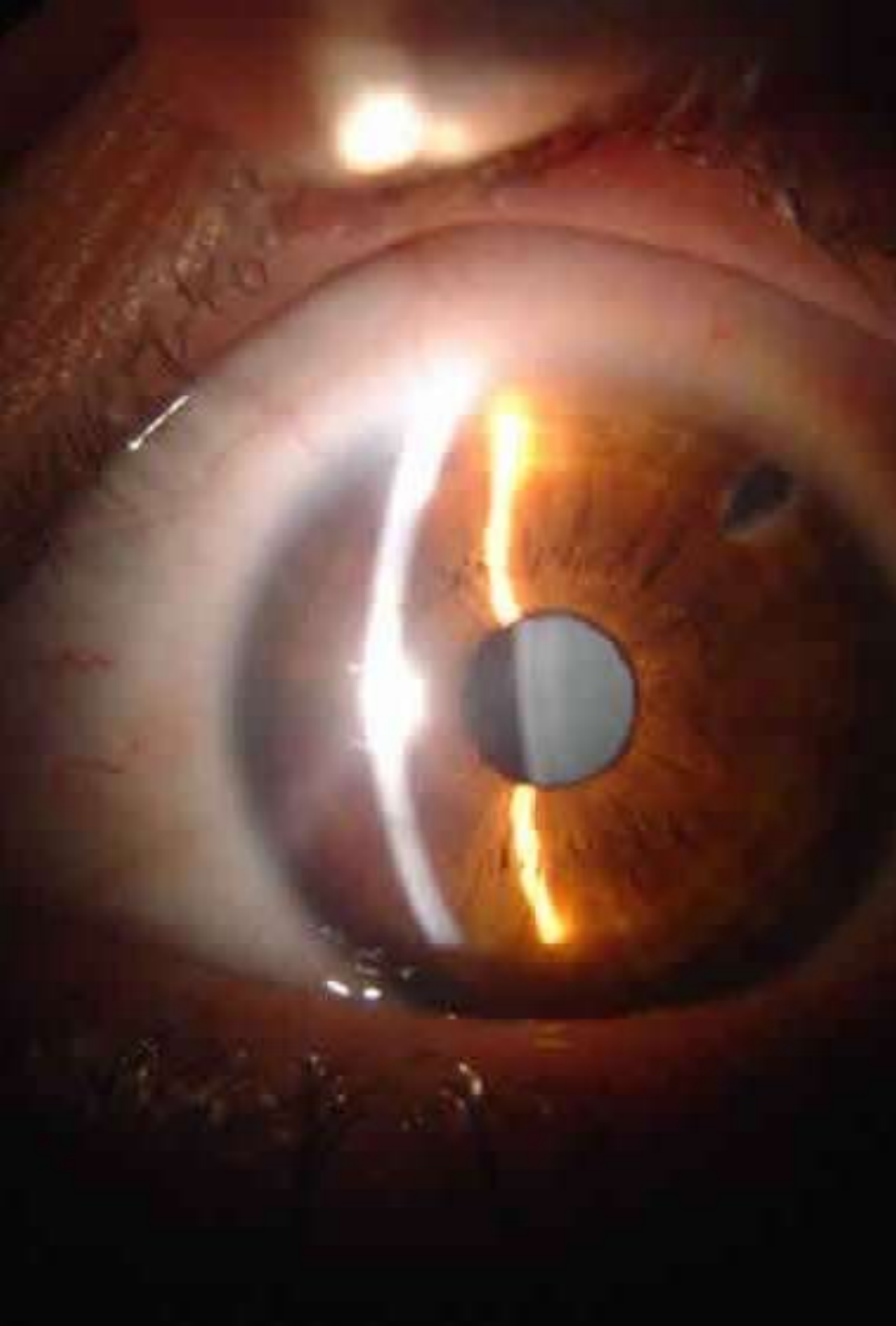




Oftalmología práctica en Atención Primaria DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OJO ROJO

CRISTINA LEBRÓN MARTÍNEZ DE VELASCO MFYC CS EL PALO

30 OCTUBRE 2025

Índice



1. INTRODUCCIÓN



2. EXPLORACIÓN
OFTALMOLÓGICA
BÁSICA



3. DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL



4. PRINCIPALES
PATOLOGÍAS



5. CONCLUSIONES



Introducción

¿Por qué hablamos del ojo rojo?

- **Causa más frecuente de consulta oftalmológica en Atención Primaria.**
- Manifestación clínica de la inflamación de casi cualquier estructura del polo anterior.
- Médico de familia identificar **causas de ojo rojo potencialmente graves**, e identificar y tratar las más banales.



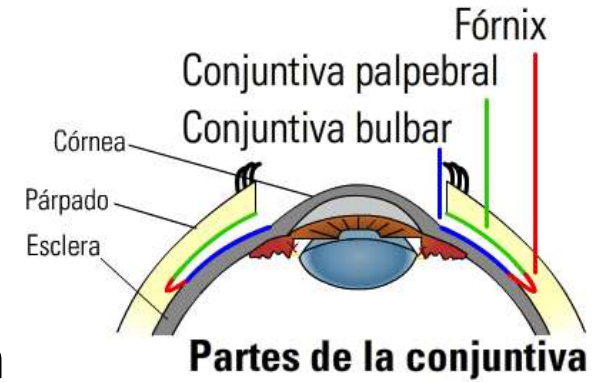
¿Qué patologías pueden producir ojo rojo?

ESCLERITIS/EPIESCLERITIS

PATOLOGÍA CONJUNTIVAL

Conjuntivitis:

- Bacterianas
- Víricas
- Alérgicas
- Pingüecula / pterigium
- Hiposfagma



UVEÍTIS

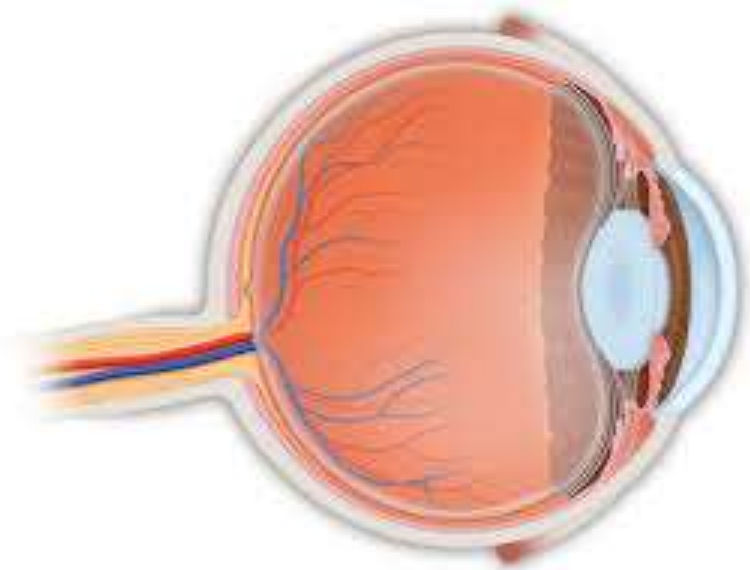
GLAUCOMA agudo ángulo cerrado

PATOLOGÍA CORNEAL

- Úlcera corneal
- Queratitis
- Cuerpo extraño

(*)Traumatismos

¿Qué patologías pueden producir ojo rojo?



Desde patología leve a patología muy grave



Punto clave

**HISTORIA CLÍNICA y EXPLORACIÓN
OFTALMOLÓGICA**





Exploración básica

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN BÁSICA OFTALMOLÓGICA



Historia Clínica

ANAMNESIS

Antecedentes personales:

- Enfermedades concomitantes
- Síntomas acompañantes
- **Antecedentes oculares**
- Medicación habitual: colirios

Anamnesis propiamente ocular

- Síntomas
- Tiempo de evolución
- Mecanismo patogénico:
 - Espontáneo
 - Traumático(*) 



Especial atención a **SÍNTOMAS de ALARMA** en el paciente con ojo rojo

DOLOR

No confundir dolor con sensación de cuerpo extraño, escozor o molestia vaga.

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL

Distinguir de sensación visión borrosa por secreciones oculares.
Suelen desaparecer con el parpadeo.

Ante la presencia de estos síntomas, hay que sospechar patología más grave



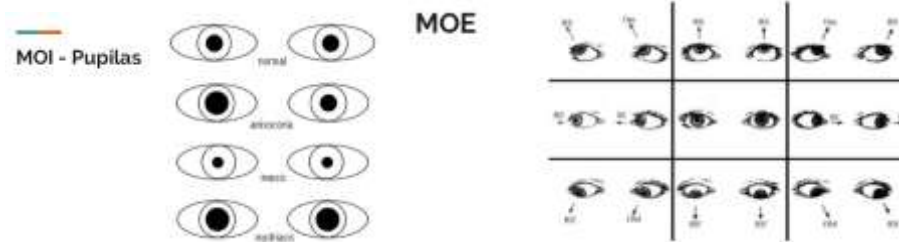
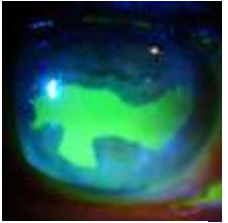
Red Flags → posible ojo rojo GRAVE

- ❏ Dolor ocular
- ❏ Disminución de agudeza visual
- ❏ Hiperemia ciliar
- ❏ Traumatismo
- ❏ Alteración pupilar
- ❏ Cirugía reciente
- ❏ Movimientos oculares dolorosos o restringidos
- ❏ Portadores de lentes de contacto
- ❏ Secreción mucopurulenta MUY abundante
- ❏ Inmunodeprimidos
- ❏ Fotofobia evidente



Exploración oftalmológica básica

- Agudeza visual
- Motilidad ocular intrínseca y extrínseca.
- Visualización polo anterior: directa, oftalmoscopio o linterna (*)
- Tinción con fluoresceína
- Tonometría digital. Contraindicado si traumatismo/sospecha perforación.





(*) Visualización polo anterior: directa, oftalmoscopio o linterna

- Verdadera hiperemia vs hemorragia subconjuntival

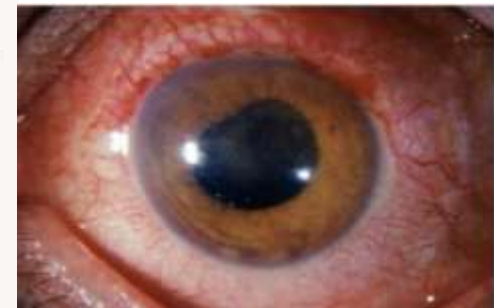
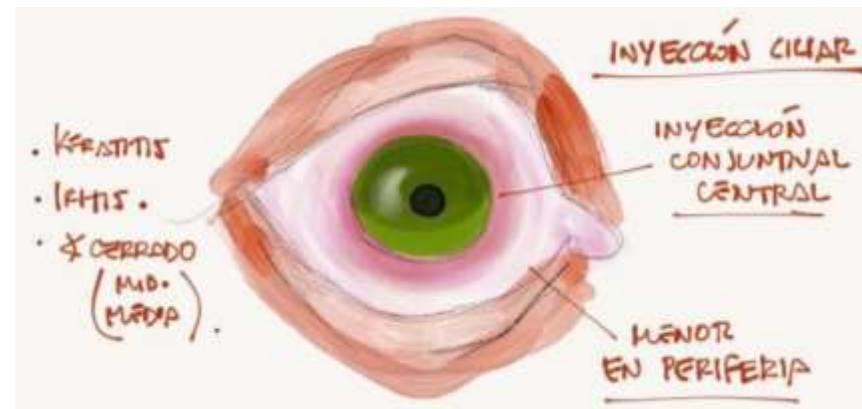
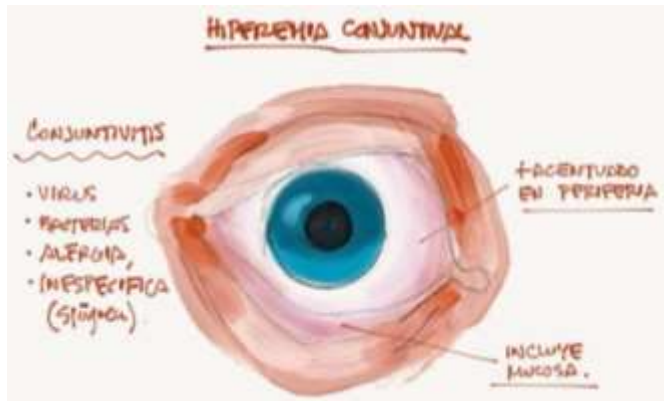


Hiperemia conjuntival



Hemorragia subconjuntival/hiposfagma

- Localización de la hiperemia: ciliar/periquerático vs bulbar/conjuntival vs focal





Diagnóstico diferencial

PRINCIPALES PATOLOGÍAS QUE CAUSAN OJO ROJO



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

NO

SÍ



Tipo de enrojecimiento

Focal

Difuso

Pred. nasal

Pred. temporal

PINGÜECULA
PTERIGION

EPIESCLERITIS

(*)dolorimiento

¿Secreción conjuntival?

SÍ

NO

Continua

Intermitente

CONJUNTIVITIS

Mucosa → alérgica
Purulenta → bacteriana
Serosa/acuosa → vírica

OJO SECO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*) Traumático

Tinción con fluoresceína

-

+

Pupilas

Normales

Miosis
o sinequias

Midriasis

ESCLERITIS

UVEÍTIS

GLAUCOMA AGUDO
ÁNGULO CERRADO

QUERATITIS/
EROSIÓN
CORNEAL

ÚLCERA
CORNEAL



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

NO

SÍ



Tipo de enrojecimiento

Focal

Difuso

Pred. nasal

Pred. temporal

PINGÜECULA
PTERIGION

EPIESCLERITIS

(*)dolorimiento

¿Secreción conjuntival?

SÍ

NO

Continua

Intermitente

CONJUNTIVITIS

Mucosa -> alérgica
Serosa/acuosa -> vírica
Purulenta -> bacteriana

OJO SECO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*)Traumático

Tinción con fluoresceína

-

+

Pupilas

Normales

Miosis
o sinequias

Midriasis

ESCLERITIS

UVEÍTIS

GLAUCOMA AGUDO
ÁNGULO CERRADO

QUERATITIS/
EROSIÓN
CORNEAL

ÚLCERA
CORNEAL



Diagnóstico diferencial clínico del ojo rojo

	Escozor	Lagrimeo	Pegoteo	Dolor	Visión	Fotofobia
Conjuntivitis bacteriana	+	+/-	+++	-	-	+/-
Conjuntivitis vírica	+++	+++	-	-	-	+/-
Queratitis	+	+	-	++	+	++
Episcleritis	+	+	-	+/-	+/-	+/-
Episcleritis	+	++	-	++	++	++
Hiposfagma	-	-	-	-	-	-
Uveítis anterior	+/-	+/-	-	++	++	++
Glaucoma agudo	-	-	-	+++	+++	++



Principales patologías que causan ojo rojo

SIGNOS, SÍNTOMAS Y MANEJO



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

NO

SÍ

Tipo de enrojecimiento

Focal

Difuso

Pred. nasal

Pred. temporal

PINGÜECULA
PTERIGION

EPIESCLERITIS

(*)dolorimiento

¿Secreción conjuntival?

SÍ

NO

Continua

Intermitente

CONJUNTIVITIS

Mucosa → alérgica
Purulenta → bacteriana
Serosa/acuosa → vírica

OJO SECO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*)Traumático

Tinción con fluoresceína

-

+

Pupilas

Normales

Miosis
o sinequias

Midriasis

ESCLERITIS

UVEÍTIS

GLAUCOMA AGUDO
ÁNGULO CERRADO

QUERATITIS/
EROSIÓN
CORNEAL

ÚLCERA
CORNEAL

OJO ROJO



¿Dolor y/o pérdida de visión?

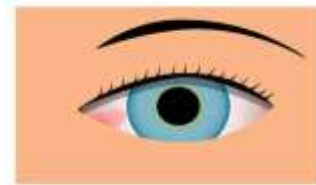
NO

Tipo de enrojecimiento

Focal

Predominantemente Nasal

**PINGUÉCULA
PTERIGION**



Pinguecula



Pterygium

Pred.Temporal

EPIESCLERITIS

CONJUNTIVITIS

Difuso

¿Secreción conjuntival?

SÍ

OJO SECO

NO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA



Pterigium/pinguécula

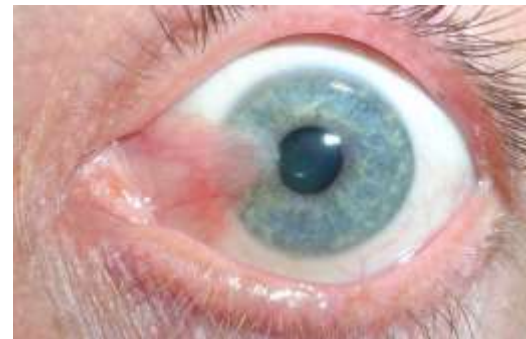
Lesión fibrovascular de tejido degenerativo conjuntival que crece en forma de ▲.
Ojo rojo no doloroso. Excepción: úlcera de Dellen (manejo lágrimas artificiales).

Manejo:

- Pinguécula: SSF frío a demanda y lágrimas artificiales frecuentes
- Pterigium: SSF frío a demanda y lágrimas artificiales frecuentes. Derivación normal Oftalmología para valorar IQ.
- Medidas higiénicas: Protección de sol y sequedad (aire acondicionado, ventiladores).



Pinguécula



Pterigium



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

NO

Tipo de enrojecimiento

Focal

Nasal

PINGÜECULA
PTERIGION

Temporal

EPIESCLERITIS

Difuso

¿Secreción conjuntival?

sí

CONJUNTIVITIS

OJO SECO

NO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*)Traumático



Hiposfagma/hemorragia subconjuntival

Imprescindible distinguir si es **espontáneo o traumático**.

Mayoría: espontáneos y secundarios a maniobras de Valsalva o picos de HTA.

En ningún caso relacionado con PIO

Manejo:

- Control estricto presión arterial días sucesivos
- SSF frío + lágrimas artificiales frías

Ante hiposfagma traumático:

- Explorar muy bien
- Descartar posible perforación
- Si dudas → URGENCIAS OFTALMOLOGÍA





OJO ROJO



NO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

Tipo de enrojecimiento

Focal

Nasal

Temporal

PINGÜÍCULA
PTERIGION

EPIESCLERITIS



Difuso

¿Secreción conjuntival?

SÍ

Continua

Intermitente

OJO SECO

CONJUNTIVITIS

Mucosa → alérgica
Purulenta → bacteriana
Serosa/acuosa → vírica

NO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*) ≠ Traumático



Conjuntivitis

- Síntomas principales: sensación de cuerpo extraño (escozor), hiperemia conjuntival bulbar y tarsal, secreción.
- Difícil diferenciar origen: historia clínica + exploración (secreciones, síntomas y signos)
 - Adenopatía preauricular y AF ➡ VÍRICAS
 - Picor y quémosis conjuntival, rinitis ➡ ALÉRGICAS
 - Secreción purulenta/verdosa ➡ BACTERIANAS





Conjuntivitis. Tratamiento

❖ Tratamiento no farmacológico:

- Lavado y secado frecuente de manos
- No compartir utensilios de maquillaje/ cosmética
- **No utilizar lentes de contacto**
- No compartir toallas
- Lavar párpados con gasas o pañuelos de un solo uso





Conjuntivitis. Tratamiento farmacológico

❖ Conjuntivitis alérgicas:

- SSF frío + lágrimas artificiales frías (pref con ectoína).
- + antihistamínicos tópicos (Azelastina, Levocabastina, Bilastina, Olopatadina...)
- + antihistamínicos orales.

❖ Conjuntivitis víricas:

- SSF frío + lágrimas artificiales frías
- + Ozonest (aceite ozonizado en liposomas) 4 veces/día 10 días.
- Si no mejoría + edema palpebral importante/inflamación importante → Urgencias Oftalmología descartar pseudomembranas.



Conjuntivitis. Tratamiento farmacológico

- ❖ Conjuntivitis bacterianas: Antibiótico tópico
 - Aminoglucósidos: Tobramicina 3-4 veces/día
 - Eritromicina pomada (niños o aplicación nocturna)
 - Fluorquinolonas: Ofloxacino/Moxifloxacino/Ciprofloxacino: más graves, **lentes de contacto**, sospecha de resistencias bacterianas.
 - Sospecha gonococia/Chlamydia (MUY purulenta) → Urgencias Oftalmología



OJO ROJO

NO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

SÍ



Tipo de enrojecimiento

Focal

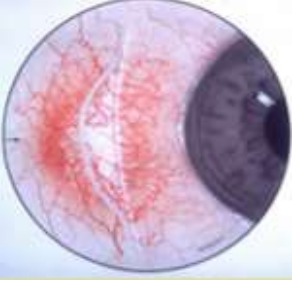
Difuso

Pred. Nasal

Pred. Temporal

PINGÜECULA
PTERIGIO

EPIESCLERITIS



¿Secreción conjuntival?

SÍ

NO

OJO SECO

¿Colección hemática?

CONJUNTIVITIS

HIPOSFAGMA

(*) ≠ Traumático

Tinción con fluoresceína

-

+

Pupilas

Normales

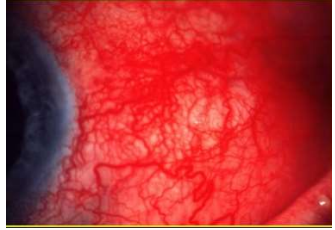
Miosis
o sinequias

Midriasis

ESCLERITIS

UVEÍTIS

GLAUCOMA AGUDO ÁNGULO CERRADO



QUERATITIS

EROSIÓN/
ÚLCERA
CORNEAL



Escleritis/epiescleritis

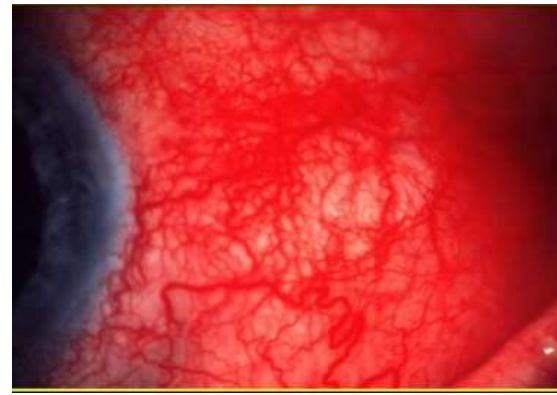
- **Epiescleritis:** hiperemia sectorial nasal o temporal. Frecuente. Cursa por brotes.
 - Manejo: SSF frío + lágrimas artificiales frías + AINE oral si no contraindicación + pauta corta CTC tópico (ej: FML 3 veces/día 3 días, 2 veces/día 3 días, 1 vez/día 3 días).
- **Escleritis:** infrecuente. Dolor intenso. Asociado enfermedades autoinmunes.
 - Manejo→URGENCIAS OFTALMOLOGÍA



Epiescleritis



Epiescleritis nodular



Escleritis



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

SÍ

Tinción con fluoresceína

-

Pupilas

Normales

ESCLERITIS

Miosis
o sinequias

UVEÍTIS

Midriasis

GLAUCOMA AGUDO ÁNGULO
CERRADO

+

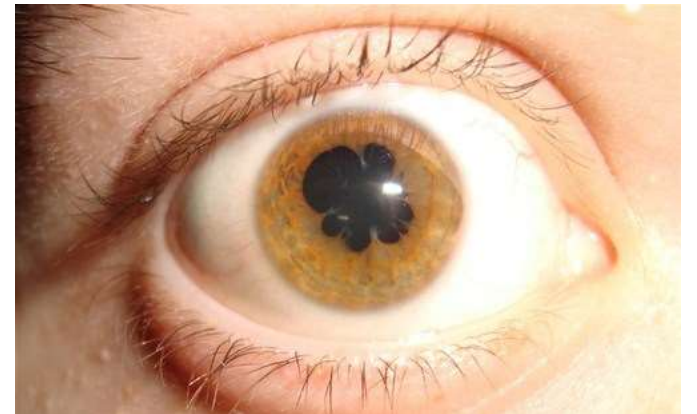
QUERATITIS

EROSIÓN/
ÚLCERA
CORNEAL



Uveítis

- Ojo rojo doloroso +/- pérdida de agudeza visual/visión borrosa
- Pupilas mióticas o sinequias pupilares
- Historia clínica:
 - Dolor con la luz y a la visión cercana
 - ¿Factores de riesgo? Enfermedades autoinmunes/espondiloartropatías.
 - ¿Episodios previos? Enfermedad inflamatoria recurrente.
- Manejo: ante sospecha → URGENCIAS OFTALMOLOGÍA





OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

SÍ

Tinción con fluoresceína

-

Pupilas

Normales

ESCLERITIS

Miosis
o sinequias

UVEÍTIS

Midriasis

**GLAUCOMA AGUDO
ÁNGULO CERRADO**

+

QUERATITIS

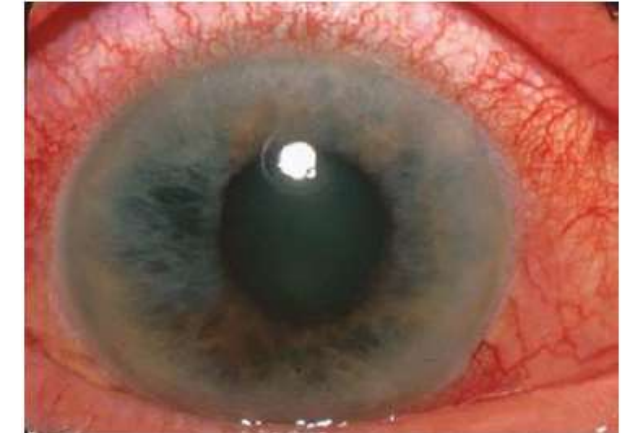
EROSIÓN/
ÚLCERA
CORNEAL





Glaucoma agudo ángulo cerrado

- Ojo rojo MUY DOLOROSO con mal estado del paciente, cortejo vegetativo. Dolor “de clavo”
- + pérdida de agudeza visual (edema corneal)
- Pupila midriasis media arreflécticas.
- Ojo pétreo (a la tonometría digital)
- Manejo: sospecha → URGENCIAS OFTALMOLOGÍA



Fuente: Gloucoma [Internet]. Wikipedia. 2011. <https://pap.wikipedia.org/wiki/Gloucoma>.



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

SÍ

Tinción con fluoresceína

-

Pupilas

Normales

ESCLERITIS

Miosis
o sinequias

UVEÍTIS

Midriasis

GLAUCOMA AGUDO ÁNGULO
CERRADO

QUERATITIS/
EROSIÓN
CORNEAL

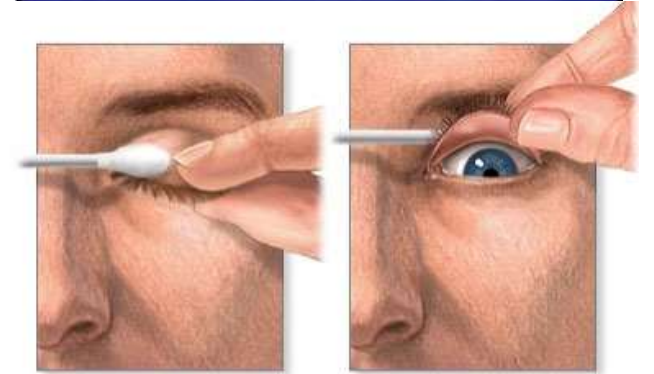
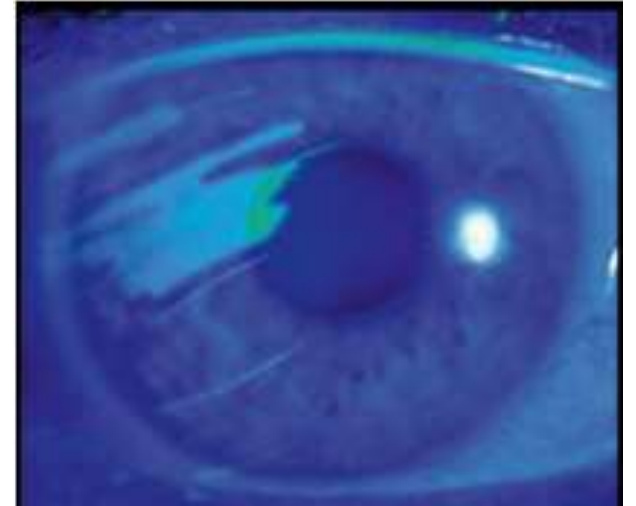
ÚLCERA CORNEAL

+



Erosiones corneales

- Ojo rojo DOLOROSO+ Tinción con fluoresceína POSITIVA.
- Manejo:
 - SSF frío + lágrimas artificiales frías
 - No ocluir. NO anestésico tópico domiciliario. NO CTC tópico.
 - Antibiótico tópico (= conjuntivitis bacterianas)
 - Si cuerpo extraño subtarsal → erosiones lineales → retirada CE + ATB tópico profiláctico + SSF frío + rev 24/48h
 - Si gran tamaño/causadas por plantas/lentes de contacto → URGENCIAS OFTALMOLOGÍA





Queratitis

- Ojo rojo DOLOROSO +/- alteración agudeza visual
- Queratitis punctata superficial: causada por sequedad ocular. Manejo: SSF frío + lágrimas artificiales frías + derivación a Oftalmología normal si síntomas persistentes
- Queratitis actínicas (de los soldadores): si se descarta cuerpo extraño. Manejo: SSF frío + lágrimas artificiales frías + oclusión + analgesia vía oral +/- ciclopléjico 1% 1 gota/12h (Ciclopentolato).
- Queratitis de otro origen → URGENCIAS OFTALMOLOGÍA

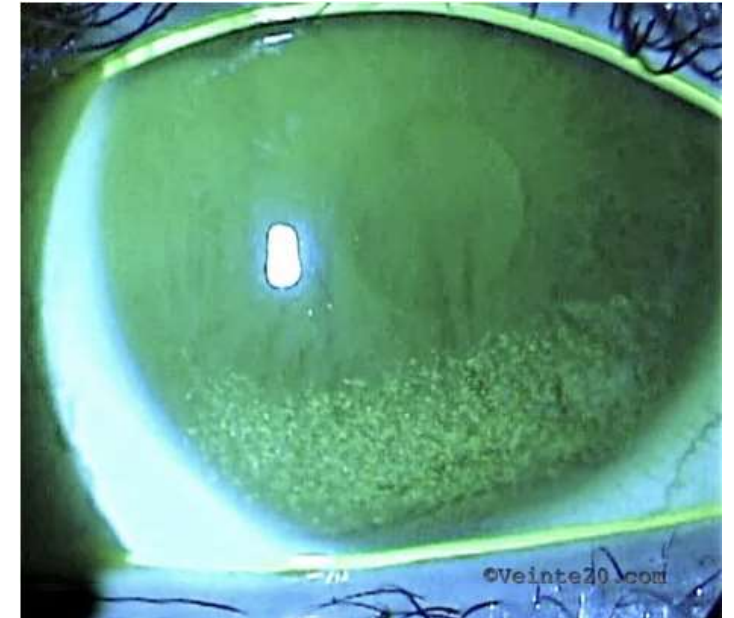


Imagen tomada Internet: propiedad de Veinte20.com; ©Javier González-Cavada, 2016

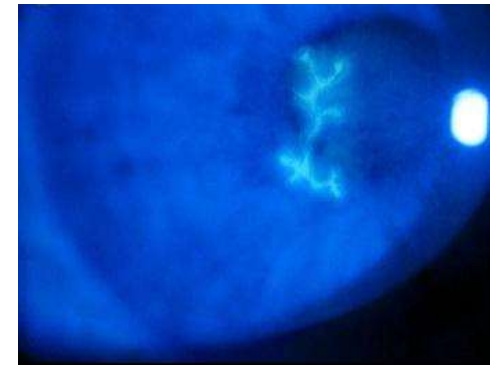


Úlceras corneales

- Ojo rojo DOLOROSO +/- alteración agudeza visual
- Tinción con fluoresceína POSITIVA
- Manejo: Derivación URGENCIAS OFTALMOLOGÍA
 - Tratamiento según origen. No ocluir. NO anestésico tópico domiciliario. NO CTC tópico.



Úlcera infiltrada->URG OFTALMOLOGÍA



Úlcera dendritiforme: herpes



OJO ROJO

¿Dolor y/o pérdida de visión?

NO

SÍ

Tipo de enrojecimiento

Focal

Difuso

Pred. nasal

Pred. temporal

PINGÜECULA
PTERIGION

EPIESCLERITIS

(*)dolorimiento

¿Secreción conjuntival?

SÍ

NO

Continua

Intermitente

CONJUNTIVITIS

Mucosa → alérgica
Purulenta → bacteriana
Serosa/acuosa → vírica

OJO SECO

¿Colección
hemática?

HIPOSFAGMA

(*)Traumático

Tinción con fluoresceína

-

+

Pupilas

Normales

Miosis
o sinequias

Midriasis

ESCLERITIS

UVEÍTIS

GLAUCOMA AGUDO
ÁNGULO CERRADO

QUERATITIS/
EROSIÓN
CORNEAL

ÚLCERA
CORNEAL



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

¿Cómo utilizar los colirios y pomadas oftálmicas?

Recomendaciones generales

1. Nunca compartir colirios ni pomadas oftálmicas.
2. El gotero o puntero del frasco nunca debe contactar con ninguna superficie. (ojo, dedos...)
3. Conservar en lugar fresco y seco, y al abrigo de la luz.
4. Una vez abierto, los colirios tienen una duración limitada, máximo un mes.
5. Mantener fuera del alcance de los niños.
6. No prolongar el tratamiento más tiempo del indicado por el médico.

Casos concretos

1. Cuando deban administrarse más de un colirio a la vez, deberán administrarse con una diferencia de 5-10 minutos entre uno y otro.
2. Si se ha de administrar más de una gota del mismo colirio, separar una de la otra 2 minutos.

3. Cuando coincida la aplicación de un colirio y la de una pomada, poner siempre primero el colirio y a los 5-10 minutos la pomada.
4. El cloruro de benzalconio utilizado como conservante en algunos colirios tiñe las lentes de contacto blandas, por lo que deben quitarse antes de aplicar el colirio y esperar al menos 20 minutos para volver a ponérselas.





Administración de colirios

1. Lavar las manos con agua y jabón.
2. Agitar el frasco si fuera necesario.
3. Ponerse el colirio delante de un espejo.
4. Poner la gota de colirio, bajando el párpado inferior y teniendo cuidado de que no tocar el ojo con el gotero.
5. Cerrar el ojo unos instantes y eliminar el líquido sobrante con una gasa limpia
6. Durante el embarazo, presionar durante un minuto el saco lagrimal para evitar la absorción sistémica del medicamento.
7. Cerrar perfectamente el envase.
8. Lavar de nuevo las manos con agua y jabón.

Administración de pomadas oftálmicas

1. Lavar las manos con agua y jabón.
2. Aplicar la cantidad de pomada oftálmica equivalente a un grano de arroz delante del espejo, bajando el párpado inferior.
3. Para que el puntero del envase no toque con la superficie del ojo, rotar el tubo para desprender el filamento de pomada.
4. Cerrar el párpado y realizar un ligero masaje.

Actualizado: 10 de Junio de 2024

5. Cerrar perfectamente el envase.
6. Lavar de nuevo las manos con agua y jabón. Lavar las manos con agua y jabón.

¿Cómo debo almacenar o desechar este medicamento?

Mantenga este medicamento en su envase original, perfectamente cerrado y fuera del alcance de los niños.

Lea detenidamente las condiciones particulares de conservación, pueden variar una vez abierto el envase.

Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Deposite los  ases y los medicamentos que no necesita en el Punto SIGRE de la farmacia.

Informe a su médico o consulte con el Servicio de Farmacia si experimenta síntomas graves o que no desaparecen, y si nota otros efectos secundarios que cree son causados por este medicamento.



Conclusiones

- El ojo rojo es el motivo de consulta oftalmológica más común en AP.
- Siempre sospechar gravedad si dolor o disminución de AV.
- Los casos graves son los menos frecuentes, pero resulta imprescindible diagnosticarlos a tiempo y remitirlos para valoración por oftalmología.



Bibliografía

Madrigal-Laguía P, Merino-Barriuso P, Torrubia-Fernández MJ, Martín-González J. Qué hacer ante un ojo rojo. FMF. 2005.

Trueba A, Ramón JL. Ojo rojo. AMF 2013;9(11):634-640

Sánchez-Sánchez JA, Rubira-López DJ. Ojo rojo. AMF 2022;18(10):601

