

Signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes

Director:

José Luis Almodí Alegre

Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,3 créditos**



AULAIMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: www.sietediasmedicos.com

TEMA 1
Patología respiratoria aguda

Febrero

TEMA 2
Dermatología

Abril

TEMA 3
Alteraciones del estado de ánimo

Mayo

TEMA 4
Oftalmología

Julio

TEMA 5
Patología digestiva

Octubre

TEMA 6
Patología genitourinaria

Diciembre

Tema 4: Oftalmología

Ojo rojo

Disminución brusca e indolora de la agudeza visual

Traumatismos oculares

Toxicidad ocular de la medicación sistémica

M. Yolanda Valpuesta Martín¹, M. Isabel López Gálvez²

¹Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Peñafiel (Valladolid).

²Oftalmóloga. Jefa de la Sección de Retina del Hospital Clínico Universitario. Valladolid

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Los médicos de atención primaria debemos adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para diagnosticar y orientar el manejo de las patologías oftalmológicas más frecuentes en nuestras consultas.
- Además, y no menos importante, debemos saber reconocer los síntomas y signos de alarma de estas patologías, para saber cuándo y con qué grado de prioridad derivar a nuestros pacientes al oftalmólogo para su valoración.

OJO ROJO

El ojo rojo es un motivo de consulta muy frecuente; engloba un gran número de procesos, de severidad muy variable, desde afecciones banales y autolimitadas hasta patologías amenazantes para la visión.

Algunos criterios indicativos de gravedad son la inyección ciliar, la existencia de dolor ocular, la aparición de alteraciones visuales, y la llamada tríada del segmento anterior (fotofobia, lagrimeo y blefaroespasma).

Hay varios tipos de ojo rojo, que se describen a continuación.

Ojo rojo no doloroso y con visión conservada Síndrome del ojo seco

Enfermedad muy prevalente, que puede ser desencadenada por la blefaritis, el uso de lentes de contacto, la cirugía refractiva corneal y algunos fármacos (isotretinoína, antihistamínicos, anovulatorios). Aparece también en el contexto de algunas enfermedades reumáticas y es una de las principales manifestaciones del síndrome de Sjögren. Cursa con irritación, sensación de cuerpo extraño, fotofobia, disfunción visual e inestabilidad lagrimal, con daño potencial a la superficie ocular.

El tratamiento en atención primaria consiste en medidas ambientales, medidas de higiene palpebral, uso de lágrima

mas artificiales y lubricantes oculares, y corticoides tópicos en fases agudas (siempre con supervisión).

Las indicaciones de derivación son las siguientes: síntomas no controlados con las medidas previas y empeoramiento súbito de una situación basal estable (posibilidad de afectación corneal).

Conjuntivitis

Generalmente bilaterales. Cursan con inyección conjuntival, edema conjuntival (quemosis), secreción y reacción tisular.

Tienen características diferentes en función de su etiología.

- **Conjuntivitis vírica:** suele estar producida por adenovirus y es muy contagiosa. Cursa con secreción serosa, edema palpebral, folículos en la conjuntiva tarsal inferior y, con frecuencia, adenopatía preauricular y submaxilar. Generalmente se resuelve en 2-3 semanas.

El tratamiento consiste en medidas de higiene personal, lavado ocular con suero y antibióticos tópicos de amplio espectro (gentamicina, tobramicina).

- **Conjuntivitis bacteriana:** en adultos, suele estar producida por estafilococo dorado, y en niños por neumococo o *Haemophilus*. Cursa con secreción purulenta.

El tratamiento consiste en lavado con suero y antibiótico tópico durante 7-8 días (gentamicina, tobramicina, quinolona).

- **Conjuntivitis de base inmune:** cursan con secreción seromucosa. Hay varios tipos: alérgica (papilas en la conjuntiva tarsal superior), vernal o primaveral, atópica y papilar gigante (más frecuente en portadores de lentes de contacto). No es recomendable el lavado ocular con agua de manzanilla sin descartar previamente la etiología alérgica de una conjuntivitis.

Los signos de alarma en una conjuntivitis (que exigen derivación) son los siguientes:

- Ausencia de mejoría con el tratamiento.
- Paciente portador de lentes de contacto.
- Aparición de dolor ocular, visión borrosa, alteración pupilar, síntomas sistémicos, recurrencia, antecedente de cirugía o trauma reciente.

Epiescleritis

Hiperemia sectorial de los vasos de la epiesclera (desaparece al instilar fenilefrina tópica). Suele ser unilateral, recurrente e idiopática y resolverse espontáneamente en 2-3 semanas. Se trata con lágrimas artificiales, corticoides tópicos durante 3-4 días y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) vía oral.

No precisa derivación oftalmológica.

Escleritis anterior

Proceso inflamatorio de la esclera, asociado generalmente a enfermedades sistémicas inmunológicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, granulomatosis de Wegener).

La hiperemia conjuntival no blanquea con la instilación de fenilefrina.

Las formas más leves responden a los AINE por vía oral.

Los casos más severos deben derivarse.

Hemorragia conjuntival o hiposfagma

Patología banal, idiopática en el 95% de los casos, indolora y que no afecta a la visión.



Conviene descartar algunas enfermedades predisponentes:

- Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), alteraciones de la coagulación.

No precisa tratamiento ni derivación.

Pterigión

Crecimiento fibrovascular de la conjuntiva bulbar, que avanza sobre la córnea desde la zona nasal. Su tratamiento es quirúrgico, pero puede recidivar. El paciente debe derivarse al oftalmólogo.

Ojo rojo doloroso y con alteración de la visión Uveítis anterior o iridociclitis

Suele ser idiopática, pero puede asociarse a enfermedades ligadas al antígeno leucocitario humano HLA-B27 y a algunas infecciones. Cursa con dolor ocular monolateral, triada del segmento anterior y disminución de la visión.

La exploración muestra una pupila en miosis e inyección periquerática.

La lámpara de hendidura puede mostrar células inflamatorias en el humor acuoso (Tyndall), depósitos en el endotelio corneal y pus en la parte inferior de la cámara anterior (hipopión). Puede complicarse con formación de sinequias y glaucoma.





Precisa la derivación urgente al oftalmólogo.

Queratitis y úlceras corneales

- Las superficiales sólo afectan al epitelio corneal y pueden ser inflamaciones o ulceraciones no infecciosas debidas a la exposición a la radiación ultravioleta, las afecciones alérgicas, la triquiasis (cre-



Tabla. Resumen del ojo rojo agudo

	Conjuntivitis	Queratitis	Uveítis anterior	Glaucoma agudo
				
Afectación	Bilateral	Unilateral	Unilateral	Unilateral
Comienzo	Gradual	Súbito	Gradual	Súbito
Agudeza visual	Normal	Disminuida	Disminuida	Visión borrosa, halos
Síntomas	Escozor	Dolor/fotofobia	Dolor/fotofobia	Dolor severo/náuseas
Córnea	Transparente	Tiñe con fluoresceína	Precipitados retrocorneales	Edematosa
Pupila	Normal	Normal o miótica	Miótica hiporreactiva	Midriasis media arreactiva
Presión intraocular	Normal	Normal	Normal, elevada, baja	Muy alta
Características	Adenopatía preauricular (adenovirus)	Aspecto dendrítico (herpética)	Cámara anterior turbia Tyndall	Cierre de la cámara anterior
Derivación	Si hay alteración de la visión o mucho dolor	Úlcera herpética o bacteriana	Sí, urgente	Sí, urgente

cimiento de las pestañas hacia la superficie ocular) o la parálisis facial, entre otras.

- Las profundas afectan tanto al epitelio como al estroma corneal.
- Las úlceras infecciosas bacterianas suelen estar provocadas por el estafilococo, mientras que *Pseudomonas* es el agente más frecuente en portadores de lentes de contacto blandas. Las úlceras infecciosas víricas más típicas son las dendríticas, producidas por la reactivación del virus del herpes simple.
- Las úlceras corneales profundas son procesos muy graves que deben derivarse de manera urgente para recibir tratamiento específico. No instilar colirio anestésico previo a la derivación, para no negativizar los cultivos posteriores.

Glaucoma agudo

Es una emergencia oftalmológica. Más frecuente en la edad avanzada y en las mujeres, está ocasionado por la subida brusca de la presión intraocular. Su principal factor predisponente es la estrechez del ángulo iridocorneal y su principal desencadenante la midriasis. Cursa con un intenso dolor ocular monolateral, acompañado de síntomas vagales, tríada del segmento anterior y alteración de la visión, en forma de visión borrosa y halos de colores alrededor de las luces. La exploración muestra una pupila en midriasis media arreactiva, edema corneal e inyección periquerática.

Precisa derivación urgente, porque puede provocar una severa pérdida de la visión si se demora el tratamiento.

DISMINUCIÓN BRUSCA E INDOLORA DE LA AGUDEZA VISUAL

Los procesos que cursan con una pérdida brusca e indolora de la agudeza visual generan una gran ansiedad, tanto en el paciente como en sus familiares, y son una de las causas más frecuentes de consulta urgente.

Habitualmente se trata de una pérdida monolateral, que no mejora con corrección óptica y que acontece en un paciente con importante patología sistémica; de ahí la necesidad de profundizar en los antecedentes y realizar una buena anamnesis.

Desde el punto de vista oftalmológico, son preguntas claves para este objetivo si la pérdida es monolateral o bilateral, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y si se han producido cambios en los mismos.

Desde el punto de vista de los antecedentes sistémicos, tienen particular interés la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA), la existencia de una cardiopatía previa o determinadas enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple.

Básicamente hay 5 procesos que cursan con esta sintomatología y que requieren derivación urgente desde atención primaria hacia los servicios de oftalmología: oclusiones vasculares (ya sean arteriales o venosas), hemorragias vítreas, neuritis ópticas, desprendimientos de retina y formas húmedas de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

Entre las oclusiones vasculares retinianas, las oclusiones venosas se relacionan con la HTA mal controlada o la DM, mientras que las arteriales se relacionan más con la existencia de microémbolos circulantes, como puede suceder en los pacientes con fibrilación auricular o con ateromatosis carotídea. Las hemorragias vítreas se relacionan con la DM mal controlada y las neuritis ópticas con los antecedentes de esclerosis múltiple (en este caso el paciente suele referir algo de dolor con los movimientos oculares).

Las patologías anteriormente mencionadas no suelen cursar con síntomas previos que permitan identificarlas, contrariamente a lo que sucede en los desprendimientos de retina y/o la degeneración macular.

Generalmente, un paciente que sufre un desprendimiento de retina lleva sintomático varios días. El cuadro comienza con miodesopsias, fotopsias y fosfenos (destellos luminosos en forma de ráfagas), que suelen durar desde unas horas hasta varios días, hasta que aparece una sensación de «cortina» o «bolsa» progresiva, que va reduciendo la visión hasta llegar incluso a su pérdida completa. Muchas veces este cuadro acontece en pacientes con miopías patológicas (>6 dioptrías).

La DMAE es un proceso degenerativo de la retina externa y la coriocapilar, que aparece en personas mayores de 50 años y que es la causa más frecuente de ceguera legal en ese grupo de edad. En su forma húmeda también puede iniciarse con una pérdida brusca e indolora de la agudeza visual. En este caso, la sintomatología más frecuente, además de la pérdida brusca de la agudeza visual, es la metamorfopsia y la aparición de un escotoma central que dificulta la lectura.

Una vez realizada la anamnesis y detectada la sintomatología acompañante, es necesario realizar una exploración básica que permita establecer el diagnóstico de sospecha y la prioridad de la derivación.

Esta exploración básica debe incluir las siguientes medidas:

- Determinación de la agudeza visual para cada ojo por separado.
- Potencial mejoría de la agudeza visual con el agujero estenoico.
- Motilidad ocular.
- Exploración de reflejos pupilares.
- Determinación de la presión intraocular (si es posible).
- Examen del fondo de ojo (FO) (si es posible).

La realización de un examen del FO es muy importante en estos casos y permite establecer mejor el diagnóstico de sospecha.

Los signos asociados en el FO en estas patologías son los siguientes:

- Oclusiones venosas. Hemorragias dispersas por el territorio del vaso ocluido, vasos congestivos y tortuosos y, en el caso de obstrucción de la vena central de la retina, papila borrosa.
- Oclusiones arteriales. Edema de retina y mancha de color rojo cereza en la oclusión de la arteria central de la retina.
- Hemovítreo. Según su intensidad, impide ver el FO.
- Neuritis óptica retrobulbar. FO aparentemente normal.
- Desprendimiento de retina. Bolsa móvil desde la periferia al centro.

Oclusión de rama venosa retiniana OI Desprendimiento de retina OI DMAE hemorrágica OD



DMAE: degeneración macular asociada a la edad; OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo.

Tabla. Comorbilidades y situaciones especiales a tener en cuenta

Proceso	Antecedentes	Síntomas acompañantes	Signos	Derivación y prioridad
Oclusión venosa Oclusión arterial	Patología cardiovascular Placa de ateroma Cardiopatía	No No	Hemorragias dispersas, vasos tortuosos Retina edematosa Mancha de color rojo cereza	Sí, urgente Sí, urgente
Hemovítreo	DM	No	No se ve el FO	Sí, preferente
Neuritis óptica	Esclerosis múltiple Arteritis de la temporal	Dolor Cefalea	FO normal Papila edematosa Hemorragias	Sí, urgente Sí, urgente
Desprendimiento de retina	Miopía	Miodesopsias Fotopsias	Desgarros Agujeros	Sí, urgente
DMAE húmeda	DMAE	Metamorfopsias Disminución de AV. Escotomas	Edema y/o hemorragias maculares	Sí, urgente

AV: agudeza visual; DM: diabetes mellitus; DMAE: degeneración macular asociada a la edad; FO: fondo de ojo.

TRAUMATISMOS OCULARES

Quemaduras térmicas y químicas

Las quemaduras térmicas suelen producir ulceraciones corneales, y deben tratarse con ciclopléjicos (ciclopentolato u homatropina), antibióticos tópicos (generalmente tobramicina o gentamicina) y oclusión del ojo.

Las quemaduras químicas (causticaciones) son muy agresivas y pueden tener consecuencias graves para la visión. Requieren atención inmediata: en primer lugar se debe realizar el lavado ocular, y después la historia clínica y la exploración.

Los álcalis (amoníaco, cemento, sosa cáustica, lejía) producen quemaduras más graves que los ácidos, porque penetran más rápidamente en los tejidos.

Para llevar a cabo el lavado puede utilizarse un anestésico tópico para facilitar la abertura palpebral. Hay que irrigar el ojo durante 30 minutos, aproximadamente con 1 L de suero fisiológico o Ringer Lactato (también puede servir el agua del grifo), y posteriormente administrar analgesia sistémica y derivar al paciente con prioridad muy urgente para su valoración oftalmológica.

Las lesiones por irritantes químicos leves no precisan derivación. Una vez terminado el lavado, hay que descartar la existencia de partículas sólidas en los fondos de saco conjuntivales y explorar la córnea con fluoresceína diluida.

Lesiones corneales traumáticas Úlcera o erosión simple de la córnea

Tratar con antibiótico tópico durante 3 días y oclusión durante 24 horas. Si es extensa, puede aplicarse un ciclopléjico para controlar el dolor, 3 veces al día durante 2-3 días.

Cuerpo extraño corneal

Instilar colirio anestésico e intentar su retirada con un bastoncillo de algodón humedecido con suero fisiológico. Si no se consigue, puede intentarse con una aguja hipodérmica de insulina previamente doblada.

Prescribir un antibiótico tópico 3-4 veces al día durante 3 días y revisar al paciente 24 horas después, para comprobar la epitelización. Puede prescribirse un ciclopléjico para conseguir la analgesia.

Si se trata de un cuerpo metálico y no puede extraerse el óxido que lo rodea, el paciente debe derivarse al servicio de urgencias.

Queratitis actínica

Cursa con dolor intenso, fotofobia y blefaroespasmos 3-6 horas después de la exposición a la luz ultravioleta (es más frecuente en soldadores y esquiadores, por ejemplo). La tinción con fluoresceína muestra un punteado corneal (queratopatía punteada) de localización interpalpebral. Puede aplicarse un colirio anestésico para facilitar la exploración. Se trata con antibióticos, antiinflamatorios tópicos y ciclopléjicos, si éstos se precisan para el control del dolor.

Fracturas orbitarias

El tipo más frecuente es la fractura por estallido, debida a un traumatismo contuso; puede fracturar el suelo y la pared medial de la órbita.

La fractura del suelo de la órbita puede manifestarse por diplopía, limitación de la supraducción, hipo/anestesia en el territorio del nervio infraorbitario y ocupación del seno maxilar subyacente.

La fractura de la pared medial puede provocar enfisema palpebral y hemorragia nasal.

La tomografía computarizada es la prueba de elección para el diagnóstico.

Ante cualquier hematoma orbitario se debe descartar que exista una compresión del nervio óptico (defecto pupilar aferente en la exploración).

La prioridad, desde el punto de vista terapéutico, es la estabilización y la analgesia del paciente para su traslado al hospital de referencia.

¿Qué traumatismos necesitan derivación?

- Causticaciones oculares: **primero lavar, luego derivar.**
- Sospecha de herida perforante corneoescleral o de cuerpo extraño intraocular, por el elevado riesgo de complicarse con una endoftalmitis. **No explorar**, cubrir el ojo sin ha-

cer presión, derivar con profilaxis antibiótica y analgesia, ambas por vía parenteral, y mantener al paciente en ayunas pues se trata de una urgencia quirúrgica.

- Traumatismo contuso, sospecha de fractura orbitaria y sospecha de neuropatía óptica traumática.

Las causticaciones oculares, las heridas perforantes con o sin cuerpo extraño intraocular y la neuropatía óptica traumática representan verdaderas emergencias oftalmológicas.

- Cuerpo extraño corneal o conjuntival que no pueda extraerse con facilidad y seguridad.
- Hipema (sangre en la cámara anterior) y hemorragia vítrea traumáticos.
- Disminución de la visión o dolor no controlado después de un traumatismo ocular.
- Heridas que afecten al canto interno del ojo, por la posibilidad de que exista una laceración de la vía lagrimal.

TOXICIDAD OCULAR DE LA MEDICACIÓN SISTÉMICA

Corticoides

La administración crónica de corticoides por vía sistémica predispone al desarrollo de catarata subcapsular posterior y puede precipitar o agravar el desarrollo de una maculopatía serosa central. Administrados por vía tópica aumentan la presión intraocular y empeoran la evolución de las infecciones oculares; por este motivo, deben prescribirse durante periodos cortos y en patologías bien justificadas.

Los pacientes en tratamiento corticoideo que refieren una disminución de la agudeza visual deben derivarse para su valoración oftalmológica.

Cloroquina e hidroxicloroquina

Su toxicidad, mayor para la cloroquina, es predecible y dosis-dependiente.

Algunos factores de riesgo son la dosis total acumulada, la duración del tratamiento, la edad, las anomalías maculares previas y la insuficiencia renal y hepática.

Producen sobre todo toxicidad retiniana en forma de cambios pigmentarios maculares. La retinopatía avanzada implica una lesión macular «en ojo de buey», con escotoma anular o central irreversible.

También pueden ocasionar depósitos corneales reversibles.

Se recomienda realizar una valoración oftalmológica al inicio del tratamiento y, posteriormente, revisiones con la periodicidad establecida por el oftalmólogo.

No tiene tratamiento y puede progresar a pesar de suspender el fármaco, si no se hace precozmente.

Topiramato

Puede producir edema y rotación anterior del cuerpo ciliar, desencadenando miopizaciones agudas y glaucoma de ángulo cerrado. La miopía, que puede oscilar entre -1 y -9 dioptrías, puede aparecer en las primeras horas tras el inicio del tratamiento, mientras que el glaucoma es de aparición más tardía y generalmente bilateral.

Además, puede provocar hiperemia conjuntival, uveítis anterior bilateral, edema de córnea y cataratas.

Es importante informar al paciente sobre los síntomas de alerta y derivarlo de manera urgente si nota una disminución de la visión lejana al inicio del tratamiento, para retirar el fármaco, instaurar tratamiento hipotensor ocular y evitar el glaucoma por cierre angular.

Isotretinoína

Altera la composición de la lágrima, provocando sequedad ocular que puede manifestarse en forma de blefarokonjuntivitis, queratitis e intolerancia a las lentes de contacto. Mejora con la aplicación de una pomada lubricante o de lágrimas artificiales.

Puede provocar también una disminución de la visión nocturna y la alteración de la visión cromática.

Se asocia con la aparición de edema de papila como síntoma de hipertensión intracraneal, que puede ser asintomática.

Nunca debe administrarse junto con tetraciclinas o vitamina A, porque se potencia la toxicidad ocular.

Tamoxifeno

Las reacciones tóxicas oculares aparecen en el 1-12% de las mujeres tratadas. Son muy diversas e incluyen opacidades corneales, catarata, retinopatía por depósito de cristales, hemorragias retinianas, edema macular cistoide, neuritis óptica y oclusión vascular retiniana.

La retinopatía por tamoxifeno se produce después de 1 año de iniciado el tratamiento y parece ser irreversible aunque se suspenda la administración del fármaco.

Se recomienda la realización de un examen oftalmológico completo durante el primer año de tratamiento, y posteriormente cada 2 años.

Bifosfonatos

Pueden provocar reacciones de tipo inflamatorio: conjuntivitis, epiescleritis, iridociclitis y escleritis.

Los síntomas pueden iniciarse entre 2 días y varias semanas después de iniciado el tratamiento.

La conjuntivitis y la epiescleritis se resuelven con tratamiento tópico, sin necesidad de suspender el bifosfonato.

La sospecha de iridociclitis y escleritis es una indicación de retirada del fármaco y derivación del paciente para su valoración oftalmológica.

Sildenafil

Puede producir una discromatopsia transitoria, en la que se perciben los objetos con un tinte azulado.

Etambutol

El efecto secundario más grave que puede producir es la neuritis óptica, que aparece en el 1-6% de los pacientes tratados. Es un efecto dosis-dependiente, generalmente reversible y tardío. Se manifiesta por una disminución de la agudeza visual, discromatopsia y escotoma central.

Debe realizarse una exploración oftalmológica completa antes de iniciar el tratamiento. La aparición de toxicidad es una indicación de retirada del fármaco y derivación oftalmológica.

Registro

Los efectos adversos graves deben comunicarse a las Autoridades Sanitarias de acuerdo con la normativa vigente.

Bibliografía

- Andrés S, Higuera MI, Mozaz T. Efectos adversos oculares asociados a medicamentos y productos oftálmicos. Zaragoza: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, 2008.
- Beran DI, Murphy-Lavoie H. Acute painless vision loss. *J La State Med Soc.* 2009; 161(4): 214-216, 218-223.
- Coronica R, Murty C. Ocular emergencies: screening tool and alert protocol. *Insight.* 2015; 40(4): 5-13.
- Cruz Niesvaara D, Ibero Villa JL, Leiva Aranda I, Blanco López B. Oclusión de la vena central de la retina. *Semergen.* 2006; 32(9): 468-469.
- Del Fresno Valencia E, Sambricio García J. Patología oftalmológica. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8.ª ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre, 2016.
- Gómez-Ulla F, Abaldes MJ, Basauri E. Guías de práctica clínica de la SERV: manejo de las oclusiones venosas de la retina. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2010; 85(9): 294-309.
- Grupo de Trabajo de la SERV. Retinotoxicidad. Guías de práctica clínica de la SERV. 2014.
- Lantigua Dorville Y, Valpuesta Martín MY. Guía clínica de manejo de las urgencias oftalmológicas en atención primaria. Barcelona: Editorial Laboratorios Dr. Esteve, 2016.
- Maldonado López MJ, Pastor Jimeno JC. Guiones de oftalmología. Aprendizaje basado en competencias, 2.ª ed. Madrid: McGraw Hill, 2011.
- Naradzay J, Barish RA. Approach to ophthalmologic emergencies. *Med Clin North Am.* 2006; 90(2): 305-328.
- Vodopivec I, Cestari DM, Rizzo JF 3rd. Management of transient monocular vision loss and retinal artery occlusions. *Semin Ophthalmol.* 2017; 32(1): 125-133.
- Webb LA. Manual de urgencias oftalmológicas. Diagnóstico y tratamiento, 2.ª ed. Madrid: Elsevier, 2005.

PUNTOS CLAVE

- El manejo correcto de la patología oftalmológica en las consultas de atención primaria se basa en tres pilares fundamentales: formación, disponibilidad de tiempo para la atención a los pacientes y coordinación de nuestro trabajo con el de los especialistas en oftalmología.
- El paciente con ojo rojo que asocia disminución de la agudeza visual, dolor ocular, hiperemia ciliar, alteración pupilar o alteración de la transparencia corneal, debe derivarse para su valoración oftalmológica con prioridad urgente.
- La patología ocular en las personas portadoras de lentes de contacto tiene un mayor riesgo de complicaciones severas.
- Los médicos de atención primaria no debemos utilizar corticoides tópicos para el tratamiento del ojo rojo sin la supervisión del oftalmólogo (por el riesgo de agravar algunas patologías infecciosas). Tampoco debemos prescribir colirios anestésicos a los pacientes para el control del dolor ocular, ni tratar con antibióticos o corticoides las conjuntivitis en las personas portadoras de lentes de contacto, antes de derivarlas al oftalmólogo.
- Las enfermedades metabólicas mal controladas predisponen a la aparición de complicaciones oculares que pueden comprometer seriamente la visión: oclusión vascular retiniana, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina, neuropatía óptica...
- El paciente con disminución brusca, indolora y unilateral de la agudeza visual debe derivarse de forma urgente para su valoración oftalmológica.
- Los síntomas sugerentes de desprendimiento de retina son: miodesopsias de aparición súbita, fotopsias y escotoma.
- Las metamorfopsias deben hacernos sospechar una patología macular.
- La campimetría por confrontación, una exploración sencilla a menudo olvidada, permite detectar alteraciones del campo visual que deben derivarse para estudio.
- La exploración de los reflejos pupilares (reflejo fotomotor directo y consensuado y reflejo a la visión próxima) es fundamental ante la sospecha de patología neurooftalmológica.
- Las alteraciones pupilares pueden deberse a enfermedades sistémicas severas y a la administración de fármacos especialmente nocivos en individuos predispuestos.
- La anomalía más importante de la dinámica pupilar es el defecto pupilar aferente, que se asocia a déficit visual en el ojo afectado.
- La parálisis del III par craneal con afectación pupilar (midriasis) debe derivarse de forma urgente, ante la sospecha de lesión compresiva del nervio (aneurisma de la arteria comunicante posterior).
- La parálisis simultánea de varios pares craneales también es indicación de derivación urgente.
- La diplopía de aparición brusca en un paciente anciano puede ser la primera manifestación de una arteritis de células gigantes.
- El paciente con nistagmo central o asimétrico de reciente aparición debe derivarse de forma urgente para valoración por oftalmólogo y por neurólogo.
- El exoftalmos unilateral de aparición reciente es indicación de derivación urgente, para descartar patología tumoral.
- Los profesionales de atención primaria debemos educar en la prevención de los traumatismos oculares, recomendando el uso de material apropiado según el riesgo laboral, ocupacional o de ocio al que se exponga la persona (gafas antiimpacto, filtros, pantallas protectoras...).
- Los efectos adversos oculares graves derivados de los tratamientos deben comunicarse al Servicio de Farmacovigilancia, de acuerdo con la normativa vigente.