

UGC Oftalmología,
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba.

Roberto Anaya Alaminos, MD, PhD

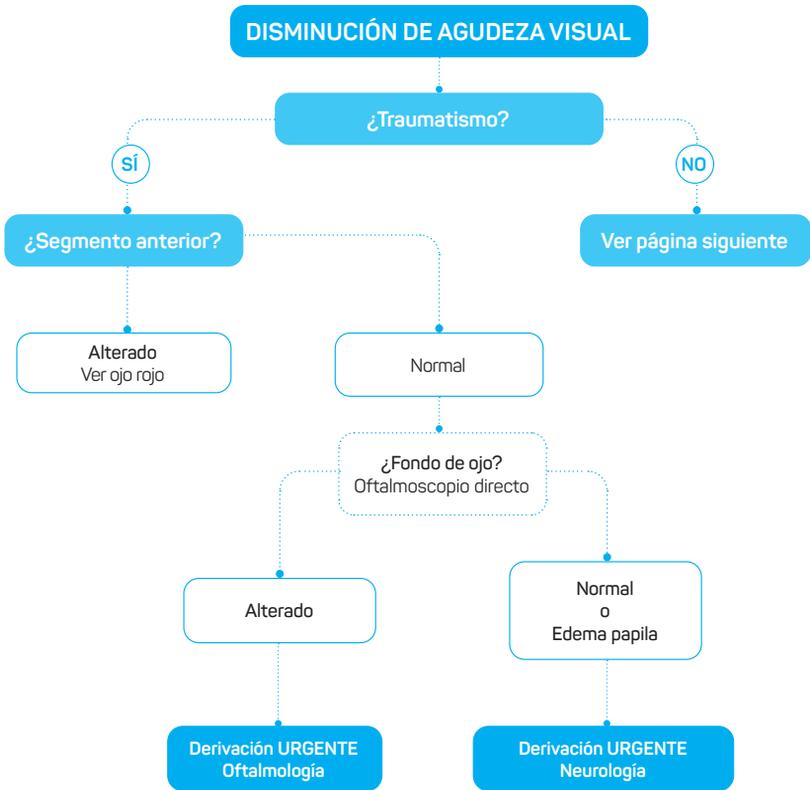
UGC Oftalmología,
Hospital Universitario San Cecilio.
Av. del Conocimiento s/n, 18016 Granada.

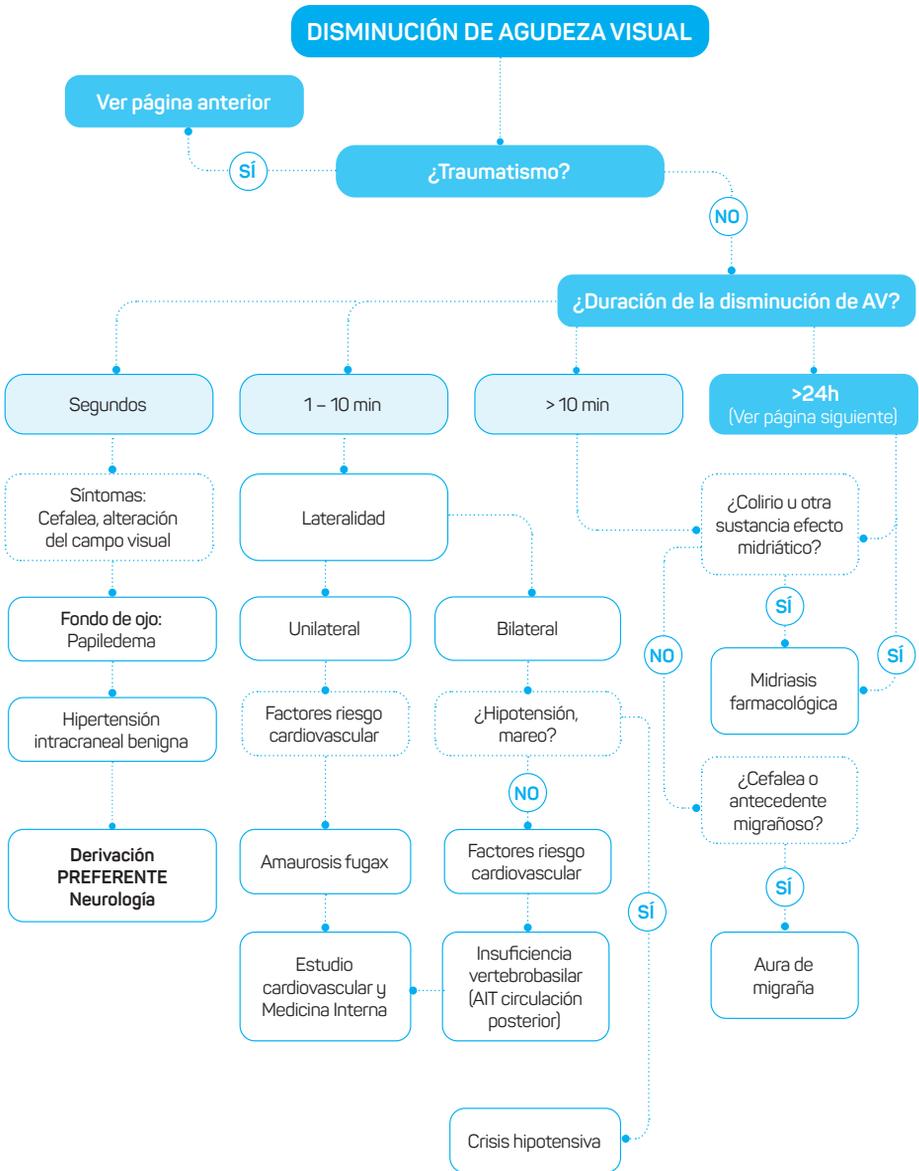


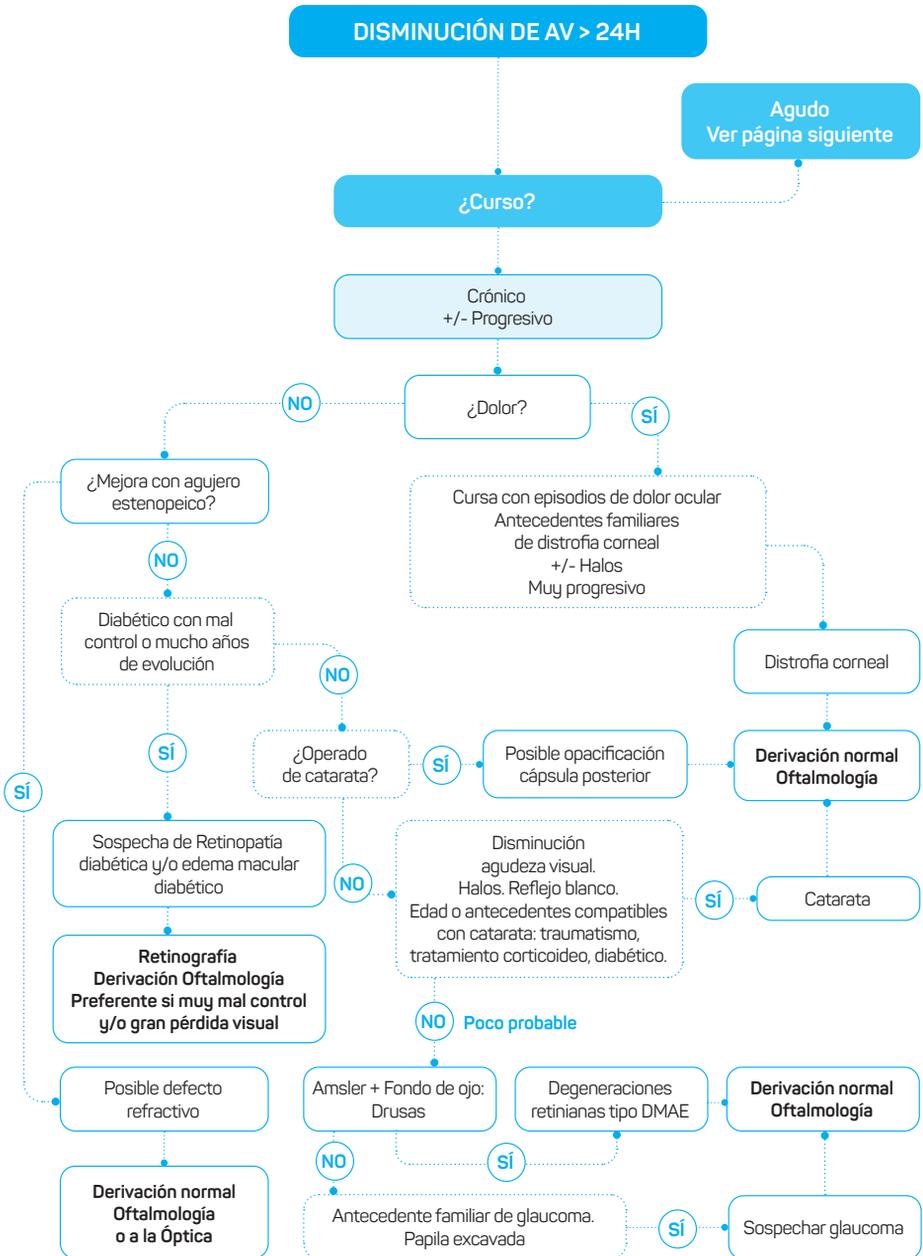
1

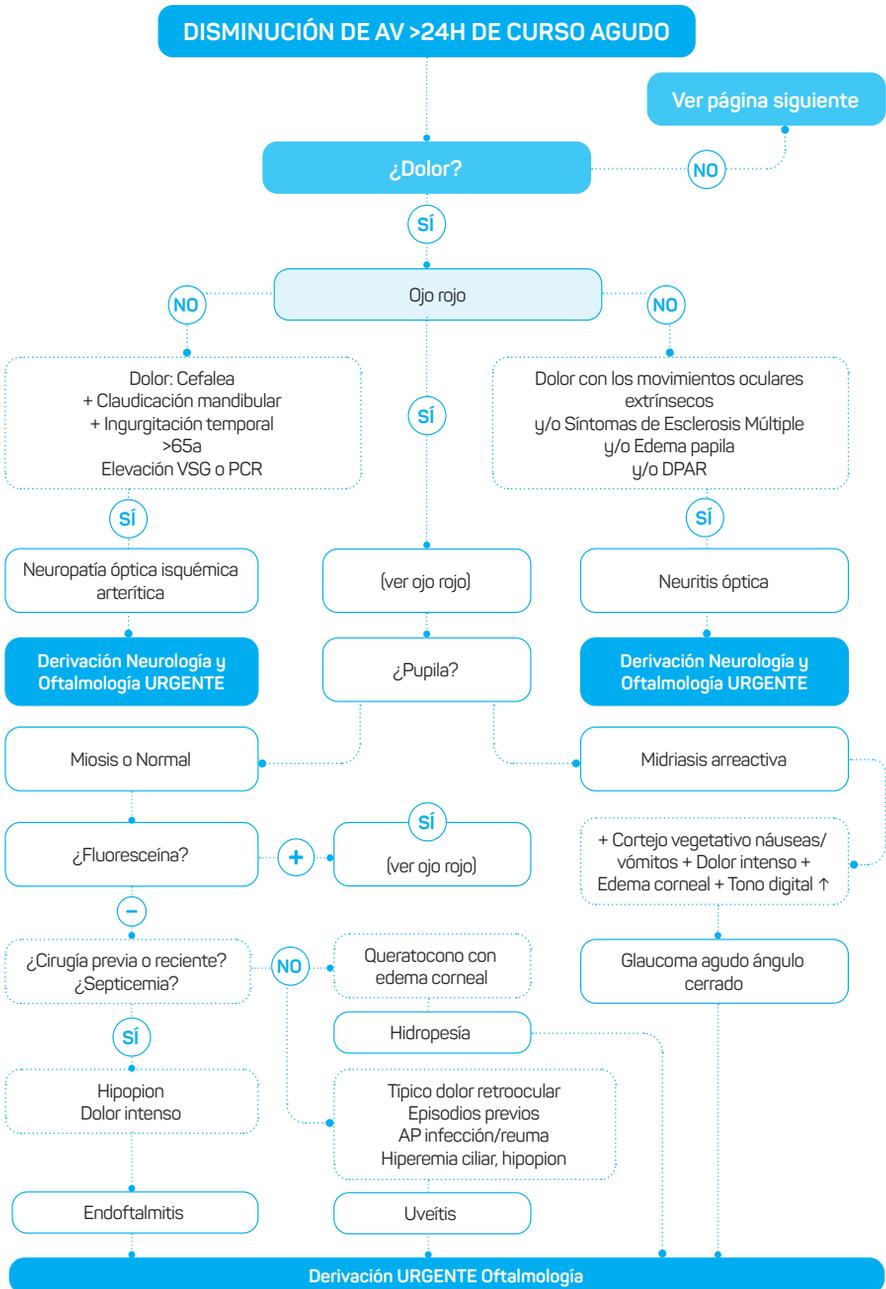
Alteración de la Agudeza Visual

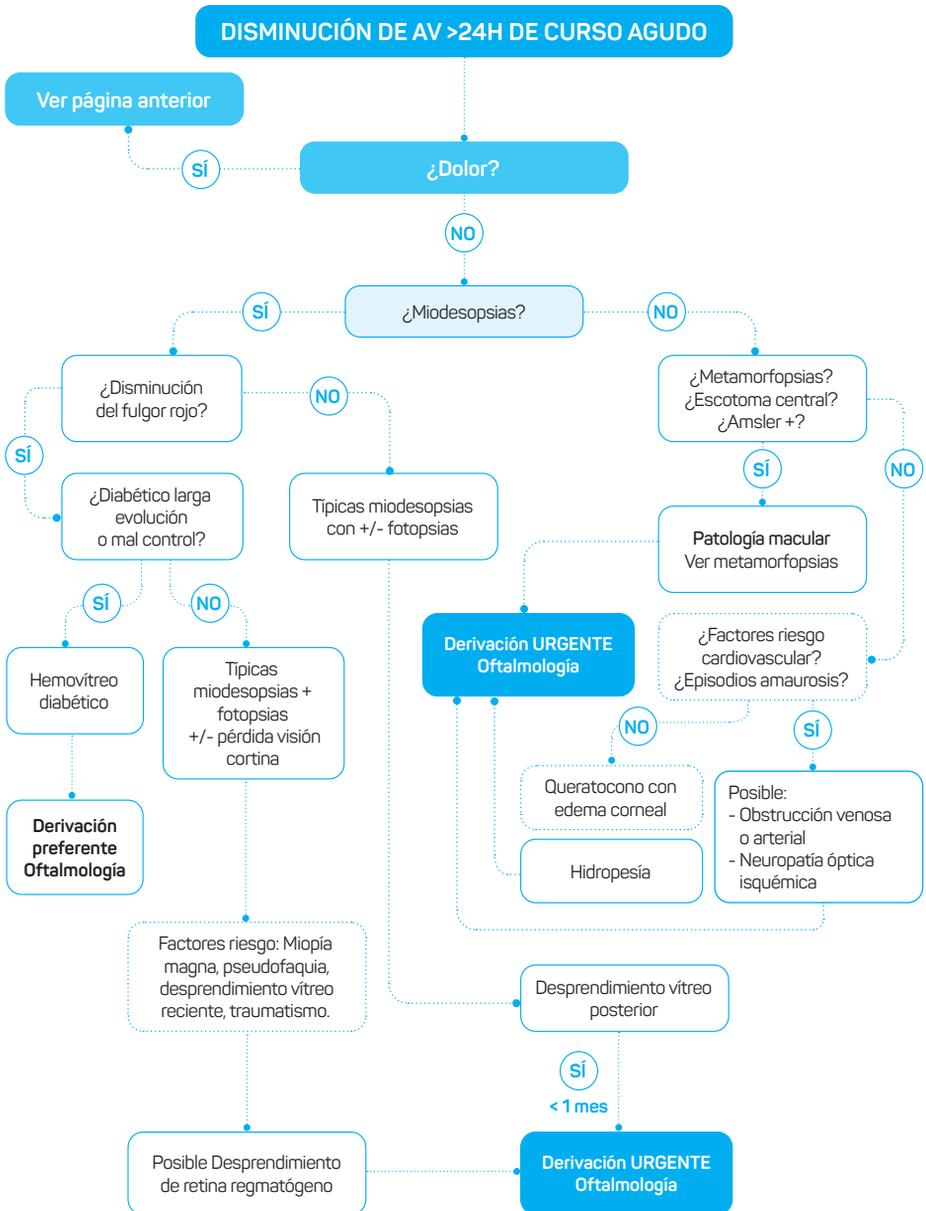
Ana Sanz Zorrilla
José María Mohedano Rincón
Juan Carlos Barreiro Lucas
Manuel Santos Lacomba
Miguel Ángel Gómez Torres
Francisco Pugliese Rojas













2

Alteración del Campo Visual

Ana Sanz Zorrilla

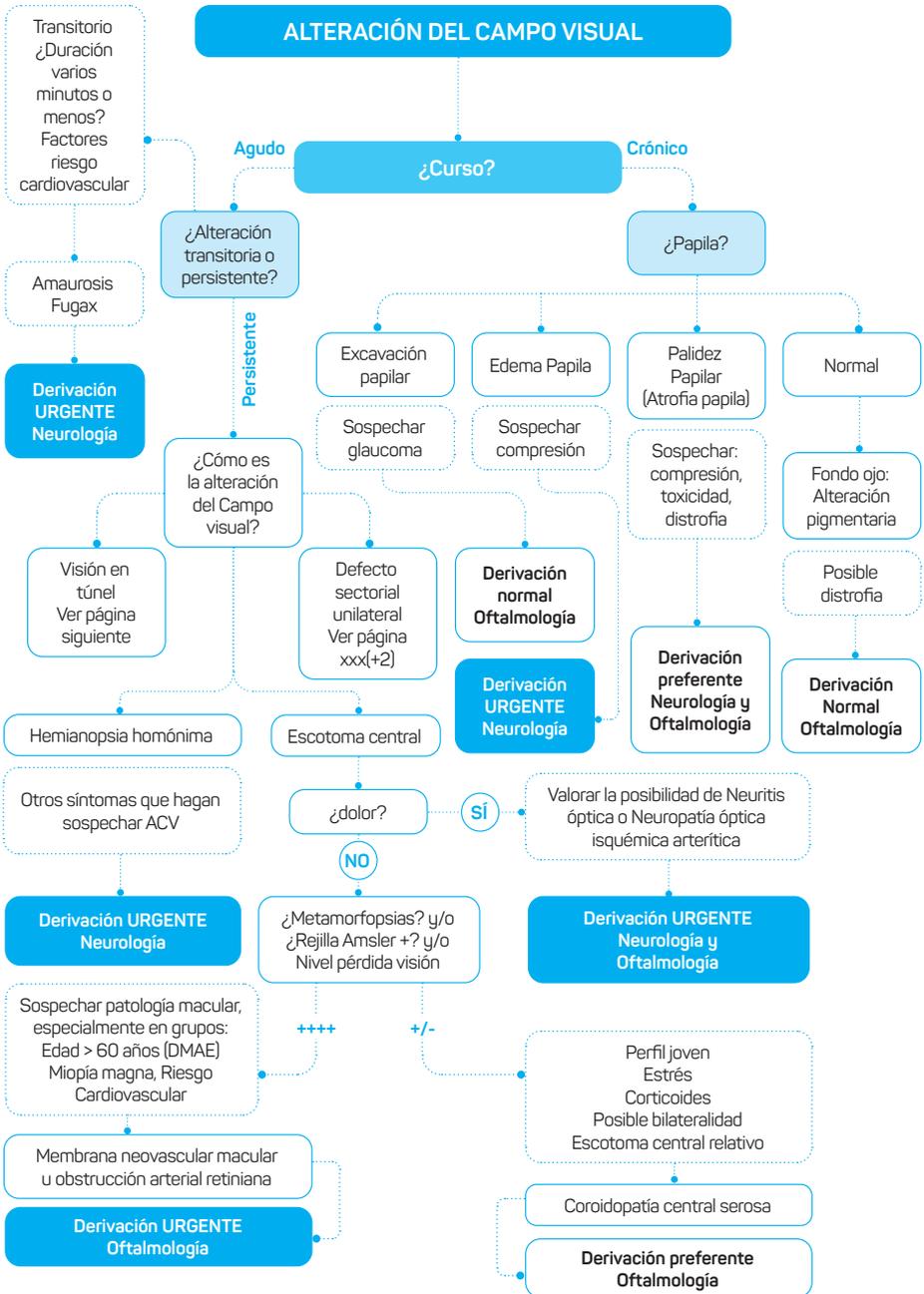
José M. Hens Gutiérrez

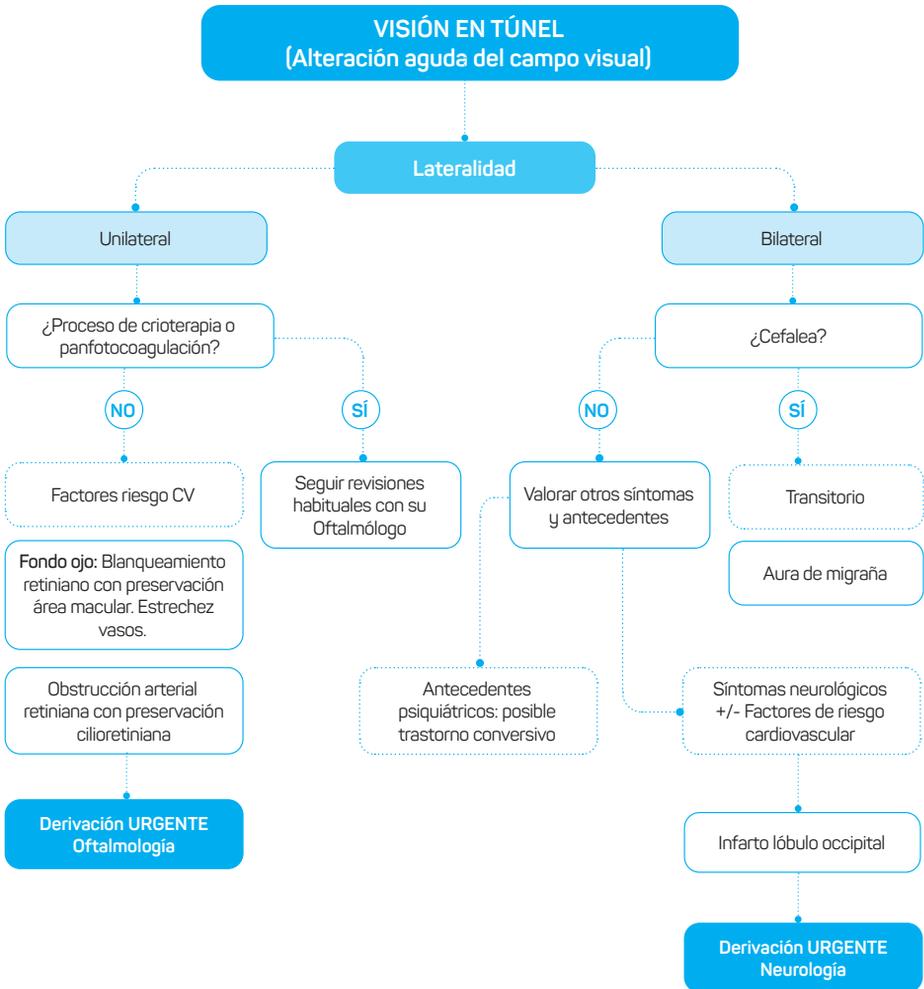
Manuel Luque Arellano

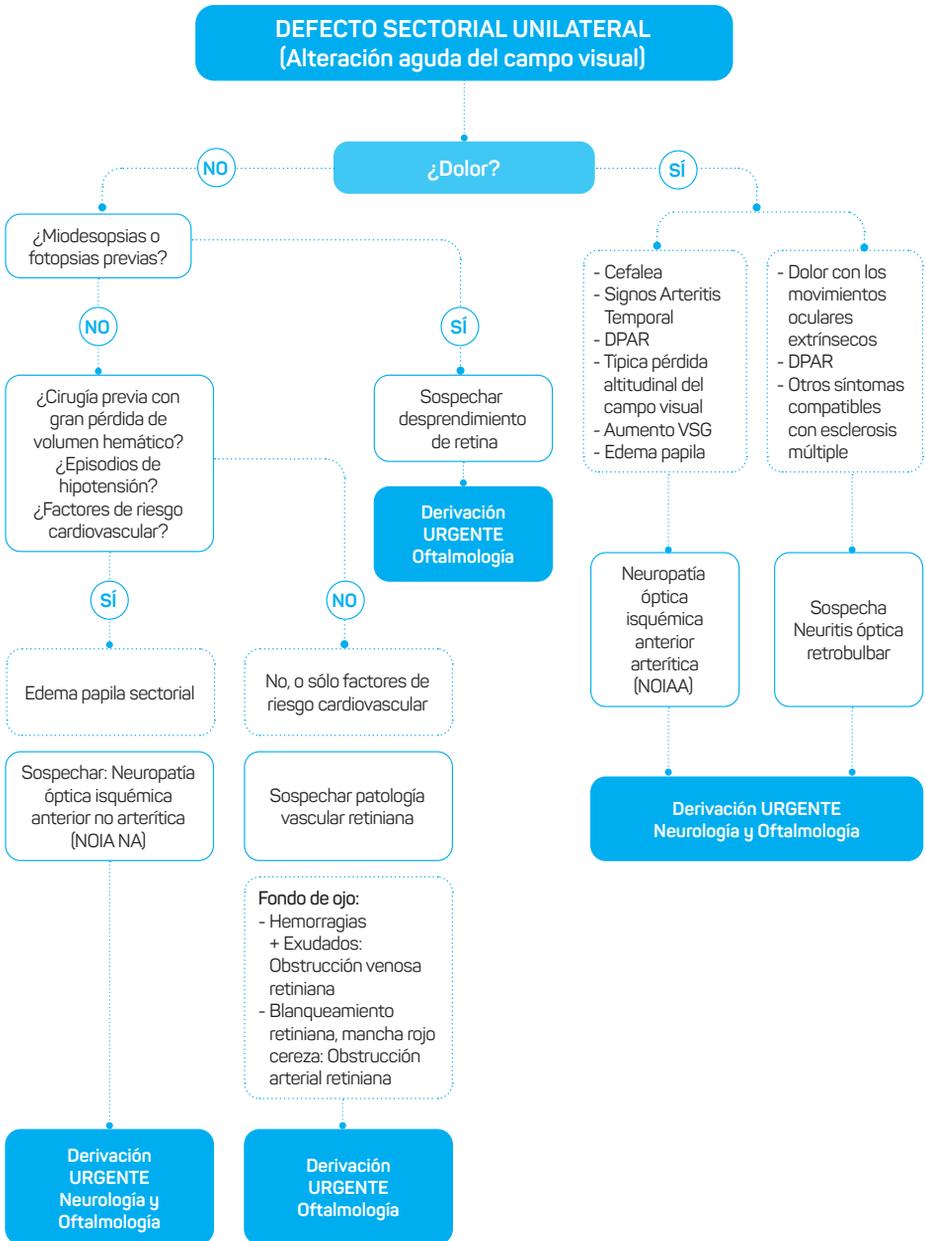
Francisco Fernández Molina

Clara Montenegro del Pozo

José Ignacio Fernández Choquet de Isla









3

Miodesopsias y Metamorfopsias

Ana Sanz Zorrilla

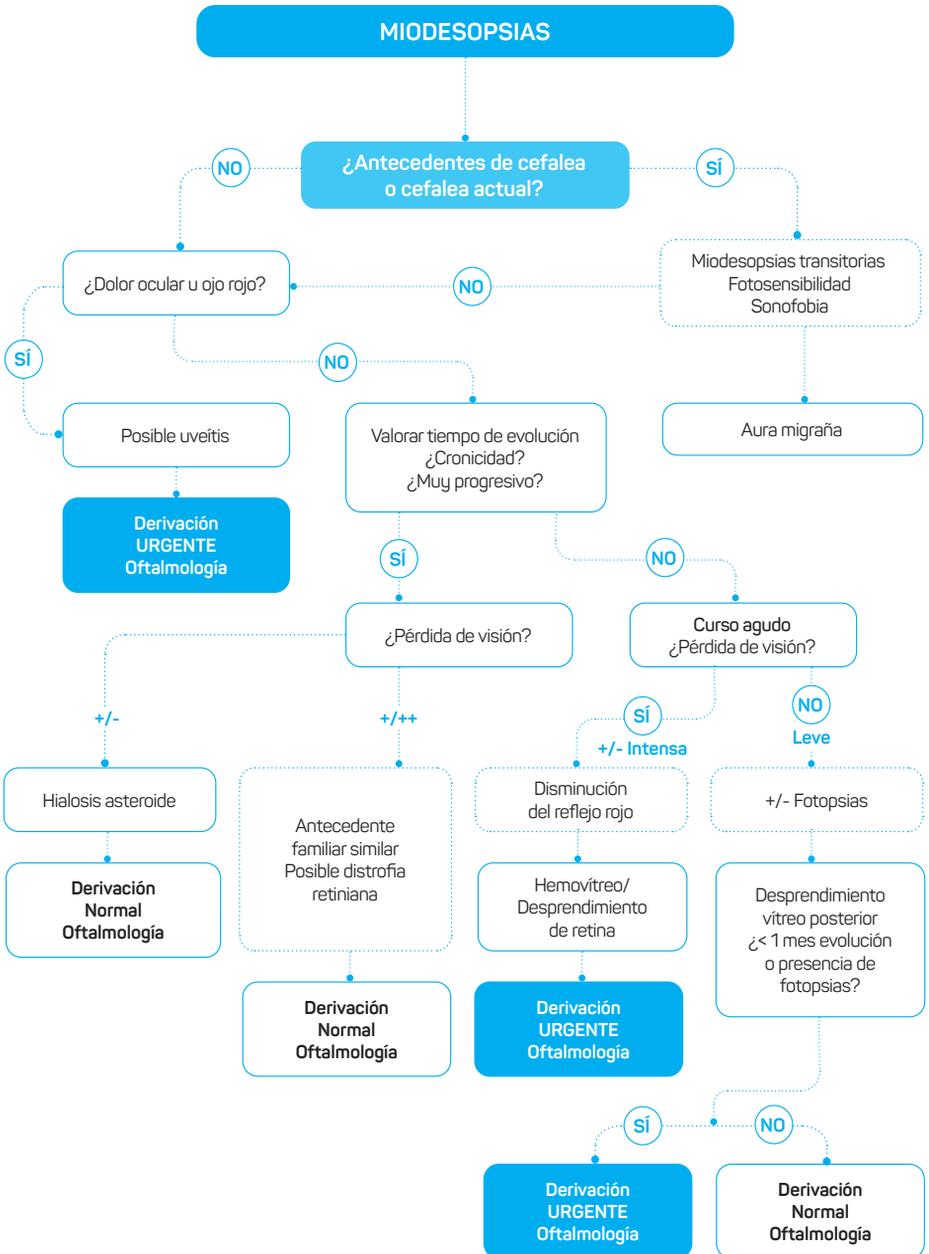
Ángel Expósito Ordóñez

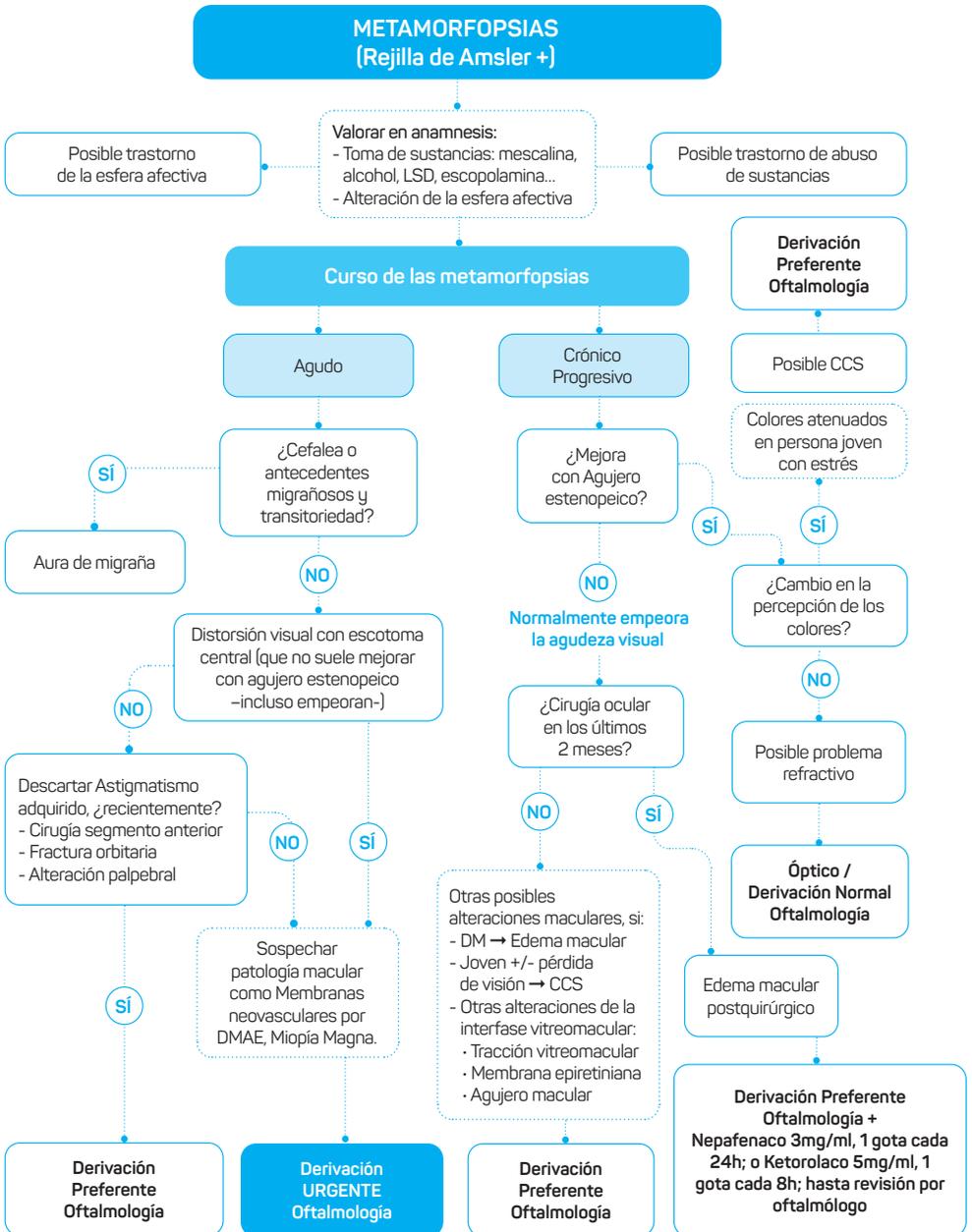
Guillermo Giménez-Almenara Amo

Ángeles Giménez-Almenara Amo

Marta Redondo Gutiérrez

Marta Villalba González



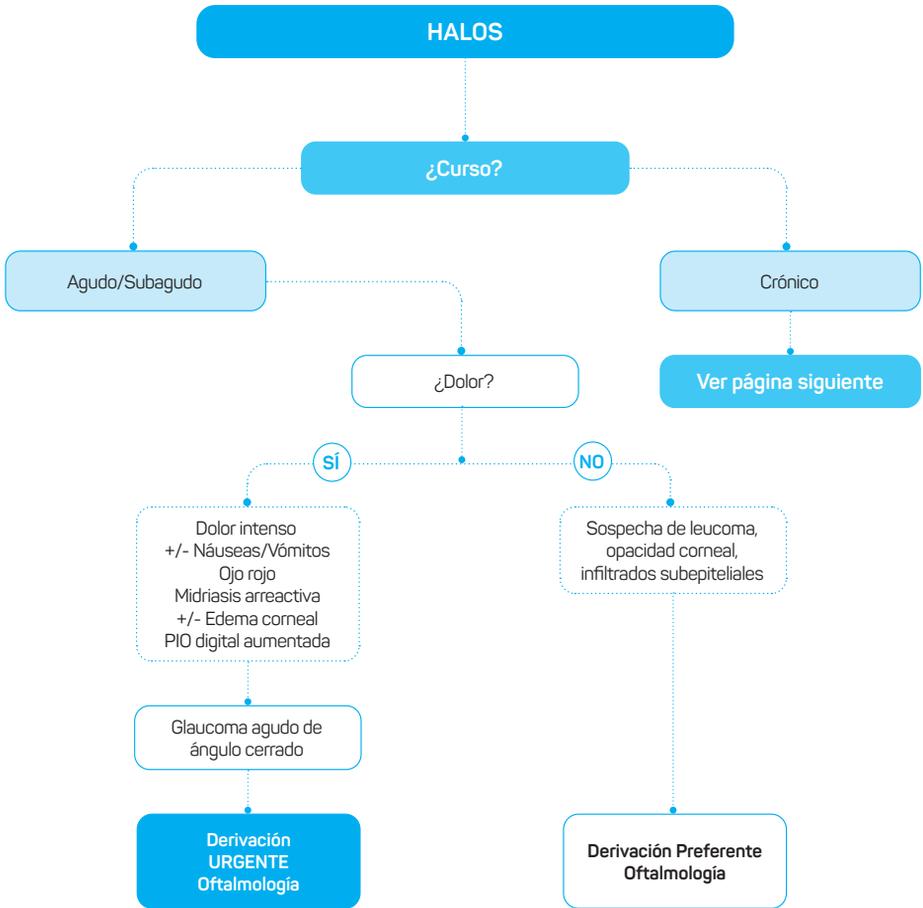


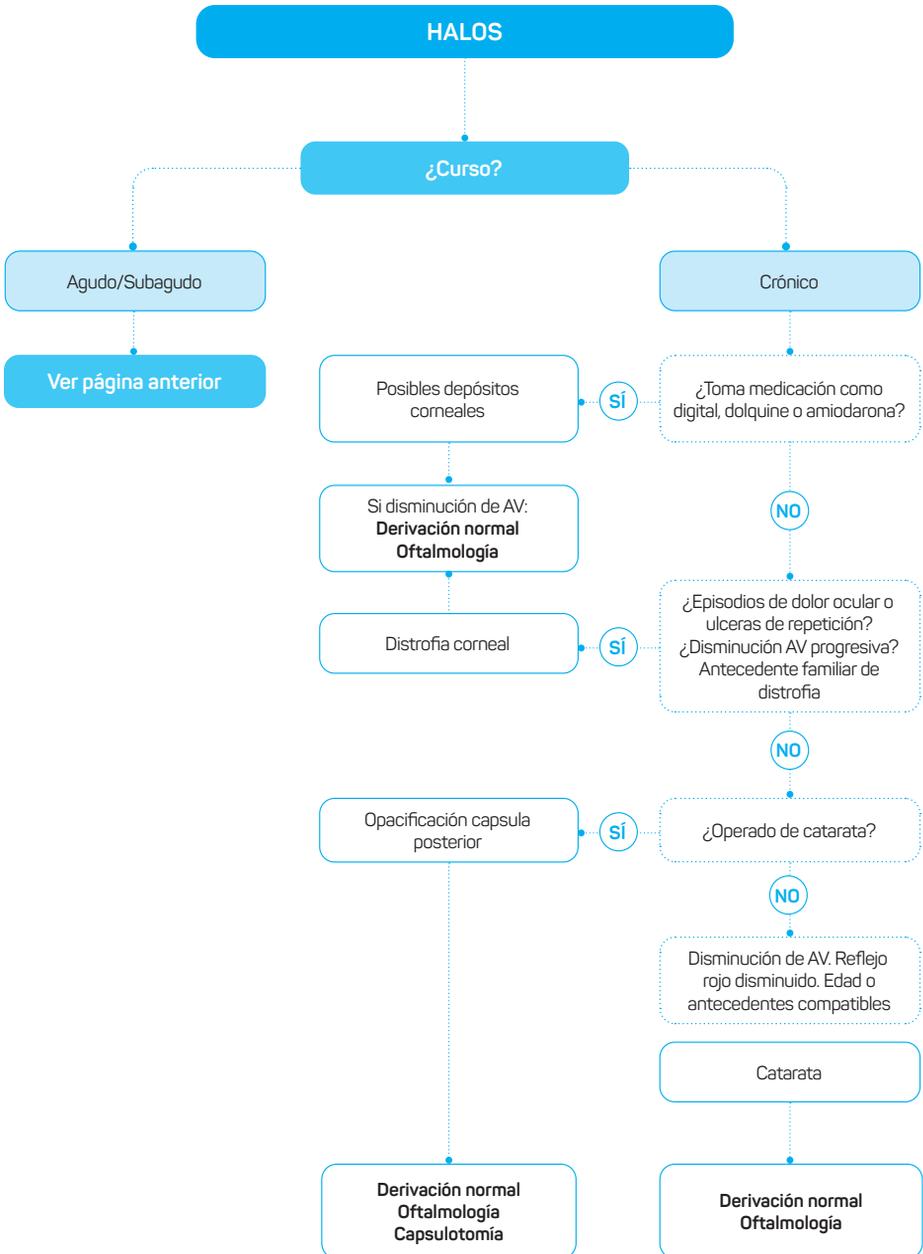


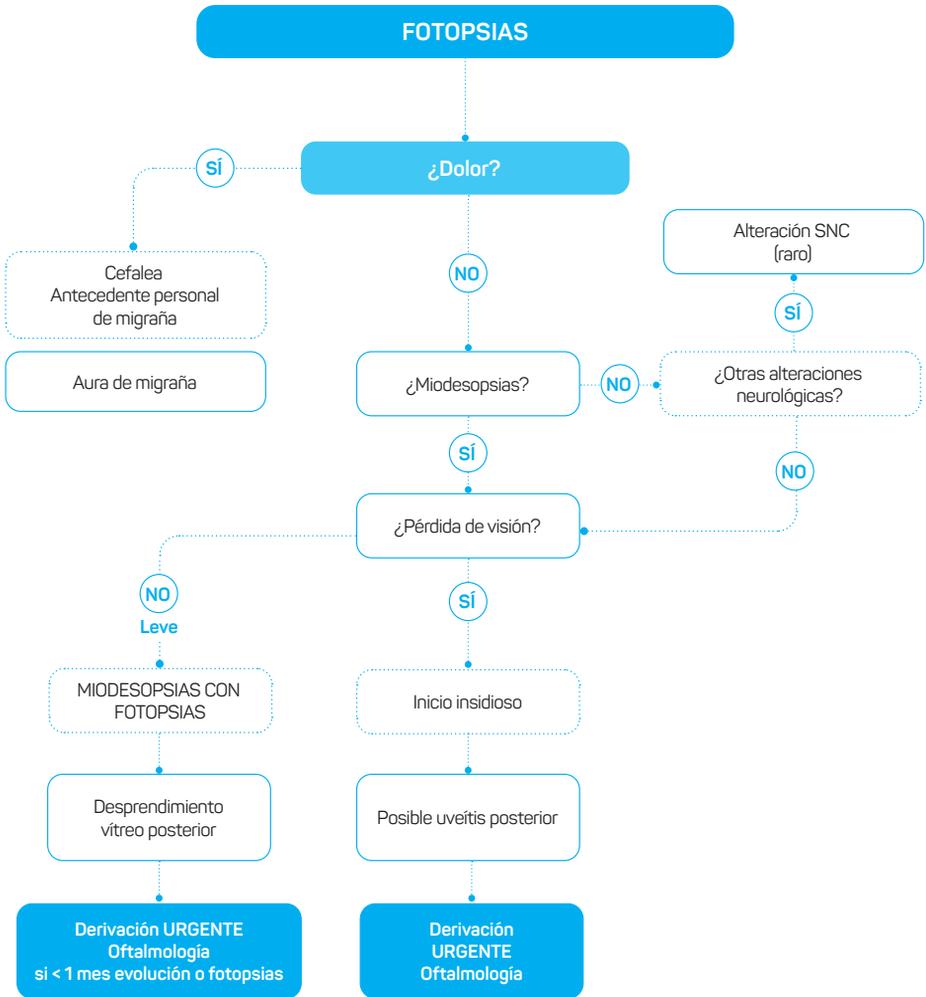
4

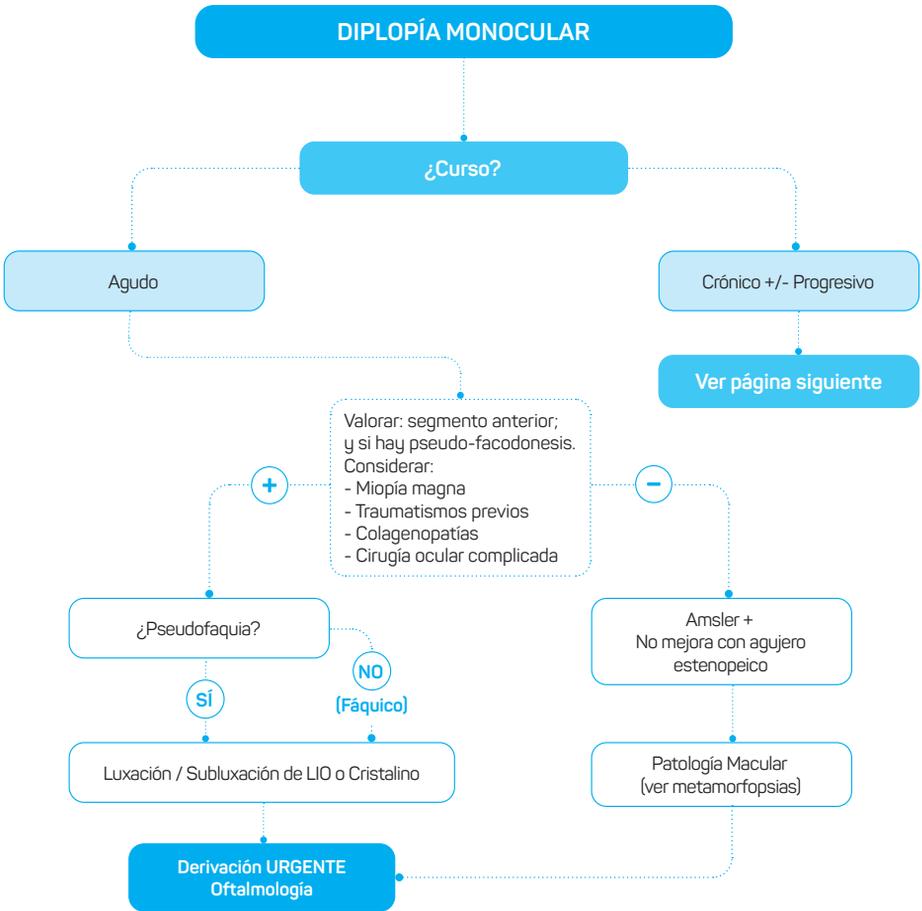
Halos, Fotopsias, Diplopia Monocular y Otros Fenómenos Visuales

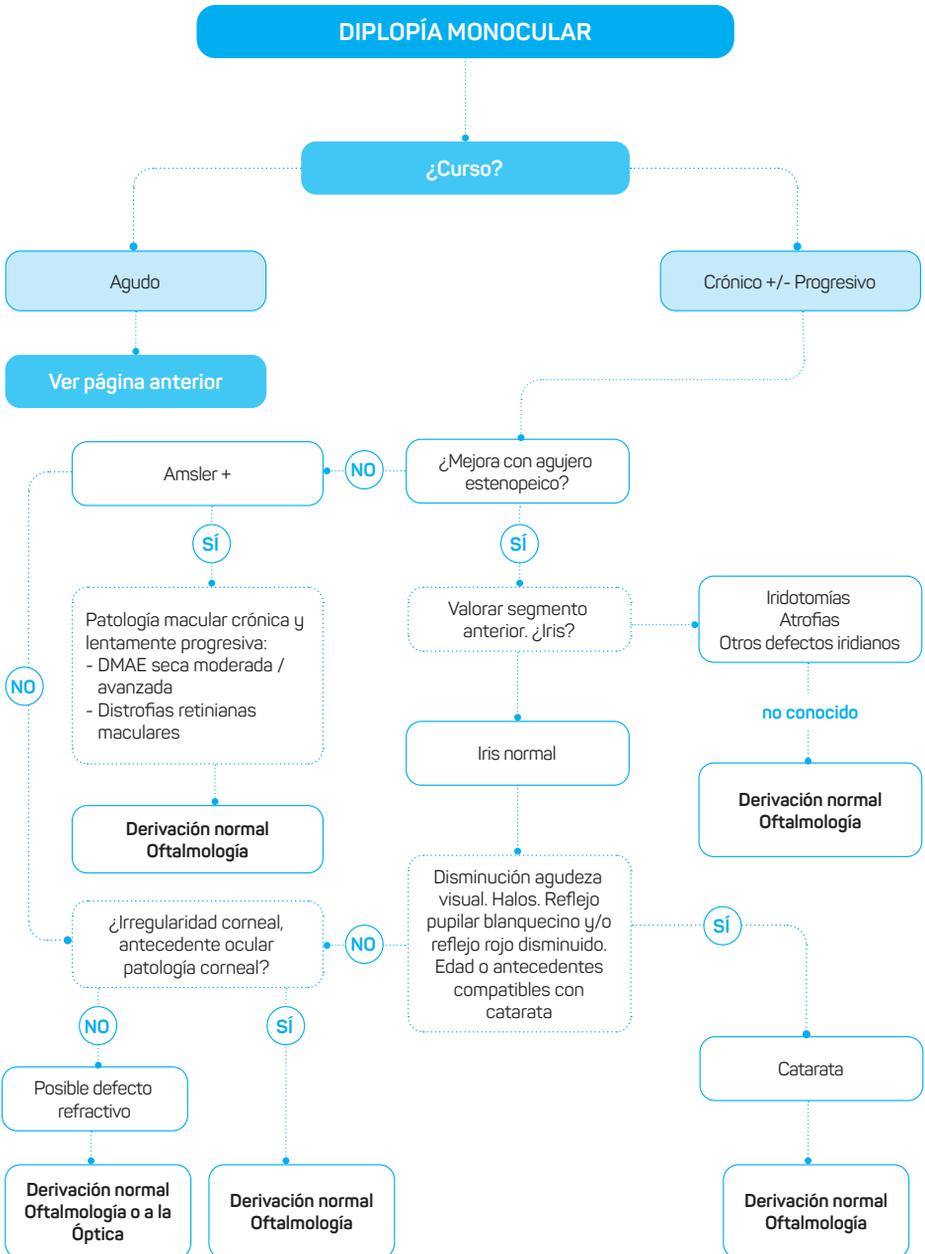
Ana Sanz Zorrilla
Fabio Contieri Lambiase
Manuel Arias Alcalá
Carmen Luque Criado
Rafael Caballos Castilla
María Navarro Martínez
José Ignacio Fernández Choquet de Isla

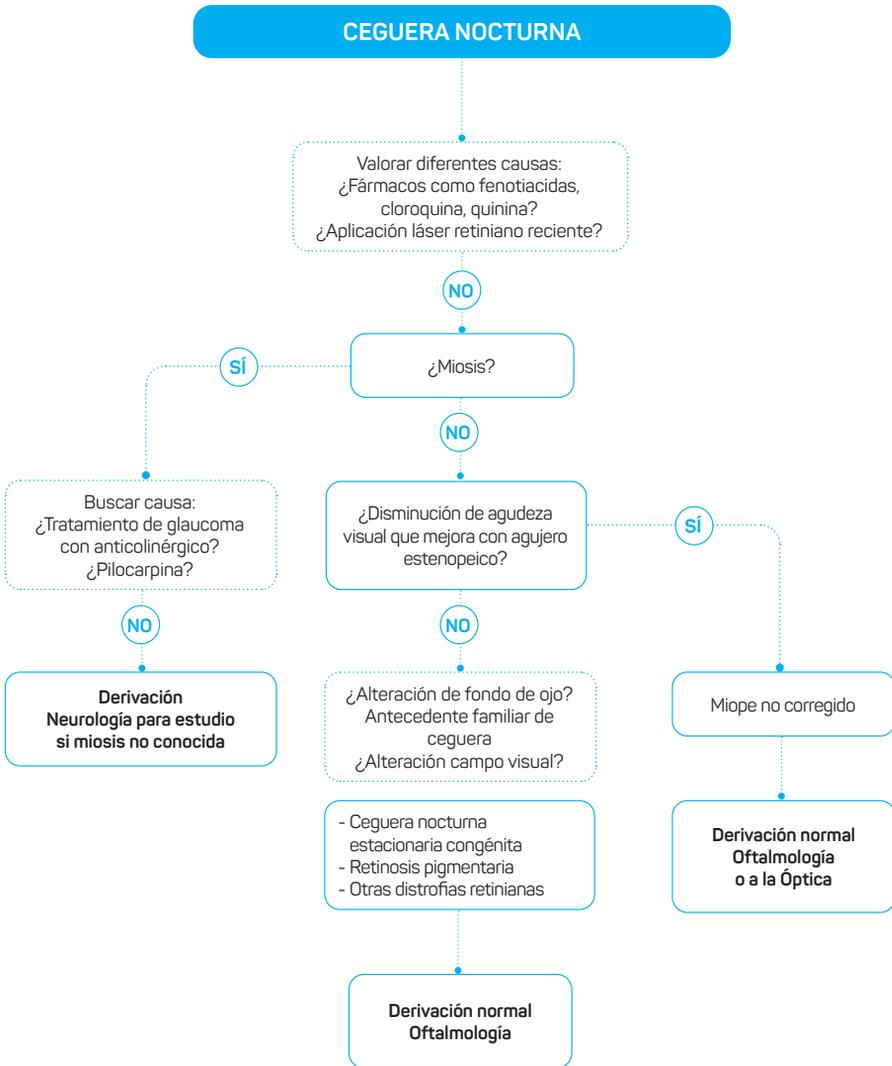


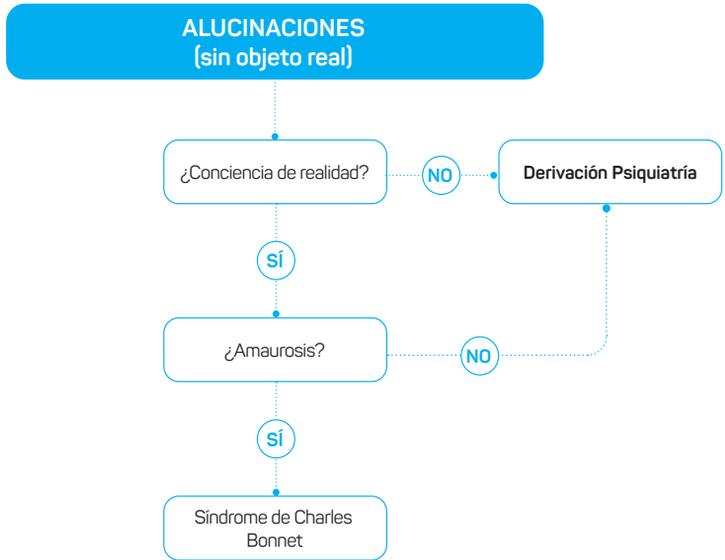










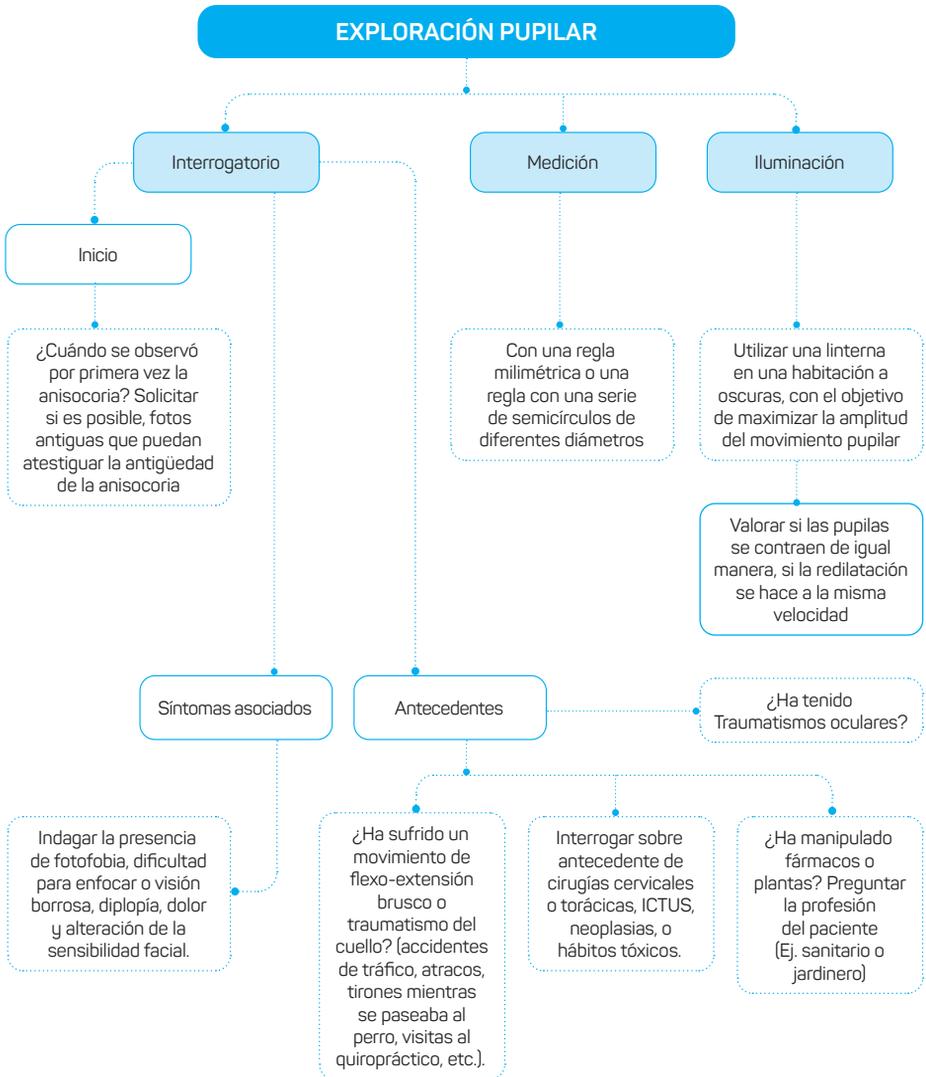




5

Anisocoria

Francisco Pugliese Rojas
Rafael Giménez Gómez
José M. Hens Gutiérrez
José Manuel Maldonado Redondo
Manuel García Martín
Indira Stoikow Pino



Nota: la Lámpara de Hendidura, aunque no es indispensable, es útil para valorar alteraciones que dañen físicamente la mecánica del iris que puedan producir una anomalía pupilar, como traumatismos con desgarro del margen pupilar, uveítis, sinequias, neovascularización del iris, malformación del iris, iridectomias, entre otros. En su defecto, puede usarse lupas o lentes macro acopladas a la cámara del teléfono.

EXPLORACIÓN PUPILAR

¿Qué otra cosa debo buscar en el paciente?

Defecto pupilar aferente relativo (DPAR)

Disociación luz-cerca

¿Cómo?

¿Por qué?

¿Qué es?

Se le pide al paciente que se fije en un objetivo distante para evitar la miosis que acompaña al reflejo de cerca

Se alterna un estímulo luminoso entre los dos ojos y la respuesta pupilar se utiliza para comparar las vías visuales aferentes, como indicador de enfermedad en la vía visual anterior (pregeniculada)

Condición en que la contracción a la luz está disminuida o ausente, mientras que la contracción a un estímulo cercano es normal

Principal característica de las pupilas de Argyll-Robertson

Se hace oscilar la luz rápidamente de un ojo al otro (generalmente, con un intervalo de 3 segundos) y se compara cuidadosamente la respuesta pupilar cuando cada ojo es estimulado

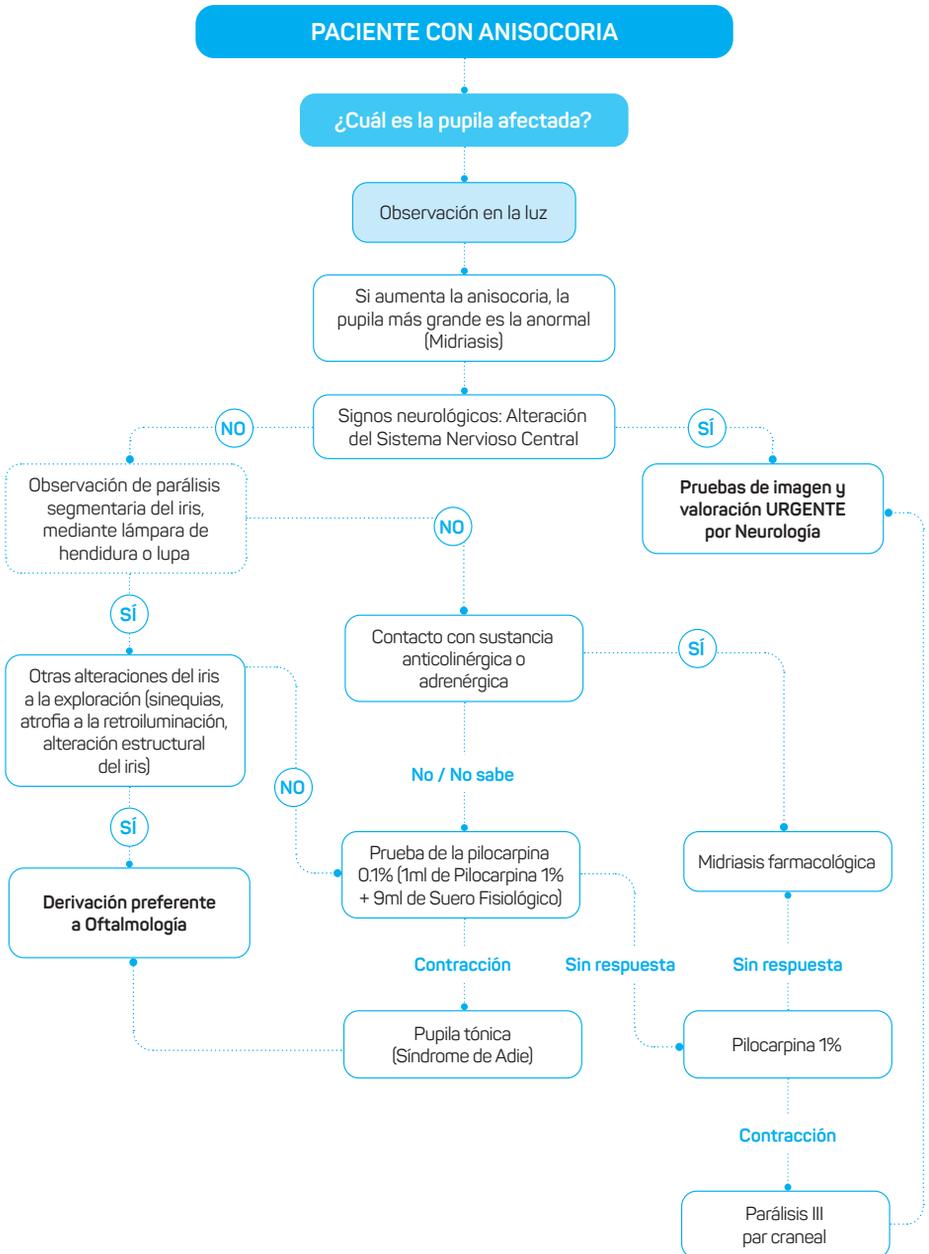
En un DPAR, no habrá respuesta pupilar al iluminar el ojo afecto, con contracción pupilar en ambos ojos al iluminar al ojo sano, redilatación de ambas pupilas al volver iluminar el ojo afectado

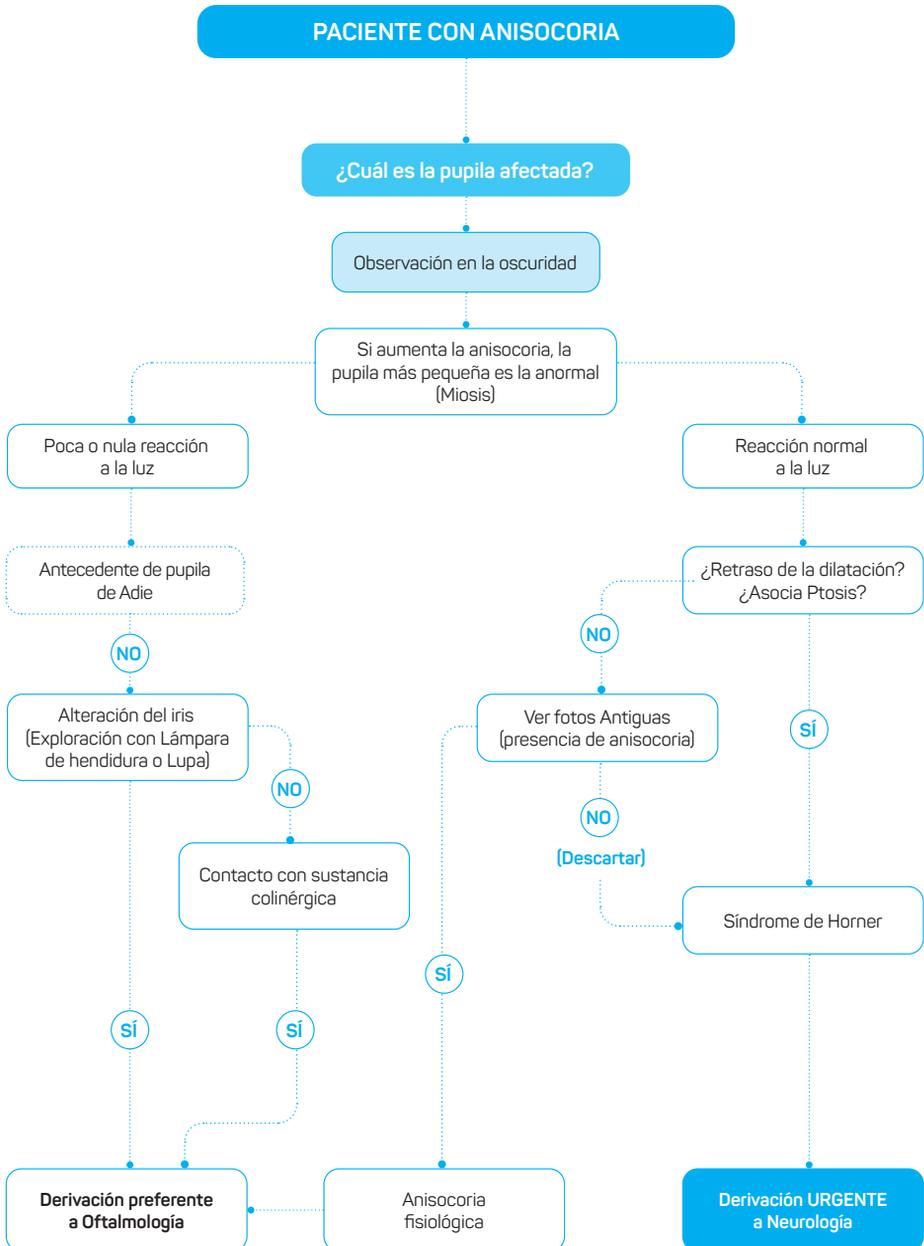
Los ojos con la misma entrada visual aferente (normales) producen respuestas pupilares iguales y simétricas

También puede estar presente en pacientes con ceguera, lesiones mesencefálicas compresivas o infiltrativas y en alteraciones de la inervación parasimpática de la pupila

Aunque suele indicar afectación del nervio óptico, otras alteraciones pueden provocar un DPAR

Las lesiones de la vía pupilar aferente no causan anisocoria



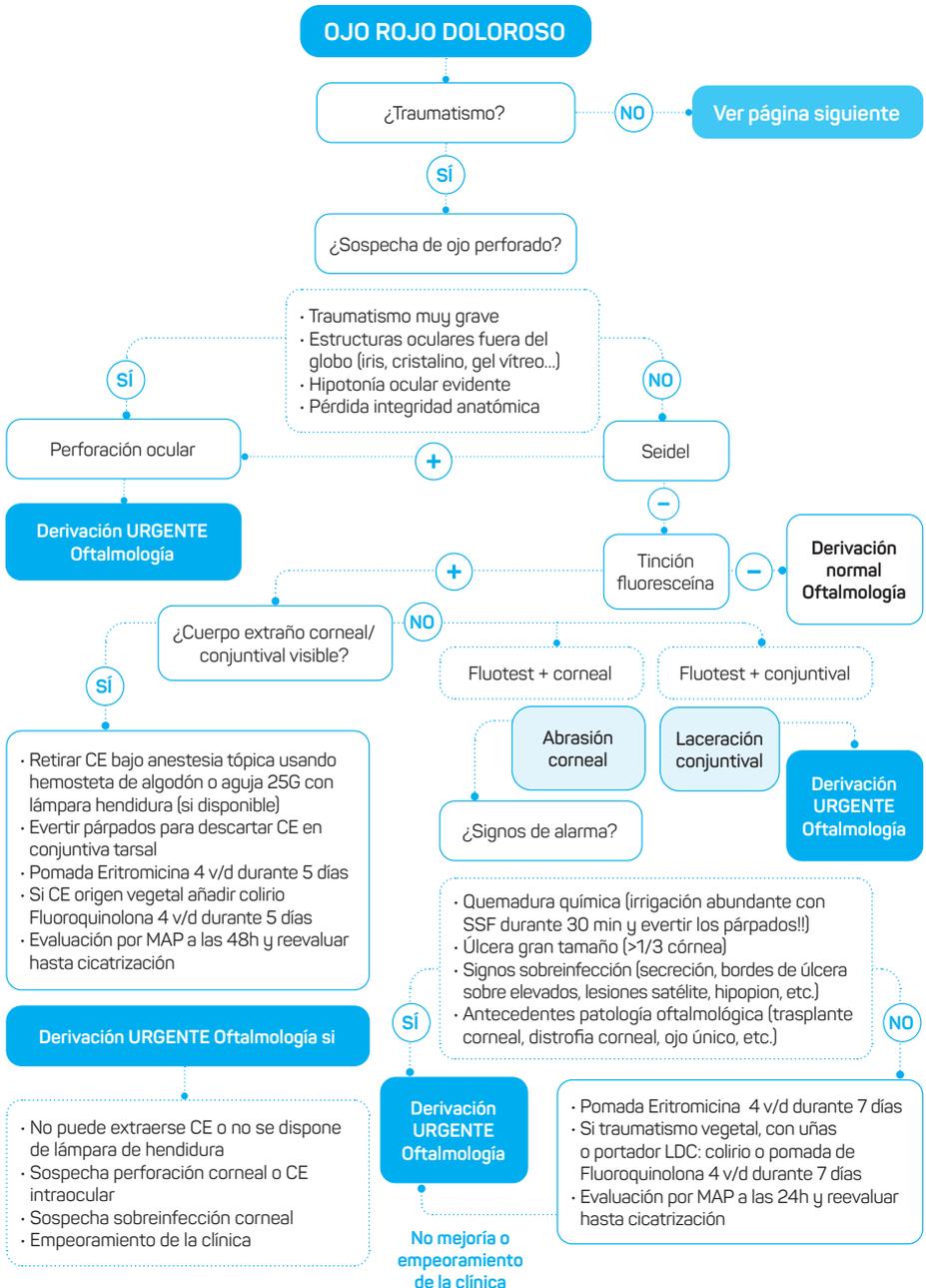




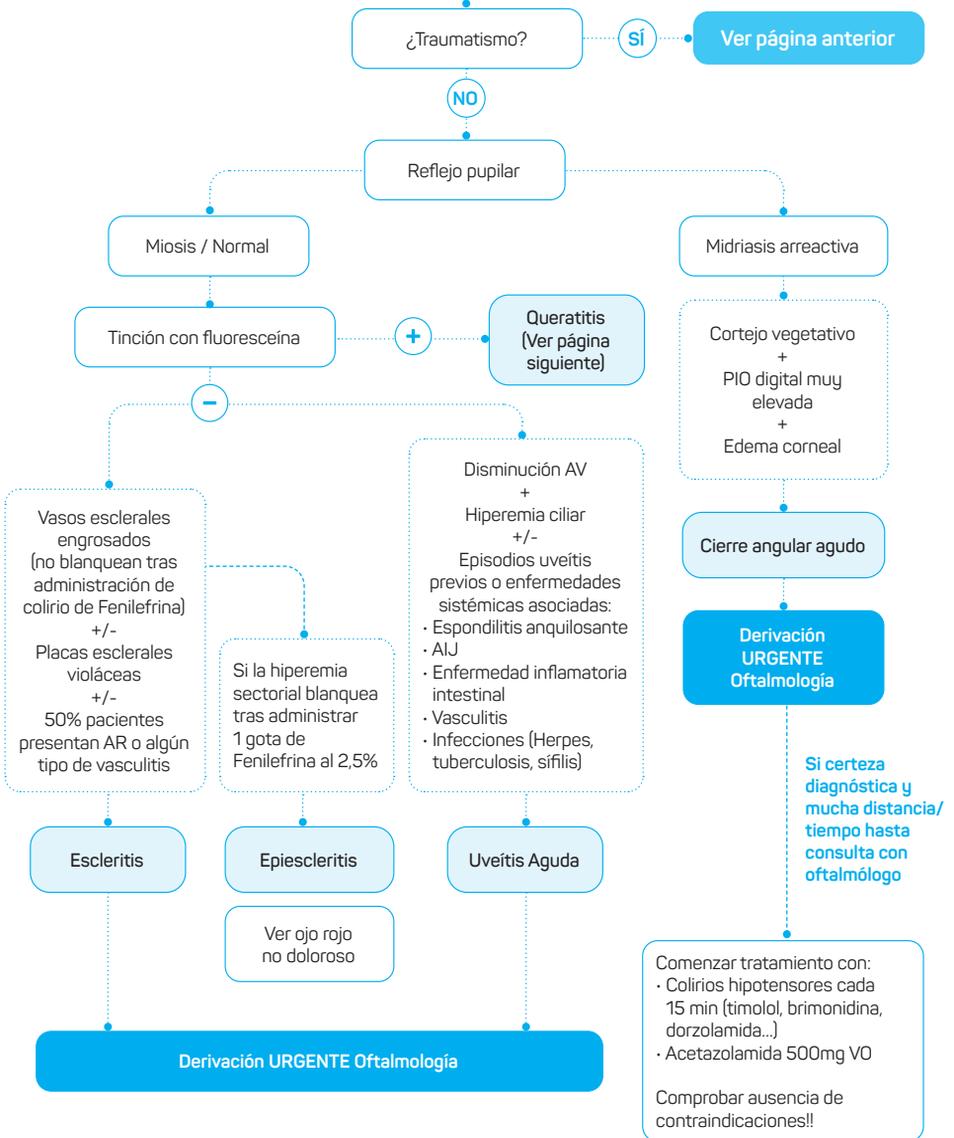
6

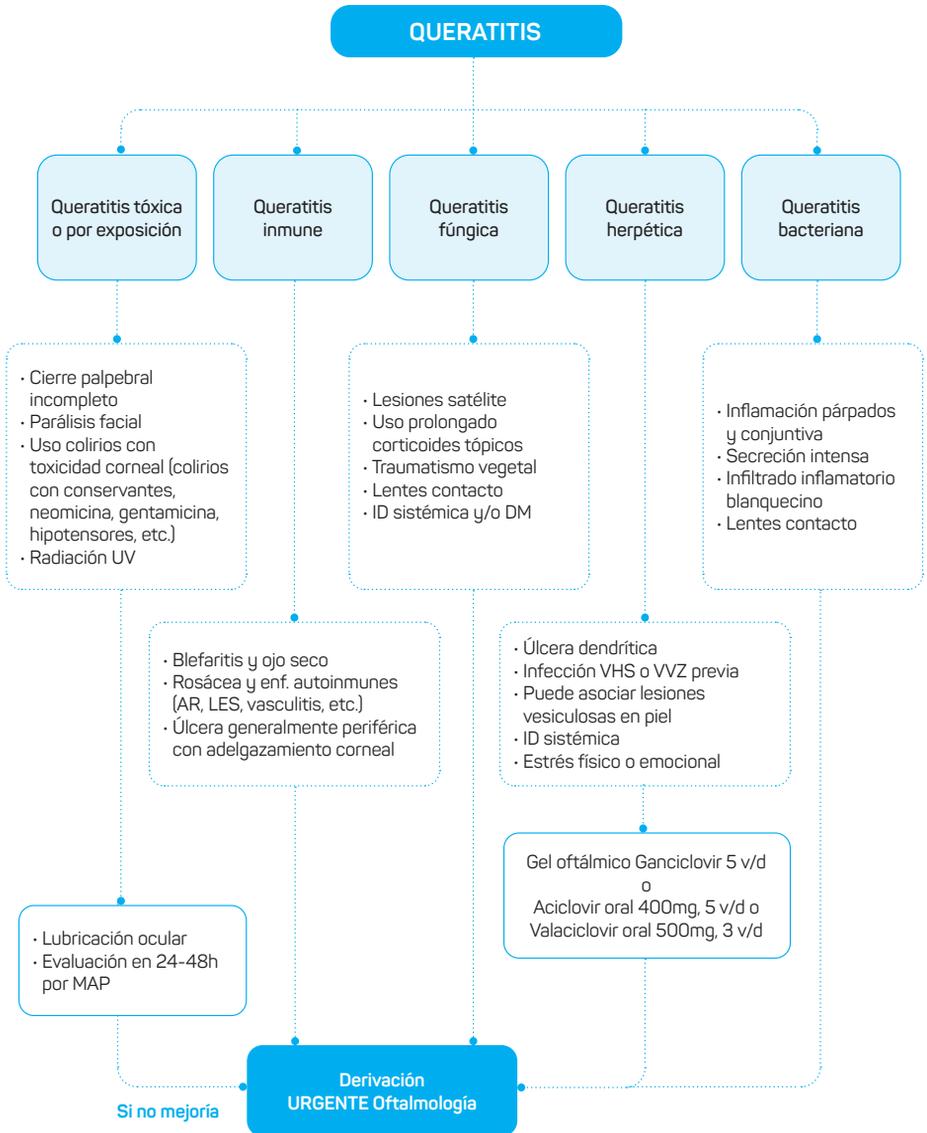
Ojo Rojo Doloroso

Marta Villalba González
Manuel Arias Alcalá
Ángeles Herrador-Montiel
David Ríos Jiménez
Ana Sanz Zorrilla
Miguel González-Andrades



OJO ROJO DOLOROSO



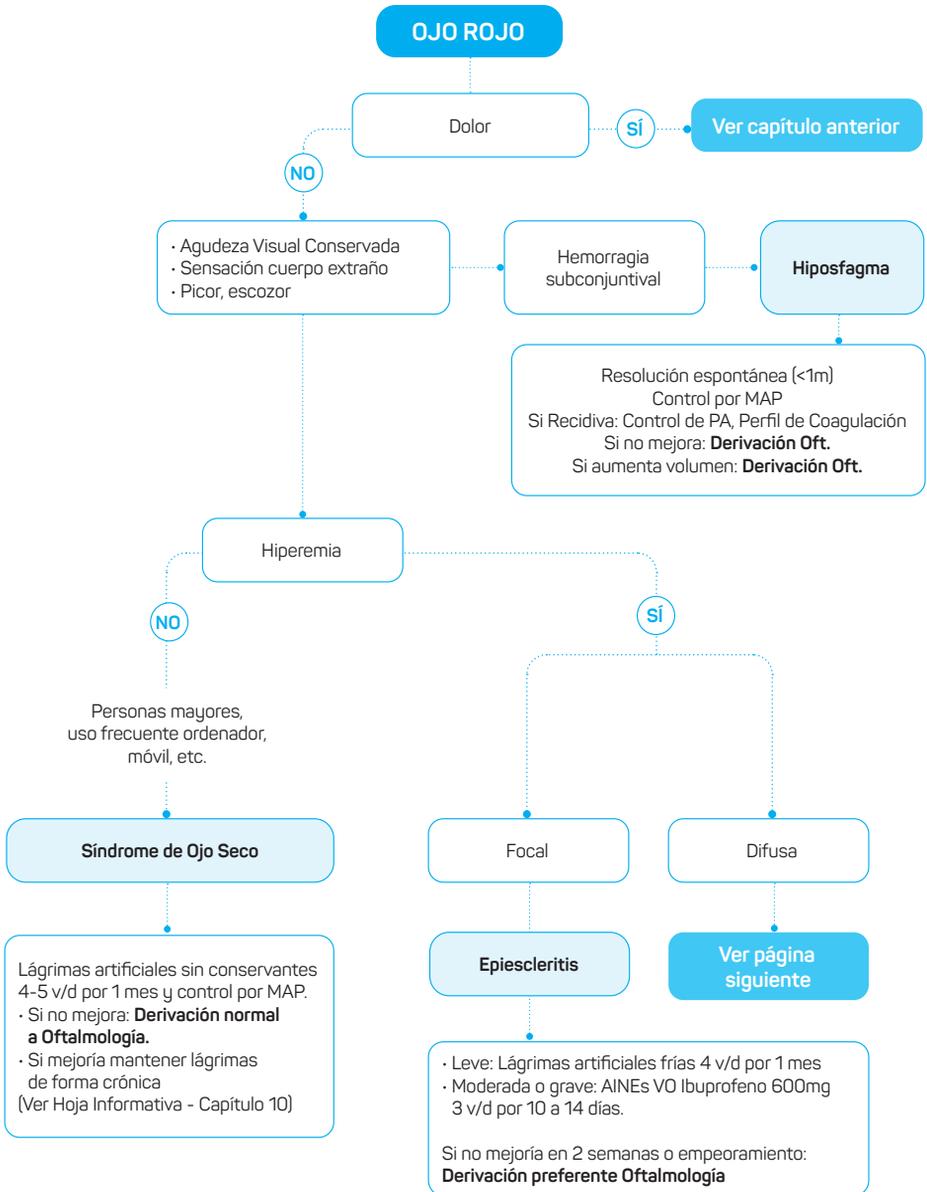


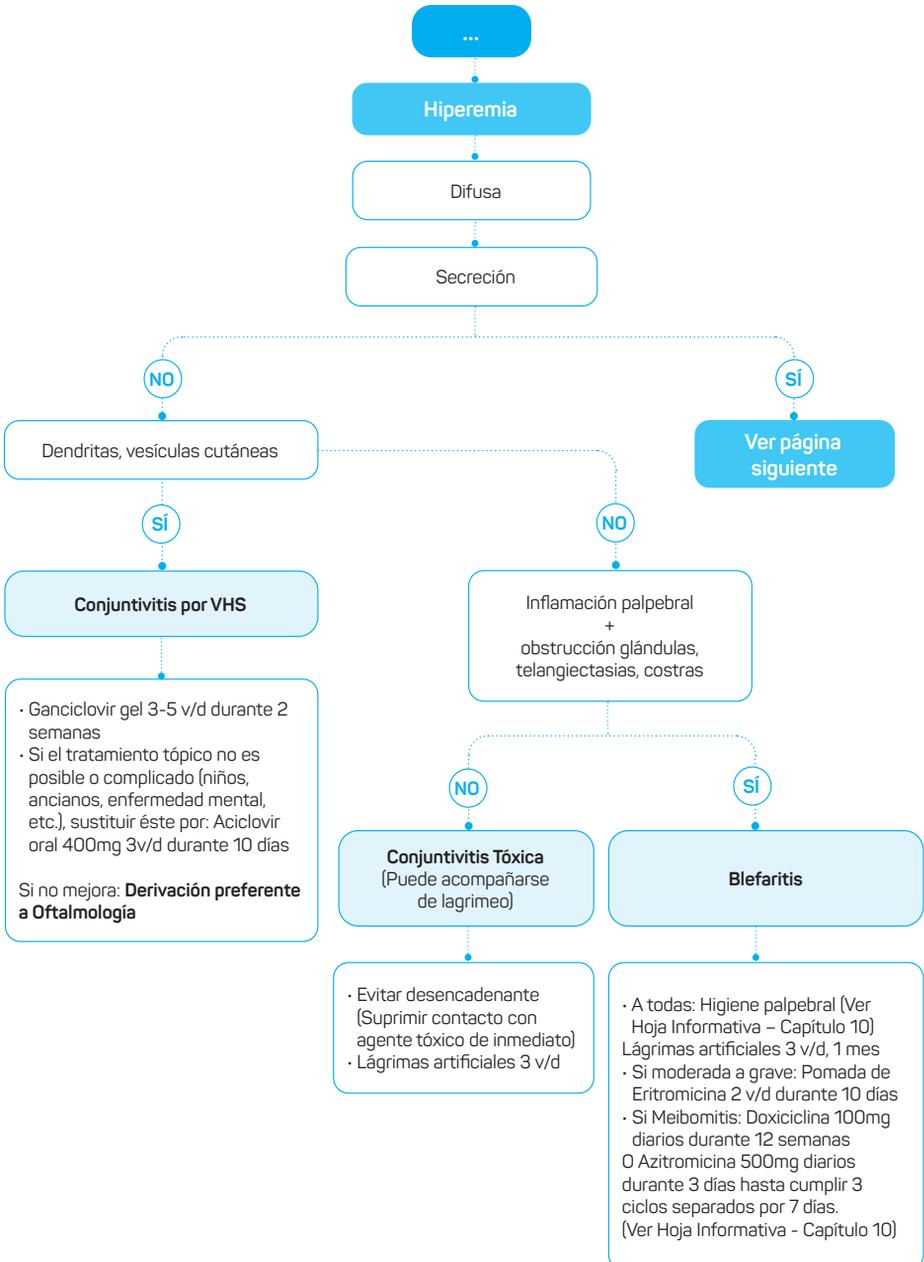


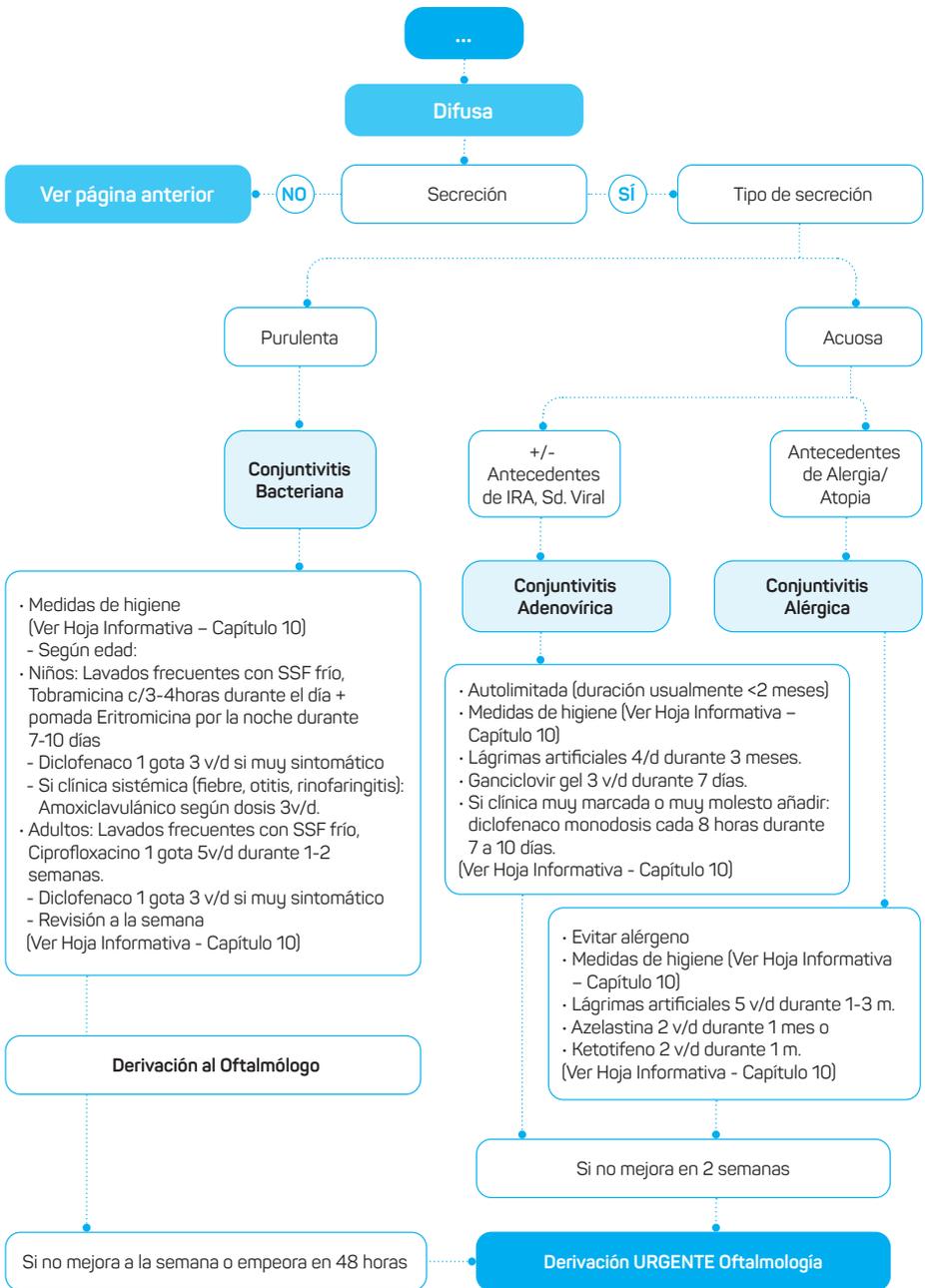
7

Ojo Rojo No Doloroso

Indira Stoikow Pino
Javier Giménez-Almenara Amo
Carmen González Gallardo
Rafael Sánchez Pedraza
Ana María Sánchez León
Ana Sanz Zorrilla
Miguel González-Andrades





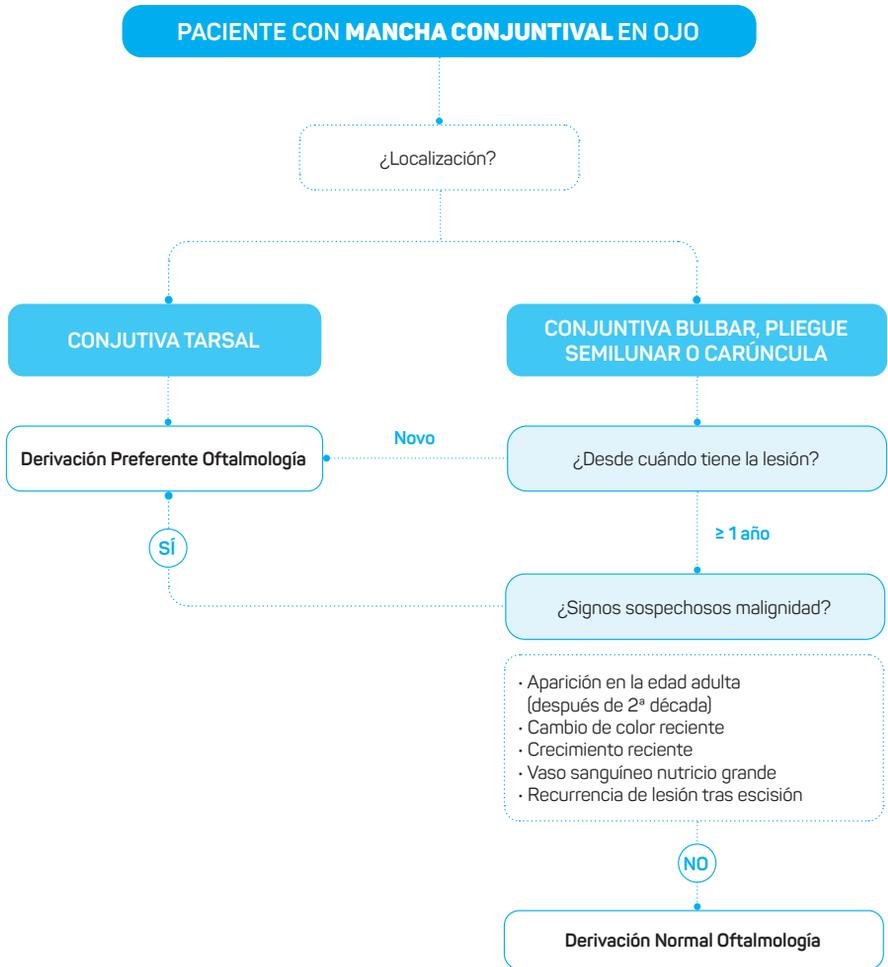


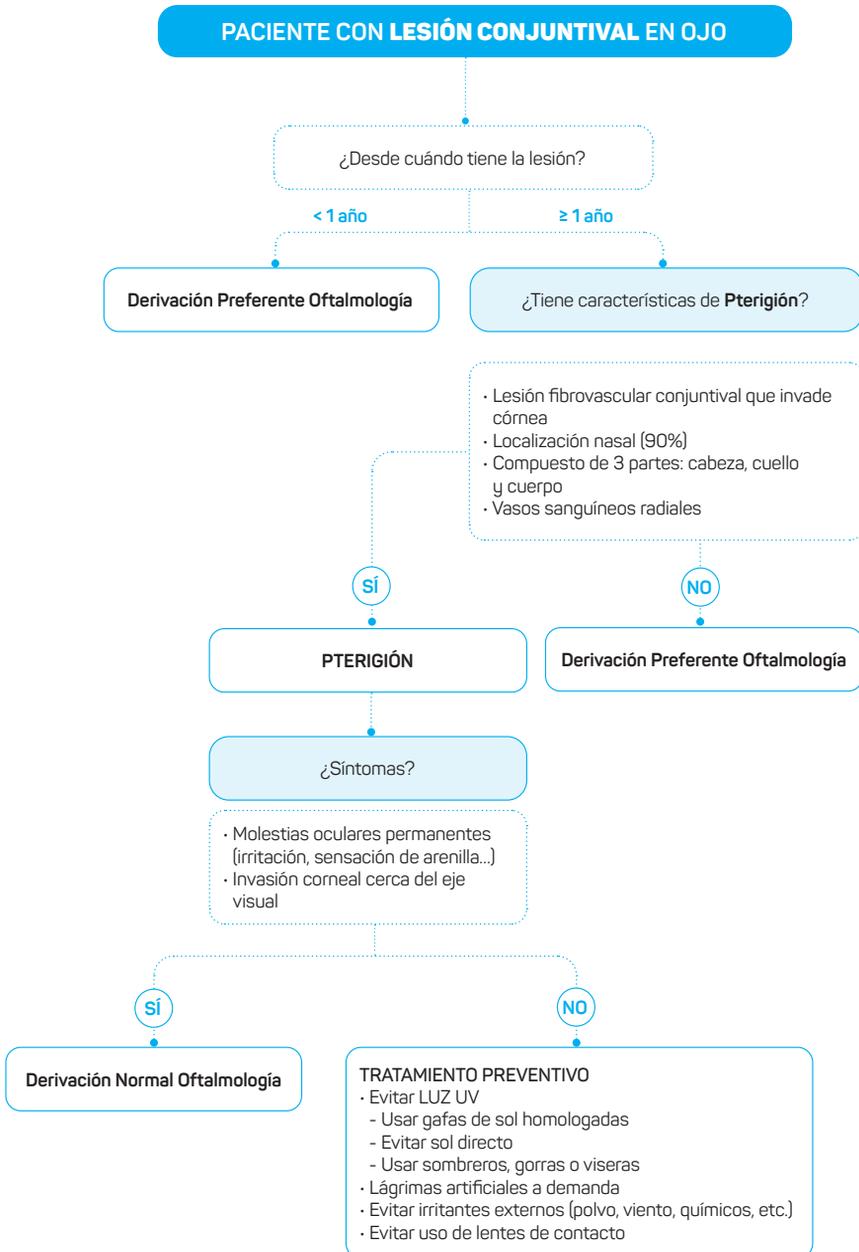


8

Lesiones Conjuntivales

José Ignacio Fernández Choquet de Isla
Carmen Avilés Mora
Marta Navarro Revuelta
Cristina Romero Sánchez
Encarnación Ibarra de la Rosa
Ana Sanz Zorrilla





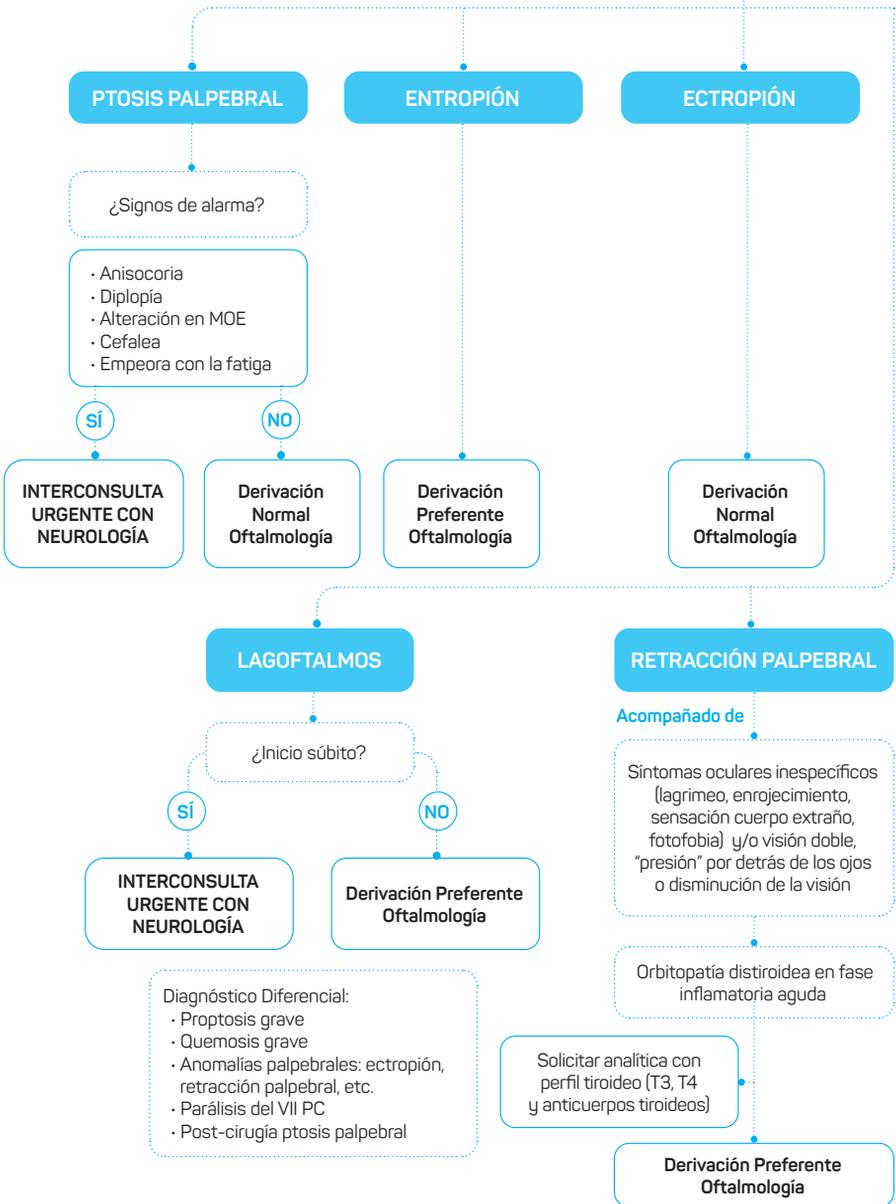


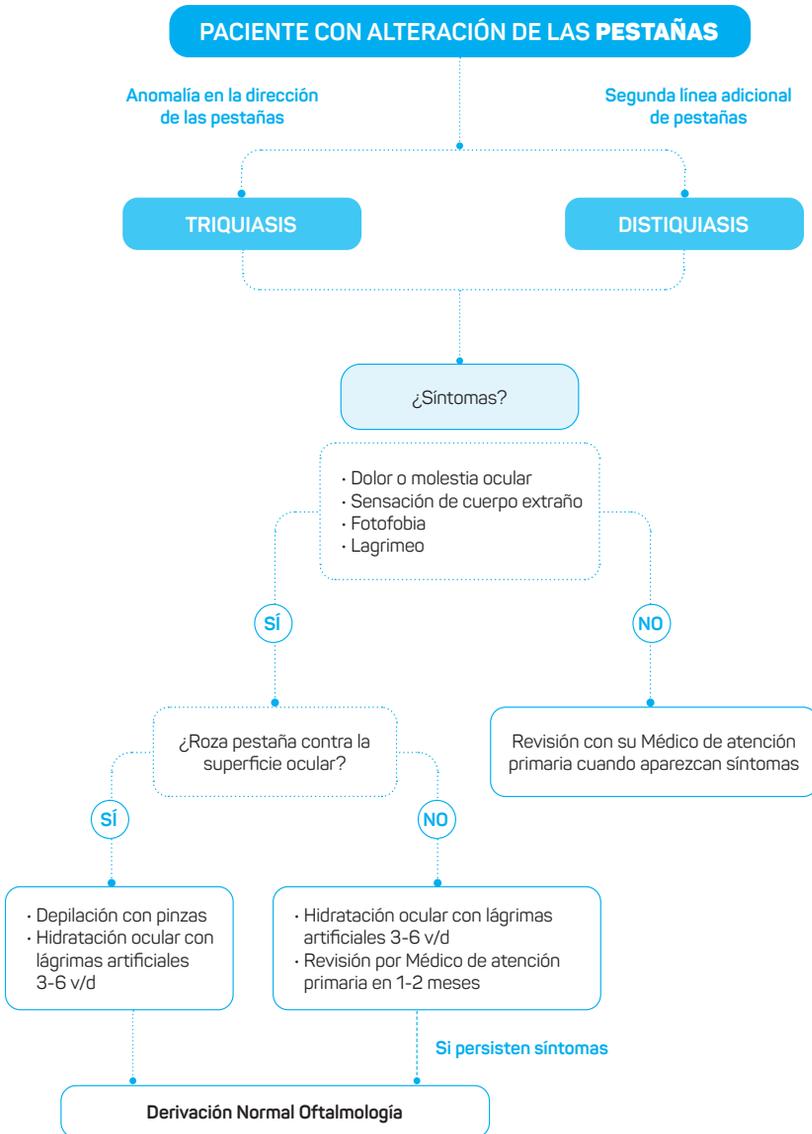
9

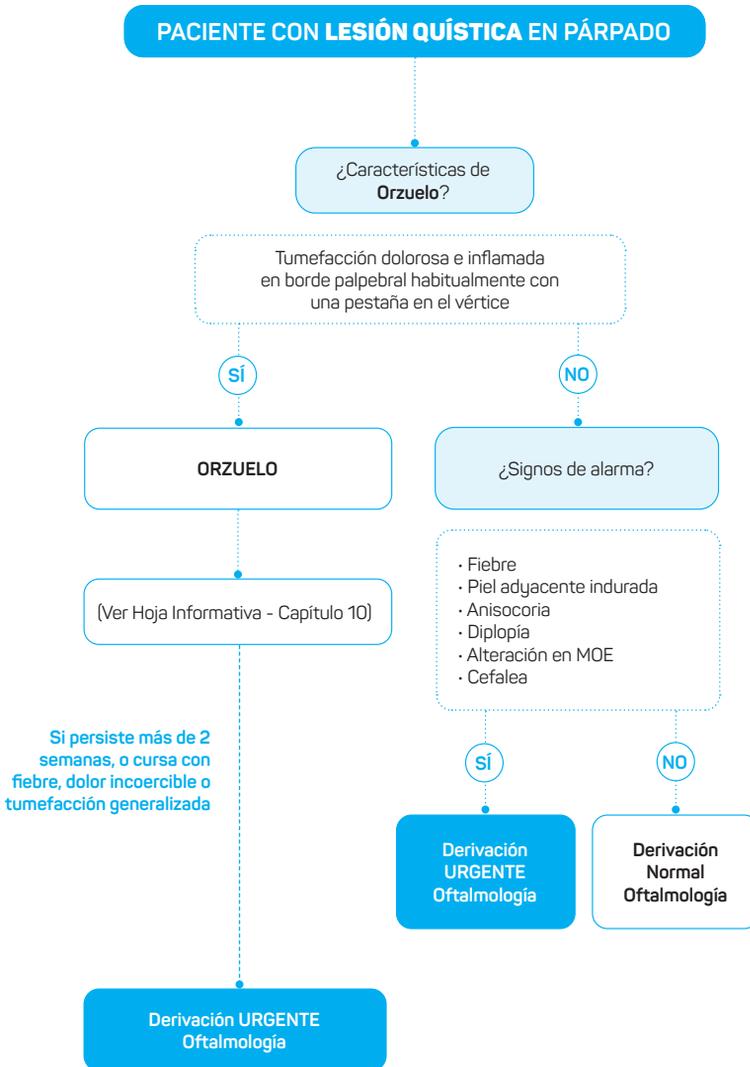
Lesiones Palpebrales

José Ignacio Fernández Choquet de Isla
María José Pérez Cordobés
Francisco Morillas Teva
Ricardo Domínguez España
Ana Sanz Zorrilla
Miguel González-Andrades

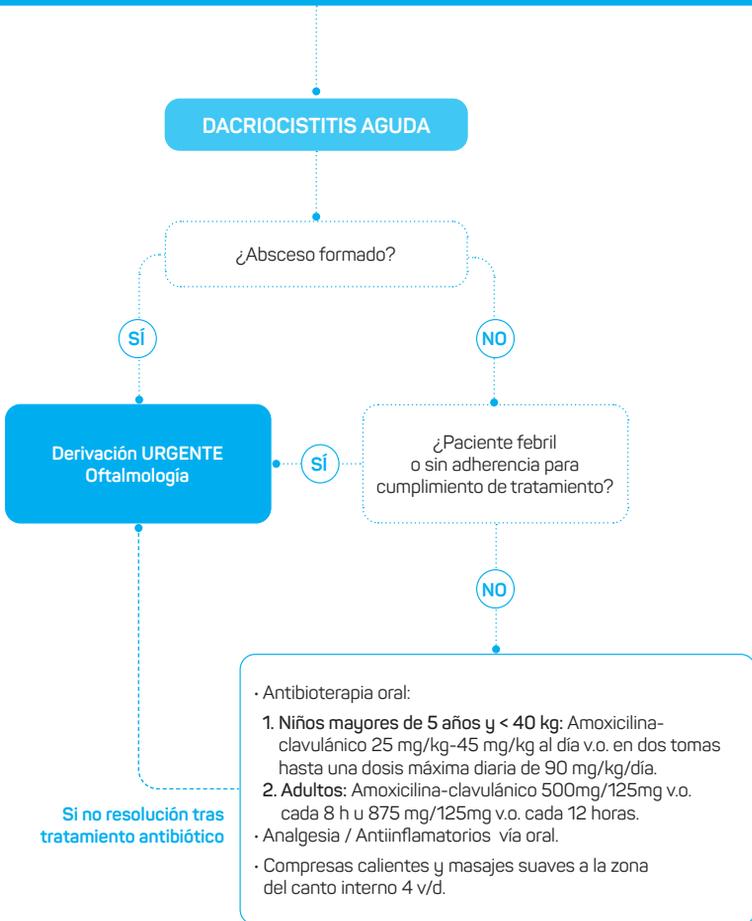
PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA POSICIÓN PALPEBRAL

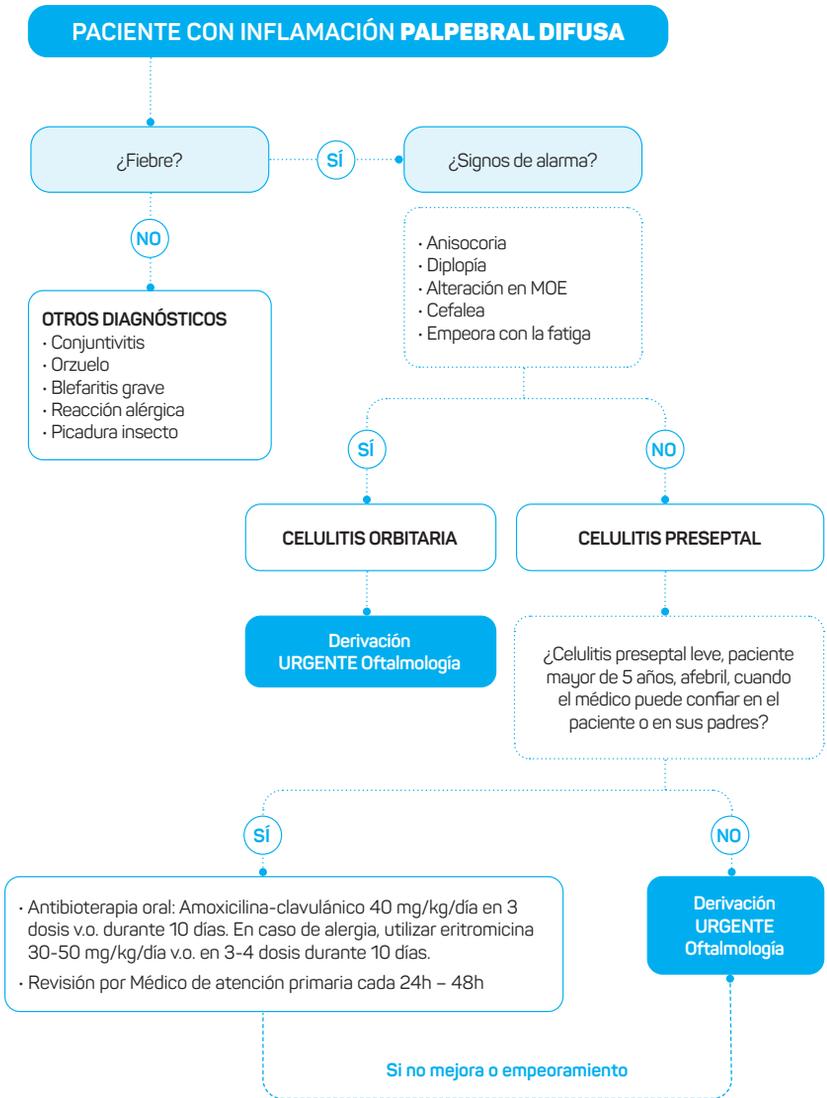




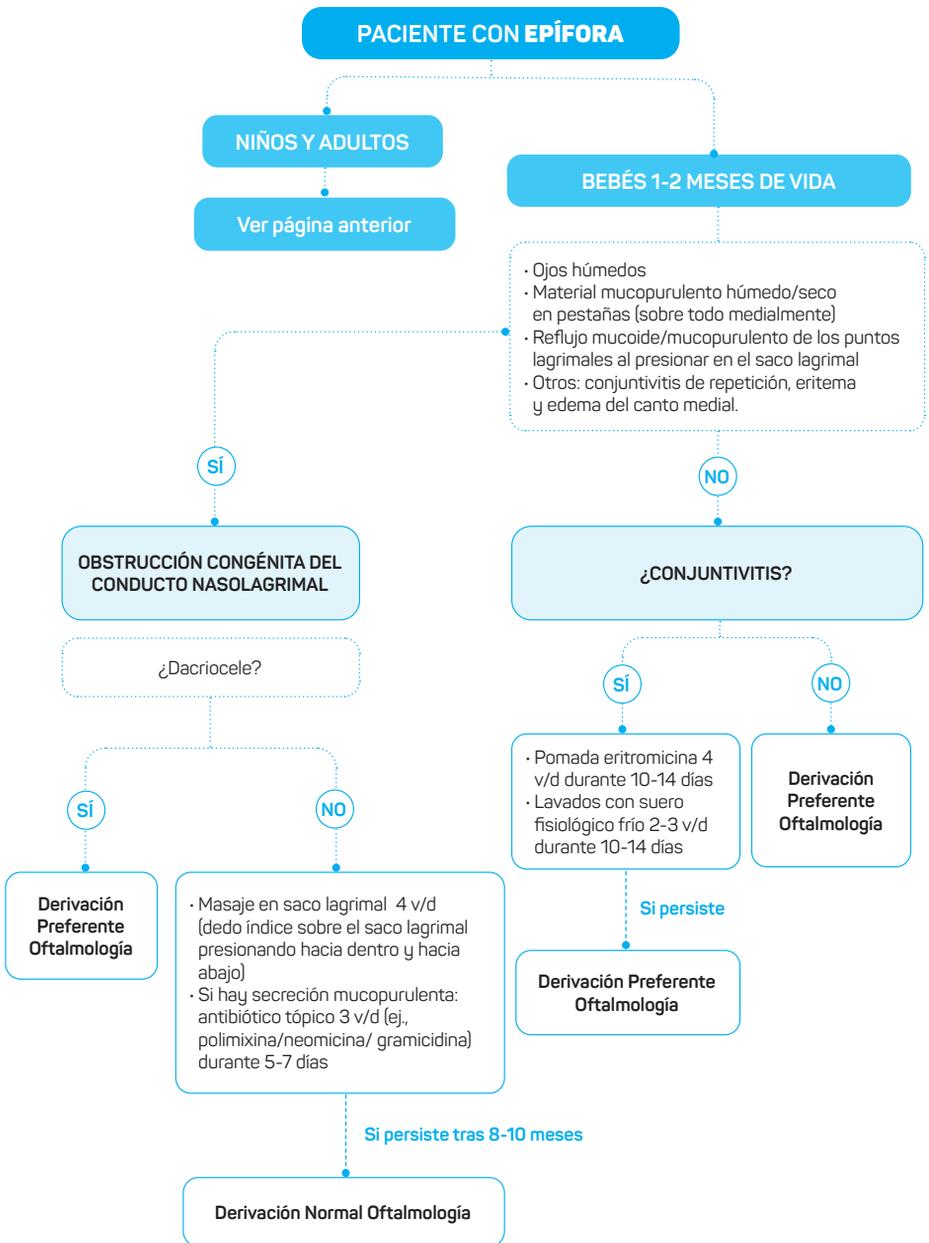


**PACIENTE CON INFLAMACIÓN PALPEBRAL EN ZONA LAGRIMAL
(DEBAJO DE TENDÓN CANTAL INFERIOR) CON ASPECTO QUISTICO**











10

Hojas Informativas para los Pacientes

Javier Garrido Martín
José Luis García Serrano
Indira Stoikow Pino
José Ignacio Fernández Choquet de Isla
Marta Villalba González
Francisco Pugliese Rojas
Carmen González Gallardo
Roberto Anaya Alaminos
José Enrique Muñoz de Escalona Rojas
Miguel González-Andrades

BLEFARITIS

¿Qué es la Blefaritis?

La blefaritis es una inflamación de los bordes de los párpados, lugar donde se encuentra el nacimiento de las pestañas. Es un proceso muy frecuente, que causa irritación ocular y enrojecimiento.

¿Cuáles son los síntomas?

Sensación de arenilla, picor, escozor, pinchazos, sequedad ocular, dolor y, en muchas ocasiones, intenso lagrimeo. Pero estos síntomas no se presentan desde el inicio de la enfermedad. Es decir, que la persona que padece blefaritis cuando empiezan los síntomas ya lleva mucho tiempo teniendo los signos clínicos. Además, los síntomas aparecen de modo cíclico, es decir, unas temporadas está el paciente mejor que otras (incluso hay épocas en las que no nota nada), lo que no quiere decir que la enfermedad no siga su curso progresivo hacia formas cada vez más avanzadas.

¿Qué causa la Blefaritis?

En el interior de los párpados existen unas glándulas que fabrican grasa, necesaria para que la lágrima tenga un componente graso y no se evapore fácilmente. En determinadas circunstancias (irritación por roce constante, uso continuo del ordenador y en personas con cierta predisposición personal, pieles muy grasas, herencia, estrés, etc.) puede producirse un aumento de la secreción de la grasa que queda retenida dentro de la propia glándula y dentro del ojo. La grasa sobrante, al desnaturalizarse, se convierte en una sustancia irritante que provoca una inflamación crónica de los párpados y ello hará que se produzca más grasa que se convierte en irritante y así sucesivamente hasta convertirse en un círculo vicioso.

¿Cómo se trata?

Esta enfermedad no tiene cura definitiva, sin embargo con un tratamiento adecuado, se puede controlar y disminuir las molestias que conlleva, sobre todo en las épocas en las que se está peor. El tratamiento consiste en medidas higiénicas encaminadas a eliminar

la grasa excesiva que existe en las glándulas y en el fondo de saco de la conjuntiva. Estas medidas de higiene palpebral deberán realizarse dos veces al día (idealmente al levantarse por la mañana, y por la noche) y de forma indefinida:

- 1 Poner calor local en los párpados durante 3-5 minutos (por ejemplo, usando un bote pequeño que se puede rellenar con agua caliente o que se pueda calentar en el microondas) para licuar la grasa palpebral.



- 2 Dar masajes en los párpados para facilitar el drenaje de la grasa del interior de las glándulas palpebrales. El masaje se realizará de arriba hacia abajo en el párpado superior (párpado de arriba), y de abajo hacia arriba en el párpado inferior (párpado de abajo). Para ello puede usar su propio dedo índice o un bastón de los oídos.

- 3 Lavar los párpados con champú de pH neutro ("jabón de niño chico") diluido (1/4 champú, 3/4 agua en un frasco pequeño, el cual se ha de recambiar cada 5 días aproximadamente). Para evitar la irritación de la superficie del ojo, puede usar una gasa enrollada en su dedo y que empape con dicho champú, para así poder aplicar más fácilmente en el borde del párpado sin tocar el ojo (se recomienda con un dedo de la otra mano tirar del párpado un poco hacia abajo en el caso del párpado inferior y un poco hacia arriba en el caso del párpado superior para evitar aún más si cabe rozar la superficie del ojo con la gasa). En el caso de que lo prefieran, existen toallitas y geles específicos en farmacia para realizar estas medidas de higiene del borde palpebral.



- 4 Lavar con suero fisiológico el saco conjuntival para eliminar la grasa sobrante y los restos de jabón.

Existen tratamientos complementarios si el paciente asocia un trastorno de la lágrima como lubricación sin conservantes con lágrimas artificiales sin conservantes (se puede administrar tras el lavado de los párpados para aliviar algo más los síntomas), manteniendo a lo largo del día cada 2 a 4 horas o a demanda si el paciente lo precisa) y, en ocasiones, antiinflamatorios (preferiblemente sin conservantes).

ORZUELO

¿Qué es el Orzuelo?

Un orzuelo es un pequeño absceso localizado superficialmente en el párpado por la infección de alguna de las glándulas localizada en la base de las pestañas. Se observa la mayoría de las veces como un bulto rojo y doloroso ubicado cerca del borde del párpado, que tiene una apariencia similar a un grano o una espinilla. Los orzuelos suelen contener pus y, normalmente, tienen tendencia a formarse en el lado externo del párpado, aunque no siempre.

¿Cuáles son los síntomas?

Dolor de los párpados, lagrimeo de los ojos, legañas alrededor de los párpados, hinchazón de los párpados, sensación irritante de tener un cuerpo extraño en el interior del ojo.

¿Qué causan los Orzuelos?

En el párpado existen una serie de pequeñas glándulas que producen parte de los componentes de la lágrima, sobre todo material graso para que la lágrima tarde más en evaporarse y así lubricar mejor la superficie del ojo. Cuando una de estas glándulas secretoras se infecta sufre un proceso inflamatorio agudo produciéndose de esta forma el orzuelo. Los gérmenes que más frecuentemente causan esta infección se encuentran en nuestra propia piel y nariz.

¿Cómo se trata?

El **tratamiento del orzuelo** consiste en aplicar calor local sobre la zona afectada con una cierta periodicidad (al menos 3 veces al día). Con el calor local conseguimos que todo el pus procedente del proceso inflamatorio infeccioso quede "recogido" dentro del saco glandular y salga hacia el exterior bien por el poro de la glándula dilatado o por cualquier otra abertura hacia el exterior en un fenómeno de fistulización. Para facilitar la maniobra de evacuación del contenido glandular purulento puede realizarse un leve masaje inmediatamente después de aplicado el calor local. Como el proceso es autolimitado y cura espontáneamente, ayudado por las medidas higiénicas descritas más arriba, no se hace necesario el uso de fármacos ni locales (colirios) ni generales. No está indicada la cirugía en principio.

Consejos prácticos

- Desechar los maquillajes y productos cosméticos viejos para reducir el riesgo de infecciones oculares.
- Lavarse las manos con agua y jabón periódicamente.
- No compartir los cosméticos con otras personas.
- No dejar el maquillaje para ojos durante la noche.
- Si usas lentes de contacto, lavar bien las manos antes de manipularlas y seguir los consejos de tu médico para desinfectarlas.

Además, se deben de realizar las **medidas de higiene palpebral** recomendadas para la blefaritis con el fin de disminuir la probabilidad de que vuelva a tener un nuevo orzuelo. Estas medidas deberán realizarse dos veces al día (idealmente al levantarse por la mañana, y por la noche) y de forma indefinida:

1 Poner calor local en los párpados por 3-5 minutos, con el ojo cerrado (por ejemplo, usando un bote pequeño que se puede rellenar con agua caliente o que se pueda calentar en el microondas).



2 Dar masajes en los párpados para vaciar toda la grasa que queda en el interior de las glándulas. El masaje se realizará de arriba hacia abajo en el párpado superior, y de abajo hacia arriba en el párpado inferior. Para ello puede usar su propio dedo índice o un bastón de los oídos.

3 Lavar los párpados con champú de pH neutro ("jabón de niño chico"), sobre todo lavar el borde palpebral que es por donde ha salido la grasa. Para evitar la irritación de la superficie del ojo, puede usar una gasa enrollada en su dedo y que empape con espuma de dicho champú, para así poder aplicar más fácilmente en el borde del párpado sin tocar el ojo (se recomienda con un dedo de la otra mano tirar del párpado un poco hacia abajo en el caso del párpado inferior y un poco hacia arriba en el caso del párpado superior para evitar, aún más si cabe, rozar la superficie del ojo con la gasa).



4 Lavar con suero fisiológico el saco conjuntival, para eliminar la grasa sobrante y los restos de jabón.

SÍNDROME DEL OJO SECO

¿Qué es el síndrome del ojo seco?

Es un conjunto de síntomas crónicos que se asocian a la falta de lubricación y humedad del ojo debido a una disminución de la cantidad o de la calidad de la lágrima. Es la enfermedad ocular más frecuente, afectando al 15-30% de la población. Es importante recordar que conforme aumenta la edad disminuye la producción y la calidad de la lágrima se vuelve menos efectiva, por lo que esta enfermedad es muy frecuente en edades avanzadas.

¿Cuáles son sus síntomas?

Puede producir picor, irritación, visión fluctuante, sensación de arenilla, fotofobia (intolerancia a la luz), dificultad para abrir los ojos al despertar y en ocasiones, aunque parezca extraño, puede producir lagrimeo por un mecanismo irritativo.

¿Qué causa el ojo seco?

No siempre existe una causa reconocible de Ojo Seco. Su prevalencia aumenta con la edad, y es más frecuente en mujeres menopáusicas, en relación a los cambios hormonales. Otros factores de riesgo son el uso de lentes de contacto, algunas cirugías oculares, empleo de pantallas de visualización y algunos fármacos como antidepresivos, ansiolíticos, antihistamínicos, diuréticos, etc.

En algunas ocasiones, se puede identificar alguna patología sistémica que produce el Ojo Seco, como el Síndrome de Sjögren (que asocia sequedad en boca y otras mucosas), la artritis reumatoide u otras enfermedades autoinmunes.

¿Cómo se trata?

El tratamiento del ojo seco es únicamente utilizado para aliviar los síntomas, no tiene función curativa, sin embargo, siguiendo una serie de consejos (medidas ambientales) y el tratamiento que se le prescriba se pueden aliviar gran parte de las molestias. Por lo general el tratamiento consiste en el empleo de lágrimas artificiales sin conservantes que deberá ajustar usted mismo en función de los síntomas diarios que tenga (recomendamos empe-

zar usándolas al menos 5-6 veces durante el día). En casos de enfermedad más avanzada se requerirá de medicaciones vía oral e, incluso, cirugía (oclusión del punto lagrimal).

Consejos prácticos

- Evitar corrientes de aire (viento, ventiladores, aire acondicionado...).
- Evite la sequedad ambiental. Para ello humedezca las habitaciones con humidificadores o coloque recipientes de agua sobre los radiadores.
- Evite irritaciones oculares de cualquier tipo: falta de sueño, cosméticos, piscinas cloradas, ambientes con polvo, humo de tabaco y agentes irritantes (como disolventes, amoníaco, lejía).
- Si trabaja muchas horas con ordenador, sitúe la pantalla en un plano inferior al de la línea de mirada para disminuir la apertura palpebral, y procure parpadear frecuentemente y hacer pausas periódicas.
- Limitar el uso de lentes de contacto. Se recomienda asociar el uso de lentes de contacto con lágrimas artificiales sin conservantes.
- Usar gafas de sol oscuras por la calle.
- Beber abundante agua y tener una alimentación rica en ácidos grasos omega-3.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

¿Qué es la conjuntivitis alérgica?

La conjuntivitis es un proceso inflamatorio de la conjuntiva (membrana transparente que cubre el interior de los párpados y parte del globo ocular). La conjuntivitis alérgica está causada por una respuesta excesiva de nuestro organismo frente a un agente externo (alérgeno). Puede presentarse sola o acompañada de otras manifestaciones como el asma, rinitis, urticaria, alergias alimentarias, etc. Las conjuntivitis alérgicas pueden ser estacionales (solo en algunos meses del año) o perennes (durante todo el año, con empeoramiento estacional generalmente). No es contagiosa.

¿Cuáles son los síntomas?

- Picor
- Enrojecimiento
- Lagrimeo
- Edema de párpados
- Sensación de arenilla en el ojo

¿Cómo se trata?

- La medida higiénica fundamental es evitar la exposición a los alérgenos (pólenes, polvo, pelos de animales, etc.), en caso de ser conocidos.
- Lavados frecuentes de la superficie ocular 4-5 veces al día con suero fisiológico, que se puede conservar en nevera para obtener un mayor alivio de los síntomas.
- Lágrimas artificiales sin conservantes 4-5 veces al día.
- Compresas frías sobre los párpados pueden ayudar a disminuir la inflamación.
- Colirios de antihistamínico pautado por su médico, en frecuencia y duración individualizada.
- En ocasiones, sobre todo si existen otros síntomas de alergia, se puede añadir un anti-histamínico por vía oral.

Consejos prácticos

- No se frote los ojos con las manos.
- Evite pasear por áreas de vegetación y arbolado en primavera, sobretodo a primera hora de la mañana y al atardecer. No se tumbe en el césped. Procure dormir con la ventana cerrada en esta época.
- Mantener una correcta higiene del hogar. Limpie con aspiradora y posteriormente con fregona. Evite escobas, plumeros y otros utensilios que levanten el polvo. Ventile el domicilio a diario, preferiblemente en las horas centrales del día.
- Evite el contacto con el polvo y con los animales domésticos.
- Elimine moquetas, alfombras, cortinas, peluches y otros objetos que no puedan lavarse fácilmente. Use colchones y ropa de cama sintéticos.
- Evite ambientes cerrados con humo.
- Si viaja en coche mantenga las ventanillas cerradas y use el aire acondicionado.
- Evitar perfumes y cosméticos potencialmente alergénicos.
- Si usa lentes de contacto, evitar emplearlas durante la crisis de alergia.

CONJUNTIVITIS VÍRICA

¿Qué es la conjuntivitis vírica?

La conjuntivitis es un proceso inflamatorio de la conjuntiva (membrana transparente que cubre el interior de los párpados y parte del globo ocular). Está causada por un virus, en la mayoría de los casos el mismo virus que causa el resfriado común (adenovirus). Es un tipo de conjuntivitis **muy contagiosa**.

¿Cuáles son los síntomas?

- Picor
- Enrojecimiento
- Lagrimeo
- Legañas
- Sensación de arenilla en el ojo

Estos síntomas suelen mejorar al cabo de 7 días, pero en algunos casos se pueden alargar varias semanas. El cuadro suele durar de 2 a 4 semanas.

¿Cómo se trata?

En la mayoría de casos curará sola sin necesidad de tratamiento. Si los síntomas son muy molestos, puede lavarse los ojos con suero fisiológico frío a presión, abriéndole un agujero pequeño al bote para que al apretar salga a presión y pueda lavarse el ojo y el saco conjuntival, tirando un poco del párpado inferior hacia abajo y mirando hacia arriba (dejar el suero fisiológico en la nevera). Se podrá lavar así las veces que quiera (por ejemplo 7-8 veces durante el día) y secarse con paños distintos cada vez debido a su alto factor contagioso. También podrá usar lágrimas artificiales después de los lavados para aliviar algo más las molestias (puede dejarlas en la nevera también para que alivien aún más gracias al frío).

El médico podrá recetarle un colirio antiinflamatorio para mejorar los síntomas.

Si los síntomas no mejoran tras varias semanas de tratamiento y medidas de higiene, debe ser valorado por un oftalmólogo.

Consejos prácticos

- La conjuntivitis se transmite por contacto directo de persona a persona o a través de objetos que han estado en contacto con las secreciones de la persona infectada (lágrimas, legañas...). Por ello es necesario extremar la higiene y no compartir objetos personales como fundas de almohada, toallas, gotas para los ojos, maquillaje, estuches para lentillas o gafas, etc.
- Debe lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón, especialmente antes y después de limpiarse los ojos o aplicarse colirios o pomadas oculares.
- Evite tocarse los ojos para que la conjuntivitis no empeore o se contagie al ojo contrario.
- Para lavarse los ojos, utilice algodones o toallitas desechables. Una para cada ojo, y retire las secreciones varias veces al día, lavándose después las manos. Si utiliza toalla, debe ser de uso personal, cambiarse diariamente y lavarse con agua caliente y detergente.
- Las fundas de almohadas, sábanas y toallas de ducha deben lavarse con agua caliente y detergente con frecuencia.
- Si es usuario de lentillas y tiene conjuntivitis, no debe utilizarlas hasta la resolución de la infección.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

¿Qué es la conjuntivitis bacteriana?

La conjuntivitis es un proceso inflamatorio de la conjuntiva (membrana transparente que cubre el interior de los párpados y parte del globo ocular). La conjuntivitis bacteriana es mucho menos frecuente que la vírica y está causada por la infección por una bacteria, las más frecuentes son: *S. aureus*, *S. Pneumoniae* y *Haemophilus*. Normalmente se adquiere por contacto directo con las secreciones de una persona infectada, propagación de bacterias de la nariz o senos paranasales de la persona infectada y mala o nula limpieza correcta de lentes de contacto. Es **contagiosa**.

¿Cuáles son los síntomas?

- Molestias oculares intensas
- Enrojecimiento
- Lagrimeo
- Secreción ocular densa, blanquecina o amarillenta

¿Cómo se trata?

Colirio o pomada antibiótica recetada por su médico, en frecuencia y duración individualizada.

Realizar lavados frecuentes del interior del ojo 4-5 veces al día con envases pequeños desechables de suero fisiológico, que puede conservar en nevera para obtener un mayor alivio de los síntomas.

Consejos prácticos

- La conjuntivitis se transmite por contacto directo de persona a persona o a través de objetos que han estado en contacto con las secreciones de la persona infectada (lágrimas, legañas...). Por ello es necesario extremar la higiene y no compartir objetos personales como fundas de almohada, toallas, gotas para los ojos, maquillaje, estuches para lentillas o gafas, etc.

- Debe lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón, especialmente antes y después de limpiarse los ojos o aplicarse colirios o pomadas oculares.
- Evite tocarse los ojos para que la conjuntivitis no empeore o se contagie al ojo contrario.
- Para lavarse los ojos, utilice algodones o toallitas desechables. Una para cada ojo, y retire las secreciones varias veces al día, lavándose después las manos. Si utiliza toalla, debe ser de uso personal, cambiarse diariamente y lavarse con agua caliente y detergente.
- Las fundas de almohadas, sábanas y toallas de ducha deben lavarse con agua caliente y detergente con frecuencia.
- Si es usuario de lentillas y tiene conjuntivitis, no debe utilizarlas hasta la resolución de la infección.



Glosario y abreviaturas

GLOSARIO

Afáquico: Sin cristalino.

Agujero estenopeico: Es un oclisor con un agujero central, si con su uso mejora la agudeza visual normalmente nos encontraremos ante un error refractivo.

Amsler: En referencia a la rejilla de Amsler. Es una prueba consistente en una cuadrícula de líneas verticales y horizontales que el paciente debe observar a 30cm con cada ojo por separado. Detecta principalmente patología macular, siendo positiva cuando el paciente vea las líneas torcidas u onduladas.

Capsulotomía: Popularmente conocida como "limpieza de la lentilla". Consiste en la apertura de la cápsula posterior del cristalino de un ojo operado previamente de cataratas mediante láser para retirar la opacidad que genera pérdida de visión.

Corioretinopatía central serosa: Desprendimiento de retina seroso, normalmente a nivel macular, producido por una alteración de la permeabilidad. Suele presentarse en jóvenes, con pérdida de visión leve, con posibles metamorfopsias. Puede ser uni o bilateral.

Defecto pupilar aferente relativo: Determina afectación de vía aferente del reflejo pupilar. Al iluminar de forma alternante ambas pupilas en oscuridad se produce dilatación de la pupila del lado afecto. Se produce habitualmente por daños significativos en la retina o en el nervio óptico.

Dacriocel: Masa azulada, quística, no dolorosa, localizada justo por debajo del ángulo del canto medial, producida por una obstrucción distal y también proximal del aparato nasolagrimal. La mayoría de las veces se manifiesta en la primera semana de vida.

Diploía monocular: Al ocluir un ojo, persiste la diploía.

Distiquiasis: Segunda línea adicional de pestañas.

Ectropión: Eversión del borde palpebral.

Edema corneal: Acumulación de líquido en la córnea dándole apariencia desde deslustrada hasta blanca.

Edema macular: Acumulación de líquido en las capas retinianas a nivel macular, con frecuencia de forma quística, debido a diferentes causas. Dentro de las más frecuentes: postcirugía oftalmológica, típicamente de catarata, patología vascular retiniana como retinopatía diabéticas y obstrucciones venosas.

Entropión: Inversión del borde palpebral que empuja las pestañas (por lo demás normales) sobre el globo ocular.

Facodonesis / Pseudofacodonesis: Temblor o vibración del cristalino con el movimiento ocular. Denota alteración o debilidad zonular, dislocación del cristalino y predisposición a ello. Con el término pseudofacodonesis nos referimos a lo mismo pero en un paciente operado de catarata con lente intraocular.

Fáquico: Con cristalino.

Fotopsias: Percepción lumínica en ausencia de estímulo visual.

Halos: Círculos luminosos, en ocasiones de colores, alrededor de las luces.

Hialosis asteroide: Presencia de cuerpos blanquecinos puntiformes en vítreo, compuestos de calcio y/o lípidos. Normalmente sin trascendencia patológica.

Hidropesía corneal: Consiste en la edematización de la córnea por la rotura de la membrana de Descemet en el contexto de un queratocono. Se produce pérdida de visión de forma aguda con fotosensibilidad y epífora.

Hiperemia ciliar: Hiperemia conjuntival alrededor del limbo corneal.

Hipopión: Colección de material purulento en la cámara anterior del ojo. Puede ser estéril, como consecuencia de un proceso inflamatorio intraocular muy intenso, o no estéril, como consecuencia de una infección intraocular grave.

Infiltrados subepiteliales: Son puntos blanquecinos que aparecen en la córnea durante y/o posteriormente a patología inflamatoria infecciosa o no infecciosa (con frecuencia en conjuntivitis víricas). Pueden generar visión borrosa y halos.

Lagofthalmos: Imposibilidad de cerrar completamente los párpados.

Leucoma: Cicatriz corneal. Se visualiza como una pérdida de transparencia corneal en la zona de la lesión.

Metamorfopsia: Visión distorsionada en la cual las líneas y figuras se ven torcidas u onduladas.

Miodesopsias: Visión de puntos, rayas o manchas negras móviles, con frecuencia debidas al desprendimiento vítreo posterior.

Opacificación de cápsula posterior (del cristalino): Vulgarmente conocida como "suciedad de la lentilla", consiste en el proceso de recelularización de esta cápsula. Se presenta como pérdida de visión progresiva en paciente postoperado de cataratas.

Proptosis: Desplazamiento anteroposterior del globo ocular, también conocido como exoftalmos.

Pseudofáquico: Con lente intraocular que sustituye al cristalino.

Ptosis palpebral: Caída del párpado superior.

Queratocono: Degeneración corneal que conlleva adelgazamiento y cambio en su curvatura, con progresión miópica y astigmatismo, generalmente irregular. Se caracteriza por pérdida de visión progresiva que es difícil de corregir con gafas.

Seidel: Prueba utilizada para descartar la presencia de una comunicación entre la cámara anterior del ojo y el exterior. Consiste en verificar el lavado del colirio de fluoresceína, previamente instilado, debido a la salida del humor acuoso.

Tono digital: También usado "PIO digital", se refiere al uso de la de la digitopresión (presionar con un dedo sobre el globo ocular) para valorar la presión intraocular.

Triquiiasis: Anomalía en la dirección de las pestañas, las cuales se dirigen hacia el globo ocular.

Abreviaturas

AIJ: Artritis Idiopática Juvenil.	MOE: Motilidad Ocular Externa.
AIT: Accidente Isquémico Transitorio.	PA: Presión Arterial.
ACV: Accidente Cerebrovascular.	PC: Par Craneal.
AP: Antecedentes Personales.	PIO: Presión Intraocular.
AR: Artritis Reumatoide.	SSF: Suero Salino Fisiológico.
AV: Agudeza Visual.	UV: Ultravioleta.
CCS: Corioretinopatía Central Serosa.	VHS: Virus del Herpes Simple.
CE: Cuerpo Extraño.	VVZ: Virus Varicela Zóster.
CV: Cardiovascular.	v/d: veces al día.
DM: Diabetes Mellitus.	
DMAE: Degeneración Macular Asociada a la Edad.	
DPAR: Defecto Pupilar Aferente Relativo.	
ID: Inmunodepresión.	
IRA: Insuficiencia Respiratoria Aguda.	
LES: Lupus Eritematoso Sistémico.	
LIO: Lente Intraocular.	
LDC: Lentes de Contacto.	
MAP: Médico de Atención Primaria.	

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

