

Resolución Directoral

Lima, ³¹ del Diciembre 2014

Vistos, la Nota Informativa N° 043-2014-VESS/DA/INO, la Nota Informativa N° 128-2014-DEAEO/INO, Informe N° 019-2014-ATV-DEAEO-INO, Informe N° 029-2014-OEPE/INO y la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Rosácea Ocular; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Nota Informativa N° 043-2014-VESS/DA/INO, de fecha 25 de junio de 2014, el M.C. Vladimir Ernesto Santos Sánchez comunica al Director Adjunto que la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Rosácea Ocular" cumple con el modelo de Guías de Práctica Clínica, aprobado por Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA;

Que, mediante Nota Informativa N° 128-2014-DEAEO/INO, de fecha 20 de junio de 2014, la Directora Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología eleva a la Directora General el Informe N° 019-2014-ATV-DEAEO-INO, solicitando además, que la Guía de Práctica Clínica sea aprobada, teniendo en cuenta que ha sido elaborada de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA;

Que, mediante Informe N° 019-2014-ATV-DEAEO-INO, de fecha 18 de junio de 2014, el M.C. Antonio Touzett Valera comunica a la Directora Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología que la Guía de Práctica Clínica ha sido objeto de los ajustes técnicos necesarios a los contenidos y flujogramas de la misma;

Que, mediante Informe N° 029-2014-OEPE/INO, de fecha 14 de mayo de 2014, el Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable a la Guía de Práctica Clínica, solicitando a la Dirección General el trámite correspondiente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, de fecha 11 de julio de 2011 se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa, establecer los procesos de aplicación transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos y, brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Rosácea Ocular" tiene por finalidad contribuir a mejorar la salud ocular de la población y su calidad de vida mediante la adecuada y oportuna atención de la Rosácea Ocular, estableciendo para tal efecto los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de la misma, siendo dicha Guía de aplicación en el Instituto Nacional de Oftalmología y, referencial para los establecimientos de salud de nivel III-1, III-E, II-2, II-1 y II-E;

De conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA;

Con la visación de la Dirección Ejecutiva de la Oficina de Administración, de la Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología y la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento denominado **“Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Rosácea Ocular”**, que consta de siete (VII) numerales; la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología será la responsable de la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Guía de Práctica Clínica.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Personal la notificación de la presente resolución a los diferentes estamentos del Instituto Nacional de Oftalmología.

Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

M.O. BETTY GEORGINA CAMPOS DAVILA
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 13782 RNE: 4644

BGCD/HNCS/JGM
CC: DEA, OEPE, DEAE, OAJ
Archivo





GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA OCULAR

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud ocular de la población y su calidad de vida mediante la adecuada y oportuna atención de la Rosácea Ocular.

II. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de la Rosácea Ocular.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

De aplicación en el Instituto Nacional de Oftalmología y referencial para los establecimientos de salud de nivel III-1, III-E, II-2, II-1 y II-E.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ROSÁCEA OCULAR

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO (CIE 10)

H19.31 Rosácea ocular

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

El Acné Rosácea es una enfermedad dermatológica común, caracterizada por la presencia de eritema persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas en áreas expuestas de la cara y el cuello. El signo típico, de un estadio avanzado de la enfermedad, es la rinofima.

El compromiso ocular del Acné Rosácea se conoce como Rosácea Ocular. La severidad de los signos oculares van desde una leve blefaroconjuntivitis hasta una falla visual por vascularización, adelgazamiento y raramente la perforación corneal.

La Sociedad Nacional de Rosácea, clasificó el Acné Rosácea en cuatro subtipos:

- Eritemo telangiectasica
- Pápulo pustular
- Fimatoso
- Rosácea Ocular

5.2. ETIOLOGÍA

Su etiología es desconocida. Sin embargo se han relacionado múltiples factores como las alteraciones vasculares, una predisposición genética, la presencia de una infección del folículo pilo sebáceo por el parásito *Demodex folliculorum*, el uso de cortico esteroides tópicos u orales, factores psicológicos, la exposición solar, entre otros.



5.3. FISIOPATOLOGÍA

La comprensión de la fisiopatología de la rosácea es limitada y pobre. Sin embargo las manifestaciones primarias comprenden un desorden vascular cutáneo con cambios inflamatorios. Hay una vasodilatación que crea un aumento del flujo sanguíneo y desarrollo de eritema y telangiectasias. Los cambios dérmicos llevan a la formación de pápulas y pústulas en las mejillas, nariz y frente; la rinofima se desarrolla por una hipertrofia de las glándulas sebáceas, cuya inflamación prolongada puede incrementar la permeabilidad vascular de la piel y llevar a un linfedema que afecta los tejidos, en especial los párpados.

La disfunción de las glándulas sebáceas produce infiltración de células inflamatorias que activan una reacción de hipersensibilidad tipo IV. Estudios moleculares recientes han sugerido que hay una alteración en la respuesta inmune innata. Los radicales libres juegan un rol en la patogénesis, ya que están aumentadas en las biopsias faciales. Se ve también una disrupción de la barrera del estrato córneo de la piel, permitiendo que irritantes pueda afectar los tejidos dérmicos y epidérmicos causando vasodilatación e inflamación.

Estudios muestran que la presencia del Demodex folliculorum exacerba la disfunción de las glándulas de Meibomio, produciendo una hipersensibilización con infiltrado linfocitario. Otros estudios demuestran que el Helicobacter pylori produce ciertas toxinas que inducen flushing facial (episodios de eritema).

Además se ha observado que hay aumento de concentraciones de citoquinas pro inflamatorias, como la interleucina 1 alfa y la promatrix metaloproteinasa 9. En las lágrimas esta última enzima es degradada y se piensa que es la responsable del adelgazamiento corneal inferior de la córnea.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El Acné Rosácea es una enfermedad dérmica crónica que afecta a más de 14 millones de personas en los Estados Unidos de América. Se ve frecuentemente en personas de ascendencia europea. Sin embargo se ha reportado un 4% en personas asiáticas, hispánicas y africanas. Afecta comúnmente a adultos entre los 40 y 50 años. Sin embargo se ha visto que afecta también a gente joven. Un reporte indica que se halló en un joven de 14 años. En niños es frecuentemente sub diagnosticada.

Las mujeres son 2 a 3 veces más propensas que los hombres a desarrollar manifestaciones faciales. En los hombres las manifestaciones son más severas, viéndose más frecuentemente la rinofima. Las manifestaciones oculares del Acné Rosácea se presentan en forma equitativa en ambos sexos.

La Rosácea Ocular, se da entre un 3 y 58% de los casos de Acné Rosácea, dependiendo de las series de investigación. Las manifestaciones oculares pueden preceder a las dérmicas en más de un 20% de los casos.

El Acné Rosácea es rara en niños. Los signos faciales suelen estar ausentes. Sin embargo sufren de chalazión recurrente, blefarconjuntivitis y una irritación generalizada de la superficie ocular. Si no se diagnostica y trata oportunamente, los niños pueden desarrollar leucomas extensos. Más del 90% de niños desarrollan leucoma o compromiso corneal antes del diagnóstico de Acné Rosácea.





5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio ambiente

El clima cálido o frío, la humedad y el viento pueden exacerbar el cuadro clínico.

5.5.2. Estilos de vida

El Acné Rosácea puede exacerbarse por el consumo de alcohol, cafeína, bebidas calientes, chocolates, nueces, comida picante, queso y algunos medicamentos, además de ciertos limpiadores faciales, cosméticos, exposición solar, estrés físico y mental, productos dérmicos con alcohol, eucalipto, mentol, etc.

5.5.3. Factores hereditarios y otros

Existe predisposición genética para desarrollar la enfermedad. Así mismo la inmunosupresión, las alteraciones dermatológicas y las enfermedades de la superficie ocular están relacionadas.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

Síntomas

Los síntomas pueden ser leves o severos: quemazón, sensación de cuerpo extraño, irritación ocular, ojo rojo, prurito, fotofobia, dolor ocular generalizado, visión borrosa y disconfort ocular.

Signos

La severidad se gradúa del 1 al 3: leve, moderada y severa respectivamente.

En la zona central de la cara:

- ✓ Enrojecimiento simétrico y persistente
- ✓ Eritema
- ✓ Telangiectasias
- ✓ Pápulas
- ✓ Pústulas
- ✓ Cambios fimatosos

Las manifestaciones oculares son bilaterales y suelen afectar los párpados, la conjuntiva y la córnea:

- ✓ Blefaritis
- ✓ Chalazión u orzuelo recurrente
- ✓ Telangiectasias en el margen palpebral
- ✓ Insuficiencia lagrimal acuosa
- ✓ Hiperemia conjuntival difusa crónica
- ✓ Epiescleritis
- ✓ Escleritis



M.O. CESAR A. MENDIOLA B.



- ✓ Iritis
- ✓ Cicatrización conjuntival
- ✓ Queratitis puntata superficial
- ✓ En el tercio inferior de la córnea se observan infiltrados, neovasos, flictenulas, edema corneal, pannus periférico, adelgazamiento corneal y ulceración marginal
- ✓ Hipertrofia tarsal, cicatrices y perforación corneal
- ✓ Queratitis infecciosa o estéril
- ✓ Astigmatismo alto, asimétrico e irregular

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de diagnóstico:

El diagnóstico predominantemente es clínico, de acuerdo a los signos y síntomas mencionados en el numeral 6.1.1.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Dermatológico

- Acné facial

Ocular

- Queratitis intersticial
- Queratitis marginal
- Queratitis herpética
- Queratitis autoinmunes
- Queratitis flictenular

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. Exámenes auxiliares

- Estudio de pestañas para buscar Demodex folliculorum
- Frotis y cultivo para descartar infección asociada
- Meibografía o transiluminación biomicroscópica del párpado evertido con fotografía infrarroja o video

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales

El médico debe explicar al paciente que se trata de una enfermedad dermatológica crónica y por lo tanto su tratamiento es prolongado y puede requerir de la intervención de un dermatólogo cuando sea necesario.

Explicar al paciente, con énfasis, la importancia de la higiene palpebral como medida importante para la prevención y el tratamiento.





6.4.2. Terapéutica

Local

La Higiene Palpebral constituye la piedra angular del tratamiento. Se indica un aseo diario mediante el uso de un hisopo humedecido en solución de champú para bebé (5 gotas en medio vaso de agua tibia). Se debe tener especial cuidado para limpiar costras y secreciones, seguido de masaje de bordes palpebrales, expresión de las glándulas de Meibomio. Luego aplicar compresas tibias, cuando hay taponamiento de los orificios; o compresas frías en caso de inflamación de los párpados. En la actualidad existen en el mercado productos comerciales destinados a la higiene palpebral.

En casos leves y moderados, el uso tópico de tetraciclina o cloranfenicol con o sin cortico esteroides en ungüento y aplicado con la yema de los dedos en los bordes palpebrales, sobre las pestañas y la piel alrededor de las mismas, está indicado y es útil.

Los antibióticos, con o sin cortico esteroides, en gotas tópicas, quedan reservados para el manejo de complicaciones como las úlceras corneales marginales y catarrales.

En casos de queratitis, es útil el uso de lágrimas artificiales, cuya viscosidad y osmolaridad dependerán de la severidad de la inflamación de la córnea.

Si hay seborrea se recomienda el uso de champú anti seborreico 2 ó 3 veces por semana. En casos de compromiso dérmico es recomendable una interconsulta al dermatólogo.

Sistémico

Para casos severos se indica tetraciclina o doxiciclina vía oral. Luego se va disminuyendo en forma gradual según la mejoría del cuadro clínico. En niños y mujeres gestantes se pueden usar macrólidos como la azitromicina y la eritromicina.

El uso de omega 3 ayuda a mejorar la calidad de la película lagrimal. El objetivo es mejorar la calidad y la cantidad de los ácidos grasos que se producen a nivel de las glándulas, por ello la necesidad de su uso por largos periodos (dos veces al día por 4-6 meses).





Tabla N° 1
Tratamiento de la Rosácea Ocular

Medidas Generales	Rosácea Ocular	Medicamentos	Presentación/vía	Dosis	
<p>Higiene palpebral</p> <p>Lágrimas artificiales</p> <p>Alimentación rica en omega 3</p> <p>u</p> <p>Omega 3: 2 veces al día por 4 a 6 meses</p>	Leve	Cloranfenicol o tetraciclina sin cortico esteroide	Ungüento oftálmico	1 ó 2 veces al día y según evolución	
	Moderada	Cloranfenicol o tetraciclina con cortico esteroide	Ungüento oftálmico	1 ó 2 veces al día y según evolución	
	Severa	Tetraciclina o Doxiciclina	Vía oral	Tetraciclina: 250 mg 4 veces al día por tiempo prolongado y según evolución	
				Doxiciclina: 100 mg 2 veces al día por tiempo prolongado y según evolución	
			Cloranfenicol o tetraciclina con o sin cortico esteroide	Ungüento oftálmico	1 ó 2 veces al día y según evolución
	Niños o mujeres gestantes	Eritromicina o Azitromicina	Vía oral	Eritromicina: 50 mg/kg/día ó 500 mg cuatro veces al día por 14 días	
			Azitromicina: 10 mg/kg/día ó 500 mg 1 vez al día por 3 días		
		Cloranfenicol o tetraciclina con o sin cortico esteroide	Ungüento oftálmico	1 ó 2 veces al día y según evolución	
	Dermatitis seborreica	Champú anti seborreico	Tópico	2 ó 3 veces por semana	

Elaboración propia



6.4.3. Efectos adversos o colaterales al tratamiento

Tetraciclinas de uso sistémico

Hasta los 8 años se recomienda no usarlas. Se ha observado hipoplasia del esmalte de los dientes, así como coloración amarillo grisácea de los mismos, sobre todo de la dentición no permanente. No se recomiendan durante el embarazo por el daño de los dientes y huesos del feto. Pueden causar toxicidad renal, casi siempre está relacionada con una disfunción renal previa.

Macrólidos

Pueden causar alteraciones gastrointestinales y hepáticas.

6.4.4. Criterios de alta

Dependerán del control de los síntomas y signos.

6.4.5. Pronóstico

Según grado de severidad.

6.5. COMPLICACIONES

Palpebrales

- ✓ Madarosis
- ✓ Ptilosis
- ✓ Entropión
- ✓ Ectropión
- ✓ Triquiasis
- ✓ Distiquiasis
- ✓ Chalazión
- ✓ Orzuelos

Corneales

- ✓ Infiltrados, abscesos inmunes
- ✓ Neovascularización
- ✓ Úlceras catarrales
- ✓ Úlceras por trauma crónico
- ✓ Queratoconjuntivitis flictenular
- ✓ Perforaciones corneales
- ✓ Leucomas

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Del Segundo al Tercer Nivel

Dependerán del control de los síntomas y signos; recordar que el tratamiento generalmente es de soporte y no curativo, por lo que éste debe ser lo suficientemente prolongada como para permitir la resolución de los síntomas que aquejan al paciente.

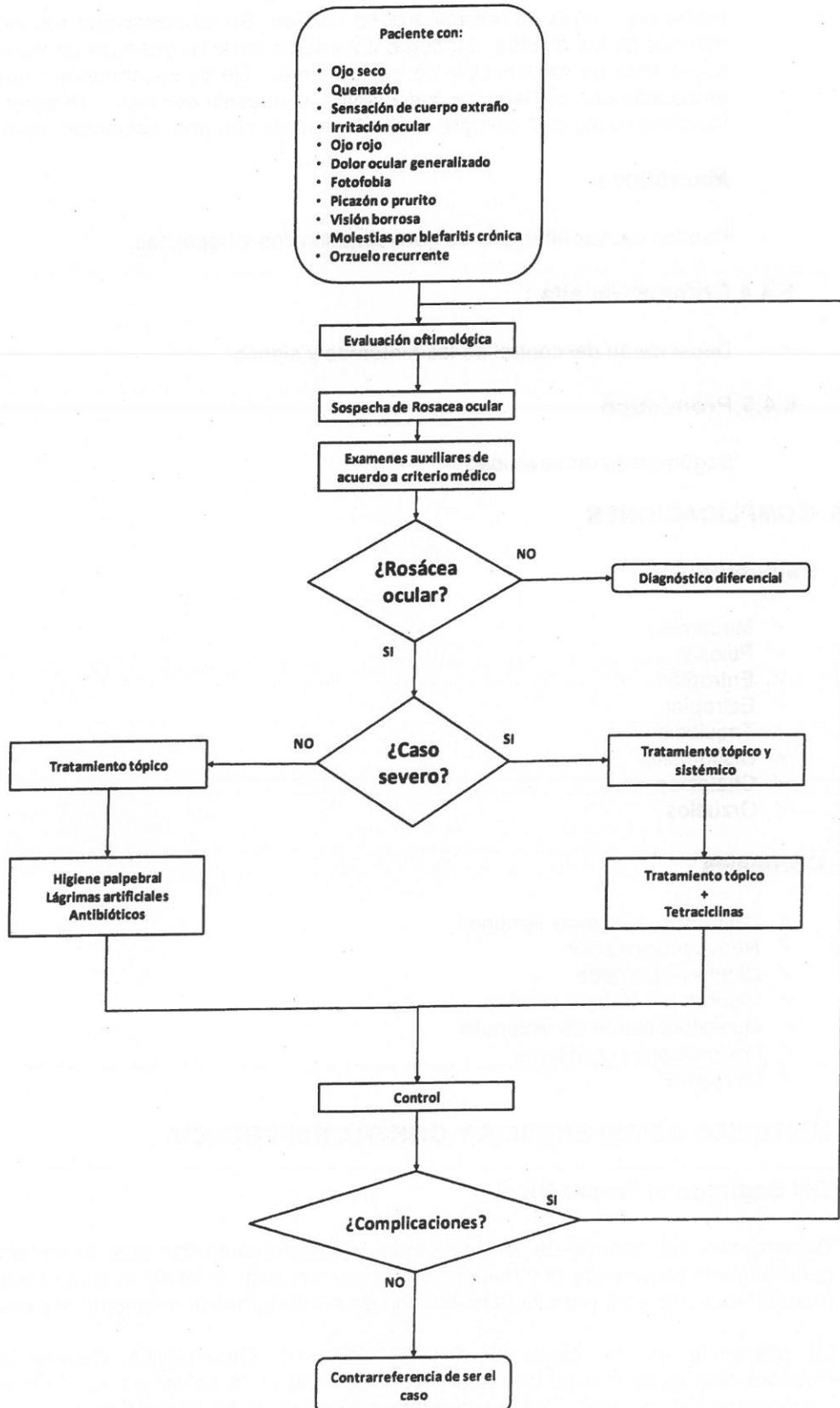
La referencia de los casos de los Servicios de Oftalmología General a los establecimientos de III nivel con subespecialidad, dependerán del grado de severidad y la presencia de complicaciones o el riesgo inminente de perforación corneal.



M.O. CESAR A. MENDIOLA B.



6.7. FLUJOGRAMA





VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arffa R.C., 1999, Enfermedad de la Córnea GRAYSON, cuarta edición, Editorial Harcourt – Brace.
2. Krachmer J, Mannis M., Córnea y Enfermedades Externas, CD- Rom 1999 Edition
3. Kanski J., 2004, Oftalmología Clínica, quinta edición.
4. Jingbo Liu, Hosam Sheha and Scheffer C.G. Tseng. Pathogenic role of Demodex mites in blephariti. Curr Opin allergy Clin. Immunol 10:505-510.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946818/> (PubMed)
5. Marian S. Macsai, The role of omega 3 dietary supplementation in blepharitis and meibomian gland dysfunction (an aos thesis). Trans Am Ophthalmol Soc 2008;106:336-356.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2646454/> (PubMed)
6. W. Bruce Jackson, Blepharitis: current strategies for diagnosis and management. Can J Ophthalmol-vol 43, NO 2, 2008.
[http://www.canadianjournalofophthalmology.ca/article/S0008-4182\(08\)80139-1/abstract](http://www.canadianjournalofophthalmology.ca/article/S0008-4182(08)80139-1/abstract)
7. Reza M. Haque, MD, Gail L. Torkildsen, MD Kurt Brubaker, BS, Richard C, Zink, PhD, Regis P. Kowalski, MS, Francis S. Mah, MD and Stephen C. Pflugfelder, MD. Multicenter open-label Study evaluating the efficacy of azithromycin ophthalmic solution 1% on the signs and symptoms of subjects with blepharitis. Cornea. Volume 29, number 8, August 2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508503> (PubMed)



1950

1. The first part of the book is devoted to a general introduction to the subject of the history of the United States.
2. The second part of the book is devoted to a detailed study of the early years of the Republic.
3. The third part of the book is devoted to a study of the development of the United States during the period of the Civil War.
4. The fourth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of Reconstruction.
5. The fifth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the Gilded Age.
6. The sixth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the Progressive Era.
7. The seventh part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the First World War.
8. The eighth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the Second World War.
9. The ninth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the Cold War.
10. The tenth part of the book is devoted to a study of the United States during the period of the Vietnam War.

The book is written in a clear and concise style, and is well illustrated with maps and photographs. It is a valuable resource for students and scholars alike.

