



Ojo rojo: revisión para el médico de atención primaria

The red eye: a review for the primary care doctor



¹ Dr. José Arturo Castillo Rincón

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-5991-7858>

² Dra. Amanda Álvarez Mattio

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-8509-5093>

³ Dr. Antonio Núñez Arias

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0009-0006-9363-9787>

Recibido
27/04/2023

Corregido
28/05/2023

Aceptado
20/06/2023

RESUMEN

El ojo rojo, caracterizado por la hiperemia de los vasos sanguíneos en la conjuntiva, esclera o episclera, puede ser causado por diversas patologías que afectan diferentes estructuras oculares. Es fundamental que los médicos de atención primaria puedan distinguir los síntomas asociados y reconocer la gravedad de la presentación. Si bien el manejo de las causas leves del ojo rojo se realiza en atención primaria, las causas severas requieren la atención de un oftalmólogo especialista. Este artículo resalta la importancia del manejo del ojo rojo en atención primaria. Comprender las causas y los síntomas asociados es crucial para un tratamiento eficaz y la derivación adecuada cuando sea necesario. Las infecciones oculares, alergias, conjuntivitis, blefaritis, abrasiones corneales, glaucoma y uveítis son algunas de las causas frecuentes del ojo rojo. Cada una tiene características clínicas distintas y puede requerir tratamientos específicos. Es esencial que los médicos de atención primaria estén familiarizados con el ojo rojo y sus causas más comunes, ya que puede ser un indicio de enfermedades oculares graves. Un manejo adecuado en atención primaria mejora la eficiencia y calidad de la atención, aliviando la carga sobre los especialistas oftalmólogos y permitiéndoles enfocarse en casos más complejos.

PALABRAS CLAVE: conjuntivitis; uveítis; atención primaria; agudeza visual.

ABSTRACT

Red eye, characterized by hyperemia of the blood vessels in the conjunctiva, sclera, or episclera, can be caused by various pathologies affecting different ocular structures. It is crucial for primary care physicians to be able to distinguish associated symptoms and recognize the severity of the presentation. While the management of mild causes of red eye is handled in primary care, severe causes require the attention of a specialized ophthalmologist.



This article highlights the importance of managing red eye in primary care. Understanding the causes and associated symptoms is crucial for effective treatment and appropriate referral when necessary. Ocular infections, allergies, conjunctivitis, blepharitis, corneal abrasions, glaucoma, and uveitis are some of the common causes of red eye. Each has distinct clinical characteristics and may require specific treatments.

It is essential for primary care physicians to be familiar with red eye and its most common causes, as it can be an indicator of serious ocular diseases. Proper management in primary care improves efficiency and the quality of care, relieving the burden on ophthalmology specialists and allowing them to focus on more complex cases.

KEYWORDS: conjunctivitis; uveitis; primary health care; visual acuity.

¹ Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED17644](#). Correo: arturocasrin@gmail.com

² Médica general, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED17955](#). Correo: alvarez.1.amanda@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED18110](#). Correo: tonion10@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El ojo rojo se define como una hiperemia o inyección de los vasos superficiales de la conjuntiva, esclera o episclera. Esto puede ser causado por diversas patologías propia del iris, cornea, cuerpo ciliar o de los anexos (1).

El médico de atención primaria debe poder determinar correctamente si un paciente con ojo rojo amerita referencia a un oftalmólogo, o si se puede dar un manejo apropiado con lo que se encuentra disponible para el médico general.

La epidemiología del ojo rojo es complicada de obtener a pesar de que sea una de las principales razones de consulta oftalmológica en el ámbito de atención primaria. Probablemente, la principal causa de ojo rojo sea la conjuntivitis, ya sea viral o alérgica (2), que puede ser manejada óptimamente por el médico de atención primaria, así como otras patologías tales como la hemorragia subconjuntival, blefaritis o chalazión.

Por otro lado, es cierto que otras causas más severas pueden presentarse y deben ser tomadas en cuenta en el diagnóstico diferencial. Estas causas pueden ser identificadas de acuerdo con los signos y

síntomas de alarma que se explicarán más adelante, y que deben de ser razón suficiente para hacer una referencia al oftalmólogo, ya que pueden tratarse de un glaucoma de ángulo cerrado, hifema, hipopión, iritis o patologías infecciosas complicadas como uveítis o queratitis (3).

El objetivo de esta revisión es dar un conocimiento básico sobre la toma correcta de la historia clínica, así como el correcto modo de revisión en el examen físico, para poder determinar la causa del ojo rojo. Por otro lado, también es importante que el médico pueda determinar si se trata de una condición aguda o crónica, y si el paciente presenta banderas rojas que predispongan a una lesión visual permanente.

MÉTODO

Para la elaboración de este trabajo de revisión bibliográfica, se recopilaron 15 artículos científicos con los siguientes criterios de inclusión: que fuesen publicados entre el año 2018 y 2022, que estuvieran en los idiomas inglés o español, y que fueran de fuentes confiables y fidedignas para la veracidad de este trabajo. Se usaron bases de datos tales como PubMed, Google Scholar, UpToDate, SciELO y Cochrane

para la recopilación de artículos, con los siguientes criterios de búsqueda: “ojo rojo”, “conjuntivitis”, “blefaritis”, “hemorragia subconjuntival”, “glaucoma de ángulo cerrado”, “escleritis”, “abrasión corneal”, “hifema”, hipopión”, tanto en español como en inglés. También se usó como referencia el octavo tomo de Basic and Clinical Science Course (External Disease and Cornea), de la Academia Americana de Oftalmología.

MANEJO INICIAL

En cuanto al abordaje inicial de un paciente que aqueja ojo rojo, se debe tomar una rigurosa historia clínica junto con el debido examen físico, para corroborar el diagnóstico diferencial y esclarecer un apropiado manejo, ya sea por el médico de atención primaria o mediante una referencia al oftalmólogo, si fuera necesario.

Historia clínica

En la anamnesis se debe indagar múltiples preguntas que orienten al diagnóstico y severidad del caso, tales como (3):

- ¿Hace cuánto tiempo inició el cuadro?
- ¿El inicio fue repentino o progresivo?
- ¿Los síntomas cambian con el ambiente?
- ¿Hay algún familiar o persona cercana con síntomas similares?
- ¿Hubo trauma o cirugía ocular reciente?
- ¿Usa lentes de contacto? Si es así, ¿cuándo fue la última vez que los cambió? ¿Duerme con ellos?
- ¿Hay historia de resfriado o infección de las vías respiratorias superiores?
- ¿Considera que la agudeza visual ha disminuido?
- ¿Hay dolor, picor, descarga purulenta o fotosensibilidad?

Examen físico

La examinación física se debe orientar a la valoración total de la integridad ocular, y ya que esto no es algo que se acostumbra a realizar rutinariamente en la atención primaria, se puede resumir fácilmente en nueve pasos (4):

1. Realizar examen de agudeza visual con las cartas de Snellen.
2. Determinar el patrón de coloración roja ocular, y si es debido a una hemorragia subconjuntival, hiperemia, rubor ciliar o combinación de estas.
3. Detectar si hay descarga de cualquier tipo (purulenta, mucosa o serosa).
4. Valorar la integridad de la córnea usando una luz para detectar opacidades como precipitados corneales, edema corneal, leukoma corneal o irregularidades en el reflejo de la luz que podrían indicar una disrupción del epitelio.
5. Tintar la córnea con fluoresceína para detectar daños al epitelio corneal.
6. Detectar la profundidad de la cámara anterior y si hay evidencia de hipopión (pus) o hifema (sangre).
7. Buscar irregularidades de las pupilas y si se encuentran simétricas.
8. Si es posible, realizar tonometría para valorar la presión intraocular. Si no, se puede valorar indirectamente mediante la palpación del globo ocular y medir la dureza del globo ocular con respecto al del evaluador. Este paso se debe evitar si hay una infección evidente del globo ocular.
9. Valorar los movimientos extraoculares y la integridad palpebral.

CLÍNICA

Como se ha anotado anteriormente, existe una gran variedad de signos y síntomas que pueden variar en distintas presentaciones de

ojo rojo, y algunos de ellos necesitan atención inmediata. A continuación, se explicarán con más detalle los signos y síntomas más importantes para tomar en cuenta, los cuales pueden ser leves y ameritar manejo en atención primaria, o severos, lo cual significaría tener la necesidad de ser referido a especialista.

Signos y síntomas leves

- **Exudación:** la principal presentación de esto es cuando el paciente aqueja despertar con los párpados adheridos en las mañanas, y esto significa conjuntivitis. Es importante reconocer si se trata de un exudado purulento (bacteriano) o seroso (viral o alérgico).
- **Picor:** usualmente, al haber comezón se trata de una conjuntivitis.
- **Hiperemia conjuntival:** a pesar de que este es un signo que se encuentra en todas las patologías causales de ojo rojo, es más frecuente que se encuentre por sí solo en causas leves, como conjuntivitis.
- **Adenopatías preauriculares:** esto denota más frecuentemente una conjuntivitis viral (5).

Signos y síntomas severos

- **Visión borrosa:** si el paciente se aqueja de visión borrosa, puede que signifique una patología importante, tal como una inflamación o infección corneal, uveítis o glaucoma. Por lo tanto, es importante objetivar los hallazgos mediante la medición de la agudeza visual con las cartas de Snellen. Por otro lado, si la visión del paciente mejora al parpadear, esto sugeriría que trata de algún tipo de descarga ocular leve.
- **Dolor:** el dolor es el síntoma cardinal de inflamación que puede ser escleritis,

uveítis, úlcera corneal o queratitis. Por otro lado, si el dolor es severo, también se puede deber a un glaucoma de ángulo cerrado, lo cual es una emergencia oftalmológica (6,7).

- **Fotofobia:** la sensibilidad aumentada a la luz se puede deber a uveítis, lo cual conllevaría a ameritar una referencia al oftalmólogo para ser tratado. En caso de la conjuntivitis, la fotofobia puede ser leve.
- **Anillos de colores:** una característica importante del edema corneal es la aparición de anillos como arcoíris que aparecen en la visión de una persona y que se puede deber a un alza de la presión intraocular bastante importante, significando esto un posible glaucoma de ángulo cerrado (7).
- **Rubor ciliar:** esto traduce frecuentemente a causas inflamatorias como uveitis o a glaucoma de ángulo cerrado. El rubor ciliar se define como una inyección de los vasos conjuntivales y episclerales profundos alrededor de la córnea. Se logra observar mejor bajo a luz y se distingue por un color violáceo (8).
- **Opacificaciones corneales:** es importante distinguir entre los diferentes tipos de opacificaciones corneales, tales como los precipitados queráticos que se observan en las uveítis; el nublado corneal presente en el edema corneal producto de glaucoma agudo; y las opacidades localizadas de la queratitis o úlcera corneal (6,7).
- **Disrupciones epiteliales corneales:** esto se puede identificar mediante el uso de una luz que se pueda movilizar de un lado a otro para notar la irregularidad en la superficie de la córnea. Una forma más fácil de lograrlo es mediante la tinción con fluoresceína, si fuese posible. Esto

traduce frecuentemente a trauma corneal o inflamación.

- **Anormalidades pupilares:** es importante identificar anomalías en el tamaño de las pupilas, ya que esto puede traducir a uveítis, en específico iridociclitis (8). Además, en glaucoma de ángulo cerrado agudo se suele observar una pupila fija, medio dilatada e irregular (7).
- **Proptosis:** la proptosis se define como un desplazamiento del globo ocular hacia delante y traduce patología de la órbita como tumor o infección. También puede significar una trombosis del seno cavernoso.

ETIOLOGÍA Y MANEJO

Para la correcta categorización del ojo rojo, es útil diferenciar las causas de acuerdo con su cronicidad y si incluye dolor o no.

Ojo rojo agudo con dolor

Cualquier paciente que se presente con un ojo rojo de inicio abrupto y doloroso debe ser valorado por oftalmología, ya que puede tratar de una patología que puede comprometer la visión permanentemente. Algunas de las causas pueden ser:

- **Abrasión corneal o queratitis:** en el caso de una abrasión corneal, es esencial realizar una evaluación minuciosa de la integridad de la córnea utilizando luz o, idealmente, mediante el uso de fluoresceína, para valorar el epitelio corneal. Es probable que el paciente tenga antecedentes de traumatismo ocular o un mal uso de lentes de contacto, lo cual puede conducir a una queratitis o, en casos más graves, a una úlcera corneal. En estos casos, se recomienda remitir al paciente a un oftalmólogo para su manejo. Si no se observa una

interrupción evidente del epitelio corneal en el contexto de un traumatismo, puede ser necesario retirar un cuerpo extraño presente (9). El manejo adecuado de la abrasión corneal implica la aplicación de un ungüento antibiótico tópico, tal como tetraciclinas en ungüento para prevenir infecciones secundarias y promover la cicatrización (10). Además, se pueden recetar analgésicos como AINES en colirios para aliviar el dolor ocular. Se debe instruir al paciente a evitar frotarse el ojo y a utilizar lentes de contacto hasta que la córnea se haya curado por completo. El seguimiento con el oftalmólogo es fundamental para evaluar la progresión de la lesión y asegurar una recuperación adecuada.

- **Escleritis:** la inflamación de la esclera profunda, conocida como escleritis, es una afección poco común que generalmente está asociada con enfermedades del colágeno o trastornos reumáticos. La escleritis se caracteriza por la presencia de una pigmentación violácea elevada en la esclera. Esta condición puede causar dolor ocular intenso y sensibilidad a la luz. La escleritis puede ser de dos tipos principales: anterior y posterior (11). La escleritis anterior se presenta con inflamación en la región anterior de la esclera y puede estar asociada con enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide. Además del enrojecimiento y la pigmentación violácea, se puede observar edema, engrosamiento y dolor ocular intenso. En casos severos, la escleritis anterior puede conducir a complicaciones graves, como úlceras corneales o incluso perforación ocular. Por otro lado, la escleritis posterior afecta la región posterior de la esclera, cerca del polo posterior del ojo. Esta

forma de escleritis está más relacionada con enfermedades sistémicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal o el lupus eritematoso sistémico. Aunque menos común que la escleritis anterior, la escleritis posterior también puede causar síntomas como dolor, enrojecimiento y alteraciones visuales. El manejo de la escleritis generalmente implica el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y corticosteroides tópicos o sistémicos para controlar la inflamación. En algunos casos, pueden ser necesarios medicamentos inmunosupresores para controlar las enfermedades subyacentes asociadas. Además, se puede recomendar la protección ocular y medidas para aliviar los síntomas, como la aplicación de compresas frías (12).

- **Glaucoma de ángulo cerrado:** el glaucoma de ángulo cerrado es una emergencia oftalmológica caracterizada por el cierre súbito del ángulo iridoscleral, lo que resulta en una obstrucción del flujo del humor acuoso y un aumento repentino y grave de la presión intraocular. Esta condición requiere una derivación inmediata al oftalmólogo para desbloquear el ángulo y restaurar el flujo normal. El glaucoma de ángulo cerrado se presenta cuando el iris se acerca repentinamente a la malla trabecular, bloqueando así la salida del líquido intraocular. Esto provoca un aumento rápido de la presión ocular, lo cual puede ser extremadamente doloroso y dañino para el ojo. Los síntomas pueden incluir dolor ocular severo, visión borrosa, halos alrededor de las luces, náuseas y vómitos. El manejo urgente del glaucoma de ángulo cerrado implica la reducción inmediata de la presión intraocular, esto se logra mediante la

administración de medicamentos para disminuir la presión ocular tales como betabloqueadores, inhibidores de la anhidrasa carbónica o análogos de la prostaglandina (13). Además, es probable que se realice un procedimiento llamado iridotomía, en el cual se crea un pequeño orificio en el iris para permitir el flujo adecuado del líquido intraocular y prevenir futuros episodios de cierre del ángulo (7). Es esencial remitir al paciente de manera urgente al oftalmólogo para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Si no se trata rápidamente, el glaucoma de ángulo cerrado puede provocar daño irreversible del nervio óptico y pérdida de la visión.

- **Uveítis:** la uveítis es una inflamación de la capa media del ojo, que puede afectar tanto al iris como al cuerpo ciliar. Cuando la inflamación se limita a la parte anterior del ojo, se denomina iritis o iridociclitis (8). La uveítis se caracteriza comúnmente por la presencia de enrojecimiento alrededor del borde del iris, conocido como rubor ciliar. La uveítis puede tener múltiples causas, como infecciones, enfermedades autoinmunes o trastornos sistémicos. Los síntomas pueden variar y pueden incluir dolor ocular, sensibilidad a la luz, visión borrosa, ojo rojo y cambios en la visión. Es importante referir urgentemente a un oftalmólogo para el manejo adecuado de la uveítis, ya que puede ser una condición grave que puede afectar la visión y requerir un tratamiento específico. El oftalmólogo evaluará la extensión de la inflamación y determinará el enfoque terapéutico más apropiado. Esto puede incluir el uso de medicamentos antiinflamatorios, tanto tópicos como sistémicos, para controlar la inflamación y prevenir posibles complicaciones (14). El manejo de la uveítis a menudo requiere

un enfoque multidisciplinario, ya que puede estar asociada con enfermedades sistémicas. Por lo tanto, es fundamental una coordinación adecuada con otros especialistas médicos, para abordar las causas subyacentes y optimizar el tratamiento.

Ojo rojo agudo sin dolor

Estas causas no deben estar asociadas con inflamación grave o directa del globo ocular; por lo tanto, no deben ser consideradas de alta gravedad.

- **Conjuntivitis:** la conjuntivitis es una de las principales causas de consulta en atención primaria debido al ojo rojo. Se pueden identificar diferentes tipos de conjuntivitis, como la bacteriana, la viral y la alérgica (5). En el caso de la conjuntivitis bacteriana, es importante distinguirla por la presencia de una secreción purulenta característica. Este tipo de conjuntivitis se puede tratar fácilmente con antibióticos tópicos; sin embargo, es crucial diferenciar si se trata de una conjuntivitis bacteriana crónica, ya que puede estar relacionada con la clamidia, o en casos de exudación excesiva, podría indicar una posible infección por gonorrea. El tipo más común de conjuntivitis es la viral, que tiende a ser autolimitada y se trata principalmente con medidas sintomáticas, como la aplicación de compresas frías para aliviar la inflamación y la incomodidad. En el caso de la conjuntivitis alérgica, el tratamiento implica identificar y evitar el alérgeno o el entorno que desencadena la reacción alérgica. Además, se pueden utilizar colirios antihistamínicos para aliviar los síntomas. Es importante destacar que, aunque la conjuntivitis generalmente no

representa un riesgo grave para la visión, es esencial que un médico de atención primaria realice una evaluación adecuada para determinar el tipo de conjuntivitis y proporcionar el tratamiento adecuado. En algunos casos, es posible que se requiera la derivación a un oftalmólogo si hay sospecha de complicaciones o si el cuadro clínico no mejora con el tratamiento inicial (15).

- **Hemorragia subconjuntival:** las hemorragias subconjuntivales, también conocidas como hiposfagma, son acumulaciones de sangre entre la conjuntiva y la esclera. Aunque pueden parecer alarmantes, son autolimitadas y suelen ocurrir después de un traumatismo leve o un aumento súbito y rápido en la presión vascular ocular, como ocurre durante un esfuerzo o maniobra de Valsalva. El manejo de la hemorragia subconjuntival se enfoca en aliviar los síntomas y acelerar la reabsorción de la sangre acumulada. Se pueden aplicar compresas frías sobre el ojo afectado para reducir la inflamación y aliviar la molestia. Además, se pueden utilizar lágrimas artificiales para mantener el ojo lubricado y minimizar la irritación. Es importante destacar que las hemorragias subconjuntivales generalmente no requieren tratamiento específico y tienden a resolverse por sí mismas en un período de 1 a 2 semanas (16), a medida que el cuerpo reabsorbe la sangre acumulada. Sin embargo, si la hemorragia es recurrente o está asociada con otros síntomas preocupantes, se recomienda buscar atención médica para descartar cualquier causa subyacente.

Ojo rojo crónico doloroso

Es en general una patología no urgente.

El dolor no es tan fuerte como en los casos agudos, sino más bien como sensación de irritación o molestia constante asociado a hiperemia vascular del globo ocular.

- **Queratoconjuntivitis sicca:** comúnmente conocida como "ojo seco". Es una afección frecuente causada por la disfunción de las glándulas de Meibomio, lo cual conduce a una producción insuficiente de lágrimas que lubrican el ojo. Esto provoca irritación, visión borrosa, sensibilidad a la luz y enrojecimiento ocular. El tratamiento de la queratoconjuntivitis sicca suele implicar el uso de lágrimas artificiales para proporcionar la lubricación necesaria y aliviar los síntomas. En casos leves a moderados, las lágrimas artificiales pueden ser suficientes para controlar los síntomas y mejorar la comodidad ocular. Sin embargo, en casos más severos o que no responden adecuadamente al tratamiento inicial, es recomendable derivar al paciente a un oftalmólogo para un manejo más especializado. El oftalmólogo puede evaluar la condición en detalle, realizar pruebas adicionales si es necesario y considerar opciones de tratamiento más avanzadas, como medicamentos recetados como ciclosporina o procedimientos específicos como tapones punctales o terapia de luz pulsada intensa (17). Es fundamental destacar que el ojo seco puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y en la salud ocular a largo plazo. Un manejo adecuado de esta afección es crucial para prevenir complicaciones y mantener una visión óptima. Por lo tanto, es importante que los médicos de atención primaria estén familiarizados con el ojo seco y sus opciones de tratamiento básicas, así como la indicación de

derivación al especialista cuando sea necesario (18).

- **Pterigión:** el pterigión es una condición caracterizada por degeneraciones fibrovasculares anormales y triangulares de la conjuntiva que se extienden hacia la córnea. Se cree que la exposición crónica a la luz ultravioleta es uno de los principales factores desencadenantes del pterigión. Otros factores de riesgo a tener en cuenta incluyen la edad avanzada y el género masculino. El conocimiento de estos factores puede ser útil para la identificación temprana y el manejo adecuado de los pacientes. El objetivo principal del tratamiento del pterigión es aliviar los síntomas, mejorar la función óptica y, en algunos casos, abordar preocupaciones estéticas (19). En las etapas iniciales, se recomiendan medidas conservadoras como el uso de lubricantes oculares para mantener la hidratación adecuada y reducir la irritación. Además, se aconseja a los pacientes que utilicen anteojos de sol con protección UV, para minimizar la exposición adicional a los rayos ultravioleta. Sin embargo, en casos en que el pterigión cause molestias significativas, afecte la visión o sea motivo de preocupación estética para el paciente, la cirugía puede ser considerada. La cirugía del pterigión generalmente implica la extirpación quirúrgica del tejido anormal y la reconstrucción de la superficie ocular afectada. Se pueden emplear diferentes técnicas quirúrgicas, como la escisión simple, la técnica de trasplante conjuntival o el uso de injertos de tejido amniótico, dependiendo de la extensión y la gravedad del pterigión (20). Es importante destacar que la decisión de realizar una cirugía debe ser evaluada

caso por caso, considerando los síntomas del paciente, el impacto en la calidad visual y la evaluación conjunta con un oftalmólogo especializado. El médico de atención primaria juega un papel fundamental en la identificación temprana, el manejo inicial y la derivación oportuna de los pacientes con pterigión a un oftalmólogo, cuando sea necesario.

Ojo rojo crónico no doloroso

Las causas de un ojo rojo crónico no doloroso se deben fundamentalmente a patologías adnexales (párpados, glándula lagrimal y órbita) que afectan indirectamente la vascularización de la conjuntiva o esclera. Entre ellas están:

- **Inflamación palpebral:** la inflamación del párpado puede ser causada por diversas afecciones, como orzuelos, chalazión y blefaritis. Estas patologías generalmente no requieren una derivación urgente al oftalmólogo y pueden ser manejadas por el médico general. El tratamiento inicial puede incluir el uso de ungüento antibiótico y medicamentos antiinflamatorios para aliviar los síntomas (6). En el caso de los orzuelos, se puede recomendar al paciente realizar suaves masajes en el párpado y aplicar compresas tibias para mejorar el drenaje y aliviar la inflamación. Estas medidas simples pueden contribuir a la resolución del orzuelo. Para la blefaritis, que es una inflamación crónica del borde del párpado, se recomienda el uso de técnicas de limpieza adecuadas, como lavados con agua tibia y champú suave para bebés o soluciones específicas para la higiene del párpado. Esto ayuda a eliminar las escamas, costras y bacterias que contribuyen a la inflamación (21). Además, el médico

puede prescribir ungüentos antibióticos tópicos, como tetraciclinas para controlar la infección y mejorar los síntomas. El manejo de la inflamación palpebral por parte del médico general es fundamental para aliviar los síntomas del paciente y evitar complicaciones innecesarias; sin embargo, es importante destacar que, en casos de inflamación palpebral severa, recurrente o que no responda al tratamiento inicial, se debe considerar la derivación a un oftalmólogo para una evaluación más especializada y un manejo adecuado.

- **Disfunción palpebral:** la disfunción palpebral puede tener diversas causas, entre las que se incluyen la parálisis de Bell y las enfermedades tiroideas. Estas condiciones pueden provocar lagofthalmos, que es la incapacidad de cerrar completamente el párpado, lo que resulta en una exposición corneal anormal. Esta situación puede manifestarse con ojo rojo y representa un riesgo de daño corneal significativo (22). El entropión, por otro lado, es una condición en la cual el borde del párpado se desvía hacia el interior del ojo, lo que causa irritación debido al contacto de las pestañas con la superficie ocular. Esta situación requiere una evaluación y manejo urgente por parte del oftalmólogo, ya que puede ocasionar queratitis, ulceración corneal e incluso ceguera relacionada con la córnea (23).
- **Disfunción de la vía lagrimal:** la dacriocistitis es una condición inflamatoria del saco lagrimal que a menudo se presenta con ojo rojo. Esta afección se debe principalmente a la obstrucción del conducto nasolagrimal. En casos leves, el médico de atención primaria puede recomendar masajes a lo largo del conducto nasolagrimal para

promover el drenaje adecuado de las lágrimas y aliviar la inflamación. Sin embargo, si la inflamación es severa o persistente, se recomienda consultar con un oftalmólogo para continuar con el manejo. El oftalmólogo podrá evaluar la condición de forma más especializada y considerar opciones de tratamiento adicionales, como la irrigación del conducto lagrimal, el uso de antibióticos tópicos o sistémicos, o incluso la realización de una dacriocistorrinostomía, que es un procedimiento quirúrgico para crear una nueva vía de drenaje (24).

CONCLUSIONES

La evaluación y el manejo adecuados del ojo rojo son de vital importancia en el ámbito de la atención primaria. Es fundamental que todo el personal médico esté preparado para reconocer los diagnósticos diferenciales más comunes y brindar el tratamiento inicial adecuado. Sin embargo, es importante tener en cuenta ciertos aspectos clave para asegurar una atención óptima.

En casos en los que la agudeza visual se encuentra gravemente comprometida, es crucial considerar que una simple conjuntivitis puede no ser la causa subyacente. Ante esta situación, se debe mantener una alta sospecha de patologías más severas y estar dispuesto a derivar al especialista correspondiente.

Además, el uso de fluoresceína se presenta como una herramienta diagnóstica valiosa en la identificación de abrasiones corneales. La disponibilidad de este agente facilita la evaluación precisa de la integridad del epitelio corneal y ayuda a descartar lesiones que pueden requerir un enfoque especializado.

La detección adecuada de anomalías pupilares también desempeña un papel importante en el diagnóstico diferencial.

Conocer los signos y síntomas característicos del glaucoma y la uveítis permite una identificación temprana de estas afecciones graves, lo que a su vez posibilita una derivación oportuna a un especialista. Este trabajo está dirigido a los médicos generales que deseen mantenerse actualizados en el manejo de las afecciones más frecuentes relacionadas con el ojo rojo. El objetivo principal es permitirles diferenciar entre los casos que requieren referencia a especialistas y aquellos que pueden ser manejados de manera efectiva en el ámbito de la atención primaria. Al estar equipados con los conocimientos y habilidades necesarios, los médicos de atención primaria desempeñarán un papel fundamental en la identificación temprana y el manejo adecuado de las condiciones oculares, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Brady C. Red Eye. MSDManuals [Internet]. 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/eye-disorders/symptoms-of-ophthalmologic-disorders/red-eye>.
2. Graham R. Red Eye. MedScape [Internet]. 25 febrero 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1192122-overview#a8>.
3. Jacobs DS. The red eye: Evaluation and management. UpToDate [Internet]. 19 julio 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-red-eye-evaluation-and-management?search=red%20eye&source=search_result&selectedTitle=2~108&usage_type=default&display_rank=1.
4. Graue E. Diagnóstico diferencial del ojo rojo. Oftalmología en la práctica de la medicina general. New York: McGraw-Hill; 2020. p.

- digital. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1498§ionid=99963070#1117581285>
5. Azari AA, Arabi A. Conjunctivitis: A Systematic Review. *J Ophthalmic Vis Res* [Internet]. 2020 [citado el 22 febrero 2023];15(3):372-95. DOI: 10.18502/jovr.v15i3.7456. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7431717/>
 6. American Academy of Ophthalmology [Internet]. California: American Academy of Ophthalmology; 2021-2022 [citado el 22 febrero 2023]. Basic and Clinical Science Course (External Disease and Cornea). Disponible en: <https://store.aao.org/basic-and-clinical-science-course-section-08-external-disease-and-cornea.html>
 7. Rodia L, Nova A, Novie D. Primary Angle Closure Glaucoma: A Review. *Res Med Eng Sci*. 2020 [citado el 22 febrero 2023];9(1). DOI: 10.31031/RMES.2020.09.000702. Disponible en: <https://crimsonpublishers.com/rmes/fulltext/RMES.000702.php>
 8. American Academy of Ophthalmology [Internet]. California: American Academy of Ophthalmology; 2021-2022 [citado el 22 febrero 2023]. Basic and Clinical Science Course (Therapy for Uveitis). Disponible en: <https://www.aao.org/education/bcscsnippetdetail.aspx?id=724c93e0-b934-4906-8acf-02db787c83e1>
 9. Jacobs DS. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: Clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 20 junio 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=red%20eye&topicRef=6900&source=see_link&error=10002.
 10. Mohan RR, Kempuraj D, D'Souza S, Ghosh A. Corneal stromal repair and regeneration. *Progress in Retinal and Eye Research* [Internet]. 2022 [citado el 22 febrero 2023];91:101090. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2022.101090>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1350946222000507?via%3Dihub>
 11. Lagina A, Ramphul K. Scleritis. *StatPearls* [Internet]. Enero 2023 [citado el 22 febrero 2023]. PMID: 29763119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763119/>
 12. Dana R. Clinical manifestations and diagnosis of scleritis. *UpToDate* [Internet]. 08 marzo 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/bibliotecaucimed.r emotexs.co/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-scleritis?search=red%20eye&topicRef=6900&source=see_link.
 13. Schuster AK, Erb C, Hoffmann EM, Dietlein T, Pfeiffer N. The Diagnosis and Treatment of Glaucoma. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 27 marzo 2020 [citado el 22 febrero 2023];117(13):225-234. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0225. PMID: 32343668; PMCID: PMC7196841. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196841/>
 14. Burkholder BM, Jabs DA. Uveitis for the non-ophthalmologist. *BMJ* [Internet]. 03 febrero [citado el 22 febrero 2023] 2021;372:m4979. DOI: 10.1136/bmj.m4979. PMID: 33536186. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.m4979.long>
 15. Jacobs D. Conjunctivitis. *UpToDate* [Internet]. 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/blepharitis?search=red%20eye&topicRef=6900&source=see_link. updated
 16. Doshi R, Noohani T. Subconjunctival Hemorrhage. *StatPearls* [Internet]. 2021 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551666/>.
 17. O'Neil EC, Henderson M, Massaro-Giordano M, Bunya VY. Advances in dry eye disease treatment. *Curr Opin Ophthalmol* [Internet]. 2019 [citado el 22 febrero 2023] ;30(3):166-78. DOI: 10.1097/icu.0000000000000569.

- Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986373/>
18. Shtein R. Dry Eye Disease. UpToDate [Internet]. 07 abril 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/dry-eye-disease?search=red%20eye&topicRef=6900&source=see_link.
 19. Sarkar P, Tripathy K. Pterygium. StatPearls [Internet]. Enero 2023 [citado el 22 febrero 2023]; PMID: 32644333. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558907/>
 20. Chu WK, Choi HL, Bhat AK, Jhanji V. Pterygium: new insights. Eye (Lond) [Internet]. 2020 [citado el 22 febrero 2023];34(6):1047-50. DOI: 10.1038/s41433-020-0786-3. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41433-020-0786-3>
 21. Shtein R. Blepharitis. UpToDate [Internet]. 11 agosto 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/blepharitis?search=red%20eye&topicRef=6900&source=see_link.
 22. Patel F. Lagophthalmos. StatPearls [Internet]. 2021 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560661/>.
 23. Bergstrom R, Czyz CN. Entropion. StatPearls [Internet]. Enero 2023 [citado el 22 febrero 2023]. PMID: 29262221. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470352/>
 24. Garrity J. Dacriocistitis. Manual MSD [Internet]; Mayo 2022 [citado el 22 febrero 2023]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-ofthalmicos/trastornos-palpebrales-y-lagrimales/dacriocistitis>.