



SUMARIO

- 42 MONOGRAFÍA
Glaucoma Cortisónico
María Luciana Genna
- 50 TRABAJO ORIGINAL
Programa de Gestión de Calidad en Salud
*Zulema Bianconi, María Amelia Meregalli, Margarita Belda Montero,
Fernando Rodríguez, Hector Sanchez*
- 67 MONOGRAFÍA
Síndrome de Duane
Juan Pusterla

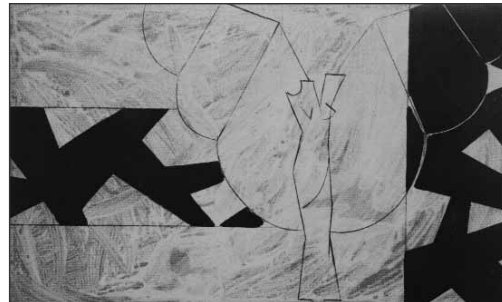


Imagen de la portada

Juan Lecuona

Princesita entre el corazón y el viento, 1999

SECCIONES

- 40 Editorial
- 67 Calendario
- 69 Normas de presentación



HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCÍA



CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



Av. San Juan 2021 - Capital Federal

❦

HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCÍA

Directora: Dra. Graciela Reybaud

Subdirectores: Dr. Carlos Guisasola - Dra. Estela Fernández Rey

OSL CONSEJO EDITORIAL

Director Científico:

Dr. Carlos Hugo Plotkin

Comité Científico de Redacción:

Dra. Patricia Atenor

Dr. Oscar Croxatto

Dra. Mónica Chioconi

Dr. Daniel Grigera

Dr. Fernando Pellegrino

Dr. Jorge Valverde

Dr. Daniel Vidal

Comité Científico Asesor:

Dra. María Amuchástegui

Dr. Daniel Benisek

Dr. Gustavo Bodino

Dra. Marta Bouchez

Dr. Ricardo Brunzini

Dr. Antonio Carrizo

Dr. Rodolfo Casullo

Dr. Ricardo Corradi

Dr. Antonio Famiglietti

Dra. Susana Gorosito

Dr. Patricio Grayeb

Dra. Ester Palazzo

Dra. Mabel Pepa

Dr. Jorge Porporato

Dr. Juan Ranieri

Dr. Pablo Rivera

Dr. Jorge Sánchez

Dra. Elvira Senlle

Dr. Jorge Spadaccini

Dr. Eduardo Torres

Dra. Margarita Villada

*Dirección: Av. San Juan 2021
Tel.: (54-11) 4941-5555/7077
hospstalucia@speedy.com.ar
www.hospitalsantalucia.org*

Oftalmológica Santa Lucía
es una realización editorial

 **EDICIONES
DE LA GUADALUPE**

trimestral de:

Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 4373-0751

Tel.: (54-11) 4373-0799

osl@fibertel.com.ar

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

*La reproducción total o parcial
de los artículos de esta
publicación no puede realizarse
sin la autorización expresa
por parte de los editores.*

*La responsabilidad por los juicios,
opiniones, puntos de vista o
traducciones expresados en los
artículos publicados corresponde
exclusivamente a sus autores.*

*Registro de la Propiedad
Intelectual en trámite.*

ISSN 1666-1346

*El volumen VI, N° 2
pertenece a los meses de abril,
mayo y junio de 2007*

Dirección Editorial:

Lic. Iris Uribarri

Coordinación y Diseño:

Eugenia Grané

Diagramación:

Magdalena Morán

Publicidad:

Jessica Sánchez Voci

❦

El Cartero llama dos (o más) veces

Dr. Carlos H. Plotkin.

Jefe Docencia e Investigación.

Hospital Oftalmológico Santa Lucía, Bs As, Argentina.

chplotkin@hotmail.com

Otra vez trasciende lo intrascendente. Otra vez la visión apocalíptica. Volcar en la web el intercambio epistolar suscitado entre la SAO y el CAO dónde se ventilan diferencias sobre el Curso Anual 2008, es casi una falta de respeto hacia los miembros de esas Instituciones. Las más altas autoridades del CAO deberían comprender que la difusión de esos entretelones puede interesarle sólo al 1 % de la comunidad oftalmológica (es muy generosa esa cifra?; es posible). Estos dimes y diretes pueden ser tratados privadamente y no molestar a nadie con cartas que sólo pueden despertar indiferencia en el mejor de los casos, y en el peor, una mueca despectiva.

Como miembro de ambas instituciones prefiero que cada una de ellas se dedique a su tema específico. El Consejo quiere hacer una carrera de especialista, quiere editar una revista, quiere dictar cursos.... No nació para eso. Para eso está la SAO que vive hace más de 80 años. El CAO nació y se crió para la lucha en otros terrenos. La lucha contra la Optometría, sí, es lo suyo, aunque tampoco es lo único en este

mundo. Hay que buscar soluciones a los absurdos aranceles que nos pagan las obras sociales y las prepagas por nuestras consultas y cirugías, hay que ver qué ocurre con el magro salario que se les paga a los médicos en la actividad privada, qué sucede con el tratamiento casi sodomítico que se les da a los residentes en algunas clínicas dónde no se los forma sino que se los utiliza como mano de obra barata, por qué no se defiende al docente que va a dar sus clases gratuitamente a universidades privadas, etc, etc. Ahí lo queremos al CAO. Ahí tiene una ciclópea tarea. Ahí el CAO pisa terreno firme. Su participación en el curso anual (como organizador, no como invitado) debería hacerse desde esa posición. Con esos temas; no con un curso sobre glaucoma o catarata que es más de los mismo. Seguramente la comunidad oftalmológica lo agradecerá. No es necesario publicar cartas que tratan la forma y no el fondo. Dejemos la repercusión mediática para otros temas. No subestimemos al colega.

No quiero terminar estas líneas sin rendir homenaje a un grande de la Oftalmología argentina, el Dr. Bernardo Weil, recientemente fallecido. Creador de una subespecialidad, la de las vías lagrimales. Todos los de mi generación aprendimos de él. Reconocido internacionalmente, dictó cursos y participó en conferencias en todo el mundo. Fue coautor con Benjamín Midler de un libro imprescindible sobre dacriología. Más que todo ello, Bernardo, fue un maestro y amigo a quién estaré siempre agradecido.

Hasta la próxima

MONOGRAFÍA

Glaucoma Cortisónico

María Luciana Genna

R esumen

El uso prolongado de esteroides, en especial su administración tópica causará una elevación en la presión en algunos pacientes, con hallazgos clínicos que se asemejan a un glaucoma primario de ángulo abierto. El mecanismo del glaucoma secundario se desconoce, si bien una inusual sensibilidad a los esteroides en las vías de drenaje del acuoso puede llevar a una mayor resistencia a su salida, posiblemente por influencia sobre los glucosaminoglicanos, o la actividad fagocítica en el trabeculado.

Cuando se produce el glaucoma inducido por esteroides, éstos deberán ser suspendidos de ser posible, y si persiste la elevación de la PIO, será tratada con medicación o cirugía, según se requiera. Los antiinflamatorios no esteroideos constituyen una opción válida en los pacientes que presentan mayor riesgo de desarrollar glaucoma.

Como modalidad de tratamiento en un futuro, se incluyen drogas bloqueantes de receptores y aquellos inhibidores de los cambios producidos por los corticoides en el trabeculado.

Introducción

El glaucoma cortisónico es una forma de glaucoma de ángulo abierto comúnmente asociada a la aplicación tópica de corticosteroides, como así también, a la administración sistémica de los mismos.

El primero en describirlo fue Mc Lean en 1950, quien informó un aumento de la presión intraocular en respuesta a la administración sistémica de ACTH en el tratamiento de la uveítis. Más tarde, en 1952, Lijó-Pavía describe el primer caso en Argentina. Luego en 1954, Francois publica un trabajo sobre el primer caso de hipertensión ocular producida por la administración local de cortisona. Numerosos reportes siguieron a estas primeras observaciones los cuales confirmaron el efecto hipertensivo ocular de los esteroides. En 1962, Goldman y col. relatan las características de la enfermedad en 6 pacientes y la llaman *Glaucoma Cortisónico*.

Posteriormente, a través de estudios estadísticos poblacionales controlados, se logró verificar que ciertos individuos presentan una sensibilidad especial a estas drogas. Fue posible separar estadísticamente en grupos de poblaciones normales, sensibles e insensibles al efecto hipertensor ocular desencadenado por el uso local de colirios de corticoides.

Objetivo

El siguiente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre el tema, tratando de agrupar los conocimientos actuales sobre mecanismo de producción, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de dicha entidad.

Desarrollo

Fisiopatología

Está bien documentado que la elevación de la presión intraocular es secundaria a un aumento en la resistencia de salida del humor acuoso. Parece existir una alta concentración de receptores glucocorticoideos específicos en el tejido trabecular y uveal anterior, representando el "tejido objetivo" que media en la reducción del flujo de salida. Se han propuesto varias teorías para explicar de qué manera se produce dicho mecanismo. Algunos lo atribuyen a una acumulación de glucosaminoglicanos polimerizados (ácido hialurónico) en el trabeculado. Esto ocurre porque falla la degradación (despolimerización) de los mismos, debido a la inhibición de la liberación de las enzimas contenidas en los lisosomas, por el efecto estabilizante de membranas lisosomales por los corticoides. Otra teoría indica que los corticosteroides suprimen la actividad fagocítica de las células endoteliales del trabeculado por lo que los detritus del acuoso se acumulan en el mismo y actúan como barrera. Esta teoría concuerda con estudios ultraestructurales que muestran la marcada deposición de material amorfo y fibroso o linear en el trabeculado yuxtacanalicular de ojos con glaucoma inducido por es-

teroides. Se ha comprobado la acumulación de 5-B-dihidro cortisol en las células trabeculares de los pacientes con glaucoma. Esta sustancia potenciaría el efecto de los corticoides tópicos. Es por esto que se ha relacionado la presencia de 5-B-dihidro cortisol con la sensibilidad para presentar glaucoma luego de la administración de corticoides. Otras observaciones han sugerido un incremento en la expresión de colágeno, elastina y fibronectina en la matriz extracelular o por expresión inducida de sialoglicoproteínas. Se postuló también que la administración prolongada de esteroides tópicos se asocia con un acuoso alcalino con menor contenido de ácido ascórbico y una menor síntesis de prostaglandinas que regulan la salida del mismo.

Varios autores han sugerido susceptibilidad genética para el glaucoma inducido por corticosteroides. El papel que juega la miocilina en la hipertensión ocular inducida por corticosteroides se fundamenta en: 1) la miocilina está altamente expresada en las células trabeculares expuestas a los glucocorticoideos, 2) la demora en su expresión es similar a la demora en el aumento de la presión en ojos tratados con glucocorticoideos y 3) la dosis requerida para provocar la expresión de la proteína es similar a la requerida para aumentar la PIO. No obstante no está clara la función de la miocilina y los experimentos que intentaron alterar su expresión dieron resultados diversos.

Deben continuarse las investigaciones acerca de la miocilina y otros productos genéticos para comprender el rol de los esteroides en las células de la malla trabecular y la resistencia del flujo saliente.

Factores de Riesgo

No está probado que exista una asociación entre la respuesta de la PIO a los corticoides y una herencia de glaucoma de ángulo abierto aunque es claro que los pacientes con glaucoma de ángulo abierto tienen más probabilidad que la población general de tener un glaucoma por corticoides. Dentro de los factores de riesgo más comunes se hallan la miopía elevada, diabetes mellitus, enfermedades del tejido conectivo (más frecuentemente artritis reumatoidea), y el retroceso traumático del ángulo.

Los pacientes con pseudoexfoliación responden a los corticoides de la misma manera que la población general. El efecto de los esteroides en la PIO en el glaucoma pigmentario no está claro aún.

Clasificación:

1) Administración Tópica: se asocia con el aumento de la PIO con mayor frecuencia que la administración sistémica. Esto puede producirse no sólo con las gotas o cremas aplicadas directamente sobre el ojo, sino con las preparaciones esteroides que se usan para tratar la piel de los párpados.

2) Inyección Periocular: es la vía de administración más peligrosa desde el punto de vista del glaucoma inducido por esteroides. La elevación de la PIO puede producirse en respuesta a inyecciones subconjuntivales, retrobulbares o subtenonianas. Los esteroides de depósito son particularmente peligrosos por su prolongada duración de acción y en ocasiones puede ser necesario extirpar quirúrgicamente la droga restante para poder controlar la presión. Incluso estos depósitos pueden provocar un aumento de la presión

en pacientes que no presentan un aumento de la PIO de forma secundaria a la administración local de corticoides.

3) Inyección Intravitrea: de triamcinolona puede causar un severo aumento de la PIO de 3 a 4 semanas de iniciado el tratamiento con importante pérdida visual.

4) Administración Sistémica: tiene menos probabilidades de inducir glaucoma. Se ha informado que esta respuesta no se correlaciona con la dosis o la duración del tratamiento, sino con el grado de respuesta de la presión a los esteroides tópicos. Se ha observado que cantidades de corticoides, suficientes para influir sobre la PIO, pueden ser absorbidas a partir de su aplicación en la piel y en las zonas remotas de los ojos.

5) Enfermedades sistémicas: el aumento de los corticoides endógenos como se produce en la hiperplasia suprarrenal o en la enfermedad de Cushing puede incrementar la PIO.

Formas Clínicas

El glaucoma cortisónico se podrá presentar de diferentes formas clínicas:

1) *Forma Crónica*: evidencia a la forma de hipertensión ocular producida en la terapia local o sistémica.

Con los corticoides tópicos el aumento de la PIO ocurre típicamente entre las 2 y 6 semanas y estos valores se elevan a niveles variados. Frecuentemente existe una diferencia significativa entre los niveles de presión alcanzados entre ambos ojos de un mismo paciente. De todas maneras el tiempo requeri-

do y la magnitud de elevación parece depender de varios factores incluyendo potencia y dosis de la preparación, frecuencia de aplicación, vía de administración, presencia de otras enfermedades oculares y sistémicas y la respuesta individual del paciente.

Los defectos en el campo visual simulan aquellos propios del glaucoma crónico de ángulo abierto, la gravedad depende del tiempo de utilización de la droga y de los niveles de presión que tenía previamente el paciente. En muchos casos en los que la supresión del corticoide consigue normalizar los valores de presión ocular, en el campo visual permanecen los defectos en forma irreversibles. En estos ojos se observan además, grados variables de afección del nervio óptico. Pasada la crisis hipertensiva, las secuelas campimétricas y los defectos en la papila podrían sugerir un glaucoma de presión normal. El mayor inconveniente que existe en esta forma crónica, es la diferenciación del glaucoma cortisónico con el glaucoma crónico simple asociado. Este último puede exigir un tratamiento clínico hipotensor ocular o en su defecto, un procedimiento quirúrgico. Además del glaucoma se pueden observar otras complicaciones asociadas al uso de esteroides como: catarata subcapsular posterior, ptosis, midriasis, atrofia de la piel de los párpados, infección ocular, retraso en la cicatrización de las heridas y ulceración corneal.

2) *Forma Aguda*: es extremadamente rara, teniendo todas las características de un glaucoma primario por cierre angular.

3) *Forma Pseudocongénita*: en los recién nacidos adquiere la forma clínica de buftalmia, córneas agrandadas y edematosas, lagrimeo,

blefaroespasmo, y daño al nervio óptico simulando un glaucoma congénito primario.

Se trata frecuentemente de una condición hipertensiva ocular que ocurre como resultado de la prescripción y utilización indebida de colirios de corticoides. Que en general se utilizan para el tratamiento de obstrucciones congénitas de la vía lagrimal, conjuntivitis, inflamaciones o procesos diversos del segmento anterior del globo ocular. Las obstrucciones congénitas de la vía lagrimal deben ser consideradas la causa más frecuente de glaucoma pseudocongénito.

Del mismo modo que las demás formas de glaucoma cortisónico, frecuentemente presenta regresión y normalización de la PIO cuando se interrumpe la administración de los esteroides.

4) *Uveítis Pseudohipertensiva*: durante el curso del tratamiento de una uveítis de cualquier naturaleza, la hipertensión ocular podrá aparecer por distintas circunstancias. Tal es el caso de la uveítis primitivamente no hipertensiva, que debido a la instilación de colirios de corticoides, desencadena una elevación de la PIO, la cual, se normalizará al interrumpir el uso de la droga. O el caso de la uveítis inicialmente hipertensiva que aún con el tratamiento hipotensor y la disminución del cuadro inflamatorio ocular, la hipertensión continúa.

Pudiendo deberse a las secuelas cicatrizales del proceso inflamatorio uveal o por el uso persistente de esteroides oculares confirmado, por la interrupción de la droga y la evaluación gonioscópica del seno camerular.

Riesgo relativo de los esteroides tópicos

En general la potencia de un esteroide tópico es proporcional a su efecto inductor de la presión. La Betametasona, la Dexametasona y la Prednisolona son potentes corticosteroides de uso común, con significativa tendencia a provocar un glaucoma inducido por esteroides. También se ha informado que el Fluradrenolido, un corticosteroide de uso poco frecuente, también causa glaucoma.

Con respecto a los esteroides no adrenales, se ha demostrado que este grupo de drogas, relacionadas íntimamente con la progesterona, tienen importantes propiedades antiinflamatorias con mucho menos efecto sobre la presión que la mayoría de los corticoides. La Medrisolona tiene su uso en el tratamiento de afecciones no oculares por su escasa penetración corneal. Ha demostrado ser efectiva el tratamiento de la iritis con tiene una mínima elevación de la PIO asociada. La Fluorometolona es más efectiva que la medrisolona en el tratamiento de la inflamación del segmento anterior ocular. Si bien el efecto inductor de la presión de la fluorometolona es sustancialmente menor que el de los corticoides potentes, se han observado importantes aumentos en la presión con el uso de esta droga.

Es por eso que con los esteroides no adrenales deben tomarse las mismas precauciones que con los corticosteroides.

En el grupo de los antiinflamatorios no esteroides de uso tópico se encuentran la Oxifenbutazona, el Flurbiprofeno, el Diclofenac, y el Ketorolac. Está publicado que no causan elevación de la PIO.

También se comprobó que el flurbiprofeno no bloquea la elevación de la presión inducida por corticoides.

Diagnóstico

Como se mencionó, este tipo de glaucoma, deberá diferenciarse con el glaucoma simple de ángulo abierto y del glaucoma de ángulo abierto exacerbado por los corticoides.

El diagnóstico es confirmado por la resolución de la PIO elevada luego de discontinuar el tratamiento con corticoides. Esto puede demorar días o semanas. La duración del tratamiento y la magnitud de la elevación no está relacionada con el tiempo de recuperación (aunque los pacientes que recibieron tratamientos prolongados tuvieron menor incidencia de recuperación).

En un pequeño porcentaje de paciente, la PIO puede permanecer elevada a pesar de la interrupción. Algunos autores piensan que estos casos corresponderían a pacientes con glaucoma crónico simple de ángulo abierto exacerbado por los corticoides.

Manejo del paciente

1) *Medidas Preventivas*: el tratamiento más efectivo para evitar el desarrollo de un glaucoma cortisónico es evitando el uso de estas drogas, principalmente en aquellos pacientes que presentan mayor riesgo asociado. Y de ser necesaria su prescripción, resultará conveniente utilizar aquellos esteroides de menor potencia, realizando un cuidadoso monitoreo de la PIO durante el tratamiento, como así también una buena educación del paciente.

En pacientes que deben consumir corticosteroides sistémicos, pueden ser combinados con algún inmunosupresor como ciclofosfamida o metotraxato, teniendo en cuenta que esta medicación tiene sus propios

efectos adversos y requiere de minuciosos controles.

2) *Suspensión del Esteroide*: suele ser la primera línea de defensa, y con frecuencia la única que se requiere para el tratamiento. La forma crónica puede normalizar la PIO en 1 a 4 semanas, mientras que la forma aguda requiere sólo días. En el caso de los corticoides de depósito suelen requerir la extirpación quirúrgica de los mismos.

3) *Terapia Antiinflamatoria alternativa*: cuando se sospecha este tipo de glaucoma el agente puede ser reemplazado por un antiinflamatorio no esteroideo, que como ya se mencionó, no tiene efecto sobre la presión intraocular.

4) *Manejo de la PIO elevada persistente*: En 3% de los casos la reacción a los esteroides es irreversible. El tratamiento de dichos casos es igual al glaucoma primario de ángulo abierto. No se recomienda el uso de mióticos para tratar el glaucoma inducido por corticosteroides, ya que el uso de dichos de dichos agentes está contraindicado en ojos inflamados. Se pueden utilizar betabloqueantes, preferentemente, una vez suspendido el tratamiento con corticoides. Constituyen los agentes más utilizados en este tipo de glaucoma. La administración paralela de latanoprost ha demostrado ser tan efectiva como la suspensión del tratamiento de los corticoides, es un tratamiento útil en caso de no poder discontinuar la administración de los mismos. Sin embargo, han existido casos en los que el latanoprost provocó uveítis o edema macular quístico en paciente con ojos pseudofáquicos. La brimonidina

también puede ser utilizada en glaucomas de este tipo, aunque han existido casos de uveítis. La acetazolamida oral es efectiva a corto plazo para el control de la PIO en todo tipo de glaucomas. Los inhibidores tópicos de la anhidrasa carbónica (dorzolamida y brinzolamida) también pueden utilizarse en el tratamiento. No ha probado ser efectiva la trabeculoplastia láser argón, anterior o posterior al tratamiento con corticosteroides, para prevenir los aumentos de la presión provocadas por los mismos. La trabeculectomía es un procedimiento efectivo en aquellos pacientes que continúan teniendo la PIO elevada a pesar del tratamiento médico instaurado. El glaucoma uveítico constituye un verdadero desafío en cuanto al tratamiento. Los corticoides siguen siendo la medida terapéutica más indicada para controlar la inflamación, pero es fundamental un serio control de la PIO. En principio deben minimizarse el uso de esteroides y aplicar un tratamiento antiglaucomatoso.

5) *Futuras Posibilidades Terapéuticas*: la mifepristona (RU 486-6), un bloqueante periférico de la progesterona ha demostrado disminuir la PIO en conejos. Actuaría compitiendo con los receptores específicos para glucocorticoides. El Tetrahidrocortisol también tiene efectos hipotensores actuando mediante la inhibición de los cambios producidos por los corticoides en el citoesqueleto del trabeculado.

Discusión

La dexametasona es el corticoide oftálmico más potente, y presenta la mayor incidencia de efectos adversos. La prednisolona es el es-

tándar de tratamiento antiinflamatorio, y por su gran potencia, tiene una alta incidencia de aumento de la PIO y de cataratas.

Otros compuestos son la fluorometolona y medrisona. Es preferible utilizar corticoides con menor potencial de incremento de la PIO, como fluorometolona, o rimexolona o, de ser posible, elegir antiinflamatorios no esteroideos. El loteprednol es relativamente nuevo, y tiene la característica de ser rápidamente transformado a un metabolito inactivo en la cámara anterior, lo que minimiza los efectos adversos, manteniendo la eficacia para las inflamaciones externas. La rimexolona tiene buena actividad antiinflamatoria con bajo potencial de aumento PIO.

Conclusiones

Aunque se ha avanzado en los últimos años en la comprensión del mecanismo que provoca el glaucoma inducido por corticosteroides, deben continuarse las investigaciones. No se conoce por completo el componente genético que interactúa en estos casos.

Deben identificarse mejor cuales son los pacientes con mayor riesgo para poder controlarlos más efectivamente.

En la mayoría de los casos el glaucoma inducido por corticoesteroides puede ser tratado eficazmente con un tratamiento antiglaucomatoso tópico, aunque lo ideal es la supresión del tratamiento esteroideo.

Es posible que la utilización de antiinflamatorios no esteroideos ofrezcan una opción terapéutica sin variar la presión intraocular.

Bibliografía

- 1) Sampaolesi: Glaucoma, 1991, 2° Edición, Corticoides y Presión Ocular, Pág. 586-589.
- 2) Wallace L. M. Alward, MD: Glaucoma Los Requisitos En Oftalmología, 2001, "Glaucoma Inducido Por Corticoides", APG 138.
- 3) Robert Ritch, M. Bruce Shields, Theodore Krupin: The Glaucomas. 1996, 2° Edicion, Cap: 55 "Corticosteroid-induced Glaucoma". Pág. 1177-1188.
- 4) Dr. Jaime I. Yankelevich, Dr. Daniel Grigera, Dr. Javier Casiraghi. Consejo Argentino De Oftalmología, Universidad Católica de Salta, 2003, Módulo 6: Glaucoma, Pag. 445-446.
- 5) JP Kersey, DC Broadway. Corticosteroid-induced glaucoma: a review of the literature, Eye (2006) 20, 407-416.
- 6) Glaucoma and intravitreal steroids, Ophthalmology, 2006, sep; 113(9): 1688.
- 7) Severe steroid-induced glaucoma following intravitreal injection of triamcinolone acetonide. Am J Ophthalmology, 2006 Mar; 141(3): 580-2.
- 8) Olga A. Agapova, Paul L. Kaufman, M. Rosario Hernández, "Androgen receptor and NFkB expression in human normal and glaucomatous optic nerve head astrocytes in vitro and in experimental glaucoma", Experimental Eye Research 82 (2006) 1053-1059.
- 9) Chen Sd, lochhead J, Patel CK, Frith P. Intravitreal triamcinolone acetonide for ischaemic macular edema caused by branch retinal vein occlusion, Br J Ophthalmol 2004; 88(1): 154-155.
- 10) Damji KF, Muni RH, Munger RM. Influence of corneal variables on accuracy of intraocular pssure measurement, J Glaucoma 2003; 12:69.
- 11) Ishibashi T, Takagi Y, Mori K, et al. cDNA microarray analysis of gene expression changes induced by dexamethasone in cultured human trabecular meshwork cells, Invest Ophthalmol Vis

Sci 2002; 43:3691.

12) Bakri SJ, Beer PM. The effect of intravitreal triamcinolone acetonide on intraocular pressure-
Ophth Surg Lasers Imaging 2003;34:386.

13) Jonas JB, Kreissig I, Degenring R. Intraocular pressure after intravitreal injection of triamcinolone acetonide, Br J Ophthalmol 2003;87:24.

14) Honjo M, Tanihara H, Inatani M, et al. External Trabeculotomy for the treatment of steroid-in-

duced glaucoma, J Glaucoma 2000;9:483.

15) Almeida, Almeida, Calixto, Carballo: Glaucomas Secundarios. 1989, 1° EdiciŃn. Cap 16, PŃg. 185-189.

16) Shields: Glaucoma, 2° EdiciŃn, Cap 19 "Glaucoma inducido por esteroides", PŃg 319-323 19-80.

17) Shield's Textbook of Glaucoma, 2005, Fifth Edition, Cap 23: "Steroid-Induced Glaucoma". Pag. 387-392.



TRABAJO ORIGINAL

Programa de Gestión de Calidad en Salud Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Análisis Organizacional

Autores: Dra Zulema Bianconi, Dra. Maria Amelia Meregalli, Dra. Margarita Belda Montero, Dr. Fernando Rodríguez, Dr. Hector Sanchez

Comisión Central del Programa de Gestión de Calidad en Salud¹

✉ bzulema@fibertel.com.ar

Resumen

Se realizó un análisis organizacional del Programa de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en diciembre de 2006. Las dimensiones del análisis seleccionadas fueron la historia, los actores, las actividades, el contexto socio político, las expectativas sociales, la conducción, el liderazgo, el poder, los roles, los controles institucionales y la relación con el medio. Se utilizaron fuentes de información primaria obrantes en la sede del programa lo que permitió una visión tanto sincrónica como diacrónica del mismo.

Finalmente se presentan debilidades, fortalezas, amenazas, oportunidades de mejora, y logros generados por cambios culturales promovidas por el programa.

Palabras claves: Gestión, Calidad, Salud, Mejora, Premio, Validación

Summary

In December 2006, an organisational analysis of the Quality Management Program of the Ministry of Health belonging to the Go-

vernment of the City of Buenos Aires was performed. The selected analysis dimensions were: its history, its actors, its activities, the social and political context, social expectations, leadership, its power, roles, the institutional controls and the relationship with the environment. Primary sources of information from the Program's documents which allowed a synchronic and diachronic vision of the subject were employed in it. As a conclusion, weakness, strength, threats, improvement opportunities and achievements as a result of cultural changes due to the Program are shown.

Key Words: Management, Quality, Health, Improvement, Award, Validation

Introducción

Se presenta la descripción y el análisis del Programa de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizado por un grupo de integrantes de la Comisión Central de dicho

¹ Medrano 350 - 3er piso -

Ciudad de Buenos Aires

e-mail: *calidadensalud@buenosaires.gov.ar*

programa. Se rige por la resolución 818/04 del mismo.

Se resume la evolución del programa desde su inicio y se describe su funcionamiento hasta diciembre de 2006.

Las dimensiones seleccionadas para la descripción y el análisis organizacional permiten una visión sincrónica y diacrónica del programa.

Material y Métodos

Demarcación del Objeto de Análisis

Se trata de un programa de carácter transversal ya que se aplica en diferentes Programas del Nivel Central y en establecimientos asistenciales, buscando como fin último que los mismos logren la incorporación de mecanismos de gestión de calidad en su desempeño organizacional.

De los documentos analizados² surgen aspectos que ayudan a comprender el programa, a saber:

- Las bases conceptuales que figuran en el programa marco conjuntamente con los propósitos, principios y objetivos (Resolución 818/04)
- El proyecto de Gestión Anual con las actividades a desarrollar.
- Productos del programa

En la Resolución N° 818/SS/04³ se define la calidad de la Atención como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional adecuado, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora de la gestión.

El propósito del programa es incorporar la Gestión de Calidad en la administración de

los hospitales e institutos dependientes de la ex Secretaría de Salud (actual Ministerio) del Gobierno de la Ciudad, para promover un cambio cultural que permita acompañar el proceso de fortalecimiento del Sistema Público de Atención de la Salud.

Este cambio cultural⁴ se basa en los siguientes principios del programa:

- Enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas. Es probablemente el concepto más renovador dado que implica cambiar la actitud paternalista hacia las personas e incorporarlas como sujetos activos en los procesos de atención.
- Mejora continua. Es el campo en que los servicios asistenciales tienen mayor historia propia acumulada, a través de ateneos, comités, normas de atención por profesiones y especialidades, entre muchas otras actividades. El avance debería ser la sistematización y generalización de las mismas y el esfuerzo por analizarlas como parte de procesos globales.
- Participación de las personas y de los miembros del equipo de salud en la búsqueda permanente de servicios de calidad creciente. La calidad también incorpora el com-

² Trabajos publicados o presentados por el programa, entrevistas, normas, resoluciones y papeles de trabajo

³ Programa Marco en Resolución N° 818/SS/04- Se crea el Programa de Gestión de Calidad, dependiente de la Dirección General de Atención Integral de la Salud- Responsable del Programa la: Comisión Central de Gestión de Calidad.

⁴ El programa propone el cambio cultural partiendo de generar micro culturas. Se interpreta la cultura siguiendo a Shein, Edgard " La cultura empresarial y el liderazgo" Una versión dinámica. Barcelona

promiso activo de todo el personal como condición ineludible para su desarrollo.

- Red social. Constituir una red de aprendizaje en Gestión de Calidad implica compartir experiencias y de este modo acortar caminos para lograr mejores resultados en el ámbito de los establecimientos asistenciales. Los objetivos del programa son:

- Constituir Comités de Gestión de Calidad en los hospitales e institutos del Gobierno de la Ciudad.

- Poner en marcha actividades de evaluación y mejora de la calidad como una actividad normalizada y sistemática.

- Desarrollar ciclos completos de mejora, con su correspondiente monitorización y evaluación.

- Identificar necesidades de capacitación y organizar las actividades necesarias para su satisfacción.

El programa tiene dos niveles de actuación: Un Nivel Central conformado por la Comisión Central de Gestión de Calidad, que es el grupo que tiene a su cargo la Gestión del Programa⁵ y representa el foco de este trabajo y un Nivel Descentralizado constituido por los establecimientos asistenciales.

La visión del programa es que la Gestión de Calidad actuará como catalizador del cambio cultural necesario en las organizaciones asistenciales.

La cultura organizacional (Shein⁶) representa las respuestas aprendidas en la resolución de problemas tanto de subsistencia en el medio externo como de integración interna. El programa propone generar un cambio en la cultura que represente un aprendizaje en el modo de pensar y de actuar en la organización⁷.

En las organizaciones burocráticas estatales, la complejidad y la centralización (en la to-

ma de decisiones), dificultan los Programas de cambio (Michel y otros⁸). La clave del cambio propuesto por el Programa consiste en utilizar mecanismos que permitan comenzar con cambios parciales en la organización. El programa se propone dentro de la cultura burocrática del Gobierno de la Ciudad construir focos (micro culturas) capaces de cambiar el modo de gestión de los servicios que se prestan a la comunidad.

Los cambios impulsados por el programa son el emergente de una contracultura en el ámbito del Ministerio que visualiza la cultura de la calidad en los establecimientos a través de la continuidad (tiempo) en las acciones y el desempeño en la práctica de la mejora continua (efectividad de las mejoras).

Definición de las Dimensiones Utilizadas

Se presentan las dimensiones utilizadas en la descripción y en el análisis del PGC

1. Para la descripción se utilizaron como dimensiones:

- La historia: evolución histórica del programa que incluye la creación y el desarrollo del mismo. Se presentan períodos y hechos

Plaza 1985 Cultura es la visión que el grupo tiene de sí mismo y del entorno. Representa las respuestas aprendidas en la resolución de (Shein 1985)

⁵ Denominación tomada de Evaluación de Programas Sociales, SIEMPRO. Fondo de Cultura Económica 1999.

⁶ Shein, Edgard "La cultura empresarial y el liderazgo" Una versión dinámica. Barcelona Plaza 1985

⁷ Meter, Sengue y otros: La quinta disciplina en la práctica. México. Granica, 1995

⁸ Katz, D, Kahan, Psicología Social de las Organizaciones. México Trillas, 1981

destacados en cada uno de ellos

- Los actores: se incorporan en esta categoría los grupos e instituciones vinculadas a la gestión del programa

- La población a la que está destinada la actuación del programa: los usuarios directos y los indirectos

- Las actividades desarrolladas por el programa

- El contexto socio político y las expectativas sociales: se refiere a las personas y grupos del contexto mediato e inmediato que influyen y son influidas por el programa

2. Para el análisis se utilizaron como dimensiones elementos internos de la organización y de su dinámica:

a. Conducción: liderazgo, autoridad y poder. como parte de la dinámica interna

b. Distribución de roles: responsabilidades y normas en el marco del programa

c. Controles institucionales: como parte del proceso administrativo.

d. La relación con el medio: se refiere a los intercambios que realiza el programa con el entorno físico, tecnológico, político y cultural con el que se vincula en el proceso de producción de sus servicios

Desarrollo

Dimensiones Descriptivas

Historia

La Gestión de la Calidad se inicia en nuestro caso en 1995, a partir del trabajo de un grupo de evaluación de la gestión de calidad total, que no tuvo mucha repercusión⁹. Con un cambio de autoridades políticas parte del grupo inicial comenzó a trabajar en el Hospital Vélez Sarsfield (1996 y 1997), dentro

de un proyecto de reconversión hospitalaria.

En 1997 se constituyó un grupo informal de Calidad en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el aval de las autoridades. Los integrantes nominaron a dicho grupo Comisión Central y reconocen a 1997 como el año de creación de Programa. Se continuó trabajando en la Comisión Central y en los Comités de Gestión de Calidad Hospitalarios.

En 1999 la Secretaría de Salud formó el subprograma de gestión de Calidad como parte del Programa de Reconversión Hospitalaria en la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño¹⁰.

Para ese entonces la autodenominada Comisión Central, continuó reuniéndose periódicamente y actuando como grupo informal con el aval de las autoridades políticas y el reconocimiento de los niveles operativos hospitalarios.

La viabilidad del Programa adquiere legitimidad institucional a partir de instrumentos formales que explicitan la Gestión de Calidad como política de salud ("la Secretaría de Salud convalida lo actuado"¹¹) creando el Premio a la Gestión de Calidad en Salud¹² (Resolución 933/SS/03), el Programa de Gestión de Calidad¹³ (Resolución 818/SS/04) y posteriormente los Comité de Cali-

⁹ Se institucionalizo por la Resolución N 332 /SS/95 de la entonces Dirección General de Evaluación de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

¹⁰ Resolución 2104 /SS/99 crea el programa de reconversión hospitalaria constituido por cuatro componentes o subprogramas: informatización, Imagen institucional, Comunicación Institucional y gestión de Calidad

¹¹ Todas las resoluciones de la secretaria de Salud del 2003 y 2004 tienen la frase señalada en negrita

dad¹⁷. Se presenta la evolución histórica reconocida por los actores¹⁴ del Programa¹⁵. En el período 1997/2006 se diferencian tres fases:

- 1) Formación
- 2) Crecimiento
- 3) Desarrollo y Maduración.

Se resumen los aspectos más relevantes de cada fase.

1) Formación (1997 / 2001)

Se inició con la actividad voluntaria de representantes hospitalarios y del nivel Central de la ex Secretaría de Salud. Se formaron facilitadores, se aplicaron técnicas para escuchar al usuario y para conformar equipos de trabajo. Los logros de esta fase, en la que llegaron a funcionar 17 Comités de Calidad adheridos voluntariamente al Programa fueron: la resolución rápida de problemas y mejora de procedimientos.

2) Crecimiento y desarrollo (2002 / 2004)

Aumentó la complejidad del Programa y se inició la Red de aprendizaje en Gestión de Calidad¹⁶. Se desarrolló y aplicó un modelo de Gestión de Calidad en Salud (Premio) y se institucionalizó el programa en la Secretaría de Salud¹⁷. Los logros de esta fase en la que llegaron a funcionar los comités de 29 hospitales fueron: trabajos de normatización y mejora de registros y procesos y 23 experiencias de gestión de calidad validadas por la Junta de Evaluación del Premio.

Un factor de gran impulso de esta fase fue el Premio a la Gestión de Calidad en Salud que introdujo un instrumento fuerte, donde los actores aplicaron una estrategia específica generándose una masa crítica de personas trabajando en calidad.

3) Maduración (2005 y continúa)

El desafío de esta fase es la consolidación y sistematización de las experiencias de ges-

tión de la calidad, En la actualidad funcionan adheridos al Programa 33 hospitales¹⁸ de los cuales 31 están validados por la Comisión Central.

La validación es un proceso por el cual se garantiza el funcionamiento de los Comités de Calidad hospitalarios según las condiciones establecidas en el Programa. La Comisión Central es la responsable de implementarla, para ello se definió un plan que incluye criterios y requisitos que se basan en la normativa aprobada para los comités¹⁹. Los hospitales que adhirieron al enfoque de calidad se comprometieron a cumplir los requisitos de validación.

Para cumplir con los objetivos de esta fase,

¹² Resolución N° 933/SS/03- Premio a la Gestión de Calidad en Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires versiones 2003/2004.

¹³ Resolución N° 818/SS/04- Se crea el Programa de Gestión de Calidad, dependiente de la Dirección General de Atención Integral de la Salud- Responsable del Programa: Comisión Central de Gestión de Calidad.

¹⁴ Los actores del programa constituyen el equipo de gestión actual y el 60 % de ellos son fundadores del programa.

¹⁵ Programa de Gestión de Calidad - buenos aires SALUD. Tríptico presentado en la Exposalud de la Secretaría de Salud, Agosto 2005.

¹⁶ Red conformada por los participantes de todos los Comités de Calidad que comenzaron a reunirse en los denominados Plenarios ampliados y otros eventos y grupos de trabajo.

¹⁷ Resolución N 1069/SS/04- Se crean los Comités de Gestión de Calidad y convalidan los preexistentes

¹⁸ El Garrahan esta incluido dentro de la red de comités de calidad y solo falta incorporar el Moyano

¹⁹ Resolución 1069/SS/04

se implementó un sistema de asistencia periódica, pautada y sistematizada a todos los Comités. Se conformaron equipos de asistencia integrados por miembros de la Comisión Central y colaboradores, todos ellos integrantes de Comités Hospitalarios convocados para tal fin. Con estos equipos de asistencia, el Programa comenzó a desarrollar un sistema de tutorías, donde el rol de tutores era ejercido por los integrantes de la Comisión Central, actuando como facilitadores, guías y orientadores en el aprendizaje, motivadores, modelos en la aplicación en terreno de la asistencia a los Comités, coordinadores de encuentros de discusión y reflexión y evaluadores de la experiencia.

Actores

Se identificaron los actores cuyos intereses facilitan o dificultan la acción del programa aportándose algunas características relevantes para el análisis organizacional tales como: cantidad de personas, dedicación, formación profesional, actividad y período en el que participaron. Los actores se ubican en tres niveles: central, hospitales y la comunidad.

La Comisión Central es un equipo técnico encargado de la gestión del programa que tiene que satisfacer las expectativas de tres actores con intereses y visiones diferentes: las autoridades políticas, el personal de los hospitales y los requerimientos de la sociedad en materia de atributos de la calidad de los servicios.

Los "miembros activos"²⁰ de la Comisión Central fueron 11 en el 2006 (1 coordinador, 1 coordinador suplente y 9 profesionales del sistema).

Las profesiones de los actores de la Comisión Central son cinco: siete médicos, una

fonoaudióloga, una bioquímica, una enfermera y una socióloga.

Sólo 3 miembros tienen dedicación completa a la Comisión Central, los 8 restantes le dedican al programa entre 1 y 4 días semanales, compartiendo las actividades con otras específicas relacionadas con su especialidad en los hospitales del sistema.

Todos los miembros fueron inicialmente convocados por las autoridades de la Secretaría de Salud.

El Coordinador es elegido por los integrantes de la Comisión Central y avalado por las autoridades del Ministerio.

Todos los miembros activos tienen formación y experiencia en gestión de calidad.

Además participan de las actividades colaboradoras de la Comisión Central y los Comités de Gestión de Calidad hospitalarios.

Los colaboradores fueron convocados para diversas tareas a desarrollar según requerimientos. Se partió de considerar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en las personas para el correcto desempeño de la tarea. Estos requisitos permitieron orientar una búsqueda racional de personas externas a la Comisión Central, de manera de cubrir las funciones necesarias.

Las categorías de colaboradores son:

- *Consultores* del tema calidad (docentes de cursos o expertos entrevistados) que intervinieron periódicamente a lo largo de la evolución del programa.

- *Evaluadores y jueces* externos del premio convocados para cumplir requisitos de la resolución correspondiente ²¹.

²⁰ Denominación que tienen la categoría principal de miembros de la Comisión Central que figura en el Reglamento de funcionamiento

²¹ Resoluciones 933-2003-SS (premio 2003 y 2004) y 600-2006-SS (premio 2006)

- *Colaboradores de la Comisión Central* esta categoría hace referencia a integrantes de los Comités Hospitalarios, convocados y entrenados en la asistencia y en la validación de comités hospitalarios ¹⁹

El nivel político del Ministerio de Salud es el actor que fija los lineamientos políticos dentro de los cuales se orientan todos los programas del ministerio y los efectores asistenciales.

Los Comités de Gestión de Calidad Hospitalarios actúan como efectores de la calidad en su ámbito. Son grupos integrados por personas provenientes de diferentes áreas del hospital y de la comunidad. Se generaron paulatinamente desde 1997 catalizados por el programa, formulan el programa operativo de calidad a la medida de su hospital, detectan requerimientos de los usuarios y del personal y apoyan actividades de mejora de la calidad en el hospital. A diciembre del 2006 los Comités de los 33 hospitales contaban con 396 miembros. Además el programa contabiliza los contactos de la calidad que son personas que desde su ámbito de trabajo realizan acciones que contribuyen a mejorar la calidad. Para el 2006 los contactos acumulados fueron 5000 personas aproximadamente.

Las direcciones de hospitales son responsables de la política de calidad y del plan de calidad al nivel de la meso gestión del efector, son las que deciden las prioridades y formulan el plan de calidad del establecimiento. La **comunidad** participa de diferentes modos, ejerciendo sus derechos, manifestando reclamos, quejas, sugerencias y reconocimientos.

Población

Los usuarios directos del Programa son los establecimientos de salud (hospitales y cen-

tros de salud) y los programas del Ministerio, y los indirectos los usuarios del sistema de salud de la Ciudad de Bs. As.

El ámbito potencial del programa son todos los efectores de salud del Gobierno de la Ciudad. Hasta el presente se trabajó con 33 hospitales, programas y redes de servicios (Ej: Tuberculosis, Inmunizaciones, Laboratorios, Pesquisa Neonatal, Atención Domiciliaria Psiquiátrica, Micología) y se inició la formación en calidad en centros de salud ²².

Actividades

Se considera el programa como un sistema abierto que incluye un proceso de transformación (mejora de los procesos de mejora) con tres tipos de actividades ²³.

1. Actividades que se refieren al logro de los objetivos de la organización es decir a la producción de bienes y servicios que brinda el programa. Capacitación, Validación, Premio, Asistencia y Monitoreo. Estas actividades surgen de los requerimientos de los hospitales y de proyectos prioritarios de las autoridades de salud, y se planifican anualmente en reuniones de la Comisión Central (Ver ANEXO I - Proyecto de gestión de calidad 2007).
2. Actividades centradas en el mantenimiento del sistema interno, relacionadas con la

²² Solamente para el 2004 para el Premio a la calidad se amplió el ámbito del programa extendiéndose a todos los establecimientos del área estatal de la jurisdicción aunque que no dependieran de la misma por ejemplo los hospitales universitarios y, los de las Fuerzas Armadas²³ Resoluciones 933-2003-SS (premio 2003 y 2004) y 600-2006-SS (premio 2006)

²³ Francois Petit: "Psicosociología de las organizaciones", Barcelona, Editorial Herder, 1984, Capítulo primero (*)

planificación, coordinación, regulación, monitoreo, facilitación, y desarrollo de reacciones satisfactorias entre los elementos- individuos o grupos de la organización. Constituyen procesos de apoyo de los procesos clave (Los que tienen impacto en el usuario creando valor para éste. Son las actividades esenciales del Servicio, su razón de ser).

3. Actividades orientadas a la adaptación del entorno que es la condición para la supervivencia.

Contexto socio político y expectativas sociales

Se refiere a las personas y grupos que influyen y son influidas por el programa.

El contexto es el medio en que se desempeña el programa. Para su descripción se considera el contexto mediato y el inmediato de la Comisión Central.

Para la descripción del contexto mediato se contempla el tipo de Organización y las expectativas sociales. El programa esta inserto en organizaciones de salud estatales, lo que le confiere características singulares a ser consideradas en la estrategia.

Hasenfeld²⁴ incluye a las organizaciones de salud dentro de las organizaciones al servicio del hombre cuyas funciones son proteger, mantener o bien mejorar el bienestar de los individuos. Estas organizaciones reúnen respecto de otras organizaciones, dos características fundamentales: trabajan con y para la gente, la cual es su materia prima y se ocupan de proteger y promover el bienestar de las personas a las que sirven.

La tecnología con la que operan es indeterminada, ya que no proporciona un conocimiento completo de como lograr los resultados deseados dado que las pacientes a los

que va destinado el servicio representan sistemas complejos, es decir son variables inestables. Además, los conocimientos sobre como funcionan las personas y como poder cambiarlas están siempre en un continuo desarrollo.

Por otra parte, si bien existe consenso a nivel abstracto sobre mejorar el estado de salud del usuario, el cómo, cuándo, dónde, a través de que tecnología, etc. está determinado, en gran medida, por quienes brindan el servicio, los que poseen el *control de los procesos de decisión* antes que por la organización, o por la demanda del paciente.

A pesar de lo expuesto, los profesionales de la salud se caracterizan por ser dependientes de su medio ambiente externo, ya que para obtener los recursos públicos o privados que les permitan financiar sus actividades deben tratar con varias unidades externas, para buscar el apoyo social y la legitimación de dichas actividades. Estos aspectos se constituyen en los *factores estructurales que definen el escenario de la acción* de los actores y su sistema.

Otro de los autores que estudió las organizaciones de salud, desde la perspectiva de su estructura Mintzberg²⁵ manifiesta que los recursos humanos (profesionales) son las determinantes para que la organización funcione y produzca servicios normalizados.

Llama a este estructura organizacional burocracia profesional y señala que sus normas de funcionamiento surgen fuera de ella, en las asociaciones profesionales, en las universidades y por lo tanto prevalece en ella la autoridad de naturaleza profesional, cuya base

²⁴Hasenfeld, Yehekel, "Organizaciones al servicio del hombre, Colección biblioteca de Salud, Fondo de Cultura Económica, México, 1983

²⁵ Mintzberg, H Op. cit.

se apoya en los conocimientos científicos y técnicos.

Dado que el Programa depende del Ministerio de Salud, el que está encargado de implementar políticas públicas que presentan objetivos con un alto grado de generalidad, se requiere un esfuerzo institucional para interpretar y desagregar estos objetivos y políticas en objetivos operativos y actividades concretas (Góngora, 2003). El programa está regulado por normas que fijan pautas para su funcionamiento siguiendo los lineamientos institucionales.

Al no tener estructura propia los Recursos Humanos están asignados para cumplir tareas por periodos limitados. En el contexto inmediato se considera el lugar, la gente, sus expectativas y el modo de trabajo.

El lugar de trabajo ha sido un tema aleatorio en la vida del programa sobre todo por la naturaleza de trabajar en equipo. Los ámbitos de trabajo y de reunión de los participantes fueron cambiantes (hospitales, domicilios particulares, bares, oficinas de la secretaría se constituyeron en espacios de encuentros de trabajo de esta comisión.). En el 2004 se le asignó un espacio en el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur y en el año 2006 se trasladó a un edificio Anexo del Ministerio, donde continúa hasta la fecha. Según los miembros de la Comisión Central sostener el ámbito de trabajo y la provisión de los insumos es una tarea llena de incertidumbre y ocupa un tiempo considerable en la vida de la organización.

Un factor de interés permanente de la coordinación del programa es mantener un clima laboral y motivador para gente que trabaja en el mismo. Una estrategia, fue la de trabajar en proyectos anuales. Caracterizamos los proyectos siguiendo a Frame²⁶ por:

- Ser un conjunto de actividades orientadas a un objetivo claro y accesible
- Contar con actividades coordinadas entre si
- Ser actividades finitas, es decir tienen un comienzo y un fin
- Contar con un responsable (miembro de la Comisión Central)
- Trabajar en equipo y crear un ambiente de trabajo creativo y de desarrollo profesional. Las actividades se desarrollan con personal de los hospitales aplicando estrategias singulares y aprovechando la experiencia de la red. Se realizan evaluaciones y auto evaluaciones de resultados de cada una de las actividades.

Dimensiones Analíticas

Conducción, Liderazgo y poder

En la Resolución 818/04 la Secretaría de Salud delega la conducción del programa, en la Comisión Central, quien crea su propio reglamento interno de funcionamiento. El reglamento posibilita a ésta en lo atinente a la calidad (actividades específicas del programa), a adquirir algunas características de funcionamiento de un modelo de gestión por resultados (Góngora)²⁷.

El modelo de Gestión por Resultados establece la existencia de dos grandes áreas bien definidas y diferenciadas: la administración central y la administración descentralizada. El área centralizada es aquella parte de la administración que tiene la función de formu-

²⁶ Davidson Frame. la dirección de Proyectos en las organizaciones Granica Buenos Aires 1999.

²⁷ Góngora Norberto: "Reforma del Estado y Posibilidades de un Cambio en el modelo de gestión" en Revista Perspectiva y diálogo internacional", Año 6 N° 7, Bs.As., 1994.

lar políticas, conducir estratégicamente y controlar la gestión.

Corresponde a la unidad central desarrollar y administrar sistemas de información para la evaluación y el control por resultados de políticas y programas. El área descentralizada es aquella parte de la administración que tiene por fin principal la satisfacción directa de las necesidades públicas a partir de la producción de bienes y servicios.

El Programa en sí mismo funciona bajo este modelo ya que formula macroproyectos, evalúa resultados e incorpora mejoras:

El nivel central tiene responsabilidades de

- Conducción estratégica
- Coordinación y armonización de toda la administración obtenidos a partir de un modelo de planificación participativa
- Desarrollo y ejecución de programas de gran envergadura
- Emisión de normas constitutivas y reglamentarias

En el área descentralizada está localizado todo lo que implique la acción. Las responsabilidades de las áreas descentralizadas son:

- La detección y análisis de necesidades públicas de la población a la cual sirven para que posteriormente a través de procesos participativos, diseñen planes, programas y acciones, conforme a las políticas que se formulan desde el área central.
- La organización, dirección operativa, ejecución de planes y programas y la administración de recursos acordados con el nivel central.
- El aseguramiento de la transparencia de la participación de la comunidad

Las áreas descentralizadas disponen de autonomía decisoria en lo programático y operativo y solo limitada por las orientaciones acordadas con el nivel central. Las ven-

tajas que tiene este modelo son:

- Posibilita la participación ciudadana. Pretende legitimar la participación conjunta de autoridades políticas, funcionarios, trabajadores y ciudadanos.
- Desburocratización. Constituye el objetivo básico de las unidades descentralizadas evitar que la toma de decisiones se realice en los lugares alejados de donde se producen los inconvenientes, propiciando que se localicen lo mas cerca posible del origen de los problemas.
- Productividad. Se trata de cambiar la cultura burocrática predominante por una cultura productiva. Esto implica dejar de trabajar para cumplir normas y reglamentos para pasar a trabajar en el incremento de la producción, la mejora del servicio y potenciar la productividad y la eficiencia.
- Cambio de cultura administrativa. Cualquier intento de aumentar la efectividad, la eficiencia y la calidad del servicio de la administración pública, requiere inevitablemente transformar a la organización misma y a la cultura dominante.

Existe coincidencia entre liderazgo y autoridad formal, la Comisión Central trata de resolver los conflictos en todos los niveles del programa escuchando las diferentes posiciones e intereses y en lo posible trata de tomar decisiones por consenso.

El poder es una relación entre individuos, con el cual cada uno de ellos puede imponer su voluntad al otro, independientemente de éste. El rol del poder es la capacidad de tomar decisiones que la comprometen en su totalidad. Entre las fuentes de poder se hallan la posición jerárquica, el prestigio, la relación externa para la obtención de recursos críticos, el dominio de ciertas actividades, tecnologías (Góngora). El poder en los gru-

pos técnicos esta sujeto a la incertidumbre de las necesidades en cada situación.

Siguiendo a Góngora hay que diferenciar la autoridad y el liderazgo. La conducción es la autoridad formal y el líder es el emergente grupal y que tiene la capacidad de influir en el accionar de los miembros de la organización independientemente de la posición que ocupa en la estructura organizativa. El liderazgo se basa en: la empatía vinculada a la capacidad de ver las cosas desde el punto de vista del interlocutor y en la objetividad en el comportamiento con los demás.

En la Comisión Central coincide el liderazgo con la conducción, dado que la conducción hasta el presente fue elegida por consenso de los miembros y convalidada por las autoridades del Ministerio.

En el poder existe incertidumbre que tiene que ver con las formaciones técnicas y científicas del grupo humano.

El poder es rotativo y depende de la naturaleza del tema que se trate en cada situación.

Roles

Distribución de roles, responsabilidades y normas: (la estructura organizacional) en el marco del programa .

La estructura organizacional muestra como los recursos humanos son distribuidos teniendo en cuenta las líneas de responsabilidad, autoridad y comunicación formal.

La estructura refleja la división del trabajo organizacional y la distribución del poder formal (Góngora). Debe distinguirse la estructura formal que es aquella establecidas en el organigrama y la informal que integra el conjunto de relaciones que tienen las personas dentro de las organizaciones fuera de las relaciones existentes.

El programa carece de una estructura formal orgánico funcional (estructura matricia). Sin embargo el reglamento previsto en la resolución 818/2004 establece pautas que guían el desempeño de la Comisión Central, algunas de cuales se resumen a continuación.

Se establece la misión, los propósitos, las categorías de los miembros y los roles de cada tipo de miembro.

En la Comisión Central hay un coordinador y miembros activos (plenos y colaboradores).

Los Miembros Activos plenos deben:

- Concurrir a las reuniones ordinarias
- Integrar subcomisiones de trabajo.
- Capacitarse en Gestión de Calidad.
- Participar en las actividades y ser responsables de los resultados comprometidos en el Proyecto Anual.

Los Miembros Activos colaboradores no concurren habitualmente las reuniones ordinarias. El Coordinador de la Comisión Central se elige periódicamente por elección directa de los miembros activos pleno. La propuesta se eleva a la consideración de la Dirección General de Atención Integral de la Salud.

Son deberes del Coordinador:

- Asumir la representación de la Comisión
 - Proponer la modalidad de gestión para el proyecto anual
 - Distribuir responsabilidades
 - Facilitar la comunicación entre los participantes y la integración de actividades
 - Sintetizar decisiones y acciones
 - Reorientar el trabajo
 - Sistematizar la auto evaluación de la gestión
- Existe un reglamento que fija las normas de funcionamiento de la Comisión Central.

Los controles institucionales

El programa cuenta con un mecanismo de

gestión que incluye el proceso de control con características propias que se enmarcan en las líneas de acción del Ministerio.

Dicho programa se propone ser un conjunto coherente de acciones destinadas a transformar la situación inicial de los efectores mejorando el estándar de calidad.

La gestión del programa es un proceso permanente e integral que comprende la planificación, la ejecución y la evaluación de las acciones del programa²⁸.

El equipo de gestión instaló la evaluación y el monitoreo en la acción del programa como una práctica del proceso de aprendizaje que permite mejorar la gestión y los resultados. Además la Comisión Central promueve mecanismos de reflexión y capacitación en el ámbito de los establecimientos para fomentar la cultura y rutinas de autoevaluación (en el modelo de premio y otras). Por otro lado se instaló como elemento constitutivo de la evaluación la perspectiva de los beneficiarios.

La Comisión Central realiza una evaluación macro del programa garantizando el cumplimiento de un estándar de calidad en los efectores. Dichos logros que representan el avance del programa se informan periódicamente a las autoridades y a los responsables de los efectores. Se presentan en los ANEXOS II y III un resumen de los logros (resultados del programa en el periodo 2003/2006 y logros específicos de la actividad premio a la calidad en salud).

Un modelo apropiado para el control del programa tiene que ver con el alma de las organizaciones (Mintzberg 1996)²⁹.

Es el control normativo que esta arraigado a los valores y las creencias de las personas. Dicho modelo que el autor presenta como un modelo de management para el gobierno

tiene características que se consideran compatibles con la estrategia del programa.

Algunas de las cuales se señalan:

- Elegir a la gente por sus valores y actitudes no solo por sus títulos
- Crear condiciones para asegurar que los miembros trabajen en un sistema integrado
- Guiar a través de principios aceptados y no de planes impuestos por medio de visiones y no de objetivos puntuales (para cumplir con las condiciones para validar).
- Responsabilizar a todos los miembros del programa. Lograr que se sientan respaldados por los líderes
- Juzgar el desempeño por personas experimentadas (evaluadores internos y externos con competencia y prestigio).

Relación con el medio

La relación con el medio se refiere a los intercambios que realiza el programa con el entorno físico, tecnológico político y cultural con el que se vincula en el proceso de producción de sus servicios.

Las actividades orientadas a la adaptación del entorno son la condición para la supervivencia. Las condiciones técnico científicas del entorno están en constante evolución.

La organización debe seguir e incluso anticipar los cambios del entorno.

²⁸ Hasenfeld, Yeheskel, "Organizaciones al servicio del hombre, Colección biblioteca de Salud, Fondo de Cultura Económica, México, 1983

²⁹ Henry Mintzberg: "El capitalismo necesita del equilibrio: No es posible manejar al gobierno como una empresa", en: Revista Gestión Vol. 1, N° 4, julio-agosto 1996, Buenos Aires

³⁰ Mario Rovere, comunicación personal Garrahan 2004

³¹ Mario Rovere Comunicación personal 2004

Esta adaptación se realiza como respuesta a las decisiones tomadas en la cumbre de la jerarquía por responsables de la organización. Los actores autodefinen su modelo de desarrollo como un inicio del emprendedor interno y convalidado por las autoridades³⁰; en el 2004 se convalida la creación del programa y de los comités de calidad como ámbito de articulación de la calidad en los hospitales. La forma de trabajo con el criterio del emprendedor interno, implica personas del sistema que comienzan a desarrollar una tarea de mejora aplicando criterios de calidad. A esta dinámica de las tareas las denominamos "grietas", significando que el avance se realiza por donde y como lo permite la realidad; enfrentando o rodeando los obstáculos, y llegando hasta donde se pueden hacer cosas o se agota la energía de los protagonistas. El otro concepto que manejan los actores es el "efecto placenta", considerando que lo ge-

nerado como emprendedor interno tiene dos cordones umbilicales; el primero y más amplio es con las autoridades propias, que es lo que les permite la institucionalización y mantener una relación permanente con ellas. El segundo cordón umbilical es con el ambiente externo que les permite acceder a consultores externos: (OPS, Premio a la Calidad, Universidades, Sociedades Científicas al Ministerio Nacional, y otros). Esto genera un crecimiento embrionario propio dentro del sistema. Su pretensión es que cuando lleguen a una masa crítica de personas puedan cambiar el sistema.

Resultados

Se presenta un cuadro final con aspectos relevantes que surgen del análisis de las Fortalezas, Debilidades, Amenazas y Oportunidades de mejora.

Fortalezas	Debilidades
<p>F1 Trayectoria 10 años,</p> <p>F2 Reconocimiento dentro del Ministerio</p> <p>F3 Comités de Calidad: masa crítica</p> <p>F4 Capacitación del personal involucrado</p> <p>F5 Vínculos institucionales</p> <p>F6 Vínculos entre los diferentes niveles del Programa</p> <p>F7 Capacitación permanente y continua de los miembros del programa</p> <p>F8 Institucionalización del Premio a la Calidad</p>	<p>D1 Falta de Consolidación Institucional: Estructura, Visión, Misión, Políticas</p> <p>D2 El personal no pertenece estructuralmente al programa</p> <p>D3 Definición poco clara de las funciones y actividades de los miembros</p> <p>D4 Horarios de trabajo limitado y discontinuo de los miembros de la Comisión</p> <p>D5 Jubilación de miembros de la Comisión</p> <p>D6 Escasa legitimación de los Comités dentro de los hospitales</p> <p>D7 Faltan proyectos sistematizados para trabajar en la meso gestión</p> <p>D8 Escasa impacto en la gestión institucional del Programa de Calidad</p>

Oportunidades	Amenazas
<p>O1 Reconocimiento de las actividades del PGC por las autoridades del MS</p> <p>O2 Participación en proyectos de interés de la Dirección General</p> <p>O3 Incorporación de personal con más horario y continuidad: a nivel central y colaboradores</p> <p>O4 Reconocimiento legal: Resolución 818</p> <p>O5 Difusión del Programa fuera del ámbito del Ministerio</p>	<p>A1 Poco apoyo de Directores de hospitales</p> <p>A2 No se ha iniciado vínculos de apoyo de los sindicatos</p> <p>A3 Barreras culturales para implementación de calidad en hospitales</p> <p>A4 Desalineación de algunos comités</p> <p>A5 Emprendimientos de implementación de Calidad no alineados al Programa de Calidad</p>

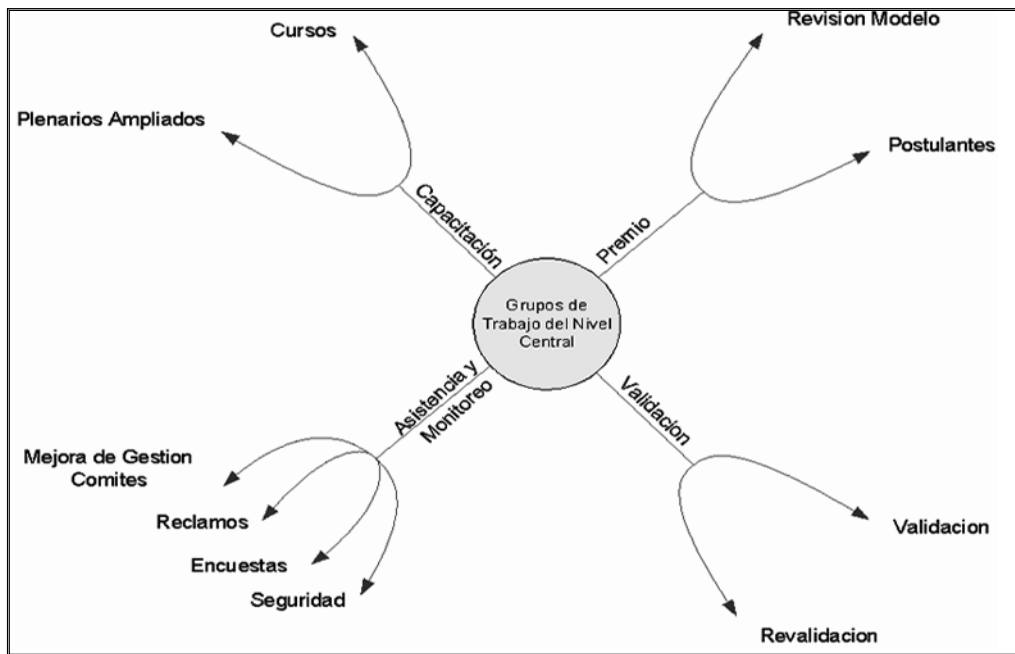
Se considera que si bien el enfoque de calidad que promueve el programa cuenta con la adhesión de las autoridades y miembros de la comunidad hospitalaria, la creación de una estructura con recursos propios humanos, físicos, financieros y tecnológicos, se constituiría en una respuesta institucional clara para

mejorar los déficit en el desempeño actual y potencial.

Esto favorecería un mejor cumplimiento de la normativa acompañado de un buen trato del personal, y de la comunidad tomando las pautas del modelo de control por normas comentado en este trabajo.

Anexos

Anexo I. Proyecto Gestión de Calidad 2007



Anexo II. Logros en Hospitales 2003-2006

Hospital	Premio			Validación		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Álvarez		Mérito	Mención		X	
Alvear	Mérito			X		
Argerich	Mérito		Premio		X	
Bonorino Udaondo						
Borda						X
Carrillo					X	
Curie	Mérito	Mérito				
Dueñas						X
Durand	Mérito	Mérito			X	
Elizalde			Mérito		X	
Fernandez	Mérito		Mérito			X
Ferrer						X
Garrahan	Premio		Mérito	X		
Lagleyze						X
Gutiérrez			Mérito		X	
IREP	Premio			X		
Moyano						
Muñiz	Mérito			X		
Pasteur				X		
Penna					X	
Pirovano	Mérito	Premio		X		
Piñero		Mención			X	
Quemados						X
Quinquela M					X	
Ramos Mejía	Mérito		Mérito	X		
Rivadavia					X	
Rocca		Mérito		X		
Santojanni						X
Santa Lucía		Mérito			X	
Sarda			Mérito			X
Tobar García					X	
Tornú					X	
Velez Sarsfield	Mérito				X	
Zubizarreta		Mención		X		
Total	11	8	8(*)	9	14	8

(*) Garrahan - Sarda integraron una única unidad de presentación Multiple.

Este año conforme la reglamentación vigente obtuvieron además el mérito 2 Unidades de Presentación de la Seguridad Social

Anexo III. Logros de la Actividad Premio y Tema de la Mejora 2003-2006

Nº	Organismo	2003	2004	2006	Mejora
1	Alvear	Merito			Prog. de Mejora de la Calidad en Salud Mental
2	Alvarez		Merito		Programa de mejora de la división Alimentación
3	Alvarez			Mencion	Unidad de Cardiología - Mejoras en la calidad de la Atención
4	Argerich	Merito		Merito	Consulta Externa Ambulatoria
5	Argerich				Seccion Adolescencia
6	Curie	Merito	Merito		Departamento de Radiaciones (Medicina Nuclear, Curiterapia, Radioterapia Externa)
7	Curie				Mejoras de terapia radiante
8	Durand	Merito	Merito		Servicios de Atención al paciente 03
9	Durand				Servicio de atención al paciente 04
10	Elizalde			Merito	Plan de emergencias y desastres
11	Fernandez	Merito			Programa de Cirugía ambulatoria
12	Fernandez			Merito	Unidad de Hemoterapia e Inmunohematología
13	Garrahan	Premio			Red de servicios de apoyo en relación al paciente internado en cuidados intermedios
14	Garrahan(*)			Merito	Programa No Relacionado de Colectas de Sangre de Cordón Umbilical
15	Gutierrez	Premio		Merito	Plan Institucional de Emergencias y Desastres
16	IREP	Merito			Sistema de Atención al Paciente Ambulatorio
17	Muñiz		Mención		Unidad Micología
18	Piñero				Programa de atención y gestión de mejoras en el área materno infantil 03
19	Pirovano	Merito			Programa nutricional de la madre y el niño04
20	Pirovano		Premio		Atención de la Madre y el Niño
21	Ramos Mejia	Merito			Servicio de Endocrinología
22	Ramos Mejia			Merito	Programa de Gestión de Calidad en el Cuidado Integral de los pacientes con Infección por HIV/ SIDA
23	Rocca		Merito		Mejoras implementadas en el departamento de Fonoaudiología
24	Santa Lucía		Merito		Mejoras de Laboratorio Clínico
25	Sarda(*)			Merito	Programa No Relacionado de Colectas de Sangre de Cordón Umbilical
26	Velez Sarsfield	Merito			Hospital de Día quirúrgico
27	Zubizarreta		Mención		Programa para la detección y manejo de los problemas de memoria en la tercera edad
28	Ssalud	Premio			Red de Pesquisa Neonatal
29	Ssalud	Merito			Centro de Documentación en Salud

N°	Organismo	2003	2004	2006	Mejora
30	Ssalud	Merito			Programa de Inmunizaciones
31	Ssalud	Merito			Red de Tuberculosis
32	Ssalud		Merito		Asistencia domiciliaria psicológica
33	UTTHGRA			Merito	Programa de Cronicidad
34	OSECAC			Merito	Centros Ambulatorios

(*) - Unidad de Presentación Múltiple: Hospitales Garrahan y Sarda

Obs: En la presentación al premio del año 2006, conforme la reglamentación vigente a partir de ese año, obtuvieron además el merito 2 Unidades de Presentación de la Seguridad Social: El Programa de Cronicidad de la Obra Social de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina, y los Centros Ambulatorios de la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles

Referencias Bibliográficas

- Azevedo, A.; Korycan, T. Transformar las organizaciones de salud para la calidad. Santiago: Parnassah; 1999.
- Frank, W; Verheggen, M. Efectividad de los Comité de Gestión de Calidad en un hospital universitario. Rev. Salud Pública (México),1993; Mayo-Junio:35:3.
- Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Capítulo 8: 191-222. Washington, D.C.: OPS; 2001.
- Resolución N° 2104/SS/99- Se crea el Programa de Reconversión Hospitalaria, constituido por cuatro subprogramas: Informatización, Imagen Institucional, Comunicación y Gestión de Calidad. Responsable del subpro-
- grama de GC: Comisión Central.
- Resolución N° 689/SS/03- Se aprueban las bases del Premio a la GC en Salud del GCA-BA y su cronograma.
- Resolución N° 933/SS/03- Premio a la GC en Salud del GCABA versiones 2003/2004.
- Resolución N° 818/SS/04- Se crea el PGC, dependiente de la Dirección General de Atención Integral de la Salud- Responsable del PGC: Comisión Central.
- Resolución N° 1069/SS/04- Se crean los CGC y convalidan los preexistentes
- <http://www.buenosaires.gov.ar/>
- Publicaciones y documentos no publicados del PGC años 2000 a 2006.

MONOGRAFÍA

Síndrome de Duane

Autor: Juan E. Pusterla

Curso Superior de Oftalmología, Universidad de Buenos Aires, Sociedad Argentina de Oftalmología

✉ juanpusterla@hotmail.com

R esumen

El Síndrome de Duane es una enfermedad habitualmente esporádica, que afecta a hombres y mujeres, con una frecuencia relativamente mayor en estas últimas. Muestra predilección por el ojo izquierdo, aunque también puede comprometer al ojo derecho a ambos a la vez. A veces puede estar asociado a otras anomalías oculares o sistémicas.

Es causado por anomalías inervacionales del recto lateral, el cual en estos casos está innervado por una rama del tercer par. A veces este músculo está innervado por ramas del sexto y del tercer par.

Existen tres subtipos de este síndrome, de los cuales el más común es el tipo 1. Los hallazgos característicos de este último son: Limitación de la abducción con aducción relativamente normal, retracción del globo ocular y estrechamiento de la hendidura palpebral en aducción aumento de la hendidura palpebral al intentar abducir el ojo.

El tratamiento consiste en corregir eventuales defectos refractivos asociados y/o ambliopía si es que está presente y en eliminar

las alteraciones en la posición de la cabeza, de la hendidura palpebral y de la posición primaria por medio de la cirugía.

Es importante remarcar que la cirugía no es capaz de lograr que el ojo afectado logre una motilidad horizontal normal.

Abstract

Duane's syndrome is a disease usually sporadic, which affects men and women although, is more frequent in the last group.

The left eye is involved most of the times but it can also affect the right one or both eyes. Sometimes it's associated to others congenital anomalies.

This syndrome is caused by innervation anomalies of the lateral rectus muscle, which in these cases is innervated by a branch of the oculomotor nerve.

There are three different subtypes of this syndrome. The most common one is type one, whose main features are: limited abduction with normal or slightly affected adduction, globe retraction and narrowing of the palpebral fissure on adduction as well as

widening on abduction.

The main goals of treatment are the correction of associated refractive errors and/or amblyopia if present and eliminate abnormal head posture, anomalies of palpebral fissure and in primary position through surgery. It's important to remind that surgery does not provide normal horizontal ocular motility.

Introducción

El Síndrome de Duane es un trastorno congénito de los movimientos oculares, secundario a anomalías en la innervación del recto lateral que fue inicialmente descrito por Stilling, en 1887 y luego por Turk en 1898, aunque debe su nombre a Alexander Duane quien fue el primero en publicar un compilado de casos 1905¹.

Se caracteriza principalmente por alteraciones en los movimientos horizontales del ojo, retracción del globo ocular y estrechamiento de la hendidura palpebral al intentar la abducción del ojo².

Habitualmente, aunque no siempre, es unilateral y representa aproximadamente al 1-4% del total de los estrabismos. Predomina ligeramente en mujeres².

A pesar de que han sido descritas numerosas técnicas quirúrgicas para su tratamiento no hay ninguna que sea completamente eficaz. En la presente monografía se analizará este cuadro en forma global, tratándose con profundidad similar los múltiples aspectos del mismo.

El síndrome de retracción congénita es una patología conocida desde el siglo diecinueve.

Fue inicialmente descrita por Stilling y luego por Turk, pero debe su nombre a Duane, que fue el primero en publicar una serie importante de casos¹.

Representa, según la mayoría de las publicaciones, el 1-2% del total de los estrabismos. El 60% de los pacientes afectados son mujeres, y el ojo afectado con mayor frecuencia es el izquierdo (60%)², aunque un 10-20% de las veces hay compromiso bilateral³.

Características Clínicas

Los principales hallazgos son déficit parcial o completo en la abducción y defecto parcial de aducción (a veces) en el ojo afectado. A esto se asocian estrechamiento de la fisura palpebral en aducción y ensanchamiento de la misma en abducción, así como también movimientos verticales anómalos.

Sin embargo no todos los pacientes presentan manifestaciones clínicas similares.

Huber en 1974 clasificó a este cuadro en tres subgrupos de acuerdo a sus características electromiográficas⁴:

Tipo 1: Representa más del 80% del total de los casos. Hay limitación de la abducción en el ojo afectado con aducción generalmente normal. La abducción mejora en elevación o depresión. Además se observa estrechamiento de la hendidura palpebral y retracción del globo ocular en aducción así como aumento de la misma en abducción.

Un 50% de los pacientes presenta esotropía en posición primaria de la mirada⁵.

Tipo 2: Se caracteriza por aducción limita-

da o ausente con abducción normal o ligeramente limitada. Las alteraciones de la hendidura palpebral asociadas a los movimientos oculares son similares a las observadas en el grupo 1. Suele haber exotropía en posición primaria así como insuficiencia de convergencia⁵.

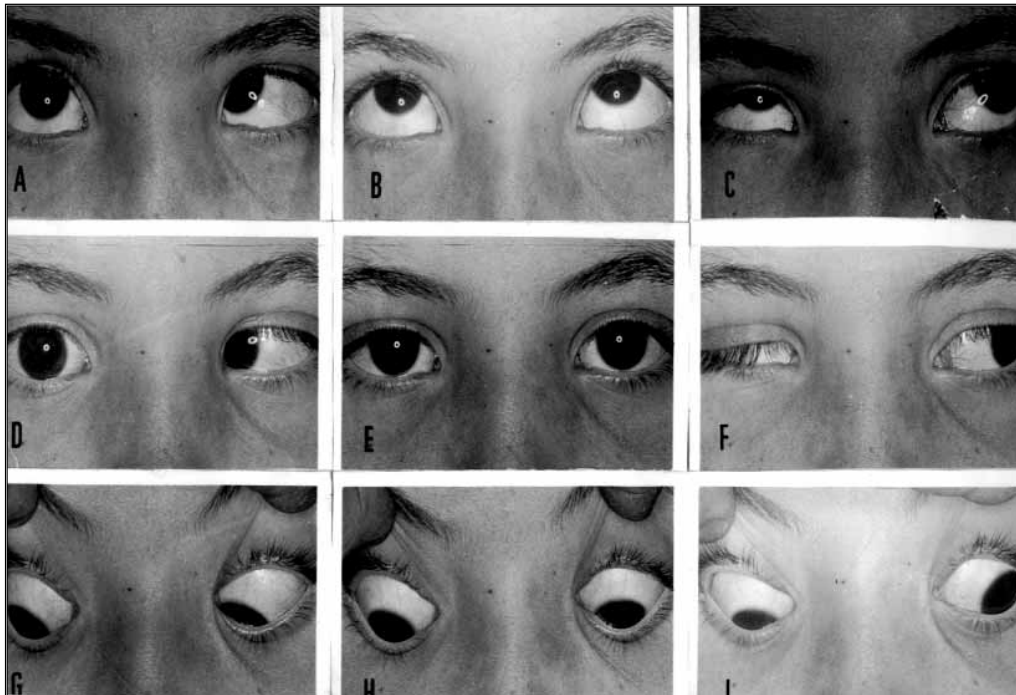
Tipo 3: Representa la variante más rara (11% aproximadamente del total). Se observan limitación o ausencia de aducción así como de abducción.

Las alteraciones de la hendidura palpebral asociadas a los movimientos oculares son las mismas que se observan en los otros dos grupos⁵. Los pacientes pertenecientes al tipo 1 presentan un 50% de las veces ortoforia en posición primaria.

Los restantes suelen presentar esotropía, aunque esta suele ser menor a 20DP, lo cual permite hacer diagnóstico diferencial con esotropía congénita. Un 40% de los mismos suele presentar rotación de la cabeza hacia el lado afectado, lo cual les permite mantener visión binocular. En posición primaria se observa frecuentemente exotropía en las personas pertenecientes a los subtipos 2 y 3, razón por la cual suelen rotar su cabeza hacia el lado opuesto del ojo afectado.

Además, en estos últimos se pueden observar movimientos verticales anómalos (up-shoots o down-shoots) que serían secundarios a efecto rienda o a innervación anómala de los rectos superior o inferior.

Síndrome de Duane Tipo 3



En la mayoría de los casos hay visión binocular normal, aunque a veces esta está disminuida, sobretodo cuando hay compromiso bilateral¹. La mayoría de las publicaciones reportan una incidencia de ambliopía de aproximadamente el 5 %. Suele ser de tipo anisométricas o bien de tipo estrábica. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Australia se observó una incidencia de ambliopía de 16,9% entre pacientes afectados por este síndrome^{6,14}.

La ametropía mas frecuente es la hipermetropía, la cual se halla presente en el 88.6% de los pacientes afectados¹.

Patogénesis

El síndrome de Duane es esporádico en la gran mayoría de los casos, aunque un 10% de las veces sería hereditario, siendo la transmisión, autosómica dominante⁷. Algunos sugieren que la alteración de genes situados en 4q, 8q y 22q sería responsable de esta enfermedad en algunos casos^{8, 15}.

La causa de las manifestaciones es una anomalía inervacional del recto lateral, que sería secundaria a la aplasia o hipoplasia del núcleo abducens y por consiguiente el sexto nervio (aunque esto no siempre es así).

El recto lateral sería entonces inervado por una rama de la división inferior del nervio oculomotor⁹.

En los tipos 1 y 2 el recto lateral recibe inervación insuficiente o directamente no la recibe pero se contrae en aducción junto con su antagonista el recto interno. Esto explica la limitación o ausencia de abducción y la retracción del ojo en aducción.

La diferencia entre los grupos 1 y 3 esta da-

da por la co-contracción equilibrada de los antagonistas en este ultimo grupo, lo que genera una marcada retracción y ausencia de aducción⁹.

Anomalías Asociadas

Se han documentado numerosas alteraciones oculares y sistémicas asociadas al Síndrome de Duane, estando estas presentes en aproximadamente el 46%6 de los pacientes, en tanto que se ha observado prevalencia familiar en el 6.2% de los casos.

Entre las anomalías oculares asociadas se han descrito^{1, 10, 11}: displasia de iris, coloboma, glaucoma congénito¹², catarata congénita, retinosis pigmentaria, nistagmus, aniridia¹³, ptosis, microftalmos, albinismo¹⁶ y ectropión del párpado inferior.

A nivel sistémico se han registrado anomalías esqueléticas (Espina bífida y paladar hendido), auriculares (sordera neurosensorial e hipoplasia del conducto auditivo externo), neurológicas (epilepsia, hipotonía, disgenesia cerebelar y parálisis facial congénita) y genitourinarias (agenesia renal, uréter bífido, testículos atróficos).

Debido a lo antedicho es conveniente solicitar un examen clínico completo cuando se diagnostica Síndrome de Duane.

Diagnóstico

No suele presentar grandes dificultades ya que la limitación de la abducción y la retracción del ojo son muy características.

A veces puede confundirse una parálisis del sexto nervio¹⁰ con un síndrome de Duane de tipo 1 con buena aducción y poca retra-

cción, sin embargo, en la primera la esotropía suele ser mayor de 30DP en PPM lo cual no se observa en el Síndrome de Duane.

Además, en este último se observa aumento de la presión ocular en aducción, la cual no se halla en la parálisis del sexto par.

Otra situación que puede prestarse a confusión es el Síndrome de Duane de tipo 1 bilateral con esotropía acentuada y el Síndrome de Ciancia.

Esta forma se denomina Síndrome de Duane oculto ya que generalmente se diagnostica en el quirófano al observar contractura de los rectos mediales, la cual es poco frecuente en el síndrome de Ciancia.

Tratamiento

Inicialmente todos los pacientes deben ser refraccionados cuidadosamente.

El tratamiento de los errores refractivos (la hipermetropía y la anisometropía son los más frecuentes) si es que están presentes debe realizarse previo a cualquier intervención quirúrgica¹⁷.

Las indicaciones de cirugía incluyen desviación manifiesta en posición primaria, posición anómala de la cabeza, supra o infradesviación en aducción y retracción ocular dolorosa o cosmética mente inaceptable. El paciente o sus familiares deben saber sin embargo que ningún procedimiento podrá hacer que la abducción del ojo afectado mejore^{10,18}. El principio del tratamiento quirúrgico es equilibrar las fuerzas activas y pasivas del ojo de modo tal de lograr que cuando el ojo sano esta en posición primaria el afectado también lo este, abordando cada caso en forma particular¹⁷.

Además, como regla general, es importante tener en cuenta dos cosas: 1- las resecciones musculares no deberían ser contempladas ya que los músculos se encuentran rígidos en este cuadro y además su resultado es impredecible¹⁸ 2- no debería operarse a pacientes mayores de ocho años ya que para esa edad se ha desarrollado un complejo sistema de supresión en varias posiciones de la mirada y la cirugía, entonces, podría generar diplopía¹⁸.

En la mayoría de los casos tipo 1 el retroceso del recto medial del ojo afectado puede mejorar la alineación ocular en posición primaria y la posición de la cabeza. En estos casos, la recesión asociada del recto medial del ojo sano puede ayudar a estabilizar al ojo en PPM, y además, por Ley de Hering, la relajación de dicho músculo contribuiría a mejorar la abducción del ojo contralateral. La recesión del recto afectado debe ser menor a 6mm ya que de lo contrario se puede causar síndrome de Duane tipo 2 iatrogénico. Molarte y Rosenbaum¹⁹ recomiendan la transposición de los rectos inferior y superior a la inserción del recto lateral. Con esto se mejoraría la abducción en algunos casos tipo 1. Además puede eliminar posturas anómalas de la cabeza en un 50% de los casos. Sin embargo, con este procedimiento se observaron desviaciones verticales postoperatorias en un 15% de los pacientes y un 50% requirieron recesión del recto medial en un segundo procedimiento para lograr alineación ocular y de la cabeza.

En el caso de que haya exotropía en posición primaria, la cual suele observarse en síndrome de Duane tipo 2 y más raramente en el subtipo 3, la recesión de uno o ambos rectos laterales contribuye a lograr ortoforia

en PPM y eliminar la rotación de la cabeza. Esta debe ser generosa, llegando a veces a ser de 10mm o más.

En casos con acentuada co-contracción en aducción, la recesión de ambos rectos contribuye a mejorar la retracción, aunque a expensas de una limitación aun mayor de las ducciones verticales.

Complicaciones de la Cirugía

Más allá de las complicaciones típicas observables en cualquier cirugía de estrabismo, tras la recesión excesiva del recto medial en el ojo afectado puede aparecer un fenómeno denominado "split"¹⁰. Se caracteriza por la presencia de exotropía al intentar aducir el ojo afectado. Esto sucedería debido a que tras el retroceso del recto medial, se necesita mayor innervación para la aducción, pero como el recto lateral es co-inervado recibe una mayor innervación en comparación, lo que generaría la exotropía. La mejor forma de evitar esto es prevenirlo, para lo cual se recomienda que el retroceso del recto medial no sea mayor de 7 mm. El split no se resolverá espontáneamente después de la cirugía, razón por la cual en caso de que aparezca se sugiere avanzar el recto medial previamente retrocedido en estos casos.

Discusión

El síndrome de Duane es una enfermedad usualmente esporádica, que se caracteriza por afectar la motilidad horizontal del ojo. Hay algunos reportes de transmisión autonómica dominante aunque esto es infrecuente.

Esta enfermedad afecta más a mujeres que a

hombres y se da mayormente en el ojo izquierdo. A veces el compromiso de la motilidad horizontal es bilateral.

La causa de la enfermedad son anomalías innervacionales del recto lateral, el cual esta patológicamente inervado por una rama del nervio oculomotor. Este trastorno innervacional es lo que da lugar a la alteración de la motilidad horizontal y alteraciones en la hendidura palpebral (estrechamiento o aumento) asociadas a la movilización del ojo en sentido horizontal.

El diagnóstico de la enfermedad es básicamente clínico, aunque en caso de duda el electromiograma puede contribuir a aclarar el diagnóstico.

Debido a que a veces hay otras anomalías oculares o sistémicas asociadas es de buena practica realizar un examen oftalmológico y sistémico completo en pacientes a quienes se les diagnostica este síndrome.

El tratamiento es quirúrgico aunque hay que tener la precaución de corregir eventuales errores refractivos o tratar la ambliopía si es que se halla presente previo a la cirugía. Según Prieto-Días el abordaje quirúrgico debe planearse según cada caso en particular.

Las técnicas mas frecuentemente utilizadas son el retroceso de uno o ambos rectos mediales en el síndrome de duane tipo1. La recesion de ambos rectos laterales puede ser una buena alternativa en los subtipos 2 y 3 en los cuales suele haber exotropía en posición primaria.

Cuando hay acentuada co-contracción de ambos rectos horizontales en aducción el retroceso de ambos puede ser útil.

Conclusiones

El Síndrome de retracción congénita o de Duane es una alteración conocida hace más de cien años, en la cual debido a alteraciones en la innervación del recto lateral hay trastornos variables en la motilidad horizontal del ojo. Se observa una ligera preponderancia en el sexo femenino y a veces se asocia a otras anomalías oculares o sistémicas. Los hallazgos típicos de este cuadro son alteración en la motilidad horizontal, retracción ocular y alteraciones en la hendidura palpebral al intentar aducir o abducir el ojo (esto depende de cada subtipo). Puede existir esotropía o exotropía en posición primaria y alteraciones en la posición de la cabeza. El diagnóstico generalmente no ofrece grandes dificultades aunque en algunos casos se puede confundir este trastorno con parálisis del sexto nervio o Síndrome de Ciencia. El tratamiento tiene como objetivos eliminar alteraciones en la posición primaria de la mirada, en la posición de la cabeza, si es que esta es anómala y disminuir o eliminar la retracción del globo y las alteraciones de la hendidura palpebral. Es importante que el paciente tenga presente que la cirugía no corrige la alteración aducción o abducción ya que esto está causado por anomalías nerviosas y no musculares. Además es importante descartar eventuales errores refractivos (hay hipermetropía en más del 80% de los casos) y descartar ambliopía, que se observa en hasta un 10% de los casos. La técnica quirúrgica varía según el caso. Cuando hay limitación de la abducción puede ser útil practicar el retroceso de uno o ambos rectos mediales. Por el contrario, cuando lo que está alterada es la aducción puede ser conveniente el retroceso de uno o ambos rectos laterales.

Bibliografía

- 1- Julio Prieto Díaz, Carlos Souza Dias. Estrabismo (quinta edición). Ediciones Científicas Argentinas. 2005. Desviaciones Restrictivas. 429-453.
- 2- M E Barbe, W E Scott, P J Kutschke. A simplified approach to the treatment of Duane's syndrome. *Br J Ophthalmology*. 2004; 88: 131-138.
- 3- Khan AO, Oystreck D. Clinical characteristics of bilateral duane syndrome. *J AAPOS*. 2006 Jun; 10(3): 198-201.
- 4- Huber A. Electrophysiology of the retraction syndromes. *Br J Ophthalmology*. 1974; 58: 293-300.
- 5- Eugene M. Helveston MD. Surgical management of Strabismus. Wayenborgh Publishing. 2005. Duane Syndrome. 149-152.
- 6- Brian Chua et al Management of Duane's retraction syndrome. *Journal of pediatric Ophthalmology and Strabismus*. January/ February 2005/ vol 42.no 1: 13-7.
- 7- Busch NL, Envani CS, Frantz KA, Ireland DH. Familial Duane's retraction syndrome *Am Optom Assoc*. 1999 Feb; 70 (2): 123-31.
- 8- Kato Z, Yamagishi A, Kondo N. Interstitial deletion of 1q42. 13q43 with duane retraction syndrome. *J AAPOS*. 2006 . Nov
- 9- Huber A. Duane retraction syndrome. Considerations on pathogenesis and etiology of different forms of Duane retraction syndrome. *Strabismus*. 1970. pag 36.
- 10- Good W, Hoyt C. Strabismus Management. Duane's Retraction Syndrome. Butterworth- Heinemann. Pag 63-75.
- 11- Guirgis MF, Thornton SS, Tychsen L, Lueder GT. Cone-rod retinal dystrophy and Duane retraction syndrome in a patient with

- achondroplasia. J AAPOS, 2002 Dec; 6 (6): 400-1
- 12- Kansal S, Miller M. Bilateral Duane syndrome with bilateral congenital glaucoma. J AAPOS. 2001 Oct; 5 (5): 325-6
- 13- Khan O., Aldamesh M. Bilateral duane syndrome and bilateral aniridia. Journal of AAPOS. 2006 Jun; 10(3): 273-274.
- 14- Sloper J, Collins A.: Effects of Duane s retraction syndrome on sensory visual development Strabismus.1999, Vol 7, No 1, 25:36.
- 15- Chung M, Stout JT, Borchert MS. Clinical diversity of hereditary Duane retraction syndrome. Ophthalmology.2000 Mar; 107(3): 500-3.
- 16- Jethani J, Parija S, Shetty S, Vijayalakshmi P. Duane retraction syndrome associated with oculocutaneous albinism: An ocular miswiring. Indian J Ophthalmol. 2006 Dec;54(4):283-4
- 17- Berman Myriam. SŃndrome de Duane. Estrabismo y OftalmopediatrŃa. Consejo Argentino de OftalmologŃa. Universidad CatŃlica de Salta. 2004; 300-305.
- 18- Barbe E, Scott W.E., Kutschke P.J. A simplified approach to the treatment of Duane's syndrome. British Journal of Ophthalmology. 2004; 88:131-138.
- 19- Molarte AB, Rosenbaum AL. Vertical muscle transposition for Duane`s syndrome. J Pediatric ophthalmol strabismus 1990;27: 171-7



CALENDARIO OSL

MAYO - JUNIO 2007

**XXVII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN
PANAMERICANA DE OFTALMOLOGÍA**
del 31 de Mayo al 3 de Junio de 2007

Cancún (México)
Información: Servimed, S.A. de C.V.
Barranca del Muerto No. 520, Col. Alpes. 01010,
México D.F.
Tfno.: (52-55) 9171-9570
Fax: (52-55) 5660-1903
E-mail: smo@servimed.com.mx

JULIO 2007

XVIII CONGRESO ARGENTINO DE OFTALMOLOGÍA
"LA OFTALMOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA"
del 18 al 22 de julio de 2007

Lugar: Buenos Aires, Argentina
Sede: Hotel Sheraton Grand Hotel

Comisión Directiva:
Presidente: Dr. Carlos Argento
Comite Ejecutivo: Dr. Norberto Amado,
Dr. Jorge Bar, Dr. Horacio Cortina,
Dr. Oscar Croxatto, Dr. Christian Dodds,
Dr. Oscar Donato, Dr. Roberto Ebner,

Dr. Ernesto Ferrer Abad, Dr. Alberto Frachia,
Dr. Guillermo Iribarren, Dr. Carlos Gallo,
Dr. Omar López Mato, Dr. Julio Manzitti,
Dr. Eduardo Mayorga Argañaraz, Dra. Ivonne
Mistelli, Dr. Daniel Perrone,
Dr. Gustavo Piantoni,
Dr. Carlos Plotkin, Dra. Isabel Roman,
Dr. Eduardo Soraide, Dr. Alberto Zambrano
Vicepresidente de Operaciones y Finanzas:
Dr. Julio Manzitti
Vicepresidente de Planeamiento y
Comunicaciones: Dr. Eduardo Mayorga Argañaraz

Invitados Extranjeros:
Abelenda Alvaro (Uruguay), Aguirre Pérez Gusta-
vo (Bolivia), Alió y Sanz Jorge (España), Ambrosio
Jr. Renato (Brasil), Asís Oscar (España), Augsbu-
rger James (Estados Unidos), Barbosa de Sousa
Luciene (Brasil), Barraquer Carmen (Colombia),
Barrett Graham (Australia), Bicas Harley E. A. (Bra-
sil), Carriazo César (Colombia), Centurión Virgilio
(Brasil), Chang Stanley (Estados Unidos), Chaves
Claudio (Brasil), Chayet Arturo (México), Cohen
John (Estados Unidos), Cortez H. Rafael T. (Vene-
zuela), Costa Vital P. (Brasil), France Leslie (Esta-

dos Unidos), France Thomas (Estados Unidos), Garrity James (Estados Unidos), Gómez-Ulla Francisco (España), Gündüz Kaan (Turquía), Izquierdo Jr. Luis (Perú), Lavinsky Jaco (Brasil), Lemes Freitas Lincol (Brasil), Martínez Gil Walter (Paraguay), Mazow Malcolm (Estados Unidos), Murphee Linn (Estados Unidos), Pollard Zane (Estados Unidos), Price Francis W. (Estados Unidos), Savino Peter (Estados Unidos), Soler Ferrandez Fernando (España), Souza Díaz Carlos (Brasil), Suárez Cabrera Enrique (Venezuela), Vargas José Manuel (Venezuela).

Actividades:

- Cursos
- Trabajos Libres
- Actividades Sociales
- Mesas Redondas
- Simposios
- Teleconferencias
- Otras

Para más información e inscripciones:

info@oftalmologia2007.com.ar

secretaria@oftalmologia2007.com.ar

URL: *http://www.oftalmologia2007.com.ar*

SEPTIEMBRE 2007

**III SIMPOSIUM INTERNACIONAL
VITREO-RETINA 2007
14 Septiembre**

Lugar: Golden Tulip Savoy Hotel

- Director:

Dr. David Pelayes

- Coordinador:

Dr. Andrés Bastien

-Comité Científico

Dres. Enrique Malbran, Gustavo Piantoni,
Jorge Zarate

- Comité Organizador:

Sebatian Benavidez,
Daniel Colombero,
Ruben Danza.

- Invitados Extranjeros:

Alan Cruess (Canada)
Goran Olivested (Suecia)
Jorge Mitre (Brasil)
Walter Takahasi (Brasil)
Hugo Quiroz Mercado (Mexico)

Informes:

Mail: *vitreoretina@hotmail.com*

Tel: 011-4813-1914 de lunes a viernes de
13 a 20 hs

NOVIEMBRE 2007

AAO ANNUAL MEETING

del 10 al 13 de noviembre de 2007

New Orleans, Louisiana, Morial Convention Center
Contact: Meetings & Exposition Division
655 Beach Street, San Francisco, CA 94109 USA
Tel: (415) 561-8500 x320
Fax: (415) 561-8576
Email: *meetings@aao.org*
URL *http://www.aao.org*

