



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL SSI
DEPTO. ASESORIA JURIDICA SSI

RESOLUCIÓN EXENTA N° **0765**/

IQUIQUE, **09 MAR. 2018**

VISTOS:

Lo dispuesto en Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L N° 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; Decreto N° 18/2017, del Ministerio de Salud, sobre nombramiento del Director del Servicio de Salud Iquique; ART. 8 DEL DECRETO 140/4 MINSAL, que aprobó el reglamento de los Servicios de Salud, Protocolos resolutivos en Red; Los protocolos que a continuación se consignan:

Especialidad	Patología	Fecha Elaboración
Oftalmología	Ojo rojo doloroso	Enero 2018
Oftalmología	Desprendimiento de retina	Enero 2018

CONSIDERANDO:

1.- Que, el objetivo de los Protocolos Resolutivos en Red es fortalecer el trabajo y coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo reglas y protocolos, para mejorar la pertinencia diagnóstica, la resolutivez en los distintos niveles y aumentar el número de altas en la especialidad.

2.- Que, se debe mejorar la integración y coordinación de los distintos niveles de atención de la Red Asistencial, primaria, secundaria y terciaria.

3.- Que, por necesidad de servicio se han generado nuevos Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, con formato actualizado a los Protocolos Resolutivos en Red.

RESUELVO:

1° Apruébese los Protocolos Resolutivos en Red; actualizados, elaborados y aprobados por el Consejo Integrador de la Red Asistencial, que se detallan a continuación.

Especialidad	Patología	Fecha Elaboración
Oftalmología	Ojo rojo doloroso	Enero 2018
Oftalmología	Desprendimiento de retina	Enero 2018

2° Los protocolos descritos anteriormente se adjuntan a la presente Resolución y se entienden que forman parte integrante de ella y que constan de 28 páginas.

3° El uso de estos protocolos será de carácter oficial y tendrán vigencia a partir del 31 de enero del 2018, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

4° Los protocolos tendrán una vigencia de 3 años, es decir 2018- 2021 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



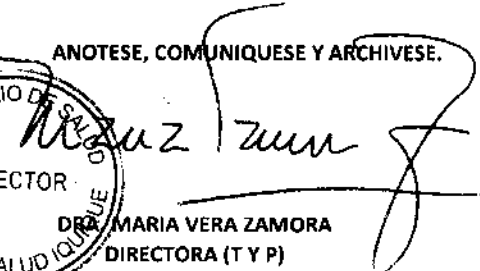
Maria Vera Zamora
DR^a MARIA VERA ZAMORA
DIRECTORA (T Y P)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2° Los protocolos descritos anteriormente se adjuntan a la presente Resolución y se entienden que forman parte integrante de ella y que constan de 28 páginas.

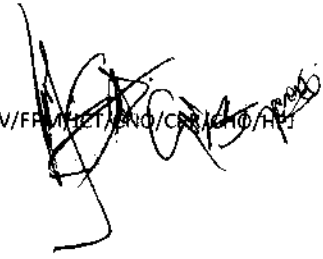
3° El uso de estos protocolos será de carácter oficial y tendrán vigencia a partir del 31 de enero del 2018, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

4° Los protocolos tendrán una vigencia de 3 años, es decir 2018- 2021 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



DIRECTOR
DRA. MARIA VERA ZAMORA
DIRECTORA (T Y P)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

MPV/FP/MT/RENO/CESFAM/HET


LO QUE ESTE TRANSCRIBO PARA SU CONOCIMIENTO



REPULVEDA PADILLA
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN:

@ Dirección Servicio Salud Iquique
@ Dirección Hospital Iquique
@ Dirección CESFAM Héctor Reyno
@ Subdirección de Gestión Asistencial SSI

@ Depto. Planificación y Control SSI

@ Encargada R y CR SSI

Departamento Salud Comunas

@ Comuna de Pica
@ Comuna de Huara
@ Comuna de Camiña
@ Comuna Pozo Almonte
@ Comuna Colchane
@ Comuna Alto Hospicio
@ Comuna de Iquique
- Oficina de Partes SSI.

direccion.ssi@redsalud.gov.cl
direccionhospitaliquique@gmail.com
rodrigo.arayar@redsalud.gob.cl
aps.ssi@redsalud.gob.cl
sdga.ssi@redsalud.gov.cl
carolina.perez@redsalud.gob.cl
planificacion.ssi@redsalud.gov.cl
paloma.ly@redsalud.gob.cl

bjara@saludpica.cl
ediazq.depsa.imh@gmail.com
h.frias.macia@municipalidaddecamiña.cl
Sanyun.anch@cormudespa.cl
jefesalud@imcolchane.cl
e.gamero@mahosalud.cl
veronica.moreno@cormudesi.cl



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DESPRENDIMIENTO DE RETINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Sergio Abdaud Jefe de oftalmología Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Rodrigo Gurra 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> 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
PROCEDIMIENTOODESARROLLO.....	9
FLUJOGRAMA.....	11
INDICADOR.....	12
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	12
PLAN DE DIFUSION.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	13
ANEXOS.....	13



**PROTOCOLO
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 prematurez. 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

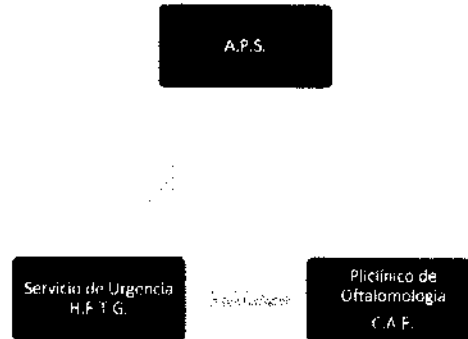
Edición: Primera

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.



**PROTOCOLO
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:3años

• **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 descarté, más aun si el paciente presenta alguno de estos FR pesquisados a la anamnesis:

- Pacientes afáquicos o pseudofáquicos(operados de catarata)
- Miopes
- 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 vitreoretinopatias 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.



**PROTOCOLO
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 vitreo 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.



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**

SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT- 004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página:8 de 13

Vigencia:3años

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.



**PROTOCOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**

SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-004

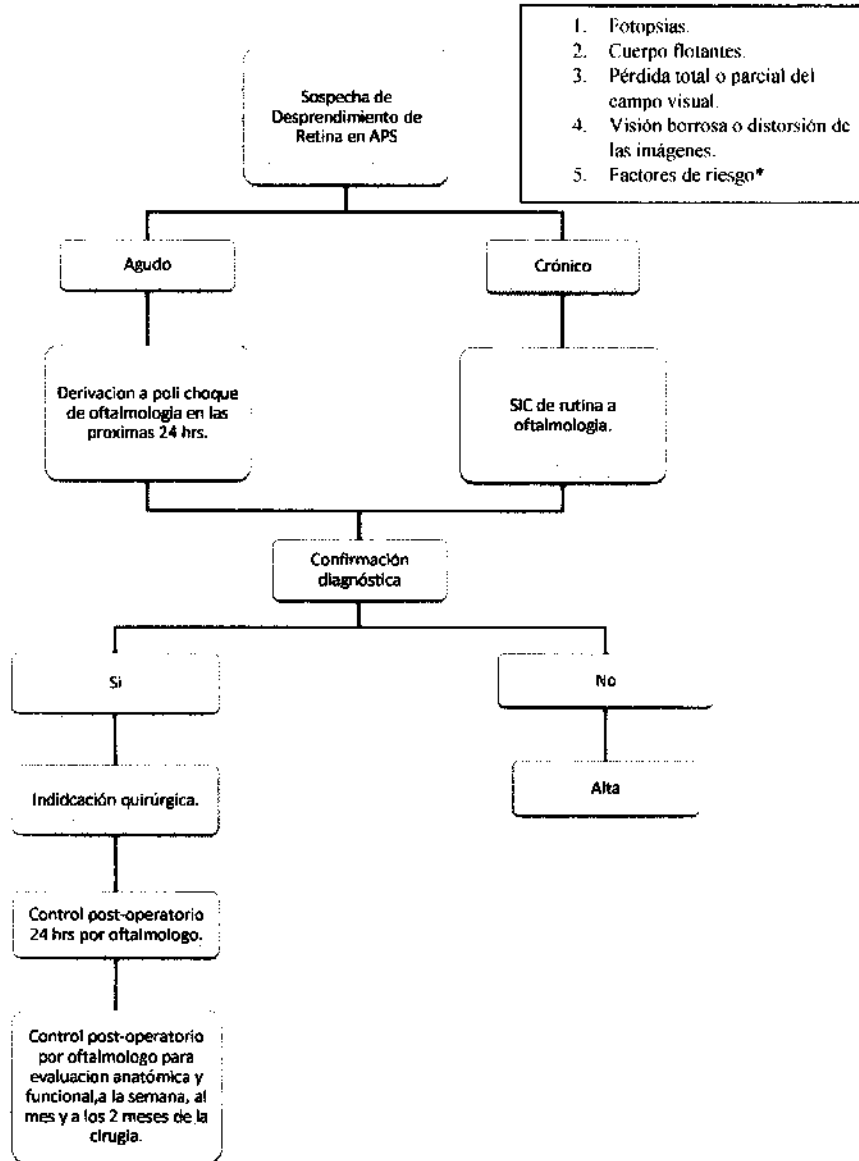
Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 11 de 13

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA.



Factores de riesgo para el Desprendimiento de Retina / *

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



**PROTOKOLO
DESPRENDIMIENTO DE
RETINA**
SERVICIOSALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-004

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 12 de 13

Vigencia: 3 años

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: 3 años

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. Garcia-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.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
OJO ROJO DOLOROSO
SERVICIO SALUD IQUIQUE
2018 - 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Sergio Abuauad jefe Dpto. Oftalmología Hospital Ernesto Torres G.</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Joaquín Fariás Médico EDF CGR Huara</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Miranda Iñigo Médico EDF CGR Pozo Almonte</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique Depto. Calidad y Seguridad del Paciente <i>[Signature]</i> Carolina Pérez Rebolledo Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. María Vera Zamora Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Noviembre 2017</p>	<p>Fecha revisión: Enero 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Enero 2021</p>



**PROTOCOLO OJO ROJO
DOLOROSO**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 2 de 13

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	4
POBLACIÓN OBJETIVO	5
DEFINICIONES	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	8
FLUJOGRAMA	10
INDICADOR	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	11
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	11
ANEXOS	12



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 3 de 13

Vigencia: 3 años

1. CONFLICTO DE INTERES

No se declara conflictos de interés.

2. INTRODUCCION

El ojo rojo constituye el principal motivo de consulta oftalmológico en la atención primaria, por lo que es necesario que el médico general esté capacitado para tratar sus causas, así como reconocer los criterios de derivación que hagan sospechar un riesgo para la integridad y funcionalidad del globo ocular.

Es importante, tanto en servicios de urgencias como en policlínico de atención primaria, identificar las diferentes causas y síntomas acompañantes del ojo rojo. Dentro de los síntomas acompañantes más importantes destaca el dolor, el cual puede ser causa de urgencias oftalmológicas que requieren de rápida resolución, como lo son el Glaucoma agudo, uveítis, entre otros.

3. MAPA DE RED



4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 4 de 13

Vigencia: 3 años

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías oftalmológica con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con ojo rojo doloroso
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias dichas patologías.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG), Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO).

6. RESPONSABLES

1. RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar y derivar pacientes a atención secundaria, según los criterios de derivación del presente documento.
- Médico Oftalmólogo de UAPO y Policlínico de Oftalmología de Hospital Ernesto Torres Galdames responsable en diagnóstico, resolución quirúrgica y seguimiento de patología.

2. RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico interfase de APS, es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a atención secundaria y terciaria.



PROCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 5 de 13

Vigencia: 3 años

- Médico interfase de nivel secundario, es responsable de evaluar las pertinencias de las derivaciones y vigilar el cumplimiento de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE/HETG.
- Jefe del CAE, responsable de efectuar control y seguimiento de los indicadores, e informar al director, sub director médico del HETG y gestor de red con copia al departamento de planificación y control del SSI

7. POBLACION OBJETIVO

El protocolo va destinado principalmente a paciente de cualquier edad que presente ojo rojo doloroso asociado a algunas de sus complicaciones con indicación quirúrgica, dando principal énfasis en pacientes con factores de riesgo asociados.

8. DEFINICIONES

Se entiende por ojo rojo el conjunto de entidades clínicas caracterizadas por una hiperemia (enrojecimiento) que afecta, en parte o en su totalidad, al segmento anterior del ojo: conjuntiva, córnea, iris y cuerpo ciliar.

El **ojo rojo superficial** es aquel que compromete los fondos de saco conjuntivales, se acompaña de síntomas como sensación de cuerpo extraño conjuntival y sensación de dolor superficial. El ejemplo más típico es la conjuntivitis bacteriana que además tiene secreción ocular.

El **ojo rojo profundo** tiene inyección de vasos periqueráticos, se asocia a síntomas más molestos que el caso de ojo rojo superficial como fotofobia, dolor y a veces disminución de la agudeza visual.



**PROTOCOLO OJO ROJO
DOLOROSO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 6 de 13

Vigencia: 3 años

1.- Ojo Rojo Profundo:

- Dolor Ocular
- Hiperemia Conjuntival de predominio periquerático
- Disminución de la agudeza visual
- Fotofobia
- Lagrimeo

● **Puede ser provocada por:**

- Queratitis infecciosa (úlceras corneales bacteriana, viral, fúngica, parasítica)
- Otras queratitis (sicca, traumática, actínica, bulosa, neurotrófica, etc)
- Glaucoma agudo (Crisis cierre angular agudo)
- Uveítis
- Escleritis.
- Cuerpo Extraño corneal

2.- Ojo Rojo Superficial:

- Hiperemia conjuntival más intensa en los fondos de saco conjuntivales.
- No hay dolor ni disminución de la agudeza visual.
- Puede haber secreciones mucosas, mucopurulenta o purulenta

● **Puede ser provocado por:**

- Conjuntivitis (infecciosa, alérgica, tóxica/irritantes, causas dermatológicas)
- Pinguecula
- Pterigion
- Síndrome de ojo seco
- Blefaritis
- Hemorragia subconjuntival.

3.- Ojo rojo doloroso:

- **Con presión intraocular aumentada: Sospecha primaria de crisis de cierre angular (Glaucoma agudo).**
- **Las otras causas de ojo rojo profundo tienden a presentarse con presión intraocular (PIO) normal, pudiendo, sin embargo, presentar variaciones como en el caso de la uveítis (PIO normal, baja o alta).**



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 7 de 13

Vigencia: 3 años

Diagnósticos diferenciales

Los principales 4 diagnósticos a considerar ante un ojo rojo doloroso son:

- **Queratitis:** Corresponde a la inflamación de la córnea, tiene muchas causas, y su diagnóstico diferencial recae en la evaluación del especialista. El rol del médico general es poder detectar esta condición y derivarla oportunamente, dado el riesgo de compromiso visual. Los síntomas más importantes son ojo rojo periquerático, baja de la agudeza visual, disminución de la transparencia localizada o difusa de la córnea, intensa fotofobia, epífora y blefaroespasmos. Factor de riesgo a consultar siempre es el uso de lentes de contacto!
- **Uveítis:** Se define como la inflamación de la úvea con presencia de células inflamatorias a nivel intraocular. La úvea corresponde a capa pigmentada y vascularizada intermedia del ojo, situada entre la esclerótica y la retina, compuesta por el iris, cuerpo ciliar y coroides.
Según su clasificación anatómica la uveítis puede ser: Anterior, Intermedia, Posterior o Panuveítis. Según su clasificación clínica podrá ser: Infecciosa, No infecciosa (idiopática/autoinmune) o en contexto de Síndromes enmascarados (neoplásicos, no neoplásicos). Podrá cursar de manera aguda, recurrente o crónica.
En general, se manifiesta con ojo rojo periquerático uni o bilateral, dolor ocular, baja de agudeza visual, miosis, discoria pupilar por sinequias iridianas hacia el cristalino (sinequias posteriores) e hipotonía ocular (puede haber PIO normal o elevada).
- **Glaucoma agudo (Crisis de cierre angular):**
El glaucoma es una neuropatía óptica con injurias multifactoriales al sistema visual cuyo daño recae en la glía, células y tejido conectivo de la cabeza del nervio óptico (daño estructural) lo cual conlleva el desarrollo de patrones de disfunción visual característicos (daño funcional). Aunque uno de sus factores de riesgo primarios es la PIO elevada, su presencia o ausencia no juega un rol en la definición de la enfermedad. A modo general, puede clasificarse como de ángulo abierto o estrecho, primario o secundario y congénito.
El glaucoma de ángulo estrecho se caracteriza por el aposicionamiento del iris periférico contra la malla trabecular resultando en obstrucción al flujo del drenaje del humor acuoso. Los mecanismos del cierre angular son multifactoriales siendo el más conocido el bloqueo pupilar.



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 8 de 13

Vigencia: 3 años

Una crisis de cierre angular es una emergencia oftalmológica que el médico general debe reconocer.

Se manifiesta por ojo rojo periquerático generalmente unilateral, asociado a dolor intenso, fotofobia y epifora. La agudeza visual está disminuida, hay opacificación de la córnea y se puede relatar visión de halos con la luz. La pupila generalmente se encuentra en semimidriasis y no responde a la luz. Puede acompañarse de náuseas y vómitos. En atención primaria de contar con los recursos se puede realizar las siguientes acciones en espera de evaluación por especialista:

- Administrar inicialmente una infusión intravenosa de **Manitol 15-20% 1-2 g/kg a pasar en 30-60 minutos** siempre que no existan contraindicaciones.
 - **Acetazolamida 250mg c/6 hrs VO** mientras se traslada paciente (recordar RAM)
 - Instilación tópica colirios hipotensores, como el timolol al 0.5% c/12 hrs y análogos de prostaglandinas (latanoprost 0.005%) c/12 hrs.
- **Escleritis:** Corresponde a la inflamación de la esclerótica del ojo. En casi la mitad de los casos, la escleritis se asocia con un trastorno subyacente autoinmune como la artritis reumatoide, policondritis recidivante, poliangeitis granulomatosa, etc. Los síntomas característicos son ojo rojo, dolor ocular con sensibilidad exquisita a la palpación del globo ocular a través del párpado, epifora, fotofobia, disminución de la visión.

9. DESARROLLO.

Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa * Derivación oportuna a especialista.

Criterios de derivación

- Se derivaran todos los pacientes que presente ojo rojo doloroso.

Exámenes solicitados por el profesional APS previo derivación

- No es indispensable ningún examen complementario para la derivación, pero en caso de contar con los recursos apoyaran a los diagnósticos diferenciales la exploración física con:
 - Toma de Presión intraocular con Tonómetro.
 - Tinción con fluoresceína.



**PROTOCOLO OJO ROJO
DOLOROSO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 9 de 13

Vigencia: 3 años

Documentos emitidos por profesional tratante en APS al médico especialista.

El médico de APS deberá derivar SIC realizada desde el sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o con el formulario oficial de solicitud de interconsultas (SIC) que contenga:

- Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de sala SIC de cada centro de APS.
- Hipótesis diagnóstica.
- Descripción detallada de la lesión, caracterizando tamaño, localización, sintomatología.
- Nombre, RUT, firma, timbre del profesional.

Conducta a seguir por parte del médico especialista:

- Evaluación clínica completa.
- Exámenes complementarios de ser necesarios.
- Plan de tratamiento.
- Seguimiento.
- Trabajo multidisciplinario y derivación a otras especialidades según se requiera.
- Contrarreferencia.

Contrarreferencia y documentos emitidos por el médico especialista tratante desde el nivel secundario a la APS.

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología de carácter maligno.
- 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.

9.6. Tiempos de resolución:

- Primera evaluación: Ojo rojo con signo de alarma: lo antes posible.
- Controles: Lo definirá oftalmólogo según cada caso.
- Alta: Lo definirá oftalmólogo según cada caso.



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

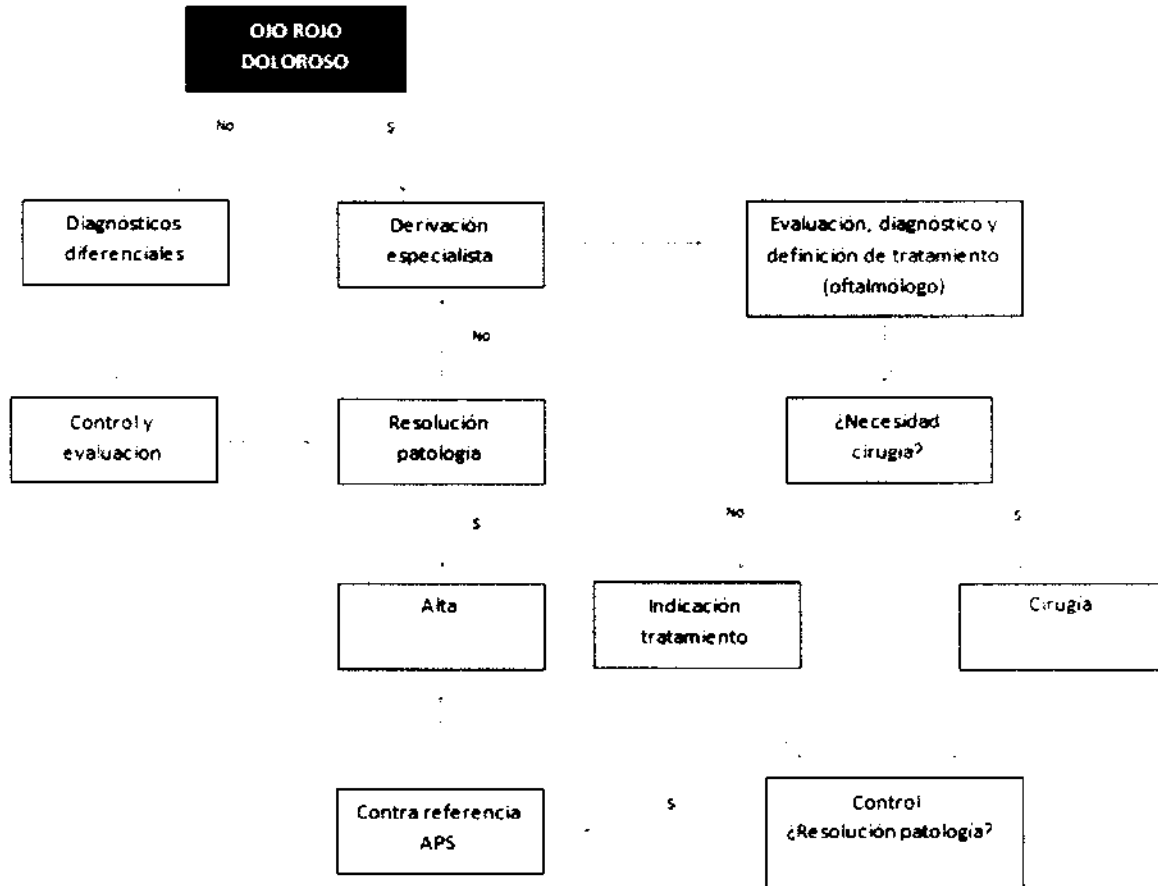
Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 10 de 13

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA



El ojo rojo profundo se debe derivar de urgencia cuando el médico APS encuentre **signos de alarma** además del dolor ocular (que a veces es difícil de precisar):

- Disminución de agudeza visual
- Reflejo pupilares alterados, particularmente si pesquisa semimidriasis arrefléctica
- Presencia de mancha blanca evidente en córnea(obs úlcera infecciosa) particularmente en usuario de lentes de cont acto
- Discoria(pupila en forma de gota en contexto de ojo rojo)
- Dolor ocular bien precisado por el médico



**PROTOKOLO OJO ROJO
DOLOROSO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 11 de 13

Vigencia: 3 años

11. INDICADOR

- Numerador: N° de pacientes con diagnóstico de ojo rojo doloroso tratados contrarreferidos desde el policlinico de oftalmología (UAPO –HETG) a médico APS, que cumplen criterios de derivación establecidos en este protocolo.
- Denominador: N° de pacientes referidos desde médico APS a policlinico de oftalmología (UAPO- HETG) con diagnóstico de ojo rojo doloroso que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo.

12. RESPONSABLES DE EVALUACION

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

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Servicio de Salud Metropolitano Norte, Complejo Hospitalario San José , Unidad de Oftalmología. Protocolo de Referencia Y Contrarreferencia ojo rojo doloroso.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, departamento oftalmología, Diagnóstico diferencial del ojo rojo.
- Servicio de salud viña del mar-quillota, Protocolo de Referencia Y Contrarreferencia ojo rojo.
- www.uptodate.com

14. PLAN DE DIFUSION

- 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 junio 2019.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



PROTOCOLO OJO ROJO DOLOROSO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT- 005

Edición: Primera

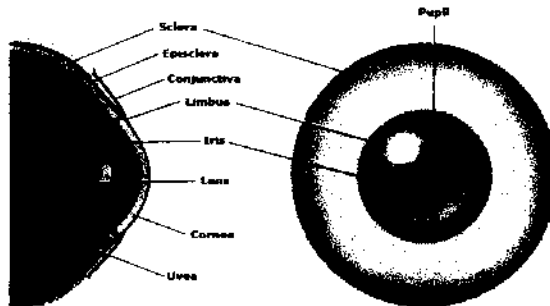
Fecha: Enero 2018

Página: 12 de 13

Vigencia: 3 años

15. ANEXOS

Anatomía esclera y episclera



Glaucoma agudo



Uveítis





**PROTOCOLO OJO ROJO
DOLOROSO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG6 OFT-005

Edición: Primera

Fecha: Enero 2018

Página: 13 de 13

Vigencia: 3 años

Escleritis



Queratitis bacteriana

