

14 de Abril de 2020

## GUÍA PARA DEFINIR SERVICIOS PRIORITARIOS Y URGENCIAS EN PATOLOGÍA DE GLAUCOMA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID19

Mediante comunicación telefónica o teleorientación virtual, se realizará una evaluación inicial que incluya la descripción de los síntomas oculares y sistémicos, su duración y severidad y/o revisión de historia clínica previa (si la tiene) para valorar la estabilidad del cuadro y tratamiento instaurado. Para esto, se entrenará al personal encargado de la programación de citas en la institución, que estará en contacto permanente con el especialista.

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 glaucoma.

Si en el triage se identifican síntomas sospechosos de infección por COVID19 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 hasta que se determine la estabilidad de su enfermedad sistémica.

### A. MOTIVO DE CONSULTA

La sintomatología del paciente, el tiempo de evolución y su severidad, influyen en la necesidad de valoración inmediata:

#### Urgencias:

- Disminución súbita de visión.
- Disminución progresiva de la visión en el transcurso de horas o días.
- Dolor ocular acompañado de ojo rojo y alteraciones visuales.
- Secreción ocular acompañada de ojo rojo y dolor, con antecedente de cirugía de glaucoma previa.

Son causas de consulta presencial :

<b>Especialidad</b>	<b>Riesgo alto</b> (Consulta presencial)	<b>Riesgo bajo</b> Consulta reprogramada para más de 6 meses
<b>Glaucoma</b>		
<b>Nuevos</b>	Urgencias referidas con PIO > 38 mmHg Urgencias referidas con uveítis o GIV Glaucoma agudo por cierre del ángulo	Triaje paciente por paciente
<b>Revisiones</b>	Alto riesgo de pérdida visual evitable dentro de 2 meses - tras revisión de historia clínica Post-op pacientes con cirugías (trabeculectomías, válvulas...) Pacientes que habían sido programados para revisión en menos de un mes	Primero comprobar monitorización estable de los síntomas y signos clínicos Si revisión programada para 3-6 meses, posponer 4 meses. Si revisión programada para 6 meses o más, posponer otros 6 meses. Si revisión para < 3 meses, identificar pacientes de alto riesgo para consulta física
<b>Cirugía</b>	PIO elevada no controlada con tratamiento médico y riesgo de pérdida rápida de visión Glaucoma de ángulo estrecho o cerrado con PIO no controlada	Retrasar la cirugía puede conducir a pérdida de visión en algunos. Por ello un consultor revisará y estratificará caso por caso antes de la fase de recuperación de la pandemia Diferir cirugía de catarata para 6 meses

Adaptado de “Recomendaciones para la atención a pacientes oftalmológicos en relación con la emergencia COVID 19, Guía de Sociedades Científicas de España”.

- Controles postoperatorios de intervenciones prioritarias hasta que se demuestre estabilidad y a criterio del especialista.
- Remisiones de otros especialistas como prioritarios, ya sea por complicación post operatoria o por descompensación aguda.

#### **1. Protocolo de llegada a la institución:**

##### Paciente:

Todos los pacientes y acompañantes deben permanecer siempre con mascarilla y al registrarse se les realizará una serie de preguntas por parte del personal entrenado para dicho fin, que incluyen:

1. Antecedente de contacto con personas positivas para Covid 19
2. Fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C
3. Tos o dificultad respiratoria
4. Odinofagia, pérdida del gusto y/o el olfato
5. Secreción nasal
6. Diarrea, vómito
7. Cefalea
8. Mialgias, fatiga/adinamia
9. Conjuntivitis

Se tomará la temperatura a todos los pacientes, preferiblemente con técnica de no contacto o en su defecto con termómetro digital. Ésta toma se podrá realizar por el personal de apoyo al entrar a la institución o en el consultorio. Si el paciente está febril o tiene síntomas respiratorios, no será examinado en la lámpara de hendidura y se remitirá a un hospital general. Estos pacientes podrán ser formulados en consideración a los síntomas y apariencia externa del ojo sin revisión en la lámpara de hendidura, mientras se soluciona su cuadro respiratorio.

Si el paciente requiere cirugía ya sea por trauma o patología aguda, ésta no se podrá realizar hasta definir su diagnóstico médico.

### Médico:

Debe existir un lugar destinado a que el especialista pueda cambiarse de ropa antes de iniciar consulta y después de terminarla. Ahí podrá dejar su ropa de calle.

Se debe contar con equipo de protección personal completo, que incluye: traje quirúrgico de tela antilíquido (Pijama de Mayo), bata quirúrgica desechable o de un solo uso, tapabocas N95 o su equivalente, guantes desechables (que deben ser cambiados después de cada paciente), gafas protectoras, polainas y gorro quirúrgico. Todos los pacientes deben tratarse como portadores asintomáticos.

En la medida de lo posible se deben dejar celulares y objetos personales como llaves, billetera etc. en un locker o en una bolsa ziploc.

## ***2. Protocolo en sala de espera:***

Los pacientes se citarán de forma escalonada dependiendo del área disponible en sala de espera, donde deberán mantener una distancia mínima de 1.5 metros entre pacientes y siempre usar tapabocas. Deberán además, realizar higiene de manos periódica con gel anti bacterial que contenga alcohol al 70% ó jabón

El personal administrativo que se encuentre en esta área también debe estar debidamente protegido con tapabocas y realizar higiene de manos periódica con gel anti bacterial que contenga alcohol al 70% ó

jabón. Deben conservar también una distancia mínima de 1,5 metros que cumpla con la medida de distanciamiento social.

### **3. Protocolo de consulta:**

Se deberá tener especial cuidado con la aplicación de gotas en el consultorio, entre cada paciente se debe limpiar el frasco con solución de hipoclorito, alcohol al 70% o cloruro de amonio cuaternario. De ser posible, se deberán fraccionar las gotas en jeringas desechables de insulina para ser usadas de forma separada en cada paciente.

La consulta deberá realizarse de manera corta y debe haber poca conversación. Durante el examen en la lámpara de hendidura no se permite hablar. El paciente deberá usar tapabocas bien ajustado y en lo posible entrar sin acompañante al consultorio.

Se implementará un protocolo de desinfección de escritorio, silla del paciente, lámpara de hendidura, foropter y cualquier otro mueble o equipo con el que el paciente haya tenido contacto. Esto se realizará entre paciente y paciente con aplicación de solución de amonio cuaternario, alcohol al 70% o solución de hipoclorito.

El aire acondicionado deberá estar encendido y en lo posible abrir las ventanas o puertas para mejorar la circulación del aire.

Durante el examen, la toma de agudeza visual se hará normalmente pero llevando el paciente de una vez a los optotipos pequeños con el fin de minimizar el tiempo de habla del paciente.

La evaluación con lámpara de hendidura se realizará con plástico o acrílico protector bien ajustado y sellado, minimizando el tiempo de examen y dirigido específicamente a la patología que estamos sospechando.

Si el examen no lo sugiere, no tomar presión intraocular y si hay que hacerlo, usar preferiblemente tonómetros Goldmann o iCare, desinfectando las puntas después de cada uso con alcohol al 70%. No se recomienda realizar tonometría de aire por la posible dispersión de microgotas que puede producir.

Se debe limitar la gonioscopia a pacientes muy seleccionados a criterio médico y solo realizarla si es estrictamente necesario.

En todo momento la comunicación debe ser corta y clara con el fin de disminuir el riesgo de esparcir fómites durante el habla, tanto por parte del médico como del paciente.

En caso de presentarse un estornudo o tos por parte del médico o del paciente, se debe interrumpir la consulta, salir del consultorio y repetir el procedimiento de aseo y esterilización.

#### 4. Protocolo de llegada a casa:

Al terminar la consulta o el procedimiento quirúrgico, el especialista se cambiará a su traje de llegada en el lugar destinado para tal fin. Al llegar a su casa se retirará el traje en un lugar cercano a la entrada y lo depositará en una bolsa plástica para ser llevado a la lavadora. Dejará los zapatos afuera de su casa para luego limpiarlos con alcohol y procederá a bañarse.

### B. CRITERIOS PARA DEFINIR EXÁMENES PRIORITARIOS EN PACIENTES CON GLAUCOMA O SOSPECHA DE GLAUCOMA

- **Ecografía Ocular:** Paciente con pérdida súbita de visión, sospecha de hemorragia vítrea, desprendimiento de retina, endoftalmitis-blebitis. Pacientes con pérdida acelerada de visión: Neuritis óptica.
- **Biometría Ocular:** en caso de necesitar realizar facoemulsificación urgente por glaucoma facomórfico y/o glaucoma agudo, glaucoma facolítico, etc. La cirugía de catarata electiva esta desaconsejada.
- **Recuento endotelial:** por alto riesgo de descompensación corneal.
- Las campimetrías, tomografías y paquimetrías podrán diferirse.

### C. CIRUGÍA

En general la cirugía debe ser diferida a menos que exista un riesgo claro de pérdida visual irreversible en corto tiempo. El procedimiento se debe realizar con anestesia local controlada y debe evitarse en la medida de lo posible la anestesia general por la liberación de aerosoles.

Las **indicaciones de cirugía en Glaucoma** serán las siguientes:

- Evidencia de aumento de la presión intraocular, que no pueda controlarse con medicamentos y/o laser (Glaucoma agudo, glaucoma neovascular, ojo ciego doloroso por PIO elevada, glaucoma crónico descompensado).
- Alto riesgo de pérdida visual (Glaucomas avanzados con PIO fuera de metas, glaucoma agudo de ángulo estrecho).

El tipo de procedimiento quirúrgico en estos casos se elegirá según el criterio del oftalmólogo tratante y según el cuadro clínico de cada paciente.

Implantes Valvulares	Glaucoma rápidamente progresivo o catastrófico.
Trabeculectomía con antimetabolito	PIO no controlada en glaucoma primario o secundario que amenaza la visión

Procedimientos urgentes tras cirugía de glaucoma:

*Revisión o extracción de implantes valvulares:*

1. Contacto endotelial del tubo valvular
2. Endoftalmitis
3. Exposición del tubo o cuerpo valvular
4. Iritis producida por mal posición del tubo valvular
5. Tubo que se desplaza al eje visual o se retrae.
6. Dehiscencia de suturas
7. Quiste de tenon con PIO fuera de metas
8. Lavado de cámara anterior si hemorragia iridiana no cede con manejo médico (Glaucoma neovascular)

*Revisión de ampollas post trabeculectomía y procedimientos asociados inaplazables:*

1. Suturolysis con laser si PIO fuera de metas
2. Needling con o sin citostáticos si tras suturolysis completa PIO fuera de metas

3. Suturas compresivas o resutura escleral o conjuntival en presencia de hipotonía o seidel
4. Resección de ampolla blebítica

#### **D. LASER**

##### **- Iridotomía Yag Laser y/o Iridoplastia Laser Argón**

Para glaucoma agudo por cierre angular sin control clínico con riesgo potencial de pérdida visual.

##### **- Trabeculoplastia Laser Selectiva (SLT)**

Glaucomas de ángulo abierto con presiones intraoculares elevadas, sin respuesta a medicación máxima tolerada y riesgo potencial de pérdida visual (mecanismo primario o secundario)

##### **- Laser Transecleral Micropulsado**

Glaucomas de ángulos abierto o por cierre angular con presiones intraoculares elevadas refractarios a tratamiento médico y/o quirúrgico donde se pueda afectar la calidad de vida y exista riesgo potencial de pérdida visual.

##### **- Laser Transescleral Continuo con laser de Diodo**

Glaucomas terminales u ojos ciegos dolorosos.

#### **REFERENCIAS**

1. American Academy of Ophthalmology
2. Recomendaciones para la atención a pacientes oftalmológicos en relación con la emergencia COVID 19, Guía Sociedades Científicas de España.
3. Eyewiki.org
4. Royal College of Ophthalmologists
5. Guías Fundación Oftalmológica Nacional