RESUMEN DE LOS PUNTOS DE REFERENCIA
PARA LAS GUÍAS DE PATRONES DE PRÁCTICA PREFERIDOS

Traducido por Luis A. Santiago, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD

Introducción

A continuación se resumen los Puntos de Referencia para las Guías de Patrones de Práctica Preferidos de la Academia Americana de Oftalmología. Éstas han sido desarrolladas con base en tres principios:

- Cada Patrón de Práctica Preferido debe ser clínicamente relevante y lo suficientemente específico para proveer información valiosa a los médicos.
- Toda recomendación debe ser clasificada de forma que refleje su importancia en el cuidado del paciente.
- Toda recomendación debe pasar por una clasificación que refleje la solidez de la evidencia que represente el mejor apoyo.

Los Patrones de Práctica Preferidos proveen una guía para el patrón de práctica y no para el cuidado de un individuo particular. Por ende, estas guías no llenarán las necesidades de cada individuo, más bien incorporan las necesidades de una mayoría de pacientes. Su uso no garantiza el obtener resultados positivos en cada situación particular. De hecho, los patrones no incluyen todos lo métodos apropiados para un tratamiento particular, ni excluyen otros métodos que podrían dar mejores resultados; puede ser necesario enfocar y manejar la situación de otra manera. El médico debe tomar la decisión final acerca del manejo del paciente, con base en las circunstancias particulares. La Academia Americana de Oftalmología (AAO) está dispuesta a asistir a sus miembros en la solución de dilemas éticos relacionados con la práctica de Oftalmología.

Las guías de los Patrones de Práctica Preferidos no son estándares médicos que deban implementarse fielmente en cada situación. La Academia renuncia a toda responsabilidad de lesión u otros daños de cualquier tipo, negligencia y toda reclamación que surja a partir de cualquier recomendación e información contenida en este documento.

Durante el análisis de cada condición médica, se resumirán las recomendaciones acerca del historial médico, el examen físico, las pruebas complementarias, el manejo, seguimiento y educación del paciente. Para crear cada Patrón, se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura anglosajona a través de Pub.Med. y Cochrane Library. Los resultados fueron revisados por un panel de médicos expertos, que a su vez, prepararon recomendaciones que se organizaron según dos clasificaciones.

Cada recomendación fue clasificada de acuerdo con su importancia en el cuidado del paciente. Esta clasificación confirma el cuidado que, según los miembros del panel, puede mejorar significativamente la calidad de tratamiento que reciba el paciente. Los niveles de importancia son:

- Nivel A, definido como el más importante
- Nivel B, definido como moderadamente importante
- Nivel C, definido como relevante pero no crítico

El panel también clasificó cada recomendación según la solidez de la evidencia encontrada en la Literatura. La clasificación esta dividida en tres niveles:

- El Nivel I incluye evidencia obtenida de al menos un estudio controlado, aleatorio, bien diseñado. Este estudio puede ser un metanálisis de estudios controlados, aleatorios.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010; Spanish translation July 2011

- El Nivel II incluye evidencia obtenida de:
    - Estudios bien diseñados, no aleatorios
    - Estudios de cohorte o estudios analíticos de casos controlados, preferiblemente de más de un centro, o
    - Análisis de series con o sin intervención
- El Nivel III incluye evidencia obtenida de:
    - Estudios descriptivos
    - Reporte de casos o
    - Informes de comités de expertos / organizaciones (por ejemplo, consenso del panel de PPPs con revisión externa de colegas)

Los Patrones de Práctica Preferidos fueron creados para servir como guías en el cuidado del paciente, enfatizando principalmente aspectos técnicos. Al aplicar estos conocimientos, el médico debe reconocer que la excelencia en el cuidado de un paciente se alcanza cuando las destrezas clínicas son aplicadas de forma que cumplan con las necesidades del paciente. La Academia Americana de Oftalmología está dispuesta a ayudar a sus miembros en aspectos relacionados con problemas éticos que surjan a raíz de la practica de la profesión (Código de Ética de la AAO).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010; Spanish translation July 2011

Evaluación Inicial y Tratamiento del Paciente con
Glaucoma Primario de Angulo Cerrado (GPAC)

Traducido por Natalio J. Izquierdo, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD

Historial en la Visita Inicial (Elementos clave)

- Historial oftálmico (especialmente de los síntomas que sugieran ataques intermitentes de ángulo cerrado) [A:III]
- Historial familiar de glaucoma agudo de ángulo cerrado [B:II]
- Historial sistémico (que incluya el uso de medicamentos tópicos y sistémicos) [A:III]

Examen Físico Inicial (Elementos clave)

- Agudeza visual [A:III]
- Estado refractivo [A:III]
- Función pupilar [A:III]
- Examen con la lámpara de hendidura [A:III]
    - Hiperemia conjuntival (en pacientes con ataques agudos)
    - Evaluación de la profundidad central y periférica de la cámara anterior
    - Inflamación de la cámara anterior que sugiera un ataque agudo sea en el momento o reciente
    - Edema de la córnea, con o sin edema microquística (en pacientes con ataques agudos)
    - Anormalidades del iris, tales como atrofia difusa o sectorial, sinequias posteriores, una pobre función pupilar, una pupila de forma irregular, una pupila medio dilatada (que sugiere un ataque reciente o concurrente)
    - Cambios lenticulares tales como catarata y glaukomflecken
    - Baja en el contaje de células endoteliales
- Medición de la Presión Intraocular (PIO) [A:III]
- Gonioscopía de ambos ojos [A:III]
- Evaluación de la papila del nervio óptico y del fondo con oftalmoscopía directa o biomicroscopía [A:III]

Planificación del Manejo de los Pacientes en Quienes está Indicada una Iridotomía

- La iridotomía con láser es el tratamiento quirúrgico por excelencia para una crisis de GPAC [A:III]
- En ataques agudos de ángulo cerrado, el tratamiento debe iniciarse generalmente con terapia médica para reducir la PIO, aliviar el dolor y disminuir el edema corneal, como parte de la preparación para la iridotomía [A:III]
- Se debe hacer una iridotomía profiláctica en el ojo contralateral, si el ángulo está anatómicamente estrecho [A:II]

Cirugía y cuidado post−operatorio de los pacientes de iridotomía

- El oftalmólogo que hace la iridotomía tiene las siguientes responsabilidades:
    - Obtener un consentimiento informado [A:III]
    - Asegurarse que la evaluación preoperatoria confirma la necesidad del tratamiento [A:III]
    - Hacer por lo menos una evaluación de la PIO dentro de un periodo de 30 a 120 minutos después de la cirugía por láser [A:II]
    - Recetar esteroides tópicos durante el periodo postoperatorio [A:III]
- Asegurarse de que el paciente recibe cuidado post−operatorio adecuado [A:III]

  Las evaluaciones de seguimiento incluyen:
    - Evaluar que la iridotomía esté permeable [A:III]
    - Medir la PIO [A:III]
    - Hacer la gonioscopía, si no se hizo inmediatamente después de la iridotomía [A:III]
    - Dilatar la pupila para reducir el riesgo de la formación de sinequias posteriores [A:III]
    - Hacer un examen de fondo del ojo según esté indicado [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010; Spanish translation July 2011

- Usar medicamentos en el periodo peri−operatorio para prevenir elevaciones repentinas de la PIO, especialmente en aquellos pacientes con enfermedad avanzada [A:III]

Evaluación y Seguimiento de los Pacientes con Iridotomía

- Después de la iridotomía, se hace seguimiento a los pacientes con neuropatía óptica glaucomatosa como se especifica en el PPP de Glaucoma Primario de Angulo Abierto [A:III]
- Después de la iridotomía, se debe dar seguimiento a los pacientes con un ángulo abierto residual o con una combinación de ángulo abierto y sinequias posteriores, con o sin neuropatía óptica, por lo menos una vez al año, dándole especial atención a la gonioscopía [A:III]

Educación para aquellos pacientes en que no se hace la Iridotomía:

- Informar los pacientes en riesgo de un ataque agudo de glaucoma de ángulo cerrado, sobre los síntomas de dicho ataque e indicarles que deben notificar de inmediato a su médico si se presenta dicha sintomatología [A:III]
- Advertir a los pacientes sobre el peligro de utilizar medicamentos que puedan dilatar la pupila e inducir un ataque de ángulo cerrado [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010; Spanish translation July 2011