**PROTOCOLO DE MANEJO DE LA**

ALGORITMO N°2: ESTUDIO DEL PACIENTE CON TSH ELEVADA

**PATOLOGIA OFTALMOLOGICA EN ATENCION PRIMARIA**

**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**2015-2018**

1. **Introducción:**

Con el fin de estandarizar la atención de oftalmológicaen la red de salud publica del SSVQ se desarrolló este protocolo de referencia y contrarreferencia de dicha especialidad; el que pretende servir como guía en el diagnóstico y tratamiento de las patologías oftalmológicas más prevalentes y relevantes; y como orientación en la priorización de interconsultas de los distintos problemas de salud entre la APS y el nivel secundario.

1. **Objetivo General:**
   1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en las patologías de oftalmología con el fin de mejorar resolutividad y proceso asociado a pertinencia diagnóstica.
2. **Objetivos específicos:**
   1. Disminuir la lista de espera de oftalmología en la jurisdicción SSVQ; ante una mayor y mejor resolución de casos en la APS.
   2. Mejorar índices de correlación diagnóstica entre la APS y el nivel secundario.
   3. Mejorar índices de correlación en la priorización de interconsultas.
3. **Alcance:**
   1. Establecimiento de Salud Atención Primaria
   2. Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)
4. **Responsables:** 
   1. Médico Tratante de la Atención Primaria
   2. Médico Especialista en Otorrinolaringología CAE de EAR
5. **Documentos Aplicables:** ninguno
6. **Definiciones:**
   1. **Pinguécula:** Crecimiento de tejido firbrovascular de la conjuntiva bulbar que no compromete la cornea
   2. **Pterigeon:** Activación o desarrollo de tejido fibrovascularmetaplásico a nivel limbar generalmente nasal que se adhiere íntimamente e invade la córnea.
   3. **Chalazión:** Aumento de volumen subcutáneo de una de las glándulas sebáceas (más frecuentemente de las glándulas de Meibomio) que se encuentran en el párpado.
   4. **Glaucoma:** El glaucoma es una neuropatía óptica progresiva., producida por múltiples factores, entre ellos la presión intraocular.
7. **Descripción del procedimiento:**
   1. Prioridad de derivación

En la definición de prioridad de derivación (1 alta; 2 media; 3 baja), se considerará como argumento principal el impacto de la patología Oftalmológicaen la salud general del paciente (riesgo médico); por sobre los factores sintomáticos, funcionales o estéticos.

Las prioridades de derivación, son aplicables también a la población infantil, aun considerando las diferencias epidemiológicas existentes.

* + 1. Prioridad 1
    2. Prioridad 2
    3. Prioridad 3
  1. Tiempos estimados de atención por nivel:
     1. Nivel secundario (CAE): según prioridad de la interconsultas se calculan los tiempos estimados.
     2. Nivel primario APS: según oferta médica se calculan los tiempos estimados de atención.
  2. Tiempos estimados de alta por nivel de atención:
     1. Nivel secundario (CAE):3 meses
     2. Nivel primario APS: 15 dias

1. **Patología Oftalmologico:** 
   1. **Pingüécula**

**Definición:** Crecimiento de tejido fibrovascular de la conjuntiva bulbar que no compromete la cornea

**Histología:**

Es un cambio degenerativo de la conjuntiva. Histológicamente corresponde a una degeneración elástica del colágeno.

**Etiopatogenia**

Se cree que el principal factor etiopatogénicoes la radiación ultravioleta.

**Manifestaciones clínicas:**

Clínicamente se manifiesta como un depósito amorfo de color blanco amarillento subepitelial en la conjuntiva interpalpebral adyacente al limbo, más frecuente y desarrollado a nasal.

En ocasiones se inflama produciendo la pingueculitis que debe ser diferenciada de la epiescleritis nodular.

**Tratamiento:**

La gran cantidad de pacientes no requiere tratamiento por no ser sintomáticas ni constituyen problema estético.

En algunos casos se puede indicar lubricantes oculares y lentes protectores con filtro UV para evitar su crecimiento.

En muy rara ocasión está indicado su tratamiento quirúrgico por motivos estéticos o por interferir con una buena adaptación a los lentes de contacto.

* 1. **Pterigeon:**

**Definición:**

Activación o desarrollo de tejido fibrovascularmetaplásico a nivel limbar generalmente nasal que se adhiere íntimamente e invade la córnea.

**Epidemiología:**

Su incidencia está íntimamente relacionada a la exposición acumulativa de la luz ultravioleta. En ciertos lugares desérticos de Australia la prevalencia llega a un 80%, en cambio en mujeres anglosajonas llega aun2%. Estas diferencias son proporcionales a la radiación ultravioleta ocular.

**Histología:**

Es un cambio degenerativo de la conjuntiva. Histológicamente corresponde a una degeneración elástica del colágeno.

**Manifestaciones clínicas:**

Clínicamente se manifiesta como un depósito amorfo de color blanco amarillento subepitelial en la conjuntiva interpalpebral adyacente al limbo, más frecuente y desarrollado a nasal.

En ocasiones se inflama produciendo la pingueculitis que debe ser diferenciada de la epiescleritis nodular.

**Tratamiento:**

La gran cantidad de pacientes no requiere tratamiento por no ser sintomáticas ni constituyen problema estético.

En algunos casos se puede indicar lubricantes oculares y lentes protectores con filtro UV para evitar su crecimiento.

En muy rara ocasión está indicado su tratamiento quirúrgico por motivos estéticos o por interferir con una buena adaptación a los lentes de contacto

**Factores predominantes:**

Edad, A menor edad , mayor agresividad del pterigion, por eso jamás se debe operar un pterigion en paciente menor de 20 años y ojalá hacerlo solo desde los 35 años o 40 años es el factor der riesgo de recidiva más importante.

Luz ultravioleta

Conjuntivitis crónica alérgica, química o sicca.

**Manejo:**

Determinan de los factores de riesgos presentes y tratamientos.

El objetivo es desinflamar el pterigion.

Exposición ultravioleta, se indican lentes protectores, en general cualquier lente oscuro sirve, mientras más oscuro mejor, para evitar la fotofobia.

Conjuntivitis alérgica, se maneja con antialérgicos tópicos y lentes protectores que disminuyen la fotofobia y disminuye la entrada de partículas al ojo.

**Requisitos Prequirúrgicos:**

Pacientes mayores de 40 años

Pterigión estacionario por unos años.

Tamaño mediano a grande

Factores de riesgos tratados

**Resultados del Tratamiento:**

La frecuencia de recidiva varía entre 5 y 70 %, lo que depende de principalmente del manejo de los factores predisponentes, de la oportunidad de la indicación quirúrgica y la técnica utilizada. La recidiva ocurre en general entre las tres semanadas y los 5meses se reconocen por la aparición de vasos radicales.

**Criterios de Referencia:**

Paciente que requieran tratamiento quirúrgico

* Pterigión moderado o severo
* Pterigión que dificulte visión del paciente

Paciente que no respondan a tratamiento médico y persistan inflamados.

pacientes con recurrencias de Pterigon

**Información requerida en la interconsulta**

El formulario de interconsulta o derivación debe ser llenado en forma correcta y completa por el Médico que deriva con letra legible y consignando todos los datos que allí se solicitan.

En el documento de derivación debe consignarse ***agudeza visual sin corrección, con corrección y/o con agujero estenopeico.***

En el documento de derivación se debe consignar que se está solicitando (tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, evaluación).

En ningún caso corresponde derivar a policlínico de choque de la especialidad.

**Contra referencia**: no corresponde, solo alta si corresponde.

* 1. **Blefaritis Marginal Estafilococica.**

**Epidemiologia**   
Historia breve de síntomasoculares(promedio 1,8 años)

Frecuentemente mujeres (80%)

Jóvenes (edad promedio 42 años)

Patogenia

La Patogenia no está aclarada, se cree que influyen:

Infección directa del papado estafilococo

Reacción a exotoxina de estafilococo

Respuesta de hipersensensibilidad a los antígenos del estafilococo

**Síntomas:**

* Irritación crónica
* Fotofobia
* Dolor lagrimeo
* Enrojecimiento ocular
* Visión borrosa
* Secreción

**Signos:**

* Inflamación del borde palpebral
* Rosetas
* Ulceras en las base de las pestañas
* Colleretes
* Alteraciones de las pestañas: Triquiasis,poliosis,madarasis.
* Quistes Palpebrales: Chalazion, orzuelo.
* Hiperremia conjuntival o leve o moderada.
* Conjuntivitis papilar.
* Queratoconjuntivitis sicca (50% de asociación)
* Queratitis epitelial punctata fina
* Infiltrados y ulceras corneales catarrales
* Que flictenular y pannus
  1. **Chalazión**

**Definición:**

Aumento de volumen subcutáneo de una de **las glándulas sebáceas** (más frecuentemente de las glándulas de Meibomio) que se encuentran en el párpado. Estas glándulas se encargan de secretar el componente graso de la película lagrimal, y es esencial para una adecuada protección de la superficie ocular. Cuando el conducto de alguna de estas glándulas se obstruye, la secreción grasa se acumula y el cuerpo reacciona con un proceso inflamatorio que rodea la glándula. Si este aumento de volumen desarrolla un proceso infeccioso se denomina **Orzuelo.**

**Fitopatología:**

La obstrucción del conducto de salida de las glándulas de Meibomio o de Zeiss hace que inicialmente se acumule material sebáceo, que luego se extruye a los tejidos vecinos causando inflamación granulomatosa crónica alrededor.

**Histología:**

La inflamación granulomatosa crónica se manifiesta por la presencia de células epitelio, a que también hay células gigantes macrófagos, linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos. La regresión espontanea ocurre cuando la inflamación granulomatosa elimina el material sebáceo extruido.

**Manifestaciones Clínicas**

Quiste subcutáneo ubicado en cualquier porción del tarso, redondeado, no asociado a signos inflamatorios agudos( salvo en su fase inicial), la mayoría de las veces experimenta resolución espontanea ,con drenaje de material sebáceo al borde palpebral .

El nódulo a veces se hace mas prominente hacia la conjuntiva otras veces hacia piel, puede provocar astigmatismo corneal secundario en el caso de lesiones grandes del parpado superior, ptosis palpebral. cuando drena a la conjuntiva tarsal se forma un lipogranuloma, lesión tarsal polipoidea de color rojizo.

**Factores de riesgos:**

* Rosácea ocular
* Dermatitis seborreica

**Tratamiento Medico**

* Compresas tibias por 5 a 10 minutos 3 a 4 veces al día
* Masaje palpebral.
* El tratamiento antibiótico no tiene indicación, pues el chalazión es lesión estéril.
* Observación y espera la resolución espontanea
* Corticoides intralesionales

**Tratamiento Quirúrgico**

En los pacientes que no están dispuestos a esperar la resolución espontanea del Chalazion por motivos personales habitualmente estéticos,se puede optar por el drenaje quirúrgico.

**Criterios de Referencia**

Paciente que requieran tratamiento quirúrgico:

* Chalazión mediano o grande que no remita espontáneamente.
* Chalazión que dificulte visión del paciente
* Paciente con Orzuelo que no respondan a tratamiento médico y persistan inflamados

**Información requerida en la Interconsulta**

El formulario de interconsulta o derivación debe ser llenado en forma correcta y completa por el Médico que deriva con letra legible y consignando todos los datos que allí se solicitan.

En el formulario de interconsulta se debe consignar tiempo de evolución del cuadro, motivo de la consulta (Tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, evaluación especialidad) y tratamiento indicado al paciente.

**Contrarreferencia**: no corresponde, solo alta si corresponde.

* 1. **Orzuelo:**

Inflamación aguda supurativa de las glándulas de Zeiss o de folículos pilosos: también se le conoce como orzuelo externo. Su principal agente etiológico es staphylococcus aureus.

**Manifestaciones Cínicas:**

Aumento de volumen doloroso, erimatoso localizado en el borde palpebral. Habitualmente en el vértice de la lesión se ve un punto blanquecino o amarillento. Su resolución espontanea ocurre en pocos días, cuando drena su contenido purulento.

**Tratamiento Médico:**

En la mayoría de los casos la lesión desaparece espontáneamente,su resolución puede ser acelerada con sus de compresas tibias.

Los antibióticos tópicos no son útiles,a menos que exista una blefaro conjuntivitis

estafilocócica asociada. Los antibióticos sistémicos se usan solo en celulitis pre septal secundaria.

* 1. **Meibomitis crónica primaria**

Alteración se centra alrededor de las glándulas de las Meibomio, con inflamación alrededor de los orificios de las glándulas, obstrucción de los orificios de salidas , secreciones condesadas cerca de los orificios de desembocadura ,la secreciones puede apreciarse dentro de las glándulas dilatadas ,la expresión de la secreción es difícil y está presidida de la extrusión del tapón condensado.

**Fisiopatología:**

* Hiperqueratización del epitelio ductal.
* Alteración cualitativa de la secreción por lipasas microbianas.
* Aumento de los ácidos grasos libres, lípidos con alto punto de fusión, porcentaje mayor de colesterol esterificado, aumento del colesterol libre.
* Inestabilidad del film lagrimal.

**Tratamiento médico:**

Fase aguda:

* Compresas tibias
* Masaje palpebral
* aseo de margen paplebral
* ungüento antibiótico
* corticoides tópicos inicialmente
* Lagrimas artificiales si corresponde
* Tetraciclina oral en casos de meibomitis primaria y secundaria importante

Fase crónica:

* a permanecía
* Frecuencia 1 a 2 veces al dia preferentemente matinal
* Reducción de la terapia al mínimo: compresas tibias, masaje ,aseo del borde palpebral y lagrimas artificiales si corresponde.
  1. **Dacriocistisis Aguda:**

En la mayoría de los casos corresponde a infección de origen bacteriano que se produce en pacientes con obstrucción subsacular de la vía lagrimal.

Habitualmente tienen historia de epifora de larga data en el ojo comprometido , requieren tratamiento antibiótico sistémica y posterior tratamiento quirúrgico por cirujano aculoplástico. Al comprimir la región del saco lagrimal se produce salida de material purulento a través del punto lagrimal inferior.

* 1. **Hemorragia Subconjuntival:**

Son indoloras y con Avconservada ,producen un ojo rojo de tono rutilante que con el pasar de los días toma un tono cafesosos amarillento hasta ¿desaparecer espontáneamente en 2- 3 semanas. Pueden estar asociadas con HTA mal controlada, maniobras de Válsalva, traumas. La mayoría de las veces no se encuentra un a etiología asociada. No requiere tratamiento tópico ni derivación a especialista.

* 1. **Iridociclitis Aguda**

Síntomas:

* Ojo rojo profundo
* Dolor ocular
* Fotobobia
* Epifora, menos frecuente.
* Secreción mucupurulenta ,más rara , se observa en síndrome de Reiter.
* disminución del agudeza visual
* Algunos casos son asintomáticos ,especialmente los crónicos y en los niños

Signos:

Fibrina en cámara anterior. Es signo de gravedad. Las células en la cámara anterior se los observan congeladas sin movimientos de conexión que las caracterizan.

Hipopion, también es un signo de gravedad que nos debo hacer pensar en alguna de las siguientes,causas, dependiendo del contexto clínico: endoftalmitis, uveítis anterior,HLA B-27 severo, enfermedad de Bencet, también se puede producir cuando se usa Rifahbutin, un medicamento que se indica en pacientes con SIDA con infecciones por microbacterias. Precipitados queratidosendoletiales. Su presencia señala la acción de moléculas de adhesióncelularcomo citoquinas inflamatorias.

Presión intraocular.

* 1. **Ulcera corneal infecciosa**

Se diferencia un erosión por la presencia de infiltrados corneal inflamatoria , lo que le da un aspecto blanquecino ,puede haber un nivel de pus y fibrina en cámara anterior.

* 1. **Escleretitis**

El dolor es síntomas predominante en las escleritis y motivo de la consulta más frecuentes, a que no siempre es proporcional a la severidad de la inflamación. Una notable excepción es la escleromalaciaperforans, que es indolora. El dolor se localiza en el ojo, pero se puede irradiar al sien ,mandíbula y senos para nasales. Es muy intenso y puede impedir conciliar el sueño, responde solo parcialmente a los analgésicos.

la causas del dolor son distensión de los nervios provocada por el edema, a lo que agrega la destrucción de los nervios en la escleritis necrotizantes inflamatoria.

**9.12.Glaucoma:**

**Definición:**

El glaucoma es una neuropatía óptica progresiva., producida por múltiples factores, entre ellos la presión intraocular. Este  aumento patológico de la presión intraocular (PIO) por encima de los valores normales, conlleva en forma directa a la producción de un daño de la cabeza del nervio óptico (papila) y este a su vez conlleva a una pérdida característica del campo visual como consecuencia de la pérdida de fibras ganglionares.

**Factores de Riesgo**

Para desarrollar glaucoma son:

* Antecedentes familiares de glaucoma
* Edad mayor de 40 años.
* Miopía
* Diabetes
* Hipertensión Arterial Crónica
* Uso de colirios con corticoides.

**Información requerida en la Interconsulta**

Paciente nuevo con sospecha de Glaucoma:

* Sospecha diagnóstica
  + Otros diagnósticos conocidos generales y oftalmológicos
  + Breve resumen de historia clínica general.
  + Agudeza visual con y sin corrección óptica y/o agujero estenopeico

Si la interconsulta es realizada por un ***oftalmólogo*** debe consignar además:

* + Motivo de la derivación (duda diagnóstica, necesidad de cirugía, etc.)
  + Relación copa/disco ambos ojos
  + Presión intraocular ambos ojos
  + Magnitud de la corrección óptica para lejos y/o cerca, o copia de la receta de lentes
  + Resultado de los exámenes que motivan la derivación al nivel secundario
  + Especificar si se indicó tratamiento o no y con qué medicamento

Si la interconsulta proviene de una **UAPO** debe adjuntar además:

* + Copia de campimetría.
  + Copia de curva de tensión aplanática.

Paciente glaucomatoso o hipertenso ocular conocido con controles previos en el Servicio de Oftalmología:

Interconsulta debe contener:

* + Diagnósticos conocidos oftalmológicos y generales
  + Breve resumen de la historia clínica.
  + Fecha aproximada del último control oftalmológico
  + Tratamiento indicado y cumplimiento del mismo
  + Magnitud de la corrección óptica o copia de receta de lentes en caso de haber sido evaluado en algún programa anexo.

**Contrarreferencia:**

Se enviará contrarreferencia en los siguientes casos:

* + Glaucoma en tratamiento, compensado y estable (sin progresión)
  + Hipertensión ocular, con o sin tratamiento, estable (sin progresión)
  + Pacientes enviados por sospecha de glaucoma en quienes se descarta dicha patología luego de la evaluación realizada

El documento de Contrarreferencia contendrá:

Tratamiento y/o conducta indicados

Fecha aproximada del siguiente control en caso de requerirlo

Se especificará si dicho control debe ser en UAPO correspondiente o en Nivel Secundario.

1. **Registros:** Ficha clínica, REM, SIDRA, contrarreferencia
2. **Anexos:** No aplicable
3. **Indicadores de Monitoreo y Evaluación del Protocolo:**

|  |  |
| --- | --- |
| Definición Indicador | Cumplimiento del protocolo |
| Tipo de Indicador | Proceso |
| Dimensión | Efectividad |
| Formula | Pac derivados según protocolo de patologías OFT(\*)X100  Total de pacientes derivados por patologías OFT  (\*) patologías OFT contenidas en el protocolo |
| Umbral | 70% |
| Justificación | Derivación pertinente y oportuna de patologías OFT |
| Fuente de información | Fichas clínicas-interconsultas |
| Periodicidad | SEMESTRAL |
| Responsable | Oftalmología CAE |

1. **Bibliografía:**
   1. Protocolo de referencia y contrarreferencia oftalmología año 2010
2. **Modificaciones del Documento:** segunda versión del protocolo del año 2010. Se agregaron las prioridades, tiempos de atención y de alta.