

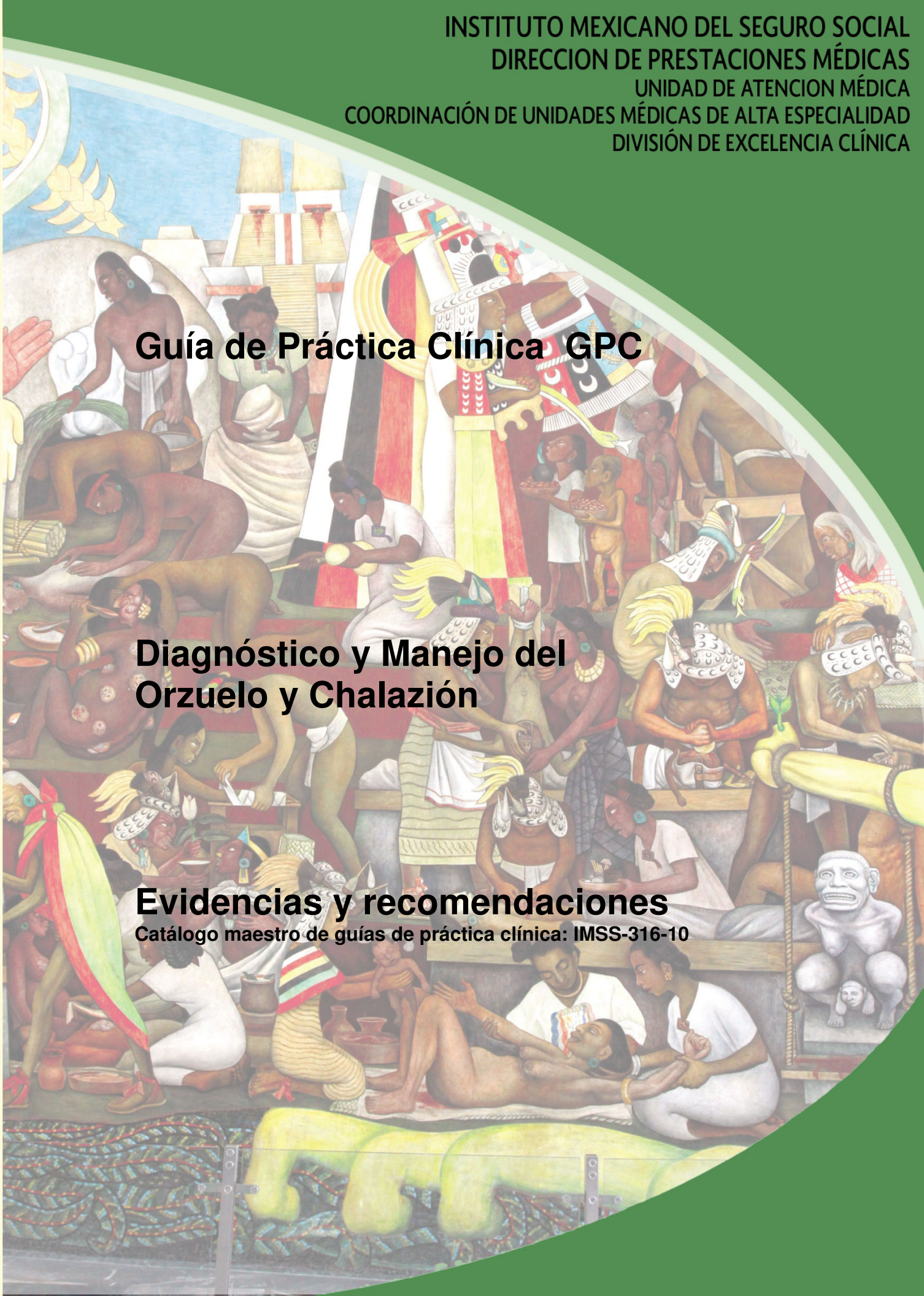
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

Guía de Práctica Clínica GPC

Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-316-10





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. FERNANDO JOSÉ SANDOVAL CASTELLANOS

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. JAVIER DAVILA TORRES

COORDINADOR DE EDUCACIÓN

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión**, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ISBN 978-607-8290-06-2

CIE-10: H00 Orzuelo y Chalazión

GPC: Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Médico Cirujano Oftalmólogo	Instituto Mexicano de Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica, CUMAE, México, DF
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Autores:

Dr. Víctor Manuel Pérez Vargas	Médico Cirujano Oftalmólogo		Médico Cirujano Oftalmólogo adscrito al servicio de Oftalmología del HGZ No. 2, Fresnillo Zacatecas
Dra. Elizabeth Reyes Estrella	Médico Cirujano Oftalmólogo	Instituto Mexicano de Seguro Social	Médico Cirujano Oftalmólogo adscrito al servicio de Oftalmología de HGZ No. 1, en San Fco. Campeche Campeche
Dr. Eduardo Márquez Martínez	Médico Cirujano Oftalmólogo		Médico Cirujano Oftalmólogo adscrito al servicio de Oftalmología de HGZ No. 30 Mexicali B. C.

Validación Interna:

Dra. Elvira Carolina Cantú García	Médico Cirujano Oftalmólogo		Médico Adscrito a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Hospital General Regional No. 36 Puebla, Puebla
Dr. Rolando López López	Médico Cirujano Oftalmólogo		Médico Adscrito al Hospital General Regional Benito Juárez No. 12, Mérida Yucatán
Dr. Fernando Martínez Reyes	Médico Cirujano Oftalmólogo	Instituto Mexicano de Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 San Luis Potosí, SLP
Dra. Laura Elizabeth Vargas Rodríguez	Médico Cirujano Oftalmólogo		Médico Adscrito al Hospital General de Zona No. 51 Gómez Palacio, Durango

Validación Externa:

Dr. José Adrián Rojas Dosal	Médico Cirujano Oftalmólogo		
Dr. Virgilio Lima Gómez	Médico Cirujano Oftalmólogo		
Dr. David Amado Romero Apis	Médico Cirujano Oftalmólogo		Academia Mexicana de Cirugía
Dra. María Estela Arroyo Yanes	Médico Cirujano Oftalmólogo		
Dra. Haideé Cabrera Reyes	Médico Familiar		Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	7
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 JUSTIFICACIÓN	8
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.3 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	10
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	11
4.1.1 FACTORES DE RIESGO	11
4.1.2 DIAGNÓSTICO.....	12
4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ORZUELO.....	12
4.1.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CHALAZIÓN.....	13
4.1.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14
4.1.3 TRATAMIENTO	15
4.1.3.1 MEDIDAS HIGIÉNICAS	15
4.1.3.2 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ORZUELO	16
4.1.3.3 TRATAMIENTO MÉDICO DE CHALAZIÓN	17
4.1.3.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CHALAZIÓN	18
4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	18
4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA.....	18
4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	18
4.2.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA.....	19
4.2.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	19
4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	19
4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA	20
5. ANEXOS	21
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	21
5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	22
5.3. MEDICAMENTOS	25
5.4. ALGORITMOS	27
6 . GLOSARIO.	29
7. BIBLIOGRAFÍA.	30
8. AGRADECIMIENTOS.....	31
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	32

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-316-10	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Oftalmólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	H00X Orzuelo y Chalazión
CATEGORÍA DE GPC	Primero y Segundo Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico General, Médico Oftalmólogo
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. HGZ No. 30 Mexicali Delegación Baja California Norte HGZ No. 2 en Fresnillo Delegación Zacatecas HGZ No. 1 en San Francisco Campeche Delegación Campeche Unidad Médica de Atención Ambulatoria. Hospital General Regional 36 Puebla. Delegación Puebla Hospital General Regional No. 12 Benito Juárez Mérida. Delegación Yucatán Hospital General de Zona /Medicina Familiar No. 1 San Luis Potosí. Delegación San Luis Potosí Hospital General de Zona No. 51 Gómez Palacio. Delegación Durango
POBLACIÓN BLANCO	Todos los pacientes con orzuelo y chalazión
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. UMAE HGZ No. 30 Mexicali Delegación Baja California Norte HGZ No. 2 en Fresnillo Delegación Zacatecas HGZ No. 1 en San Francisco Campeche Delegación Campeche
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de factores de riesgo modificables y no modificables para el orzuelo y chalazión Establecer medidas de higiene palpebral Diagnóstico temprano Indicaciones de tratamiento médico Referencia oportuna Indicaciones de tratamiento quirúrgico
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Incremento en la proporción de pacientes que realizan medidas higiénicas preventivas Tratamiento farmacológico y medidas generales oportunas para el paciente con orzuelo Diminución en el número de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico Incremento en la detección y referencia oportuna de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico Tratamiento de los factores de riesgo modificables en pacientes con orzuelo y chalazión recurrente
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 12 Guías seleccionadas: 4 del periodo 2004 y 2008 Revisiones sistemáticas y Metaanálisis: 0Ensayos Clínicos 2Estudios de Cohorte 0Estudios de Casos y Controles 0Estudios de Caso 1 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Mexicana de Ginecología y obstetricia
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _ Fecha de Publicación: 2010 (de 3 a 5 años a partir de la actualización)
Registro	IMSS-316-10
Actualización	Fecha de publicación: 30/06/2010. Fecha de Actualización: Agosto 2011. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1^a, Col. ROMA, México, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

Prevención

1. En pacientes con antecedentes orzuelo y chalazión ¿cuáles son las medidas higiénicas de prevención para evitar la recurrencia?

Diagnóstico

2. ¿Cuáles serían los datos clínicos que apoyan el diagnóstico de orzuelo y chalazión?
3. ¿Cuáles son las enfermedades que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del orzuelo y chalazión?

Tratamiento

4. En el paciente con orzuelo ¿cuál sería el tratamiento médico?
5. En el paciente con chalazión ¿cuál es el tratamiento definitivo?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

A pesar de ser uno de los problemas oftálmicos más comunes ya que es una causa común de morbilidad entre personas de todas las edades hay muy pocos estudios prospectivos sobre el tema. Un número relativamente pequeño de ensayos han estimado el éxito del tratamiento quirúrgico convencional entre el 60-89%, mientras que el tratamiento conservador puede ser exitoso para el 25-77% de los casos. Sin grandes ensayos prospectivos, es difícil aconsejar a los pacientes de los riesgos relativos y los beneficios de tratamiento quirúrgico o conservador (Jackson 2000).

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión**” forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

En el primer nivel de atención:

- Identificar de forma oportuna los signos y síntomas relacionados con el orzuelo y chalazión.
- Establecer el diagnóstico diferencial entre orzuelo y chalazión
- Realizar tratamiento oportuno del orzuelo para reducir la frecuencia de chalazión.
- Identificar los factores de riesgo para prevenir su aparición o posibles recurrencias del orzuelo y chalazión.
- Realizar la referencia oportuna al segundo nivel de atención.

En el segundo nivel de atención:

- Realizar su tratamiento quirúrgico oportuno
- Realizar diagnóstico diferencial con de carcinoma de glándulas sebáceas para manejo oportuno.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Orzuelo

Es una inflamación aguda de los párpados, que se caracteriza por una inflamación externa (afectando folículos pilosos, o asociada con glándulas de Zeis y Moll) o una inflamación interna (afectando las glándulas de Meibomio). El orzuelo externo ocurre en la superficie de la piel, en el borde de los párpados. El orzuelo interno se presenta sobre la conjuntiva tarsal. Ambos tipos pueden ser secuela de una blefaritis aguda (meibomitis) y requerir escisión y drenaje del absceso. La escisión está indicada cuando la lesión no se resuelve espontáneamente o con terapia médica (Eye guidelines 2004).

Chalazión

Es una inflamación granulomatosa de las glándulas sebáceas de meibomio que puede presentarse en forma espontánea o secundaria a un orzuelo o meibomitis aguda, puede requerir escisión, debido a que en su mayoría son estériles y no se requiere terapia antibiótica. En las lesiones tempranas está indicado el uso de compresas calientes. La escisión se indica cuando no se resuelve espontáneamente o con tratamiento médico. En caso de que la lesión sea recurrente se debe pensar en tomar biopsia por la posibilidad de carcinoma de glándula de meibomio o carcinoma de células escamosas. (Eye guidelines 2004).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

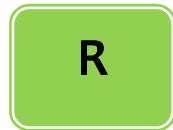
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Se reportan factores de riesgo como: blefaritis crónica, rosácea, dermatitis seborreica, inmuno deprimidos, diabetes y embarazo	2b <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i>
		B <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i>
	Se recomienda el manejo del paciente en forma integral y multidisciplinaria, debido a la asociación de esta patología con otros procesos que involucran otras áreas médicas	<i>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</i>

4.1.2 DIAGNÓSTICO

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ORZUELO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div>E</div>	<p>Se encuentra un absceso que ocasiona edema del borde palpebral, hiperemia, y queratinización del conducto glandular. Se puede observar un folículo piloso en el margen del párpado con una lesión como una pápula o pústula inflamatoria. La punta puede estar inflamada y eritematosa.</p> <p>III [E. Shekelle] <i>Fenga 2008</i></p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Lederman 1999</i> <i>Wald 2004</i></p>
<div>E</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoración en los párpados • Epífora • Enrojecimiento local del párpado <p><i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists</i> <i>2008</i></p>
<div>E</div>	<p>A veces la inflamación es difusa y no localizada y no existe una pústula evidente en el margen palpebral. Es necesario darle vuelta a los párpados y examinar la conjuntiva tarsal. Una pequeña, pústula es diagnóstico de orzuelo interno.</p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Wald 2004</i></p>
<div>R</div>	<p>Para establecer el diagnóstico de orzuelo deberán buscarse datos de un proceso inflamatorio agudo con dolor localizado, edema palpebral, eritema, papula o pústula en el borde palpebral con o sin secreción en conjuntiva.</p> <p>B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists</i> <i>2008</i></p> <p>C [E. Shekelle] <i>Fenga 2008</i></p> <p>D [E. Shekelle] <i>Lederman 1999, Wald 2004</i></p>

4.1.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CHALAZIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="240 575 406 701">E</div>	<ul style="list-style-type: none"> Nódulo subcutáneo en el tarso bien definido, elevado, no doloroso de 2-8mm de diámetro La eversión palpebral puede mostrar granuloma conjuntival externa Lesión única o múltiple Puede ser recurrente Puede drenar a través de la piel Algunas veces produce visión borrosa por astigmatismo inducido 	<p>2b <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p> <p>III [E. Shekelle] <i>Samaras 2008</i></p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Eye Guidelines American College of Occupational and Environmental Medicine 2004</i></p>
<div data-bbox="240 1041 406 1167">R</div>	<p>Para concluir el diagnóstico clínico de chalazión. Se recomienda realizar exploración palpebral en busca de masas nodulares, recurrentes que a la palpación son poco dolorosas, con dimensiones entre los 2 y 8 mm. de diámetro que durante la eversión palpebral exponen un granuloma que de acuerdo al tamaño pueden generar astigmatismo mecánico secundario.</p> <p>Es muy inusual que se presenten complicaciones, sin embargo deben considerarse</p>	<p>B <i>Clinical management guidelines College of optometrist 2008</i></p> <p>C [E. Shekelle] <i>Samaras 2008</i></p>
<div data-bbox="240 1423 406 1549">✓/R</div>	<p>1. Antes del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Absceso de la capsula de tenon Celulitis <p>2. Durante y después del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemorragias Alteraciones en el crecimiento de las pestañas Deformidad palpebral Fistula palpebral 	<p>Punto de Buena Práctica</p>

4.1.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="241 564 407 695">E</div> <p data-bbox="444 558 1040 590">El diagnóstico diferencial de chalazión se hace con:</p> <ul data-bbox="493 617 906 730" style="list-style-type: none"> • Orzuelo externo e interno • Quiste sebáceo de piel • Carcinoma de glándula sebácea 	<p data-bbox="1289 522 1321 554">2b</p> <p data-bbox="1127 558 1468 730"><i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p>
<div data-bbox="241 953 407 1083">E</div> <p data-bbox="444 907 1024 938">El diagnóstico diferencial del orzuelo se hace con:</p> <ul data-bbox="493 966 906 1161" style="list-style-type: none"> • Celulitis preseptal • Hematoma palpebral • Dacriocistitis aguda • Chalazión • Carcinoma de glándula sebácea 	<p data-bbox="1127 848 1468 1056"><i>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</i></p> <p data-bbox="1289 1060 1321 1092">IV</p> <p data-bbox="1127 1096 1382 1161">[E. Shekelle] <i>Lederman 1999</i></p>
<div data-bbox="241 1457 407 1587">R</div> <p data-bbox="444 1421 1102 1633">Las entidades con las cuales debe realizarse el diagnóstico diferencial son el quiste sebáceo de piel, carcinoma de glándula sebácea, celulitis preseptal, hematoma y dacriocistitis para lo cual es necesario considerar edad del paciente, antecedentes personales y traumas.</p>	<p data-bbox="1289 1289 1321 1320">B</p> <p data-bbox="1127 1325 1468 1497"><i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p> <p data-bbox="1127 1501 1468 1709"><i>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</i></p> <p data-bbox="1289 1713 1321 1745">D</p> <p data-bbox="1127 1749 1382 1814">[E. Shekelle] <i>Lederman 1999</i></p>

4.1.3 TRATAMIENTO

4.1.3.1 MEDIDAS HIGIÉNICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los autores recomiendan aplicar compresas calientes 3 a 4 veces al día, de 5 a 10 minutos en el área de la lesión	III <i>Blefaritis Guidelines</i> AAO 2008 IV [E. Shekelle] <i>Wald 2004, Lederman 1999</i>
R	En casos de orzuelo y chalazión se espera una recuperación espontánea. Sin embargo, se recomienda como tratamiento inicial las compresas húmedas tibias acompañadas de masaje con antibiótico en ungüento para acelerar la curación	B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Chalazion (Meibomian cyst)</i> <i>The College of Optometrists</i> 2008 <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists</i> 2008
R	Se recomienda higiene del borde palpebral con un hisopo de algodón (pero no más allá de la unión mucocutánea) Utilizar champú de bebé o solución de bicarbonato de sodio -Lavar dos veces al día al principio, cuando mejore reducir a una vez al día -Realizar presión del borde palpebral con el hisopo -Colocar compresas calientes para aflojar collaretes y costras -Orientar sobre el uso de cosméticos -Tratar la dermatitis seborreica con shampoo que contengan sulfuro de selenio o ketoconazol -La erradicación total de la blefaritis puede no ser posible, pero el cumplimiento a largo plazo con estas medidas deberían reducir los síntomas y reducir al mínimo el número y la gravedad de las recaídas	A <i>American Academy Ophthalmology</i> <i>Blepharitis Guidelines</i> 2008 B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Chalazion (Meibomian cyst)</i> <i>The College of Optometrists</i> 2008 B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Blepharitis</i> <i>The College of Optometrists</i> 2009

4.1.3.2 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ORZUELO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Distintos antibióticos son utilizados para el manejo local del orzuelo como cloranfenicol, bacitracina o eritromicina en ungüento puede ser utilizado 3 veces al día por 7 días.	<p>III <i>Blefaritis Guidelines</i> AAO 2008</p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Wald</i> 2004</p>
R	Se recomienda el tratamiento con antibióticos tópicos como cloranfenicol o cuando se tenga disponible eritromicina.	<p>A <i>Blefaritis Guidelines</i> AAO 2008 <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists</i> 2008</p>
E	<p>Los antibióticos sistémicos no son necesarios a menos que exista enfermedad asociada como celulitis, que es raro, acné rosácea y blefaritis o disfunción de las glándulas de meibomio que pueden ocasionar cuadros graves o recurrentes en tales casos es conveniente considerar antibióticos sistémicos como tetraciclinas o dicloxacilina como alternativa.</p> <p>Se recomienda el uso de antibiótico sistémico a base de alguna de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En adultos dicloxacilina 500 mg cada 6 hrs. por 7 días • En niños 250 mg cada 6 hrs. por 7 días <p>En caso de hipersensibilidad a la dicloxacilina utilizar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 250 -500 mg diario • Azitromicina 250-500 mg una a tres veces por semana. 	<p>III <i>Blefaritis Guidelines</i> AAO 2008 <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists</i> 2008</p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Leonid</i> 2002 <i>Lederman</i> 1999</p>
R		<p>A <i>Blefaritis Guidelines</i> AAO 2008</p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Leonid</i> 2002</p>

4.1.3.3 TRATAMIENTO MÉDICO DE CHALAZIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="245 443 407 569">E</div> <p data-bbox="444 401 1101 611">Las modalidades de tratamiento incluyen la higiene de párpados, compresas calientes, antibiótico tópico y sistémico, tetraciclina en los casos de acné rosácea. Sin embargo, la mayoría de las lesiones requieren procedimientos más invasivos, como esteroides intralesionales y cirugía.</p>	<p data-bbox="1289 443 1317 470">IV</p> <p data-bbox="1224 478 1382 506">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 514 1256 541">Unal 2008</p> <p data-bbox="1127 550 1295 577">Gilchrist 2009</p>
<div data-bbox="245 852 407 978">E</div> <p data-bbox="444 688 1101 930">Yagnik presento: tasa de éxito del 94,2%, en lesiones <6 mm de tamaño, y 56,28% en lesiones >6 mm. Inyectando 0,2 ml de 5-10 mg / ml en lesiones de <4 mm y 0,2 ml de 20-40 mg / ml en lesiones > 4 mm. Concluyendo que lesiones menores de 4 mm pueden ser tratadas con 1 a 2 inyecciones y aquellos que no respondieron tuvieron más beneficio con el curetaje.</p> <p data-bbox="444 968 794 995">Pizzarello mostró solución de:</p> <ul data-bbox="493 1031 813 1146" style="list-style-type: none"> • 40% con 1 inyección • 76% con 2 inyecciones • 88% con 3 inyecciones 	<p data-bbox="1289 751 1317 779">IIa</p> <p data-bbox="1224 787 1382 814">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 823 1284 850">Yagnik 2008</p> <p data-bbox="1289 858 1317 886">III</p> <p data-bbox="1224 894 1382 921">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 930 1333 957">Ben Simon 2005</p> <p data-bbox="1289 966 1317 993">IV</p> <p data-bbox="1224 1001 1382 1029">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 1037 1284 1064">Skorin 2002</p> <p data-bbox="1127 1073 1263 1100">Unal 2008</p>
<div data-bbox="245 1213 407 1339">E</div> <p data-bbox="444 1213 1101 1346">Una sola inyección de acetato de triamcinolona seguido de masaje palpebral es casi tan eficaz como el curetaje en el tratamiento de chalazión con menos molestias y dolor para el paciente.</p>	<p data-bbox="1289 1230 1317 1257">Ib</p> <p data-bbox="1224 1266 1382 1293">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 1302 1312 1329">Goawalla 2007</p>
<div data-bbox="245 1444 407 1570">R</div> <p data-bbox="444 1423 1101 1486">La opción disponible y más viable de realizar es el curetaje.</p> <p data-bbox="444 1528 1101 1661">Cuando se disponga de acetato de triamcinolona puede ser utilizada en lesiones menores de 4 mm a dosis de 0.2 ml/5-10 mg, en lesiones de 4 a 6 mm 0.2 ml/20-40 mg</p>	<p data-bbox="1289 1425 1317 1453">A</p> <p data-bbox="1224 1461 1382 1488">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 1497 1312 1524">Goawalla 2007</p> <p data-bbox="1289 1533 1317 1560">B</p> <p data-bbox="1224 1568 1382 1596">[E. Shekelle]</p> <p data-bbox="1127 1604 1284 1631">Yagnik 2008</p>
<div data-bbox="245 1717 407 1843">✓/R</div> <p data-bbox="444 1724 1101 1856">Los resultados de diversos estudios son contradictorios con gran variabilidad en las estadísticas que no permiten establecer el uso rutinario de esteroides intralesiones.</p>	<p data-bbox="1149 1766 1458 1793">Punto de Buena Práctica</p>

4.1.3.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CHALAZIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Estudios realizados que comparan el uso de esteroides intralesional con la incisión y curetaje en donde se encuentra una diferencia significativa de resolución completa a favor del curetaje de un 60% contra 8.7%	IIa [E. Shekelle] <i>Yagnik 2008</i> IV [E. Shekelle] <i>Skorin 2002</i>
E El tratamiento de elección es la incisión y curetaje de la lesión en el consultorio.	IV [E. Shekelle] <i>Lederman</i>
R Se recomienda realizar de primera intención la incisión y curetaje de lesiones mayores de 6 mm cuando el tratamiento conservador no ha funcionado.	B [E. Shekelle] <i>Yagnik 2008</i> D [E. Shekelle] <i>Skorin 2002</i>

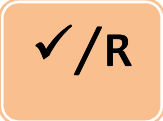
4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA




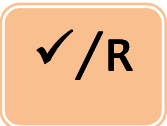

4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El tratamiento conservador debe ser intentado durante 3 meses para evaluar la respuesta, y en los casos que no exista mejoría realizar envío ordinario a oftalmología	IV [E. Shekelle] <i>Gole 2008</i>
R Los pacientes que no responden a tratamiento médico de orzuelo y evolucionan a chalazión deberán ser enviados para tratamiento oftalmológico.	D [E. Shekelle] <i>Gole 2008</i>
✓/R Se sugiere envío urgente a pacientes que presenten: <ul style="list-style-type: none"> Disminución de agudeza visual Hiperemia, edema y dolor palpebral Afección de la cornea 	Punto de Buena Práctica

4.2.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA**4.2.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La contrareferencia se llevara a cabo 3 dias despues de la incisió y curetaje</p>	Punto de Buena Práctica

4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Revisión 3 dias despues de la incisión y curetaje y de no existir complicaciones alta a su unidad de primer nivel</p>	Concenso de la mesa de trabajo
 <p>Lesiones resueltas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% en 2 semanas con 1 inyección • 84% en 4 semanas con 2 inyecciones • 89% en 6 semanas con 3 inyecciones • 11% no se resuelven en 8 semanas • 4% recurren en 6 meses 	Ila [E. Shekelle] Yagnik 2008
 <p>En caso de haber aplicado medicamento intralesional se sugiere revisión al mes y en caso de remisión alta a su UMF. Casos que no responden realizar incisión y curetaje.</p>	B [E. Shekelle] Yagnik 2008
 <p>Revisión 3 dias despues de la incisión y curetaje y de no existir complicaciones alta a su unidad de primer nivel.</p>	Punto de Buena Práctica
 <p>Lesiones resueltas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% en 2 semanas con 1 inyección • 84% en 4 semanas con 2 inyecciones • 89% en 6 semanas con 3 inyecciones • 11% no se resuelven en 8 semanas • 4% recurren en 6 meses. 	Ila [E. Shekelle] Yagnik 2008

R

En caso de haber aplicado medicamento intralesional se sugiere revisión al mes y en caso de remisión alta a su UMF. Casos que no responden realizar incisión y curetaje.

B
[E. Shekelle]

Yagnik 2008

4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="272 667 375 730">✓/R</div> <p>Se recomienda 3 días de incapacidad laboral en los casos en que se realiza escisión de chalazion. Quedando a criterio del médico las situaciones especiales.</p>	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 5 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008.
http://www.collegeoptometrists.org/filemanager/root/site_assets/cmg/chalazion_meibomian_cyst_final.pdf
2. Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008.
http://www.collegeoptometrists.org/filemanager/root/site_assets/cmg/hordeolum_final.pdf
3. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Blepharitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2008.
<http://www.aao.org/ppp>
4. Eye. Elk Grove Village: American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM); 2004.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8550&nbr=004759&string=eye

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: orzuelo, chalazión, sty, hordeolum, chalazion,

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la Evidencia	Fuerza de la Recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009)

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1 b de diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de un test específico, con unos buenos estándares de referencia (independientes del test) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) estudiados en un solo centro
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudios exploratorios que, por ejemplo, a través de una regresión logística, determinen qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes del test), algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivados o validados en muestras separadas o bases de datos
	3a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente
C	4	Estudio de casos y controles de baja calidad o sin un estándar independiente
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

<http://www.cebm.net/?o=1025>

5.3. MEDICAMENTOS

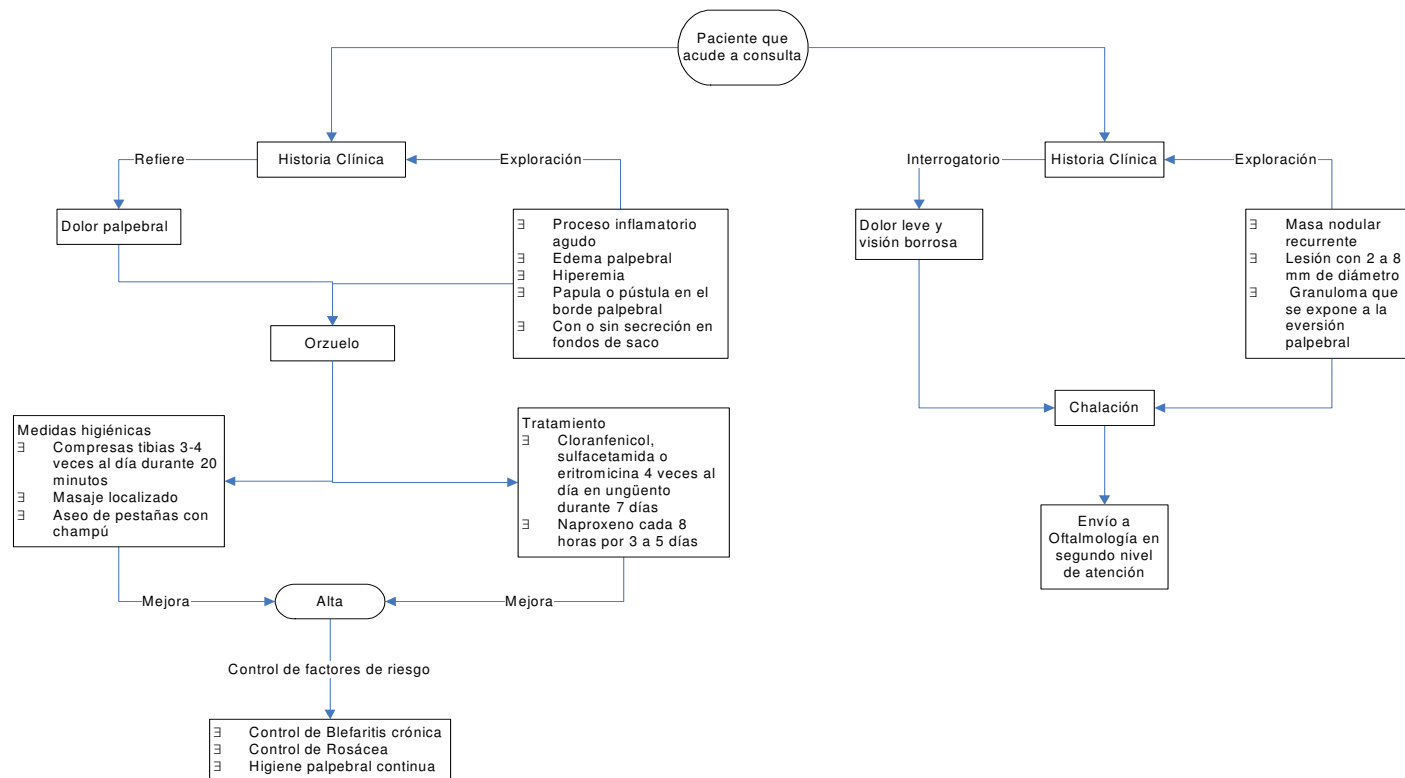
CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ORZUELO Y CHALAZION

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2822	Cloranfemicol	Aplicar 3 veces al día	Ungüento oftálmico. Cada g contiene: Cloranfenicol levógiro 5 mg Envase con 5 g.	Un mes	Hipersensibilidad, irritación local	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No usarse por más de 7 días.
	Neomicina, Polimixina B Y Bacitracina	Aplicar 3 veces al día	Ungüento oftálmico	Un mes	Hipersensibilidad, irritación local, superinfecciones por el uso prolongado	No administrar con antimicrobianos bacteriostáticos por efecto antagónico	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No usar por más de 7 días.
3407	Naproxeno	Adultos: 500 a 1500 mg en 24 horas. Oral.	Tableta 250 mg 30 tabletas	5 días	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia

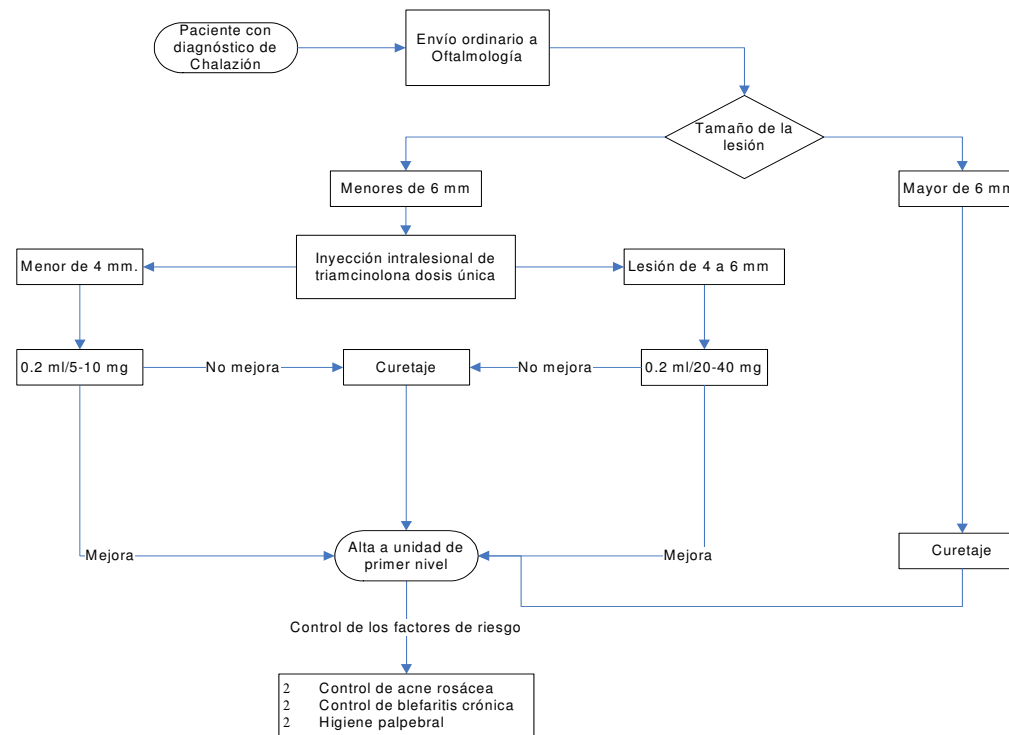
1926	Dicloxacilina	Adultos: De 1 a 2 g/día, dividir dosis cada 6 horas Niños de 1 mes a 10 años: 25 a 50 mg/ kg de peso corporal/día, en dosis dividida cada 6 horas	Cada cápsula o comprimido contiene: Dicloxacilina sódica 500 mg	7 días	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas. Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas	Hipersensibilidad al fármaco
------	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

5.4. ALGORITMOS

Algoritmo 1. Orzuelo y Chalazión en el Primer Nivel de Atención



Algoritmo 2. Orzuelo y Chalazión en el Segundo Nivel de Atención



6 . GLOSARIO.

Glándulas de Meibomio o glándulas tarsales: son pequeñas formaciones arracimadas dispuestas paralelamente entre sí en el espesor de los tarsos. Son unas 25 a 30 en el párpado superior y de 20 a 25 en el párpado inferior. Desde el punto de vista funcional, las glándulas de Meibomio son análogas a las glándulas sebáceas. Segregan un material lipídico que forma la capa externa de la película lagrimal precorneal.

Glándulas de Moll: son glándulas sudoríparas modificadas que ocupan el borde libre de los párpados y se abren entre las pestañas

Glándulas de Zeis o glándulas filiares: son, igualmente, glándulas sebáceas, poco desarrolladas, asociadas a las pestañas. El producto mixto de las glándulas de Meibomio y de las glándulas de Zeis constituye el material aglutinante conocido como legañas.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Blepharitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2008. <http://www.aao.org/ppp>
2. Ben Simon GJ, Huang L, Nakra T, Schwarcz RM, McCann JD, Goldberg RA.. Intralesional triamcinolone acetonide injection for primary and recurrent chalazia: is it really effective? Ophthalmology. 2005;112(5):913-7
3. Fenga C, Aragona P, Cacciola A, Spinella RC, Nola Di, Ferreri F and Rania L. Meibomian gland dysfunction and ocular discomfort in video display terminal workers Eye (2008) 22, 91–95
4. Gilchrist H, Lee G. Management of chalazia in general practice. Aust Fam Physician. 2009 May;38(5):311-4.
5. Goawalla A and Lee V. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetonide injections, incision and curettage and treatment with hot compresses Clinical and Experimental Ophthalmology 2007; 35: 706–712
6. Gole G, Cranstoun P, Spiro P, Sullivan T, Yuen S. Pre-Referral Guideline: Ophthalmology - Chalazion or sty. Royal Children's Hospital Clinics Available in the Children's Health Services_ Queensland, Australia. October 2008 http://www.health.qld.gov.au/rch/professionals/forms/opth_stye.pdf
7. Grove VE. Eye. American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM); 2004. 77 p.
8. Güemez SE. El papiro de Ebers y la oftalmología. Rev Mex Oftalmol 2009; 83(2):123-125
9. Jackson TL and Beun L. A prospective study of cost, patient satisfaction and outcome of treatment of chalazion by medical and nursing staff . Br J Ophthalmol 2000 84: 782-785
10. Lederman C. and Miller M. Hordeola and Chalazia Pediatr. Rev. 1999;20;283
11. Samaras K, Lindfield D, Saleh GM and Poole TRG. Chalazion-induced hypermetropia: a topographic illustration Eye (2008) 22, 318–322
12. Skorin Leonid Jr, OD, DO, FAAO, FAOCO. Hordeolum and chalazion treatment The full gamut. 2002; June 28, pag 25-27. OT. www.optometry.co.uk. http://www.optometry.co.uk/articles/docs/Oe8005e0bc2e021ee066d330df17d893_skorin20020628.pdf
13. The College of Optometrists 2008. Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) http://www.college-optometrists.org/filemanager/root/site_assets/cmg/chalazion_meibomian_cyst_final.pdf
14. The College of Optometrists 2008. Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus http://www.college-optometrists.org/filemanager/root/site_assets/cmg/hordeolum_final.pdf
15. Unal, Mehmet. Chalazion Treatment, Orbit 2008; 27: 6, 397 — 398
16. Wald ER. Periorbital and Orbital Infections Pediatr. Rev. 2004;25;312-320
17. Yagnik HK, Vyas H, Adnani K, Das S, Sivasane S, Shah D. Proceedings of annual conferences of all india ophthalmological society are published as year books. AIOC bangalore 2008. Proceedings 2008. inflammation session. intralesional triamcinolone in chalazion: a reason to relax 303 . <http://www.aios.org/proceed08/papers/index.html>

8. AGRADECIMIENTOS.

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

NOMBRE	Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
	CARGO/ADSCRIPCIÓN	
Dr. Leopoldo Santillan Arreygue	Jefe de Prestaciones Médicas. Delegación	Zacatecas
Dr. Francisco Javier Novoa Martínez	Director del Hospital General de Zona	No. 2 Fresnillo
Dr. Jorge Mendoza Parada	Jefe de Prestaciones Médicas. Delegación	Baja California
Dr. Manuel J. Franco Solano	Director del Hospital General de Zona	No. 30 Mexicali, BC
Dr. Santiago Rico Aguilar	Jefe de Prestaciones Médicas	Delegación Campeche, Campeche
Dr. Dr. Francisco Rodríguez Ruiz	Director HGZ/MF No. 1	Campeche, Campeche
Dr. Eduardo Ramón Morales Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas. Delegación	Puebla
Dr. Víctor Amaral Sequeira Herrera	Director de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria,	Hospital General Regional No. 36 Puebla, Puebla
Dr. Felipe Manuel Alonso Vázquez	Director Hospital General	Regional No. 1 Mérida, Yucatán
Dr. Miguel Ángel Villatoro Padilla	Jefe de Prestaciones Médicas	Delegación San Luis Potosí
Dr. Francisco Javier Ortiz Nesme	Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1	San Luis Potosí, SLP
Dr. José Luis Ahuja Navarro	Jefe de Prestaciones Médicas. Delegación	Durango
Dr. Luis Manuel García Quijano	Director del Hospital General de Zona	No. 51 Gómez Palacio
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador