

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).

Degeneración Macular Relacionada con la Edad (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)

- Síntomas (metamorfopsias, disminución de la visión) ^[A:II]
- Medicamentos y suplementos nutricionales ^[B:III]
- Historial ocular ^[B:II]
- Historial sistémico (cualquier reacción de hipersensibilidad) ^[B:II]
- Historial familiar, especialmente historial familiar de degeneración macular relacionada con la edad ^[B:II]
- Historial social, especialmente si es fumador ^[B:II]

Examen Físico Inicial (Elementos clave)

- Agudeza visual ^[A:III]
- Examen de mácula por estéreo-biomicroscopía ^[A:III]

Exámenes Adicionales

La Angiografía de fondo con fluoresceína endovenosa está indicada en los pacientes con degeneración macular relacionada con la edad (DMRE): ^[A:I]

- Cuando el paciente se queja de nuevas metamorfopsias
- Cuando el paciente tiene visión borrosa sin causa aparente
- Cuando el examen clínico revela elevación de la retina, del epitelio pigmentario de la retina, presencia de sangre subretiniana, exudados duros, o fibrosis subretiniana
- Para detectar la presencia y determinar la extensión, tipo, tamaño y localización de una membrana por neovascularización coroidea (NVC) clásica
- Para definir el tratamiento sea por cirugía con láser por fotocoagulación o con el uso de terapia fotodinámica (TFD) con verteporfina
- Para detectar NVC persistente o recurrente después de un tratamiento
- Para ayudar a determinar la causa de una pérdida de visión que no se ha podido determinar con un examen clínico

Cada sala de angiografía debe contar con un plan de cuidado o emergencia y con un protocolo para minimizar los riesgos de los procedimientos que se llevan cabo y así poder manejar cualquier complicación. ^[A:III]

Historial en el Examen de Seguimiento

- Síntomas visuales, que incluyen pérdida de visión y metamorfopsias ^[A:II]
- Cambios en medicamentos y suplementos nutricionales ^[B:III]
- Historial ocular en el intervalo entre controles ^[B:III]
- Historial sistémico en el intervalo entre controles ^[B:III]
- Cambios en el historial social, especialmente el cigarrillo ^[B:II]

Examen Físico de Seguimiento

- Agudeza visual ^[A:III]
- Examen de mácula por estéreo-biomicroscopía ^[A:III]

Seguimiento después de tratamiento para degeneración macular vascular relacionada con la edad

- Analizar los riesgos, beneficios y complicaciones con el paciente y obtener el consentimiento informado ^[A:III]
- Examinar a los pacientes tratados con inyecciones intravítreas de ranibizumab aproximadamente 4 semanas después del tratamiento ^[A:III]
- Examinar a los pacientes tratados con inyecciones intravítreas de bevacizumab aproximadamente de 4 semanas después del tratamiento ^[A:III]

- Examinar a los pacientes tratados con inyecciones de pegabtanib sódico aproximadamente 6 semanas después del tratamiento ^[A:III]
- Examinar al paciente y hacer una angiografía de fluoresceína por lo menos cada 3 meses por dos años luego de un TFD con verteporfina ^[A:I]
- Examinar a los pacientes tratados con fotocoagulación láser térmica aproximadamente de 2 a 4 semanas después del tratamiento y después a las 4 a 6 semanas ^[A:III]
- La tomografía de coherencia óptica, ^[A:III] la angiografía fluoresceínica ^[A:I] y la fotografía de fondo de ojo ^[A:III] pueden ser útiles para detectar signos de exudación y deben utilizarse cuando estén clínicamente indicadas
- Se deben realizar exámenes subsiguientes, según estén indicados, según los hallazgos clínicos y es criterio del oftalmólogo tratante ^[A:III]

Educación del Paciente

- Explicar al paciente el pronóstico y el valor potencial del tratamiento dado el estado de su salud visual anatómica y funcional ^[A:III]
- Indicar a los pacientes con DMRE en estadio temprano la necesidad de un examen con dilatación para detección temprana de DMRE en estadio intermedio ^[A:III]
- Explicar a los pacientes con DMRE en estadio intermedio sobre métodos para detectar los nuevos síntomas de neovascularización coroidea y sobre la necesidad de comunicárselos pronto a su oftalmólogo ^[A:III]
- Instruir a los pacientes con enfermedad unilateral para que evalúen su visión en el ojo contralateral y regresen para evaluación periódica, aún en ausencia de síntomas, y a la mayor brevedad cuando presenten síntomas visuales nuevos o significativos ^[A:III]
- Instruir a los pacientes que deben informar sin demora los síntomas que puedan indicar endoftalmitis, incluyendo dolor ocular o molestia significativa, empeoramiento del enrojecimiento ocular, visión borrosa o disminuida, aumento de sensibilidad a la luz, o un mayor número de cuerpos flotantes (o miodesopsias) ^[A:III]
- Recomendar a los pacientes fumadores que dejen el cigarrillo ^[A:I] porque hay datos de observación que indican una relación causal entre el cigarrillo y la DMRE ^[A:II] sin olvidar otros importantes beneficios para la salud que se obtienen al dejar de fumar
- Referir los pacientes con una función visual reducida para rehabilitación visual (ver www.aao.org/smartsight) y servicios sociales ^[A:III]

Degeneración Macular Relacionada con la Edad (Manejo y Recomendaciones)

Traducido por Andrés Emanuelli, MD

Editado por Natalio J. Izquierdo, MD

Examinado por J. Fernando Arevalo, MD, Juan D. Arias, MD

Recomendaciones de Tratamiento y Seguimiento para Degeneración Macular Relacionada con la Edad (DMRE)

Tratamiento Recomendado	Diagnóstico Elegible para tratamiento	Recomendaciones de Seguimiento
Observación sin ningún tratamiento médico o quirúrgico ^[A:I]	No hay signos clínicos de DMRE (categoría 1 del AREDS) DMRE temprano (categoría 2 del AREDS) DMRE avanzado con atrofia geográfica y cicatriz disciforme	Según recomendado en la Evaluación Ocular Médica Completa de Adultos PPP ^[A:III] Regresar para examen de 6 a 24 meses si está asintomático o un examen pronto si hay síntomas nuevos que sugieran NVC ^[A:III] Regresar para examen de 6 a 24 meses si está asintomático o un examen pronto si hay síntomas nuevos que sugieran NVC ^[A:III] Se deben hacer fotos de fondo y angiografías sólo si están sintomáticos ^[A:I]
Suplementos de vitaminas y minerales antioxidantes según recomendación de el estudio AREDS ^[A:I]	DMRE Intermedio (AREDS categoría 3) DMRE avanzado en un solo ojo (AREDS categoría 4)	Evaluar la visión monocular de cerca (leer/ rejilla de Amsler) ^[A:III] Regresar para examen de 6 a 24 meses si está asintomático o un examen pronto si hay síntomas nuevos que sugieran NVC ^[A:III] Fotografías de fondo de ojo según sean apropiadas Se deben hacer fotos de fondo de ojo y angiografías si hay evidencia de edema u otros signos o síntomas de NVC
Inyecciones intravítreas de Ranibizumab 0.5 mg según recomendado en la literatura de dicho medicamento ^[A:I]	NVC Subfoveal	Debe indicársele al paciente que informe sin demora cualquier síntoma compatible con una endoftalmitis, incluyendo dolor ocular, aumento de una molestia, aumento en el enrojecimiento del ojo, visión borrosa, aumento en sensibilidad a la luz, o aumento del número de flotadores (miodesopsias) ^[A:III] El paciente debe regresar para examen aproximadamente 4 semanas después del tratamiento; luego, el seguimiento dependerá de los hallazgos clínicos y del criterio del oftalmólogo tratante ^[A:III] Evaluar la visión monocular de cerca (leer/ rejilla de Amsler) ^[A:III]

Tratamiento Recomendado	Diagnóstico Elegible para tratamiento	Recomendaciones de Seguimiento
Inyecciones intravítreas de Bevacizumab según descrito en los artículos publicados ^[A:III] El oftalmólogo debe proveer el consentimiento informado apropiado para utilizar este medicamento con un fin que no se encuentra dentro de los usos aprobados por la FDA ("off-label") ^[A:III]	NVC Subfoveal	Debe indicársele al paciente que informe sin demora cualquier síntoma compatible con una endoftalmitis, incluyendo dolor ocular, aumento de una molestia, aumento en el enrojecimiento del ojo, visión borrosa, aumento en sensibilidad a la luz, o aumento del número de flotadores (miodesopsias) ^[A:III] El paciente debe regresar para examen aproximadamente 4 semanas después del tratamiento; después, el seguimiento dependerá de los hallazgos clínicos y del criterio del oftalmólogo tratante ^[A:III] Evaluar la visión monocular de cerca (leer/ rejilla de Amsler) ^[A:III]
Inyecciones intravítreas de Pegaptanib sódico 0.3 mg, según recomendado en la literatura de este medicamento ^[A:I]	NVC Subfoveal, nueva o recurrente, para lesiones predominantemente clásicas de ≤ 12 MPS de área de disco Mínimamente clásicas, u ocultas sin lesiones clásicas en donde toda la lesión es ≤ 12 áreas de disco en tamaño, hemorragia subretiniana asociada con NVC que afecte $\leq 50\%$ de la lesión y/o si hay presencia de lípido, y/o si el paciente ha perdido 15 o más letras de agudeza visual en las últimas 12 semanas	Debe indicársele al paciente que informe sin demora cualquier síntoma compatible con una endoftalmitis, incluyendo dolor ocular, aumento de una molestia, aumento en el enrojecimiento del ojo, visión borrosa, aumento en sensibilidad a la luz, o aumento del número de flotadores (miodesopsias) ^[A:III] El paciente debe regresar para tratamiento cada 6 semanas según esté indicado ^[A:III] Debe evaluarse la visión monocular de cerca (leer/ rejilla de Amsler) ^[A:III]
TFD con verteporfina según recomendado en el estudio TAP y VIP ^[A:I]	NVC Subfoveal, nueva o recurrente, en la que el componente clásico es $>50\%$ de la lesión y toda la lesión es de ≤ 5400 micras en el diámetro lineal más grande NVC oculto debe ser considerado para TFD si la visión es $<20/50$ o si el NVC es <4 MPS áreas de disco en tamaño, cuando la visión es de $>20/50$	El paciente debe regresar para un examen aproximadamente cada 3 meses hasta que esté estable y para tratamientos repetidos según esté indicado ^[A:III] Debe evaluarse la visión monocular de cerca (leer/ rejilla de Amsler) ^[A:III]
Cirugía de facocoagulación con láser térmico, como se recomienda en los informes MPS ^[A:I]	NVC extrafoveal clásica, nueva o recurrente Puede considerarse para NVC yuxtapapilar	Volver para examen con angiografía fluoresceínica aproximadamente 2 a 4 semanas después del tratamiento y cada 4 a 6 semanas de ahí en adelante, según los hallazgos clínicos y angiográficos ^[A:III] Repetir tratamientos según estén indicados Hacer monitoría de visión monocular de cerca (lectura/rejilla de Amsler)

DMRE = Degeneración Macular Relacionada con la Edad; AREDS = Estudio de Enfermedades Oculares Relacionadas con la Edad; NVC = neovascularización de la coroides; MPS = Estudio de Fotocoagulación Macular; TFD = terapia fotodinámica; TAP = Tratamiento de Degeneración Macular Relacionada con la Edad con Terapia Fotodinámica; VIP = Verteporfina en la Terapia Fotodinámica