



FUNDACIÓN LUMIUM, VISIÓN, EDUCACIÓN Y SALUD
www.lumium-ves.org

CURSO DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN MEDICINA PRIMARIA

**Servicio de Urgencias Hospital Militar de Zaragoza
 16-04-2024**

Manuel Morell Rodríguez, Doctor en Medicina y Cirugía. Oftalmólogo

Presidente de la Fundación Lumium

Eugenio Clement del Río, Oftalmólogo. Vicepresidente de la Fundación Lumium

María José Bernad Polo, Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Oftalmología

Secretaria de la Fundación Lumium

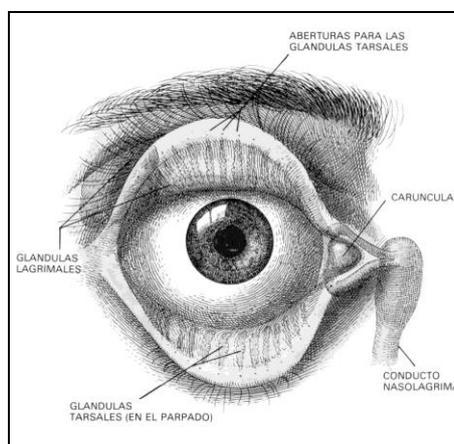
Pedro Berbegal García, Especialista en Medicina de Urgencia.

Vicesecretario de la Fundación Lumium

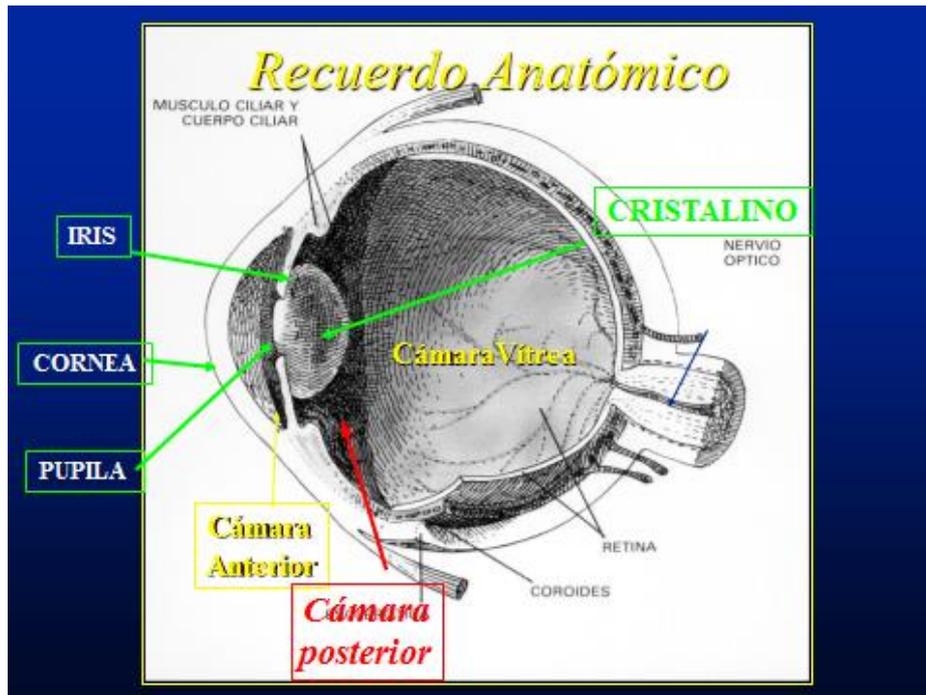
INTRODUCCIÓN:

En este curso se pretenden analizar los distintos signos y síntomas clínicos que, con más frecuencia, se presentan en la práctica de las **Urgencias Oftalmológicas**, con un protocolo de pautas de diagnóstico y tratamiento que permitan, a un médico no especializado en oftalmología, tener ideas claras de la valoración y de la actuación terapéutica de urgencia en el daño ocular. De siempre, a todo personal sanitario, le ha producido un gran respeto cualquier actuación sobre el globo ocular y sus anejos, por este motivo se desarrolló esta guía práctica de las urgencias oftalmológicas, con el objetivo de difundir los conocimientos básicos sobre lo que **“no debe de hacerse”**, y aprender a realizar las actuaciones diagnósticas y terapéuticas necesarias, eficaces e imprescindibles, hasta que la atención especializada sea posible llevarla a cabo.

1) RECUERDO ANATÓMICO :



Conjuntiva, Párpados y Vías Lagrimales

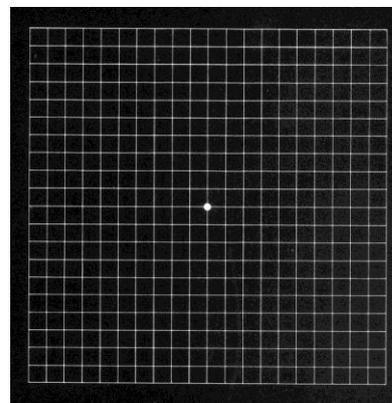


2) SIGNOS y SÍNTOMAS A CONSIDERAR EN LA EXPLORACIÓN DE LA URGENCIA OCULAR:

- OJO ROJO
- SI EL OJO ESTA MUY DURO A LA PALPACIÓN
- CONSERVACION DEL REFLEJO PUPILAR Y/O ANISOCORIA
- MOTILIDAD EXTRÍNSECA: VERSIONES
- SECRECIONES MUCOSAS, PURULENTAS, EPIFORA, RINORREA
- POSIBILIDAD DE CUERPO EXTRAÑO EN LA CORNEA Y CONJUNTIVA , **¡¡ no olvidar dar la vuelta al párpado superior!!**
- DETERMINAR LA AGUDEZA VISUAL DE LEJOS
- DETERMINAR LA AGUDEZA VISUAL PROXIMA
- TEST MACULAR DE AMSLER: **Existencia de escotoma y/o deformidad de las líneas del test.**



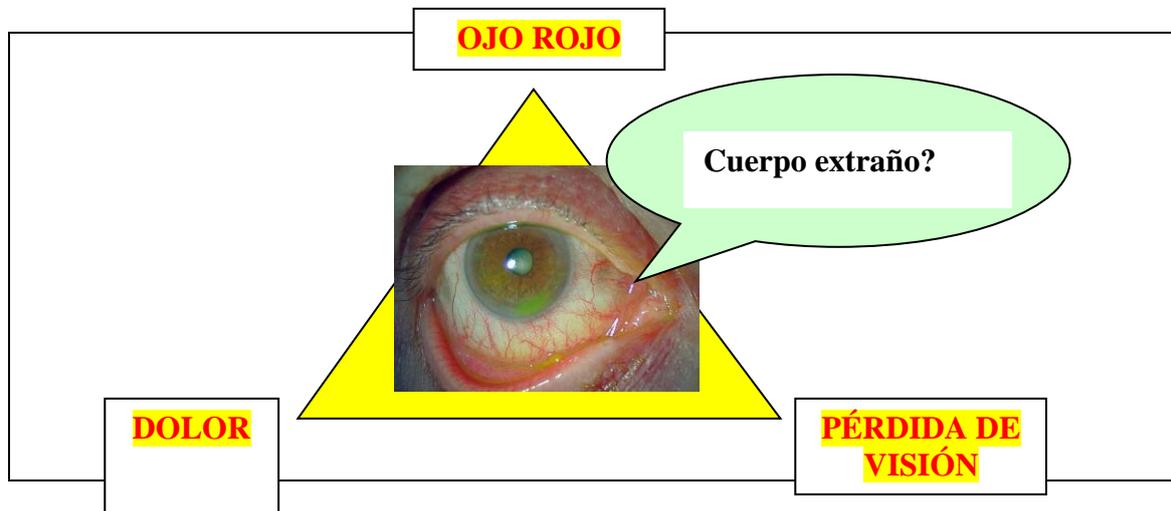
Test de visión próxima



Test de AMSLER

3) SEÑALES DE ALARMA EN UNA URGENCIA OCULAR

- a) OJO ROJO
- b) DOLOR
- c) PÉRDIDA DE VISION
- d) POSIBILIDAD DE UN CUERPO EXTRAÑO



A) CRITERIO ANTE UN “OJO ROJO”

El “OJO ROJO” es un signo de **inflamación** ocular, interna y/o externa, por las siguientes causas:

- **Traumatismo externo:** Contusión, herida, quemadura, causticación...
 - **Traumatismo interno:** Desprendimiento del vítreo o retina; contusión interna “por rebote” de los tejidos oculares en movimientos bruscos de la cabeza – “latigazo cervical” – y también después de una cirugía intraocular.
 - **Enfermedad superficial o profunda en el ojo:** Conjuntivitis, queratitis, dacriocistitis, canaliculitis, uveítis, coriorretinítis....etc
 - **Cuerpo extraño** en la superficie y/o en el interior del ojo
- **Objetivo del Tratamiento :** ¡REDUCIR LA INFLAMACIÓN!
- **AINE,s:** tópicos y generales
 - **Corticoides:** tópicos y generales
 - **Midriáticos:** Fenilefrina, Tropicamida, Ciclopentolato, Atropina (Puede durar 15 días el efecto)

B) VALORACIÓN DEL DOLOR OCULAR.

¿Qué valoración tiene el DOLOR?:

1. **Que el proceso INFLAMATORIO es de mayor entidad - aunque no se vea el ojo rojo-** . Es debido a que las terminaciones nerviosas del Trigémico (V Par Craneal) están “activadas”. El globo ocular hay que considerarlo no sólo por su importancia funcional, órgano de la visión, sino también como un verdadero “sensor” de los cambios externos e internos de nuestro organismo, y esto es así por ser una de las áreas del cuerpo humano con un mayor número de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos por unidad de superficie - en la córnea existen más de 10.000 fibras del trigémico, simpáticas y parasimpáticos por mm² -, por esto motivo, en el globo ocular y sus anejos –pestañas, párpados, vías lagrimales - , **cualquier mínimo proceso inflamatorio puede dar lugar a un intenso dolor**, y, además, respuestas reflejas álgicas y neurovegetativas que partiendo del ojo provocan clínica lejana al globo ocular como son: cefalea, migraña, neuralgia del trigémico, inestabilidad, mareo, náuseas, vómitos, etc.
 - a. **CRITERIO TERAPÉUTICO** : EL MISMO QUE EN LA INFLAMACIÓN
2. **Que pueda tener la PRESION OCULAR ALTA, o bien la existencia de un GLAUCOMA AGUDO O SUBAGUDO**

Ante la sospecha de glaucoma debemos valorar:

- 1) **Reflejo pupilar** : suele ser lento o inexistente
- 2) **Ojo rojo** en mayor o menor grado
- 3) **Turbidez corneal** por edema epitelial
- 4) **Fotofobia y dolor**
- 5) **EL OJO AFECTADO ESTA “DURO” A LA PALPACION**
- 6) **Puntos sensitivos** periorbitarios dolorosos
- 7) **Cefalea**, el dolor en el ojo es tardío, con más frecuencia domina la cefalea asociada, existiendo una gran SIMILITUD CLINICA entre: **cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos y glaucoma agudo**
- 8) **Síntomas neurovegetativos** asociados, a veces muy intensos: ansiedad, náuseas, vómitos, mareo, inestabilidad, etc,; **puede simular un “cuadro biliar”**

C) OBJETIVO DEL TRATAMIENTO EN UN “OJO ROJO”:

1. **TRATAMIENTO DE LA INFLAMACIÓN Y CALMAR EL DOLOR**, con analgésicos y antiinflamatorios locales y/o generales, el efecto analgésico neutralizaría y reduciría la sintomatología neurovegetativa asociada al dolor ocular. Los AINES tópicos : Diclofenaco, Ketorolaco, Nepafenaco cada 5.10 minutos en dosis de ataque, asociados a la administración general de analgésicos y antiinflamatorios según criterio clínico:

Diclofenaco, Ibuprofeno, Naproxeno, Metamizol y/o corticoides, 6-Metil Prednisolona 1-2 mg /Kg en una dosis única diaria.

3. **REDUCIR LA PRESION OCULAR** si existe sospecha de hipertensión ocular y/o glaucoma., indicar hipotensores oculares generales: La Furosemida I.V. 40 mg es muy eficaz y de mantenimiento Acetazolamida 250 mg c/8-12 h.
4. **EN GENERAL:**
 - a. Siempre lavado ocular con SUERO FISIOLÓGICO (BORICADO - Phylarm-)
 - b. Utilizar AINES para el dolor ocular.
 - c. La OCLUSIÓN tiene efecto analgésico
 - d. Evitar el uso de ANTIBIOTICOS, salvo que exista un "GLOBO ABIERTO" o un CUERPO EXTRAÑO

D) VALORACION DE LA PERDIDA DE VISION, PARCIAL, TOTAL O TRANSITORIA.

Existen tres patologías frecuentes en urgencias:

1. PÉRDIDA DE VISIÓN
2. DIPLOPIA
3. MIODESOPSIAS Y/O FOTOPSIAS
4. AURA, CEFALEA Y/O MIGRAÑA OFTÁLMICA

1. PÉRDIDA DE VISIÓN

La pérdida de visión es posible por lesión o patología en :

- a. **Los medios transparentes del ojo:** Córnea, humor acuoso, cristalino o humor vítreo
 - b. **La retina y/o vías ópticas** que afectarán a la percepción y transmisión de la luz hacia la corteza occipital
 - c. **En la corteza cerebral**, producido por procesos vasculares; inflamatorios – Neurítis, Esclerosis Múltiple- traumáticos y tumorales. Las lesiones de vías ópticas y del parénquima cerebral se caracterizan por amputaciones del campo visual, siendo la pérdida de campo visual más sistematizada y definida cuanto más posterior es la lesión. Si fuera en la corteza frontal se manifiesta por alucinaciones visuales y la alteración en el reconocimiento de la imagen.
- ### **2. VISION DOBLE: "DIPLOPIA",** revela la posibilidad de alteración en los músculos extrínsecos del ojo y/o en los nervios craneales motores oculares

III-IV-VI.; también por patología extraocular como fracturas y/o tumores orbitarios

La exploración de la motilidad extrínseca **refleja y voluntaria** es imprescindible para orientar la posible lesión del par craneal, anotando en qué campo de la mirada se presenta la diplopía: posición primaria, levoversión, dextroversión, supra o infraversión

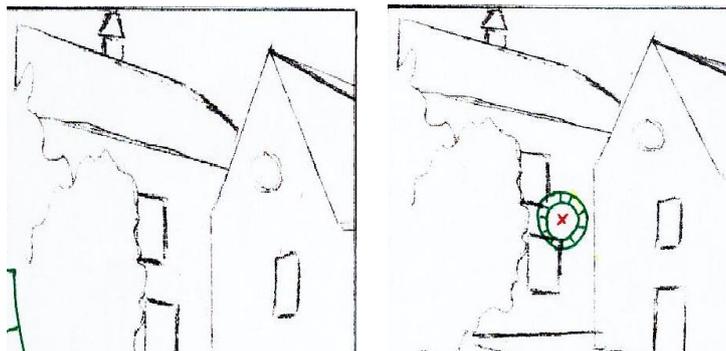
3. MIODESOPSIAS Y/O FOTOPSIAS,

La etiología más frecuente es la existencia de un desprendimiento del cuerpo vítreo, y, también, aunque muy remota, la posibilidad de exudación, hemorragia vítrea, o de un desprendimiento de retina – 1% de los desprendimientos vítreos –. Se debe tranquilizar al paciente, si no existe pérdida de visión y mantiene la visión próxima, aconsejando la exploración especializada del vítreo y de la retina. La oclusión del ojo hasta la valoración especializada reduce la ansiedad del paciente. Aunque no tiene tratamiento específico el desprendimiento del vítreo altera la barrera hematovítrea y determina exudación e inflamación, por este motivo aconsejamos un AINE: Diclofenaco, o un corticoide: la Fluorometalona (FML) tres veces al día durante dos o tres semanas

4.SI EXISTE “AURA” CON O SIN CEFALEA,

Podemos estar ante el inicio de una **migraña oftálmica**, siendo motivo frecuente en la consulta de urgencia por la aparatosidad del cuadro visual: escotoma centelleante, hemianopsia; ansiedad y cuadro neurovegetativo acompañante, a veces parestesias en extremidades y/o pérdida global de la estabilidad, lo que hace pensar en un accidente vascular cerebral. Es siempre una clínica limitada en el tiempo, 30-60 minutos. Es muy frecuente que suceda en la jornada laboral y, con frecuencia, trabajando con pantallas de ordenador, en áreas muy iluminadas; y no siempre va seguida de cefalea., tiene importancia en su aparición la exposición a luz intensa y las alteraciones del sueño

Aunque es un fenómeno que se considera de origen central, el ojo, por las contracturas de los músculos externos e internos, pone en marcha como “efecto gatillo” un estímulo irritativo de la retina que, por vía del trigémino, desencadena esta sintomatología cuyo origen hay que considerarlo, periférico y, por ello, se puede actuar sobre el mismo: aconsejando el reposo de los ojos en oscuridad e instilar Diclofenaco tópico con frecuencia: 3-4 veces seguidas, y, si el cuadro es muy intenso, dilatar la pupila ayuda a la remisión del proceso



-Evolución de un aura dibujado por un paciente con pérdida progresiva de campo temporal que finalizó con un escotoma central-

E. ACTITUD ANTE UN CUERPO EXTRAÑO:

La existencia de un cuerpo extraño empeora el pronóstico del traumatismo ocular, especialmente si es perforante, tanto por las lesiones anatómicas como por la posibilidad de infección asociada.

Objetivos de la asistencia de urgencia ante un cuerpo extraño:

***EXTRACCIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO**, si es accesible, con maniobras sencillas: lavado SF, anestesia tópica y con una gasa; nunca con agujas; y, si no es posible, **APLICAR POMADA ANTIBIOTICA** para evitar la infección: Aureomicina; Ciprofloxacino; Gentamicina, Fucithalmic; ayuda a controlar la inflamación y el dolor si la pomada asocia un corticoide: Terra-Cotril, Prednisona Neomicina, Deicol; y, siempre la **OCLUSION** hasta valoración por el especialista. Se puede demorar la extracción hasta 24 horas, siendo mucho mejor la manipulación controlada con lámpara de hendidura que intentarlo sin los medios adecuados.*

EXPLORACIÓN DEL OJO EN LA URGENCIA

Debemos hacerlo a la misma altura que nos encontramos delante del paciente

- a) **Con una LINTERNA DE MANO**, explorar siempre el globo ocular en iluminación frontal y oblicua que nos aporta visión en profundidad, y, si nos ayudamos de una lupa, se recoge una mayor información, debemos valorar los siguientes aspectos:

- 1) **Paralelismo de los ojos**, ocluyendo alternativamente (Cover-test) para valorar posibles desviaciones, realizando movimientos de seguimiento de la luz en todas las posiciones de la mirada
- 2) **Estado de la conjuntiva y del globo ocular**: blanca o enrojecida, edema, quemosis; **la conjuntiva tarsal del párpado inferior** tirando de éste hacia abajo y, **la conjuntiva del párpado superior** dándole la vuelta: tirando de las pestañas con la mano izquierda y pidiendo al paciente que mire hacia abajo, en ese momento, con el dedo índice de la mano derecha o con un bastón de algodón, apoyado suavemente sobre el párpado, lo doblamos sobre este, con el fin de exponer la cara interna de la conjuntiva palpebral. Con frecuencia, en la conjuntiva del párpado superior, se alojan pequeños cuerpos extraños especialmente los insectos, que molestan muchísimo y, también, en las conjuntivitis puede existir en el tarso superior el mayor componente inflamatorio. Comparar siempre con el ojo no afectado.
- 3) **Trasparencia de la córnea**: La córnea transparente permite ver con claridad la pupila, si esto no es posible revela la posibilidad de edema del epitelio o del estroma corneal.
- 4) **Existencia de cuerpo extraño**, secreciones, restos orgánicos (pestañas, etc), metálicos y/o minerales. Se ven mejor en iluminación lateral.
- 5) **Estado del REFLEJO PUPILAR**: Factor importante de GRAVEDAD en caso de ausencia del mismo, valorar la respuesta fotomotora directa y consensual, con respecto al ojo sano
- 6) **Con fluoresceína**, se tiñen los tejidos dañados y si existe afectación epitelial – corneal o conjuntival - se verá la lesión de color verde con luz blanca, y fluorescente con luz azul.

b) Con un OFTALMOSCOPIO

- 1) **Explorar el reflejo luminoso de la retina**, interponiendo la lente de **+10 dioptrías**, valorando si existe o no el intenso color, rojo-anaranjado, normal del reflejo de la retina. La ausencia de este es un índice de gravedad, por afectación de los medios transparentes (hemorragia, inflamación, etc)
- 2) **Observar el Fondo de Ojo** : Nervio óptico , retina, mácula y vasos sanguíneos del polo posterior del ojo haciendo fijar un punto lejano al paciente **mirando suavemente hacia el lado contrario del ojo explorado**. El explorador debe observar el ojo derecho del paciente con su mano y ojo derecho, y el izquierdo con la mano y ojo izquierdos. Con

el dedo índice se maneja la rueda de enfoque hasta identificar un detalle de la retina y sobre el mismo ajustar el foco

c) **Con el MÓVIL:**

El teléfono puede ser de mucha ayuda en la función linterna aunque por ser muy intensa puede ser molesta para el paciente; y, en modo fotografía, para recoger imagen que puede ser ampliada; también para captar los movimientos oculares en modo video. En ocasiones es bueno iluminar lateralmente con luz natural y/o con una linterna. Si se utiliza la función "macro" se debe apoyar la mano, tocar muy suavemente, inclusive no respirar para evitar desenfoques de la imagen.

¿QUÉ NO DEBEMOS HACER en la urgencia ocular?

- a) **Intentar extraer con instrumentos (agujas, etc), un cuerpo extraño** en el globo ocular, salvo que se realice con un control en lámpara de hendidura por un médico experto.
- b) **Dilatar la pupila** con fármacos –Tropicamida o Cicloplégico - , salvo que exista mucho dolor y se tenga que demorar la asistencia especializada, - referirlo siempre en el informe- . **NO UTILIZAR ATROPINA** por su larga duración.
- c) **Utilizar ANESTESICOS LOCALES**, salvo que sean imprescindibles para abrir un ojo y explorarlo, ya que producen queratitis.
- d) **Procurar NO utilizar CORTICOIDES LOCALES**, y si se consideran necesarios hacerlo por vía general.
- e) **Limitar el uso de ANTIBIOTICOS** para facilitar la posibilidad de tomar muestras para cultivo

¿QUÉ DEBEMOS Y PODEMOS HACER EN LA URGENCIA OCULAR?

a) **LAVAR y DESINFECTAR EL OJO**

¡Con colirios monodosis de suero fisiológico, o bien con una jeringuilla de 2 a 5 cc , ¡¡ SIN AGUJA !!; cargada de suero fisiológico que no esté frío.

- Si es posible suero con **ácido bórico**: "agua boricada": Phylarm
- **POVIDONA YODADA AL 0,6% IODIM**
- **POVIDONA YODADA al 0,2 %**; que se puede preparar de la siguiente forma:

“ del envase de suero que vayamos a utilizar, por cada 5 cc del mismo; se extraen 0,1 cc de suero, y se sustituyen por 0,1 cc de Povidona Yodada al 10%. ”

b) ALIVIAR EL DOLOR:

- **Analgésicos GENERALES:** Paracetamol, Codeína, Diprofona Magnésica y si hay náuseas y vómitos: Metamizol 250 mg + Escopolamina 10 mg, Metoclopramida 10 mg.
- **Analgésicos LOCALES:** Diclofenaco en colirio al 2% (efecto analgésico-antiinflamatorio); como analgésico instilar una gota cada 5-10 minutos en dosis de ataque y después cada 2-4 horas
- **Dilatar la Pupila con Midriáticos tiene, también, efecto analgésico,** pero se debe realizar únicamente en caso de demora de la asistencia especializada, utilizando los de “corta acción” como la **TROPICAMIDA**, una gota cada 4-8 horas; debiendo referirlo siempre en el Informe, destacando si existía o no reflejo pupilar antes de la instilación del midriático.
- **OCLUSIÓN DEL OJO.-** La correcta oclusión tiene efecto analgésico

c) TRATAR LA INFLAMACION :

- **Local :** AINES: Diclofenaco 1mg/ml; Ketorolaco 5mg/ml; Nepafenaco, 3mg/ml, c/4 o c/ 8 horas

¡¡NO INDICAR CORTICOIDES LOCALES¡¡

- **General:** AINES : Diclofenaco, Indometacina, Ibuprofeno, Naproxeno **CORTICOIDES (6 Metil-Prednisolona, 1-2 mg/Kg).**

d) EN EL GLAUCOMA AGUDO O EN LA “SOSPECHA”

EL TRATAMIENTO SE DEBE ORIENTAR HACIA DOS OBJETIVOS :

- **1. Reducir la presión ocular** utilizando un diurético de acción rápida: FUROSEMIDA -Seguril-, 40 mg, una o dos ampollas IV; y de mantenimiento ACETAZOLAMIDA – Edemox - 250 mg cada 8 horas. El MANITOL I.V., se hace en medio hospitalario pues requiere una vigilancia monitorizada
- **2. Reducir la inflamación y el dolor :** 6 metil-prednisolona, 1-2 mg/Kg, IM /IV; y localmente : AINES con frecuencia: Diclofecanco, inicialmente cada 5 minutos, y después cada 2 a 4 horas; y reposo en oscuridad con la cabeza levantada y aplicación de paños fríos (gafas de hielo) (ASOCIAR PROTECCION GASTRICA)

LA OCLUSIÓN DEL OJO

Tiene siempre efecto analgésico; se debe hacer con un apósito ocular y/o gasa y esparadrápalo, ¡¡SIN APRETAR!!; pero realizando un buen bloqueo del parpadeo aplicando una tira de esparadrápalo sobre los párpados cerrados, limpiando los restos de pomada para que tenga buena adherencia.

EL REPOSO OCULAR BINOCULAR

También tiene efecto analgésico se debe hacer en zona con baja iluminación por la fotofobia; con los ojos cerrados y tapando con oclusión si fuera preciso, **lo paños fríos y máscaras de frío pueden ser útiles para calmar el dolor y reducir la inflamación**

¡OJO! a la oclusión binocular, puede desencadenar cuadros psicóticos

REPOSO GENERAL Y DE LA CABEZA.

La cabeza siempre en plano más elevado que el tórax, prescribir si es preciso ansiolíticos, miorrelajantes, etc

ELABORAR UN INFORME DESTACANDO:

- TIPO DE LESION OCULAR
- LOS SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor, ojo rojo, pérdida de visión, diplopía...
- LA CURA y TRATAMIENTO APLICADO.
- UTILIZACIÓN DE MIDRIÁTICOS

¿CÓMO HACER UNA CURA OCULAR?

1º.- Lavar con Suero Fisiológico templado, suavemente hasta que el paciente abra el ojo con facilidad.

2º.- PARA FACILITAR LA EXPLORACIÓN: Instilar Anestésico (Colirio Anestésico-Doble: Oxibuprocaina 4mg/ml; Tetracaína 1 mg/ml) si el dolor le impide abrir el ojo para explorar y lavar. Podemos utilizar también la Lidocaína 20mg/ml en instilación tópica

3º.- Instilar Colirio Antiinflamatorio-Analgésico: Diclofenaco, Ketorolaco, Nepafenaco, a la pauta indicada anteriormente **¡SIEMPRE EN EL SACO CONJUNTIVAL INFERIOR!**

4º.- Aplicar una pomada antibiótica, si fuera preciso, para prevenir la infección

5º.- Oclusión suave con GASA Y/O Parche Ocular

BOTIQUIN Y MATERIAL OFTALMOLOGICO DE URGENCIA

A) MATERIAL :

- 1) Linterna “de mano”, con filtro azul
- 2) Oftalmoscopio
- 3) Lupa
- 4) Teléfono móvil, adaptador macro

B) BOTIQUIN OFTALMOLOGICO:

- 1) Parches Oculares
- 2) Gasas Estériles
- 3) Esparadrapo antialérgico (De papel o de seda)
- 4) Suero fisiológico con ácido bórico (Phylarm)
- 5) Colirio Anestésico Doble (Tetracaína y Oxibuprocaina)
- 6) Colirio Fluoresceína (Fluoresceína y Oxibuprocaina)- Fluotest
- 7) Colirio Diclofenaco Monodosis
- 8) Colirio midriático : Tropicamida
- 9) Colirio de Povidona Yodada 0,6%: IODIM
- 10) Pomadas antibióticas: Ciprofloxacino (Oftacilox), Aureomicina, Terramicina, Gentamicina, Ac. Fucsídico (Fucithalmic)
- 11) Pomadas con antibiótico y corticoides:
 - Prednisona-Neomicina (Prednisona 5 mg, Neomicina 3,5 mg);
 - Terra-Cortril (Oxitetraciclina 5mg, Hidrocortisona 10 mg, Polimixina 10.000 U.)
 - Deicol (Dexametasona 0,5mg/g, Cloramfenicol 10 mg/g)

PAUTAS DE TRATAMIENTO EN CONJUNTIVITIS, QUERATITIS E INFECCIONES DE ANEJOS OCULARES

1. COMO PAUTA GENERAL:

a. LAVADO FRECUENTE CON SUERO FISIOLÓGICO

Recomendamos PHYLARM con Ac. Bórico que tiene un efecto antiséptico y más confort por el pH..

b. ANTIINFLAMATORIOS cada 8 o cada 4 horas según clínica

- Diclofenaco Monodosis 1mg/ml
- FML 1mg/ml (Fluorometalona)

c. TOALLITAS DE HIGIENE PAPEBRAL , limpieza de parpados diaria

- ESTILA , LEPHANET

2. CONJUNTIVITIS DE POSIBLE CAUSA ALERGICA:

- a. Suele ser carecterístico el **PICOR**
- b. Añadir un ANTIHISTAMINICO GENERAL y/o LOCAL
 - **Ketotifeno 0,25 mg/ml (Zaditen Monodosis)**
 - **Olopatadina (Opatanol)**
 - **Azelastina 0,5 mg/ml(Afluon, Tebarat)**
- c. Importante completar con un antiinflamatorio corticoide:
 - **Fluorometalona 1mg/ml (FML)**

3. CONJUNTIVITIS DE POSIBLE ORIGEN INFECCIOSO

- a. Si es vírica suelen ser de comienzo muy **brusco y son típicas las petequias en la conjuntiva tarsal superior**
- b. Pueden tener un gran componente **inflamatorio**
- c. Pueden tener dolor y sensación de **cuerpo extraño** importante
- d. Puede existir **adenopatía** preauricular en las víricas
- e. Pueden tener o haber sufrido un **cuadro catarral** previo

AÑADIR A LA PAUTA GENERAL ANTIBIÓTICOS cada 4 / 8 horas

Más eficaces:

- a. **Ofloxacino 3 mg/ml (EXOCIN) o Moxifloxacino 5 mg/ml (VIGAMOX) cada 8 horas o cada 4 horas según clínica**
- b. **Acido Fucsídico 10mg/g (en pomada Fucithalmic)**
- c. **Cloramfenicol: solo existe en pomada (DEICOL, Dexametasona 1mg y Cloramfenicol 5 mg/g)**

**4. EN QUERATITIS, NO PONER INICIALMENTE CORTICOIDES
LA PAUTA DE TRATAMIENTO ES IGUAL QUE EN CONJUNTIVITIS INFECCIOSA**

5. EN ORZUELOS E INFECCIONES DE VIAS LAGRIMALES: CANALICULITIS Y DACRIOCISTITIS, EL MISMO CRITERIO TERAPÉUTICO, PUEDE SER NECESARIO ANTIBIOTERAPIA Y ANTIINFLAMATORIOS POR VIA ORAL

Colaboración institucional con la Fundación Lumium

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA
CÁTEDRA "FIDEL PAGÉS"
HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA
SOCIEDAD ARAGONESA DE OFTALMOLOGÍA

CENTROS DE SALUD EN LOS QUE SE HA IMPARTIDO EL CURSO

- C.S. BORJA, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- C.S. EL CANAL, ZARAGOZA, Curso de Urgencias
- C.S. JACA, HUESCA, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- C.S. SABIÑANIGO, HUESCA, Curso de Urgencias y Taller de exploración
- CLINICA DEL PILAR, Zaragoza, Curso de Urgencias y Taller
- CLINICA MONTPELLIER, Zaragoza, Curso de Urgencias y Taller
- C.S. SAGASTA, ZARAGOZA, Curso de Urgencias
- UNIDAD MILITAR LOGÍSTICA, AALOG Zaragoza, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- Enfermería de la BASE AÉREA de Zaragoza, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- C.S. LAFORTUNADA, Huesca, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- C.S. CASTEJÓN DE SOS, Curso de Urgencias
- C.S. BUJARALUZ, Curso de Urgencias y Taller de exploración ocular
- XXXVI CURSO CASTROVIEJO PARA RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE