



Resolución Ministerial

Lima, 26 de ENERO del 2016

Visto, el Expediente N° 15-104921-001, que contiene el Informe N° 018-2015-DGSP-DAIS-ESNSOPC/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 1478-2015-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, el literal H del apartado 6.3.3.2 del subnumeral 6.3.3 del numeral 6.3 del rubro del 6 del Documento Técnico: "Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y



A. Velásquez



P. BRILLO



P. MINAYA



S. RUIZ



N. Zerpa T.



J. Zavala

Prevención de la Ceguera 2014-2020", aprobado por Resolución Ministerial N° 907-2014/MINSA, señala que las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los campos de la edad, mientras que la blefaritis, el orzuelo y chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de proponer las políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional, de acuerdo a lo previsto en el literal a) del artículo 41 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Externas del Párpado y Conjuntiva en el Primer Nivel de Atención", con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad ocular de la población general a través del diagnóstico, tratamiento, control y referencia oportuna de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Que, mediante Informe N° 1478-2015-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud emitió opinión favorable;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Externas del Párpado y Conjuntiva en el Primer Nivel de Atención", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, la difusión y evaluación de lo dispuesto en la citada Guía Técnica.

Artículo 3.- Disponer que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, sean responsables de la implementación, monitoreo y supervisión de lo establecido en la referida Guía Técnica, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MUMAYA



S. RUIZ Z.



N. Zorpa T



J. Zavala



Resolución Ministerial

Lima, 26 de ENERO del 2016

Artículo 4.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



P. CRILLO



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



N Zerpa T



J. Zavala



Aníbal Velásquez Valdivia

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL PÁRPADO Y CONJUNTIVA EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

I. FINALIDAD:

Contribuir a la reducción de la morbilidad ocular de la población general a través del diagnóstico, tratamiento, control y referencia oportuna de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención.

II. OBJETIVO:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer los criterios técnicos y procedimientos para el diagnóstico, tratamiento control y referencia de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1 Evaluar oportunamente la salud ocular de la población en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- 2.2.2 Realizar el diagnóstico, tratamiento y control oportuno de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención.
- 2.2.3 Detectar e identificar las complicaciones de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva de forma oportuna, a fin de referirlas al siguiente nivel de atención para el diagnóstico y tratamiento especializado.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación en el ámbito nacional, regional y local, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS); Gobierno Regional y Local, y referencial para los establecimientos del Seguro Social de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y privados.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL PÁRPADO Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO:

- Orzuelo H00.0
- Chalazión H00.1
- Blefaritis H01.0
- Conjuntivitis H10



N. Zerpa T

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Orzuelo:

Es una infección aguda de las glándulas palpebrales, se presenta como un absceso localizado, congestionado y doloroso. Si afecta la glándula de Meibomio se llama orzuelo interno; y, en las glándulas de Zeiss o de Moll, que están al pie de los folículos pilosos de las pestañas, se llama orzuelo externo.

5.1.2 Chalazión:

Es una inflamación crónica, granulomatosa y estéril, provocada por la obstrucción de los orificios de la glándula de Meibomio. Es una lesión indolora, a veces presenta dolor inicial, redondeada e indurada en el tarso del párpado.

5.1.3 Blefaritis:

Es un proceso inflamatorio crónico del borde palpebral que compromete a las pestañas y las glándulas sebáceas asociadas. Se caracteriza por congestión, engrosamiento y acumulación de secreción en el borde palpebral y en la base de las pestañas.

5.1.4 Conjuntivitis:

Inflamación de la conjuntiva, caracterizada por secreción ocular y congestión de los vasos conjuntivales, por acción de agentes infecciosos, alérgicos, tóxicos o ambientales. Es aguda si es menor de dos semanas y crónica si es mayor de dos semanas. La gran mayoría es auto limitada, pero algunas progresan y pueden causar serios problemas oculares.

5.1.5 Conjuntivitis del recién nacido:

Infección de la conjuntiva con abundante secreción ocular, que se adquiere en el canal del parto, se presenta en el primer mes de vida, puede causar serios problemas oculares (perforación corneal) por lo que debe ser atendida como una urgencia y de referencia inmediata al especialista.

5.2 ETIOLOGÍA

5.2.1 Etiología del orzuelo y chalazión:

- Bacteriana: *Staphylococcus aureus* o *epidermidis*.
- El chalazión generalmente es de naturaleza no infecciosa.
- Asociada a enfermedades dermatológicas como la dermatitis seborreica y acné rosácea.

5.2.2 Etiología de la blefaritis y conjuntivitis:

- Viral: adenovirus (queratoconjuntivitis epidémica), coxsackie - enterovirus (conjuntivitis hemorrágica aguda) y herpes simple.
- Bacteriana: *Staphylococcus aureus* o *epidermidis*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria Gonorrhoeae* (conjuntivitis del recién nacido y del adulto).
- Parasitaria: *Demodex folliculorum*, *Pthirus pubis*.
- Micótica: *Aspergillus*, *Fusarium* u otras presentes en materiales orgánicos y vegetales.
- Chlamydia: conjuntivitis de inclusión del recién nacido, del adulto y el tracoma.
- Alérgica o dermatitis atópica: los alérgenos oculares más comunes son el polen de las flores (al comienzo de la primavera), polvo de la casa.



N. Zerpa T.

esporas de hongos, ácaros, restos epiteliales de animales (perros, gatos, aves), alimentos con conservantes, entre otros.

- Asociada a enfermedades dermatológicas como la dermatitis seborreica (disfunción de las glándulas sebáceas) y acné rosácea.
- Agentes químicos: ácidos (sulfúrico, clorhídrico – conocido como ácido muriático) y álcalis (lejía, cal, carburo y cemento).
- Agentes físicos: radiación ultravioleta por exposición directa a la luz solar (falta de protección, observación directa del sol o un eclipse) y soldadura.
- Traumática.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

5.3.1. Fisiopatología del orzuelo y chalazión:

Ambas patologías están asociadas al mal funcionamiento o la obstrucción de las glándulas sebáceas que se encuentran en el margen palpebral. Normalmente estas glándulas producen secreción grasosa y el bloqueo evita el drenaje normal de la glándula, formándose el chalazión; en algunos casos la bacteria queda atrapada en la glándula, desarrollando una zona con signos de flogosis con contenido purulento denominado orzuelo. A diferencia del orzuelo, el chalazión suele ser indoloro. En el chalazión, las secreciones sebáceas retenidas incitan a una respuesta inflamatoria granulomatosa crónica (con los linfocitos y los macrófagos cargados de lípidos) que se distingue de un orzuelo, que es principalmente una inflamación aguda, piógena con leucocitos polimorfonucleares y necrosis con formación de pústulas. Sin embargo, una condición puede dar lugar a la otra debido a su estrecha proximidad.

5.3.2 Fisiopatología de la conjuntivitis y blefaritis bacterianas:

La conjuntivitis bacteriana es consecuencia del sobre crecimiento bacteriano e infiltración de la capa epitelial conjuntival, por la disrupción de los mecanismos de defensa del ojo. El origen de la infección es el contacto directo con las secreciones de un sujeto infectado (normalmente a través de un contacto mano-ojo) o la diseminación de la infección desde microorganismos que colonizan la mucosa nasal y sinusal del paciente. En un adulto que tiene una conjuntivitis bacteriana unilateral también habrá que examinar las vías nasolagrimalas, ya que la obstrucción de éstas, puede llevar a la dacriocistitis y provocar conjuntivitis crónica bacteriana.

En los pacientes con blefaritis bacteriana, el orificio de salida de las glándulas que se encuentran en el borde de los párpados están obstruidas y en algunos casos hipertróficas, las secreciones quedan estancadas y se forman ácidos grasos que irritan la superficie ocular, el ojo irritado produce secreción mucosa y proteínas, lo que se acumula en el margen palpebral creando costras. El margen de los párpados aparece inflamado y enrojecido. El depósito de estos materiales proporciona las condiciones óptimas para el crecimiento de bacterias, las que liberan toxinas que contribuyen a empeorar el cuadro clínico, provocando una inflamación también de la conjuntiva denominada blefaroconjuntivitis.

La blefaritis y conjuntivitis pueden agravarse por la falta de higiene de los párpados, que incluye también frotarse los ojos. Ciertos tipos de piel pueden ser más propensos a estas enfermedades, como es el caso de las blefaritis seborreicas.

Debido a la estrecha relación entre los párpados y la superficie ocular, la blefaritis puede causar cambios inflamatorios y mecánicos secundarios en la conjuntiva y en la córnea.



N. Zerpa T.

5.4. EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES

Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes. La blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad.

Cuadro N°1

Primeras Causas de Atención en Consulta Externa de Enfermedades del Ojo y sus Anexos a Nivel Nacional – 2014

Nº	DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	H10 – Conjuntivitis	213,251	92,832	306,083	29.89
2	H52 - Trastornos de la acomodación y de la refracción	143,604	52,970	196,574	19.20
3	H54 Discapacidad visual, inclusive ceguera (binocular o monocular)	115,857	51,503	167,360	16.34
4	H11 - Otros trastornos de la conjuntiva	45,689	15,212	60,901	5.95
5	H25 - Catarata senil	30,813	13,611	44,424	4.34
6	H40 - Glaucoma	25,595	10,091	35,686	3.49
7	H00 - Orzuelo y chalazión	23,968	9,051	33,019	3.22
8	H04 - Trastornos del aparato lagrimal	21,286	6,649	27,935	2.73
9	H26 - Otras cataratas	18,015	7,927	25,942	2.53
10	H01 - Otras inflamaciones del párpado	17,381	6,524	23,905	2.33
	Las demás causas	71,049	31,052	102,101	9.97
	TOTAL	726,508	297,422	1,023,930	100.00

Fuente: HIS-MINSA Perú 2014

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

- Las poblaciones más susceptibles son aquellas con bajos niveles de saneamiento básico y ambiental.
- Comportamiento epidémico, más frecuente en época de verano.

5.5.2 Estilos de vida

- Malos hábitos de higiene: no frecuente lavado de manos y cara, uso de toallas ajenas, entre otros.



N. Zerpa T.

- Bajo nivel de seguridad ocupacional, inadecuada protección ocular durante trabajos de riesgo (agricultura, recicladores de basura, manipuladores de sustancias químicas, soldadores, entre otros).
- Automedicación (uso de corticoides u otros medicamentos).
- No aceptación al uso de lentes correctores en personas con errores refractivos.
- Incorrecta higiene de los lentes de contacto por los usuarios.
- Conducta sexual de riesgo.

5.5.3 Factores hereditarios y preexistentes

- Personas inmunodeprimidas y diabéticas.
- Dermatitis seborreicas de la cara o el cuero cabelludo y rosácea.
- Condiciones pre existentes como: ojo seco por artritis reumatoide, obstrucción del conducto naso lagrimal, anomalías en las estructuras de los anexos oculares (por trauma o congénito).
- Propensión genética a la atopia y exacerbaciones agudas ante alérgenos o sustancias irritantes del medio ambiente, condicionan a **conjuntivitis alérgicas y vernal**.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO (Ver también Anexo 2 de la presente Guía de Práctica Clínica)

6.1.1 Orzuelo: Signos y síntomas

La persona afectada presenta dolor, enrojecimiento e hinchazón del párpado que se presenta en forma aguda. Se puede observar un pequeño nódulo blanco-rojizo en el borde palpebral (orzuelo externo), sin embargo a veces es necesario evertir el párpado para encontrar el nódulo en la parte interna de la conjuntiva (orzuelo interno).

6.1.2 Chalazión: Signos y síntomas

La persona afectada presenta un nódulo subcutáneo en el párpado, único o múltiple, sin signos inflamatorios, indoloro, rara vez dolor inicial, a veces visión borrosa al deprimir la superficie corneal originando astigmatismo inducido, puede ceder espontáneamente o presentarse en forma recurrente.

6.1.3 Blefaritis: Signos y síntomas

La persona afectada presenta una inflamación del margen palpebral, con presencia de descamación o "caspas", secreción que puede pegar las pestañas entre sí y caída de las mismas, algunas veces presenta sensación dolorosa. Puede complicarse afectando la conjuntiva originando la blefaroconjuntivitis.

6.1.4 Conjuntivitis: Signos y síntomas

La persona afectada clásicamente presenta sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival (ojo rojo), ardor, prurito y fotofobia, rara vez presentan dolor, a veces visión borrosa. Secreción acuosa, mucosa o mucopurulenta según su etiología y en algunos casos con adenopatías (ganglios pre-auriculares).

6.1.5 Conjuntivitis del recién nacido:

Al examen ocular se encuentra ojo rojo, abundante secreción purulenta, párpados hinchados, la córnea puede tornarse blanca y si el recién nacido no recibe tratamiento rápido y oportuno, ésta puede ser perforada al tercer día de la enfermedad pudiendo ocasionar ceguera. La conjuntivitis del recién nacido siempre debe ser atendida como una urgencia, debe asumirse que toda conjuntivitis



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL PÁRPADO Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

neonatal es una conjuntivitis gonocócica, mientras no se demuestre lo contrario, por lo que debe ser referido de inmediato al segundo nivel de atención para ser atendido por el especialista en oftalmología.

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de diagnóstico

El médico es responsable del diagnóstico durante la consulta o atención de urgencia. El diagnóstico principalmente se basa, en el cuadro clínico (síntomas y signos) ya descrito. Es importante determinar el diagnóstico, en base a una minuciosa y completa Historia Clínica y la presencia de factores de riesgo asociados. El uso de examen de laboratorio (frotis de secreción conjuntival) es en algunos casos necesarios como en la sospecha de conjuntivitis gonocócica.

Es también muy importante determinar si la afección es sólo ocular o está relacionada a una enfermedad sistémica, como por ejemplo el acné rosácea, artritis reumatoide, dermatitis seborreica, dermatitis atópica (alérgica), entre otros, de ser así; debe realizarse la interconsulta a los especialistas sobre la enfermedad sistémica o enfermedad de fondo. (Ver también Anexo 3 de la presente Guía de Práctica Clínica).

6.2.2. Diagnóstico diferencial (Ver también Anexo 4 de la presente Guía de Práctica Clínica)

- **Orzuelo:**

Chalazión, celulitis preseptal (compromiso de todo el párpado), absceso palpebral, hematoma palpebral (antecedente traumático), dacriocistitis aguda (lagrimeo constante), carcinoma de glándula sebácea (tiempo de evolución).

- **Chalazión:**

Orzuelo, quiste sebáceo de piel, carcinoma de glándula sebácea, carcinoma basocelular, xantelasma.

- **Blefaritis:**

Orzuelo, dermatitis atópica (alérgica), celulitis preseptal u orbitaria (en este caso hay limitación de los movimientos oculares), acné rosácea (características dermatológicas como compromiso de nariz y mejillas), carcinoma basocelular, carcinoma de glándula de Meibomio.

- **Conjuntivitis:**

Hemorragia subconjuntival no infecciosa (sólo requiere observación y calmar al paciente), cuerpo extraño conjuntival o corneal, acné rosácea, abrasión corneal, queratitis, uveítis, escleritis, glaucoma agudo, endoftalmitis, entre otras.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Se puede solicitar un frotis de secreción conjuntival u otros exámenes auxiliares en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que dispongan de laboratorio, principalmente cuando se sospecha de una conjuntivitis gonocócica.

6.3.1 De Laboratorio Clínico

- Frotis de secreción conjuntival para Coloración GRAM, PAS y GIEMSA.
 - Coloración GRAM para buscar gérmenes GRAM positivos o negativos.
 - Coloración PAS para buscar hifas (hongos).



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL PÁRPADO Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- Coloración GIEMSA o Wright para buscar células inflamatorias: predominio de polimorfonucleares indica un origen bacteriano, predominio de linfocitos y monocitos indica un origen viral y predominio de eosinófilos indica un origen alérgico. El predominio de células plasmáticas y cuerpos de inclusión indica infección por Chlamydia, con sus dos presentaciones: tracoma o conjuntivitis de inclusión.
- Estudio de pestañas para búsqueda de parásitos como el Demodex folliculorum. Este estudio se hace extrayendo 5 ó 6 pestañas, se colocan en una lámina portaobjeto con una gota de xilol, se observa directamente al microscopio con el objetivo de menor aumento.
- Cultivo y antibiograma según el caso lo amerite, para identificar bacterias y hongos además, de los respectivos antibióticos a los que son sensibles.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales en el primer nivel de atención

- **Promoción de la salud:**

Se debe promover y sociabilizar acciones educativas y sociales con la finalidad de fomentar prácticas y entornos saludables en salud ocular según etapas de vida y escenarios de intervención (familia, comunidad, instituciones educativas y centros laborales).

Las prácticas saludables básicas como el lavado de manos, la higiene facial y palpebral son fundamentales para promover la salud ocular, especialmente frente a las infecciones del párpado y conjuntiva (Anexo 6 de la presente Guía de Práctica Clínica).

- **Comunicación social:**

Es necesario implementar estrategias comunicacionales para difundir a la población las medidas de prevención de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva, mediante talleres de capacitación, redes sociales, plataformas web, movilización social, entre otros.

- **Prevención:**

Acciones que "NO PERMITEN LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD"

- Lavado de manos y cara con frecuencia.
- Utilizar toalla personal exclusiva para cara y manos.
- No tocarse ni frotarse los ojos.
- Uso permanente de los lentes correctores al tener un error refractivo, el no usarlo induce a la persona a frotarse los ojos con frecuencia.
- No compartir cosméticos.
- Lavarse las manos antes de aplicar ungüentos o gotas oftálmicas.
- No tocar ojos, párpados o pestañas con la punta del frasco gotero.
- No compartir los frascos goteros o ungüentos oftálmicos.
- No auto medicarse ni usar la receta de otras personas.
- No usar gotas oftálmicas a base de corticoides.
- Nunca enjuagar los lentes de contacto con agua de caño o saliva.
- Evitar conductas sexuales de riesgo.



N. Zerpa T.

- **En ámbitos laborales de riesgo:**

- Orientación de las buenas prácticas de seguridad laboral como uso de Equipos de Protección Personal (EPP): lentes protectores, mascarillas, guantes y otros, manejo adecuado de sustancias peligrosas como lejía, ácido sulfúrico, cemento, entre otros.

6.4.2 Tratamiento (Ver también Anexo 5 de la presente Guía de Práctica Clínica)

Medidas Generales: Se recomienda en el primer nivel de atención

- Debe explicarse al paciente las características y las causas de su enfermedad.
- Debe enseñarse la técnica de **HIGIENE PALPEBRAL** adecuada, lo que constituye la piedra angular del tratamiento. Se indica un aseo diario, mediante el uso de un paño o torunda de algodón o gasa descartable, humedecido con abundante agua limpia, empezando desde el ángulo interno del párpado hacia afuera. No usar soluciones caseras como manzanilla, llantén, otros.
- Es muy importante explicar al paciente la importancia que tiene la higiene palpebral con frecuencia, principalmente en la blefaritis seborreica la cual mejora con estas medidas generales.
- En caso de conjuntivitis infecciosa, indicar al paciente de no asistir a lugares públicos como a escuelas, playas y piscinas hasta haber remitido la enfermedad.
- A los pacientes cuya causa de enfermedad es de origen sistémico (acné rosácea, artritis reumatoide, dermatitis alérgica) indicarle que también será necesario el tratamiento de la enfermedad sistémica para una mejoría integral.
- El personal médico es responsable de prescribir el tratamiento según corresponda.

Tratamiento del Orzuelo:

- Compresas tibias 3 veces/día por 5 minutos en el área de la lesión, hasta notar mejoría.
- Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en la lesión y en el borde palpebral, mañana/noche por 7 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio, no existe problema que el ungüento ingrese al ojo.
- Analgésicos no esteroideos (AINES) vía oral, por 3 días.
- No intentar exprimir el orzuelo o cualquier protuberancia del párpado, dejarlo que drene espontáneamente.
- El orzuelo típicamente se resuelve dentro de 5 a 7 días, de lo contrario realizar la referencia al establecimiento de salud que cuente con médico oftalmólogo.

Tratamiento del Chalazión:

- Compresas tibias y masajes 3 veces/ día por 5 minutos en el área de la lesión, hasta notar mejoría.
- Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en la lesión y en el borde palpebral, mañana/noche por 14 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio.
- El chalazión con más de un mes de evolución requerirá referencia al establecimiento de salud que cuente con capacidad resolutoria para su tratamiento quirúrgico.
- Acné rosácea asociada: iniciar además tratamiento para la rosácea, luego referirlo establecimiento de salud que cuente con capacidad resolutoria para su manejo integral.



N. Zerpa T.

Tratamiento Inicial:

- Doxiciclina 100 mg v.o. cada 12 horas por 7 días para adultos o
- Tetraciclina 250 mg v.o. cada 6 horas por 7 días para adultos.

Celulitis preseptal asociada:

- Dicloxacilina 50 mg/Kg/día cada 6 horas v.o. por 7 días o
- Eritromicina 50 mg/Kg/día cada 6 horas v.o. por 7 días, en caso de hipersensibilidad a la dicloxacilina.

Tratamiento de la Blefaritis:

- Compresas tibias 3 veces/día por 5 minutos en el párpado cerrado hasta notar mejoría.
- Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en el saco conjuntival inferior esparciéndose por el borde palpebral, mañana/noche por 14 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio.
- Blefaritis asociada a acné rosácea dar tratamiento inicial descrito anteriormente y su referencia respectiva al dermatólogo.

Tratamiento de la Conjuntivitis:

Conjuntivitis infecciosa

- Aplicar compresas frías 3 veces/día, por 5 minutos sobre el ojo por 3 días.
- Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en el saco conjuntival inferior y borde palpebral, mañana/tarde/noche por 7 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio; o Cloranfenicol 5 mg/mL o aminoglucósidos (gentamicina 3 mg/mL o neomicina/polimixina B) o sulfacetamida 100 mg/mL en gotas oftálmicas, 1 gota cada 4 horas por 7 días. Recientemente se viene reportando un incremento de resistencia a la gentamicina (*S. pneumoniae*)
- Ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, 1 gota cada 4 horas por 7 días.
- No parchar el ojo favorece la proliferación bacteriana.
- Conjuntivitis asociada a acné rosácea, dar el tratamiento inicial descrito anteriormente y su referencia respectiva al dermatólogo.

Conjuntivitis alérgica:

- Control de alérgenos y compresas frías sobre los ojos afectados.
- Protección de la radiación solar (gorro, lentes de sol).
- En los casos que presenten prurito ocular severo, quemosis y/o hinchazón de los párpados indicar Clorfeniramina en suspensión 2mg/5ml o tabletas de 4mg. Dosis: 0.35 mg/Kg/día cada 8 horas por 5 días.
- En casos recurrentes, referencia al establecimiento de salud que cuente con capacidad resolutoria con presencia de oftalmólogo, médico internista o pediatra para el manejo integral de la alergia, ya que este es un problema crónico.

Conjuntivitis del recién nacido:

- En los casos que se confirme el diplococo Gram negativo en un frotis de secreción conjuntival, iniciar tratamiento con ceftriaxona 25-50 mg/kg/peso IV o IM en dosis única y limpieza exhaustiva y frecuente con suero fisiológico en ambos ojos. aplicar cloranfenicol o ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, una gota cada hora y realizar la referencia inmediata.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL
PÁRPADO Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- Tratamiento de la infección de transmisión sexual (ITS) de la madre y pareja sexual.
- La conjuntivitis gonocócica en el adulto se trata con ceftriaxona 1 gr IM en dosis única, además de lavado conjuntival exhaustivo y frecuente con suero fisiológico en ambos ojos, aplicar cloranfenicol o ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, una gota cada hora y **realizar la referencia inmediata**.

6.4.3 Efectos adversos con el tratamiento

Son conocidos los efectos adversos del cloranfenicol, tetraciclinas y aminoglucósidos usados en forma sistémica. Su uso en forma tópica por cortos periodos de tiempo es relativamente seguro y su uso continuo y prolongado en determinados casos, puede estar contraindicado.

En la revisión de los artículos publicados de año 1966 al 2003 sobre riesgos potenciales de la medicación ocular materna para el feto se concluye que, a pesar de todo, el riesgo de los fármacos por vía tópica en gestantes es bajo, sobre todo si se utilizan de forma esporádica y no continua.

6.4.4 Síntomas y signos de alarma

Referencia Inmediata al segundo nivel de atención que tenga oftalmólogo, cuando la persona afectada presente:

- Disminución súbita de la agudeza visual.
- Dolor ocular moderado o severo.
- Fotofobia intensa.
- Secreción purulenta abundante.
- Compromiso corneal.
- Limitación de los movimientos oculares.

6.4.5 Criterio de alta

Después de terminado el tratamiento con la consecuente remisión de la patología y no habiéndose presentado ningún síntoma ni signo de alarma; el paciente queda en condiciones de alta con la orientación de las medidas preventivas a tener en cuenta.

Si el paciente no mostrase mejoría, será transferido a establecimiento del segundo nivel donde deberá ser evaluado por el especialista oftalmólogo, quien administrará el tratamiento según corresponda.

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico en estas patologías es generalmente bueno si se realiza el diagnóstico precoz y adecuado y el tratamiento oportuno.

Los síntomas y signos de la blefaritis seborreica mejoran con las medidas generales. Sin embargo reaparecen muy frecuentemente al suspenderlas. Es muy importante explicar al paciente la importancia que tiene la **HIGIENE PALPEBRAL** frecuente y la importancia de un tratamiento continuo e ininterrumpido.

6.5. COMPLICACIONES

6.5.1 Orzuelo y chalazión:

- Blefaritis
- Blefaroconjuntivitis
- Absceso de párpado



N. Zerpa T.

- Granuloma de párpado
- Celulitis preseptal u orbitaria

6.5.2 Blefaritis:

- Blefaroconjuntivitis
- Queratitis
- Leucoma
- Celulitis preseptal u orbitaria
- Entropion/ectropión
- Triquiasis y/o madarosis

6.5.3 Conjuntivitis:

- Cicatrización conjuntival
- Queratoconjuntivitis
- Úlcera corneal
- Úlcera corneal perforada
- Leucomas
- Endoftalmitis
- Queratouveitis

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Las enfermedades externas del párpado y conjuntiva son atendidas en el primer nivel por el personal médico cirujano, según lo indicado en la presente Guía de Práctica Clínica.

La referencia de los casos que por su complejidad o por ausencia del profesional médico cirujano en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se realizará a los establecimientos de salud con capacidad resolutoria, del segundo o tercer nivel de atención, a efecto que puedan ser evaluados por el médico oftalmólogo; y, está indicada cuando:

- Aparecen o se sospecha de algunos síntomas y/o signos de alarma ya mencionados anteriormente.
- A toda conjuntivitis del recién nacido con abundante secreción.
- En el caso de conjuntivitis, si no hay mejoría a los 5 días de tratamiento.
- En el caso del orzuelo, si no hay mejoría a los 7 días de tratamiento.
- Chalazión de más de un mes de evolución sin remisión.
- Si hay recidivas frecuentes.
- Si se evidencia presencia o coexistencia de acné rosácea asociada o alergia, una vez dado el tratamiento inicial señalado, debemos referirlo para su manejo integral.

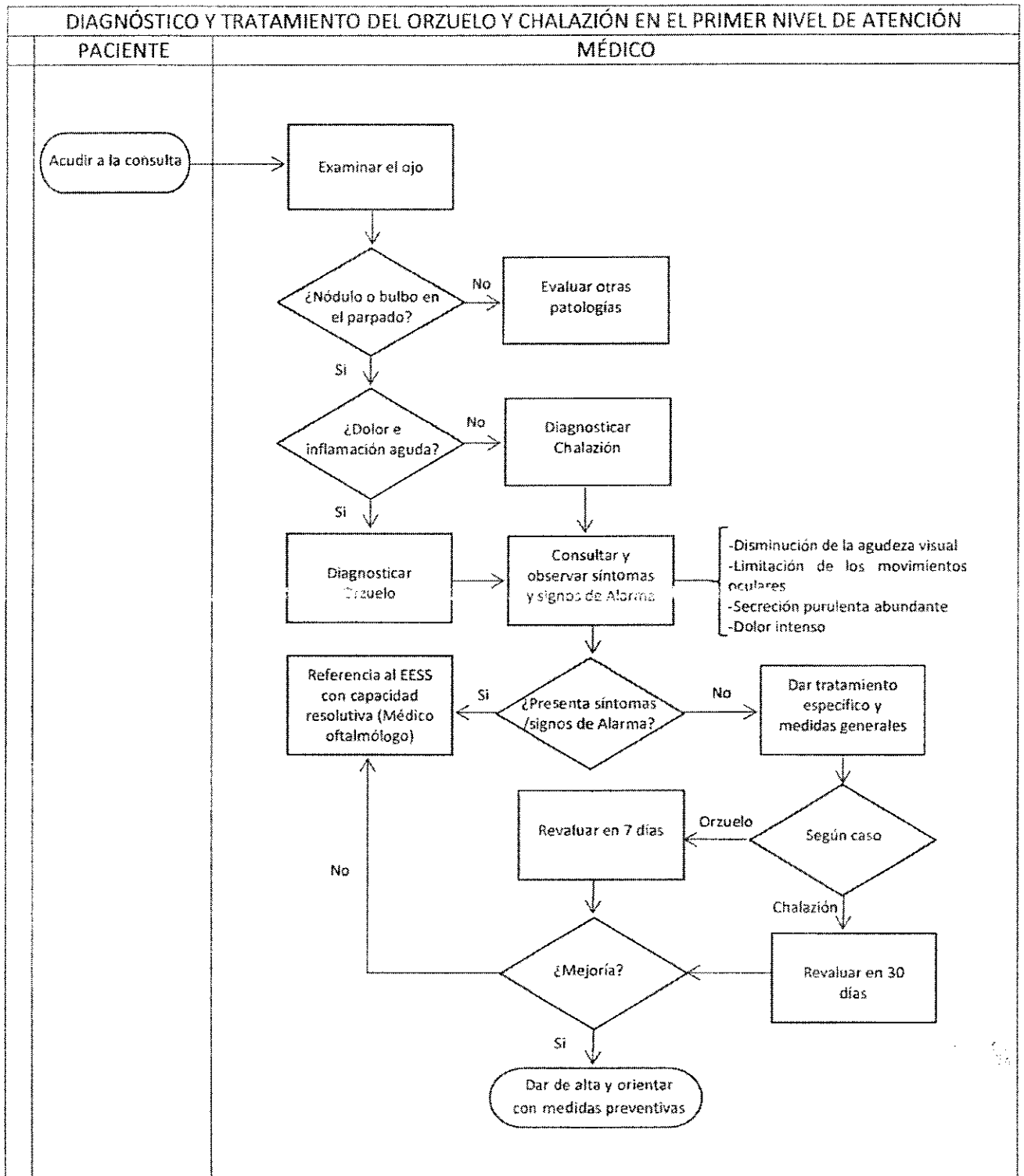
En aquellos casos que por la complejidad del caso o por que no hubiese disponibilidad de médico oftalmólogo en el segundo nivel de atención, los pacientes podrán ser referidos al establecimiento de salud del tercer nivel de atención, luego de lo cual deben ser contrarreferido con tratamiento y demás indicaciones, de ser el caso, al establecimiento del primer nivel para la supervisión y seguimiento por el médico cirujano



N. Zerpa T.

6.7. FLUJOGRAMAS

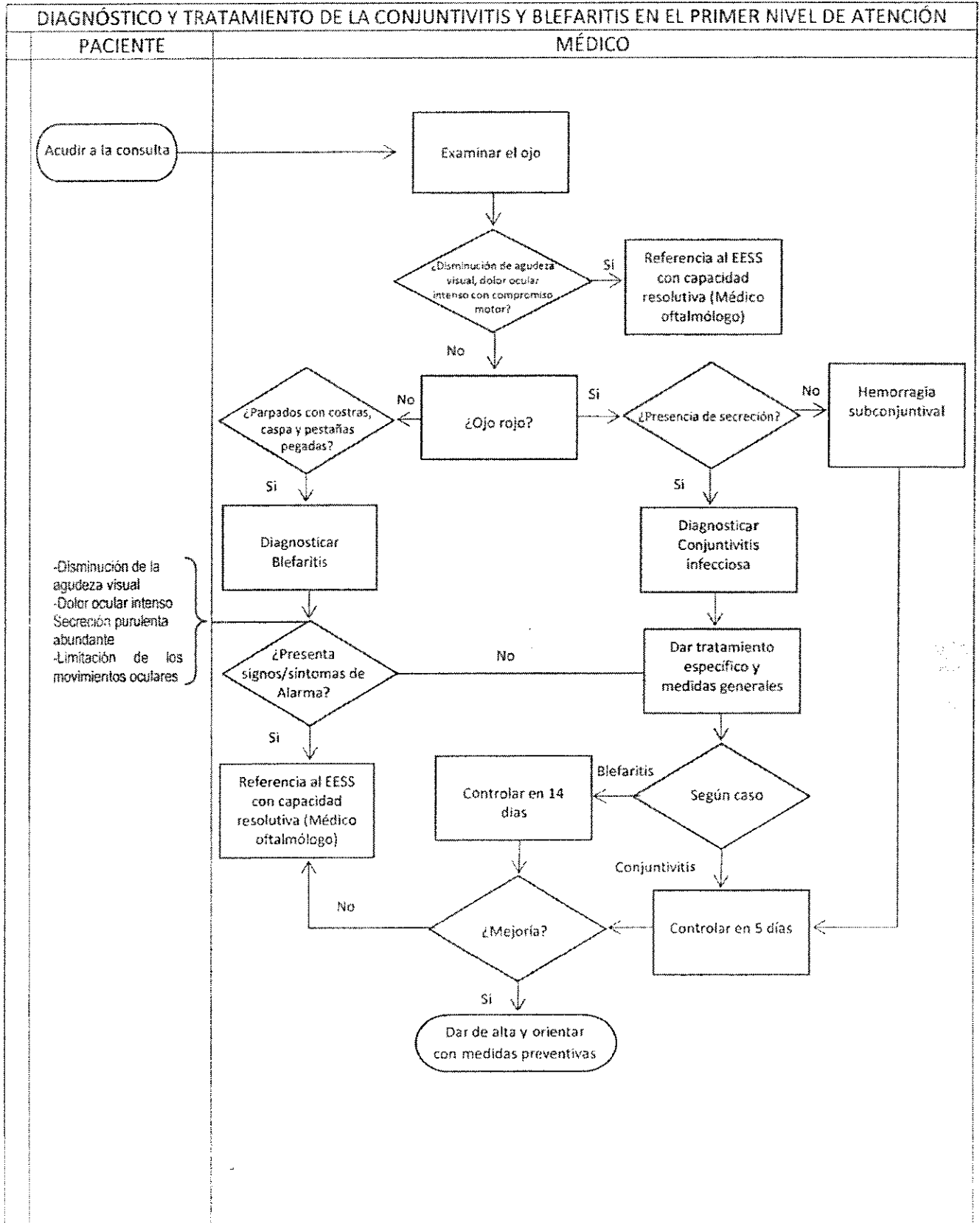
6.7.1. Flujograma N° 1



N. Zerpa T.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL
PARPADO Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

6.7.2 Flujoograma N° 2.



VII. ANEXOS

ANEXO 1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adenopatías: Signo que expresa un trastorno inespecífico caracterizado por el aumento de tamaño y consistencia de un ganglio.

Astigmatismo: Es un error refractivo por el que los rayos de luz paralelos (que inciden en la córnea) no son refractados por igual en todos los meridianos del mismo.

Blefarokonjuntivitis: Inflamación del reborde palpebral y de la conjuntiva.

Celulitis preseptal: Infección en el espacio entre la piel del párpado y el septo orbitario. Más frecuente en niños menores de 5 años de edad.

Celulitis orbitaria: Infección que involucra estructuras profundas de la órbita, casi siempre es unilateral y puede constituir una emergencia. Más frecuente en niños mayores de 5 años de edad.

Conjuntiva: Membrana mucosa transparente que tapiza el globo ocular desde el limbo (unión esclero-corneal) pasando por los fondos de saco conjuntivales hasta llegar al reborde palpebral.

Conjuntiva tarsal: Parte de la conjuntiva que cubre la parte posterior del párpado.

Entropión y ectropión: Eversión del borde palpebral hacia la córnea (entropión) y hacia afuera (ectropión).

Error refractivo o ametropía: Es una condición del sistema óptico visual caracterizado por una incapacidad para enfocar las imágenes de los objetos en la retina (macula). Como ametropías se consideran a la hipermetropía, miopía y astigmatismo.

Evertir: Doblar algo volviéndolo al revés, en caso del párpado para poder observar la conjuntiva tarsal o palpebral.

Fotofobia: Síntoma que se expresa como intolerancia anormal a la luz por aumento de sensibilidad.

Leucoma: Mancha blanquecina en la córnea.

Madarosis: Caída de las pestañas debida a inflamaciones crónicas del párpado.

Quemosis: Signo inflamatorio de la conjuntiva, con presencia de edema debido a la acumulación de líquido.

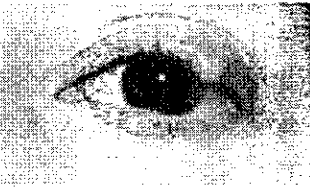
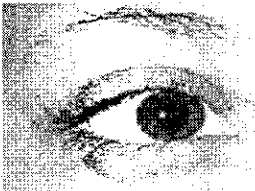
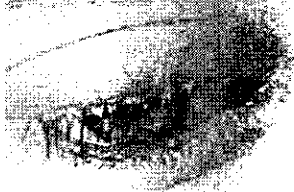
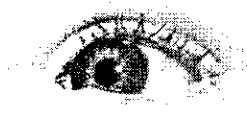
Queratitis: Inflamación que afecta predominantemente a la córnea.

Saco conjuntival: Espacio cubierto por conjuntiva, comprendido entre el párpado y el globo ocular.

Triquiiasis: Alteración de las pestañas, las cuales crecen de forma anómala en dirección al ojo, lo que ocasiona lesión de la córnea y la conjuntiva.



**ANEXO 2
 CUADRO CLÍNICO**

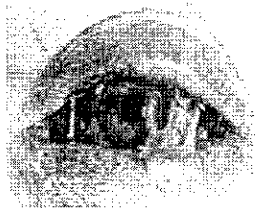

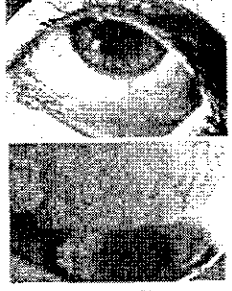
ENTIDAD	SÍNTOMAS	SIGNOS
<p>Orzuelo</p>  <p>(1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el borde palpebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento e hinchazón del párpado. • Pequeño nódulo blanco-rojizo en el borde palpebral. • A veces no se observa el nódulo en el borde palpebral, siendo necesario evertir el párpado para encontrarla en la conjuntiva tarsal (orzuelo interno).
<p>Chalazión</p>  <p>(2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión indolora, rara vez dolor inicial. • A veces visión borrosa por el astigmatismo inducido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulo subcutáneo en el párpado sin signos inflamatorios. • Lesión única o múltiple • Puede ser recurrente
<p>Blefaritis</p>  <p>(3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de cuerpo extraño • Prurito • Ardor • Fotofobia 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación del margen palpebral • Descamación o "caspa" • Secreción • Pestañas pegadas entre sí • Caída de pestañas • Puede complicarse afectando la conjuntiva, originando la blefaroconjuntivis.
<p>Conjuntivitis</p>  <p>(4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de cuerpo extraño • Ardor • Dolor • Prurito • Fotofobia • A veces visión borrosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Congestión conjuntival (ojo rojo) • Secreción acuosa, mucosa o mucopurulenta. • Algunos casos con adenopatías (ganglios pre - auriculares).



N. Zerpa T.

ANEXO 3

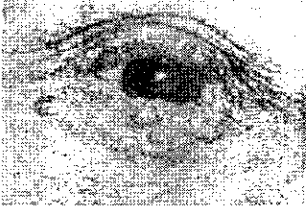


DIFERENCIAS IMPORTANTES DE LAS CONJUNTIVITIS SEGÚN ETIOLOGÍA

SINTOMAS/ SIGNOS	BACTERIANA	VIRAL	ALERGICA
	 (5)	 (6)	 (7) - (8)
Secreción ocular	Muco-purulenta	Acuosa	Acuosa o mucosa
Ojo rojo	Importante	Importante	Moderado
Prurito	Mínimo	Mínimo	Intenso
Lagrimo	Moderado	Abundante	Moderado
Quemosis	No	Si	Si
Adenopatías	No	Si	No
Síntomas generales asociados	No	Fiebre, faringitis, malestar general	Rinitis, estornudos, asma
Duración	3 - 7 días	5 - 14 días	Crónica recurrente
Riesgo de contagio	Alto	Alto	Nulo



ANEXO 4

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ENTIDAD	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ORZUELO Y CHALAZIÓN
<p>Carcinoma Basocelular</p>  <p>(9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orzuelo: Chalazión, Celulitis preseptal, Absceso palpebral, Hematoma palpebral, Dacriocistitis aguda, Carcinoma de glándula sebácea. • Chalazión: Orzuelo, Quiste sebáceo de piel, Carcinoma de glándula sebácea, Carcinoma basocelular, xantelasma.
ENTIDAD	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA BLEFARITIS
<p>Acné Rosácea</p>  <p>(10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orzuelo • Dermatitis atópica (alérgica) • Celulitis preseptal u orbitaria • Acné rosácea • Carcinoma basocelular • Carcinoma de glándula de Meibomio
ENTIDAD	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CONJUNTIVITIS
<p>Hemorragia Subconjuntival</p>  <p>(11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subconjuntival no infecciosa, sólo requiere observación y calmar al paciente. • Cuerpo extraño conjuntival o corneal • Ojo rojo por otras causas: abrasión corneal, queratitis, uveítis, escleritis, glaucoma agudo, endoftalmitis, entre otros. • Acné rosácea

ANEXO 5

TRATAMIENTO

ENTIDAD	MEDIDAS GENERALES	TRATAMIENTO
<p style="text-align: center;">ORZUELO Y CHALAZIÓN</p>	<p style="text-align: center;">HIGIENE PALPEBRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compresas tibias 3 veces/día por 5 minutos en el área de la lesión hasta notar mejoría. Masaje en caso del Chalazión. • Cloranfenicol 5 mg. o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en la lesión y en el borde palpebral, mañana/noche por 7 días en caso de orzuelo y por 14 días en caso de chalazión, aplicado con un hisopo o el dedo limpio, no existe problema que el ungüento ingrese al ojo. • AINES v.o. 3 v/día por 3 días en caso de orzuelo. • No intentar exprimir el orzuelo o cualquier protuberancia del párpado, sino dejarlo que drene espontáneamente. • El orzuelo típicamente resuelve dentro de 7 días si no se resuelve se debe referir al segundo nivel de atención. • El chalazión de más de un mes de evolución requerirá de tratamiento quirúrgico (referir) • Acné rosácea asociada: iniciar además, tratamiento para la rosácea, luego referirlo al establecimiento de salud con capacidad resolutive para su manejo integral. <p>Tratamiento inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina 100 mg v.o. cada 12 horas por 7 días para adultos, o - Tetraciclina 250 mg v.o. cada 6 horas por 7 días para adultos. <p>Celulitis preseptal asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dicloxacilina 50 mg/Kg/día cada 6 horas v.o. por 7 días, o - Eritromicina 50 mg/Kg/día cada 6 horas v.o. por 7 días, en caso de hipersensibilidad a la dicloxacilina.
<p style="text-align: center;">BLEFARITIS</p>	<p style="text-align: center;">HIGIENE PALPEBRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compresas tibias 3 veces/día por 5 minutos en todo el párpado hasta notar mejoría. • Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en el saco conjuntival inferior esparciéndose por el borde palpebral, mañana/noche por 14 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio, si no remite referir al establecimiento de salud con capacidad resolutive. • Blefaritis asociada a acné rosácea dar tratamiento inicial descrito.



CONJUNTIVITIS	HIGIENE PALPEBRAL	<p>1- Conjuntivitis infecciosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar compresas frías 3 veces/día por 5 minutos sobre el ojo por 3 días. • Cloranfenicol 5 mg o Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en el saco conjuntival inferior esparciéndose por el borde palpebral, mañana/tarde/noche por 7 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio, o • Cloranfenicol 5 mg/mL o aminoglucósidos (gentamicina 3 mg/mL o neomicina/polimixina) o sulfacetamida 100 mg/mL en gotas oftálmicas, 1 gota cada 4 horas por 7 días, o • Ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, 1 gota cada 4 horas por 7 días. • No se debe parchar el ojo debido a que aumenta la proliferación bacteriana. • Conjuntivitis asociada a acné rosácea dar el tratamiento inicial descrito. <p>Conjuntivitis del Recién Nacido: <u>REFERENCIA INMEDIATA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En el recién nacido se trata con ceftriaxona 25-50 mg/kg IV o IM en dosis única en los casos que se confirme el diplococo Gram negativo en una coloración Gram de secreción conjuntival. • Limpieza exhaustiva y frecuente con suero fisiológico de ambos ojos. • Cloranfenicol 5 mg/mL o ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, 1 gota cada hora y referencia inmediata. • Tratamiento de la infección de transmisión sexual (ITS) de la madre y pareja sexual. • En el adulto se trata con ceftriaxona 1 gr IM en dosis única, además de lavado conjuntival exhaustivo y frecuente con suero fisiológico en ambos ojos, aplicar cloranfenicol o ciprofloxacino 0.3% en gotas oftálmicas, una gota cada hora y realizar la referencia inmediata. <p>2 - Conjuntivitis alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de alérgenos, compresas frías sobre los ojos afectados. • Protección de la radiación solar (gorro, lentes de sol). • Clorfeniramina en suspensión 2 mg/ 5 ml o tabletas de 4 mg, Dosis: 0.35 mg/Kg/día c/8 horas por 5 días en los casos que presenten prurito ocular severo, quemosis y/o hinchazón de los párpados. • En casos recurrentes, referencia al establecimiento de salud con capacidad resolutoria con presencia de oftalmólogo y médico internista o pediatra para el manejo integral de la alergia, ya que este es un problema crónico.
----------------------	--------------------------	---



N. Zerpa T.

ANEXO 6

Técnica Básica para el Lavado de Manos

- Liberar las manos y muñecas de toda prenda u objeto.
- Mojar las manos con agua a chorro. Cerrar el grifo.
- Cubrir con jabón las manos húmedas y frotarlas hasta producir espuma, incluyendo las palmas, el dorso, entre los dedos y debajo de las uñas, por lo menos durante 20 segundos.
- Abrir el grifo y enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.
- Eliminar el exceso de agua agitando o friccionando ligeramente las manos, luego secarlas comenzando por las palmas, siguiendo con el dorso y los espacios interdigitales.
- Es preferible cerrar el grifo, con el material usado para secar las manos, no tocar directamente.
- Eliminar el papel desechable o tender la toalla utilizada para su ventilación.

Consejos para realizar una adecuada higiene facial

- Sujetar el cabello, si usa lentes, quitárselo.
- Previamente lavarse las manos con la técnica correcta descritos en la Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como practica saludable en el Perú, aprobada con RM N° 773-2012/MINSA; luego mojarse la cara con agua a chorro, en caso que haya legañas limpiarlas.
- Si usa jabón líquido, aplicar una pequeña cantidad en su mano, si usa jabón en barra, frotarlos con las manos mojadas.
- Frotar el contenido del jabón en la cara haciendo movimientos circulares (frente-nariz-mejillas y mentón), teniendo cuidado que el jabón no ingrese al ojo.
- Enjuagar bien la cara con abundante agua: previamente cerrar los ojos para que los párpados se limpien solo con el agua.
- Secar la cara y párpados con una toalla suave o papel toalla.

Consejos para realizar una adecuada higiene palpebral

Para las personas que presentan patologías palpebrales la higiene diaria de los párpados es indispensable y debe realizarse de la siguiente manera:

- Hacer uso de un paño, torunda de algodón o gasa humedecida con agua limpia.
- Empezar la higiene desde el ángulo interno del párpado hacia fuera, dando mayor importancia a la base de las pestañas, lugar donde se acumula la secreción grasosa y detritos.
- No usar soluciones caseras como manzanilla: llantén entre otros.



V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Auw - Haedrich C, Reinhard T. Chronic blepharitis. Pathogenesis, clinical features, and therapy. *Ophthalmologe*. 2007 Sep; 104(9):817-26; quiz 827-8.
- 2) Arffa RC, Grayson B. Enfermedades de la córnea. 4ta. ed. Madrid: Harcourt Brace; 2006 p. 485-546
- 3) Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis. *Semin Ophthalmol*. 2010 May; 25(3):79-83.
- 4) Bendezú Loyola A. et al. Enfermedades de los párpados y conjuntiva en Cirugía: IV oftalmología. Edit. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - 2000.
- 5) Corredor-Osorio R, Nava A, Castañeda A, Tovilla Canales JL, Tovilla y Pomar JL, Muñoz Salas S. Blefaritis por *Demodex folliculorum*. *Rev FacMed UNAM Vol. 43 No.4 Julio-Agosto, 2000; 43:125-9.*
- 6) Guía de referencia y contrarreferencia de la atención de patologías prevalentes en la especialidad de oftalmología (pterigión, orzuelo, chalazión Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Valdivia.) diciembre 2011.
- 7) Guía de Práctica Clínica diagnóstico y manejo de la conjuntivitis: México, Secretaria de Salud 2009.
- 8) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y manejo del orzuelo y chalazión: México, Secretaria de Salud 2009.
- 9) Guía Clínica para el manejo de las principales enfermedades no prevalentes en la Infancia en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador. El Salvador 2009.
- 10) Guía terapéutica para la atención primaria en salud. Colectivo de Autores. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2010 Cap. 13.
- 11) Izak F Wessels, MBBCh, MMed, FRCSE, FRCO; Chalazión presentación clínica Editor: Hampton Sr Roy, MD Actualizado: 2011
- 12) Jackson WB. Blepharitis: Current strategies for diagnosis and management. *Can J Ophthalmol*. 2008 Apr; 43(2):170-9.
- 13) Kanski, J.J. Párpados En: *Oftalmología Clínica*. Sexta edición. El Sevier 2007. P 34-38.
- 14) Krachmer, Mannis, Jay H. *Córnea y enfermedades externas*. [CD-ROM] 3ra ed. Mosby 1999.
- 15) Nemet AY, Vinker S, Kaiserman I. Associated Morbidity of Blepharitis. *Ophthalmology*. 2011 Jan 26; 118(6):1062-8.
- 16) Medlineplus [base de datos en Internet]. EEUU. A.D.A.M., Inc.[Actualizado: 5/15/2013] Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000963.htm>
- 17) Orden Martinez B, Martinez Ruiz R, Millán Pérez R. Bacterial Conjunctivitis: Most Prevalent Pathogens and Their Antibiotic Sensitivity. *An Pediatr (Barc)*. 2004 Jul; 61(1):32-6.
- 18) Peter Golightly, Chloramphenicol: is it safe in breastfeeding? UK Medicines Information (UKMi) pharmacists for NHS; 13 January 2013.
- 19) Rose PW1, Harnden A, Brueggemann AB. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomized double-blind placebo-controlled trial; *Lancet*. 2005 Jul 2-8;366(9479):37-43.



N. Zerpa T.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EXTERNAS DEL
PARPAD Y CONJUNTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- 20) Sedeño I, Novoa E. et al. Blefaritis por Demodex folliculorum. Diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Oftalmol 2006; 19(1).
- 21) Smith RE, Flowers CW Jr. Chronic blepharitis: a review. CLAO J. 1995 Jul; 21(3):200-7.
- 22) Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como practica saludable en el Perú, aprobada con RM N° 773-2012/MINSA. Pag. 4.

REFERENCIAS FOTOGRÁFICAS:

- 1) <http://www.medicinalife.com/2015/05/1.html>
- 2) <http://dro.hs.columbia.edu/chalazion.htm>
- 3) <http://blefaroplastia.es/blefaritis-una-causa-frecuente-de-molestias-oculares-y-ojo-seco/>
- 4) <http://drpinos.es/picor-ojos/>
- 5) <http://www.gomezromeo.com.ar/index.php/enfermedades/conjuntivitis>
- 6) http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Enfermedades+de+la+Conjuntiva&lang=2
- 7) <http://www.aapos.org/es/terms/conditions/13>
- 8) <http://www.aapos.org/es/terms/conditions/13>
- 9) <http://dermatoweb2.udl.es/atlasg.php?idfoto=406559&letra=c&pag=3&idsubmenu=2454&idapartat=3366&idsubapartat=>
- 10) www.actasdermo.org
- 11) <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/quinto/Especialidades/Oftalmologia/pdf/diagnostico%20diferencial%20ojo%20rojo.pdf>



N. Zerpa T.