

**CRITERIOS PARA DEFINIR SERVICIOS PRIORITARIOS Y URGENCIAS
EN PATOLOGÍA VITREORETINIANA**

Por medio de comunicación telefónica, triage in situ o tele consulta virtual se realizará una evaluación inicial que incluya la descripción de los síntomas oculares y sistémicos, su duración y severidad.

En aquellos pacientes con síntomas sugestivos de patología ocular que ameriten valoración presencial inmediata, se considerará el traslado para ser atendido por el especialista en retina.

Si en la valoración inicial se identifican síntomas sospechosos de infección por COVID-19, u otra patología que ponga en riesgo la vida del paciente, se dará prioridad al estudio y manejo de esta patología y se postergará la valoración y/o cirugía vitreoretiniana, hasta que se determine la estabilidad de su enfermedad sistémica.

- Riesgo alto: Mayor de 65 años, con comorbilidades (complicaciones o enfermedades cardiovasculares [incluye HTA y ACV]), inmunosupresión (uso de corticoides o inmunosupresores), diabetes, más si está esta mal controlada, malnutrición (obesidad, desnutrición), enfermedad hepática, enfermedad renal, fumadores, cáncer, VIH, contacto con positivo.
- Riesgo moderado: Asma moderada a severa, EPOC.

A. MOTIVO DE CONSULTA

La sintomatología, la duración de esta y su severidad, influyen en la agenda o valoración inmediata:

- Disminución súbita de visión
- Metamorfopsia
- Escotoma central reciente
- Fotopsias y miodesopsias
- Dolor ocular en postoperatorio de cirugía vitreoretiniana

1. Protocolo de llegada del paciente

Preguntas a la entrada del centro asistencial que incluyen contacto con positivos, fiebre cuantificada mayor o igual a 38°C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia.

Toma de temperatura. Si el paciente está febril o tiene síntomas respiratorios no será atendido y se remitirá a un hospital general.

2. Protocolo de Consulta

Equipo de protección personal que incluye traje quirúrgico, bata, tapabocas sugerido por las autoridades, guantes, gafas protectoras.

En lo posible se tendrán gotas anestésicas y midriáticos fraccionados en jeringas.

La consulta deberá realizarse de manera corta. Debe haber breve conversación. El paciente deberá usar tapabocas y en lo posible entrar sin el acompañante.

Se tomará agudeza visual. Si los síntomas lo ameritan se puede realizar una prueba de Amsler. La evaluación con lámpara de hendidura se realizará con plástico protector. En lo posible no tomar presión intraocular. El examen de fondo de ojo se realizará bajo dilatación pupilar.

Luego de la atención se procederá a realizar desinfección terminal de los equipos biomédicos y superficies por donde circuló el paciente, lavado de manos y cambio de guantes.

B. EXÁMENES

1. Ecografía (hemorragia vítrea, pérdida súbita de visión, desprendimiento de retina, tumor intraocular)
2. OCT macular (pérdida o disminución de visión reciente)
3. Angiografía (oclusión arterial de la retina)

C. CIRUGIA

1. En general la cirugía debe ser diferida a menos que exista un riesgo claro de pérdida visual irreversible en corto tiempo. El procedimiento se puede realizar con anestesia local controlada o anestesia general.

- Trauma incluyendo ruptura del globo ocular, cuerpo extraño intraocular
- Desprendimiento de retina (escotomas fijos, pérdida súbita de la visión)
- Hemorragia vítrea
- Endoftalmitis (paciente con antecedente de cirugía intraocular reciente menor de 1 mes con signos de alerta)
- Luxación de cristalino / LIO o fragmentos a vítreo asociado a hipertensión ocular
- Desprendimiento coroideo hemorrágico
- Hemorragia submacular
- Retinopatía del prematuro

2. Laser

- Desgarro de retina reciente

3. Inyecciones intravítreas

Al igual que para un procedimiento quirúrgico se deberán extremar las medidas de protección para las inyecciones intravítreas.

En lo posible abstenerse de cambiar de regímenes de tratamiento o que requieren monitoreo frecuente. No realizar cambios de tratamiento (switch) a menos que no haya respuesta.

En pacientes nuevos, mantener la dosis de carga y seleccionar tratamientos de mayor duración. Para DMRE con regímenes o intervalos variables considere reiniciar el último régimen efectivo y usarlo de manera fija para reducir monitoreo o visitas. Para pacientes con edema macular diabético o por oclusiones venosas puede esperarse sin realizar inyección o se puede considerar el uso de implantes de dexametasona si no hay historia de elevación de presión intraocular.



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RETINA Y VÍTREO

Se deberá instruir al paciente para su propio monitoreo con prueba de Amsler y sobre la presencia de síntomas de alarma para ser evaluado.

PROTOCOLO DE LLEGADA A CASA

Al terminar la consulta o el procedimiento quirúrgico se cambiará a su traje de llegada. Al llegar a la casa se retirará el traje y lo colocará en una bolsa plástica para ser llevada a la lavadora. Dejará los zapatos afuera para luego limpiarlos con alcohol y procederá a bañarse.

REFERENCIAS

1. American Society of Retinal Specialists
2. American Academy of Ophthalmology
<https://www.aao.org/headline/alert-important-coronavirus-context>
3. Royal College of Ophthalmologists
4. Guías Fundación Oftalmológica Nacional
5. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology
<https://doi.org/10.1007/s00417-020-04641-8>
6. Sociedad Panamericana de Retina y Vitreo