



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

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica Desprendimiento de retina no regmatógeno 2017

**Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático” 2017, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.**

DICIEMBRE 2017



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía Práctica Clínica Desprendimiento de Retina Regmatógeno no Traumático, 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 PRÁCTICA CLÍNICA DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATOGENO NO TRAUMÁTICO. SANTIAGO: MINSAL.

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

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTeza EN LA EVIDENCIA
<p>1. En pacientes con desprendimiento de retina regmatógeno el Ministerio de Salud recomienda usar ecografía ocular en comparación a no realizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es un examen operador dependiente por lo que se requiere un operador capacitado.</i></li> </ul>	FUERTE	MODERADA 
<p>2. En pacientes alto miope, afáquico o pseudofáquico, con síntomas de DVP, con antecedentes de trauma ocular contuso o con antecedentes familiares de desprendimiento de retina, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar examen de fondo de ojo dilatado que incluya retina periférica versus no realizarlo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El examen debe ser realizado por un oftalmólogo entrenado en forma presencial e idealmente un retinólogo si está disponible. El examen además debiera ser repetido previo al acto quirúrgico.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	MUY BAJA 
<p>3. En pacientes de alto riesgo de desprendimiento de retina, que inicien síntomas o noten cambios sustanciales en los síntomas previos, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar una consulta oftalmológica dentro de las primeras 24 horas por sobre una consulta diferida.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Los pacientes de alto riesgo de desprendimiento de retina incluyen: pacientes altos miopes, con antecedentes de desprendimiento de retina (propios o familiares), afáquicos o pseudofáquicos.</i></li> <li>- <i>Los síntomas que debieran alertar sobre un posible desprendimiento de retina son: fotopsias, aumento de las entopsias o pérdida del campo visual.</i></li> <li>- <i>En la actualidad, salvo excepciones, la atención de urgencia es muy limitada para problemas de salud oftalmológicos no traumáticos en los hospitales públicos. Esta limitación dificulta la aplicación de esta recomendación en este momento.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	MUY BAJA 

Continúa

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>4. En pacientes que se operan por desprendimiento de retina, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar gas por sobre silicona.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El uso de rutina de silicona en la cirugía probablemente no genera ningún beneficio en la mayoría de los pacientes y podría traer riesgos significativos. Sin embargo, algunos pacientes de muy alto riesgo de recurrencia pudieran beneficiarse del uso de silicona en vez de gas.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>5. En pacientes mayores de 60 años con o sin cataratas, con un desprendimiento de retina que requiere vitrectomía, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar facoemulsificación en el mismo acto quirúrgico versus realizar una facoemulsificación diferida.</p> <p><i>Comentarios del panel de expertos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pacientes mayores de 60 años con riesgo alto de cataratas en el corto plazo probablemente obtendrán un beneficio mayor de que se le realicen ambos procedimientos simultáneos.</i></li> <li>- <i>La decisión de realizar la facoemulsificación simultánea a la Vitrectomía, va a depender de la complejidad de la patología del paciente y de la disponibilidad de oftalmólogo(s) entrenado(s) en ambos procedimientos.</i></li> <li>- <i>En pacientes en que se opta por realizar en forma diferida la facoemulsificación y la vitrectomía, el tiempo entre los procedimientos varía respecto si los pacientes tienen o no catarata: el tiempo en pacientes con catarata debiera ser breve mientras que en pacientes sin cataratas se podría observar por un tiempo mayor e intervenirlos cuando presenten síntomas.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>MUY BAJA</b></p> 

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Personas con desprendimiento de retina regmatógeno no traumático que reciben atención en el nivel secundario y terciario de salud, en el sector público y privado de salud.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas con desprendimiento de retina regmatógeno no traumático: médicos de atención primaria de salud y de servicios de urgencia, y oftalmólogos del nivel secundario y terciario de atención.

## 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**.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2010](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológicos plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluaron 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)<sup>1</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente 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](#)

---

<sup>1</sup> 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>



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 ensayos controlados 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](#).