



Bogotá, 3 de mayo de 2023

Señores

## **DECISIONES ACERTADAS**

Atn: Dra. Ana Maria Buitrago

Ciudad

Respetados señores: reciban un cordial saludo de la Sociedad Colombiana de Oftalmología.

Dando alcance a nuestra participación en el Proyecto de Decisiones Acertadas, nos permitimos compartirles la siguiente Información:

### **CONFORMACION DE LA COMISIÓN**

Dra. Luz Marina Melo

Dr. Alberto Castro

Dr. Carlos Medina

### **CRITERIOS QUE SE TUVIERON EN CUENTA PARA EL DESARROLLO DEL EJERCICIO:**

1- El impacto en la comunidad de Oftalmólogos y pacientes según el número estimado de casos. Si una recomendación aplica para unos pocos casos, puede ser muy importante, pero el impacto de diseminar la recomendación va a ser pequeño.

2- El efecto de la recomendación. Si representa un cambio importante en la práctica que le produzca un beneficio considerable al paciente para el cual se aplica.

Basados en estos criterios y en las recomendaciones de los Jefes de Subespecialidades de la Sociedad Colombiana de Oftalmología, se escogieron las siguientes **5 propuestas DE NO HACER en la práctica oftalmológica:**

**Junta Directiva**  
**2023 - 2024**

**Carlos Augusto Medina**  
Presidente 2023-2024

**Alberto Castro Zawadzki** |Vicepresidente  
**Martha Catalina Ortiz** |Secretaria Ejecutiva  
**Adriana Andrea Solano** |Tesorera  
**Luz Marina Melo** |Fiscal  
**Jennifer Numa** |Vocal Capital

**Juan Carlos Gil** |Vocal Noroccidente  
**César Atencia Niño** |Vocal Costa Atlántica y Archipiélago  
**Carlos Mario Rangel** |Vocal Oriente  
**Carolina Alarcón** |Vocal Suroccidente y Eje Cafetero  
**César Carriazo** |Presidente Electo 2025 - 2026



## CINCO COSAS QUE LOS PACIENTES Y LOS MÉDICOS DEBEN TENER EN CUENTA EN LA PRÁCTICA OFTALMOLÓGICA

### PROPUESTA No. 1

No dar cita rutinaria anual por Oftalmología u optometría, al paciente que fue evaluado por estas áreas y se encontró que tiene buena visión, sus gafas están en buen estado y se siente cómodo con ellas.

#### DESCRIPCION:

En la edad pediátrica los pacientes deben ser examinados en los primeros tres meses de nacidos y luego se recomienda chequeo Oftalmológico anual hasta los 12 años. De allí en adelante las revisiones pueden ser cada 5 años hasta los 50 aprovechando las consultas para educar a los pacientes a detectar los síntomas más importantes e instruirlos para que consulten rápido en caso de presentarlos. Después de los 50 es recomendable hacer revisión anual, especialmente si hay historia familiar de glaucoma, o diagnóstico de diabetes. No se recomienda que Oftalmólogos u Optómetras, le sugieran a todos los pacientes en todas las edades, que tienen que acudir a chequeo anual. Esto congestiona innecesariamente el sistema y limita el acceso a pacientes que pueden tener patologías serias que requieran atención.

### PROPUESTA No. 2

No impulsar la cirugía refractiva, sea con Lasik o facorefractiva, creando expectativas muy altas de visión perfecta, especialmente en menores de 18 años.

#### DESCRIPCION:

El afán de hacer cirugía no debe llevar al oftalmólogo a recomendar una cirugía (que es opcional) como una necesidad y se debe informar de riesgos y limitaciones según cada caso específico. "Vender" cirugía refractiva con mucho entusiasmo, puede generar frustraciones que terminan desacreditando un procedimiento, que está muy diseminado y puede ser muy valioso para muchos pacientes.



El Lasik no debe hacerse en menores de 18 años, a menos que haya una anisometropía muy marcada, sobre todo si no se puede tratar adecuadamente para prevenir ambliopía.

## PROPUESTA No. 3

No hacer iridectomía periférica basado sólo en un parámetro como la observación de la cámara anterior, el ángulo, la UBM o la escala de Van Herick.

## DESCRIPCION:

La gonioscopia y el juicio del riesgo de cierre angular se deben acompañar de alguno de los siguientes elementos para tomar una decisión de iridectomía periférica:

- Evidencia gonioscopia de episodios de cierre angular (pigmento anterior al espolón).
- Sinequias periféricas anteriores construyendo el trabéculo.
- Cámara anterior central menor de 2mm.
- Índice de Van Herick menor de 2 (ángulo menor de 20 grados).
- Historia de dolor ocular recurrente.
- Historia familiar de ángulo estrecho.
- Historia de glaucoma agudo de ángulo estrecho en el otro ojo.
- UBM u OCT que demuestren ángulo estrecho.
- Edad mayor de 50 años.
- Hipermetropía mayor de 3 dioptrías.
- Evidencia de cierre gonioscópico del ángulo o elevación de la presión, con la dilatación.

El costo beneficio debe juzgarse con la evidencia de que el glaucoma agudo con la IP en ángulo estrecho se reduce de 1.1 A 0.22/1000

Ref: The ZhongShan Angle prevention trial. Friedman et al. Ophthalmology, Nov- Dec 2022



## PROPUESTA No. 4

No establecer rutinas fijas en el tratamiento intravítreo de membranas neovasculares, como inyecciones mensuales, OCT en cada control, antibióticos tópicos con cada inyección.

### DESCRIPCION:

El tratamiento con medicamentos intravítreos para la membrana neovascular coroidea macular, debe ajustarse a la condición específica de cada paciente y la respuesta al tratamiento previo. Debe solicitarse OCT solo cuando se considere que es necesario para el diagnóstico del estado de actividad de la membrana. Debe ordenarse inyección solo cuando se juzgue que esta va a producir un beneficio o prevenir un deterioro. Está demostrado que no son necesarias las gotas de antibióticos antes o después de las inyecciones, ya que aumentan el riesgo de endoftalmitis y le agregan un costo innecesario al procedimiento.

## PROPUESTA No. 5

No debe solicitarse ecografía de rutina por moscas volantes o preoperatorio de cirugía de catarata.

### DESCRIPCION:

El diagnóstico de desgarros retíneos puede hacerse en consultorio en un alto porcentaje de los casos. El oftalmólogo debe valorar la presencia de células pigmentarias (polvo de tabaco) o rojas (hemorragia) en el vítreo y espacio retrohialoideo, así como la línea circunferencial hemorrágica en la base del vítreo inferior. Si están presentes estos hallazgos debe hacer una búsqueda exhaustiva de un desgarro en retina periférica, usualmente superior, ya que de hallarlo, el tratamiento a tiempo con láser, previene un desprendimiento de retina. Este examen debe hacerse en consultorio con oftalmoscopia indirecta o lámpara de hendidura. Si el oftalmólogo no está seguro de su examen, debe remitir urgente a retinólogo.

La valoración preoperatoria de una cirugía de catarata debe incluir el examen de fondo con pupila dilatada.





La ecografía está indicada solo:

Si hay opacidad de medios que impiden hacer un examen completo de la retina.

Si la pupila no dilata o el paciente no colabora para hacer un examen completo de la retina.

Cuando no hay correlación entre agudeza visual y el examen de macula, tiene más utilidad, ordenar un OCT.

La orden de ecografía debe explicar que es lo que se busca y la razón por la que no se pudo hacer un buen examen.

## Junta Directiva 2023 - 2024

**Carlos Augusto Medina**  
Presidente 2023-2024

**Alberto Castro Zawadzki** |Vicepresidente  
**Martha Catalina Ortiz** |Secretaria Ejecutiva  
**Adriana Andrea Solano** |Tesorera  
**Luz Marina Melo** |Fiscal  
**Jennifer Numa** |Vocal Capital

**Juan Carlos Gil** |Vocal Noroccidente  
**César Atencia Niño** |Vocal Costa Atlántica y Archipiélago  
**Carlos Mario Rangel** |Vocal Oriente  
**Carolina Alarcón** |Vocal Suroccidente y Eje Cafetero  
**César Carriazo** |Presidente Electo 2025 - 2026