

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRACTICA CLINICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Manejo del **ORZUELO Y CHALAZIÓN**

Evidencias y recomendaciones

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

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

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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión**, México: Secretaría de Salud, 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: H00 Orzuelo y Chalazión GPC: Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

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

Autores:

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

Validación Interna:

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

Validación Externa:

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

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES.....	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	7
3.3 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	10
4.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	10
4.1.2 DIAGNÓSTICO	11
4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ORZUELO	11
4.1.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CHALAZIÓN	12
4.1.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	13
4.1.3 TRATAMIENTO.....	14
4.1.3.1 MEDIDAS HIGIÉNICAS	14
4.1.3.2 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ORZUELO	15
4.1.3.3 TRATAMIENTO MÉDICO DE CHALAZIÓN.....	16
4.1.3.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CHALAZIÓN	17
4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	17
4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA	17
4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	17
4.2.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA.....	18
4.2.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	18
4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.....	18
4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA.....	18
5. ANEXOS.....	19
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	19
5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	20
5.3. MEDICAMENTOS.....	23
5.4. ALGORITMOS.....	25
6 . GLOSARIO.....	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28
8. AGRADECIMIENTOS.	29
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	30
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	31
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	32

1. CLASIFICACIÓN

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

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

Prevención

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

Diagnóstico

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

Tratamiento

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

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

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

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

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

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

En el primer nivel de atención:

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

En el segundo nivel de atención:

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

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

3.3 DEFINICIÓN

Orzuelo

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

Chalazión

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

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

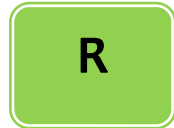
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

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

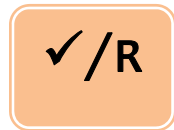
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA





RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA 4.1.1 FACTORES DE RIESGO

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

4.1.2 DIAGNÓSTICO

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ORZUELO

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

4.1.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CHALAZIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>2b <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p> <p>III [E. Shekelle] <i>Samaras 2008</i></p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Eye Guidelines American College of Occupational and Environmental Medicine 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>B <i>Clinical management guidelines College of optometrist 2008</i></p> <p>C [E. Shekelle] <i>Samaras 2008</i></p>
<p>✓/R</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

- Nódulo subcutáneo en el tarso bien definido, elevado, no doloroso de 2-8mm de diámetro
- La eversión palpebral puede mostrar granuloma conjuntival externa
- Lesión única o múltiple
- Puede ser recurrente
- Puede drenar a través de la piel
- Algunas veces produce visión borrosa por astigmatismo inducido

Para concluir el diagnóstico clínico de chalazión. Se recomienda realizar exploración palpebral en busca de masas nodulares, recurrentes que a la palpación son poco dolorosas, con dimensiones entre los 2 y 8 mm. de diámetro que durante la eversión palpebral exponen un granuloma que de acuerdo al tamaño pueden generar astigmatismo mecánico secundario.

Es muy inusual que se presenten complicaciones, sin embargo deben considerarse

1. Antes del tratamiento:
 - Absceso de la capsula de tenon
 - Celulitis
2. Durante y después del tratamiento
 - Hemorragias
 - Alteraciones en el crecimiento de las pestañas
 - Deformidad palpebral
 - Fistula palpebral

4.1.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El diagnóstico diferencial de chalazión se hace con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orzuelo externo e interno • Quiste sebáceo de piel • Carcinoma de glándula sebácea 	<p>2b <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>El diagnóstico diferencial del orzuelo se hace con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celulitis preseptal • Hematoma palpebral • Dacriocistitis aguda • Chalazión • Carcinoma de glándula sebácea 	<p><i>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</i></p> <p>IV [E. Shekelle] <i>Lederman 1999</i></p>
<p>R</p>	<p>Las entidades con las cuales debe realizarse el diagnóstico diferencial son el quiste sebáceo de piel, carcinoma de glándula sebácea, celulitis preseptal, hematoma y dacriocistitis para lo cual es necesario considerar edad del paciente, antecedentes personales y traumas.</p>	<p>B <i>Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</i></p> <p><i>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</i></p> <p>D [E. Shekelle] <i>Lederman 1999</i></p>

4.1.3 TRATAMIENTO
4.1.3.1 MEDIDAS HIGIÉNICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Los autores recomiendan aplicar compresas calientes 3 a 4 veces al día, de 5 a 10 minutos en el área de la lesión</p> <p style="text-align: right;">III <i>Blepharitis Guidelines</i> <i>AAO 2008</i></p> <p style="text-align: right;">IV [E. Shekelle] <i>Wald 2004, Lederman 1999</i></p>
<p>R</p>	<p>En casos de orzuelo y chalazión se espera una recuperación espontánea. Sin embargo, se recomienda como tratamiento inicial las compresas húmedas tibias acompañadas de masaje con antibiótico en ungüento para acelerar la curación</p> <p style="text-align: right;">B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Chalazion (Meibomian cyst)</i> <i>The College of Optometrists 2008</i> <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Hordeolum Clinical Consensus</i> <i>The College of Optometrists 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda higiene del borde palpebral con un hisopo de algodón (pero no más allá de la unión mucocutánea) Utilizar champú de bebé o solución de bicarbonato de sodio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lavar dos veces al día al principio, cuando mejore reducir a una vez al día -Realizar presión del borde palpebral con el hisopo -Colocar compresas calientes para aflojar collaretes y costras -Orientar sobre el uso de cosméticos -Tratar la dermatitis seborreica con shampoo que contengan sulfuro de selenio o ketoconazol -La erradicación total de la blefaritis puede no ser posible, pero el cumplimiento a largo plazo con estas medidas deberían reducir los síntomas y reducir al mínimo el número y la gravedad de las recaídas <p style="text-align: right;">A <i>American Academy Ophthalmology</i> <i>Blepharitis Guidelines 2008</i></p> <p style="text-align: right;">B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Chalazion (Meibomian cyst)</i> <i>The College of Optometrists 2008</i></p> <p style="text-align: right;">B <i>Clinical Management Guidelines</i> <i>Blepharitis</i> <i>The College of Optometrists 2009</i></p>

4.1.3.2 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ORZUELO

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

4.1.3.3 TRATAMIENTO MÉDICO DE CHALAZIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Las modalidades de tratamiento incluyen la higiene de párpados, compresas calientes, antibiótico tópico y sistémico, tetraciclina en los casos de acné rosácea. Sin embargo, la mayoría de las lesiones requieren procedimientos más invasivos, como esteroides intralesionales y cirugía.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Unal 2008</i> <i>Gilchrist 2009</i></p>
<p>E</p>	<p>Yagnik presento: tasa de éxito del 94,2%, en lesiones <6 mm de tamaño, y 56,28% en lesiones >6 mm. Inyectando 0,2 ml de 5-10 mg / ml en lesiones de <4 mm y 0,2 ml de 20-40 mg / ml en lesiones > 4 mm. Concluyendo que lesiones menores de 4 mm pueden ser tratadas con 1 a 2 inyecciones y aquellos que no respondieron tuvieron más beneficio con el curetaje.</p>	<p>Ila [E. Shekelle] <i>Yagnik 2008</i></p>
	<p>Pizzarello mostró solución de:</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Ben Simon 2005</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 40% con 1 inyección • 76% con 2 inyecciones • 88% con 3 inyecciones 	<p>IV [E. Shekelle] <i>Skorin 2002</i> <i>Unal 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Una sola inyección de acetato de triamcinolona seguido de masaje palpebral es casi tan eficaz como el curetaje en el tratamiento de chalazión con menos molestias y dolor para el paciente.</p>	<p>Ib [E. Shekelle] <i>Goawalla 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Puede realizarse inyección intralesional con acetato de triamcinolona en lesiones menores de 4 mm. Aplicar 0.2 ml/5-10 mg, en lesiones de 4 a 6 mm 0.2 ml/20-40 mg y lesiones de mayores de 6mm se beneficiaran de la incisión y curetaje.</p>	<p>A [E. Shekelle] <i>Goawalla 2007</i></p>
<p>✓/R</p>	<p>Los resultados de diversos estudios son contradictorios con gran variabilidad en las estadísticas que no permiten establecer el uso rutinario de esteroides intralesiones.</p>	<p>B [E. Shekelle] <i>Yagnik 2008</i></p>
	<p>Punto de Buena Práctica</p>	

4.1.3.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CHALAZIÓN

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


4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA



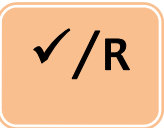
4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

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

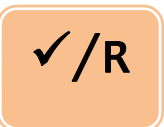
4.2.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA
4.2.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

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

4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

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

4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se recomienda 3 días de incapacidad laboral en los casos en que se realiza escision de chalazion Quedando a criterio del médico las situaciones especiales.</p>	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

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

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

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

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

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

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

5.3. MEDICAMENTOS

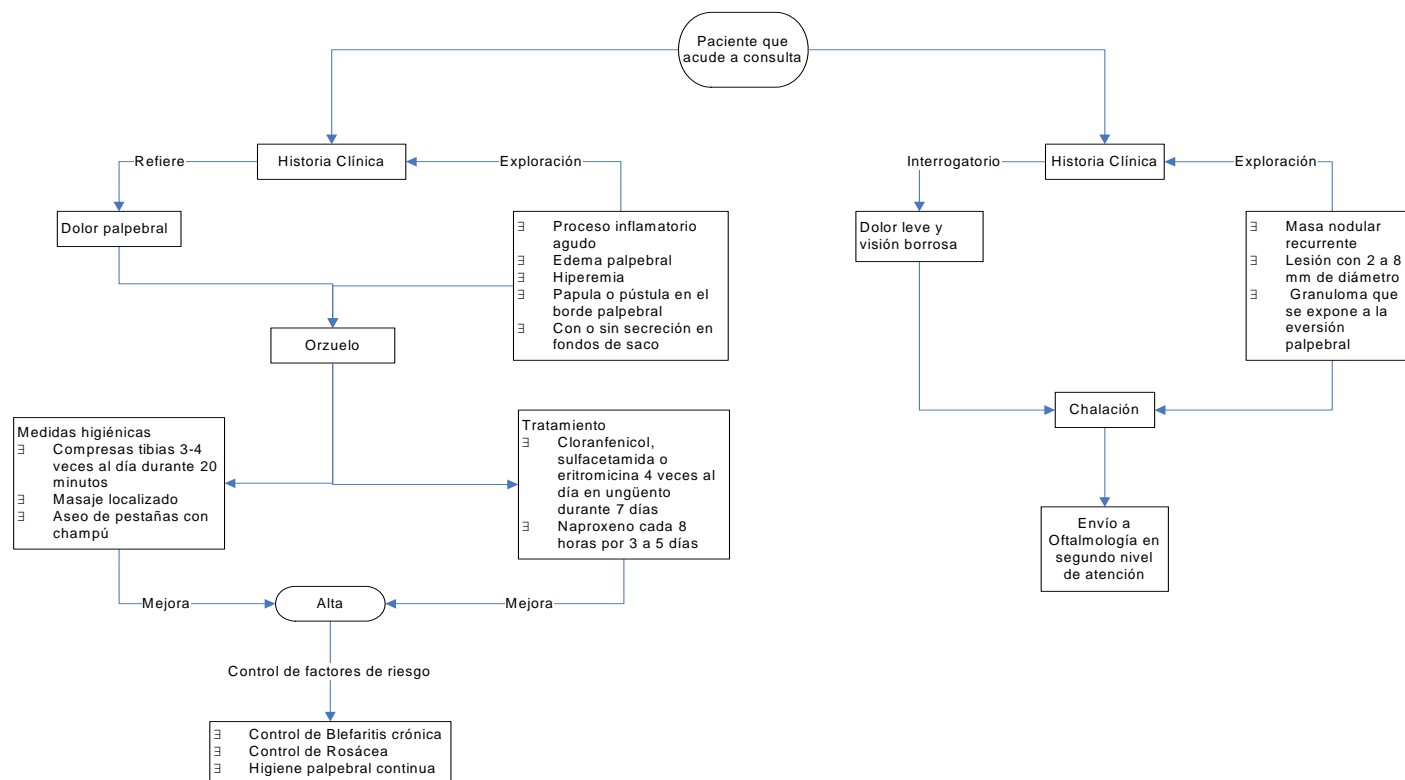
CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ORZUELO Y CHALAZION

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	Eritromicina	Aplicar 3 veces al día	Ungüento oftálmico Cada g de contiene: Esterato de eritromicina equivalente a ..5 mg de eritromicina	Un mes	El uso de la eritromicina puede favorecer el crecimiento exagerado de microorganismos no susceptibles como los hongos. Los ungüentos oftálmicos retardan la cicatrización de las heridas corneales	Si se administra un antibiótico bacteriostático en combinación con uno bactericida (gentamicina, neomicina, polimixina, tobramicina, bacitracina, cefalosporina, amikacina, kanamicina) puede desarrollarse antagonismo entre ambos	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, queratitis por herpes simple, varicela, infecciones micóticas
2822	Cloranfenicol	Aplicar 3 veces al día	Ungüento oftálmico. Cada g contiene: Cloranfenicol levógiro 5 mg Envase con 5 g.	Un mes	Hipersensibilidad, irritación local	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No usarse por más de 7 días.
	Neomicina, Polimixina B Y Bacitracina	Aplicar 3 veces al día	Ungüento oftálmico	Un mes	Hipersensibilidad, irritación local, superinfecciones por el uso prolongado	No administrar con antimicrobianos bacteriostáticos por efecto antagónico	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No usar por más de 7 días.
3407	Naproxeno	Adultos: 500 a 1500 mg en 24 horas. Oral.	Tableta 250 mg 30 tabletas	5 días	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia

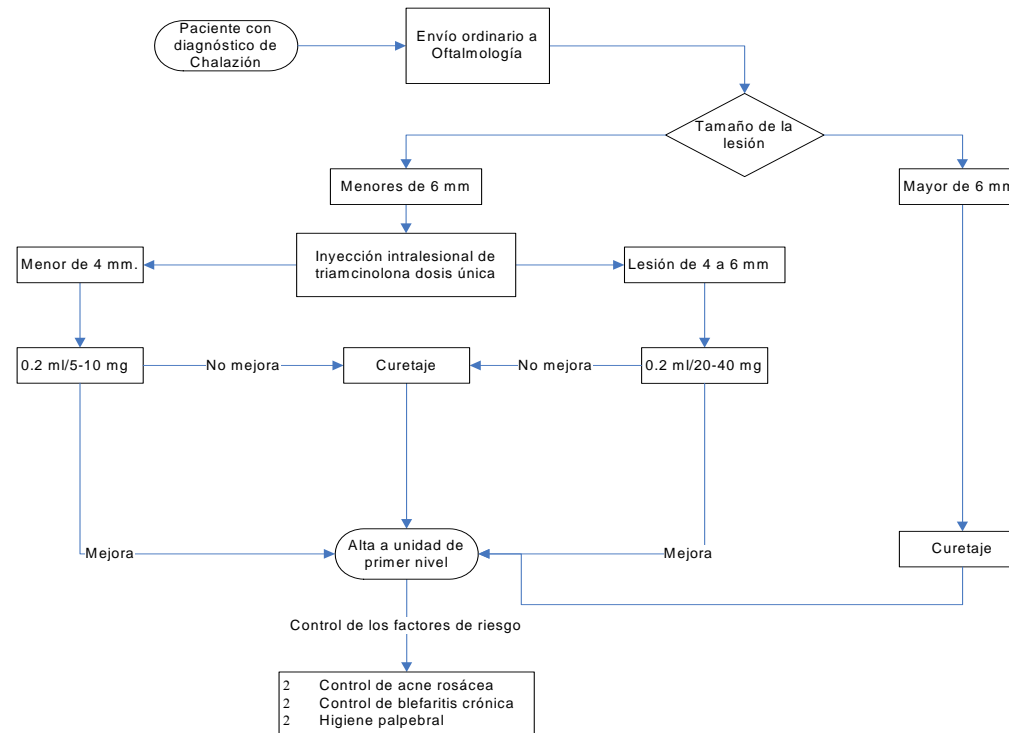
1926	Dicloxacilina	Adultos: De 1 a 2 g/día, dividir dosis cada 6 horas Niños de 1 mes a 10 años: 25 a 50 mg/ kg de peso corporal/día, en dosis dividida cada 6 horas	Cada cápsula o comprimido contiene: Dicloxacilina sódica 500 mg	7 días	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas. Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas	Hipersensibilidad al fármaco
	Acetato de triamcinolona	5-40 mg	Cada ampolla contiene 40 mg de Triamcinolona (DCI) acetónido y 9,9 mg de Alcohol Bencílico	Dosis única	Con respecto a su aplicación intradérmica, se han registrado casos raros de ceguera asociados a terapia intralesional en cara y cabeza, malestar local, abscesos estériles, hiper e hipopigmentación, atrofia cutánea y subcutánea (la cual desaparece, a menos que la enfermedad original sea por sí misma atrófica).	Mientras se encuentren bajo tratamiento con acetónido de triamcinolona suspensión inyectable, los pacientes no deben ser vacunados bajo ningún régimen de inmunización por posibles complicaciones neurológicas	Los corticosteroides están contraindicados en pacientes con infecciones sistémicas. Las formulaciones intramusculares de corticosteroides están contraindicadas en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática

5.4. ALGORITMOS

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



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



6 . GLOSARIO.

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

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

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

7. BIBLIOGRAFÍA.

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

8. AGRADECIMIENTOS.

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

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

9. COMITÉ ACADÉMICO.

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

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

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente