

PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DESPRENDIMIENTO DE RETINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Sergio Abuaud Jefe de oftalmología Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Rodrigo Gurrea M. Médico EDF P.S.R. La Tirana</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Marcelo Vega C. Médico EDF P.S.R. Chanavayita</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Encargada R y CR Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Mikiko Kuwahara A. Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Carolina Perez Rebolledo Encargada Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Maria Vera Zamora Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Diciembre de 2017</p>	<p>Fecha revisión: Enero 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Enero 2021</p>



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE**

Código:CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:2 de 13

Vigencia:3años

INDICE

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
MAPA DE RED.....	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
RESPONSABLES.....	5
POBLACIÓN OBJETIVO.....	5
DEFINICIONES.....	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	9
FLUJOGRAMA.....	11
INDICADOR.....	12
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	12
PLAN DE DIFUSION.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	13
ANEXOS.....	13



**PROTOKOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE**

Código: CG6 OFT- 004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:3 de 13

Vigencia:3años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

Los Autores no declaran conflicto de interés al momento de la confección del presente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

La retina es un tejido neurosensorial que tapiza los dos tercios internos y posteriores del ojo. La retina en su polo posterior y central presenta la máxima concentración de células de visión esto es la mácula (mácula lútea) y responsable en su centro anatómico de la visión fina o de mayor discriminación visual (fóvea).

El desprendimiento de retina (DR) consiste en la separación de la capa neurosensorial del epitelio pigmentario retinal subyacente con la acumulación consecuente de fluido sub retinal en el nuevo espacio creado. La forma más frecuente se conoce como desprendimiento de retina regmatógeno (DRR).

El desprendimiento de retina se produce cuando los mecanismos fisiológicos y anatómicos de la neuro-retina en su unión virtual al epitelio pigmentado son descompensados perdiéndose la calidad de compartimiento estanco, separándose ambas capas. Los desprendimientos de retina se clasifican en 3 tipos, según su patogénesis: regmatógeno, traccional y exudativo. Un paciente puede presentar uno o más de estos tipos.

El DR se considera un problema visual grave que puede ocurrir a cualquier edad, frecuentemente afecta a personas de edad media o de la tercera edad. Es más frecuente en miopes o personas que han tenido anteriormente alguna patología en la retina y en traumas oculares severos. También se describe como una de las complicaciones de la cirugía de cataratas. Con menor frecuencia, se relaciona con enfermedades hereditarias, retinopatía diabética y prematuridad. El tratamiento debe ser inmediato para evitar el deterioro o pérdida irreversible de la visión. El pronóstico funcional con tratamiento quirúrgico es bueno si el desprendimiento no incluye la mácula (mácula on).



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE**

Código: CG6 OFT-004

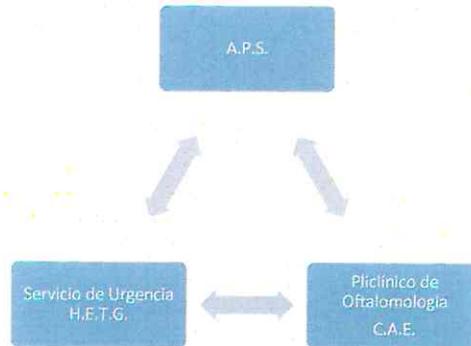
Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:4 de 13

Vigencia:3años

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de derivación de patologías Oftalmológicas que facilite la integración y coordinación eficaz entre el nivel primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Entregar criterios de referencia o derivación concretos para ser utilizados por los médicos de atención primaria en aquellas patologías Oftalmológicas más frecuentes.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.
- Contar con herramientas concretas que permitan alcanzar un nivel de pertinencia óptimo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de la Red del Servicio de Salud Iquique, que incluye: postas de salud rurales (PSR), Servicios de Urgencia (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR), Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez (CAE – HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG) respectivamente. En pacientes con cuadro clínico compatible.



**PROTOKOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE**

Código: CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 5 de 13

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

- El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier edad que consulten en servicio de urgencias o consultorios por defecto en el campo visual o mala visión, sea agudo o crónico, en donde se sospeche desprendimiento de retina.

8. DEFINICIONES.

- **Desprendimiento de Retina (DR):** Es la separación entre la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario subyacente. Se manifiesta generalmente con fotopsias y entopsias (los días previos), escotoma relativo en el campo visual correspondiente al área de retina desprendida (si la afectación retiniana es muy periférica puede ser asintomático) y disminución de agudeza visual.

Sus precursores clínicos son el **desprendimiento del vítreo posterior (DVP)**, la presencia de roturas retinianas sintomáticas y asintomáticas y lesiones predisponentes en la periferia retinal.

Primero se deben distinguir los síntomas del DVP que serán el punto de partida para un eventual desgarro retinal y posterior desprendimiento de retina.

Con DVP sintomático el riesgo de desgarro retinal sin hemorragia vítrea fluctúa entre un 12-15%.



PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT- 004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 6 de 13

Vigencia: 3 años

• **Síntomas DVP:**

- **Entopsias:** Primer síntoma. Líneas, cuerpos o puntos flotantes, clásicamente descrito como -moscas volantes- que se movilizan en el campo visual, pueden indicar DVP completo o parcial, hemorragia vítrea por rotura de un vaso retinal o por un desgarro retinal y representan un síntoma de DVP y eventualmente de DR. No necesariamente representan existencia de patología.
- **Fotopsias:** Destellos o relámpagos de luz en la periferia del campo que traducen tracción vítreo-retinal.
- **Pérdida de parte del campo visual:** Cuando el DVP se produjo de forma anómala y llevó a desprendimiento de la retina. Se describe como una cortina que baja desde arriba cuando el DR es inferior o como un muro que va subiendo ya sea desde abajo o desde el costado.

Si se identificaron estos síntomas se debe sospechar un DVP sintomático y se debe proceder a pesquisar la existencia de disminución de agudeza visual y/o aparición de defectos del campo visual.

En caso de existir esto último, hay una sospecha fundada de desprendimiento de retina y el paciente debe derivarse al hospital para su descarte, más aun si el paciente presenta alguno de estos FR pesquisados a la anamnesis:

- Pacientes afáquicos o pseudofáquicos (operados de catarata)
- Míopes
- Antecedente de trauma ocular
- Antecedente de uveítis
- Edad (después de los 60 años el 60% de los pacientes tienen DVP)
- Antecedente de familiar directo con DR
- Antecedente de retinopatía del prematuro o vitreoretinopatías hereditarias.

8.A.- CLASIFICACIÓN

Los desprendimientos de retina pueden agruparse en base a si existe o no ruptura de la retina sensorial. En base a esto se clasifican en:

- **Desprendimiento de Retina Regmatógeno (DRR):** Es el más común, y resulta de una rotura de la retina sensorial.
- 2. **Desprendimiento de Retina No Regmatógeno (DRNR):** Usualmente resulta de la acumulación de exudado o transudado en el espacio virtual sub retinal, no existiendo rotura y obedece a otros mecanismos.

Dependiendo del mecanismo de acumulación del fluido sub retinal, el DR puede ser clasificado en 3 grandes tipos:

- **DR Regmatógeno:** el tipo más común; los factores asociados con mayor frecuencia son el desprendimiento vítreo posterior (con 10 a 15% de riesgo) y es más frecuente por sobre los 60 años de edad.
- **DR Exudativo o seroso:** cuyas causas más frecuentes son inflamatorias como en la Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada u otras uveítis, así como en hipertensión arterial severa como en las crisis de Eclampsia.
- **DR por tracción:** la causa más frecuente es la fibrosis del tejido retinal secundaria a trauma o inflamación crónica por isquemia como es en la retinopatía diabética o retinopatía del prematuro.



**PROTOKOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**
SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT- 004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:7 de 13

Vigencia:3años

8.B.- CUADRO CLÍNICO

- La sospecha de DR en APS es esencialmente clínica por anamnesis.
- Su principal manifestación es el compromiso de la agudeza visual, que puede ir desde una visión normal hasta solo distinguir sombras, o alteración del campo visual, manifestada como una cortina o sombra en la periferia del campo visual que progresa.
- Fotopsias.
- Entopsias.
- El reflejo fotomotor puede estar alterado.
- A nivel terciario. Se evalúa agudeza visual, presión intraocular (que generalmente está disminuida), biomicroscopia (el hallazgo de pigmento en el vítreo sugiere fuertemente la existencia de un desgarro retinal) y oftalmoscopia indirecta con indentación escleral para poder determinar la extensión y localización del DR, el número y localización de los desgarros y precisar si existe o no compromiso macular puesto que condiciona el pronóstico y determina la urgencia de la cirugía.
- En la cámara anterior puede detectarse Tyndall celular y uveítis leve. En casos antiguos a veces puede haber sinequias posteriores y cataratas complicadas.
- Sólo en casos en que no es posible ver la retina con oftalmoscopia, debido por ejemplo a la presencia de una hemorragia vítrea densa o a una catarata significativa se puede recurrir a una ecografía ocular (B-scan) para confirmar la presencia de un DR.



8.C.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otros diagnósticos oftalmológicos:

- Corioretinopatía central serosa
- Desprendimiento del vítreo posterior.
- Coriorretinitis.
- Necrosis retinal aguda.
- Retinopatía proliferativa.
- DR secundario a operación con implantes o luego de terapia de roturas retinales.

Neurológicas o misceláneas:

- Cefaleas vasculares.
- Enfermedad de Menier.
- Sinusitis.
- Neoplasias intraoculares del quiasma, lóbulo temporal o corteza visual.
- Lesiones vasculares de fisura calcarina.
- Oclusión de la vena central de la retina (o rama).



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**

SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT- 004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:9 de 13

Vigencia:3años

9. DESARROLLO.

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Anamnesis y Examen físico completo, con especial énfasis en prec

9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Ante sospecha fundada se debe derivar dentro de 5 días para confirmación diagnóstica según criterio GES.

9.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

- No requiere.

9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al Servicio de Urgencias, que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Anamnesis pertinente.
- Hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**

SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:10 de 13

Vigencia:3años

9.5. Conducta a seguir por parte del médico especialista:

- Evaluación clínica completa.
- Determinar necesidad de exámenes complementarios.
- Establecer diagnóstico.
- Notificación GES.
- Indicar tratamiento más apropiado y/o conducta a seguir.
- Definir seguimiento.

9.6. Contra-referencia:

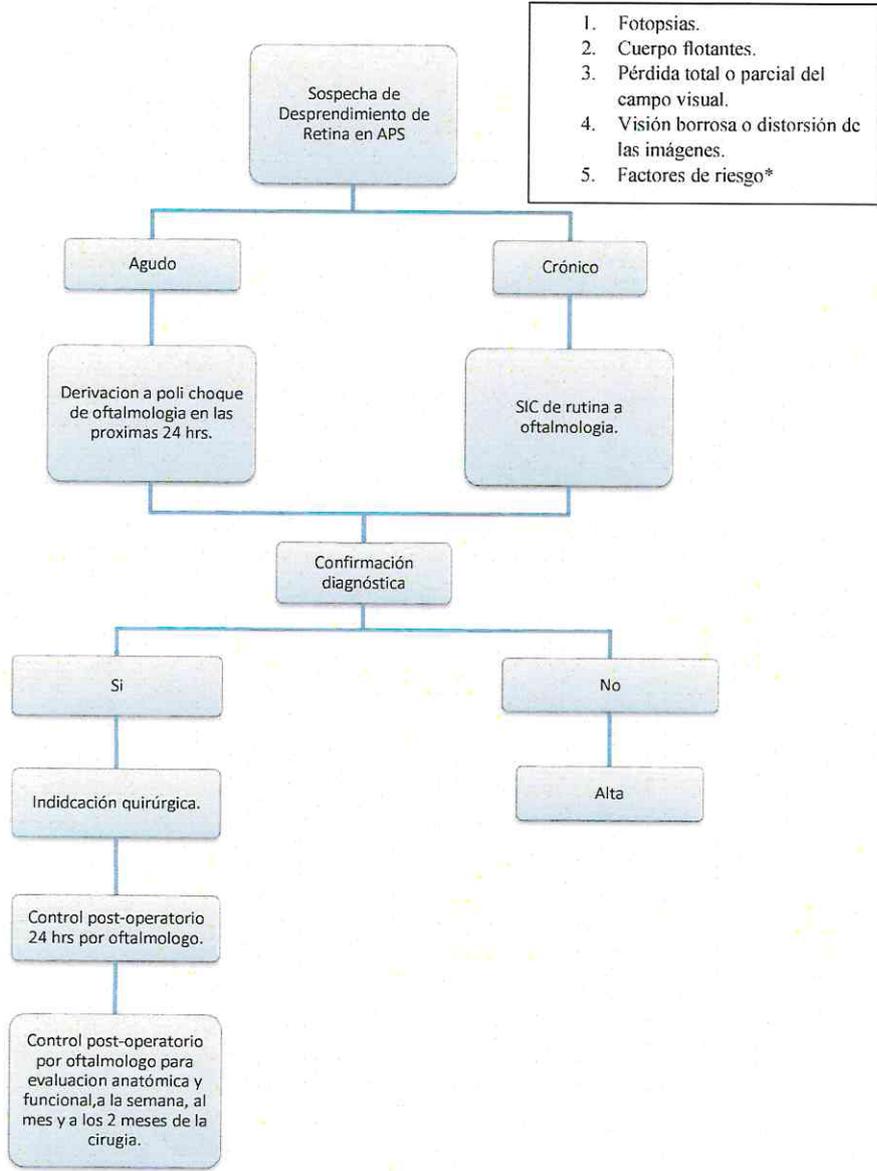
- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología que requiera de manejo hospitalizado.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

9.7. Tiempos de resolución:

Con la sospecha diagnóstica tendrá 5 días para la confirmación y desde la confirmación tendrá 7 días para la resolución por especialista.



10. FLUJOGRAMA.



- 1. Fotopsias.
- 2. Cuerpo flotantes.
- 3. Pérdida total o parcial del campo visual.
- 4. Visión borrosa o distorsión de las imágenes.
- 5. Factores de riesgo*

Factores de riesgo para el Desprendimiento de Retina *

Frecuentes	Menos frecuentes
Envejecimiento	Enfermedades oculares congénitas
Cirugía cataratas	Retinopatía diabética
Lattice degeneration o degeneración en palizada	Historia familiar de desprendimiento
Miopia (axial)	Vitreo retinopatía hereditaria
Trauma ocular severo	Prematuridad
Diálisis retinal no traumática	Uveítis crónica



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA
SERVICIOSALUD IQUIQUE**

Código: CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:12 de 13

Vigencia:3años

11. INDICADOR.

- Numerador: N° de pacientes con diagnóstico en APS de Desprendimiento de Retina, tratados y contrarreferidos desde el Servicio de Urgencias/Policlínico de Oftalmología que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCR.
- Denominador: N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Urgencias/Policlínico de Oftalmología, con diagnóstico de Desprendimiento de Retina, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCR.

12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de Oftalmología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

13.PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara en Diciembre una auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en enero 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**

SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:13 de 13

Vigencia:3años

14.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Guía Clínica GES, Desprendimiento de Retina Regmatógeno no Traumático. Serie de Guías Clínicas MINSAL. Año 2010.
- 2.- Rhegmatogenous retinal detachment treatment guidelines. García-Arumí, et al. Arch Soc Oftalmol. 2013 Jan;88(1):11-35. doi: 10.1016/j.ofal.2011.10.013. Epub 2012 Sep 20.

15.ANEXOS.

No se incluyen anexos para esta patología.