



Resumen De Los Puntos De Referencia Para Las Guías De Patrones De Práctica Preferidos

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 PubMed. y Cochrane Library. Los resultados fueron revisados

por un panel de médicos expertos, y utilizados para elaborar las recomendaciones, las cuales fueron luego clasificadas de acuerdo a la solidez de la evidencia científica existente.

Para clasificar los estudios individuales se utiliza una escala basada en la "Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)" Definiciones y niveles de evidencia se describen a continuación:

- I++: Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de estudios controlados randomizados (ECR) o ECR con muy bajo riesgo de sesgo.
- I+: Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECRs, o ECRs con un bajo riesgo de sesgo.
- I-: Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECRs, o ECRs con un alto riesgo de sesgo.
- II++: Revisiones sistemáticas de alta calidad de casos y controles o estudios de cohortes; Revisiones de casos y controles y estudios de cohortes de alta calidad con un muy bajo riesgo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
- II+: Estudios de casos y controles o cohortes bien conducidos con un bajo riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo que la relación no sea causal.
- II-: Estudios de casos y controles o estudios de cohortes con un alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo de que la relación no sea causal.
- III: Estudios no analíticos (Ej.; reportes de casos, serie de casos).

Las recomendaciones se basan en la calidad del cuerpo de la evidencia. La calidad de la evidencia definida por "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)" es la siguiente:

- Buena calidad (BC): Cuando es poco probable que investigaciones adicionales cambien o modifiquen nuestra confianza en la estimación del efecto.
- Moderada calidad (MC): Es probable que investigaciones adicionales tengan un importante impacto sobre nuestra confianza en la estimación del efecto y puedan cambiar o modificarla.
- Insuficiente calidad (IC): Cuando es muy probable que investigaciones adicionales tengan un importante impacto sobre nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que modifiquen la estimación; cualquier estimación del efecto es muy incierta.

Resumen De Los Puntos De Referencia Para Las Guías De Patrones De Práctica Preferidos

Introducción

Recomendaciones claves para el cuidado del paciente definidas por el GRADE son las siguientes:

- Fuertes recomendaciones (FR): Usadas cuando los efectos deseados de una intervención claramente son superiores a los efectos indeseados o claramente no lo son.
- Discretas recomendaciones (DR): Usados cuando las compensaciones o equilibrios son menos seguros- debido a la baja calidad de la evidencia o porque la evidencia sugiere que los efectos deseables e indeseables estén estrechamente balanceados.

El panel clasificó las recomendaciones de acuerdo a la importancia para 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, 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)

Este primer enfoque sin embargo con el tiempo será descartado una vez que la Academia haya adoptado el signo y la clasificación de grados y los sistemas de estratificación.

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).

Ambliopía (Evaluación Inicial y Seguimiento)

Examen Inicial (Elementos Clave)

- Síntomas y signos oculares [A: III]
- Antecedentes oculares [A: III]
- Antecedentes sistémicos, incluyendo la revisión de factores médicos prenatales, perinatales y post-natales [A: III]
- Antecedentes familiares, incluyendo afecciones oculares y enfermedades sistémicas relevantes [A: III]

Examen Físico (Elementos Clave)

- Evaluación de la agudeza visual y del patrón de fijación [A: III]
- Alineación binocular y motilidad ocular [A: III]
- Reflejo rojo binocular (prueba de Brückner) [A: III]
- Examen pupilar [A: III]
- Examen externo [A: III]
- Examen del segmento anterior [A: III]
- Retinoscopia y refracción con cicloplegia [A: III]
- Examen oftalmoscópico [A: III]
- Prueba de binocularidad y estereopsis [A: III]

Manejo Clínico

- A todos los niños ambliopes se les debe ofrecer un intento de tratamiento cualquiera que sea su edad. [A: III]
- Elija el tratamiento con base en la edad del paciente; la agudeza visual; el cumplimiento del tratamiento anterior; el estado físico, el nivel social y el estado psicológico. [A: III]
- La meta del tratamiento es alcanzar la paridad en la agudeza visual. [A: III]

- Una vez que se haya obtenido la agudeza visual máxima, el tratamiento debe ir disminuyendo y eventualmente discontinuarlo. [A: III]

Evaluación de Seguimiento

- Las consultas de seguimiento deben incluir:
 - Historial del intervalo [A: III]
 - Cumplimiento del plan de tratamiento [A: III]
 - Efectos secundarios del tratamiento [A: III]
 - Agudeza visual en cada ojo [A: III]
- Por lo general el examen de seguimiento se programa a los dos o tres meses de iniciado el tratamiento [A: III]
- La programación varía según la intensidad del tratamiento y la edad del niño [A: III]
- Se requiere monitoreo continuo dado que un 25% de los niños tratados con éxito presentan una recurrencia dentro del primer año después de terminado el tratamiento. [A: III]

Educación del Paciente

- Explicar al paciente, a los padres y/o a los encargados el diagnóstico, la severidad de la enfermedad, el pronóstico y el plan de tratamiento. [A: III]
- Explicar la afección y reclutar a la familia para un que haya un acercamiento que conduzca a la colaboración en la terapia. [A: III]

Endotropia (Evaluación Inicial y de Seguimiento)

Examen Inicial (Elementos clave)

- Síntomas y signos oculares [A: III]
- Historial ocular (fecha del inicio y frecuencia de la desviación, presencia o ausencia de la diplopía) [A: III]
- Historial sistémico (revisión de factores médicos prenatales, perinatales y post-natales) [A: III]
- Historial familiar (estrabismo, ambliopía, cirugía de los músculos extra oculares y enfermedades genéticas) [A: III]

Examen Físico (Elementos clave)

- Patrón de fijación y Agudeza visual [A: III]
- Alineación binocular (a distancia y de cerca) [A: III]
- Función de los músculos extra oculares [A: III]
- Prueba de nistagmus opto cinético monocular y binocular para determinar la presencia de asimetría de rastreo naso temporal [A: III]
- Detección del nistagmus latente o manifiesto [A: III]
- Pruebas sensoriales [A: III]
- Retinoscopía y refracción cicloplégica [A: III]
- Examen oftalmoscópico [A: III]

Manejo Clínico

- Considerar todas las formas de endotropia para comenzar el tratamiento y restablecer la alineación ocular tan pronto sea posible [A: I]
- Prescribir lentes correctivos para cualquier error refractivo clínicamente significativo [A: III]
- Si la corrección con gafas y el manejo de la ambliopía no tienen efecto no corrigen la alineación, está indicada la corrección quirúrgica [A: III]

- Iniciar el tratamiento de la ambliopía antes de la cirugía para alterar el ángulo de estrabismo y/o para aumentar la probabilidad de binocularidad [A: III]

Evaluación de Seguimiento

- Se requieren evaluaciones periódicas debido al riesgo de desarrollo de ambliopía, con pérdida de la visión binocular, y recurrencia [A: II]
- Los niños con buena alineación, sin ambliopía, pueden tener seguimiento cada 4 a 6 meses [A: II]
- La frecuencia de los controles de seguimiento pueden disminuir a medida que el niño crece [A: II]
- Nuevos hallazgos o cambios pueden indicar necesidad de controles más frecuentes [A: III]
- La hiperopia debe ser revaluada a intervalos de al menos 1 año y con más frecuencia si disminuye la agudeza visual o aumenta la endotropia [A: III]
- Se debe repetir la refracción cicloplégica cuando la endotropia no responda a la prescripción inicial o a la refracción hiperópica o cuando la endotropia recurra después de la cirugía [A: II]

Educación del Paciente

- Explique los resultados al paciente, cuando sea apropiado, y/o a los padres o encargados para aumentar la comprensión del problema y reclutarlos para cooperar en la terapia [A: III]
- Formule los planes del tratamiento en consulta con el paciente y/o la familia o los encargados [A: III]

Exotropia (Evaluación Inicial y de Seguimiento)

Examen Inicial (Elementos Clave)

- Síntomas y signos oculares [A: III]
- Antecedentes oculares (fecha del inicio y frecuencia de la desviación, presencia o ausencia de la diplopía) [A: III]
- Antecedentes sistémicos (revisión de factores médicos prenatales, perinatales y post-natales) [A: III]
- Antecedentes familiares, (ambliopía, tipo de anteojos e historia de uso, cirugía de los músculos extra oculares y enfermedades genéticas) [A: III]

Examen Físico (Elementos Clave)

- Patrón de fijación y Agudeza visual [A: III]
- Alineación binocular (a distancia y de cerca) [A: III]
- Función de los músculos extra oculares [A: III]
- Detección del nistagmus latente manifiesta [A: III]
- Pruebas sensoriales [A: III]
- Retinoscopía y refracción cicloplégica [A: III]
- Examen oftalmoscópico [A: III]

Manejo Clínico

- Todas las formas de exotropia deben monitorearse y algunas de ellas requerirán tratamiento. [A: III]
- Los niños pequeños con exotropía intermitente y buen control de fusión pueden tener sólo seguimiento sin necesidad de cirugía [A: II]
- Las desviaciones que estén presentes la mayoría del tiempo o de forma permanente, requieren tratamiento [A: III]

- Prescriba lentes correctivos para cualquier error refractivo clínicamente significativo [A: III]
- Las modalidades óptimas de la terapia no están bien establecidas

Evaluación de Seguimiento

- La frecuencia del seguimiento se basa en la edad del niño, en su capacidad de lograr una agudeza visual nítida y el control de la desviación [A: III]
- Los niños con buen control de la fusión en la exotropía intermitente, sin ambliopía, se controlan normalmente cada seis a doce meses [A: III]
- Se reducen los intervalos una vez que se llegue a la madurez [A: III]
- Incluye historial del intervalo, cumplimiento del tratamiento (si lo hubiere) y evaluación de la motilidad ocular [A: III]

Educación del Paciente

- Explicar los resultados al paciente, cuando sea apropiado, y/o a los padres o encargados para mejorar la comprensión de la afección y reclutarlos para cooperar en la terapia [A: III]
- Formule los planes del tratamiento en consulta con el paciente y/o la familia o encargados [A: III]

Descargo de responsabilidad

Esta publicación es una traducción de una publicación de la Academia Americana de Oftalmología (AAO) titulada en su lengua original Summary Benchmarks. Esta traducción refleja la práctica oftalmológica actualizada en los Estados Unidos habiendo sido publicado originalmente por la AAO, aunque la misma podría incluir algunas modificaciones que reflejen las prácticas acordes al país. La Academia Americana de Oftalmología no tradujo este documento al lenguaje utilizado en esta publicación y no asume ninguna responsabilidad por las modificaciones, errores, omisiones u otras posibles fallas en la traducción. La Academia proporciona este material sólo con fines educativos. No está destinado a representar su contenido como un único ni como el mejor método o procedimiento en cada caso, ni para reemplazar el juicio propio de un médico ni dar consejos específicos para el manejo de casos clínicos. Incluyendo las indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios y agentes alternativos para cada fármaco o tratamiento está fuera del alcance de este material. Toda la información y las recomendaciones deben ser verificadas, antes de su utilización, con la información actual de los autores u otras fuentes independientes, y considerarlas a la luz del estado del paciente y su historia clínica. La Academia renuncia específicamente a toda responsabilidad por lesiones u otros daños de cualquier tipo, por negligencia o por cualquier otra causa, por cualquier reclamo que pueda surgir del uso de cualquier recomendación u otra información contenida en este documento.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.