

# CARTERA DE SERVICIOS. PROCESOS ASISTENCIALES.

## *CARTERA DE SERVICIOS UGC OFTALMOLOGÍA*

La cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud garantiza prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios de nuestro sistema sanitario público; así, contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible. La cartera de servicios también incluye la oferta que es propia de la sanidad pública de Andalucía y la que se realiza al Sistema Nacional de Salud a través de los Centros, Servicio y Unidades de Referencia.

En concreto, el Servicio de Oftalmología del HUVV presenta la siguiente cartera de servicios:

### **1. Consulta de oftalmología general:**

Consulta centrada en el diagnóstico y tratamiento de ametropías, patología más frecuente de polo anterior, posterior y anejos.

Las exploraciones complementarias usadas habitualmente en esta unidad son:

- Refracción objetiva con autorrefractómetro y refracción subjetiva.
- Campimetría computerizada.
- Tomografía Óptica de Coherencia (OCT).
- Paquimetría corneal.
- Biometría ocular de ultrasonidos.
- Biometría ocular óptica.
- Canalización de la vía lagrimal.

Los tratamientos que incluyen este tipo de consulta son:

- Tratamiento de ametropías,

- Tratamiento médico de la patología más frecuente de polo anterior, posterior y anejos.
- Tratamiento con Láser Yag de patologías como la opacificación de la cápsula posterior o realización de iridotomías profilácticas en caso de cámara anterior con ángulo estrecho.
- Cirugía de patología palpebral ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria de cataratas: Cataratas, en todos sus tipos, asociando la colocación de lentes intraoculares monofocales o monofocales-tóricas. Constituye en sí un Proceso Asistencial que se desarrollará más adelante.

## **1. Unidad de Retina**

Se ocupa del diagnóstico y tratamiento de la patología retiniana, incluido tratamientos médicos y mediante inyecciones intravítreas de la patología que lo precise (degeneración macular asociada a la edad, edema macular, patología diabética, trombótica, etc.)

Exploraciones complementarias específicas: Tomografía Óptica de Coherencia (OCT), Angio OCT, Retinografía, autofluorescencia y angiografía fluoresceínica (AFG).

### Tratamientos médicos:

Degeneración Macular Asociada a la Edad: DMAE, mediante la inyección intravítrea de Anti-VEGF. Hemos iniciado la asistencia a esta patología tan prevalente mediante el denominado Acto Único, mediante el cual el paciente recibe un tratamiento de forma inmediata una vez que éste es indicado.

Terapia Fotodinámica. Retinopatía Diabética: Laserterapia, inyecciones intravítreas de anti-VEGF, inyecciones intravítreas de corticoides.

Tratamiento de otras patologías de la retina: trombosis venosas y otras patologías vasculares mediante laserterapia, inyecciones intravítreas de anti- VEGF, inyecciones intravítreas de corticoides

### Tratamientos quirúrgicos:

Desprendimiento de Retina: Cirugía extraescleral, vitrectomía mecánica 23G y 25G

Vitrectomía por acceso anterior, Vitrectomía posterior de agujero macular, membranas epirretinianas, hemorragias retinianas, retinopatía diabética compleja, endoftalmitis, cuerpos extraños intraoculares, luxación de cristalino a cámara vítrea (espontáneo, traumático, o durante la cirugía de cataratas)

### **1. Unidad de Glaucoma:**

Exploraciones complementarias específicas: Estudio del campo visual mediante Campimetría Computerizada con análisis estadístico de la progresión. Tomografía Óptica de Coherencia (OCT), Angio OCT.

Diagnóstico y tratamiento médico del glaucoma. Tratamiento láser del glaucoma: trabeculoplastia, iridoplastia periférica, iridotomía, suturalisis postquirúrgica, goniopunción.

Cirugía de glaucoma mediante trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante, implantes valvulares (válvula de Ahmed), dispositivos de drenaje (Express) y procesos ciclodestructivos: ciclofotocoagulación con láser diodo.

Actualmente hemos incorporado la Cirugía del Glaucoma por Micro Incisión (Micro Incisión Glaucoma Surgery: MIGS) mediante implante Xen, Preserflo e iStent.

### **1. Unidad de Neuroftalmología y Estrabismo.**

Exploraciones complementarias específicas: Tomografía Óptica de Coherencia (OCT), Angio OCT, Retinografía, campimetría computerizada, autofluorescencia, medición con prismas, ducciones forzadas, tests de contraste, color y estereopsis.

Tratamiento médico de patología neuroftalmológica y estrabológica en niños y adultos. Tratamientos mediante inyecciones de toxina botulínica

Tratamiento quirúrgico: cirugía de estrabismos de adultos con anestesia general y locorregional.

### **1. Unidad de uveítis**

Exploraciones complementarias específicas: campimetría, Tomografía Óptica de Coherencia (OCT), Angio OCT, Retinografía, autofluorescencia, angiografía fluoresceínica (AFG) y angiografía con verde indocianina.

Diagnóstico y tratamiento médico de patología inflamatoria ocular incluido tratamientos mediante inyecciones subtenonianas e intravítreas de la patología que lo precise, y tratamientos médicos sistémicos.

Procedimientos quirúrgicos: Toma de muestras intraoculares. Tratamiento de las complicaciones: cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, edema macular o hemorragias intraoculares.

Hemos desarrollado una consulta multidisciplinar con Medicina Interna donde los pacientes son valorados de forma integral por ambos especialistas

Así mismo, estamos en proceso de desarrollar otra consulta multidisciplinar con Reumatología, para comenzar en Enero del 2022.

También se ha creado una Comisión de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas, para el manejo sistémico y multidisciplinar de los pacientes que precisen de las especialidades anteriores u otras especialidades.

### **1. Unidad de Polo Anterior**

Exploraciones complementarias específicas: Tomografía Óptica de Coherencia (OCT) de polo anterior, Topografía corneal de cara anterior y posterior, refracción y biometría de casos complicados.

Diagnóstico y tratamiento médico de patología de polo anterior incluido tratamientos tópicos y sistémicos.

Tratamiento quirúrgico de la superficie ocular tratamiento de su amplia patología, sobre todo pterigion con autoinjerto, tumores y quistes conjuntivales, implante de membrana amniótica, etc.

Queratoplastias penetrantes.

Queratoplastia no penetrante: SALK: Queratoplastia lamelar superficial (penetrante parcial), DALK: Queratoplastia lamelar profunda, DSAEK: Queratoplastia endotelial, DMEK: Queratoplastia endotelial de membrana de Descemet

Cirugía de queratocono: Crosslinking mediante la aplicación de riboflavina y radiación ultravioleta. implantes de anillos intraestromales y cross linking, además de la queratoplastia anteriormente reflejada.

## **1. Unidad de Oculoplastia**

Diagnóstico y tratamiento de patología de palpebral y de vías lagrimales incluido estudio de permeabilidad de la vía lagrimal y tratamientos tópicos cutáneos.

Tratamiento quirúrgico de las lesiones tumorales palpebrales, alteración de la posición o movimiento de los párpados y alteraciones de las vías lagrimales.

Párpados: Tumores palpebrales, malposiciones palpebrales: Ectropion, entropión, ptosis, síndromes del párpado laxo, triquiasis-distiquiasis, lagoftalmos, retracción palpebral, reconstrucción postraumática o postquirúrgica.

Vías Lagrimales: Obstrucción de la vía lagrimal mediante sondaje, intubación. Obstrucción de la Vía Lagrimal del adulto: por implante de tapones/puntoplastia. Dacriocistorrinostomía externa, dacriocistectomía y conjuntivorrinostomía con Tubo de Jones.

Cavidad anoftálmica: Nanoftalmos y microftalmos, ptisis ocular: Evisceración, enucleación con colocación de implantes orbitarios.

Disponemos de una unidad de órbita médica en el Servicio, donde se tratan Inflammaciones orbitarias, orbitopatía tiroidea, trocleitis, tumores orbitarios. Al no

disponer de servicio de cirugía maxilofacial, neurocirugía y cirugía plástica y reparadora, hay patología quirúrgica de la órbita que nos vemos obligados a derivar a dichos servicios del Hospital Regional.

**1. Apoyo a los distintos servicios del Hospital, haciéndose cargo de contestar a las hojas de interconsulta que se generen.**

**1. Consulta de urgencias oftalmológicas hospitalarias.**

Incluye la atención del paciente con patología oftalmológica urgente, las interconsultas urgentes de planta hospitalarias desde otros servicios y el manejo tanto diagnóstico como terapéutico médico y quirúrgico de dichas patologías.

En general, al tratarse de un hospital sin servicio de Pediatría, la asistencia de patología quirúrgica o médica específica de la infancia, en niños menores de 14 años, es derivada a la Unidad de Oftalmología Pediátrica del Hospital Regional de Málaga, con la cual mantengo una excelente relación.

## ***PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAI)***

### **Cataratas**

En los últimos 30 años, se ha producido un incremento generalizado de la cirugía de cataratas, que ha llegado a convertirse, en la mayoría de los países de nuestro entorno, en el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado.

Existen diferentes factores directamente implicados en este aumento de la tasa de intervenciones quirúrgicas de cataratas. Si bien el incremento de la edad es el factor de incidencia más importante, especialmente a partir de la quinta década de la vida, las mejoras en la tecnología y sobre todo el impacto funcional de la opacificación del cristalino es lo que condiciona los requerimientos individuales del paciente.

Consideramos la secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la opacificación evolutiva del cristalino (catarata), realizadas

en un determinado orden y por unos profesionales de la asistencia sanitaria, que garanticen la continuidad del tratamiento recibido y la calidad de este.

El límite de entrada será la sospecha diagnóstica de catarata (disminución no brusca de la agudeza visual) seguida de su confirmación diagnóstica, siempre y cuando sea ésta susceptible de tratamiento quirúrgico, el paciente acepte la cirugía y no exista impedimento para ello.

El límite final estará establecido en el momento del alta médica tras la cirugía que curse sin complicaciones.

Los límites marginales son:

- La no-confirmación del diagnóstico de catarata.
- Que la catarata no sea susceptible de cirugía.
- Que el paciente no acepte la intervención quirúrgica.
- La aparición de complicaciones quirúrgicas que requieran una asistencia específica y personalizada

La calidad en el proceso catarata viene dada no sólo por el adecuado cumplimiento de los estándares de calidad establecidos sino además por realización de pruebas preoperatorias en un solo día y el cumplimiento de lista de espera quirúrgica menor a 120 días.

Idealmente el paciente debería conocer a su cirujano, sentirse cómodo en las instalaciones, ser informado adecuadamente y dentro de las posibilidades ser intervenido mediante cirugía mayor ambulatoria.

Para establecer la indicación quirúrgica de la catarata es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Opacidad del cristalino.

2. Disminución significativa de la función visual, imputable, total o parcialmente al cristalino opaco. El PAI cataratas establece la indicación de 0.4 o menor

3. Repercusión sobre la actividad de la vida diaria

Desde hace años realizamos un gran número de procedimientos mediante cirugía tópica de cataratas con menores molestias. La cirugía tópica ha evolucionado de tal manera que el paciente es dado de alta en dos horas tras el procedimiento. Se intervienen ocho cataratas por sesión quirúrgica en nuestro servicio.

Entre los indicadores de Calidad del proceso están:

- Porcentaje de intervenciones suspendidas por descompensación de patologías sistémicas cómo HTA, diabetes, cardiopatías... por no haber tomado medicación habitual, alteración de la coagulación por no haber modificado tratamiento anticoagulante, nivel de ansiedad que contraíndique la intervención.

- Complicaciones debidas a un mal seguimiento de las recomendaciones post-operatorias: Infección de herida quirúrgica, rotura de sutura, dislocación de la lente, etc.

- Sorpresas refractivas, por medida incorrecta de la lente intraocular.

- Satisfacción global con la visión (antes y después de la cirugía).

- Agudeza visual igual o superior a 0.5 en pacientes con cataratas sin comorbilidad asociada o agudeza visual igual o superior a la esperada según edad y comorbilidad asociada. Es un importante indicador de calidad.

- Complicaciones intraoperatorias.

- Complicaciones postoperatorias

## Diabetes

La retinopatía diabética (RD) es una complicación importante tanto en la diabetes mellitus tipo 1 como la diabetes mellitus tipo 2. Es la segunda causa de



ceguera en España en términos generales y la primera en edad laboral. Se han descrito cifras de prevalencia de RD muy variables, desde el 15 al 50% de la población diabética total, e incluso cifras superiores. Esta variabilidad puede explicarse por las diferencias existentes en el tiempo de evolución de la diabetes en la población incluida en los distintos estudios.

La prevención de la retinopatía diabética se basa en el control de sus factores de riesgo, fundamentalmente la hiperglucemia y la hipertensión arterial.

Cribado: A los pacientes sin RD conocida se les realizará una exploración periódica del fondo de ojo para el cribado de la RD, según los siguientes criterios:

1. Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, desde su diagnóstico
2. Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 mayores de 15 años y con más de 5 años de evolución de la diabetes
3. Mujeres con diabetes que decidan hacer programación de embarazo

El cribado ha mejorado desde la instauración del programa de detección precoz de la retinopatía diabética mediante retinografía digital no midriática, iniciado en atención primaria, recomendándose la retinografía digital como método de elección. Una vez realizado se remite al Hospital de referencia donde damos salida en menos de una semana a las retinografías enviadas telemáticamente mediante el programa PIDMA. Antes de la retinografía se practicará midriasis con tropicamida excepto en pacientes con antecedentes de glaucoma agudo.

El objetivo general de esta estrategia es reducir la disminución de la agudeza visual y la incidencia de ceguera en las personas con diabetes.

Para la valoración de la retinografía debería usarse la escala ETDRS:

Las retinografías con cualquier grado de RD, excepto la RD leve, o con otros hallazgos potencialmente patológicos se transferirán al segundo nivel de cribado (Servicio de Oftalmología. Hospital Civil) para su valoración.

Los pacientes con retinografía normal se reincorporarán al circuito de cribado, y se les practicará una nueva retinografía a los tres años como mínimo, o a los dos años si existen factores de riesgo de RD (HbA1c >8%, nefropatía, HTA, diabetes de más de 10 años de evolución).

El personal médico del segundo nivel de cribado (oftalmología) valorará las retinografías transferidas y las reclasificará según la escala ETDRS:

Los pacientes con cualquier grado de RD, excepto la RD leve, se citarán a consultas de oftalmología para confirmación diagnóstica y tratamiento

Los pacientes con RD leve o sin RD se reincorporarán al circuito de cribado

Si se encuentra retinopatía diabética mayor que leve (por retinografía o exploración de fondo de ojo) se realizará exploración oftalmológica que incluya medida de agudeza visual, tensión ocular y biomicroscopía de polo anterior y posterior.

Cuando se requiera, la panfotocoagulación se realizará antes de 2 meses en la RD proliferativa y antes de 4 meses en la RD no proliferativa severa y muy severa

En los casos donde se encuentre un hemovítreo que impida ver el fondo de ojo debería programarse vitrectomía si no ha cedido en tres meses desde su diagnóstico.

El tiempo medio de visionado de las retinografías hechas en nuestro Servicio es entre una semana y diez días. Cuando se presenta un caso de retinopatía severa, muy severa o proliferativa el paciente es citado en un plazo máximo de cinco días.