

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA"

JUNIO - 2006

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, El Consejo Directivo aprobó la creación de la Unidad Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las **“GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLÓGICAS”** serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta especialidad en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "N. Nolasco Perla".

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA"

JUNIO - 2006

COMITÉ NORMATIVO

JEFE
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA

JEFE
DEPARTAMENTO DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

DEPARTAMENTO DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

Dr. Simón Baltazar Agreda

Dr. Guillermo José Valdés Flores

Dr. Mario Martínez Calderón

Dr. Rogelio A. Chávez Parada

Dr. Felix G. Aguirre Castro

OFTALMOLOGOS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA

**SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
DEL CONSULTORIO DE
ESPECIALIDADES**

DRA. MARTHA ELIZABETH DURAN DE GARCÍA

DRA. THELMA JEANNETTE MENJIVAR COREAS

DRA. MARGARITA EUGENIA MOLINA GUTIÉRREZ

DRA. KARLA IVON SALAZAR DE VILLEDA

DR. RUDDY MAURICIO RIVERA ALEMÁN

DR. MARCEL BARA WEIL

DR. HUGO ENRIQUE SALAZAR BANEGAS

DR. IVÁN AUGUSTO SOLÓRZANO PEÑA

OFTALMOLOGOS QUE PARCIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS DE OFTALMOLOGÍA.

CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES	DR. CARLOS MARIANO ALVARADO VIERA DR. JUAN HÉCTOR BERRIOS RIVERA DR. MANUEL CRUZ CERNA GUZMAN DR. LUIS AGRAMAN CASTRO MENDOZA DRA. MARTHA ELIZABETH DURAN DE GARCÍA DR. JOSÉ ROBERTO FIALLOS ZEPEDA DR. ALFREDO ERNESTO LEVISOHN ULLOA DR. FEDERICO RAFAEL LÓPEZ BELTRAN DRA. MARÍA MARTA LEVISON ULLOA DRA. ANA CECILIA PALMA DE CEA DR. RICARDO STANLEY PINEDA MARTÍNEZ DRA. TELMA YANETH MENJIVAR COREAS DRA. MARGARITA EUGENIA MOLINA DR. JOSÉ ENRIQUE RAMÍREZ AMAYA
U.M. ILOPANGO	DR. CARLOS BOLAÑOS MORÁN DR. RENÉ SAÚL RIOS RODRÍGUEZ
U.M. SANTA TECLA	DR. JOSÉ ALFREDO OTERO CASTRO DRA. ELSY ADALYDA CAMPOS JIMÉNEZ
CONSULTORIO HOSPITAL MILITAR	DRA. CLAUDIA LAZO OSORIO DR. JULIO ALBERTO MARTÍ CANDRAY

Índice

No.	CONTENIDO	No. PÁG.
	INTRODUCCIÓN	1
	OBJETIVOS	1
1.	CONJUNTIVITIS ALÉRGICA	2
2.	CONJUNTIVITIS BACTERIANA	4
3.	CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA	7
4.	BLEFARITIS	10
5.	CUERPO EXTRAÑO EN OJO	12
6.	VICIOS DE REFRACCIÓN	15
7.	OJO SECO	18
8.	TRAUMA OCULAR	21
9.	ULCERAS CORNEALES	24
10.	CHALAZION	28
11.	PTERIGION	30
12.	CATARATAS	33
13.	RETINOPATÍA DIABÉTICA	37
14.	TOXOPLASMOSIS OCULAR	41
15.	UVEITIS	44
16.	GLAUCOMA CRÓNICO SIMPLE	48
17.	GLAUCOMA DE ANGULO CERRADO AGUDO	53
18.	DESPRENDIMIENTO DE RETINA	56
19.	OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS	59
20.	VIGENCIA DE LAS GUÍAS	59

INTRODUCCIÓN

El presente documento, tiene como finalidad estandarizar las “**GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA**”, lo cual es posible gracias al aporte y aplicación directa del profesional de esta especialidad que labora en la Institución, y constituye un documento que tiene gran valor en la consulta externa, para que de una manera rápida y clara se realicen los diagnósticos correctos y su tratamiento actualizado.

El Departamento de Normalización y Estandarización planificó, documentó y facilitó su elaboración ya que constituye una de las especialidades con mayor demanda en la consulta externa. Este documento sobre las patologías más frecuentes en oftalmología en la Institución, marca la pauta de actuación de las diversas patologías oftalmológicas y van dirigidas al mismo tiempo, a médicos generales desde el punto de vista que para referir al paciente a la especialidad de oftalmología, se establezca un diagnóstico presuntivo y sea mejor orientado el paciente con relación a su referencia al especialista.

El esfuerzo dedicado a la elaboración de estos documentos técnicos de trabajo, reflejan el interés de la Unidad Técnica Normativa y el Servicio de Oftalmología, como respuesta plasmada en las políticas institucionales, para lograr una atención pronta, oportuna y de calidad a nuestra población derechohabiente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar la práctica clínica a través de las “**GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA**”, a fin de prestar un servicio oportuno, eficiente, integral y de calidad a nuestra población derechohabiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Normalizar los procesos de atención del área de oftalmología de la Institución.
- Dotar a los especialistas de la Institución del presente instrumento, para que sirva como Guía para la atención oportuna, adecuada, eficiente, integral y de calidad a nuestra población derechohabiente.
- Optimizar las referencias y contrarreferencias a la especialidad de oftalmología.



1. CONJUNTIVITIS ALÉRGICA (CIE-10:H10.8)

DEFINICIÓN

La conjuntivitis alérgica es una enfermedad benigna, que suele manifestarse en la etapa adulta temprana. Puede ser o no estacional y se presenta por lo general en el verano.

La reacción del ojo es provocada por sustancias alérgicas como el polen, el polvo y la caspa y que usualmente incluye enrojecimiento, lagrimeo y picazón en los ojos.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las alergias tienden a darse en familias, aunque no se ha identificado un patrón hereditario evidente para ello. La incidencia de una alergia es difícil de determinar, puesto que muchas condiciones diferentes se agrupan bajo el término de alergia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Ojos rojos, dilatación de los vasos en la conjuntiva, prurito intenso, el paciente manifiesta dolor y ardor en los ojos, lagrimeo frecuente, abultamiento de los párpados, especialmente en la mañana y es frecuente la presencia de secreción viscosa no purulenta.

CLÍNICOS

Prurito Ocular de leve a moderada intensidad, conjuntivas oculares y palpebrales hiperémicas, epífora leve, malestar general, secreción acuosa con escasos exudado.

LABORATORIO Y GABINETE

No aplica.

CRITERIOS DE INGRESO

No aplica.



TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Tratar el cuadro agudo con antiinflamatorio tópicos, que pueden ser antihistamínicos tópicos, y si el cuadro es muy severo dar antihistamínicos orales.

En la etapa de mantenimiento, se pueden usar los estabilizadores tópicos de los mastocitos.

- ◆ Ketotifeno colirio 1 gota 3 veces al día.
- ◆ Nafazolina colirio 1 gota 3 veces al día.
- ◆ Metilcelulosa + Dextran 70 1 gota de 3 a 5 veces al día.
- ◆ En casos muy severos agregar antihistaminicos orales (loratadina, ketotifeno).

CRITERIOS DE EGRESO

No aplica.

INCAPACIDAD

3-5 días según el caso.

REFERENCIAS

Solamente casos complicados referirlos a oftalmólogo.

EXÁMENES DE CONTROL

En algunos casos, se pueden manejar conjuntamente con los alergistas.

EDUCACIÓN

Se debe orientar a los pacientes a que no se froten los ojos, debido a que la situación puede empeorar. En la medida de lo posible evitar la exposición a los alérgenos específicos, una vez éstos se hayan identificado también orientar o recomendar la aplicación de compresas frías sobre los ojos para aliviar el malestar.



2. CONJUNTIVITIS BACTERIANA (CIE 10 H10.3)

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso que comienza con lagrimeo, irritación e hiperemia de las conjuntivas palpebral y bulbar, de uno o ambos ojos, seguidos de edema de los párpados y exudado purulento (legañas), en ocasiones prurito, fotofobia y sensación de arenilla, su evolución clínica es de dos días hasta tres semanas, no hay disminución de agudeza visual significativa.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Enfermedad muy difundida, con frecuencia es epidémica y los agentes infecciosos pueden ser el Haemophilus Influenzae biogrupo Aegyptius, Streptococcus Pneumoniae, Gonococos y otros Staphilococcus, moraxella, pseudomona.

La transmisión, se da por contacto con secreciones de las conjuntivas o vías respiratorias superiores, de las personas infectadas por medio de los dedos, ropa u otros artículos contaminados, como lo es al compartir cosméticos para los ojos.

FACTORES DE RIESGO

Malos hábitos de higiene, hacinamiento, centros vacacionales concurridos, piscinas poco cloradas.

CLASIFICACIÓN

- a) Aguda.
- b) Subaguda.
- c) Crónica.

CRITERIOS DE INGRESO

Casos complicados con úlceras.



TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- * Cloranfenicol solución 1 gota c/2 horas de 7 a 10 días (durante el día) y Cloranfenicol ungüento por la noche.
- * Nafazolina colirio 1 gota 3 veces al día.
- * Acetaminofen 500 mg. Vía oral c/6 horas x 1 semana ó
- * Ibuprofeno 400 mg. V.o. c/8 horas X 1 semana.

Sino se obtiene mejoría enviar a 2º escoge.

- * Garamicina colirio 1 gota c/2 horas X 7 dias durante el dia y Garamicina ungüento por la noche.
- * Nafazolina colirio 1 gota 3 veces al día.
- * Acetaminofen 500 mg. Via oral c/6 horas x 1 semana ó Ibuprofeno 400 mg. V.o. c/8 horas X 1 semana.

En casos muy severos podría combinarse 2 antibióticos:

- 1- Cloranfenicol solución 1 gota c/2 horas X 7 (durante el día) y Cloranfenicol ungüento por la noche + Garamicina colirio 1 gota c/2 horas X 7 dias durante el DIA y Garamicina ungüento por la noche.

Nafazolina colirio 1 gota 3 veces al día.

Acetaminofen 500 mg. Via oral c/6 horas x 1 semana ó Ibuprofeno 400 mg. V.o. c/8 horas X 1 semana ó

- 2- Neomicina polimixina colírio 1 gota c/2 horas durante el día y Neomicina polimixina ungüento por la noche.

Si no se obtiene mejoría o el cuadro empeora se referirá al especialista.

CRITERIOS DE EGRESO

De acuerdo al caso.



INCAPACIDAD

Se dará incapacidad por un período de 3 a 5 días.

REFERENCIAS

Referir al Oftalmólogo solo en casos complicados.

Al sospechar Ulcera de la Córnea, referir a oftalmología para diagnóstico y tratamiento adecuado, para evaluar tratamiento en oftalmología.

EXÁMENES DE CONTROL

EDUCACIÓN:

- Dar a conocer el mecanismo de transmisión, la higiene personal cumplir el tratamiento médico.
- Promover el no compartir cosméticos, anteojos ni toallas faciales
- Los adultos no deben de asistir a sus centros de trabajo o centros de concentración pública, al menos por 3 días.
- Indicar la importancia de descartar el tubo ungüento o colirio después de 30 días de abierto y de uso personal.

3. CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA (CIE 10 H11.3)

DEFINICIÓN

Enfermedad de inicio brusco, con enrojecimiento, inflamación y dolor bipalpebral, a menudo en ambos ojos, fotofobia, lagrimeo, en ocasiones exudado seroso; con aparecimiento después de 4 a 6 días, de una hemorragia en la conjunta Bulbar.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es producida por Adenovirus, Picornavirus y virus Coxsackie A24, se transmite por contacto directo, con el exudado de los ojos infectados de una persona a otra, se produce en los núcleos familiares, en las piscinas con aguas poco cloradas, este cuadro es mas frecuente en niños que en adultos.

El período de incubación, para la infección por Adenovirus es de 8 días en promedio de los Picornavirus, de 12 horas a 3 días.

Formas epidémicas, estacionalmente durante los meses de Agosto/Octubre, en el país.

Con el hacinamiento laboral e intradomiciliar y descuido en las normas de higiene, los niños son fuentes de la diseminación rápida de la enfermedad en el grupo familiar y en la comunidad.

CLASIFICACIÓN

No aplica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Inicio brusco con inflamación unilateral o bilateral de los párpados, eritema de las conjuntivas, fotofobia, lagrimeo, dolor peri orbitario; después de 4 a 5 y días aparecen hemorragias subconjuntivales en la conjuntiva Bulbar, o en forma de petequias, que se agrandan para formar hemorragias subcojuntivales confluentes, que poco a poco muestran resolución en un período de 7 a 12 días.



CRITERIOS DE INGRESO

Solamente en los casos complicados como úlceras corneales.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- El tratamiento es sintomático, por lo que la prevención es muy importante.
- Cloranfenicol solución oftálmica 1 gota cada 2 horas 10-12 días, para impedir una infección bacteriana secundaria.
- También usar colirios tipo Imidazolina (nafazolina 1%, oximetazolina al 0.05 %, Tetrahidrazolina Clorhidrato 0.05%), 1 gota en cada ojo cada dos horas x 10-12 días, Acetaminofén tab. 500 mg. V.O. 4 veces al día, por 5 días.
- Compresas frías x 15 minutos 2 v/día.
- Usar antihistamínicos tipo clorfenidamina 4 mg. V.O. 3 veces al día por 3 días.
- Indicar el aislamiento laboral y escolar, y restringir la presencia en lugares de grandes concentraciones de población, mientras dure el tratamiento.
- Control subsecuente a los 8 días para evaluar evolución.

CRITERIOS DE EGRESO

De acuerdo al caso.

INCAPACIDAD

- Se dará una incapacidad de 5 a 8 días dependiendo de la evolución clínica.
- Control a los diez días para evaluación del caso.

REFERENCIAS

Referir al Oftalmólogo cuando no haya mejoría o presenta alguna complicación.

EXÁMENES DE CONTROL

No aplica.



PLAN EDUCACIONAL

- ✓ Dar a conocer a la población, los signos y síntomas de la enfermedad y los mecanismos de transmisión, insistir en la higiene personal, que incluya no compartir toallas o artículos de belleza.
- ✓ Evitar el hacinamiento y las aglomeraciones.
- ✓ El manejo sanitario de las secreciones.
- ✓ Es importante identificar a los contactos y la fuente de infección.
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón, con frecuencia después de la manipulación de los ojos.
- ✓ En clínicas de salud, el personal debe practicar la técnica del lavado riguroso de manos antes y después de examinar cada paciente.
- ✓ Descartar los colirios o ungüentos utilizados después de los 30 días y de uso individual.



4. BLEFARITIS

(CIE 10 H01.0)

DEFINICIÓN:

Patologías varias que afectan el borde palpebral y que se caracterizan por acumulación de material alrededor de la base de las pestañas y por eritema del borde del párpado.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD:

CLASIFICACIÓN:

- Blefaritis Estafilococcica.
- Blefaritis Seborreica.
- Blefaritis Rosácea.
- Blefaritis parasitaria.

CRITERIO DIAGNÓSTICO:

CLÍNICOS:

- Escamas fibrinosas y quebradizas en base de las pestañas.
- Tubos o collarettes fibrinoide en la base de las pestañas.
- Excesiva secreción oleosa.
- Hiperemia del borde palpebral sin ulceración.

CRITERIO DE INGRESO:

Ninguno.

CRITERIO DE EGRESO:

- Tratamiento y alta.



TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

- Higiene de párpados: lavar con shampoo suave (para niños).

ANTIBIÓTICOS:

- Cloranfenicol ungüento por la noche o 2 veces al día de acuerdo a severidad del caso.
- Neomicina – polimixina ungüento por la noche o 2 veces al día.
- Garamicina ungüento por la noche o 2 veces al día.
- Esteroides combinados con antibióticos:

Neomicina + Polimixina y Dexametazona ungüento / Aplicar el borde del párpado de una a 2 veces por día.

INCAPACIDAD

No amerita.

CONTROL

Alta.

EDUCACIÓN:

- Higiene permanente de párpados.



5. CUERPO EXTRAÑO EN OJO

(CIE 10 H44.7)

DEFINICIÓN

Cuerpo extraño se denomina a cualquier objeto que se encuentra en el ojo; pero que no debe estar allí. El cuerpo extraño puede estar en la conjuntiva (membrana delgada que cubre el ojo en sí) ó en la cornea (la superficie transparente, de forma convexa, que cubre la parte frontal del ojo).

Los cuerpos extraños más frecuentes en la conjuntiva son:

- Polvo.
- Insectos.
- Tierra.
- Astillas de madera o vegetales
- Arena.
- Cualquier objeto proveniente del exterior.
- Lentes de contacto.
- Cosméticos.
- Cuerpos metálicos, proyectados por aparatos de altas velocidades como esmeriles, pulidoras, cortadoras.
- Vidrio.

Los cuerpos extraños en la cornea, son pedacitos de metal u objetos oxidados.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Principal causa de consulta de emergencia en oftalmología, por la falta de medida de seguridad (como uso de gafas protectoras).



CLASIFICACIÓN

- ◆ Extraoculares:
 - ❖ Corneales
 - ❖ Conjuntivales
- ◆ Intraoculares.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Los síntomas más comunes en un cuerpo extraño en el ojo son: sensación de que hay un cuerpo extraño en el ojo, dolor y lagrimeo de los ojos, pestañeo excesivo, dolor al mirar la luz (fotofobia), ardor, prurito, visión borrosa o doble, enrojecimiento o apariencia sanguinolenta del ojo y cefalea leve.

LABORATORIO Y GABINETE

En casos de sospecha de cuerpo extraño intraocular o intraorbitario, radiografía Antero posterior y lateral de órbita ocular.

CRITERIOS DE INGRESO

Cuando el cuerpo extraño es penetrante al globo ocular.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento específico para un cuerpo extraño extraocular en el ojo del paciente será determinado por el médico, basándose en la edad, estado general de salud, la gravedad de la lesión, pero siempre se debe proceder con las medidas primarias siguientes:

- Lavado con solución salina.
- Evertir el párpado superior.
- Retirar el objeto si se observa.
- Gentamicina o Cloranfenicol colirio 1 gota 4 veces al día.
- Sellar el ojo por 12-24 horas.



En caso en donde no se observe o persista la sensación de cuerpo extraño:

- Enviarlo ó referirlo de inmediato al médico oftalmólogo

Si el cuerpo extraño está intraocular, es manejo exclusivo del oftalmólogo y mediante el uso de lámpara de Hendidura, oftalmoscopia directa e indirecta, se procederá a localizarlo, por medio de Rx. antero posterior y lateral de órbita, TAC de órbita, y de acuerdo a su localización se extraerá y se le dará su tratamiento respectivo.

- RM si no es metálico.
- USG si no hay rotura del globo.

CRITERIOS DE EGRESO

De acuerdo al caso.

INCAPACIDAD

- ❖ En caso de cuerpo extraño extraocular de 2 a 3 días de incapacidad.
- ❖ En casos de cuerpos extraños intraocular 21 días o mas de acuerdo a criterio del oftalmólogo.

REFERENCIAS

Referirlo a oftalmología cuando persiste la sensación, se sospeche úlcera ó la lesión es intraocular ó el cuerpo extraño es intraocular.

EXÁMENES DE CONTROL

No aplican.

EDUCACIÓN

Explicarle al paciente ó sus familiares que no se frote ni ejerza presión en el ojo, no debe intentar extraer el cuerpo extraño; ni retirar lentes de contacto y que busque de inmediato al médico si no surte mejoría en las próximas 24 horas después de haber iniciado el tratamiento.



6. VICIOS DE REFRACCIÓN (CIE10 H52)

DEFINICIÓN

Es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

No todas las Hipermetropías son patológicas, sino que lo son sólo aquellas que superan la capacidad de acomodación del cristalino ó traen molestias ó manifestaciones al paciente, generalmente no es progresiva y constituye el 10% de los vicios refractivos.

Un 75% de los recién nacidos son Hipermétropes y este estado aumenta durante los 7 primeros años de vida y luego desciende, por lo general tiene un gran poder de acomodación, es suficiente para subsanar este vicio de refracción, no ocurre así en adultos.

El astigmatismo constituye el 40% de los defectos retroactivos y en general se asocia con miopía ó hipermetropía

Las miopías de más de 5 dioptrías se asocian a una incidencia mayor de desprendimiento de retina.

CLASIFICACIÓN

- 1- Hipermetropía:
 - a) H. latente
 - b) H. manifiesta: b-1. H. facultativa
b-2: H absoluta
- 2- Miopía.



- 3- Astigmatismo:
- a) Miópico simple.
 - b) Miópico compuesto.
 - c) Hipermetrónico simple.
 - d) Hipermetrónico compuesto.
 - e) Mixto.
- 4- Presbicia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El paciente refiere disminución de la Agudeza Visual (AV), en uno o ambos ojos, ya sea de cerca o lejos o ambos. Se pueden quejar de cefalea, oscurecimiento de la visión, fatiga ocular, irritabilidad. En la presbicia el paciente se queja de dificultad para la lectura y se inicia generalmente después de los 40 años de edad.

Una vez se ha descartado que no hay ningún proceso inflamatorio (ojo rojo, etc.), problemas en cornea, problemas orgánicos (diabetes, H.T.A.), células en vítreo, daños en retina, nevus ópticos, glaucoma, etc. y ya no se tenga ninguna sospecha de ello, **entonces se puede referir al optometrista** para refracción. En casos de encontrar alguna patología enviarlo a interconsulta con oftalmología previamente.

CRITERIOS DE INGRESO

No aplica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVALUACIÓN

- Uso de anteojos (Se le enviará donde el Optometrista u óptica que el Instituto designe para su prescripción de lentes correctivos y se dará alta de oftalmología).

INCAPACIDAD

No aplica.



REFERENCIAS

El médico General, en casos dudosos debe referir a oftalmología el cual una vez confirmado diagnostico dará alta y recomendaciones pertinentes al caso.

EDUCACIÓN

Explicar al paciente que éstos vicios de refracción se corrigen con lentes de contacto ó anteojos, pero no se curan en forma definitiva, por lo que es recomendable que usen sus lentes prescritos y que acudan al médico general una vez c/2 años para su evaluación y si lo amerita lo referirá al optometrista, pero si se sospecha patología ocular, al oftalmólogo.

7. OJO SECO

(CIE 10 H04.1)

DEFINICIÓN

Es un proceso patológico de la superficie ocular producido por una deficiencia en la cantidad y/o en la calidad de la película lagrimal, volviéndose incapaz de mantener la salud de los epitelios de la córnea y de la conjuntiva.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El ojo seco afecta al 30% de la población adulta que asiste a la consulta oftalmológica, que corresponde al grado I ó leve. Un 5% de la población corresponde al grado 2 ó moderado y el ojo seco grave ó grado 3 afecta aproximadamente a 1 por mil de la población.

CLASIFICACIÓN

- 1- Grado I ó leve: Se caracteriza por síntomas ligeros de sequedad ocular, picor, deseo de cerrar los ojos; las lesiones de superficie son reversibles.
- 2- Grado II ó moderado: a los síntomas anteriores se le añaden dificultad para abrir los ojos al despertar, sensación de arenillas en los ojos, quemazón, hormigueo, fotofobia, crisis de visión borrosa.
- 3- Grado III ó severo (manejo exclusivo de oftalmología). Caracterizado por la presencia de lesiones corneales y conjuntivales persistentes que empeoran si el cuadro de sequedad progresa, puede dejar secuelas de superficie irreversibles: leucomas cicatrízales, opacidades corneales, neovascularización corneal, borramiento de pliegues lacunares, simblefarón, etc.

Todo lo anterior es de oftalmología, pues el Dx es a base de examen con lámpara de hendidura (LH).



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los síntomas principales son irritación, sensación de cuerpo extraño, presencia de mucosidad filamentosa y visión borrosa transitoria, menos frecuentes: escozor, fotofobia y sensación de fatiga o pesadez en los párpados.

Es importante hacer una buena anamnesia, así como pruebas especiales como: tiempo de rotura de la película lagrimal, prueba de Schirmer, tinción de bengala, altura del menisco lagrimal.

CRITERIOS DE REFERENCIA A OFTALMOLOGÍA

Cuando existe severo y evidente daño al epitelio corneal ó formación de úlceras corneales.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- Metil Celulosa 0.5 % 1 gota cada 2 a 3 horas, de acuerdo a severidad del cuadro.
- Ácido poliacrilico: aplicar cada 2 a 3 horas, de acuerdo a severidad del cuadro.
- Metil Celulosa + Dextran 70 1 gota cada 3 a 4 horas.

Dentro del tratamiento quirúrgico existe la oclusión de los puntos lagrimales, ya sea en forma transitoria con tapones de silicona o permanentes, cauterizando o haciendo injertos de conjuntiva de los puntos lagrimales.

Grado I y Grado II de acuerdo a cada caso.

INCAPACIDAD

Grado III de 7 a 30 días ó más de acuerdo a la evolución del caso.



REFERENCIAS

Todo paciente cuya historia de resequedad ocular y que además adolece de una enfermedad de tipo inmunológico, (Ej. artritis reumatoide) deberá ser referido al oftalmólogo para su diagnóstico y evaluación de ojo seco o lo descarte.

El Médico General lo referirá, si el paciente refiere sentir dolor severo ocular, disminución de la agudeza visual y si observa si la córnea está edematizada, o si presenta mucha hiperemia, (Grado III).

Los grados I y II, pueden ser manejados por Medicina General.

CONTROL

Todo paciente ya diagnosticado por el Oftalmólogo y que no presenta ninguna complicación, puede ser manejado por el primer nivel cada 6 meses.

EDUCACIÓN

En este tipo de pacientes es importante el tratamiento ambiental como por ejemplo: evitar corrientes de aire, uso de ventiladores, aires acondicionados, evitar la polución ambiental.



8. TRAUMA OCULAR (CIE-10:S05-S05.3)

DEFINICIÓN

El trauma ocular es cualquier lesión causada en el ojo por factores externos no relacionados con enfermedades del paciente y que pueden ocasionar pérdida parcial o total de visión si no se interviene en el menor tiempo posible.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las causas más frecuentes del trauma o lesión ocular son los accidentes domésticos y laborales (50%).

El trauma ocular es considerado como la tercera causa de hospitalización y la segunda de compromiso visual después de las cataratas. Aproximadamente el 48.2% de las lesiones son contundentes y el 48% penetrantes, afecta a un porcentaje mayor al sexo masculino (87%) y con edad promedio de 30.6 años. Los niños menores de 10 años representan el 4% del total de pacientes.

CLASIFICACIÓN

Existen muchas formas de provocar un trauma ocular; pero la mayoría se clasifica en dos (2) categorías:

- a) Lesiones contundentes: Las contusiones son capaces de producir hemorragias y tumefacción de los párpados, edema y ruptura de la córnea, iridodialisis, parálisis traumática de la pupila, desgarros retinales, Edema de Berlín.
- b) Lesiones penetrantes. Con heridas, corneales, esclerales, corneo esclerales,

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Se inspecciona en forma ordenada las estructuras oculares: La superficie anterior de la cornea para confirmar o descartar la presencia de cuerpos extraños, heridas



alteración del brillo; la superficie de la conjuntiva, tanto bulbar como tarsal, con la eversión de los párpados para localizar hemorragias; se evalúa la agudeza visual, motilidad, integridad de los medios transparentes, forma, tamaño y reacción de la pupila, tono ocular, fondo de ojo y tejidos adyacentes al globo.

Si la lesión ocular, está localizada en la cornea, presenta: dolor, sensación de cuerpo extraño que aumenta con el parpadeo, lagrimeo, inyección conjuntival, fotofobia, disminución de la agudeza visual y blefaroespasmos.

LABORATORIO Y GABINETE

Glucosa y Rx anteroposterior y lateral de órbita ocular.

CRITERIOS DE INGRESO

De acuerdo a la evaluación del oftalmólogo: lesión evidente de córnea, esclera o anexos del globo ocular. Disminución ó pérdida de la agudeza visual.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN

- Oclusión no comprensiva con apósito, no aplicar anestesia tópica ni analgésicos; suspender la vía oral, antieméticos y laxantes para disminuir las consecuencias de la maniobra de Valsalva y referirlo o remitir rápidamente al médico oftalmólogo.
- Sellar ojo por 24 horas, en el caso que solamente ha habido extracción de un cuerpo extraño corneal ó solamente abrasión corneal.
- Ibuprofeno 400 mg. c/8 horas ó Diclofenac c/8 horas.

CRITERIOS DE EGRESO

De acuerdo al caso.



INCAPACIDAD

De acuerdo a la severidad del caso; pero se da incapacidad entre 2-3 días si solamente es cuerpo extraño corneal. Si es cuerpo extraño penetrante dependerá de criterio del oftalmólogo.

REFERENCIAS

Referir a oftalmología.

EXÁMENES DE CONTROL

Rx anteroposterior y lateral de órbita ocular.

EDUCACIÓN

Explicarle al paciente que el golpe del ojo es diferente a los golpes en otras partes del cuerpo, debido a la alta sensibilidad del globo ocular, decirle o aclararle que los golpes dejan casi siempre secuelas que representa un problema funcional en el lugar de la lesión:

- Si es la córnea el órgano lesionado, la cicatriz que deja altera la transparencia y la forma de su superficie.
- Si es el cristalino, se produce catarata traumática.
- Si fue la retina la lesionada, la visión queda definitivamente más o menos comprometida.

9. ULCERAS CORNEALES

(CIE 10 H16.0)

DEFINICIÓN:

Pérdida parcial o total de la sustancia corneal, producida por infecciones, distrofias, degeneraciones, traumatismos, toxinas o agentes químicos.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD:

Las úlceras corneales son emergencias oftalmológicas, que dado su potencial destructivo, requieren su reconocimiento temprano y su tratamiento apropiado. En los EE.UU. su frecuencia se estima en más de 30,000 casos por año, y aunque en nuestro medio no contamos con estadísticas propias, por las condiciones climatológicas y socio-culturales, proporcionalmente es de esperar que su incidencia sea mayor y como en otros países latinoamericanos, su potencial destructivo incluye: pérdidas de visión, perforaciones, evisceraciones y panendofalmitis entre otras.

CLASIFICACIÓN:

1. Bacteriana.
2. Viral.
3. Micótica.
4. Estéril.
5. Otras.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

A) Clínicos:

1. Historia Clínica.
2. Inyección conjuntival.



3. Infiltrado corneal visible.
4. Blefaroespasma.
5. Fotosensibilidad.
6. Epífora.
7. Sensación de cuerpo extraño.
8. Celularidad y proteínas en cámara anterior.
9. Hipopión.

B) Laboratorio y gabinete

1. Frotis (GRAM, giemsa y Calcofluor).
2. Cultivos de lesión (agar sangre, agar chocolate, agar Sabouraud con dextrosa sin cicloheximida a temperatura ambiente, calcofluor, agar no nutritivo con cubierta de E. Coli y medio de Lowenstein- Jensen).
3. Biopsia corneal.

CRITERIOS DE INGRESO:

1. Infiltrado mayor de 1 a 2 mm con defecto epitelial.
2. Ulceras centrales o paracentrales.
3. Pérdida significativa de tejido.
4. Presencia de hipopión.
5. Sospecha por historia clínica de organismo inusual.
6. Falta de respuesta a tratamiento empírico.
7. Ulceras en pacientes post-cirugía oculares recientes.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN:

Previa toma de frotis y cultivos, iniciar empíricamente (salvo que se sospeche agente causal específico, por historia o hallazgos clínicos).



1. Lomefloxacin suspensi3n oft3lmica 1 gota cada hora.
2. Tobramicina suspensi3n oftalmol3gica 1 gota cada hora.
3. Atropina 1 %, 1 gota 3 veces al d3a.
4. Diclofenac tableta cada 8 horas seg3n dolor.

EVOLUCI3N:

Sin tratamiento o con tratamiento no adecuado, las 3lceras se complican con perforaci3n, panoftalmitis, autoevisceraci3n.

Una vez iniciado tratamiento emp3rico evaluar en 24 a 48 horas y ver respuesta a la terapia, sino hay adecuada respuesta evaluar cambio de antimicrobiano seg3n gram y cultivos (cambiar 3 combinar antibi3ticos, iniciar antimic3ticos o antiprotozoarios).

CRITERIOS DE EGRESO:

1. Mejor3a cl3nica evidente (re-epitelizaci3n progresiva sobre el infiltrado, disminuci3n en el tama1o y densidad del infiltrado, ausencia de hipopi3n, reducci3n considerable del edema estromal alrededor del infiltrado.
2. Capacidad de continuar adecuadamente el tratamiento de forma ambulatoria.
3. Capacidad de paciente de asistir a controles.

INCAPACIDADES:

De 3 semanas en adelante seg3n gravedad.

REFERENCIAS:

A consulta externa de oftalmolog3a lo m3s pronto posible.

EX3MENES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Nuevos frotis y cultivo de lesi3n si no hay respuesta a tratamiento.



EDUCACIÓN:

Recomendar a pacientes sobre todos los que presentan factores de riesgo: usuarios de lentes de contacto, antecedentes de trauma ocular, enfermedades crónicas de la superficie ocular, triquiasis, entropión, etc. La pronta consulta ante la presencia de la sintomatología, ya mencionada.



10. CHALAZION

(CIE 10 H00.1)

DEFINICIÓN:

Inflamación nodular aguda ó crónica de una glándula de Zeis o de Meibomio.

Reacción granulomatosa frente al material sebáceo que ha sido expulsado de una glándula taponada al tejido que la circunda.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

CLÍNICOS:

- Masa en borde palpebral.
- Puede presentarse en forma aguda con signos inflamatorios.
- Puede presentarse en forma insidiosa y crónica.
- nódulo indoloro en su fase crónica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

LESIÓN AGUDA:

- ❖ Masaje en lesión.
- ❖ Compresas calientes.
- ❖ Antibióticos.
 - Cloranfenicol ungüento por la noche.
 - Neomicina-polimixina.
 - Tobramicina suspensión oftálmica 1 gota cada hora.

En caso de gran inflamación combinarlo con antibióticos por vía oral.

- Esteroides combinados con antibiótico.

LESIÓN CRÓNICA:

- ❖ Quirúrgico.
- ❖ Curetaje de lesión.



INCAPACIDAD

- ◆ En fase aguda de 3 días a 5 días según grado de inflamación.
- ◆ En fase crónica después de cirugía de 5 a 8 días.

ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS

- ◆ Amoxicilina 500mg. Via oral cada 8 horas X 5 días.
- ◆ Trimetropim + Sulfametoxazole 160/800 mg 1 cap. cada 12 horas X 5 días.
- ◆ Cefalosporinas.

Antiinflamatorios.

- ◆ Ibuprofeno 400 mg. Via oral cada 8 horas.
- ◆ Diclofenac 50 mg. Via oral cada 12 horas.

Fase cronica despues de tratamiento quirúrgico:

- ◆ Neomicina + polimixina + dexametosona unguento aplicar 2 veces al dia.
- ◆ Acetaminofen 500 mg via oral cada 6 horas ó
- ◆ Ibuprofeno 400 mg. via oral cada 8 horas.

INDICACIONES

- ◆ Aguda: aplicar unguento antibiótico en el lugar de lesión con masaje circular por 5 minutos.
- ◆ Crónica (después de cirugía): sello de ojo operado X 24 horas y reposo.



11. PTERIGION

(CIE 10 H11.0)

DEFINICIÓN

Es un pliegue triangular de conjuntiva bulbar que avanza progresivamente sobre la córnea, por la abertura interpalpebral, de ordinario desde el lado nasal, menos frecuente desde el lado temporal. Ocurre como reacción a la resequedad recurrente crónica a nivel del limbo esclero corneal.

Se atribuye a la irritación conjuntival crónica por múltiples agentes irritativos como el sol, viento, humo y a veces por traumatismo.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es una de las primeras 10 causa de consulta del consultorio de oftalmología, los factores de riesgo más comunes y frecuentes se pueden mencionar: la exposición en zonas ó áreas soleadas, polvorientas, arenosas, con mucho viento, humo. En nuestro medio las personas que más expuestas están y que es más frecuente esta patología es en los campesinos, pescadores y personas que habitan cerca de la zona costera.

CLASIFICACIÓN

- 1- Pterigión nasal.
- 2- Pterigión temporal.
- 3- Pterigion nasal y temporal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico se confirma con un examen físico de los ojos y párpados, por lo tanto no requiere de exámenes especiales.

Según su grado de invasión a la cornea se puede dividir en cuatro grados los cuales son importantes evaluar para su tratamiento.

- ◆ Grado I apenas invade la cornea de menor de 1mm de invasión corneal.



- ◆ Grado II invade cornea hasta 2 mm.
- ◆ Grado III entre mayor de 2 y menor de 3 pero no invade zona óptica.
- ◆ Grado IV invade zona óptica y es mayor de 4 mm.

CRITERIOS DE INGRESO

No aplica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento es quirúrgico y procede cuando el pterigión haya invadido la córnea e interfiere con la visión, limita la motilidad ocular, es cosméticamente inaceptable, ó hay episodios periódicos de congestión con manifestaciones clínicas.

Para Pterigiones Grado I y Grado II

- ◆ Nafasolina 1 gota 3 veces al día; según evolución.
- ◆ Metil Celulosa 0.5 % 1 gota cuatro veces por día ambos ojos.

Grado III y Grado IV Quirúrgico

Tratamiento postquirurgico:

- ◆ Acetaminofen 500 mg. Vía oral cada 6 horas X 8 días ó
- ◆ Ibuprofeno 400 mg. Vía oral cada 8 horas X 8 días.
- ◆ Prednisolona 1% 1 gota 4 veces al día.
- ◆ Neomicina+polimixina+dexametazona por la noche

Reducir gradualmente según grado de inflamación.

- ◆ Neomicina + Polimixina + Dexametazona ungüento aplicar 2 veces al día.
- ◆ Neomicina + Polimixina + Dexametazona 1 gota 4 veces al día + ungüento por la noche.

CRITERIOS DE EGRESO

No aplica.



INCAPACIDAD

30 días post-operatorio de acuerdo a evolución y sin complicaciones.

REFERENCIAS

Esta patología será manejada por medicina general y sólo procederá referirlo al Oftalmólogo cuando presente los Grados III y Grado IV.

EXÁMENES DE CONTROL

Los controles post operatorios son:

A los 8 días, a los 15 días y a las 8 semanas post operatorias, luego le dará alta y control a los 6 meses y 1 año en el primer nivel.

El médico general, lo referirá de nuevo al oftalmólogo si el paciente presenta recidiva del pterigión o se queja de mucho dolor ocular, de lo contrario lo manejará con gotas o colirios lubricantes (meticel 0.5% gotas 3 veces al día).

EDUCACIÓN

Brindar orientación y educación a los pacientes sobre la protección con anteojos oscuros, evitar en la medida de lo posible la exposición al viento, zonas arenosas, y explicarle que lo referirá al oftalmólogo si el Pterigión es quirúrgico.

Uso de sombrero o gorra para proteger del sol.

Hacerle énfasis al paciente que esto es una patología de crecimiento sumamente lento, y que el procedimiento quirúrgico debe dejarse como ultimo recurso.



12. CATARATAS

(CIE 10 H26.9)

DEFINICIÓN

Es una opacificación del cristalino ocular.

Las opacidades pueden ser de tipo congénito, heredadas por un gen autosómico dominante, o por infecciones de la madre durante el embarazo como la rubéola, ó asociadas con trastornos metabólicos como la galactosemia.

Las cataratas en el adulto se desarrollan a una edad avanzada o pueden aparecer en cualquier momento de la vida, después, de una lesión ocular. Las enfermedades metabólicas como la diabetes así como el uso prolongado de esteroides sistémicos o tópicos aumentan el desarrollo de cataratas.

Otros de los factores que pueden contribuir con el desarrollo de cataratas son los bajos niveles de calcio sérico, trastornos inflamatorios y metabólicos, exposición a radiación, y exposición excesiva a la luz ultravioleta (luz solar). En muchos casos la causa es desconocida.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La catarata relacionada con la edad es el tipo más común, y es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Las cataratas relacionadas a la edad suman un 95% de todas las causas de ceguera, y son una de las 4 causas de mayor ceguera.

Los factores de riesgo para cataratas son la edad avanzada, algunas drogas catarotogénicas incluyen: corticosteroides, fenotiazinas, colinérgicos mióticos, agentes de quimioterapia para el cáncer, diuréticos, tranquilizadores mayores, y otros.

El tabaco puede incrementar el riesgo de catarata nuclear, pero no la cortical.

Otros factores de riesgo incluyen: Miopía, Hipertensión Arterial, diarrea severa, insuficiencia renal y diabetes.



CLASIFICACIÓN

DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

- a) Catarata cortical: Se caracteriza por opacidades, en la periferia del cristalino, en forma de rayos, que se irradian hacia el centro.
- b) Esclerosis nuclear: Se caracteriza por endurecimiento y coloración amarillenta del núcleo del cristalino, puede pasar a un color rojizo y hasta negro en las formas más avanzadas.
- c) Catarata subcapsular posterior: Se caracteriza por una proliferación celular a nivel de la cápsula posterior del cristalino, frecuentemente con opacificación de la corteza posterior adyacente.

Otros tipos de cataratas:

- ❖ Catarata madura.
- ❖ Catarata hipermadura ó morgoniana.
- ❖ Catarata traumática.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ❖ Visión borrosa, tanto lejana como para la lectura, y que no mejora con refracción.
- ❖ Pérdida de la intensidad de colores.
- ❖ Visión deficiente en la noche, sobre todo al manejar, causada por los efectos de las luces brillantes.
- ❖ Visión de halos alrededor de las luces.
- ❖ Visión doble en un solo ojo.
- ❖ Disminución de la sensibilidad de contraste.
- ❖ Índice de refracción incrementado (miopía ó menos hipermetropía).



EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- ❖ General Orina.
- ❖ Glicemia.
- ❖ Rx. Tórax.
- ❖ EKG.
- ❖ Ultrasonografía ocular, si no se puede hacer oftalmoscopia directa.
- ❖ Biometría ocular: para calcular el lente intraocular.
- ❖ Evaluación Cardiovascular preoperatoria.

CRITERIOS DE INGRESO

Solamente en el caso que se programe para cirugía.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Manejo preoperatorio:

- ❖ Toma(r) Agudeza Visual (AV) con y sin corrección.
- ❖ Hacerle tonometría.
- ❖ Examen Oftalmológico mediante Biomicroscopia del segmento anterior.
- ❖ Hacerle oftalmoscopia directa e indirecta, bajo dilatación para evaluar retina.
- ❖ En el caso de no poder ver retina por opacidad de los medios, indicar U/S ocular modo A/B.
- ❖ Mandarle todos los exámenes, preoperatorios establecidos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- a) Cirugía de catarata extracapsular más Lente intraocular (LIO) de cámara posterior.
- b) Facoemulsificación más lente plegable



- c) Si hubiera ruptura de cápsula posterior, se puede colocar un lente de CA. y hacer iridectomía periférica, ó se puede dejar para un implante secundario, según el caso.
- d) Anestesia local, de acuerdo a la técnica que mejor maneja el cirujano.
- e) En los casos que no se pueda realizar con anestesia local, se hace con general.

CRITERIOS DE EGRESO

Según evolución del paciente.

INCAPACIDAD

30 días según evolución y sin complicaciones.

REFERENCIAS

Cuando llega por primera vez a consulta general, el Médico General referirá a todo paciente que presenta agudeza visual disminuida, ya sea unilateral o bilateral, o que al examen físico se le observe opacidad a nivel pupilar.

EXÁMENES DE CONTROL

Los controles post operatorios son: Al día siguiente de la operación, al 8º. Día post operatorio, a los 15 días y a las 7 semanas.

Hacer un ultimo control a los 6 meses post operatorios. Si todo está normal, darle de alta.

EDUCACIÓN

Explicar los síntomas de la enfermedad, haciendo énfasis que si hay una disminución gradual de la visión consultar con su oftalmólogo.



13. RETINOPATÍA DIABÉTICA

(C I E 1 0 H 3 6 . 0)

DEFINICIÓN:

Retinopatía diabética comprende un amplio rango de manifestaciones vasculares y del epitelio pigmentario de la retina, en el fondo del ojo, producidos por Diabetes Mellitus.

Su término clínico incluye manifestaciones exudativas, hemorrágicas, isquémicas, proliferativas, y traccionales debido a esta enfermedad vascular retiniana.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD:

- ❖ Incidencia: Es la causa primera de ceguera en Estados Unidos y Europa en adultos menores de 55 años.

Afecta ambos sexos por igual, a todas las razas, con un aumento en la severidad y frecuencia entre la población afroamericana.

- ❖ Factores de riesgo:

1. El mejor predictor es la duración de la enfermedad. Para la variante tipo I, no hay riesgo en los primeros 5 años del diagnóstico.

La retinopatía se presenta en el 50% de casos a los 10 años de diagnóstico y en 95% a los 15 años.

La forma proliferativa se presenta en 40% de casos a los 25 años de enfermedad.

Para tipo II los datos son similares, aunque muchos pacientes tendrán la enfermedad asintomática oculta muchos años antes del diagnóstico y coincidirá con el hallazgo de retinopatía.

2. La edad es el segundo factor. Diabetes con retinopatía, es rara antes de la pubertad, y su prevalencia aumenta al pasarla, sin embargo, si se presenta temprano la diabetes, 50% tendrá retinopatía en la segunda década de la vida.



CLASIFICACIÓN:

NO PROLIFERATIVA:

- ❖ Leve a moderada: Microneurismas, hemorragias, exudados aislados.
- ❖ Moderada a severa: exudados algodonosos, arrosamiento venoso, 2 cuadrantes.
- ❖ Severa: Igual en tres cuadrantes.
- ❖ Muy severa: 4 cuadrantes de hemorragia, ó 2 cuadrantes de arrosamiento venoso. Ó presencia de Anomalía vascular intrarretiniana en 1 cuadrante (irma).

PROLIFERATIVA:

Presencia de neovascularización, ya sea neovascularización del disco (NVD disco) NVE en cualquier parte (elsewhere), NVA (ángulo), NVI (Iris).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Exámen bajo cicloplejía.

Hemorragias, microaneurismas, arrosamiento venoso, anomalía intreretinal macular (IRMA), neovascularizaciones, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina traccional, edema macular clínicamente significativo.

Córnea: Disminución de sensibilidad, abrasiones. Cristalino: Nucleares o corticales
Glaucoma primario, parálisis del VI ó III par nervio craneal.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada.

Angiografía fluoresceínica.

Ultrasonografía Scan A y B.

OCT (tomografía óptica coherente) de grosor macular.



CRITERIOS DE INGRESO:

- ❖ Desprendimiento de retina regmatógeno con mácula intacta y preservada, con retinopatía diabética asociada.
- ❖ Hemorragia vítrea o desprendimiento fraccional que necesita estabilización metabólica preoperatoria.
- ❖ Neuritis óptica asociada a retinopatía en cualquiera de sus formas, que amerita tratamiento de esteroides endovenosos.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

1. Manejo en conjunto con Medicina Interna ó Endocrinología, para control metabólico.
2. Tratamiento del edema macular es la prioridad, sin importar la agudeza visual.
 - a) Se inicia argon láser variedad focal, respetando las 500 micras de zona avascular foveal.
 - b) Se coloca rejilla macular si edema es difuso.
 - c) Se esperan 3 a 4 semanas para resultado, se evalúa mejoría, se puede repetir argón láser.
 - d) Si empeora o exudados aumentan, triamcinolona intravítrea en ambiente estéril de sala de operaciones. Se vigila pulso de arteria central de retina, presión intraocular, desprendimiento de retina incidental, o hemovítreo.
 - e) Se evalúa en 6 a 12 semanas para evaluar la 2º y 3º aplicación.
3. Se aplica panfotocoagulación periférica en retinopatía severa, muy severa y en cualquier de las formas de la proliferativa. Se divide en sesiones para cada ojo, hasta abarcar los 360 grados de cobertura, o por cuadrantes.
4. Uso de esteroides tópicos (prednisolona 1% suspensión de 3 a 5 veces al día según cuadro clínico.



CRITERIOS DE EGRESO:

Según evolución y cuadro clínico.

INCAPACIDADES:

- ❖ De 3 a 5 días por aplicación de láser.
- ❖ 29 días si hay hemovítreo o Desprendimiento Fraccional.

REFERENCIAS:

- ❖ Manejo Oftalmología.
- ❖ Referencia a endocrinólogo.
- ❖ Referencia a nutricionista.

SEGUIMIENTO Y EXÁMENES DE CONTROL:

- ❖ Hemoglobina glicosilada cada 3 meses.
- ❖ Angiografía fluoresceínica inicial, luego dependiendo del caso, cada 6 meses, o anual.
- ❖ OCT si hay disponible, para manejo de edema macular (ideal, no imprescindible).
- ❖ Mandatorio si edema macular refractario a tratamiento.

EDUCACIÓN:

Control metabólico esencial:

- Orientación nutricional.
 - Signos de alarma: Disminución de la agudeza visual, metamorfopsias, halos negros, hemorragia vítrea, etc. Consulta temprana al oftalmólogo.
- Cumplir controles evaluación oftalmológica y terapia láser indicada.
 - No uso de colirios sino están indicados por su oftalmólogo.
 - Hacer énfasis en la importancia de su buen control endocrinológico.
- Explicación amplia del paciente de evolución del caso a largo plazo, aun con los tratamientos oportunos.



14. TOXOPLASMOSIS OCULAR

(CIE 10 H58.8)

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad infecciosa causada por un protozoo intra celular (toxoplasma Gondii), este microorganismo es capaz de infectar muchos mamíferos, aves y reptiles, el gato es el huésped definitivo. La transmisión es fácil después de ingerir los quistes en la carne o excrementos del gato.

Toxoplasmosis ocular describe un área focal de coriorretinitis, evidente por inflamación con engrosamiento parcial o completo, acompañado de cicatriz pigmentada.

Si es reactivada se encuentra una lesión inflamatoria aguda adyacente a la cicatriz coriorretiniana antigua.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD:

Es la causa más común de las infecciones del segmento posterior.

Frecuencia: es frecuente en ambos sexos, más en jóvenes o adultos jóvenes, en la variedad adquirida. No hay datos concluyentes en la variedad congénita.

CLASIFICACIÓN:

1. Congénita; rara.
2. Adquirida: Ocular.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CLÍNICOS.

Examen bajo ciclopejía:

1. Área focal de coriorretinitis ya sea activa (inflamación aguda), o cicatricial.



2. Iritis con precipitados queráticos en cornea, presión intraocular elevada (fase hipertensiva), y baja posteriormente (fase hiposecretora).
3. Inflamación vítrea o bandas con células inflamatorias asociadas.

LABORATORIO Y GABINETE:

- IgG Toxo: exposición o contacto, enfermedad antigua.
- IgM Toxo: enfermedad activa adquirida.
- Títulos de anticuerpo en el humor acuoso.
- Reacción de cadena polimerasa.

CRITERIOS DE INGRESO:

Manejo ambulatorio generalmente, si es ocular adquirida. Ingreso sólo si hay inmunocompromiso asociado con amenaza de infección fulminante, o sospecha de toxoplasmosis cerebral.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

Depende de la localización y severidad de la lesión.

- a) Sistémico: Pirimetamina más sulfadiazina más ácido fólico.
- b) Pequeñas zonas que no amenazan visión central, se tratan con Trimetoprin sulfametoxazole 160 / 800 v.o. cada 8 horas por 4 semanas. Alternativa Tetraciclinas de 2º generación.
- c) Zonas grandes cercas de mácula o disco óptico que estén activas: Esquema 4-2-1: 4 sem tmp smz 2 de clindamicina y 1 de prednisona 1 mg. por kilo diario.
- d) Lomefloxacin en gotas.
- e) Azitromicina si es alérgico a Sulfas.

LOCAL:

- Inyección intravítrea de clindamicina sin esteroides, si no hay mejor con tratamiento sistémico.



- Ciclopléjicos y esteroides tópicos: Prednisolona si hay afección del segmento anterior.

CRITERIOS DE EGRESO:

No aplicable.

INCAPACIDADES:

Depende del grado de compromiso, agudeza visual estado general y/o presencia de inmunosupresión.

REFERENCIAS:

Infectólogo y medicina interna.

SEGUIMIENTO Y EXÁMENES DE CONTROL:

Igm cada 3 meses hasta negativizar.

EDUCACIÓN:

- Higiene y normas de cocción de alimentos.
- Consulta temprana y oportuna al disminuir agudeza visual, ojo rojo, dolor ocular.
- Cuidado de animales portadores o huéspedes intermediarios.
- No automedicación.



15. UVEITIS

(C I E 1 0 H 2 0 . 9)

DEFINICIÓN:

Inflamación de una o de todas las partes del tracto uveal.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Su incidencia es muy variable, y su diagnóstico precoz y tratamiento apropiado son esenciales no solo para el bienestar ocular del paciente, sino para las implicaciones sistémicas, que muchas veces se encuentran asociadas según sea la etiología específica de la uveítis.

La uveítis representa un amplio espectro de afecciones oculares, que pueden ser desde sintomáticas y simplemente evidenciarse durante el examen clínico rutinario, o ser tan severas que incluso con tratamiento adecuado tengan potencial considerable de ceguera.

CLASIFICACIÓN: EN BASE A CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS, ETIOLÓGICAS Ó PATOLÓGICAS

A) CLÍNICOS:

1. Inyección conjuntival y ciliar.
2. Dolor ocular.
3. Blefaroespasmos.
4. Fotosensibilidad.
5. Precipitados queráticos.
6. Epifora.
7. Sinequias anteriores y posteriores.
8. Discoria pupilar.
9. Pigmento en cápsula anterior.
10. Celularidad y proteínas en cámara anterior.
11. Atrofia de iris.



12. Cataratas.
13. Alteraciones en la presión intraocular.
14. Vitreitis.
15. Retinocoroiditis.
16. Vasculitis retiniana.
17. Edema de papila.
18. Otros.

B) DIAGNÓSTICOS:

1. Exámenes de laboratorio y gabinete según sospecha etiológica (hemograma completo, frotis de sangre periférica, VDRL, FTA-ABS, ANA, proteína C reactiva. VES, factor reumatoideo, Ig G y M para: toxoplasmosis, toxocara, herpes virus, HLA B-27, RX de tórax, tuberculina, HIV, etc.
2. Ultrasonografía si hay opacidad de medios.
3. Angiografía.
4. Vitrectomía diagnóstica.
5. Referir a Medicina Interna para evaluación.

CRITERIO DE INGRESO:

1. Panuveitis bilaterales ó unilaterales severas.
2. Compromiso sistémico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

Según clasificación del proceso uveítico y sospecha o conocimiento de causa etiológica se iniciará tratamiento específico, siendo el tratamiento empírico inicial.

1. Prednisona tópica al 1% cada hora o según cuadro clínico.
2. Atropina 1 gota cada 8 horas.
3. Evaluar uso de esteroides sistémicos y peri oculares.



4. Referencia a Oftalmología.
5. Crioterapia.
6. Vitrectomía.
7. Manejo en conjunto con Medicina Interna, Reumatología o Infectología; según etiología específica, incluyendo el uso de inmunosupresores.

EVOLUCIÓN:

Sin tratamiento la evolución es muy variable, dado el amplio espectro de severidad que pueden presentarse.

EDUCACIÓN:

Sin tratamiento la evolución es muy variable, dado el amplio espectro de severidad que pueden presentarse.

Una vez iniciado tratamiento empírico y/o idealmente el específico la evaluación deberá hacerse según cuadro clínico de paciente, siendo su evolución como ya se indicó, variable según la severidad, cronicidad, etiología y complicaciones que pudieran presentarse.

CRITERIOS DE EGRESO:

1. Mejoría clínica evidente (Disminución de sintomatología y de los signos clínicos de uveítis).
2. Capacidad de continuar adecuadamente el tratamiento de forma ambulatoria.
3. Capacidad de pacientes de asistir a controles.

INCAPACIDADES:

Variable según gravedad y evolución de cuadro.



REFERENCIAS:

A consulta externa de Oftalmología lo más pronto posible y manejo en conjunto con otras sub-especialidades (Reumatología, Infectología según caso de cada paciente y según su etiología).

EXÁMENES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Nuevos exámenes ya señalados según sea necesario por la evolución clínica.

EDUCACIÓN:

- ❖ Recomendar el seguimiento adecuado del tratamiento, el cual suele ser en algunos casos prolongado.
- ❖ Dar mayor información según casos particulares al tener patología de base específica.



16. GLAUCOMA CRÓNICO SIMPLE (DE ÁNGULO ABIERTO) (CIE 10 H40.1)

DEFINICIÓN

Es la elevación persistente de la PIO acompañado de daño patológico de la papila óptica (excavación y atrofia de nervio óptico). Acompañado de pérdida gradual de la visión periférica, que origina la visión en túnel a través de los años. Muchas veces asintomático en etapas tempranas.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La prevalencia del Glaucoma de Ángulo Abierto Primario es de 0.5 a 1% de la población arriba de 40 años en Europa y USA. El glaucoma de ángulo abierto primario (GAAP) es más prevalente en negros que en blancos, y está asociado con miopía y parece tener un componente genético o familiar a través de transmisión poligenética o multifactorial.

La enfermedad es bilateral y existe una elevada prevalencia entre los familiares en primer grado de los individuos afectados y en diabéticos e hipertensos.

CLASIFICACIÓN

El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera a nivel mundial y existen 4 variedades:

1- GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO Ó CRÓNICO SIMPLE:

El ángulo de drenaje del humor acuoso no se encuentra bloqueado por el Iris, la elevación constante de la presión va dañando lentamente y en forma gradual el nervio óptico, no hay síntomas, hasta en los estadios tardíos de la enfermedad.

Si el paciente no es diagnosticado tempranamente éste se vuelve sintomático con pérdida de fijación en uno ó ambos ojos ó la pérdida de la visión periférica que interfiere con sus actividades o trabajo.

2- GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO AGUDO:

Es un aumento en la resistencia al drenaje del humor acuoso, debido a que el Iris cubre la malla trabecular, impidiendo que alcance los canales de drenaje (canal de Schlemm, venas acuosas, sistema venoso). Es sintomático, dolor ocular, inyección conjuntival (de predominio ciliar), disminución AV, pupila semidilatada y sin respuesta a la luz, edema corneal, náuseas y vómitos.

3- GLAUCOMA DE MECANISMO COMBINADO

4- GLAUCOMA DEL DESARROLLO Ó CONGÉNITO (SOLO EN NIÑOS)

Estas categorías son subdivididas cada uno en primarias y secundarias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El GAAP es generalmente una enfermedad bilateral de inicio del adulto; al menos un ojo debería tener ya sea daño característico al nervio óptico ó cambios característicos del campo visual, ángulos abiertos y no otra condición conocida que cause glaucoma. Por lo general su presentación es asintomática. La PIO oscila de 22 a 40 mm de Hg., aunque ocasionalmente puede elevarse a 60-80 mm. de Hg., algunos nunca tienen la PIO arriba de 18 mm de Hg. (glaucoma de tensión normal), por lo que el paciente sospechoso de GAAP deberá realizarle toma de su presión ocular con tonómetro de aplanación en cada ojo; una oftalmoscopia directa para evaluar más que todo la excavación central, mácula y vasos, una genioscopia para establecer el grado de abertura del ángulo.

En la historia general incluir enfermedades como HTA, diabetes, problemas cardiacos, episodios hipotensivos, migraña u otros desórdenes vasoespásticos.

El estado del nervio óptico debería ser documentado por fotografías u otras técnicas de imagen (scan), si no se dispone de los anteriores hacer dibujos del Nervio óptico.



CRITERIOS DE INGRESO

Pacientes con GAAP que presenten un cuadro agudo de elevación de la PIO.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1- Si el paciente tiene historia familiar de glaucoma, historia de oclusión vascular retinal, ángulos abiertos, historia de halos, pero con una PIO normal y no daño del nervio óptico, monitorearlo cada año e informarle al paciente de su seguimiento (excavación, campos visuales, PIO).

2- Si tiene un disco sospechoso, campos visuales sospechosos, PIO normal. Hacer una nueva evaluación (repetir toma de PIO, nueva evaluación de disco óptico, repetir campos visuales).

Si se encuentra PIO elevada, iniciar tratamiento con un agente Betabloqueador (Ej. Timolol 0.50%). 1 gota cada 12 horas.

Si la PIO, campos visuales y nervio óptico son normales hacer evaluación anual y si existen otros factores de riesgo (Ej. Diabetes) H+A hacerlo c/6 meses.

3- Si la PIO está elevada (21-35 mmHg.) y tiene otros factores de riesgo, pero todavía no hay daño al nervio óptico, iniciar tratamiento con un Betabloqueador, timolol 0.5 1 gota cada 12 horas y darle seguimiento y agregar latanoprost 1 gota cada noche y/o dorsolamida 1 gota 2 veces al día o cambiar por otro medicamento si la PIO no llega a la presión que hemos escogido como presión blanco (elegida).

4- Si tiene PIO alta y posible daño al nervio óptico.

(Escotaduras ó estrechamiento del anillo del Nervio óptico), escotomas arqueadas tempranas ó escotomas paracentrales (campos visuales), dar tratamiento pudiendo llegar hasta usar 3 medicamentos. (Beta bloqueador, inhibidores de anhidrasa carbónica derivados, prostaglandinicos).



Si la PIO no baja a niveles deseados, hacer trabeculectomía; se podría hacer trabeculoplastia con láser antes de trabeculectomía según el caso. Se procede igual si hay progresión del daño al nervio óptico.

- 5- Si hay progresión del daño al nervio óptico (campo visual reducido (C.V.), excavación, PIO), a pesar de la trabeculectomía, se puede intentar hacer otra con antifibronolíticos ó cirugía de setón (válvula)
- 6- En el caso de glaucoma neovascular con escasa visión o nula, se hace ciclocrioterapia ó ciclo fotocoagulación. Si hay buena visión se hace cirugía de setón (válvula).
- 7- Cuando hay catarata más GAAP, si el paciente está estable de su glaucoma se podría hacer solo cirugía de catarata más iridectomia periférica (I.P.)

Si es catarata más glaucoma avanzado ó que no se ha controlado su PIO, hacer una cirugía combinada, ya sea extracapsular más filtrante o facoemulsificación más filtrante.

Betabloqueador: En casos de personas con problemas cardiovasculares con indicación de uso de betabloqueadores, usar betaxodol 1 gota 2 veces al día.

CRITERIOS DE EGRESO

Cuando se llegue a obtener la presión blanco elegida.

INCAPACIDAD

De 10 días, a una incapacidad permanente según el caso clínico y según la perdida del campo visual.

REFERENCIAS

Sospecha de glaucoma, referirlo a Oftalmología para su diagnóstico y tratamiento.

EXÁMENES DE CONTROL

- ❖ Campos visuales computarizados.



- ❖ Scan de nervio óptico si hubiere.

EDUCACIÓN

- ❖ Se debe orientar al paciente y su grupo familiar sobre los síntomas de Glaucoma de Angulo Abierto Primario (GAAP), el cual es una patología permanente.
- ❖ Explicarle que si algún miembro de la familia padeció esta enfermedad, que consulte, dado que esta situación es uno de los factores de riesgo.
- ❖ Explicarle y enseñarles a los pacientes con GAAP en que consiste su enfermedad, para que colaboren en el cumplimiento de sus medicamentos e indicaciones de su médico.
- ❖ Que no utilice medicamentos ó colirios no indicados por su médico (Ej. atropina, corticosteroides). Astringentes, etc.

17. GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO AGUDO.

(CIE 10 H40.2)

DEFINICIÓN

Es un aumento en la resistencia al drenaje del humor acuoso, debido a que el iris cubre la malla trabecular, impidiendo que alcance los canales de drenaje (canal de Schlemm, venas acuosas, sistema venoso).

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La incidencia de Glaucoma de Ángulo Cerrado Primario (GACP) es de aproximadamente 8.3 por 100,000 en la población mayor de 40 años. Los factores de riesgo son pacientes con características de esquimales ó asiáticos, más frecuente en mujeres (3-1), edad mayor de 55 años, una historia familiar positiva, hipermetropía, diámetro corneal pequeño, cámara anterior poco profunda, posición anterior y engrosamiento del cristalino.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El paciente presenta dolor súbito del ojo afectado, ó cefalea del lado del ojo afectado. Visión borrosa, halos de colores alrededor de las luces, hiperemia, náuseas, vómitos, sudoración, disminución o pérdida de la agudeza visual, edema corneal, C.A. estrecha, pupila semidilatada fija, PIO aumentado (45-75 mmHg), ángulo irido corneal cerrado (por Gonioscopía), campos visuales normales ó disminuidos.

CRITERIOS DE INGRESO

El GACP es una emergencia y hay que ingresarlo para bajar la presión intraocular (PIO).



TRATAMIENTO MÉDICO Y EVALUACIÓN

El GACP es una emergencia médica y debe ser tratado de inmediato por oftalmólogos.

a. TRATAMIENTO MÉDICO:

- a- 1 Agentes Hiperosmóticos: (En casos extremos si no hay MANITOL) Glicerina 50% ó isoborbide 45% (1.5 a 4 ml/kg. Oral). Si el paciente tiene náuseas ó es incapaz de tolerar la vía oral se da manitol 250 cc al 20% en forma e.v. (2-7 ml/kg en 30-45 min.)
- a- 2 Inhibidores de anhidrasa carbónica:
 - Acetazolamida (Diámox) 250 a 500 mg. C/6 horas oralmente ó ev. si tiene náuseas.
 - Dorzalamida 2% 1 gota de 2 a 3 veces al día.
- a- 3 Antagonistas Beta adrenérgicos:
 - Timolol, Levovunalol, Corteolol, 1 gota c/12 h. en ojo afectado
 - Betaxolol.
- a- 4 Agentes parasimpáticomiméticos:
 - Pilocarpina 2-4% 1 gota c/10 # 3, luego 1 gota cada 4 horas.
- a- 5 Analgésicos y antieméticos si es necesario
 - Ibuprofeno 400 g v.o. C/8 horas, ketrorolaco o diclofenac sódico.
- a- 6 Esteroides tópicos.
- a- 7 Uso de derivados prosteglandimicos, latanoprost 1 gota c/24 horas.

b. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- b.1 iridotomía con yag láser.
- b.2 Iridectomía periférica (quirúrgica).
- b.3 Trabeculectomía.
- b.4 iridotomía profiláctica en el otro ojo.



CRITERIOS DE EGRESO

Según evolución del paciente.

INCAPACIDAD

De 10 a 30 días según el caso.

REFERENCIAS

Referirlo de inmediato a oftalmología.

EXÁMENES DE CONTROL

Ninguno.

EDUCACIÓN

Las mismas que para Glaucoma de Ángulo Abierto Primario.

18. DESPRENDIMIENTO DE RETINA

(CIE 10 H33.2)

DEFINICIÓN

Es la separación de la retina sensorial del epitelio pigmentario de la retina con acumulación de líquido subretinal en un espacio potencial entre ellos.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Se encuentra en un 8-10% de la población general y es causa de un 20% de casos de D-R. En la mayoría de Desprendimiento de Retina regmatógeno hay una ruptura retinal, en otros casos hay un desgarro atrófico pequeño, la degeneración en encaje (Lattice) de la retina es una condición que predispone a desgarros de la retina, esta representa una ausencia de la membrana limitante interna y licuefacción del vítreo suprayacente con condensación y adherencia del vítreo a la margen de la lesión. La retinopatía proliferativa vascular que causa mayores D-R traccional es la retinopatía diabética proliferativa.

CLASIFICACIÓN

- 1- D-R regmatógeno: son causados por desgarros retinianas a través del cual el líquido del vítreo licuado entra el espacio subretinal.
- 2- D-R no regmatógeno: Estos pueden resultar de una acumulación de líquido seroso ó material exudativo entre los fotorreceptores y el epitelio pigmentario retinal, ó puede ser secundario a fuerzas de tracción sobre la superficie interna de la retina que hala las capas internas lejos del E.P.R.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se caracteriza por la presentación súbita, progresiva, ó ambas, de fotopsias (relámpagos), miadisopsias (moscas volantes) y presencia de un escatoma (sombra), el cual es móvil y su tamaño fluctúa con el movimiento ocular y extensión



del desprendimiento retiniano, la disminución de la A.V. será aparente hasta el momento en que el área macular se encuentre involucrada por el D-R.

La PIO está disminuida en proporción directa a la extensión del desprendimiento.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- ❖ Hemograma.
- ❖ Glicemia.
- ❖ General orina.
- ❖ EKG.
- ❖ Rx. Tórax.
- ❖ Ultrasonografía ocular.
- ❖ Evaluación C. V. Preoperatoria.

CRITERIOS DE INGRESO

Es una emergencia y el pronóstico visual depende de su corrección quirúrgica lo más pronto posible.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Es la reaplicación de la retina, por diferentes técnicas quirúrgicas. Últimamente el procedimiento preferido es la vitrectomía.

CRITERIOS DE EGRESO

Según evolución del paciente.

INCAPACIDAD

30 días ó más según el caso.



REFERENCIAS

- ⊕ Todo paciente con Historia de pérdida ó disminución de la AV., así como Historia de ver sombras ó escotomas, referirlo a oftalmología para descartar D-R.
- ⊕ Disminución de AV súbita.

EXÁMENES DE CONTROL

De acuerdo al caso.

EDUCACIÓN

Orientar al paciente que consulte de inmediato cuando existe pérdida o disminución de la AV, ver sombras; así como cuando recibe traumatismos directos sobre los ojos y alrededores.

Deberá explicarse ampliamente al paciente la evolución de la enfermedad aun con tratamiento.



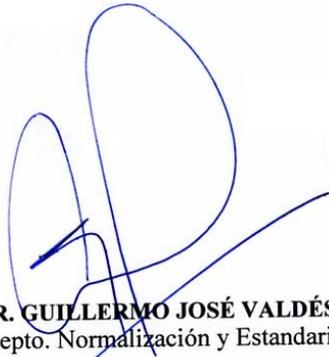
OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS

La vigilancia del cumplimiento de la presente **"GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA"**, corresponde a las Direcciones de los Centros de Atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporcione esta modalidad de atención en el ámbito de sus competencias.

VIGENCIA DE LAS GUÍAS

Las presentes **"GUÍAS DE MANEJO DE OFTALMOLOGÍA"**, entrará en vigencia a partir del mes de junio 2006, y sustituyen a todas las circulares y lineamientos e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.

San Salvador, Junio 2006.



DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS F.
Jefe Depto. Normalización y Estandarización



DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGREDA
Jefe Unidad Técnica Normativa y Planificación en Salud



DR. GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
SUBDIRECTOR DE SALUD



DR. SALV. DEL SEGURO SOCIAL
JEFE DIVISION TÉCNICA NORMATIVA



UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2006