



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Compendio de patologías oftalmológicas

Elaborado por
Especialistas en Oftalmología

No. 185



**Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia
(GPC-BE) No. 185**

Compendio de patologías oftalmológicas

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas
en la Evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia
(GPC-BE)
GPC-BE No. 185 Compendio de patologías oftalmológicas
Edición 2025; págs. 58
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 6849 del 09 de mayo de 2025

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-99939-56-03-7

© Derechos Reservados-IGSS-2025

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Miguel Rubén Aguirre Palencia

Médico especialista en Oftalmología
Unidad de Consulta Externa de
Especialidades Médico-Quirúrgicas Gerona

Ana Gabriela Sosa Palencia

Médico especialista en Oftalmología
Unidad de Consulta Externa de
Especialidades Médico-Quirúrgicas Gerona

José Alfredo Méndez Orellana

Médico especialista en Oftalmología
Hospital General de Accidentes Ceibal

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

Dr. Rudy Manuel López y López

Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir, económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

El desarrollo y publicación de Guías de Práctica Clínica, así como el presente compendio, pretenden disminuir la variabilidad de la práctica diaria y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica que pertenece a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de facilitar a los profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, este compendio, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta institución.

Comisión de Guías de Práctica Clínica, IGSS, Guatemala, 2025

Índice

Introducción	01
Objetivos	03
Metodología	05
Contenido	07
Conjuntivitis	07
Queratitis y úlcera corneal	13
Defectos refractivos	19
Pterigi3n	21
Chalaz3n	25
Blefaritis	27
Uve3tis	29
Obstrucci3n de v3a lagrimal	33
Ojo seco	35
Cataratas	39

01

Introducción

La presente publicación comprende una serie de temas que se exponen de manera resumida, con el propósito de constituirse en una herramienta de consulta rápida pero certera, acerca de patologías asociadas a las especialidades relacionadas al área de Oftalmología; es decir, aquellas que afectan al globo ocular y sus anexos (párpados y vía lagrimal).

El cuidado y la prevención de las patologías oftalmológicas inciden directa o indirectamente en la función visual, importante para la interacción con el ambiente. Esperamos que este esfuerzo contribuya al bienestar visual de los pacientes del IGSS y de otras instituciones de salud.

Los temas no se desarrollan de manera exhaustiva, pero ofrecen información básica, permiten un punto de partida y orientan para continuar en el enfoque diagnóstico, la terapéutica básica y decidir acerca de la referencia a otras instancias dentro del sistema de salud propio del IGSS; es aplicable, eventualmente, en otros organismos que ofrecen atención médica.

Se desea que la lectura y aplicación de esta publicación se traduzca en la buena atención a los pacientes que acuden a las diferentes unidades de atención; asimismo, anime a los profesionales para participar en publicaciones científicas similares y en el futuro, retroalimentar esta información, promover su renovación, ampliación y actualización en nuevas ediciones.

02

Objetivos

General

Proponer pautas de evaluación, tratamiento y seguimiento para algunas de las patologías más frecuentes asociadas a las especialidades de oftalmología.

Específicos

- Definir las patologías correspondientes a la especialidad de oftalmología.
- Describir las pautas de diagnóstico.
- Identificar los requerimientos para el tratamiento de cada patología.
- Orientar de manera esquemática acerca de la referencia contra referencia de las pacientes para su seguimiento.
- Facilitar la lectura y estudio para los profesionales en formación, personal para médico y especialistas.

03 Metodología

Estrategia de búsqueda: consulta en materiales electrónicos y otras fuentes bibliográficas como revistas médico-científicas, libros de texto, guías de práctica clínica, entre otras.

Población diana: pacientes adultos y niños que asisten a las diferentes unidades de atención del IGSS.

Usuarios del compendio: profesionales médicos generales y especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, personal paramédico que prestan sus servicios en las diferentes unidades del IGSS y de otras instituciones de salud.

Implicaciones para la práctica: el presente compendio tiene como objetivo establecer recomendaciones de manera resumida, fundamentadas en literatura científica actualizada.

Fechas de elaboración, revisión y año de publicación del presente compendio:

Elaboración de enero a abril de 2025

Revisión: 2025

Publicación: 2026

04

Contenido

1. Conjuntivitis

Definición

Patología inflamatoria de la conjuntiva ocular ocasionada por procesos infecciosos, alérgicos, quirúrgicos, traumáticos, entre otros.

Diagnóstico

Clínico: se evidencia por irritación, congestionamiento, hemorragias, secreciones, etc. en la conjuntiva ocular

Laboratorio: frotos de Gram, cultivos de secreciones, pruebas de KOH, frotos de secreción, tinción de GIEMSA, etc.

Por imágenes: registro fotográfico del segmento anterior ocular.

Pautas de tratamiento según diagnóstico

El tratamiento es médico, con uso de antibióticos tópicos, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos. En casos severos también se pueden indicar antiinflamatorios por vía oral.

Conjuntivitis viral

- Antibiótico de primera elección como tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 7 días por riesgo de sobreinfección (código Listado Básico de Medicamentos, LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio no esteroideo como diclofenaco 0.1% 1 gota cada 12 horas por 7 días (código LBM IGSS 1383)
- De referencia y contrarreferencia

Conjuntivitis bacteriana

- Leve: antibiótico tobramicina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Moderada: antibiótico ciprofloxacina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 2030)
- Severa: antibiótico moxifloxacino solución oftálmica 0.5 % 1 gota cada 3 o 4 horas por 1 a 2 semanas. Antibiótico tobramicina ungüento concentración 0.3 % o cloranfenicol ungüento 1% cada 12 horas o en HS. En casos pediátricos utilizar eritromicina solución oftálmica 10 mg/ml o eritromicina ungüento 0.5% cada 8 a 12 horas. (código LBM IGSS 10529, 136, 13, 168, 167)

**Conjuntivitis
autoinmune**

- Antibiótico de primera línea como tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 semana. (código LBM IGSS 135)
- Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes. (código LBM IGSS 10528)
- Esteroides tópicos dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 semanas. (código LBM IGSS 1234)

**Conjuntivitis
alérgica**

- Antialérgico tópico ketotifeno fumarato 0.025% 1 gota cada 12 horas por 1 o 2 meses o según evolución. (código LBM IGSS 171)
- Esteroides tópicos dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 semanas. (código LBM IGSS 1234)
- Antiinflamatorio no esteroideo tópico diclofenaco 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 semanas. (código LBM IGSS 1383)

**Conjuntivitis
traumática**

- Antibiótico tópico: tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 1234)
- Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 211)

Conjuntivitis hemorrágica

- Antibiótico tópico tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semana. (código LBM IGSS 1234)
- Vasoconstrictor tópico nafazolina más feniramina maleato solución oftálmica 0.025% más 0.3% 1 gota cada 12 horas por 1 mes. (código LBM IGSS 1215)

Conjuntivitis química

- Antibiótico tópico tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas. (código LBM IGSS 1234)
- Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas. (código LBM IGSS 211)

Complicaciones

Resistencia bacteriana a medicamentos y conjuntivitis crónica, entre otras.

Referencias bibliográficas

- Arrfa RC, Grayson B. Enfermedades de la córnea 4ta ed. Madrid; 2006
- Bendezu Loyola A et al. Enfermedades de los párpados y conjuntiva en Oftalmología, Edit Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2000
- Orden Martinez B., Martinez Ruiz, et al., Bacterial Conjunctivitis: Most prevalent Pathogens and Their Antibiotic Sensitivity. An Pediatric (Barc) 2004
- Rose, Harnden A., Brueggemann AB. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care, a randomized double-blind placebo controlled trial; Lancet. 2005

2. Queratitis y úlcera corneal

Definición

Proceso inflamatorio del segmento anterior del ojo en diferentes grados de severidad. Tiene como complicaciones la presencia de abscesos o de úlceras corneales.

Diagnóstico

Clínico: presencia de lesiones de diferentes magnitudes en segmentos de la córnea, con defectos en el epitelio cuando son lesiones superficiales. Según la severidad pueden ser más profundas y abarcar estroma o capas más profundas de la córnea, que pueden llegar a perforación ocular.

Laboratorio: frotos de Gram, cultivos de secreciones, pruebas de KOH, frotos de secreción, tinción de GIEMSA.

Por imágenes: registro fotográfico del segmento anterior, USG ocular modo B, entre otros.

Pautas de tratamiento según diagnóstico

Médico: uso de antibióticos tópicos, antifúngicos preparados con lubricantes para uso tópico, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos. En casos severos antiinflamatorios vía oral, uso de lentes de contacto blandos como vendaje o parche ocular.

Quirúrgico: utilización de procedimientos como colgajos conjuntivales o parches esclerales, trasplante de córnea tectónico o con fin visual cuando hay afección o secuela severa.

Queratitis viral

- Antibiótico tópico tobramicina 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semana. (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio no esteroideo diclofenaco sódico 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 1383)
- Antiviral como aciclovir oftálmico ungüento 2.5% - 3 % 1 gota cada 6 horas por 2 a 3 semanas. (código LBM IGSS 1233)
- Vasoconstrictor nafazolina más feniramina maleato 0.025% más 0.3% 1 gota cada 12 horas por 2 a 3 semanas. (código LBM IGSS 1215)

Queratitis bacteriana

- Leve: antibiótico tobramicina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Moderada: antibiótico ciprofloxacina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 2030)
- Severa: antibiótico moxifloxacino solución oftálmica 0.5 % 1 gota cada 3 o 4 horas por 1 a 2 semanas; antibiótico tobramicina ungüento concentración 0.3% o cloranfenicol ungüento 1% cada 12 horas o en HS. En casos pediátricos utilizar eritromicina solución oftálmica 10 mg/ml o eritromicina ungüento 0.5% cada 8 a 12 horas. (código LBM IGSS 10529, 136, 168, 167)
- Antiinflamatorio tópico no esteroideo diclofenaco sódico 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 meses. (código LBM IGSS 1383)

**Queratitis
química**

- Antibiótico tópico tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas. (código LBM IGSS 131234)
- Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas (código LBM IGSS 211)

**Queratitis
autoinmune**

- Antibiótico de primera línea como tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 semana. (código LBM IGSS 135)
- Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes (código LBM IGSS 10528)
- Esteroides tópicos dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 semanas. (código LBM IGSS 1234)

**Queratitis
traumática**

- Antibiótico tópico: tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 1234)
- Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 211)

Úlcera viral

- Antibiótico tópico tobramicina 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semana (código LBM IGSS 135)
- Antiinflamatorio no esteroideo diclofenaco sódico 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 1383)
- Antiviral como aciclovir oftálmico ungüento 2.5% - 3 % 1 gota cada 6 horas por 2 a 3 semanas (código LBM IGSS 1233)
- Vasoconstrictor nafazolina más feniramina maleato 0.025% más 0.3% 1 gota cada 12 horas por 2 a 3 semanas (código LBM IGSS 1215)
- Antiviral vía oral aciclovir 200 mg cada 8 horas por 2 a 3 semanas (código LBM IGSS 126)

Úlcera bacteriana

- Leve: antibiótico tobramicina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 135)
- Moderada: antibiótico ciprofloxacina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 4 a 6 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 2030)
- Severa: antibiótico moxifloxacina solución oftálmica 0.5 % 1 gota cada 3 o 4 horas por 1 a 2 semanas. Antibiótico tobramicina ungüento concentración 0.3% o cloranfenicol ungüento 1% cada 12 horas o en HS. En casos pediátricos utilizar eritromicina solución oftálmica 10 mg/ml o eritromicina ungüento 0.5% cada 8 a 12 horas (código LBM IGSS 10529, 136, 168,167)
- Antiinflamatorio tópico no esteroideo diclofenaco sódico 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 meses (código LBM IGSS 1383)

Úlcera química	• Antibiótico tópico tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 135) • Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas (código LBM IGSS 1234) • Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 2 a 4 semanas (código LBM IGSS 211)
Úlcera autoinmune	• Antibiótico de primera línea como tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 semana (código LBM IGSS 135) • Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes (código LBM IGSS 10528) • Esteroide tópico dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 2 semanas (código LBM IGSS 1234)
Úlcera traumática	• Antibiótico tópico tobramicina solución oftálmica 0.3% 1 gota cada 8 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 135) • Antiinflamatorio esteroideo dexametasona 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 1234) • Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas (código LBM IGSS 211)

Complicaciones

Falla o resistencia a medicamentos, procesos inflamatorios sobreagregados, úlceras profundas con perforaciones oculares, endoftalmitis, leucomas secundarios a procesos inflamatorios con falla visual.

Referencias bibliográficas

- Farahani M, Patel R, et al.; Infectious corneal ulcers. Dis Mon. 2017, Feb; Vol. 63
- Hernández Camarena, Julio: Queratitis infecciosas: tendencias microbiológicas y sensibilidad a antibióticos. Primer reporte anual del Grupo de Estudio de Microbiología Ocular del Instituto de Oftalmología “Conde de Valenciana”. Revista Mexicana de Oftalmología Vol.86. Num.4 páginas 213-222

3. Defectos refractivos

Definición

Alteraciones en la visión normal considerada emetropía, por condiciones que causan una percepción anómala de la imagen en la retina.

Diagnóstico

Clínico: síntomas referido por el paciente como visión borrosa de lejos, cerca, distorsión de la imagen, ardor de ojos, cansancio ocular, fotofobia, cefalea, etc.

Por imágenes: tomografía corneal, queratometrias, refracción computarizada, etc.

Tratamiento

Médico: corrección con gafas, lentes de contacto, etc.

Quirúrgicos: procedimientos refractivos laser, anillos estromales, lentes intraoculares, trasplante de córnea, etc.

Diagnóstico

- Miopía (problema de mala visión a distancia)
- Hipermetropía (problema de mala visión cercana y a distancia)
- Astigmatismo (problema de distorsión de imagen cercana y a distancia)
- Queratocono (astigmatismo alto asociado a deformidad de la córnea degenerativo)
- Presbicia (problema de mala visión cercana en personas mayores de 40 años)
- Formas mixtas
- Formas especiales de corrección en casos de niños con cataratas congénitas o traumáticas en adultos y niños.

Pautas de tratamientos según diagnóstico

No quirúrgico	Quirúrgico
• Uso de lentes cóncavos, convexos, mixtos, según el defecto refractivo • Lentes de contacto blandos, rígidos, gas permeable, esclerales.	• Lentes Intraoculares • Cirugía refractiva con láser • Anillos estromales • Queratoplastia penetrantes

Complicaciones

Prescripción errónea para corrección con lentes del defecto refractivo; ambliopía por derivación al no corregir apropiadamente defecto refractivo; infecciones por uso inapropiado de lentes de contacto, infecciones postoperatorias (conjuntivitis, queratitis, úlceras corneales, endoftalmitis, desprendimiento de retina)

Referencias bibliográficas

- Pérez Flores, I.: Tratamiento médico de la miopía, Acta Estrabológica Vol.XLVII,Julio-Diciembre 2018;2:79-94.
- Rivas Portillo, D. et.al: Astigmatismo. Revista de Actualización Clínica Investiga. Rev.Act.Clin.Med V19 La Paz Abr.2012

4. Pterigión

Definición

Es la inflamación o engrosamiento de la conjuntiva debido a la exposición de la luz solar en su mayoría u otro tipo de luz artificial.

Diagnóstico

Clínico: examen en lámpara de hendidura

Pauta de tratamientos según diagnóstico

- **Médico:** uso de lubricantes para uso tópico en solución oftálmica y en gel, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos.

En todos los casos se puede prescribir	• Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 4 a 8 horas siempre uso crónico. (código LBM IGSS 211) • Ácido poliacrílico al 0.2% tubo de 10 gramos: aplicar antes de dormir en ambos ojos siempre uso crónico. (código LBM IGSS 1239) • Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes (código LBM IGSS 10528)
No inflamado	• Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 4 a 8 horas siempre uso crónico. (código LBM IGSS 211) • Ácido poliacrílico al 0.2% tubo de 10 gramo: aplicar antes de dormir en ambos ojos siempre uso crónico. (código LBM IGSS 1239)

Inflamado leve	• Vasoconstrictor nafazolina más feniramina maleato 0.025% más 0.3% 1 gota cada 12 horas por 2 a 3 semanas. (código LBM IGSS 1215) • Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 4 a 8 horas siempre uso crónico (código LBM IGSS 211)
Inflamado moderado	• Antiinflamatorio tópico no esteroideo diclofenaco sódico 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes. (código LBM IGSS 1383) • Antiinflamatorio esteroideo acetato de fluorometalona al 0.1% 1 gota cada 6 horas por 3 días, cada 8 horas por 3 días, cada 12 horas por 3 día y suspender. (código LBM IGSS 1214) • Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 4 a 8 horas siempre uso crónico (código LBM IGSS 211)
Inflamado severo	• Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 4 a 8 horas siempre uso crónico. (código LBM IGSS 211) • Esteroide tópico dexametasona 0.1% 1 gota cada 6 horas por 3 días, cada 8 horas por 3 días, cada 12 horas por 3 días y suspender (código LBM IGSS 1234)

- **Quirúrgicos:** pterigectomía con y sin injerto.

Complicaciones

Puede existir glaucoma secundario a esteroide por automedicación.

Referencias bibliográficas

- Chacon Barantes, E.: Pterygium: modern concepts and management; Revista Medica Sinergia Vol 6, No. 12, Diciembre 2021, <https://doi.org/10.31434/lms.v6i12.740>
- Espinal Guillen, D.; Pterigion, una guía practica de diagnóstico y tratamiento; Revista Médica Hondureña, Vol 63, No.5, 1995, <https://www.revistamedicahondureña.hn/assets/uploads/Vol63-3-1995-7.pdf>

5. Chalazión

Definición

Es la obstrucción aguda o crónica de las glándulas del borde de los párpados superior e inferior.

Diagnóstico

Clínico: inflamación y edema generalizado al inicio de los síntomas y luego se circunscribe en determinada glándula.

Pautas de manejo según diagnóstico

- **Médico:** lienzos tibios sobre el párpado inflamado. Antibiótico más esteroide tópico en ungüento.

Agudo	• Ungüento de hidrocortisona y cloranfenicol, ungüento oftálmico 0.1% y 0.1%, tubo de 3 a 5 gramos 3 veces al día por 1 semana, 2 veces al día por 3 días y luego 1 vez al día por 3 días y suspender. (código LBM IGSS170)
Crónico	• Inyección intralesional 0.1 cc de triamcinolona acetónido suspensión inyectable 40 mg/1ml o acetato de metilprednisolona suspensión acuosa inyectable 40 mg/1ml (código LBM IGSS 324) y/o cirugía de curetaje de chalazión.

- **Quirúrgico:** infiltración intralesional de esteroide y/o curetaje de chalazión

Complicaciones

Celulitis preseptal si no se trata a tiempo.

Referencias bibliográficas

- Izak F., Wessels, MBBCh, Mmed, Chalazion presentación clínica. Editor. Hampton Sr Roy, 2011
- Jordan Gary, Beier Kevin, Chalacion, StatPearls, Julio 2023
- Kierstan Boyd, What is the Difference Between a Styel and a Chalazion? Causes, Symptoms, Treatment, American Academy of Ophthalmology, March 2025.

6. Blefaritis

Definición

Inflamación aguda o crónica del borde de los párpados superiores e inferiores, asociado a irritación ocular.

Diagnóstico

Clínico: inflamación y eritema en borde del párpado, collaretes (caspa) entre las pestañas, pérdida de pestañas.

Otro: microscopía de pestañas.

Pautas de manejo según diagnóstico

- **Médico:** antibióticos más esteroides en ungüento, lubricantes, higiene de pestañas con soluciones estériles.

En todos los casos	• Lubricante carboximetilcelulosa sódica 0.5% 1 gota cada 12 horas por 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 211) • Higiene de pestañas con solución estéril
Leve	• Ungüento de tobramicina al 0.3%: aplicar en párpados cada 8 horas durante 1 a 2 semanas. (código LBM IGSS 136)
Moderado	• Ungüento de hidrocortisona y cloranfenicol, ungüento oftálmico 0.1% y 0.1%, tubo de 3 a 5 gramos aplicar en párpados cada 8 horas durante 1 a 2 semanas y suspender. (código LBM IGSS 170)

Severo

- Ungüento de hidrocortisona y cloranfenicol, ungüento oftálmico 0.1% y 0.1%, tubo de 3 a 5 gramos aplicar en párpados cada 6 horas durante 2 semanas y suspender. (código LBM IGSS 170)

Complicaciones

Ninguna.

Referencias bibliográficas

- Auw – Haedrich C. Reinhard T. Chronic blepharitis. Pathogenesis, clinical features, and therapy. Ophthalmologe. 2007, Sept
- Bernardes TF, Bonfioli AA, Blepharitis. Semin. Ophthalmol. 2010 May
- Jackson WB. Blepharitis: Current strategies for diagnosis and management. Can J Ophthalmol. 2008 Apr
- Nemet AY, Vinker S. Kaiserman I. Associated Morbidity of Blepharitis. Ophthalmology 2011 Jan

7. Uveítis

Definición

Inflamación intraocular asociada a proceso infeccioso autoinmune.

Diagnóstico

Clínico: inflamación intraocular asociado a dolor, fotofobia y pérdida de agudeza visual de uno o ambos ojos.

Laboratorio: TORCH IgG igM, VIH, FTA-ABS, VDRL

Por imágenes: radiografía de tórax

Pautas de manejo según diagnóstico

Médico

Tratamiento de causa básica según etiología y tratamiento multidisciplinario con infectólogo.

Infeccioso

Antibiótico, antiparasitario, antiviral según etiología, esteroide vía oral y en solución oftálmica, midriáticos.

- Esteroide tópico dexametasona 0.1% 1 gota cada 3 horas por 1 semana, luego cada 4 horas por 1 semana; luego cada 6 horas por 1 semana; luego cada 8 horas por 1 semana, luego cada 12 horas por 1 semana y suspender (código LBM IGSS 1234)
- Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes (código LBM IGSS 10528)
- Tropicamida más clorhidrato de fenilefrina 0.8% y 5.0% solución oftálmica: 1 gota cada 8 horas por 5 semanas. (código LBM IGSS 10531)
- Prednisona por vía oral en casos severos 1 mg/kg/ día sin exceder 75 mg al día. (código LBM IGSS 323)

Autoinmunes

Inmunomodulador tópicos o sistémicos según el caso, esteroide vía oral y en solución oftálmica, midriáticos.

- Esteroide tópico dexametasona 0.1% 1 gota cada 3 horas por 1 semana, luego cada 4 horas por 1 semana; luego cada 6 horas por 1 semana, luego cada 8 horas por 1 semana, luego cada 12 horas por 1 semana y suspender. (código LBM IGSS 1234)
- Inmunomodulador como ciclosporina 0.1% 1 gota cada 12 horas por 1 mes. (código LBM IGSS 10528)
- Tropicamida más clorhidrato de fenilefrina 0.8% y 5.0% solución oftálmica: 1 gota cada 8 horas por 5 semanas. (código LBM IGSS 10531)
- Prednisona por vía oral en casos severo 1 mg/kg/ día sin exceder 75mg al día. (código LBM IGSS 10531)

Inmunomodulador sistémico indicado por reumatólogo

Vitrectomía más esteroides intravítreos en caso de inflamación severa, cultivo de material vítreo

Complicaciones

Catarata y glaucoma secundario, desprendimiento de retina.

Referencias bibliográficas

- Toro-Arango, O, et al. Diagnosis and treatment of uveitis by non-ophthalmologist physicians, NOVA, Colombia 2017
- Yanoff M, Duker J. Ophthalmology. Mechanisms of Uveitis. Elsevier, 2009

8. Obstrucción de vía lagrimal

Obstrucción de vía lagrimal aguda (dacriocistitis)

Definición

Es la obstrucción del drenaje de la vía lagrimal asociado o no a proceso infeccioso.

Diagnóstico

Clínico: aumento del lagrimeo generalmente unilateral, inflamación y dolor del área lagrimal, secreción al presionar saco lagrimal.

Laboratorio: gram y cultivo de secreción

Tratamiento

Médico: antibiótico tópico y/o sistémico, lienzo, masaje para drenar secreción.

Obstrucción de vía lagrimal crónica

Definición

Es la obstrucción del drenaje de la vía lagrimal.

Diagnóstico

Clínico: aumento del lagrimeo generalmente unilateral, secreción al presionar saco lagrimal.

Tratamiento

- Médico: antibiótico tópico, lienzo, masaje para drenar secreción.
- Quirúrgico: cirugía de dacriocistorrinostomía con tubo de silicón.

Pautas de manejo según diagnóstico

Agudo	Ciprofloxacina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 6 horas por 2 semanas. (código LBM IGSS 2030) Amoxicilina más clavulánico 500+125 mg 1 tableta cada 8 horas por 10 días. (código LBM IGSS 2030)
Crónico	Tobramicina solución oftálmica 0.3 % 1 gota cada 8 horas por 2 semanas mientras se realiza cirugía. (Código LBM IGSS 135)

Complicaciones

Celulitis preseptal

Referencias bibliográficas

- Benilde Fontoba-Poveda, et al, Dacriocistitis aguda y crónica. Diagnóstico y tratamiento, ScienceDirect, Agosto – septiembre 2022
- Kanski JJ, Sistema de drenaje lagrimal. En: Oftalmología clínica. 5 edición Madrid: Ediciones Elsevier 2004

9. Ojo seco

Definición

Patología que se presenta con mayor frecuencia en personas mayores. Es causada por producción insuficiente o nula de la lágrima.

Diagnóstico

Clínico: se caracteriza por la presencia de síntomas como sensación de cuerpo extraño, “arenita” en el ojo, de ardor o “quemazón”. Dificultad para abrir el ojo, presencia de lágrima escasa, con detritus. Se evalúa también midiendo el tiempo de ruptura del menisco lagrimal, (BUT) por debajo de 20 segundos. Si está más bajo de 10 segundos indica una disminución severa de la lágrima. Se puede cuantificar con el test de Schirmer; mediciones por debajo de 10 mm está baja. Con la tinción de rosa de Bengala puede apreciarse las áreas donde hay pérdida de células epiteliales en casos de ojo seco moderado o severo.

Valorar la calidad de la lágrima por imágenes.

Pautas de tratamiento según diagnóstico

Médico

Lubricantes tópicos

- Carboximetilcelulosa sódica al 0.5%. La dosis dependerá de la severidad del caso. Puede aplicarse tan frecuente como cada hora, Bid, Tid, Quid, etc. (código LBM IGSS 211)
- Metilcelulosa , 1 o 2 gotas, Bid, Tid, Quid, etc. (no codificado).
- Ácido poliacrílico, 0.2%, gel, la dosis dependerá de la gravedad del caso, regularmente se utiliza Bid, Tid, o Quid. (código LBM IGSS 1239)
- Ciclosporina solución oftálmica al 0.1%. Es un inmunorregulador que puede ser utilizado en

Médico	casos de ojo seco moderado /severo 1 gota cada 12 horas según evolución clínica. (código LBM IGSS 10528) • Recientemente se ha valorado el uso de complejos multivitamínicos como omega 3, que ha mejorado los síntomas asociados a síndrome de ojo seco. (no codificado) • Antibióticos tópicos en casos donde hay asociado un proceso infeccioso. • Además, se recomienda la ingesta de abundante agua y el parpadeo frecuente para estimular la producción de lágrima.
No quirúrgico	Colocación de tapones de silicón o colágeno para ocluir temporalmente los puntos lagrimales. Hay diferentes medidas según el diámetro del agujero lagrimal. Pueden durar semanas o incluso 1 año, dependiendo del material utilizado.
Quirúrgico	Oclusión permanente de los puntos lagrimales con sutura con la finalidad que permanezca la mayor parte del tiempo la escasa lágrima que produce la glándula lagrimal. A veces puede recurrirse a la cauterización de los mismos.

Complicaciones

Las más frecuentes del ojo seco pueden variar desde infecciones (queratoconjuntivitis) de grado variable hasta la formación de defectos epiteliales “Dellen”, o bien perforaciones corneales en casos severos. También pueden presentarse opacidades o vascularización en córnea en casos severos no tratados asociados a procesos inmunes.

Referencias bibliográficas

- Mendoza, I.: Síndrome de ojo seco. Una revision de la literatura: Rev Fcc Med (Mex) Vol 64 No. 5 Ciudad de Mexico Sep/Oct 2021. Epub 03, Feb 2022, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextSpid=50026-17422021000500046
- Perez Fernandez, A., et al: Enfermedad del ojo seco, Rev. Cubana de Oftalmología, vol 35 No.3, Ciudad de la Habana, Julio Septiembre 2022. Epub Sep 2022
- Kantor, A.: Actualizacion clinica en ojo seco por el médico no oftalmologo; Revista Médico Clínica Los Condes Vol 21 No 6, Tema Central: Oftalmología
- Dorado, M. I, et al; Síndrome del ojo seco, National Center for Biotechnology Information National Library of Medicine, 29 de Febrero de 2024.

10. Cataratas

Definición

Son opacidades o pérdida de la transparencia normal del lente o cristalino del ojo de grado y localización variable. Puede ser supranuclear, nuclear, cortical, periférica, subcapsular anterior, posterior, de intensidad leve, moderada y severa. Puede afectar la visión normal de leve a severa, provocar ceguera, incluso hipermadura.

Según grupo etario, puede ser: congénita, infantil, juvenil, presenil o senil. Puede ser secundaria a patologías de tipo infeccioso, inmunes, medicamentosas (uso de esteroides orales), secundaria a traumas o por procedimientos quirúrgicos intraoculares.

Diagnóstico

Clínico: el paciente refiere visión de halos de colores, “glare”, imagen borrosa, distorsión, visión doble o diplopía, percepción alterada de los colores, etc. De grado leve a severo, uni o bilateral.

Examen en clínica

- Test de agudeza visual con el proyector o cartilla de Snellen.
- En la refracción, puede percibirse la distorsión del reflejo retiniano por la opacidad de medios de grado variable hasta ser nulo el reflejo. Las cataratas miopizantes pueden mejorar con lentes correctores negativos, según la densidad de las mismas.
- A la evaluación del paciente con la lámpara de hendidura se evidencia la presencia de las mismas. Se define como leucocoria y se pueden percibir mejor sus características morfológicas con la pupila dilatada. Además, determinar la presencia de subluxaciones del cristalino u otras patologías asociadas como adherencias o sinequias anteriores o posteriores que orienten a procesos inflamatorios asociados

Laboratorios

Determinar niveles de glucosa en pacientes con sospecha de diabetes, etc.

Imágenes

- Fotografías del segmento anterior del ojo
- Ultrasonidos oculares B (ultrasonido ocular) o A (biometría para el cálculo del poder del lente intraocular por utilizar)

Tratamiento

Médico

- Pueden utilizarse antioxidantes orales en caso de cataratas leves.
- El control glicémico es muy importante en pacientes diabéticos.
- El manejo adecuado de procesos inmunes sistémicos con afectación ocular (uveitis).

Quirúrgico

- Es el tratamiento definitivo de esta patología.
- Extracción del cristalino cataratoso con diferentes técnicas; extracapsular, facoemulsificación, etc. y colocación del lente intraocular.
- Como preparación al proceso quirúrgico y post operatorio se requiere la utilización de los siguientes medicamentos tópicos y orales:

Antibióticos tópicos

Tobramicina solución oftálmica 0.3 %, 1 gota posterior a la cirugía cada hora o según sea la indicación médica (código LBM IGSS 135)

Moxifloxacina solución oftálmica 0.5 %, 1 gota posterior a la cirugía cada hora o según sea la

Quirúrgico

indicación médica. (código LBM IGSS 10529)
Tobramicina ungüento 0.3 % cada 8 horas.
(código LBM IGSS 136)
Dexametasona solución oftálmica 0.1 % 1 gota
cada hora posterior a la cirugía o según indicación
médica. (código LBM IGSS 1234)
Carboximatilcelulosa sódica solución oftálmica al
0.5 % 1 gota cada 8 horas posterior a la cirugía o
según indicación médica. (código LBM IGSS 211)

Antibióticos orales

Si está indicado como amoxicilina (código LBM
IGSS 106) o combinación de ácido clavulánico +
amoxicilina. (código LBM IGSS 115)
Analgésicos /antiinflamatorios como ibuprofeno
400 mg cada 12 horas o según indicación médica.
(código LBM IGSS 944)

- Posterior a la cirugía puede presentarse opacificación de cápsula posterior que puede requerir tratamiento de laser (capsulotomía).

Complicaciones

Transoperatorias: pupila miótica, dificultad para extraer la catarata que ocasione lesión de células del endotelio corneal, ruptura de cápsula posterior con pérdida de vitreo al segmento anterior, luxación del lente intraocular, dislocación del lente hacia cavidad vitrea. En casos muy severos, hipotonía del globo ocular o hemorragia expulsiva.

Post operatorias: desepitelización* corneal, edemas corneales de grado variable, pliegues crónicos en descemet, distorsión de pupila con atrapamiento del lente intraocular. Mala posición del lente (decentrado),

procesos infecciosos de grado variable, endoftalmitis, procesos inflamatorios secundarios de grado variable que puedan ocasionar seclusión pupilar o formación de sinequias anteriores o posteriores. Agudeza visual subóptima por mal cálculo del poder refractivo del lente intraocular, defectos refractivos residuales altos, opacidad de cápsula posterior, etc.

(*Pérdida del epitelio corneal)

Revisión bibliográfica

- Muro Juan Jose: Cirugia actual de la catarata; Rev Medica Clinica Los Condes. Vol 21 No 6, Tema Central: Oftalmología; páginas 912 – 919, Noviembre 2010, <http://www.elsevier.co/es-revista-revista-medico-clinica-los-condes-202-articulo-cirugia-actualcatarta-50716864010706155>
- Riccardi Palacios, Jhonny Gustavo, et al.; La catarata como dolencia oftalmológica progresiva o degenerativa, Universidad Ciencia y Tecnologia, Vol 26, Num115, <https://doi.org/10.47460/vct.v26i115.627>.



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

7ª avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-99939-56-03-7



9 789993 956037