Titulo: Protocolo de Referencia y Contrarreferencia en Obstrucción congénita de la vía lagrimal

	Responsable Elaboración	**Revisó**	**Aprobó**
Nombre	Dra. Federica Solanes		
Cargo	Unidad Oftalmologia HRR		
Firma			

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MAPA DE RED
4. REVISION SISTEMATICA DE LA EVIDENCIA CIENTIFICA
5. DEFINICION INTERVENCIONES SANITARIAS
6. PRIORIZACION
7. MANEJO NIVEL SECUNDARIO
8. FLUJO DERIVACION
9. METODOLOGIA DE EVALUACION
10. ESTRATEGIAS DE DIFUSION E IMPLEMENTACION
11. BIBLIOGRAFIA

1. Introducción:

Para la selección del problema de salud a protocolizar, se utilizó una metodología cualitativa de consenso, en específico la Técnica del Grupo Nominal para priorizar patologías por la especialidad. Para esto se realizó un análisis de la Lista de Espera No Ges identificando las sospechas diagnosticas que más se repetían e identificando aquellas que según la relevancia debieran ser vistas en una primera consulta por la Especialidad. Ademas se se les solicito a los médicos de APS a realizar un diagnóstico de las patologías con mayor necesidad de ser resueltas por el nivel secundario de la especialidad.

Esto permitió un intercambio de información de los especialistas y profesionales involucrados en la resolución de las diversas patologías, identificando las patologías a priorizar en la Especialidad de Oftalmología que permitan una mayor resolutividad: **Rojo pupilar, Conjuntivitis del RN y Obstrucción conducto lagrimal.**

2. Objetivos:

Objetivo General: Establecer condiciones de Referencia y Contrarreferencia para resolución de la Conjuntivitis Neonatal y la coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, Nivel Primario, Secundario y Terciario de Atención.

Objetivos específicos:

- Aumentar la resolutividad de las patologías con diagnóstico de la Comjuntivitis Neonatal por parte de la especialidad.
- Optimizar la pertinencia de la derivación de casos desde la APS
- Describir acciones asociadas al tratamiento de la patología en los distintos niveles de atención.

3. Mapa de red.

A continuación se realiza una breve descripción la Red con los responsables de la ejecución del protocolo y que participarán de la resolución del Problema de salud.

3.1 Atención Primaria de Salud

-Médicos: encargados de diagnosticar y emitir solicitud de interconsulta (SIC) para la derivación del paciente a la Unidad de Oftalmología Pediátrica del Hospital Roberto del Rio.

-Del Administrativo: responsable de la digitación de la SIC (mediante plataforma digital local LE-WEB)

-Médico Triador: encargado de evaluar la pertinencia de la SIC utilizando plata forma LE-WEB.

3.2 En el nivel secundario HRR

-Del Administrativo: Distribuir y adjuntar SIC en ficha clínica para control médico.

-Médico Oftalmólogo: Diagnóstico, tratamiento y Contrarreferencia.

- Confirmación diagnóstica de la Patología, solicitar estudios requeridos y evaluación de estos.
- Clasificar grado de complejidad de la patología (ambulatorio u hospitalización).
- Realizar orden de examenes y procedimiento.
- Controlar la realización de exámenes requeridos

-Médico de Unidad de Emergencia: Diagnóstico y Derivación de casos graves a la Especialidad.

3.3 Definiciones

HRR: : Hospital Roberto del Río
APS: Atención Primaria de Salud
LECE: Lista de espera No Ges
RNLE: Repositorio Nacional Lista de Espera No Ges
LE-WEB: Portal Web Lista de Espera No Ges SSMN

4. Revisión sistemática de la evidencia científica:

4.1 Definición Patología

Problema frecuente en pacientes pediátricos (hasta 5-20% de los recién nacidos), siendo hasta un 20% bilaterales. Corresponde a un trastorno del desarrollo del conducto nasolagrimal, el cual se mejora espontáneamente en la mayoría de los casos.[1]

Se resuelve espontáneamente un 50% a 6 meses y un 95% a 12 meses, motivo por el cual su manejo es generalmente conservador.

Sospecha: en todo paciente menor de un año con lagrimeo permanente o intermitente desde el período de recién nacido. Existe una mayor prevalente de de obstrucción de vía lagrimal en pacientes con Sindrome de Down y anomalías craneofaciales

4.2 Fundamentos clínicos de sospecha

Síntomas:

- Lagrimeo y secreción mucopurulenta, permanentes o intermitentes.
- Empeoran en relación a cuadros respiratorios altos.

Signos:

- Salida de secreción al comprimir saco lagrimal
- Aumento del menisco lagrimal
- Test fluoresceína positivo.
- Irritación piel periocular (principalmente canto lateral) por humedad constante
- La córnea debe ser clara, de diámetro normal (menor a 11 mm en un recién nacido y menor a 12 mm a los 12 meses de vida) y no debe haber fotofobia.[1,2]

Evaluación:

- Evaluar a todo lactante con lagrimeo y/o secreción mucopurulenta.

Estudio:

Si bien la mayoría de los paciente lactantes con lagrimeo tienen obstrucción congénita de vía lagrimal, es importante recordar siempre que existen otras causas de dicho síntoma.

Causas de lagrimeo:

- Sobreproducción: asociado a otros síntomas de irritación corneal (ejemplo: glaucoma congénito, erosiones corneales, infecciones corneales, patología palpebral, etc)
- Obstrucción al drenaje:

- **Obstrucción congénita**: inicio en general durante los primeros 2 meses de vida

- **Obstrucción funcional**: inicio en general sobre 4 meses de vida, asociado a patología nasal

- **Otros: estenosis pre-sacular, alteraciones palpebrales**

5. Definición de Intervenciones Sanitarias:

5.1 Manejo Terapéutico En APS

- Masajes saco lagrimal: [1,2]

  - Su objetivo es ejercer presión hidrostática hacia la zona distal del condcuto nasolagrimal y vaciar serceción a través de puntos lagrimales. Se realiza 2 a 3 veces al día por diez segundos seguidos o interrumpudos.

  - Tecnica: Se posiciona el meñique con uña corta sobre el canto medial, a nivel del saco lagrimal. Inicialmente se presiona hacia el reborde orbitario y hacia abajo para favorecer presión hidrostática hacia la zona distal del conducto nasolagrimal. Luego se presiona hacia el reborde y se gira sobre eje del dedo para favorecer salida reversa de material de retención por puntos lagrimales.

- Aseo de secreción con solución fisológica

- Manejo infecciones respiratorias altas que pueden exacerbar síntomas
- Detectar y tratar/derivar complicaciones

  - Conjuntivitis: Se presenta como **ojo rojo y aumento relativo de la frecuencia o cantidad de secreción conjuntival.**

    - Uso de antibióticos tópicos: Colirio oftálmico de Tobramicina 0,3% 1 gota 4 veces al día por 7 días.
    - En caso de 2 episodios mensuales de conjuntivitis por 2 meses sin relación con cuadros infecciosos respiratorios altos derivar a oftalmología.

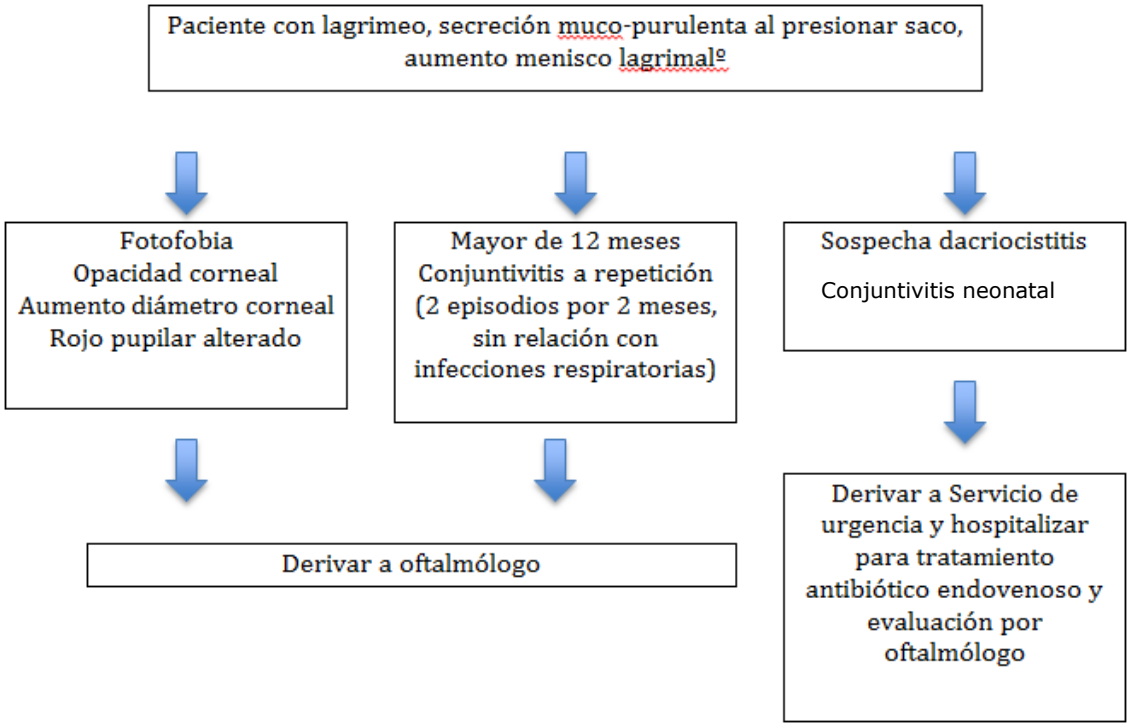
  - Dacriocistitis (frecuencia 7%): **infección e inflamación del saco lagrimal.** Presenta aumento de volumen localizado inmediatamente inferior al canto medial con signos inflamatorios locales y/o sistémicos.

    - Hospitalizar para administración de ntibióticos endovenosos
    - Programar sondaje a las 24- 48 hs (por oftalmólogo)
    - Considerar Evaluación por otorrinolaringología para descartar dacriocistocele o quistes endonasales.

5.2 Criterios de Referencia

• Paciente sintomático a los 12 meses de vida
• Dacriocistitis aguda
• Conjuntivitis a repetición: definida como 2 episodios mensuales en 2 meses consecutivos, no relacionados con infecciones respiratorias altas.
• Lagrimeo asociado a fotofobia, aumento diámetro corneal, rojo pupilar alterado.
Paciente recién nacido con secreción y ojo rojo sospechar conjuntivitis neonatal y derivar a Servicio de Urgencia.

6. Priorización.



7. Manejo a nivel secundario

- Evaluación por oftalmólogo para confirmar o descartar sospecha diagnóstica.
- Tratamiento obstrucción anatómica en mayores de 12 meses: considerar extender período de observación esperando resolución espontánea v/s sondaje vía lagrimal
- Tratamiento obstrucción funcional: Considerar corticoides de superficie por 2 semanas y evaluación por otorrinolaringología buscando patología nasal.
- Tratamiento dacriocistitis: antibióticos endovenosos más sondaje a las 24-72 horas, independiente de la edad del paciente.
- Alta una vez descartado el diagnóstico o tratado el paciente.

8. Flujo derivación

Se describen un flujo desde el punto de vista de los procesos involucrados desde la emisión de la interconsulta hasta la contra referencia y desde el punto de vista del registro de estos (Anexo 1)

8.1 Contra-referencia a nivel primario

Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Mediante este proceso el paciente retorna al establecimiento de origen y se asegura la continuidad del proceso de atención de salud, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento.
La Contra-referencia en esta patología podrá ocurrir en los siguientes momentos:

Primer momento: La respuesta inicial o Retorno Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.

Segundo momento: El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta médica de la patología y ha cumplido según corresponda las etapas de Diagnóstico, Exámenes y Tratamiento de la patología por la cual consultó en el nivel secundario o de acuerdo a las indicaciones del especialista la derivación para continuar con la atención donde se originó la interconsulta.

Situaciones especiales:

Pacientes que se mantienen en control con especialista, deben considerar la contra-referencia con establecimiento de origen asegurando la continua y oportuna información sobre el manejo del paciente, en el marco del Modelo de Atención.

Se debe considerar como Alta de Consulta de Especialidad las citaciones a control que excedan en tiempo a los 12 meses así como también las altas administrativas, consideradas para los casos en que el paciente no se presenta durante tres

citaciones seguidas en un período de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, para lo que debe existir un registro de respaldo.

En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contra-referencia, ésta será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.

8.2 Formatos a utilizar en la Referencia y Contra-referencia

8.2.1 Referencia

Todas las SIC deben ser ingresadas al portal LE-WEB y debe estar completa según normativa vigente (Si el proceso es digital, se debe velar por la interoperabilidad de los sistemas y la migración del 100% de información de la derivación).

Además del conjunto mínimo de datos, se pueden incorporar algunos antecedentes adicionales en el campo sospecha diagnostica como fundamentos del diagnóstico o exámenes.

8.2.2 Contra-referencia

Para la Contra-referencia, se deberá incorporar como mínimo (en formato digital o con letra legible) para su evaluación y seguimiento los siguientes datos:

- **Fecha contra-referencia.**
- **Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.**
- **Datos del establecimiento que contra-refiere.**
- **Datos del establecimiento de referencia.**
- **Confirmación Diagnóstica.**
- **Tratamiento realizado.**
- **Plan o indicaciones para APS (Por ejemplo detalle de dispensación de fármacos si procede).**
- **Motivos de reevaluación en especialidad (si procede).**

- **Datos del médico especialista que contra-refiere: Nombre, Rut y Especialidad.**

La Contra-referencia será enviada mediante el sistema de registro electrónico a los correos Institucionales de la RED de APS o en caso de ser una Contra-referencia Física, será la Unidad de SOME (o la Unidad a que se delegue esta función) responsable de enviarla digitalizada a los correos Institucionales que correspondan. En espera de la solución informática definitiva a través del Módulo SIDRA de Referencia y Contra Referencia, que validará un formato y/o conjunto de datos actualizado para la red.

9. Metodología de evaluación

Se realizará dos evaluaciones de pertinencia de las derivaciones:

Pertinencia previa a atención:

Número de devoluciones y egresos no pertinentes (causal 14) realizadas por referentes gestión de demanda de atención secundaria, médicos triadores de especialidad y especialistas registradas en la Plataforma electrónica de Lista de espera No Ges local “LE-WEB” por patología.

Pertinencia en box de atención:

Número de Interconsultas No Pertinentes en box de especialidad según orientación EAR.

Además se realizaran evaluaciones que den cuenta de la vigencia e implementación de los prtocolos:

Evaluación de vigencia del protocolo:

Se realizara una revisión de los protocolos por medio de la Unidad de Transformación Hospitalaria de la Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Norte una vez al año para determinar necesidad de actualización de estos.

Auditoría de fichas:

Auditorías a fichas clínicas y registros utilizados en la especialidad mediante una pauta de evaluación, que permitan establecer el porcentaje de altas registradas en relación al total de consultas registradas en REM 07 y su concordancia con el registro clínico.

10. Estrategias de Difusión e Implementación.

-Revisión sistemática con Médicos de APS: Se utilizaran reuniones con los médicos triadores de APS que forman parte del Comité Gestión demanda de cada comuna, esto con el fin de que participen en la implementacion de estos protocolos, así como también permitan una mejor difusión de estos.

Talleres Actualización Protocolos Clínicos: Instancias en donde se convoca a médicos de APS para discutir Referencia y contrareferencia de los principales problemas pediátricos de la red, que se utilizaran para discutir estos protocolos, el que ya cuenta fechas y horarios acordados en la red.

-**Reunión Jefes Unidades HRR:** Primeros Lunes de cada mes.

-Publicación compendio resumen de protocolos: Dar un formato simple y grafica para su difusión en los establecimientos de la red.

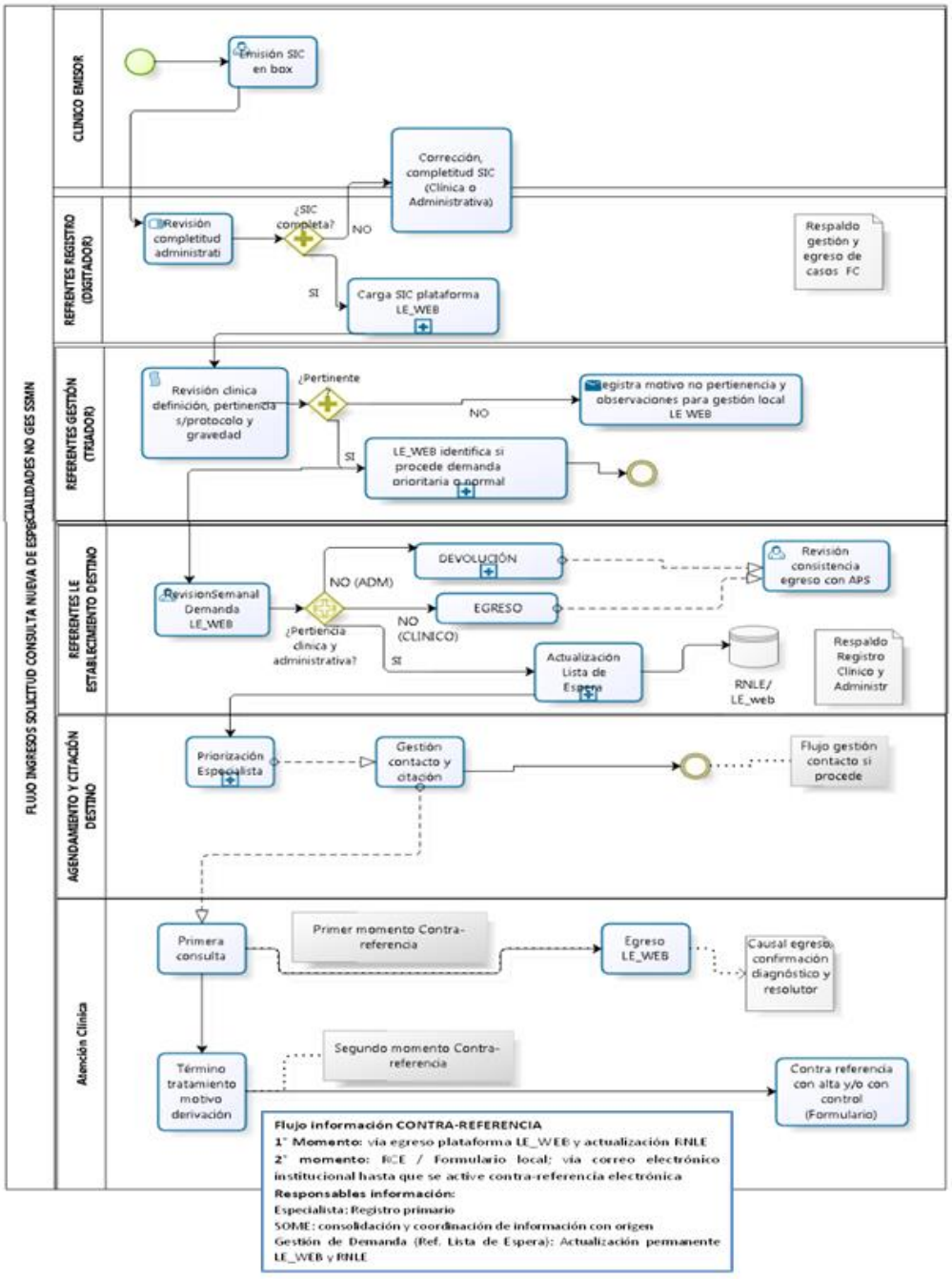
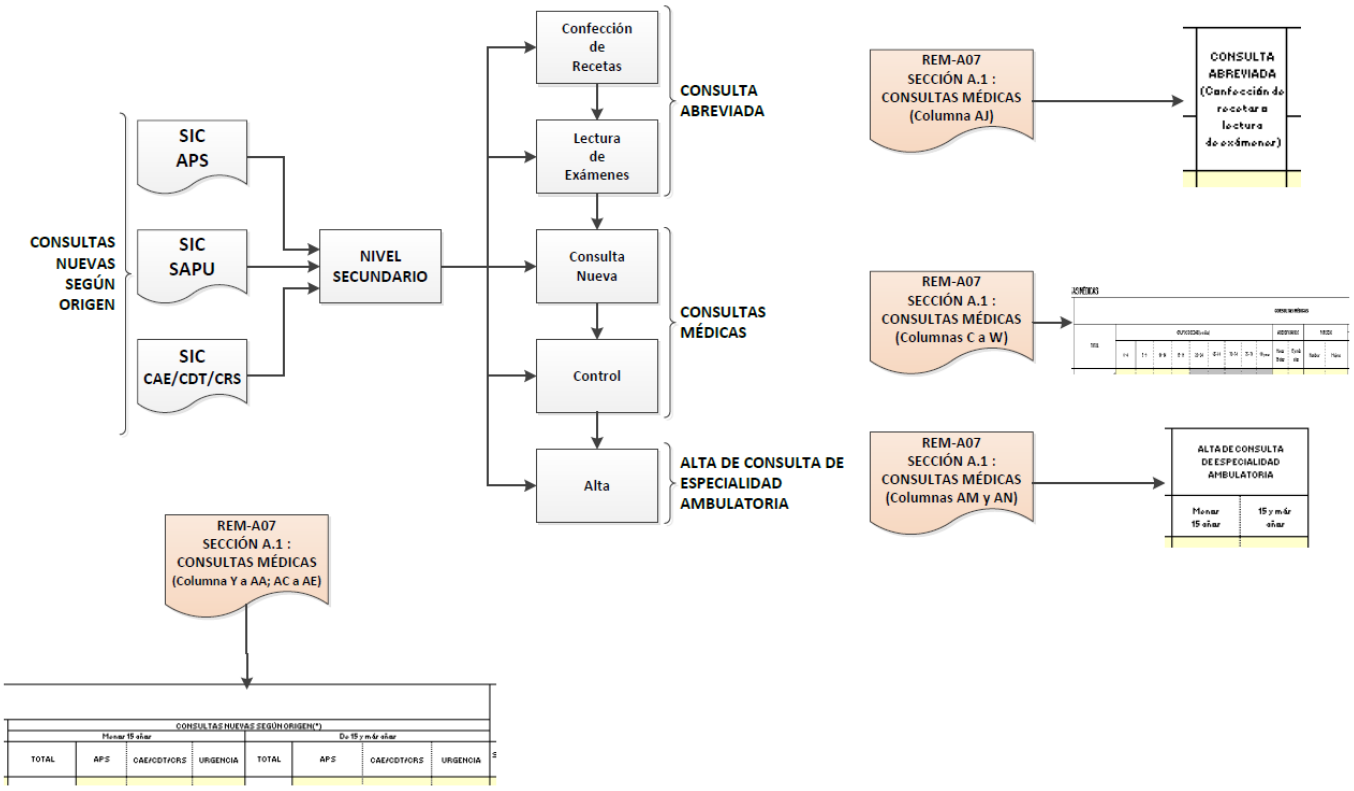
11. Bibliografía:

1. Femida Kherani, MD, James A. Katowitz, MD, Scott M. Goldstein, MD. Update On Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction. Techniques in Ophthalmology 1(2):114–118, 2003

2. Una O'Colmain, MRCOphth, Paul S White, FRACS, FRCS(ED), and Caroline J MacEwen, FRCS, FRCOphth, MD. Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction: Current Thinking and Practice. CML – Ophthalmology 2009;19(3):73–8.

3. Abdolreza Medghalchi1, Mohammad Javad Mohammadi1, Reza Soltani Moghadam1, and Hossein Dalili2. Results of Nasolacrimal Duct Probing in Children between 9-48 Months. Acta Medica Iranica, Vol. 52, No. 7 (2014)

ANEXO 1: FLUJOGRAMA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



FLUJOGRAMA REGISTRO INFORMACION PRODUCCION