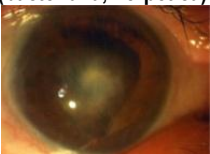
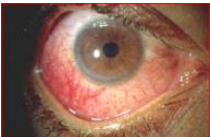


PROPOSTA MANEIG DE LES URGÈNCIES OFTALMOLÒGIQUES

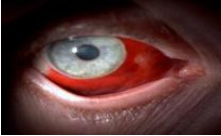
Elaborat: Dr. Jose Victor Licari, Dr Marcos Muñoz, Dra Laura Soldevila

Data: Vic, 19/03/2015

1. ULL VERMELL DOLORÓS

Patologia	Definició /síntomes	Atenció Primària Exploració	Atenció Primària Tractament	Quan i com derivar?
1.1 QUERATITIS I ÚLCERES CORNEALS NO TRAUMÀTIQUES: Inflamació corneal de variada etiologia (bacteriana, herpètica) 	*** Queratitis herpètica: Causada generalment pel VHS-1. La primera infecció es dona a la infantesa i sol ser subclínica o donar una blefarokonjuntivitis. Les recurrències originen afectació corneal en forma de queratitis amb diversos patrons de presentació: puntejat superficial, úlcera dendrítica o geogràfica.	Tinció amb fluotest: positiva	Iniciar tractament amb antibiòtic en col·liri sense corticoides	Fer sol·licitud de derivació preferent <i>El responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud, es programarà i s'avisarà al pacient</i>
1.2 EPISCLERITIS 	Inflamació de l'epiesclera. En la majoria dels casos d'etiologia desconeguda, tot i que pot associar-se a un trastorn sistèmic de base.	Inflamació de la conjuntiva de forma localitzada o difusa amb molèsties lleus .	Tractament amb AINES en col·liri.	En cas de no milloria (15 dies), fer sol·licitud de derivació preferent. <i>El responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud, es programarà i s'avisarà al pacient.</i>
1.3 ESCLERITIS 	En el 50% associat a malaltia reumatològica (artritis reumatoide, Wegener, poliarteritis nodosa, policondritis recidivant).	Inflamació de l'esclera pot ser difusa o nodular que el pacient es queixa de DOLOR important .	Iniciar tractament amb AINES sistèmics.	Derivar el/la pacient a l'oftalmòleg (C.Externa) de forma urgent i derivar també al reumatòleg.
1.4 UVEÏTIS ANTERIOR AGUDA 	Inflamació de l'iris i cos ciliar. Encara que la majoria són idiopàtiques s'ha d'indagar en malalties infeccioses i inflamatòries que poden produir-la: TBC, Sífilis, Herpes, Sarcoidosi, Reiter, EA, ... Ve determinada per la presència de cèl·lules en càmera anterior (Tyndall).	Inflamació de la conjuntiva tant bulbar com ciliar, fotofòbia, dolor	Ha de ser tractat per l'oftalmòleg.	Derivar el/la pacient a l'oftalmòleg de forma urgent (C.Externa).
1.5 EPISODI AGUT DE GLAUCOMA 	Augment de la pressió intraocular (PIO) per bloqueig mecànic de la malla trabecular en persones predisposades (càmera anterior estreta).	Refereix DOLOR intens, ULL VERMELL, VISIÓ BORROSA (cercles) acompanyat de nàusees i cefalea frontal .	Ha de ser tractat per l'oftalmòleg.	Derivar el/la pacient a l'oftalmòleg de forma urgent (C.Externa)

2. ULL VERMELL NO DOLORÓS

2.1HEMORRÀGIA SUBCONJUNTI -VAL 	Per ruptura de capil·lars de la conjuntiva.	Pacient asimptomàtic o sensació de frec.	No requereix tractament, es resol als 7 -10 dies.	No derivar (excepte si hi ha antecedents de traumatisme). Control de la pressió arterial i en cas de recidiva avaluar estudi de coagulació.
2.2 CONJUNTIVITIS	Inflamació de la conjuntiva de diversa etiologia			
	2.2.1 conjuntivitis bacteriana: 	Secreció purulenta, groguenca amb inflamació de la conjuntiva (generalment unilateral)	Antibiòtic en col·liri durant 7dies.	Derivar si no hi ha milloria (15 dies): fer sol·licitud de derivació preferent. <i>El/la responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud, es programarà i s'avisarà a la pacient</i>
	2.2.2 conjuntivitis viral 	Secreció aquosa, dolor, ull amb quemes conjuntival, adenopatia preauricular palpable, molt contagiosa.(sol iniciar unilateral i passa a ser bilateral en la majoria dels casos)	Compreses fredes, AINES en col·liris, antibiòtics en col·liri si es sospita sobreinfecció, extreure mesures d'higiene.	Derivar als 15 dies si no presenta milloria o es queixi de mala visió. Fer sol·licitud de derivació preferent. <i>El/la responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud, es programarà i s'avisarà a la pacient</i>
	Conjuntivitis al·lèrgica 	Secreció mucoide i filamentosa, PICOR (sol ser bilateral) Molt freqüent i en alguns casos més greus en nens (quetconjuntivitis vernal)	Segons la gravetat: llàgrimes, col·liris antihistamínics i anti H1 orals.	Derivar si no presenta millora amb els tractaments, fer sol·licitud de derivació preferent. <i>El/la responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud, i es programarà i s'avisarà a la pacient</i> Nota: abans de derivar fer els tractaments de forma esglaonada.

3. ULL BLANC

3.1 AMB PÈRDUA DE VISIÓ

AMAUROSIS FUGAÇ	Episodis d'isquèmia transitòria ocular	Enfosquiment (minuts) i indolora de la visió. Unilateral.	Precisa estudi cardíac, carotidi i hematològic per trobar la font embolígena.	No derivar a oftalmòleg.
OCCLUSIÓ DE L'ARTÈRIA CENTRAL DE LA RETINA	Interrupció brusca de la circulació retinal a conseqüència d'un èmbol.	Pèrdua brusca i indolora de la visió d'una part o de tot el camp visual.	Precisa estudi cardíac, carotidi i hematològic per trobar la font embolígena.	Derivar al pacient urgent a l'oftalmòleg (C.Externa) i manegi conjunt del pacient.
OCCLUSIÓ DE VENA CENTRAL DE LA RETINA	Més comú en pacients grans, hipertensos, diabètics, fumadors i amb arterioesclerosi.	Pèrdua de la visió , lleu, moderada o severa depenent de l'edema, isquèmia o hemorràgia macular	Precisa estudi cardíac i hematològic.	Derivar al pacient urgent a l'oftalmòleg (C.Externa) i maneig conjunt del pacient.
DESPRENIMENT DE RETINA	Separació de la retina neurosensorial de les capes subjacents	Refereix visió d'una cortina negra en el camp visual . La visió dependrà de l'extensió del desprendiment de retina.	Repòs	Derivar al pacient urgent (C.Externa)
NEURITIS ÒPTICA	Inflamació del nervi òptic d'origen divers	Síntomes: disminució de l'agudesia visual, discromatòpsia, defecte pupilar aferent (DPAR) i escotoma central al camp visual.	No realitzar tractament.	Derivar al pacient urgent a l'oftalmòleg i neuròleg.

3.2 AMB ALTERACIONS VISUALS

DESPRENIMENT DEL VITRI POSTERIOR	Separació del vitri de les adherències posteriors de la retina.	Refereix mosques volant d'aparició sobtada o augment sobtat d'aquestes.	No precisa tractament, excepte complicacions.	Derivar al pacient urgent si es presenten < 1 setmana, per descartar esquinçament de la retina. Derivar al pacient preferent si es presenten > 1 setmana (fer sol·licitud de derivació) <i>El responsable del servei farà la valoració de la sol·licitud i es programará i s'avisará al pacient</i>
MIGRANYA CLÀSSICA		Visió de ràfegues lluminoses en ziga-zaga que s'acompanya de visió borrosa (5-60 minuts) transitòria i cefalea intensa. Ondulació del camp visual. Cefalea posterior pot ser intensa o lleu.	Tractament de la migranya	No derivar

4. ALTRES

DACRIOCISTITIS AGUDA 	Infecció bacteriana del sac lacrimal.	Dolor a la palpació en la zona del sac lacrimal , amb inflamació dels teixits veïns.	Tractament amb antibiòtics que cobreixin S aureus via oral i AINES via oral	Derivar de forma preferent (sol·licitud de derivació) <i>El responsable del serveis farà la valoració de la sol·licitud i es programarà i s'avisarà al pacient</i>
PTERIGI i PINGÜECULES INFLAMADES 	Degeneracions conjuntivals benignes	Ocasionalment s'inflamen, originant molèsties o irritació.	Tractament amb AINES tòpics o corticoide tòpic dèbil. Llàgrimes artificials diàries	Derivar de forma ordinària en cas de no milloria o creixement del pterigi avançat. <i>El responsable del serveis farà la valoració de la sol·licitud i es programarà i s'avisarà al pacient</i>
"ORZUELO" 	Infecció aguda de les glàndules de Meibomi de la parpella.	Tumefacció dolorosa i inflamada que pot acabar drenant a la pell o a la conjuntiva,	Calor sec fins que dreni i pomada amb antibiòtic 3 vegades per dia, durant 2 setmanes.	No derivar llevat que es formi un "chalazion" (fer sol·licitud de derivació ordinària) <i>El responsable del serveis farà la valoració de la sol·licitud i es programarà i s'avisarà al pacient.</i>
"CHALAZION" 	Lesió inflamatòria granulomatosa crònica estèril causada per l'oclusió de les glàndules de Meibomi.	Tumoració indolora , ferma, de mida variable.	Si és petita sol remetre espontàniament.	Derivar si la lesió és gran o persistent. Fer sol·licitud de derivació de forma ordinària. <i>El responsable del serveis farà la valoració de la sol·licitud i es programarà i s'avisarà al pacient.</i>
DIPLOPIA AGUDA 		El pacient refereix visió doble d'aparició aguda		Derivar urgent al neuròleg.

BIBLIOGRAFIA

Rhee, Pyfer. Manual de Urgencias Oftalmológicas. Editorial McGraw Hill. Tercera edición. 2001.
Richard Alan Lewis. Oftalmología Daniel H. Gold , American Medical Association.
Arruga J, Sánchez B, Roig C, Rubio M. Protocolos diagnósticos en las neuropatías ópticas. En: Arruga J, Sánchez B (eds). Neuropatías ópticas: diagnóstico y tratamiento. Madrid: Mac Line, 2002;291-304.
Sharma S, Brown G. 69 Retinal artery obstruction. The retina. Ryan. Elsevier. 2007.
Bengoa A, Gutierrez E, Perez E. Atlas de urgencias en oftalmología. Vol II. Barcelona: Editorial Glosa 2003.
Spalton DJ, Hitchings RA, Hunter PA. Atlas de oftalmología clínica. Barcelona: Ed. Mosby/Doyma; 1995.
Douglas JR, Mark FP. The Wills Eye Hospital. Manual de urgencias oftalmológicas. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
Atlas Urgencias en Oftalmología. Volumen II
Editores de la Serie: Bengoa González A, Gutiérrez Díaz E, Pérez Blázquez E

HORARI DE LA UNITAT D'OFTALMOLOGIA DEL CHV

Dilluns, de 8.00 a 18 h
Dimarts i dimecres, de 8.30 a 19.30 h
Dijous, de 8.30 a 20 h
Divendres, de 8.00 a 14 h