



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE SALUD BASADA EN EVIDENCIA Y GARANTÍAS SANITARIAS

Proceso de revisión de vigencia de recomendaciones

Guías de Práctica Clínica: Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático

La División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Basada en Evidencia y Garantías Sanitarias, ha iniciado un proceso de revisión de vigencia y actualización de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica GES. Este proceso se divide en 2 etapas, siendo la primera de ellas la revisión de vigencia de las recomendaciones. Posteriormente, y considerando los resultados de la evaluación de vigencia, se dará inicio a la actualización propiamente tal, proceso que se inicia con la formulación de preguntas para cada una de las guías de práctica clínica.

El proceso de revisión se realizó entre diciembre de 2016 y enero de 2017 y participaron profesionales representantes de la Sociedad Chilena de Oftalmología, Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Colegio de Enfermeras de Chile, Colegio de Tecnólogos Médicos y Ministerio de Salud.

Las recomendaciones fueron revisadas utilizando criterios estandarizados, siendo definida como VIGENTE aquella recomendación que cumple los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar una acción concreta.
- La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población.
- La recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso).

Se utilizó un formulario para revisión de las recomendaciones de la guía de práctica clínica, en la que cada evaluador respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del puntaje fue 4 ó más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue 3 ó menos en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE.

Luego de analizar los resultados, las recomendaciones vigentes son las siguientes:

Recomendaciones Vigentes
<p>En todo paciente con antecedentes de pseudofaquia, afaquia, alta miopía que tenga antecedentes de trauma ocular, o antecedentes de desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) en ojo contralateral, se debe efectuar un examen de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta o con oftalmoscopia con lámpara de hendidura, con el fin de detectar lesiones precursoras o predisponentes de progresar a DRR, como la degeneración empalizada o lattice degeneration, desgarro retinal en herradura y diálisis retinal de la ora serrata. Estas lesiones deben ser tratadas como profilaxis de DR, con una fotocoagulación láser retinal, para crear una cicatriz sólida alrededor de ellas (palisada y desgarro) o una cicatriz posterior al borde de la diálisis de la ora serrata.</p>
<p>Los pacientes con sospecha diagnóstica en APS o Servicios de Urgencia, evaluada a través de su historia clínica, factores de riesgo (miopía alta) y la existencia de síntomas precoces sugerentes de Desprendimiento de Retina Regmatógeno (DRR) o Desprendimiento del Vítreo Posterior (DVP), tales como fotopsias, entopsias o síntomas de DR en evolución, como reducción del campo visual, deben ser derivados a la brevedad para un examen oftalmológico inmediato.</p>
<p>El oftalmólogo deberá evaluar la integridad de la retina y hacer el diagnóstico de DRR mediante oftalmoscopia indirecta, examen de agudeza visual, inicialmente para la indicación de una cirugía oportuna. Otros exámenes menos útiles son: medición de presión intraocular, oftalmoscopia directa y la prueba de refracción. El examen con ultrasonografía ocular puede ser de utilidad cuando no se visualiza la retina con estas técnicas.</p>
<p>Son indicaciones para Vitrectomía pars plana los DR afáquicos y/o pseudofáquicos, los altos miope, los casos complicados (más de una lesión, proliferación vítreo-retinal de grado 2) los re-desprendimientos y el DRR en el niño.</p>
<p>El control postoperatorio se realiza a las 24 horas, con seguimiento semanal para evaluar el resultado anatómico y las posibles complicaciones derivadas de ésta (hipertensión ocular u otra). Alta eventual entre la 6a a 8a semanas postoperatorias.</p>
<p>Se recomienda que las personas que participan en deportes de contacto utilicen, en cada evento deportivo, protección ocular, especialmente si presentan miopía moderada a severa en cada episodio deportivo.</p>

Recomendaciones Vigentes
Si durante un examen de rutina a un paciente asintomático se le descubren factores asociados a un riesgo aumentado de sufrir un desprendimiento de retina (DR), se aconseja realizar un examen de fondo de ojo con pupila dilatada.
Se recomienda efectuar examen de fondo de ojo a todo paciente alto miope, afáquico y pseudofáquico, en forma regular, si presenta antecedentes familiares de DR.
Se recomienda efectuar un tratamiento con fotocoagulación láser, que produzca una cicatriz sólida alrededor de las lesiones predisponentes a título profiláctico, en especial en aquellos pacientes altos miopes sin DVP, o que van a ser intervenidos de cataratas u otra cirugía con lente intraocular.
Se sugiere instruir a los pacientes que se encuentran en alto riesgo de sufrir un DR sobre los síntomas del desprendimiento vítreo posterior y sobre el valor de los controles de seguimiento, durante su control de rutina.
Se recomienda instruir a todos los pacientes de alto riesgo a notificar a su médico si presentan un cambio sustancial en síntomas como aumento de cuerpos flotantes, pérdida de campo visual o disminución de la agudeza visual.
El oftalmólogo deberá determinar la integridad de la retina y hacer el diagnóstico de DR con oftalmoscopia indirecta con dilatación de pupila, o ecografía ocular en modo B (o bidimensional), en caso de opacidades.
El explante escleral se indica en casos de DR no complicado.
Primer control oftalmológico a las 24 horas de realizada la intervención quirúrgica, por especialista. Se recomienda seguimiento a la semana de la intervención, al mes y a los dos meses, hasta el alta.

El panel de expertos estuvo compuesto por los siguientes profesionales:

1. Dr. Ricardo Agurto Rivera, Médico- Oftalmólogo especialista en retina, Sociedad Chilena de Oftalmología
2. Dr. Ricardo Stevenson Astrosa, Médico- Oftalmólogo especialista en retina , Sociedad Chilena de Oftalmología
3. Dr. Rodrigo Vidal Sobarzo, Médico- Oftalmólogo especialista en retina, Sociedad Chilena de Oftalmología
4. Sra. Javiera Encina Iribarren, Tecnólogo Médico oftalmología, Colegio de Tecnólogos Médicos.
5. Sra. Carolina Rojas Villalobos, Enfermera Matrona, Colegio de Enfermeras.
6. Dr. Ignacio Díaz Aljaro, Médico, DIPRECE, Ministerio de Salud

El detalle de los resultados de la evaluación se presenta en ANEXO.

ANEXO: Puntajes obtenidos en el proceso de revisión de vigencia de las recomendaciones.

Recomendación	Más beneficio que daño (Mediana)	Acción factible de realizar (Mediana)	Vigencia
1. En todo paciente con antecedentes de pseudofaquia, afaquia, alta miopía que tenga antecedentes de trauma ocular, o antecedentes de desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) en ojo contralateral, se debe efectuar un examen de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta o con oftalmoscopia con lámpara de hendidura, con el fin de detectar lesiones precursoras o predisponentes de progresar a DRR, como la degeneración empalizada o lattice degeneration, desgarro retinal en herradura y diálisis retinal de la ora serrata. Estas lesiones deben ser tratadas como profilaxis de DR, con una fotocoagulación láser retinal, para crear una cicatriz sólida alrededor de ellas (palisada y desgarro) o una cicatriz posterior al borde de la diálisis de la ora serrata.	4	6	VIGENTE
2. Los pacientes con sospecha diagnóstica en APS o Servicios de Urgencia, evaluada a través de su historia clínica, factores de riesgo (miopía alta) y la existencia de síntomas precoces sugerentes de Desprendimiento de Retina Regmatógeno (DRR) o Desprendimiento del Vítreo Posterior (DVP), tales como fotopsias, entopsias o síntomas de DR en evolución, como reducción del campo visual, deben ser derivados a la brevedad para un examen oftalmológico inmediato.	6	6	VIGENTE
3. El oftalmólogo deberá evaluar la integridad de la retina y hacer el diagnóstico de DRR mediante oftalmoscopia indirecta, examen de agudeza visual, inicialmente para la indicación de una cirugía oportuna. Otros exámenes menos útiles son: medición de presión intraocular, oftalmoscopia directa y la prueba de refracción. El examen con ultrasonografía ocular puede ser de utilidad cuando no se visualiza la retina con estas técnicas.	6	6	VIGENTE
4. Son indicaciones para Vitrectomía pars plana los DR afáquicos y/o pseudofáquicos, los altos miope, los casos	6	6	VIGENTE

Recomendación	Más beneficio que daño (Mediana)	Acción factible de realizar (Mediana)	Vigencia
complicados (más de una lesión, proliferación vítreo-retinal de grado 2) los re-desprendimientos y el DRR en el niño.			
5. El control postoperatorio se realiza a las 24 horas, con seguimiento semanal para evaluar el resultado anatómico y las posibles complicaciones derivadas de ésta (hipertensión ocular u otra). Alta eventual entre la 6a a 8a semanas postoperatorias.	5	5	VIGENTE
6. Se recomienda que las personas que participan en deportes de contacto utilicen, en cada evento deportivo, protección ocular, especialmente si presentan miopía moderada a severa en cada episodio deportivo.	6	6	VIGENTE
7. Si durante un examen de rutina a un paciente asintomático se le descubren factores asociados a un riesgo aumentado de sufrir un desprendimiento de retina (DR), se aconseja realizar un examen de fondo de ojo con pupila dilatada.	5,5	5,5	VIGENTE
8. Se recomienda efectuar examen de fondo de ojo a todo paciente alto miope, afáquico y pseudofáquico, en forma regular, si presenta antecedentes familiares de DR.	5,5	5,5	VIGENTE
9. Se recomienda efectuar un tratamiento con fotocoagulación láser, que produzca una cicatriz sólida alrededor de las lesiones predisponentes a título profiláctico, en especial en aquellos pacientes altos miopes sin DVP, o que van a ser intervenidos de cataratas u otra cirugía con lente intraocular.	5	5	VIGENTE
10. Se sugiere instruir a los pacientes que se encuentran en alto riesgo de sufrir un DR sobre los síntomas del desprendimiento vítreo posterior y sobre el valor de los controles de seguimiento, durante su control de rutina.	6	6	VIGENTE
11. Se recomienda instruir a todos los pacientes de alto riesgo a notificar a su médico si presentan un cambio sustancial en síntomas como aumento de cuerpos flotantes, pérdida de campo visual o disminución de la agudeza visual.	6	6	VIGENTE

Recomendación	Más beneficio que daño (Mediana)	Acción factible de realizar (Mediana)	Vigencia
12. El oftalmólogo deberá determinar la integridad de la retina y hacer el diagnóstico de DR con oftalmoscopia indirecta con dilatación de pupila, o ecografía ocular en modo B (o bidimensional), en caso de opacidades.	6	6	VIGENTE
13. El explante escleral se indica en casos de DR no complicado.	4,5	4	VIGENTE
14. Primer control oftalmológico a las 24 horas de realizada la intervención quirúrgica, por especialista. Se recomienda seguimiento a la semana de la intervención, al mes y a los dos meses, hasta el alta.	5,5	6	VIGENTE

Número de evaluadores: 6