

NORMAS DE PROCEDIMIENTOS EN OFTALMOLOGIA INFANTIL :

NIVEL 1 : ATENCION OCULAR PRIMARIA A CARGO DEL MEDICO GENERAL O PEDIATRA

NIVEL 2 : ATENCION OCULAR A CARGO DEL MEDICO OFTALMOLOGO

NIVEL 3 : ATENCION OCULAR A CARGO DEL OFTALMOPEDIATRA

NIVEL 1 : ATENCION OCULAR PRIMARIA A CARGO DEL MEDICO GENERAL O PEDIATRA

EXAMEN OCULAR

A todo niño recién nacido, se le debe practicar un examen ocular como parte del examen físico de rutina.

Para el examen de los ojos, se requiere una linterna y una lupa común.

En períodos de vigilia, hay que asegurarse el aspecto normal y simétrico de los párpados y de los globos oculares.

Debe efectuarse en forma ordenada: párpados, conjuntiva, córnea, iris, pupila y cristalino, en cada uno de los ojos y compararlos.

Los párpados se examinan tratando de ver si hay deformidades ó lesiones en sus bordes, si las pestañas tocan la córnea ó si hay inflamación, pérdida de sustancia ó tumores.

Deberá evertirse el párpado superior, sobre todo cuando se sospecha la presencia de un cuerpo extraño(ojo rojo, lagrimeo, molestias a la luz y dolor).

La conjuntiva se examina en busca de enrojecimiento, secreción, cambios de color u otras lesiones.

La córnea se observa directamente y con la ayuda de una lupa, para examinar las estructuras con mayor detalle ; su superficie debe ser lisa, brillante, uniforme y totalmente transparente, de manera que permita ver a su través el iris que deberá estar uniformemente coloreado, sin tumores y sin falta de porciones.

Normalmente la pupila es de color negro, forma redonda y de igual tamaño en ambos ojos. Si se la ilumina con la luz de una linterna, su tamaño debe disminuir.

Si la pupila conserva su color negro se puede considerar que el cristalino también es normal.

El aparato lagrimal está permeable cuando la conjuntiva y la córnea se observan húmedas y no hay acúmulos de lágrimas ni lagrimeo.El alineamiento de los ojos se examina proyectando la luz de la linterna hacia los ojos del niño a una distancia de 33 cm. Y solicitándole que mire hacia ella. Normalmente aparece el reflejo de ésta luz en la parte central de ambas pupilas (Prueba de Hirschberg)

Si el reflejo de la luz aparece descentrado, se debe considerar que el paciente tiene un estrabismo ó pérdida del alineamiento ocular.

En un niño mayor, la motilidad ocular se explora pidiendole que mire hacia arriba, abajo, derecha e izquierda, dejando la cabeza quieta y moviendo solamente los ojos. Los movimientos deben ser simétricos en ambos ojos.

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL :

Este examen es de suma importancia porque nos permite medir el grado de visión de un niño.

La disminución de agudeza visual puede deberse entre otras causas a una enfermedad ocular (catarata) ó a un defecto de la refracción ocular que requiera la necesidad de lentes correctoras (ametropías ó vicios de refracción).

La agudeza visual en los niños menores de 4 años :

No se puede medir con métodos simples, pero clínicamente se puede valorar la visión central evaluando la fijación y la capacidad de seguimiento de cada uno de los ojos.

En el lactante los reflejos oculares se estudian a una distancia cercana.

La agudeza visual en los niños mayores de 4 años :

Se mide con el cartel de Snellen con la letra E.

Esta letra aparece en diferentes posiciones, de mayor a menor tamaño, desde arriba hacia abajo del cartel y en varias líneas.

Este cartel debe estar bien iluminado y ubicado a la distancia estipulada para ese determinado cartel. Al niño se le deberá explicar previamente al examen, que tendrá que indicar hacia donde apuntan las patas de la letra, imitando la posición de las mismas con su mano.

El examen deberá hacerse en forma alternada, de a un ojo por vez, tomando como precaución ocluir perfectamente el ojo que no se está explorando, el cual deberá estar bien cerrado y tapado con un cartón sin comprimirlo. Si se lo tapa con la mano, deberá ser con la palma, ya que si se le ocluye con los dedos, puede voluntaria ó involuntariamente espiar entre los dedos.

Se toma la agudeza visual de ojo derecho, y luego de ojo izquierdo, sin corrección óptica, y si usa anteojos se tomará luego la agudeza visual con la corrección de a un ojo por vez.

La agudeza visual se registra en forma de fracción, dónde el denominador representa la cantidad total de renglones que tiene el cartel (10), y el numerador es la cantidad de renglones que el niño alcanza a ver (de 1a10) ej : si el niño ve 1 renglón de los 10 la agudeza visual será AV : 1/ 10, si el niño ve 2 renglones de los 10, será AV : 2/10.y así sucesivamente hasta el máximo de visión de 10 renglones sobre 10 con AV 10/10.

Si el paciente no puede ver el primer renglón del cartel a la distancia estipulada se lo acerca progresivamente hasta que pueda distinguirlo y se anota la distancia a la cual puede detectarlo. Si a 1mt. De distancia no puede distinguir la letra de mayor tamaño, se constatará si puede contar los dedos de la mano del examinador y anotar a la distancia máxima que puede detectarlo, ej : cuenta dedos a 50 ó a 30 cm.

En el caso de ser incapaz de contar dedos, pero sí distinguir bultos, se anotará ojo derecho u ojo izquierdo : visión bulto.

Si no percibe bultos se colocará una luz delante del ojo y se anotará visión luz ó visión cero.

NIVEL 2 : ATENCION OCULAR A CARGO DEL MEDICO OFTALMOLOGO

EXAMEN OCULAR :

Se debe remitir al oftalmólogo general a :

· Todo niño mayor de 6 meses que muestre sus ojos mal alineados o descentrados (estrabismo) o con movimientos oculares mal coordinados (nistagmo).

Este realizará la medición del estrabismo según el método de Hirschberg (reflejo corneal) y el Test de Krimsky (medición prismática de la desviación ocular)Cover aterando y Cover Uncover Test

· Todo niño que no responda con gestos al dirigir una luz a sus ojos o que ante ella una o ambas pupilas no reaccionen achicándose (falta de reflejo fotomotor).

· Todo niño que tenga una o ambas pupilas blancas (leucocoria).

· Todo niño que muestre gran inquietud a la luz (fotofobia) que reaccione violentamente al tapársele uno u otro ojo en forma alternada.

· Todo niño que presente una diferencia importante en la percepción de los objetos o de las figuras entre uno y otro ojo.

· Todo niño con aumento del diámetro horizontal de la córnea (ya que el vertical es mas difuso y esta cubierto por el párpado)valor normal a partir del año 11,5 a 12 mm.

· Todo niño con pérdida de la transparencia parcial o total de una o ambas córneas.

· Todo niño recién nacido con forceps, ya que puede presentar hemorragias retinales.

· Todo recién nacido prematuro, pretérmino, de bajo peso, con antecedentes de sepsis (fundamentalmente por anaerobios) o con distress respiratorio, por la elevada posibilidad de presentar retinopatía del prematuro (etapa aguda de la enfermedad cicatrizal :fibroplasia retrolental).

· Todo niño con falta de perforación del conducto lacrimonasal, con lagrimeo (epífora) será pasible de tratamiento medico con masajes en la zona del saco lagrimal, en forma ascendente y descendente (comprimiendo y vaciando el saco) y con higiene de la zona removiendo la secreción mucoide que fluye por el punto lagrimal, evitando así la infección secundaria (dacriocistitis o flemón del saco).

Dye test o test de la permeabilidad de la vía lagrimal :

Colocar una torunda de algodón en una fosa nasal, sin anestesia tópica, luego se instilan gotas de fluoresceína al 2% en ese ojo, se esperan unos minutos y se extrae el algodón que puede o no estar tenido de fluoresceína.

A partir de los nueve meses, si el cuadro de obstrucción de la vía lagrimal no cede, deberá pasar al nivel 3 para su tratamiento.

· Todo niño con el párpado superior caído (ptosis palpebral) en uno o ambos ojos, debe ser derivado al oftalmólogo porque puede originar una disminución de la agudeza visual irre recuperable (ambliopía).

· Todo niño con " ojo rojo ", por enrojecimiento de la conjuntiva que cubre la esclera en uno o ambos ojos, puede obedecer a varias causas : irritación (leve), conjuntivitis (moderada) y glaucoma congénito (grave), debe pasar al nivel 2 para diagnóstico y tratamiento.

Biomicroscopía del Segmento Anterior con Lámpara de Hendidura y Tonometría con tonómetro aplanático de mano.

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL :

NIÑOS < 2 AÑOS :

REFLEJO DE FIJACION Y SEGUIMIENTO

ESTUDIO DE LA REFRACCION

DILATACION DE PUPILAS CON TROPICAMIDA AL 1% (colirio)

2 gotas en cada ojo cada 20 minutos durante 1 hora, comprimiendo los puntos lagrimales durante la instilación ó girando la cabeza para que la medicación se escurra por el canto externo,(para disminuir su absorción). No es necesario que se produzca cicloplegia .

ESQUIASCOPIA

OFTALMOSCOPIA DIRECTA : ESTUDIO DE POLO POSTERIOR Y

ESTUDIO DE FIJACION

NIÑOS > 2 AÑOS :

CARTEL DE SNELLEN (LETRA E), visión de lejos y de cerca.

VISION DE LOS COLORES : TEST DE ISHIHARA en niños de 3 a 6 años, con rastreo digital de un trazado coloreado, sinuoso sobre fondo gris.

ESTUDIO DE LA REFRACCION CON CICLOPLEGIA :Dilatar ambas pupilas con CICLOPENTOLATO al 1% , 2 gotas en cada ojo cada 15 minutos 3 veces.y a los 45 minutos de la primera gota realizar el estudio.

ESQUIASCOPIA :Se considerará hipermetropía fisiológica a 2 Dioptrias Esféricas +.

ESTUDIO DEL FONDO DEL OJO

ESTUDIO DE FIJACION

NIVEL 3 : ATENCIÓN OCULAR A CARGO DEL OFTALMOPEDIATRA :

EXAMEN OCULAR :

Se debe remitir al oftalmopediatra a :

- Todo niño con estrabismo esencial (estudios de sensorialidad y ejercicios de convergencia) y paralítico. Diagnóstico y tratamiento.
- Todo niño con nistagmo con o sin trastornos neurológicos.
- Todo niño para la valoración de la función visual : test de la mirada preferencial, potenciales occipitales evocados ó potenciales visuales evocados por flash y damero, electrorretinograma y electroóculograma.
- Todo niño con leucocoria, para diagnóstico, diagnósticos diferenciales y tratamiento.

· Todo niño con afectación del segmento anterior (catarata, glaucoma congénito) y/o posterior (anomalías de retina, de papila, de vítreo), que requiera examen bajo anestesia general, que se realizará en quirófano con anestesista con orientación pediátrica.

Medida del diámetro corneal horizontal, ya que el limbo vertical es difuso ó con embriotoxon anterior, frecuente en los glaucomas congénitos, y esto hace que el diámetro vertical sea variable.

Tonometría con tonómetro aplanático.

Gonioscopía con lente de tres espejos.

Ecografía A ó Biometría : medida del largo axial (diagnóstico de anomalías del tamaño del globo) , largo de cámara vítrea y espesor del cristalino (Diagnóstico y seguimiento del glaucoma congénito), medida del lente intraocular (cirugía de catarata en niños > de 4 años).

Ecografía B : transpalpebral, puede realizarse sin anestesia general. Se utiliza para detectar procesos patológicos (hemorragias vítreas, tumores, desprendimiento de retina con aspecto sospechoso de ser de origen tumoral).

Tomografía Computada : de órbita y cerebro

Resonancia Magnética Nuclear

Láser : Argón : Para patología de retina

Yag : Para capsulotomía posterior en cirugía de catarata.

Retinofluoresceinografías : drussen de papila y degeneraciones corioretinales.

H.R.T : ó tomografía de papila. Requiere una fijación de 5 minutos, por lo tanto debe hacerse en niños mayores .

Examen del Campo Visual tipo Goldman y Computarizado en niños mayores.

· Todo niño > de 6 meses, que requiera sondaje de la vía lagrimal, que se debe realizar por el punto lagrimal superior y por el inferior en el mismo acto, sin realizar maniobras bruscas para no crear falsas vías.

El sondaje puede repetirse hasta tres veces si fracasa.

En un bajo porcentaje, se debe realizar la intubación de la vía lagrimal con un tubo de silicón ó realizar una dacriocistorrinostomía para solucionar las obstrucciones bajas, previa dacriocistografía.

METODOS ESPECIALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OFTALMOPEDIATRIA

MODALIDADES DIAGNOSTICAS ESPECIALES:

1) VALORACION DE LA FUNCIÓN VISUAL:

- TEST DE LA MIRADA PREFERENCIAL
- POE O PVE POR FLASH Y DAMERO
- ERG

- EOG

2) EXPLORACION DEL OJO Y DE LA ORBITA:

- BMC DE SEGMENTO ANTERIOR
- BMC DE POLO POSTERIOR CON LENTE DE 90 DIOPTRIAS
- GONIOSCOPIA
- OBI
- ECOMETRIA PARA DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE GLAUCOMA CONGENITO
- ECOMETRIA PARA CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR
- ECOGRAFIA
- RETINOGRAFIA - RETINOFLUORESCEINOGRFIA
- TAC DE ORBITA Y CEREBRO
- RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
- TOMOGRAFIA CONFOCAL DE PAPILA EN NIÑOS MAYORES DE 7 AÑOS
- CAMPIMETRIA CON GOLDMAN Y/O CAMPO VISUAL COMPUTADO EN NIÑOS MAYORES DE 7 AÑOS
- DACRIOCISTOGRAFIA

3) MODALIDADES DE TRATAMIENTOS ESPECIALES:

➤ CATARATA INFANTIL:

- * CIRUGIA
- * CORRECCION REFRACTIVA DEL OJO AFAQUICO
- * CORRECCION REFRACTIVA DEL OJO PSEUDOFAQUICO
- * CAPSULOTOMIA POSTERIOR CON YAG LASER

➤ GLAUCOMA INFANTIL:

- * CIRUGIA: TRABECULO TRABECULECTOMIA CON O SIN METABOLITOS
- * VALVULAS
- * CRIOTERAPIA, DIODO LASER

➤ ENF. RETINIANAS:

- * VITRECTOMIA
- * CRIOTERAPIA

* LASER DE ARGON

➤ OBST. DE VIA LAGRIMAL:

* SONDAJE

* INTUBACION DE VIA LAGRIMAL CON TUBO DE SILICON

* DACRIOCISTORRINOSTOMIA

➤ CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA: * CIRUGIA DE PTOSIS, BLEFAROFIMOSIS, EPICANTO

* RECONSTRUCCION DE CAVIDAD

* ENTROPION CONGENITO

➤ TRAT. DE ESTRABISMO Y NISTAGMO: * SUTURAS AJUSTABLES Y TRANSPOSICIONES

NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA

MARCO CONCEPTUAL

Cada Servicio de Oftalmología Infantil deberá definir los conceptos que guiarán las acciones de atención médica considerando los objetivos de la Institución y el sistema de organización previsto.

La categorización definida para el establecimiento asistencial, orientar las actividades del Servicio de Oftalmología Infantil en cada nivel, considerando la inclusión de Atención Primaria de la Salud.

Los requerimientos aquí presentados son los mínimos necesarios para el desarrollo de las actividades en los establecimientos asistenciales. La categorización está basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible. Para ello se definen los niveles de la siguiente manera.

NIVEL I: BAJO RIESGO

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios ó sistema en la mayor parte de los casos.

Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

NIVEL II: RIESGO MEDIANO

Puede constituir la puerta de entrada al sistema.

Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de solución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

NIVEL III: ALTO RIESGO.

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema.

Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

En base a las definiciones precedentes se analizan a continuación los requerimientos mínimos en cada nivel en lo que hace a:

- Planta Física
- Recursos humanos
- Recursos materiales
- Organigrama

Los recursos materiales mínimos requeridos deberán ser acordes a la prácticas que se desarrollen en cada nivel .

NIVEL 1: Bajo Riesgo

➤ **Planta física**

Un consultorio de los que normalmente utilizan los pediatras para la atención de sus pacientes. Medidas mínimas: 3 metros por 4 metros.

Sala de espera

Sanitarios

➤ **Recursos humanos**

El médico pediatra y un asistente de enfermería.

➤ **Equipamiento**

Cartel de prueba para lejos

Cartilla de prueba para cerca

Linterna

Separador de párpados de Desmarres

Oftalmoscopio directo

Gasas para vendaje

➤ **Organigrama**

A todo niño recién nacido debe realizarse un examen ocular como parte del examen físico de rutina. La mejor manera de examinar los ojos de un lactante es en los brazos de su madre. Este examen será realizado por el pediatra con una linterna o luz lateral.

Observar el segmento anterior, opacidades o aumento del tamaño de las córneas, comparar ambos ojos, iluminar las pupilas para detectar cataratas o cualquier causa de leucocoria.

Aunque los dos ojos del niño se vean bien en apariencia, es posible que alguno esté alterado. Si no se descubre a tiempo ese ojo puede dañarse en forma permanente

En niños mayores el examen puede ser más difícil en aquellos que lloran y se resisten. A veces es necesario inmovilizarlos sobre una camilla alta con una persona, generalmente uno de los padres que se apoye sobre las piernas extendidas del pequeño, manteniendo sus brazos cruzados sobre el pecho. Otra persona sostiene la cabeza. Así el médico puede realizar maniobras tales como extraer cuerpos extraños o examinar el fondo de ojo.

Es conveniente tener separadores de párpados de Desmarres o blefarostatos y sostenerlos con cuidado para no lesionar las corneas.

En la edad preescolar las deficiencias visuales pueden pasar desapercibidas si los padres, maestro o el pediatra no están atentos. A esta edad la agudeza visual puede ser menor que la normal sin que esto indique patología, siempre que sea igual en ambos ojos y no menor de 4/10

El papel del pediatra es muy importante: debe estar capacitado para reconocer las perturbaciones visuales y tomar las medidas adecuadas en cada caso. El examen de la agudeza visual debe ser realizado por el pediatra.

Síntomas y signos que pueden deberse a alteraciones oculares en la pre/escolar:

Mareos

Cefaleas

Visión borrosa para lejos y/o cerca

Fotofobia

Estrabismo

Prurito o ardor o dolor ocular

Epifora

Ojos rojos

Es importante recordar que los niños pueden tener buena visión de lejos y sin embargo presentar dificultades para la lectura (hipermetropía, insuficiencia de convergencia).

NIVEL 2: Mediano Riesgo

➤ **Planta física**

Este nivel funciona en un hospital general que incluye a la oftalmología como especialidad.

Se deberán poseer unidades funcionales y áreas complementarias adecuadas física y funcionalmente en cantidad y calidad suficientes para desarrollar las funciones explícitas en el componente Recurso Humano Nivel 2

➤ **Recursos humanos**

El oftalmólogo general con o sin asistentes médicos y Asistente/s de enfermería.

Secretaria

➤ **Equipamiento**

Cartel de prueba para visión lejana o proyector

Cartilla de prueba para cerca

Linterna

Caja de pruebas con montura de prueba

Espejo plano

Regla de esquiascopía

Test de visión de colores

Lampara de hendidura

Tonómetro de aplanación

Lente de tres espejos

Optativo:

Campímetro de cúpula

Frontofocómetro

Oftalmoscopio binocular indirecto

➤ **Organigrama**

En este nivel el oftalmólogo general podrá efectuar

Valoración de agudeza visual

biomicroscopia

funduscopia

Extracción de cuerpos extraños

Prescripción de anteojos y lentes de contacto

Toma de tensión ocular

Quedan reservados al nivel 3 todos los procedimientos bajo anestesia general

NIVEL 3: Alto Riesgo

➤ **Planta física**

En lo referente a la planta física no varía de lo ya descrito en el nivel II salvo en dimensiones y eventual expansión de actividades.

En equipamiento el mismo va desde lo requerido para Nivel II hasta eventualmente el máximo desarrollo tecnológico en diagnóstico y/o terapéutico.

Los Establecimientos deberán poseer mínimamente:

- * Area de Admisión y Egresos.
- * Sector de estar para usuarios
- * Gabinetes para consultas y prácticas.
- * Office de enfermería.
- * Sector de estar para personal.
- * Amoblamiento para oficina y estar de usuarios. Sanitarios.
- * Instalación para funcionamiento del office de enfermería.
- * Sector abierto para el paso y la atención del público.
- * Sector cerrado para la atención de pacientes internados.
- * Instrumental adecuado para desarrollar las acciones programadas (cirugía menor).

➤ **Recursos humanos**

Jefe de servicio

Médicos de planta.

Médicos residentes

Médicos concurrentes, becarios, rotantes.

Auxiliares en oftalmología (realizan campos visuales, ejercicios ortópticos, toman agudeza visual, etc.)

Asistentes de enfermería.

La autoridad del Servicio de Oftalmología Infantil deberá ser un Médico Oftalmólogo que se encuentre especializado en la atención de pacientes pediátricos y que este cargo sea avalado por el Ministerio.

El Jefe del Servicio de Oftalmología Infantil definirá el plantel de médicos de conducción y de operación necesarios para la atención de los pacientes en los sectores a su cargo.

La incorporación de los médicos considerando la función y el perfil definidos en los puestos de trabajo: el régimen laboral de la jurisdicción administrativa a la cual pertenece el establecimiento; las formas de selección establecidas y la cantidad de los mismos para cada sector de trabajo.

➤ **Organigrama**

Quedan reservados al nivel 3 :

Toma de la agudeza visual en los lactantes y niños preverbales con el test de la mirada preferencial en cualquiera de sus formas .

Estudios bajo anestesia general:

Biomicroscopia, tonometría, gonioscopia, ecometría, ecografía, funduscopia

Procedimientos bajo anestesia general: sondajes de via lagrimal,

Operación de chalazion,

Cirugía especializada:

Estrabismos

Catarata, glaucoma,

Enucleación, evisceración

Ptosis palpebral

Fotocoagulación con laser de argon, yag o diodo.

crioterapia

Los cuadros de conducción deberán cumplir funciones de administración del Servicio de Oftalmología ,relacionadas con:

Programa anual de actividades.

Programa de dotación y asignación de los recursos.

Normas y Procedimientos del Servicio y mecanismos de control y evaluación de los mismos.

Programa de cobertura de atención médica en distintos sectores y turnos de trabajo.

Programa de orientación, capacitación y evaluación de desempeño de los médicos que brindan atención en cada Servicio.

Participación efectiva en los comités del establecimiento.

Presentación periódica e informes de gestión.

Seguimiento sistemático de las Historias Clínicas.

Asignación de actividades a los médicos de manera de brindar cuidados continuos y seguros.

Provisión de recursos materiales, equipos e insumos necesarios y controlar disponibilidad y uso.

Contribuir al cumplimiento de las normas de referencia y contra referencia en la red de establecimientos y servicios.

Participación en los programas de salud que se implementen en el área programática.

Programa de control de calidad.

Participación en actividades conjuntas del establecimiento con organizaciones científicas y educacionales.

Formas de coordinación con otros servicios.

Mecanismos para la evaluación de la gestión.

Programa de atención en emergencias.

El Servicio de Oftalmología Infantil tendrá a su cargo los sectores de cuidados a pacientes en atención ambulatoria, internación, centro quirúrgico y otras modalidades en las cuales médicos cumpla funciones de su competencia.

La atención ambulatoria incluye consultorios externos, emergencia,

Las asignaciones de trabajo a los médicos oftalmólogos deberán hacerse por escrito y se adecuarán a las necesidades de los pacientes, carga de trabajo y disponibilidad de personal.

Se desarrollarán programas de educación permanente para los médicos del Servicio.

Se establecerá un sistema de evaluación de desempeño de los médicos en sus diferentes cargos para permitir el crecimiento de cada persona y posibilitar el cumplimiento de los objetivos del servicio de oftalmología infantil.

Desarrollo

Los locales deben contar con instalaciones que permitan:

Evitar desplazamientos inútiles al personal.

Ahorrar tiempo y energía.

Facilitar comunicación con las unidades de los pacientes y otras dependencias del establecimiento.

Almacenar, conservar y controlar equipos, materiales y medicamentos de uso diario, en forma segura, eficaz y rápidamente accesible.

El Servicio de Oftalmología Infantil deberá contar con los siguientes locales:

Oficina de la Jefatura del Servicio.

Sala de reuniones.

Vestuario para Personal.

Sanitarios para el personal.

Para las actividades en sectores de atención de pacientes se deberá contar con los siguientes locales:

Consultorios Externos.

Sala de curaciones

Sala de procedimientos bajo anestesia.

Sala de recuperación postanestesia.

Estación de Enfermería.

Sanitario clínico.

Depósito de materiales y equipos en los sectores donde la cantidad a disponer diariamente así lo sugiere.

Sala de espera ; los asientos deben ser suficientes para el 15% de los pacientes que puedan concurrir en total.

Oficina de Admisión ; deberá estar a la entrada de los consultorios externos y sus tarea consiste en:

Elaborar tarjeta de identificación

Elaborar tarjeta de citación

Formulario de resumen

Formulario de citas.

Los locales de trabajo y las áreas de circulación de pacientes y personal deberán cumplir las normas de control de infecciones hospitalarias relacionadas con el uso, eliminación de residuos sólidos y líquidos, disposición de la ropa usada, contaminada y no contaminada y el uso de vestimenta especial en reas restringidas.

Cada local deberá poseer el equipamiento necesario y suficiente para las tareas que se deben realizar, de acuerdo a la complejidad hospitalaria.

NIVEL III ALTO RIESGO

Cartel de prueba o proyector de optotipos

Cartilla de prueba para cerca

Linterna

Caja de prueba con 236 probines

Montura de prueba

Espejo plano

Regla de esquiascopía

Test de la mirada preferencial

Test de visión de colores

Lampara de hendidura

Tonómetro de aplanación

Lente de tres espejos

Ecógrafo

Retinógrafo

Campo visual de Goldman

Frontofocómetro

Oftalmoscópio binocular indirecto

Autorefractómetro

Perímetro computarizado

Caja de cirugía de estrabismo

Caja de cirugía de glaucoma

Caja de cirugía de catarata

Caja de cirugía plástica

Unidad de microdiatermia

Yag laser

Laser de argon y diodo

Equipo de Criocirugía

Recepción de informes sobre:

Censo diario de pacientes.

Diagnóstico por paciente.

Consultas totales y por especialidad.

Tratamientos quirúrgicos.

Docencia

Cursos realizados.

Número de alumnos capacitados.

Pasantías cumplidas.

Concurrencia a eventos científicos.

Número de alumnos de Medicina, y Oftalmología.

Investigación

Proyectos presentados y aprobados.

Proyectos iniciados.

Proyectos terminados.

Publicaciones.

Se considerarán las normas legales que determinen la obligatoriedad del registro de los procedimientos y observaciones efectuados a los pacientes y los requisitos para la confección, uso y seguridad de los mismos y que se incluyan en la historia clínica de cada paciente.

LA GESTION DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA INFANTIL

La conducción del servicio de oftalmología deberá implementar acciones para asegurar que los procesos de atención médica sean controlados y perfeccionados.

Las acciones del servicio de Oftalmología tenderán a buscar la optimización de los recursos para el logro de los objetivos mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las actividades, con la dirección adecuada y en presencia de la permanente seguimiento y evaluación de los problemas.

La implementación del proceso de gestión considerará la información disponible sobre las actividades médicas, las disposiciones legales y presupuestarias y el desarrollo de una autonomía responsable del nivel de conducción como instrumento para conseguir óptima atención de los pacientes y mayor rendimiento de los recursos.

Procurar el máximo desarrollo de su capacidad organizativa para cubrir las actividades de los diferentes sectores de trabajo manteniendo la atención médica a los pacientes lo más personalizada y homogénea posible en cuanto a criterios de cantidad, calidad y eficacia.

Establecer una red de seguridad técnica que permita la cobertura de atención médica en forma continua mediante la aplicación de medidas de protección al paciente, familia y personal; el control de los tratamientos; y documentación clínica; replantear las relaciones formales e informales; definir y jerarquizar las funciones y generar condiciones psicoemocionales que ayuden a una participación responsable y gratificante de todo el personal en el quehacer del servicio

Definir las formas de interacción permanente con otros sectores que participan en la atención de los mismos pacientes.

Los mecanismos a implementar para controlar la gestión del servicio de Oftalmología Infantil deberán definirse por escrito a través de normas de procedimientos administrativos; normas de atención de médica; normas de administración del personal; normas de manejo y control de recursos materiales; normas de control de los procesos de atención a los pacientes; normas de funcionamiento de los sectores; normas para la evaluación de los cuidados, de los registros y del desempeño del personal; cumplimiento de los objetivos y programa de garantía de calidad.

El Jefe del Servicio de Oftalmología Infantil deberá implementar normas de evaluación del personal, teniendo en cuenta el desempeño de las funciones (técnicas y éticas).

La frecuencia de la evaluación se realizará de acuerdo a las normas vigentes en cada Establecimiento, recomendando que se realice una vez al año, debiéndose notificar al personal su resultado.

EVALUACION DE LA ATENCION OFTALMOLÓGICA

Los miembros del Servicio de Oftalmología Infantil son responsables de formular, revisar y actualizar los objetivos del servicio, los sistemas de trabajo, la asignación de funciones, la cantidad de médicos oftalmólogos, las normas de atención médicas y la provisión de equipos.

El Servicio de Oftalmología Infantil se compromete a responder por la cantidad y calidad de atención que se brinda a los pacientes.

Las Historias Clínicas reflejan la evolución del paciente, el plan de tratamiento y la continuidad de la atención médica

ATENCION DE OFTALMOLOGIA EN EL AREA PROGRAMATICA

Se definirán las actividades médicas oftalmológicas para cada programa y se capacitará al personal para las acciones en domicilios, escuelas, clubes, parroquias, y otros sectores sociales donde se requiera la atención de salud visual de las personas.

Desarrollo

Funciones de la oftalmología en el área programática.

a) Funciones de atención directa.

Controles de salud visual periódicos a niños.

b) Función formativa y docente.

Colaborar en la enseñanza teórica y práctica de los programas Básicos y post-Básicos.

Participar en los programas de formación de los niveles, área o zonas que requieran su colaboración

Coordinar programas de educación para la salud visual, formación continuada y programa de reciclaje a los miembros del equipo de salud.

c) Función investigadora.

Realizar y/o participar en estudios sobre necesidades y problemas de salud de la comunidad para contribuir a su solución mediante mejora y adecuación de las actividades médicas, del trabajo en equipo y del sistema de salud.

Elaborar informes sobre las actividades realizadas.

Evaluar constantemente la atención médica prestada.

Formular en conjunto con el equipo, planes, programas y proyectos colaborando en su gestión.

Participar en la elaboración del presupuesto del Centro/Área en comités y órganos de gestión.

Participar en la evaluación continuada de las actividades y de los objetivos y metas establecidas.

Facilitar y potenciar la participación ciudadana en la gestión del cuidado de la salud.

SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES

Una de las dificultades que se presentan en la distribución de personal médico para la atención de pacientes, es conocer la carga de trabajo. Las variaciones de la misma se establecen en forma diaria y mensual, tanto en el número de pacientes como en las condiciones de éstos.

Por lo tanto, se hace necesario establecer algún sistema de clasificación de pacientes de manera de lograr un equilibrio entre su número, sus condiciones y la cantidad de médicos necesaria para satisfacer la atención en forma diaria.

Diagnóstico clínico y registro en una historia clínica de su patología.

Puede requerir pruebas especiales de diagnóstico bajo anestesia.

Indicación del tratamiento y registro en la historia clínica.

Indicación de fecha para próximo control.

Están sometido a tratamientos específicos que requieren controles (cirugías, sondajes lagrimales).

Coordinación con otros profesionales para su atención.

REQUISITO

NIVEL I BAJO RIESGO

NIVEL II RIESGO MEDIANO

NIVEL III RIESGO ALTO

NIVELES DE CONDUCCION

Médico pediatra

Jefe de Servicio de Oftalmología

Jefe de Servicio

x Médicos de planta

x Médicos asistentes

x Médicos residentes

SECTORES DE TRABAJO

Salas periféricas y hospitales con las cuatro clínicas básicas

Consultorios Ext.

Internación

Emergencias

Centro Quirúrgico

UTI

Consultorios Ext.

Internación

Emergencias

Centro Quirúrgico

UTI

Sala de Estudios B.A

Neonatología

REGISTROS

Atención ambulatoria

Atención ambulatoria

Internación

Derivación

Cirugía

Atención ambulatoria

Internación

Derivación

Cirugía

	NIVEL 1	NIVEL 2		NIVEL 3
RECIEN NACIDO NORMAL	EXAMEN OCULAR: PARPADOS,	BIOMICROSCOPIA CON LAMPARA	RECIEN NACIDO NORMAL	EXAMEN OCULAR = NIVEL 2
	CONJUNTIVA, CORNEA,PUPILA,	DE HENDIDURA, TONOMETRIA,		BAJO ANESTESIA GENERAL Y EN
	CRISTALINO, APARATO LAGRIMAL	OFTALMOSCOPIA DIRECTA,		QUIROFANO
	ALINEAMIENTO OCULAR	ESTUDIO DE LA VIA LAGRIMAL		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE:
	CAUSAS DE OJO ROJO:	ESTUDIO DE LA PATOLOGIA		VIA LAGRIMAL, PATOLOGIA PALPEBRAL
	IRRITACION, CONJUNTIVITIS	PALPEBRAL		GLAUCOMA, RETINA, ESTRABISMO
	GLAUCOMA CONGENITO: PASA	DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA		ORBITA.
	A NIVEL 2-3	CONGENITO :PASA A NIVEL 3		
	EXAMEN VISUAL:reflejo fijación y seguimiento	Reflejo de Fijación y Seguimiento		
RECIEN NACIDO CON FORCEPS	PUEDE TENER HEMORRAGIAS	OFTALMOSCOPIA BINOCULAR	RECIEN NACIDO CON FORCEPS	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BAJO
	RETINALES : PASA A NIVEL 2-3	INDIRECTA		ANESTESIA GENERAL
RECIEN NACIDO PRETERMINO	PUEDE TENER RETINOPATIA DEL	OFTALMOSCOPIA BINOCULAR	RECIEN NACIDO PRETERMINO	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BAJO
	PREMATURO:PASA A NIVEL 2-3	INDIRECTA : PASA A NIVEL 3		ANESTESIA GENERAL

NIÑOS	EXAMEN OCULAR =RECIEN NACIDO	EXAMEN OCULAR = RECIEN NACIDO	NIÑOS	EXAMEN OCULAR = NIVEL 2
	EXAMEN VISUAL: MEDIR AV CON	EXAMEN VISUAL: AV,ESQUIASCOPIA		EXAMEN VISUAL = NIVEL 2
	LETRA E	VISION DE LOS COLORES		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
	ESTRABISMOS PASA A NIVEL 2-3	ESTUDIO DEL ESTRABISMO		BAJO ANESTESIA GENERAL Y EN
				QUIROFANO
				DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
				DE PATOLOGIAS: VIA LAGRIMAL
				PALPEBRAL, GLAUCOMA,RETINA,
				ESTRABISMO, ORBITA
	NIVEL 1	NIVEL 2		NIVEL 3
RECIEN NACIDO NORMAL	EXAMEN OCULAR :PARPADOS,	BIOMICROSCOPIA CON LAMPARA	RECIEN NACIDO NORMAL	EXAMEN OCULAR = NIVEL 2
	CONJUNTIVA, CORNEA,PUPILA,	DE HENDIDURA, TONOMETRIA,		BAJO ANESTESIA GENERAL Y EN
	CRISTALINO, APARATO LAGRIMAL	OFTALMOSCOPIA DIRECTA,		QUIROFANO
	ALINEAMIENTO OCULAR	ESTUDIO DE LA VIA LAGRIMAL		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE:
	CAUSAS DE OJO ROJO:	ESTUDIO DE LA PATOLOGIA		VIA LAGRIMAL, PATOLOGIA PALPEBRAL
	IRRITACION, CONJUNTIVITIS	PALPEBRAL		GLAUCOMA, RETINA, ESTRABISMO
	GLAUCOMA CONGENITO: PASA	DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA		ORBITA.
	A NIVEL 2-3	CONGENITO :PASA A NIVEL 3		
	EXAMEN VISUAL:reflejo fijación y seguimiento	Reflejo de Fijación y Seguimiento		
RECIEN NACIDO CON FORCEPS	PUEDE TENER HEMORRAGIAS	OFTALMOSCOPIA BINOCULAR	RECIEN NACIDO CON FORCEPS	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BAJO
	RETINALES : PASA A NIVEL 2-3	INDIRECTA		ANESTESIA GENERAL
RECIEN NACIDO PRETERMINO	PUEDE TENER RETINOPATIA DEL	OFTALMOSCOPIA BINOCULAR	RECIEN NACIDO PRETERMINO	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BAJO

	PREMATURO:PASA A NIVEL 2-3	INDIRECTA : PASA A NIVEL 3		ANESTESIA GENERAL
NIÑOS	EXAMEN OCULAR =RECIEN NACIDO	EXAMEN OCULAR = RECIEN NACIDO	NIÑOS	EXAMEN OCULAR = NIVEL 2
	EXAMEN VISUAL: MEDIR AV CON	EXAMEN VISUAL: AV,ESQUIASCOPIA		EXAMEN VISUAL = NIVEL 2
	LETRA E	VISION DE LOS COLORES		DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
	ESTRABISMOS PASA A NIVEL 2-3	ESTUDIO DEL ESTRABISMO		BAJO ANESTESIA GENERAL Y EN QUIROFANO
				DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
				DE PATOLOGIAS: VIA LAGRIMAL
				PALPEBRAL, GLAUCOMA,RETINA,
				ESTRABISMO, ORBITA

Última actualización 09/03/2000
Por M.S.A.S.