

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 los 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.

- 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 práctica de la profesión (Código de Ética de la AAO).

Agujero Macular Idiopático (Evaluación Inicial)

Traducido por Andrés Emanuelli, MD
Editado por Natalio J. Izquierdo, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD

Historial Inicial (Elementos clave)

- Duración de los síntomas [A:III]
- Historial ocular: glaucoma u otras enfermedades oculares, trauma, cirugía u otros tratamientos; mirar el sol por tiempo prolongado [A:III]
- Medicamentos que puedan estar relacionados a quistes maculares [A:III]

Examen Físico Inicial (Elementos clave)

- Agudeza visual [A:III]
- Examen de mácula y de la internase vítreoretiniana con el uso de la estéreo - biomicroscopía [A:III]

Recomendaciones de Manejo del Agujero Macular

Estadio	Manejo	Seguimiento [A:III]
1-A	Observación [A:II]	Volver al medico sin demora si aparecen nuevos síntomas
1-B	Observación [A:II]	Volver al médico sin demora si hay nuevos síntomas Cada 4 a 6 meses si no hay síntomas
2	Cirugía [A:II] *	1 a 2 días después de la cirugía y luego una vez por semana o cada dos semanas La frecuencia y el momento de los controles subsiguientes varían según el resultado de la cirugía y los síntomas del paciente Si no ha habido cirugía el seguimiento será cada 4 a 8 meses
3	Cirugía [A:II]	1 a 2 días después de la cirugía y luego una vez por semana o cada dos semanas La frecuencia y el momento de los controles subsiguientes varían según el resultado de la cirugía y los síntomas del paciente
4	Cirugía [A:II]	1 a 2 días después de la cirugía y luego una vez por semana o cada dos semanas La frecuencia y el momento de los controles subsiguientes varían según el resultado de la cirugía y los síntomas del paciente

* Aunque, en la mayoría de los casos se practica cirugía, la observación también es adecuada.

Cuidado Quirúrgico y Postoperatorio si el Paciente Recibe Tratamiento

- Informar al paciente acerca de los riesgos relativos, los beneficios y las alternativas a la cirugía y acerca de la necesidad de utilizar gas expansible intraocular o un posicionamiento especial del paciente en el postoperatorio
- Formular un plan de cuidado postoperatorio e informárselo al paciente [A:III]
- Informar a los pacientes con glaucoma la posibilidad de un aumento de la PIO en el postoperatorio [A:III]
- Examinar a los pacientes en el primer o segundo día del postoperatorio y de nuevo en una o dos semanas después de la cirugía [A:II]

Educación del Paciente

- Indicar a los pacientes que deben notificar de inmediato a su oftalmólogo si tienen síntomas como aumento de cuerpos flotantes (miodesopsias), o pérdida de campo visual, o una reducción en la agudeza visual [A:II]
- Indicar a los pacientes que los viajes en avión, las grandes alturas o la anestesia general con óxido nitroso deben evitarse hasta que el taponamiento de gas haya desaparecido casi por completo [A:II]
- Indicar a los pacientes que han tenido un agujero macular en un ojo que tienen de 10% a 20% de probabilidad de presentar el desarrollo de un agujero macular en el otro ojo, especialmente si la hialoides sigue adherida [A:III]
- Los pacientes con limitación visual postoperatoria que los limite funcionalmente deberán ser remitidos a rehabilitación visual (ver www.aao.org/smartsight) y a los servicios sociales [A:III]