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

Cirugía Queratorefractiva (Evaluación Inicial y de Seguimiento)

Traducido por Stella Casillas, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD

Historial en la Evaluación Inicial

- Determinar función visual [A: III]
- Historial ocular [A: III]
- Historial sistémico [A: III]
- Medicamentos [A: III]

Examen Físico Inicial

- Determinar la agudeza visual no corregida [A: III]
- Hacer una refracción manifiesta y, cuando sea apropiado, una refracción cicloplégica [A: III]
- Obtener una topografía corneal computarizada [A: III]
- Medir grosor central de la córnea [A: III]
- Evaluar la película lagrimal [A: III]
- Evaluar la motilidad y alineamiento oculares [A: III]

Manejo

- Descontinuar el uso de los lentes de contacto antes de la evaluación preoperatoria y del procedimiento [A: III]
- Informar a sus pacientes sobre los riesgos potenciales, los beneficios, y las alternativas de diferentes procedimientos refractivos [A: III]
- Documentar los procesos de consentimiento informado. Se deben contestar todas las preguntas del paciente antes del procedimiento quirúrgico [A: III]
- En referencia al LASIK, el grosor residual del estroma de la cornea no debe ser menor de 250 µm [A: III]
- Evaluar y calibrar los instrumentos antes del procedimiento [A: III]
- El cirujano debe identificar a su paciente y el ojo que será operado y asegurarse de que los parámetros estén correctamente documentados y analizados en la computadora del láser [A: III]

Cuidado Post-operatorio

- El cirujano es responsable del manejo post-operatorio de su paciente [A: III]
- En referencia a las técnicas de ablación de superficie, el paciente debe ser examinado el día siguiente a la cirugía y posteriormente cada dos a tres días hasta que el epitelio de la córnea esté sano [A: III]
- En referencia a los procedimientos de LASIK que no se han complicado, se debe examinar al paciente dentro de las 48 horas siguientes al procedimiento con una segunda cita de control entre la primera y la cuarta semana postoperatorias. Las citas de control posteriores deben ser coordinadas según sea apropiado [A: III]

Educación al Paciente

Hablar con el paciente acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento que se va a practicar. [A:III] Los puntos que deben considerarse incluyen los siguientes:

- El rango de resultados refractivos esperados
- El error refractivo residual
- Corrección postoperatoria para visión de cerca o de lejos
- Pérdida de mejor agudeza visual corregida
- Efectos secundarios y complicaciones (p. ej. queratitis microbiana, queratitis estéril, queratoectasia)
- Cambios en la función visual que no necesariamente son medidos por la agudeza visual de Snellen, incluyendo deslumbramiento y función visual en condiciones de baja iluminación
- Síntomas de visión nocturna (p.ej. aparición o empeoramiento de destellos, halos); se debe considerar en detalle este aspecto en pacientes con altos grados de ametropía con personas que requieran un alto nivel de función visual en condiciones de baja iluminación

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

- Efecto en la alineación ocular
- Desarrollo o empeoramiento del síndrome de ojo seco
- Ventajas y desventajas de la monovisión (para pacientes en edad de presbicia)
- Ventajas y desventajas de las ablaciones convencionales y ablaciones guiadas por frente de onda
- Ventajas y desventajas de la cirugía queratorrefractiva de los dos ojos en el mismo día vs. la cirugía secuencial. Debido a que, por un tiempo, la visión puede ser deficiente después de la queratectomía bilateral realizada en el mismo día, los pacientes deben estar informados de que tal vez, durante unas semanas, no puedan realizar actividades como conducir automóvil
- Planes de cuidado postoperatorio (lugar donde se prestará el cuidado, quienes proveerán dicho cuidado)

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