

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 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, 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 está 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, 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 práctica de la profesión (Código de Ética de la AAO).

Catarata (Evaluación y Seguimiento)

Traducido por Horacio Tous, MD

Examinado por J. Fernando Arevalo, MD, Andrés Lasave, MD

Examen Inicial

- Síntomas ^[A:II]
- Antecedentes oculares ^[A:III]
- Antecedentes sistémicos ^[A:III]
- Evaluación de la función visual ^[A:III]

Examen Físico

- Agudeza visual con su corrección actual ^[A:III]
- Agudeza visual mejor corregida (AVMC) ^[A:III]
- Examen de los anexos ^[A:III]
- Evaluación de la posición primaria de la mirada (PPM) y de la motilidad ocular ^[A:III]
- Reflejos pupilares ^[A:III]
- Medición de la presión intraocular (PIO) ^[A:III]
- Biomicroscopía ^[A:III]
- Examen del Fondo de ojo con dilatación pupilar ^[A:III]
- Evaluar aspectos relevantes del estado físico y clínico del paciente ^[B:III]

Manejo Dirigido

- El tratamiento está indicado cuando la función visual del paciente no colma las necesidades del mismo y la cirugía de catarata proporciona una probabilidad razonable de mejoría ^[A:II]
- La extracción de catarata también está indicada cuando hay evidencia de alteraciones provocadas por el cristalino o cuando sea necesario visualizar el fondo en un ojo que tiene potencial visual ^[A:III]
- La cirugía no debería realizarse bajo las siguientes circunstancias: ^[A:III]
 - Si la AVMC no altera el estilo de vida del paciente;
 - Cuando la cirugía no va a mejorar la función visual;
 - Si el procedimiento resultara en un riesgo para el paciente debido a alteraciones oculares o sistémicas coexistentes;
 - Si no fuera posible proveer un adecuado cuidado postoperatorio
- Las indicaciones para la cirugía del segundo ojo, son las mismas que para el primero ^[A:II] (sin embargo, se toma en consideración la necesidad de función binocular)

Estrategia Preoperatoria

El cirujano debe ser responsable de lo siguiente:

- Examen pre-quirúrgico del paciente ^[A:III]
- Asegurarse que la evaluación documente con exactitud los síntomas, hallazgos e indicaciones para el tratamiento ^[A:III]
- Informar al paciente sobre los riesgos, beneficios y expectativas reales de la cirugía ^[A:III]
- Formular un plan quirúrgico, incluyendo la elección del lente intraocular ^[A:III]
- Repasar los resultados de la evaluación diagnóstica y pre-quirúrgica con el paciente ^[A:III]
- Diseñar un plan postoperatorio e informárselo al paciente ^[A:III]

Evaluación de Seguimiento

- Los pacientes de alto riesgo deberían ser evaluados dentro de las 24 horas de la cirugía ^[A:III]
- Los pacientes de rutina deben de ser evaluados dentro de las 48 horas siguientes de la cirugía ^[A:III]
- La frecuencia de los controles posteriores dependerán de la refracción, función visual y condiciones clínicas del ojo
- Para los pacientes de alto riesgo se necesitará un seguimiento mas frecuente.
- Cada evaluación postoperatoria debería incluir:
 - Control de la administración de los medicamentos postoperatorios y la frecuencia de su uso ^[A:III]

- Evaluación de la función visual desde el punto de vista del paciente ^[A:III]
- Evaluación de la función visual (Agudeza visual, agujero estenopeico) ^[A:III]
- Medición de la presión intraocular ^[A:III]
- Biomicroscopía ^[A:III]

Capsulotomía con YAG Láser

- Está indicada cuando hay un deterioro de la agudeza visual secundaria a opacidad de la cápsula posterior o cuando ésta opacidad interfiere en forma crítica con la visualización del fondo del ojo ^[A:III]
- El paciente debe ser informado acerca de los síntomas de desprendimiento del vítreo posterior, desgarros y desprendimiento de retina para poder asistir en tiempo y forma a una evaluación inmediata. ^[A:III]

Educación del Paciente

- En pacientes con ojo único, se deberían analizar junto al paciente los riesgos y beneficios de la cirugía, incluyendo el riesgo de pérdida visual completa ^[A:III]