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, Juan D. Arias, MD

Introducción

A continuación se resumen los Puntos de Referencia para las Guías de Patrones de Práctica Preferidos (PPP) 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 hecha debe ser dada de forma explícita y que refleje su importancia en el cuidado del paciente.
- Toda recomendación también debe ser dada de forma explícita demostrando la solidez de la evidencia que soporta las recomendaciones y que refleje la mejor evidencia disponible.

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, recomendaciones para el proceso de cuidado incluyen la historia médica, 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 2012; Spanish translation July 2013

- El Nivel II incluye evidencia obtenida de:
    - Estudios bien diseñados, controlados no aleatorizados
    - Estudios de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro
    - Análisis de series con o sin intervención
- El Nivel III incluye evidencia obtenida de:
    - Estudios descriptivos
    - Reporte de casos
    - 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 2012; Spanish translation July 2013

Retinopatía Diabética
(Evaluación Inicial y de Seguimiento)

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

Historial Inicial (Elementos clave)

- Duración estimada de la de la diabetes [A:I]
- Control glicémico previo (incluyendo prueba de hemoglobina glicosilada [A1c]) [A:I]
- Medicamentos usados en el tratamiento de la enfermedad [A:III]
- Historial sistémico (por ejemplo: obesidad [A:III] enfermedad renal, [A:II] hipertensión sistémica, [A:I] niveles de lípidos en sangre [A:II] y diabetes gestacional [A:I])
- Historial ocular [A:III]

Examen Físico Inicial (Elementos clave)

- Agudeza visual [A:I]
- Presión intraocular (PIO) [A:III]
- Gonioscopía cuando esté indicada (para evaluar una posible neovascularización del ángulo o del iris o elevación de la PIO) [A:III]
- Biomicroscopía con lámpara de hendidura [A:III]
- Fundoscopía con dilatación incluyendo examen estereoscópico del polo posterior [A:I]
- Examen de la retina periférica y del vítreo con oftalmoscopía indirecta o biomicroscopía con lámpara de hendidura, combinada con lente de contacto [A:III]

Diagnóstico

- Se deben clasificar ambos ojos en términos de la categoría y severidad de la retinopatía diabética, de la presencia o ausencia de edema macular clínicamente significativo (EMCS), [A:III] ya que cada categoría tiene un riesgo inherente de progresión

Historial de Seguimiento

- Síntomas visuales [A:III]
- Estado sistémico (embarazo, presión sanguínea, colesterol sérico, función renal) [A:III]
- Nivel de glicemia (hemoglobina A1c) [A:I]

Examen Físico de Seguimiento

- Agudeza visual [A:III]
- Presión intraocular (PIO) [A:III]
- Biomicroscopía y examen del iris con lámpara de hendidura [A:II]
- Gonioscopía cuando esté indicada (si se sospecha neovascularización del iris o del ángulo como parte del aumento en la PIO) [A:II]
- Examen estereoscópico del polo posterior previa dilatación pupilar [A:I]
- Examen de la retina periférica y del vítreo cuando esté indicado [A:II]

Exámenes Adicionales

- La fotografía del fondo del ojo, no es de mucho valor en pacientes con retinopatía diabética mínima, o cuando la retinopatía diabética no ha cambiado comparada con la última fotografía [A:III]
- La fotografía de fondo puede ser útil para documentar la progresión significativa de la enfermedad y la respuesta al tratamiento [B:III]
- La angiografía con fluoresceína se utiliza como guía para tratar el edema macular clínicamente significativo [A:I] y como medio para evaluar la(s) causa(s) de disminución inexplicada de la agudeza visual.[A:III] La angiografía puede detectar falta de perfusión capilar en la mácula [A:II] o fuentes de escapes capilares que causan edema macular, como posible explicación de la pérdida de visión del paciente.
- La angiografía con fluoresceína no está indicada como parte del examen de rutina en pacientes diabéticos [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2012; Spanish translation July 2013

- La angiografía con fluoresceína no es necesaria para diagnosticar EMCS o retinopatía diabética proliferativa (RDP), ambas son diagnosticadas mediante el examen clínico

Educación del Paciente

- Comentar los hallazgos del examen y sus implicaciones con el paciente [A:II]
- Recomendar a los pacientes diabéticos que no tengan retinopatía diabética que se hagan un examen anual con dilatación de pupilas [A:II]
- Informar a los pacientes que el tratamiento efectivo para la retinopatía diabética depende de una intervención a tiempo, a pesar de que tengan buena visión y pocos síntomas oculares [A:II]
- Educar a los pacientes acerca de la importancia de mantener niveles de glicemia cercanos a lo normal, una presión arterial cerca de lo normal y disminuir los niveles de lípidos en sangre [A:III]
- Comunicar los hallazgos oculares al médico tratante, ya sea médico de familia, internista, o endocrinólogo[A:III]
- Ofrecer a los pacientes cuyo estado no responde a la cirugía y para quienes no hay otro tratamiento disponible, servicios profesionales de apoyo, remitirlos a un consejero, a servicios de rehabilitación o al servicio social, si corresponde [A:III]
- Remitir a los pacientes con función visual reducida a rehabilitación de visión (ver www.aao.org/smartsight) [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2012; Spanish translation July 2013

Retinopatía Diabética
(Recomendaciones de Manejo)

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

Recomendaciones de Manejo para Pacientes Diabéticos

Severidad de la Retinopatía	Presencia de EMCS*	Seguimiento (meses)	Fotocoagulación Panretiniana (Láser de dispersión)	Angiografía con fluoresceina	Láser Focal y/o Láser con rejilla
Normal o RDNP mínimo	No	12	No	No	No
RDNP leve a moderado	No Sí	6-12 2-4	No No	No Usualmente	No Usualmente *‡
RDNP severo	No Sí	2-4 2-4	A veces § A veces §	Raras veces Usualmente	No Usualmente ||
RDP de bajo riesgo	No Sí	2-4 2-4	A veces § A veces §	Raras veces Usualmente	No Usualmente ‡
RDP de alto riesgo	No Sí	2-4 2-4	Usualmente Usualmente	Raras veces Usualmente	No Usualmente ||
RDP inactiva / en involución	No Sí	6-12 2-4	No No	No Usualmente	Usualmente Usualmente

EMCS = edema macular clínicamente significativo; RDNP = retinopatía diabética no proliferativa; RDP = retinopatía diabética proliferativa

* Las excepciones incluyen: hipertensión o retención de líquido asociado a insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, embarazo u otras causas que puedan agravar el edema macular. Se puede aplazar la fotocoagulación para un periodo corto de tratamiento médico. También se debe evitar el tratamiento de EMCS cuando el centro de la mácula no esté afectado, si la agudeza visual es excelente, si un estrecho seguimiento es posible y si el paciente entiende los riesgos.

† Tratamiento adyuvante que se pueden considerar incluye corticoesteroides y/o anti-VEGF (uso extraoficial, excepto ranibizumab) intravítreo. La data del Diabetic Retinopathy Clinical Research Network en el 2011 demostró que a dos años de seguimiento, el uso de ranibizumab con tratamiento láser temprano o postergado resulto en ganancia de agudeza visual cuando se compara con tratamiento láser solo. El uso de triamcinolona intravítrea con láser también resultó en mejoría en agudeza visual en pacientes pseudofacos cuando se comparó con tratamiento láser. Individuos tratados con inyecciones intravitreas con anti-VEGF deben ser examinados un mes luego de la inyección.

‡ Postergar el tratamiento con láser focal para el EMCS es una opción cuando el centro de la macula no esta afectado, la agudeza visual es excelente, seguimiento cercano es possible, y cuando el paciente entiende los riesgos. Sin embargo, se debe considerar iniciar el tratamiento con fotocoagulación aunque este tratamiento es mas bien para estabilizar la agudeza visual actual que para mejorar la visión. Tratamiento de la lesiones cercanas al la zona avascular en la fóvea puede resultar en daño a la visión central, y con el pasar del tiempo, dichas cicatrices de láser pueden expandir y causar deterioro en la visón eventualmente. Estudios en futuro pueden ayudar como guía para el uso de inyecciones intravitreas con anti-VEGF o corticosteroides en los casos que el tratamiento láser no se pueda aplicar de una manera segura. Un seguimiento mas cercano puede ser necesario en edema macular que no sea clínicamente significativa.

§ La fotocoagulación panretiniana debe ser considerada en pacientes que tengan DRP de alto riesgo. La fotocoagulación panretiniana temprana, en el estadío de RDNP severa, tiene más beneficios para los diabéticos tipo 2 que para los tipo 1. Debe considerarse este tratamiento en los pacientes con RDNP severa y en los diabéticos tipo 2. Otros factores como el incumplimiento de un adecuado seguimiento, una inminente extracción de cataratas, un embarazo y las condiciones en las que se encuentre el otro ojo ayudarán a definir el mejor momento para la fotocoagulación panretiniana.

|| Es preferible hacer una fotocoagulación focal antes de una panretiniana para minimizar la exacerbación del edema macular producida por el láser en el procedimiento panretiniano.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2012; Spanish translation July 2013