

Propuesta consensuada de protocolo de derivación desde Atención Primaria (AP) al Servicio de Oftalmología

Área de Salud de Plasencia

1. Marco y enfoque

Este documento busca homogeneizar criterios clínicos, priorización y circuitos de derivación AP→Oftalmología en el Área de Salud de Plasencia, mejorando la seguridad del paciente, la eficiencia del circuito y la calidad de la información remitida.

Principios de consenso:

- Seguridad del paciente como prioridad (identificación de signos de alarma y adaptación de los tiempos de respuesta).
- Claridad de circuitos (qué se maneja en AP, qué se deriva a Urgencia Hospitalaria y qué se deriva a Oftalmología).
- Trabajo en equipo: AP aporta la información necesaria y Oftalmología valora la e-consulta y aporta actitud a seguir.

2. Objetivo y alcance

- Priorizar patología oftalmológica potencialmente grave o tiempo-dependiente.
- Reducir derivaciones innecesarias sin comprometer seguridad.
- Mejorar accesibilidad del especialista para procesos que requieren seguimiento.

Alcance: población adulta y pediátrica atendida en AP. Incluye derivación urgente, preferente y ordinaria; e-consulta; coordinación con Optometría hospitalaria y programas de cribado (retinografía no midriática).

3. Circuitos asistenciales en el Área de Salud de Plasencia

- Optometría hospitalaria: disponible para valoración/refracción según circuito establecido por el Servicio de Oftalmología.
- Ópticas privadas: recurso comunitario habitual para graduación y prescripción óptica en presbicia y defectos refractivos no complicados.
- Retinografía no midriática: se retomará la realización de retinografías en los Centros de Salud del área como parte del cribado; los informes serán emitidos por Oftalmología, indicando controles o visita presencial.
- E-diálogo con Oftalmología para dudas de priorización, adjuntar informes y optimizar el circuito cuando proceda.

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 1/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



- Derivación urgente: desde AP a Urgencia Hospitalaria. En Urgencias se valora al paciente y, si procede, se contacta con el oftalmólogo/a de guardia localizada (el oftalmólogo realiza guardias localizadas para atender urgencias NO demorables).
- Urgencias con sospecha neurológica: desde AP a Urgencia Hospitalaria. En Urgencias se decide la necesidad de valoración/interconsulta con Neurología (no existe neurólogo/a de guardia presencial).

4. Principios clínicos de orientación (para decidir circuito)

- Pérdida visual monocular: considerar etiología ocular hasta demostrar lo contrario. Priorizar según intensidad y tiempo de evolución.
- Diplopia binocular: considerar etiología neurológica hasta demostrar lo contrario. Circuito: Urgencia Hospitalaria para valoración.
- Ojo rojo: sin dolor significativo y sin pérdida visual rara vez es urgente; con dolor moderado-severo, fotofobia o disminución de agudeza visual requiere circuito urgente.
- Síntomas vítreo-retinianos (destellos, aumento brusco de miodesopsias, cortina/sombra fija): sospecha de desgarro/desprendimiento de retina: derivar por la mañana para valoración por Oftalmología

5. Valoración necesaria en AP para decidir derivación y prioridad

Siempre que sea posible se recomienda documentar:

- Agudeza visual (AV) con corrección si usa gafas. Especificar el tipo de pérdida de visual (lejos/cerca)
- Lateralidad: monocular vs binocular.
- Inicio y evolución (horas/días/semanas), progresivo vs brusco; estable vs fluctuante o intermitente.
- Dolor (EVA 0-10), fotofobia, secreción, sensación de cuerpo extraño, uso de lentes de contacto.
- Antecedente de trauma ocular o exposición química.
- Exploración orientada: hiperemia difusa/ciliar, opacidades corneales visibles, edema palpebral, pupilas (anisocoria si evidente), motilidad ocular si diplopía.
- Test de fluoresceína si procede (en abrasión/queratitis)
- Sospecha diagnóstica

6. Circuitos de derivación y tiempos

6.1 Derivación URGENTE (misma jornada / <24-72 h según circuito)

Destino: Urgencia Hospitalaria. Tras valoración, se contacta con Oftalmología de guardia localizada si precisa (según criterios clínicos)

Criterios de derivación urgente NO DEMORABLE:

- Pérdida visual brusca (monocular o binocular) de horas de duración
- Ojo rojo con dolor y/o disminución de visión (de nueva aparición)

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 2/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



- Sospecha de glaucoma agudo (ojo rojo + dolor + visión borrosa +/- náuseas/vómitos).
- Traumatismo ocular con dolor persistente, disminución de visión, sospecha de cuerpo extraño intraocular o quemadura química (emergencia inmediata).

Criterios de derivación URGENTE (derivar para valoración por OFTALMOLOGÍA por la mañana)

- Sospecha de uveítis anterior aguda (ojo rojo doloroso + fotofobia + visión borrosa).
- Sospecha de queratitis, especialmente en usuarios de lentes de contacto (dolor + fotofobia +/- disminución de visión).
- Sospecha de desprendimiento de retina/desgarro: destellos +/- aumento brusco de miodesopsias +/- cortina/sombra fija o defecto campimétrico.
- Metamorfopsia/escotoma central de inicio reciente (Amsler positivo, líneas torcidas, mancha central), especialmente >60 años: sospecha de DMAE húmeda/edema macular.

No corresponde a circuito urgente de Oftalmología desde AP (circuito general):

- Diplopía binocular de inicio reciente: derivar a Urgencia Hospitalaria para valoración (posible etiología neurológica/vascular).
- Aura migrañosa típica con resolución completa: valoración en AP; derivación a Urgencia Hospitalaria si banderas rojas (primer episodio >50, déficit persistente, cefalea en trueno, etc.).
- Migraña sin migraña

6.2 Derivación PREFERENTE (<=3-4 semanas)

- Disminución progresiva de visión monocular no explicada o que no mejora con corrección adecuada.
- Sospecha de catarata con repercusión funcional significativa (conducción habitual/profesional, limitación laboral, riesgo de caídas, pérdida de autonomía).
- Sospecha de glaucoma crónico sustentada en informes previos o PIO elevada documentada

6.3 Derivación ORDINARIA

- Patología oftalmológica no urgente ni preferente que requiere valoración por oftalmología
- Sospecha de catarata sin repercusión funcional relevante pero con pérdida visual significativa que recomienda la cirugía.
- Ojo seco persistente/moderado con criterios de derivación (ver apartado 7.4).

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 3/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



7. Criterios específicos por motivo de consulta (manejo inicial en AP y derivación)

7.1 Visión borrosa / pérdida de agudeza visual

Orientación en AP: diferenciar cerca vs lejos; monocular vs binocular; con y sin corrección. Registrar AV con gafas si las usa.

Probable presbicia (habitual a partir de 45-50 años): visión borrosa de cerca sin otros síntomas

- Manejo: consejo y corrección óptica: Óptica
- Derivar si no mejora con corrección adecuada o existen otros síntomas/signos (dolor, ojo rojo marcado, pérdida visual monocular, etc.).

7.2 Miodesopsias y destellos

No urgente (AP): miodesopsias estables de larga evolución ($\geq 6-12$ meses), sin incremento reciente, sin destellos y sin sombra/cortina fija.

Urgente (Urgencia Hospitalaria por la mañana): aparición brusca de nuevas miodesopsias, aumento súbito, destellos o cortina/sombra fija, o disminución de visión asociada.

7.3 Ojo rojo

Ojo rojo sin dolor significativo y sin disminución de visión: suele ser no urgente (conjuntivitis, blefaritis, irritación).

- Manejo inicial: higiene palpebral, lágrimas artificiales, medidas ambientales; antibiótico tópico si sospecha bacteriana clara.
- Evitar corticoides tópicos (Gentadexa, Tobradex o similares) sin valoración especializada.

Derivación urgente: ojo rojo con dolor moderado-severo, fotofobia, disminución de AV, usuario de lentes de contacto con dolor/fotofobia, sospecha de queratitis/uveítis/glaucoma agudo, trauma o sospecha de cuerpo extraño intraocular.

7.4 Ojo seco

Leve (AP): escozor/arenilla/quemazón, empeora con pantallas o aire.

- Lágrimas artificiales 3-4 veces/día.
- Medidas ambientales y pausas visuales; higiene palpebral si blefaritis.

Derivar (ordinaria o preferente según impacto): persistencia $>4-6$ semanas pese a tratamiento correcto, dolor moderado-intenso, ojo rojo persistente, disminución de AV, secreción purulenta (en caso de secreción purulenta iniciar tratamiento para conjuntivitis en AP), sospecha de patología asociada (p. ej., autoinmune) o signos corneales.

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 4/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



7.5 Catarata

Sospecha: visión borrosa progresiva, deslumbramiento nocturno, peor visión lejana incluso con gafas o mejora de visión próxima espontánea (de repente ven mejor de cerca incluso sin gafas).

- Preferente: repercusión funcional significativa (conducción habitual/profesional, limitación laboral, caídas, pérdida de autonomía).
- Ordinaria: sospecha sin repercusión relevante.
- No derivar: ausencia de queja visual y AV funcional adecuada (evitar derivaciones por hallazgo sin impacto).

7.6 Diplopía y síntomas visuales transitorios

Diplopía monocular (persiste al tapar un ojo): más probable causa ocular (refractiva/corneal/cristaliniana) -> derivar según contexto y síntomas asociados.

Diplopía binocular (desaparece al tapar cualquiera de los ojos): orientación neurológica -> derivar a Urgencia Hospitalaria para valoración y decisión de interconsulta.

Aura migrañosa típica (fenómenos visuales positivos, duración minutos, resolución completa): manejo en AP; derivar a Urgencia Hospitalaria si banderas rojas (primer episodio >50, focalidad persistente, etc.).

7.7 Sospecha o riesgo de glaucoma

Urgente: sospecha de glaucoma agudo (ojo rojo doloroso + visión borrosa + náuseas/vómitos) -> Urgencia Hospitalaria.

Riesgo familiar y control orientativo:

- Antecedente familiar de primer grado (padres/hermanos): recomendar una valoración basal a partir de 35-40 años (Oftalmología decidirá periodicidad posterior).
- Antecedente familiar de segundo grado: no precisa derivación sistemática si asintomático y sin hallazgos objetivos.

Derivar (preferente/ordinaria según hallazgos): PIO elevada documentada, hallazgos sugerentes en informes de óptica/previos o sospecha sustentada. Utilizar e-consulta para priorización si existe duda o para adjuntar documentación.

7.8 Paciente diabético y retinografía

- Cribado desde AP con retinografía no midriática en los Centros de Salud que disponen del circuito y registro de AV con corrección.
- Oftalmología informará la retinografía indicando: control en programa, repetición por no valorable o necesidad de visita presencial.

Derivar/activar circuito presencial cuando: retinografía no valorable persistente, hallazgos referibles en el informe, disminución de AV, metamorfopsia o sospecha de edema macular.

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 5/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



7.9 Comorbilidad sistémica y fármacos relevantes

Registrar enfermedades autoinmunes/tiroideas y tratamientos con potencial afectación ocular (p. ej., hidroxicloroquina, corticoides prolongados). Derivar según circuito pactado para control basal y seguimiento cuando esté indicado por riesgo y duración/dosis.

8. Lista rápida de banderas rojas (consulta en AP)

- Pérdida visual brusca.
- Ojo rojo con dolor moderado/severo o disminución de agudeza visual.
- Destellos y/o aumento brusco de miodesopsias
- Cortina/sombra fija en campo visual de aparición brusca
- Usuario de lentes de contacto con dolor/fotofobia.
- Sospecha de glaucoma agudo (dolor + náuseas/vómitos + ojo rojo).
- Metamorfopsia/escotoma central reciente

9. Procedimiento para la solicitud y valoración de la e-consulta a Oftalmología

La e-consulta a Oftalmología permite resolver muchos procesos sin visita presencial y priorizar correctamente la patología ocular relevante. **En toda e-consulta debe aparecer la información necesaria:**

1. Anamnesis que debe incluir Enfermedad actual, antecedentes relevantes, tratamientos:

- Síntoma principal (pérdida visual, picor...)
- Inicio (brusco / progresivo).
- Evolución (estable en el tiempo, empeoramiento) y tiempo de evolución (días, meses, años)
- Afectación monocular o binocular. Preguntar si en alguno de los ojos ha visto poco o mal ya desde la infancia.
- Antecedentes relevantes:
 - Sistémicos→DM (tipo, tratamiento y grado de control), HTA, dislipemia, patología tiroidea (enfermedad de Graves) y enfermedades autoinmunes (Sjögren, AR, Lupus).
 - **Oftalmológicos→**
 - Cirugía ocular previa (cuál: cataratas? desprendimiento de retina?)
 - Si el paciente refiere antecedentes familiares de glaucoma, especificar el grado
 - Herpes simple o zóster ocular previo
 - Glaucoma ya diagnosticado y/o tratado

2. Pruebas complementarias:

.Adjuntar la agudeza visual del paciente con su corrección óptica en ambos ojos y con agujero estenoico.
.Adjuntar los informes oftalmológicos de los que disponga el paciente: de otro centro oftalmológico donde le hayan visitado con anterioridad y/o de la óptica.

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 6/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



3. Diagnóstico de presunción:

El médico solicitante aportará una aproximación diagnóstica al problema del paciente. Por ejemplo:

“Visión borrosa progresiva compatible con catarata”.

“Miodesopsias crónicas estables sin signos de alarma”.

“AF de primer grado de glaucoma en paciente ≥ 40 años, nunca valorado en oftalmología”.

4. Tratamientos del paciente:

Se aportará toda la medicación que esté recibiendo el paciente en el momento de la solicitud tanto sistémica como ocular (lágrimas artificiales, tratamiento para el glaucoma, para la conjuntivitis...).

Conviene reseñar específicamente si el paciente está tomando a nivel sistémico:

-Corticoides sistémicos (en uso prolongado? sí/no)

-Hidroxicloroquina → especificar la dosis y tiempo de tratamiento

-Isotretinoína

-Tamoxifeno

Prioridad solicitada	URGENTE / PREFERENTE / ORDINARIA El carácter preferente debe justificarse por la clínica (inicio brusco, dolor moderado-severo, pérdida visual...).
Motivo de consulta	Ej.: 'Pérdida visual brusca monocular derecha' / 'Ojo rojo doloroso con fotofobia'
Síntoma principal y lateralidad	Monocular/bilateral; cerca/lejos; con/sin gafas
Inicio y evolución	Fecha/hora aproximada; brusco/progresivo; estable/fluctuante
Agudeza visual (AV)	AV OD/OI (lejos y cerca) con corrección si usa; pinhole si disponible
Síntomas asociados	Dolor EVA, fotofobia, secreción, destellos/miodesopsias, cortina/sombra, uso de lentillas, trauma/químicos
Exploración orientada en AP	Hiperemia difusa/ciliar; opacidad corneal; fluoresceína si realizada; pupilas (anisocoria si evidente); motilidad si diplopía
Antecedentes relevantes	DM/HTA; autoinmunidad/tiroides; cirugía ocular; glaucoma; AF glaucoma (especificar familiar y grado)
Medicación actual	Oftálmica y sistémica (p. ej., hidroxicloroquina, corticoides)
Documentación adjunta	Informes de óptica/oftalmología; retinografía/informe; otros

Tras valorar la información aportada desde Atención Primaria, el Servicio de Oftalmología resolverá la e-consulta:

- E-consulta rechazada, especificando con detalle el motivo (ejemplos: patología neurológica, clínica banal sin criterios, derivaciones en las que no se haya adjuntado adecuadamente la información indicada en este documento).

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 7/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	



- E-consulta respondida, con:
 - recomendaciones de tratamiento y seguimiento en AP
 - indicación de signos de alarma de re-consulta
 - solicitud de información adicional que no se haya especificado convenientemente
- Aceptación y creación de cita presencial, indicando carácter preferente u ordinario.

10. Consenso, validación y actualización

Este protocolo ha sido revisado y consensado con los servicios implicados (Atención Primaria, Urgencias y Oftalmología) y por la Gerencia del Área.

Dra. Consuelo Rubio Sánchez
Jefe de Servicio de Oftalmología

RUBIO
SANCHEZ
CONSUELO -
DNI 07444976Z

Firmado digitalmente
por RUBIO SANCHEZ
CONSUELO - DNI
07444976Z
Fecha: 2026.02.26
08:41:35 +01'00'

Dra. Montserrat Zaragoza Fernández
Dirección Asistencial Área de Salud de Plasencia

ZARAGOZA
FERNANDEZ
MONSERRAT -
DNI 47623646F

Firmado digitalmente por
ZARAGOZA FERNANDEZ
MONSERRAT - DNI 47623646F
Fecha: 2026.02.25 12:11:00 +01'00'

Dra. Esther Artacho Aznar
Directora médico de Atención Primaria

FIRMADO POR	ESTHER ARTACHO AZNAR	26/02/2026 11:27:30	PÁGINA 8/8
VERIFICACIÓN	FDSES48SDY3KXC3BKG3K89869XJZU3	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	

