



Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Trauma Ocular 2017

Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Trauma Ocular” 2017, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.

DICIEMBRE 2017



VERSIÓN COMPLETA de la Trauma Ocular 2017 en:

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA. Trauma Ocular. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de publicación: Diciembre, 2017.

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En personas con heridas penetrantes con compromiso del segmento posterior, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR antibióticos sistémicos en adición a antibióticos intra-vítreos por sobre antibióticos intra-vítreos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El antibiótico de elección es moxifloxacino 400 mg al día oral por 5 días - Moxifloxacino cubre la mayoría de los gérmenes que se identifican en heridas oculares, además su farmacocinética asegura una adecuada concentración intra-vítrea 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>2. En personas con causticación ocular grave, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR Diphoterine por sobre irrigación con solución fisiológica.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanto el diphoterine como la solución fisiológica deberían aplicarse hasta neutralizar el pH. Lo cual habitualmente implica 500 a 1000cc de diphoterine o 3000 a 4000 cc de solución fisiológica. - Las empresas que trabajen con agentes que potencialmente produzcan un daño cáustico por álcali debieran tener un rol activo en proveer diphoterine. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>3. En personas con cuerpo extraño intraocular de alto riesgo, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR vancomicina más ceftazidima intravítreo como procedimiento intraoperatorio por sobre gentamicina más clindamicina intravítreo.</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>4. En personas con fractura de órbita con comunicación a los senos paranasales (por ejemplo: pared medial e inferior), el Ministerio de Salud SUGIERE USAR profilaxis antibiótica con cobertura para gérmenes habituales de la vía área por sobre no usar profilaxis.</p>	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>5. En personas con cuerpo extraño intraocular, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR antibióticos sistémicos profiláctico por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El antibiótico de elección es moxifloxacino 400 mg al día oral por 5 días - Para un adecuado manejo de estos pacientes se sugiere derivar a oftalmólogo en las primeras 24 hrs. - Moxifloxacino cubre la mayoría de los gérmenes que se identifican en heridas oculares, además su farmacocinética asegura una adecuada concentración intra-vítrea. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA

Objetivo General: Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con trauma ocular.

Tipo de pacientes y escenario clínico: Niños y adultos con trauma ocular que consultan en los Servicios de Urgencia del sector público y privado.

Usuarios de la Guía: Todos los profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de personas con trauma ocular: Médicos de servicios de urgencia que atienden pacientes adultos, servicios de urgencia que atienden niños y médicos oftalmólogos.

2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2017](#)

Inicialmente el Panel de Expertos realizó la **Evaluación de la Vigencia de las Recomendaciones de la Guía anterior** de “Trauma Ocular”.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2009](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológico plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante Panel de Expertos se evaluó las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2017](#)

Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)¹. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente para generar las recomendaciones a través del juicio del Panel de Expertos:

Se utilizaron 3 estrategias de **Búsqueda y Síntesis de Evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).
 - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)

¹ Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación
 - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de evidencia de valores y preferencias de los pacientes - Guía 2017](#)
 3. Costos y Evaluaciones de costo efectividad de la intervención versus comparación
 - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de costo-efectividad y costos - Guía 2017](#)

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

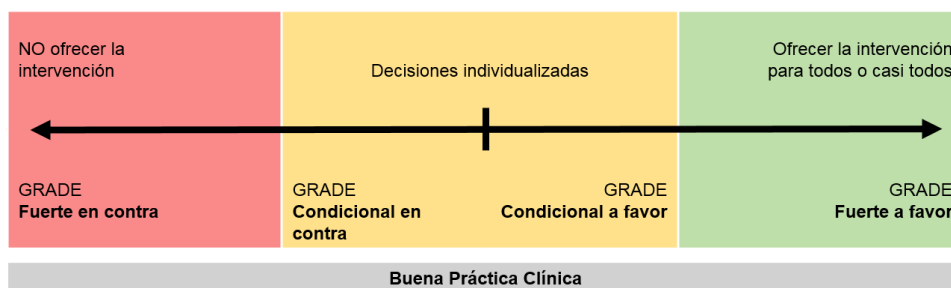
Para mayor detalle consultar Guía de Práctica Clínica [“Trauma Ocular 2017”](#)

3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la evidencia.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en TODOS o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas prácticas clínicas**.

Calidad de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayo controlado aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).