

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento de la Degeneración Macular Relacionada con la Edad

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-401-10**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### H 353 Degeneración de la mácula y del polo posterior del ojo

GPC

#### Diagnóstico y Tratamiento de la Degeneración Macular Relacionada con la Edad

ISBN en trámite

## DEFINICIÓN

La DMRE es una enfermedad progresiva y degenerativa de la retina que se presenta con mayor frecuencia en personas adultas. Existen dos variedades de DMRE: no vascular o atrófica y neovascular o húmeda. La variedad atrófica se caracteriza por drusas, cambios en la melanina en el epitelio pigmentario de la retina (EPR) con redistribución, y atrofia geográfica. La variedad húmeda se caracteriza por desarrollo de NVC que es el proceso mediante el cual una membrana vascular originada en la coroides, crece debajo y a través del EPR y la membrana de Bruch para extenderse debajo de la retina. Es posible que estos vasos presenten pérdidas y hemorragias y causen desprendimientos de retina exudativos, hemorrágicos o ambos.

Los cambios anatomopatológicos que las estructuras experimentan pueden ser manifestaciones de envejecimiento sin sintomatología o presentar disminución de agudeza visual o metamorfopsias que conducen al compromiso progresivo de la visión central.

También se conoce como degeneración macular senil, maculopatía senil exudativa, degeneración maculo corioidea senil, maculopatía del envejecimiento, despigmentación disciforme de la mácula, enfermedad de Künt- Junius y degeneración en panal de abeja.

## FACTORES DE RIESGO

Para lograr reducir el riesgo de desarrollar DMRE se recomienda que el médico de primer nivel informe al paciente que deberá:

- Evitar el tabaquismo
- Reducir la exposición al sol
- Utilizar gafas oscuras y sombreros
- Consumir una dieta equilibrada
- Limitar el consumo de alcohol

El médico no promoverá el consumo de ácidos grasos, antioxidantes o suplementos alimenticios en pacientes con riesgo de desarrollar DMRE ya que no existe evidencia suficiente para recomendar su uso.

El médico informará además que:

- aunado al riesgo de CA de pulmón en el paciente con tabaquismo activo, pasivo o antecedente de tabaquismo existe un incremento en el riesgo si consume B carotenos
- asociado al riesgo de falla cardiaca en el paciente con antecedente de vasculopatía y diabetes mellitus existe un incremento si consume vitamina E

## DIAGNÓSTICO

Se recomienda revisión oftalmológica de la siguiente forma considerando la edad y los riesgos:

Pacientes de bajo riesgo (jóvenes, sin antecedentes y asintomáticos)

- De 19-40 años cada 10 años
- De 41-55 años cada 5 años
- De 56-65 años cada 3 años
- Mayores de 65 años cada 2 años

Pacientes sintomáticos

- Cualquier paciente con cambios en la agudeza visual, campo visual, en la percepción del color, o cambios físicos en el ojo debe ser evaluado tan pronto como sea posible

Pacientes de alto riesgo (aquellos con diabetes, catarata, degeneración macular o glaucoma) y con historia familiar de estas condiciones debe ser evaluado mas frecuentemente.

- Mayores de 40 años cada 3 años
- Mayores de 50 años cada 2 años
- Mayores de 60 años cada año

Cuando se sospecha de DMRE se recomienda que el médico realice un interrogatorio y exploración oftalmológica dirigida a encontrar datos que ayuden a establecer el diagnóstico clínico entre los que podemos mencionar:

- Edad
- Tabaquismo activo, pasivo o antecedente de tabaquismo
- Consumo de alcohol mayor a tres copas diarias
- Exposición a la luz solar y uso de gafas protectoras y/o sombreros
- Atrofia geográfica
- Antecedente familiar de DMRE

La integración de los datos nos permitirá establecer la variedad de la enfermedad y determinar la conducta terapéutica. (Ver anexos 6.3.1- 3)

Características clínicas de la variedad húmeda:

- Pérdida brusca y progresiva de agudeza visual.
- Escotoma central.
- Dificultad para la lectura.
- Metamorfopsia
- Hemorragia subretiniana
- Hemorragia intraretiniana
- Desprendimiento exudativo
- Desprendimiento del EPR
- Atrofia subfoveal
- Exudados lipídicos

Características clínicas de la variedad seca:

- Pérdida progresiva de agudeza visual.
- Dificultad para la lectura
- Metamorfopsia
- Drusas
- Dispersión de pigmento
- Atrofia y degeneración del EPR

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La FAR y TCO son estudios complementarios útiles para establecer el diagnóstico y las características iniciales de la membrana, y permite el seguimiento evaluando los criterios de re-tratamiento.

### Indicaciones para realizar FAR Y TCO: (Ver anexos 6.3.4 a 6.3.6)

- Al momento del diagnóstico
- Ante nuevas metamorfopsias
- Cuando el examen clínico revele elevación del EPR, sangre subretiniana, exudados duros o fibrosis subretiniana
- Para detectar la presencia y determinar la extensión, tipo, tamaño y localización de la NVC y calcular el porcentaje de la lesión neovascular coroidea clásica y establecer pronóstico
- Como auxiliar pérdida visual inexplicable
- Como seguimiento para detectar persistencia o recurrencia de la NVC

### Criterios de TCO para re-tratamiento por persistencia o recurrencia:

- Pérdida de 5 letras ETDRS asociado a líquido en la mácula detectado por TCO
- Incremento del GCR de al menos 100 micras
- Aparición de nueva NVC clásica
- Hemorragia macular
- Persistencia de líquido detectado por TCO al menos un mes después de la inyección anterior

Será el criterio del oftalmólogo, según los datos obtenidos en la exploración del paciente, el que decidirá cuál o cuales de las pruebas son necesarias y cuales pueden obviarse en cada visita de seguimiento

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Antiangiogénicos

Se recomienda utilizar ranibizumab de primera intención, ya que ha demostrado los mejores resultados de AV.

### Criterios de tratamiento:

- Diagnóstico de NVC activa, confirmado con FAR y TCO antes del comienzo de la terapia (excepto en los casos de alergia a la fluoresceína solo realizar TCO)
- AV corregida mejor de 6/96 (1.2 LogMAR o 24 de letras de ETDRS) o mejor en el ojo a tratar (ver anexo 6.3.2)
- Lesión igual o inferior a 12 áreas de disco en su mayor dimensión lineal.
- Fovea libre de daño estructural, como fibrosis, atrofia o cicatriz que no derivaría ningún beneficio funcional
- Pruebas recientes de progresión de la enfermedad
  - a) Apariencia de la NVC que amenazan la vista y que no estaba presente o no se sospechaba
  - b) Evidencia de líquido o hemorragia subretinal
  - c) Disminución visual reciente en la presencia de CNV
  - d) Incremento en el tamaño de su lesión entre visitas

**Fases de tratamiento** de ranibizumab con técnica de asepsia para su aplicación

- Fase de carga: tres inyecciones de 0.5 mg con intervalos de 4 semanas
- Fase de mantenimiento, en el que los pacientes son vigilados con ETDRS (LogMAR) BCVA, Historia y examen y PTU y/o examen angiográfico.

El tratamiento debe comenzar tan pronto como sea posible después diagnóstico y en un plazo máximo de 2 semanas del diagnóstico, es ideal.

El intervalo entre dos dosis no debe ser menor a 4 semanas

**Otras consideraciones al iniciar tratamiento:**

a) lesiones bilaterales activas. Tratar ambos ojos simultáneamente. Con asepsia y un conjunto de instrumentos independiente para cada ojo. Del mismo modo, separar viales de ranibizumab para cada ojo. El paciente debe estar consciente de los riesgos habituales acumulativos de cada ojo.

b) lesiones hemorrágicas. Hemorragia foveal o hemorragia de más del 50% del total de la lesión, no es razón para detener el tratamiento.

c) Elevación de la presión intraocular, incluso de >30 mm Hg, no debe impedir que tratamiento ya que puede ser tratada simultáneamente.

d) Se aconseja que en presencia de catarata concomitante, debe tratarse la degeneración y controlar su actividad antes de realizar cirugía de catarata, siempre que esto sea posible. Si la CNV se diagnóstica después de la cirugía intraocular o hay reactivación, no es necesario esperar 28 días de recuperación antes empezar ranibizumab. Sin embargo, debe prestarse atención, a la herida de la catarata

**No se recomienda tratamiento en caso de:**

- Daño estructural permanente de la fovea
- Evidencia o sospecha de hipersensibilidad al fármaco.

**Criterios para continuar tratamiento después de la fase carga** (con aplicaciones cada 4 semanas si existe):

- Evidencia de lesión activa persistente
- Lesión sigue respondiendo al tratamiento repetido
- No existen contraindicaciones (véase más abajo) para continuar el tratamiento.
- Actividad de la enfermedad manifiesta por desprendimiento de retina, subretinal, o líquido sub-EPR o hemorragia, según lo determinado clínicamente y/o por TCO, crecimiento de lesión en FAR (morfológico), o el deterioro de la función visual

**Se recomienda discontinuar permanentemente el tratamiento cuando exista:**

- Evidencia o sospecha de hipersensibilidad al fármaco
- Disminución de AV corregida en el ojo tratado a 15 letras menos en 2 visitas consecutivas atribuibles a la DMRE en ausencia de otra patología ocular
- Reducción de 30 letras en la AV corregida o más comparada con la AV inicial y/o la mejor recordada que pueda indicar pobre efecto del tratamiento o evento adverso o ambos
- Evidencia de deterioro de la morfología de la lesión a pesar de tratamiento optimo.
- Incremento progresivo del tamaño de la lesión confirmada por FAR
- TCO con actividad de la NVC que indica deterioro
- Evidencia de otra enfermedad activa en forma de nueva hemorragia o exudados

- A pesar de tratamiento óptimo en 3 visitas consecutivas.

Otra opción es utilizar pegabtanib a dosis de 0,3 mg durante 2 años con aplicación de 16-17 inyecciones en:

- NVC subfoveal nueva o recurrente, predominantemente clásica.
- NVC Mínimamente clásica u oculta con lesiones no clásicas, lesiones  $\leq 12$  áreas de disco, hemorragia subretiniana con NVC y compromiso de  $\leq 50\%$  de la lesión y/o con lípidos presentes y/o pérdida visual de 15 letras o más en las 12 semanas previas.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Terapia fotodinámica

La TFD se podrá aplicar una semana después de la FAR y TCO diagnóstica para disminuir la progresión de la DMRE húmeda en:

- Membrana predominantemente clásica
- Membrana ocultas < 4 áreas de disco del spm
- Membrana parcialmente oculta
- Progresión reciente de la enfermedad.
- AV corregida de 6/60

Para lesión subfoveal mínimamente clásica, no hay pruebas suficientes para justificar el uso rutinario de la TFD

Deben considerarse los efectos secundarios como disminución de la agudeza visual y alteraciones del campo visual, pérdida severa de la agudeza visual de 6 o más líneas durante las siguientes semanas, dolor en el sitio de la inyección, edema e inflamación, dolor lumbar, reacciones de fotosensibilidad

**No se recomienda el uso de terapia fotodinamica en pacientes con:**

- Desprendimiento del EPR Distrofia macular pseudo viteliforme
- Corioretinitis serosa central
- Desprendimiento del epitelio pigmentario drusenoides aislado
- Disfunción hepática
- Enfermedades neurológicas, renales y cardiovasculares clase III y IV criterios de asociación cardiológica de New York )
- Porfiria
- Alergia a derivados a la porfiria
- Hipersensibilidad a la luz solar o a luz intensa artificial
- Tratamiento de cáncer
- Imposibilidad para realizar la angiografía
- Cirugía ocular previa 3 meses antes del tratamiento

La combinación de TFD y antiangiogénicos es segura y eficaz en lesiones predominantemente clásicas. La experiencia con otros tipos de lesión es limitada. El pronóstico en visión y mejoría es similar a la monoterapia con antiangiogénicos

## TRATAMIENTO DE FOTOCOAGULACIÓN

Se recomienda realizar fotocoagulación en DMRE con membrana neovascular extrafoveal severa

La lesión yuxtafoveal no debe ser tratada con láser, cuando exista la posibilidad de que el efecto del láser alcance el centro de la fovea.

No se recomienda realizar fotocoagulación en la membrana neovascular subfoveal

En los pacientes con membrana NVC clásica extrafoveal, o con progresión de la oculta, está justificado ofrecer tratamiento alternativo similar al de lesiones yuxtafoveales.

Cuando no se puede demostrar la progresión o la visión no se ve amenazada. Se recomienda la observación  
A los pacientes se les debe informar que: Existe riesgo de pérdida temprana de la visión.

## TRATAMIENTO NO RECOMENDABLE

- No se recomienda el uso rutinario de bevacizumab aunque parece tener efecto beneficioso a corto plazo, no existen pruebas sólidas de eficacia y seguridad a largo plazo y no cuenta con autorización para uso intraocular, se han reportado efectos secundarios como infartos, accidentes vasculares y tromboticos.
- No se recomienda el uso combinado de TFD, antiangiogénicos y dexametasona ya que los resultados no se encuentran disponibles aún
- No existe evidencia para emitir una recomendación de uso rutinario de antioxidantes para prevenir el desarrollo o evitar la progresión de DMRE
- No se recomienda el uso de hipolipemiantes incluyendo a las estatinas para prevenir el desarrollo de DMRE
- No se recomienda la translocación macular como tratamiento de la degeneración macular
- No se recomienda el uso de radioterapia ya que los ensayos muestran poco o ningún beneficio en la agudeza visual
- No se recomienda el uso de TTT ya que no existe evidencia concluyente que permita su uso rutinario

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

### Seguimiento clínico general:

1. **Autocontrol:** El oftalmólogo debe instruir al paciente a realizar autocontroles de visión monocular del ojo afectado con la rejilla de Amsler para detectar, los síntomas de recidiva. Disminución de la visión, aumento o aparición de nueva metamorfopsia para evaluación urgente.

2. **Riesgo de bilateralidad:** Se debe advertir al paciente del riesgo de bilateralidad de la enfermedad, de manera que hay explicarle que en el caso de la forma atrófica tiene tendencia a bilateralidad y simetría.

**3. En las visitas de seguimiento se recomienda realizar**

- Historia clínica que evalúe síntomas visuales incluyendo la disminución de la visión y metamorfopsias.
- Exploración con toma de AV con optotipos en idénticas condiciones a lo largo del seguimiento, cartilla de Amsler. biomicroscopía de mácula con lentes de contacto o no contacto.
- Debe indicársele al paciente que informe sin demora cualquier síntoma compatible con una endoftalmítis, incluyendo dolor ocular, aumento de una molestia, aumento en el enrojecimiento del ojo, visión borrosa, aumento en sensibilidad a la luz, o aumento del número de flotadores (miodesopsias)

**Seguimiento con pruebas de gabinete:**

- Se recomienda realizar OCT para identificar la actividad de fugas antes y durante el seguimiento particularmente después de la terapia antiangiogénica ya que detecta, localiza, clasifica y cuantifica el líquido subretiniano, intrarretiniano y sub-EPR.
- La FAR generalmente no es esencial en esta etapa, pero puede ser considerada, sobre todo si el examen de la retina no explica deterioro de AV reciente o progresiva (permite identificar fuga o ampliación NVC recurrente).

**Seguimiento a pacientes con aplicación de láser:**

- Para la cirugía láser térmica y TFD, tratar dentro de una semana después de angiografía con fluoresceína
- Se recomienda examinar a las 2 semanas y realizar nueva FAR entre la semana 4 a 6 después del láser, según el juicio clínico y los hallazgos

**Seguimiento a pacientes con antiangiogénicos:**

- Se recomienda realizar seguimiento con OCT para documentar la reducción del espesor retiniano central. La necesidad de inyecciones adicionales de ranibizumab se apoya en el incremento del espesor retiniano documentado por OCT.
- Se recomienda re-tratamiento basados en seguimiento continuo de agudeza visual (pérdida de más de 5 letras en [EDTRS] o un equivalente de línea de Snellen), actividad de la membrana, fugas y crecimiento. Examinar cada 4 a 8 semanas después de las inyecciones de intravitrea

**Seguimiento a pacientes con terapia fotodinámica:**

- Después de aplicación de TFD con verteporfina, el intervalo recomendado para seguimiento es cada tres meses durante dos años, incluyendo FAR

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Envío ordinario del primero al segundo nivel, de todo paciente mayor de 50 años que presente disminución de la agudeza visual, con escotoma o bien alteraciones en la percepción de las cosas tales como metamorfopsias
- Pacientes ya evaluados por el servicio de retina y que no sean candidatos a tratamiento contrarreferir al primer nivel
- Regresar para examen de 6 meses si está asintomático o examen antes si hay síntomas nuevos que

sugieran NVC. Las fotos de fondo de ojo y FAR solo se deben realizar si el paciente esta sintomático.

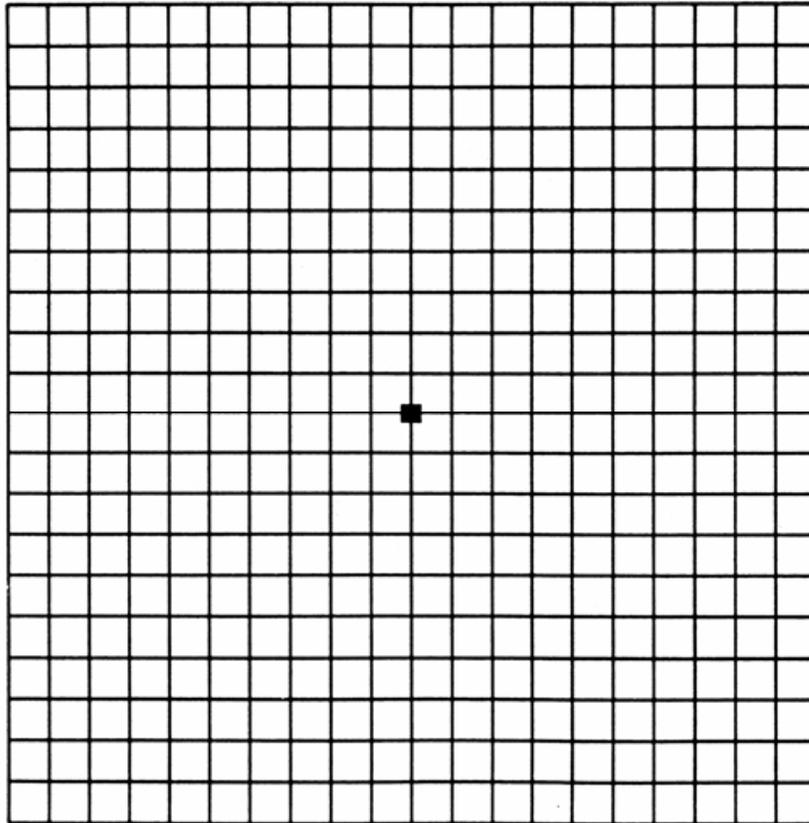
## INCAPACIDAD

La población que padece DMRE son habitualmente adultos mayores que tienen menos actividades laborales. De cualquier forma son pacientes en los que debe valorarse la pensión por el escotoma central que limita la visión desde el inicio.

## ANEXOS

### 6.3.1 REJILLA DE AMSLER

La rejilla de Amsler se utiliza para detectar anomalías de retina en el campo visual central (20 grados). Esta prueba consiste en una cuadrícula con un punto de fijación central. Cada cuadrado mide 5 mm y ocupa un ángulo de grado 1 en el campo visual a una distancia de observación de 30 cm.



#### Instrucciones

1. Sostenga la cuadrícula a la distancia normal de lectura (aproximadamente de 30 a 40 cm). Colocarse sus anteojos para leer si ya los utiliza.
  2. Cubra su ojo derecho con una tarjeta.
  3. Mire el punto en el centro de la cuadrícula con su ojo izquierdo.
  4. Hágase las siguientes preguntas: son las líneas rectas ¿Son todos los cuadrados del mismo tamaño? ¿Ve las cuatro esquinas? ¿Existen zonas vacías, distorsionadas o borrosas o líneas onduladas?
  5. Repita la prueba con el otro ojo.
- Cuando la visión del ojo examinando se centra en el punto oscuro central, la imagen de la cuadrícula se limita a la mácula. Por lo tanto, una respuesta de "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores indica un trastorno macular. El paciente debería por lo tanto ver a un oftalmólogo.

### 6.3.2 EQUIVALENCIAS DE AGUDEZA VISUAL EN DISTINTAS NOTACIONES

| MAR (Minutos de Arco) | Snellen Pies | Snellen Metros | Eficiencia Visual de Snell-Sterling (%) | Fracción de Snellen | Log MAR |
|-----------------------|--------------|----------------|---|---------------------|---------|
| 0,5                   | 20/10        | 6/3            | 109                                     | 2,0                 | 0,3     |
| 0,75                  | 20/15        | 6/4,5          | 104                                     | 1,33                | 0,1     |
| 1,00                  | 20/20        | 6/6            | 100                                     | 1,0                 | 0       |
| 1,25                  | 20/25        | 6/7,5          | 96                                      | 0,8                 | -0,1    |
| 1,5                   | 20/30        | 6/9            | 91                                      | 0,67                | -0,18   |
| 2,0                   | 20/40        | 6/12           | 84                                      | 0,5                 | -0,3    |
| 2,5                   | 20/50        | 6/15           | 76                                      | 0,4                 | -0,4    |
| 3,0                   | 20/60        | 6/18           | 70                                      | 0,33                | -0,5    |
| 4,0                   | 20/80        | 6/24           | 58                                      | 0,25                | -0,6    |
| 5,0                   | 20/100       | 6/30           | 49                                      | 0,2                 | -0,7    |
| 6,0                   | 20/120       | 6/36           | 41                                      | 0,17                | -0,78   |
| 7,5                   | 20/150       | 6/45           | 31                                      | 0,133               | -0,88   |
| 10,0                  | 20/200       | 6/60           | 20                                      | 0,10                | -1,0    |
| 20,0                  | 20/400       | 6/120          | 3                                       | 0,05                | -1,3    |

### 6.3.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DRUSAS

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Sin drusas o pequeñas drusas | Sin anomalías del EPR y con una agudeza visual sin afectación   |
| Drusas medianas              | Al menos un ojo tiene uno o más drusas de tamaño mediano, o una extensa zona de drusas pequeñas, anomalías del pigmento ya asociadas a la degeneración macular relacionada con la edad, y todavía no hay una disfunción visual. |
| Drusas largas                | Al menos un ojo tiene drusa larga o 20 drusas medianas, zonas de atrofia de epitelio menor a un octavo de tamaño de disco óptico.   |

### 6.3.4. CLASIFICACIÓN ANGIOGRÁFICA DE LA NVC

|   |   |
|---|---|
| La angiografía fluoresceínica es una exploración fundamental para confirmar el diagnóstico de NVC y para verificar la respuesta al tratamiento.   |   |
| Basándonos en los hallazgos angiográficos, podemos clasificar a las membranas neovasculares subretinianas en función de su localización respecto al centro de la fovea y en función de si son clásicas u ocultas. |   |
| Considerando el primer criterio, distinguimos los tipos de membranas:   |   |
| <b>Clasificación de las membranas neovasculares coroideas según localización</b>  |   |
| Subfoveales   | Afectan al centro de la fovea               |
| Yuxtafoveales   | Entre 1 y 200 micras del centro de la fovea |
| Extrafoveales.  | A más de 200 micras del centro de la fovea. |
| Yuxtapapilares  | Adyacentes al disco óptico                  |

### 6.3.5 CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE SU ASPECTO EN LA FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Membranas clásicas.</b> Tiene un patrón característico en encaje, bien definidas desde fases precoces de la FAR donde se aprecia un ovillo neovascular hiperfluorescente. Posteriormente, en fases tardías la membrana sigue mostrándose hiperfluorescente, pero la existencia de fuga difumina los bordes, haciendo que los límites de la membrana sean más imprecisos que en fases iniciales, el 60% de los pacientes que no reciben tratamiento pierden 4 veces más agudeza visual en 5 años que los tratados.</p> |   |
| <p><b>Membranas ocultas.</b> Presenta escapes tardíos de origen no determinado, hipofluorescencia por bloqueo. También se evidencian desprendimientos fibrovasculares del EPR son mal definidas y no cumplen los requisitos de membrana clásica. <b>suelen subdividirse en dos subtipos que no cumplen los requisitos:</b></p>  | <p>Desprendimiento fibrovascular del EPR: moteado hiperfluorescente irregular a nivel del EPR, más evidente en fases intermedias y tardías de la FAR</p> <p>Fuga de origen tardío indeterminado: fuga de colorante en fases tardías cuyo origen no puede correlacionarse con lesiones observables en fases precoces</p> |
| <p>Las formas clásicas y ocultas puras son poco frecuentes, y habitualmente hallamos formas mixtas. Recientemente se ha propuesto una subclasificación en función del porcentaje de componente clásico presente en la lesión:</p>   |   |
| <p><b>NVC predominantemente clásica:</b> el componente clásico representa el 50% o más del total de la lesión</p>   |   |
| <p><b>NVC mínimamente clásica:</b> el componente clásico existe, pero representa menos del 50% del total</p>  |   |
| <p><b>NVC oculta:</b> no hay componente clásico</p>   |   |
| <p><b>Neovascularización mixta:</b> presenta en algunas zonas de la lesión, características de predominio clásico y en otras oculto</p>   |   |

### 6.3.6 DIAGNÓSTICO DE DMRE

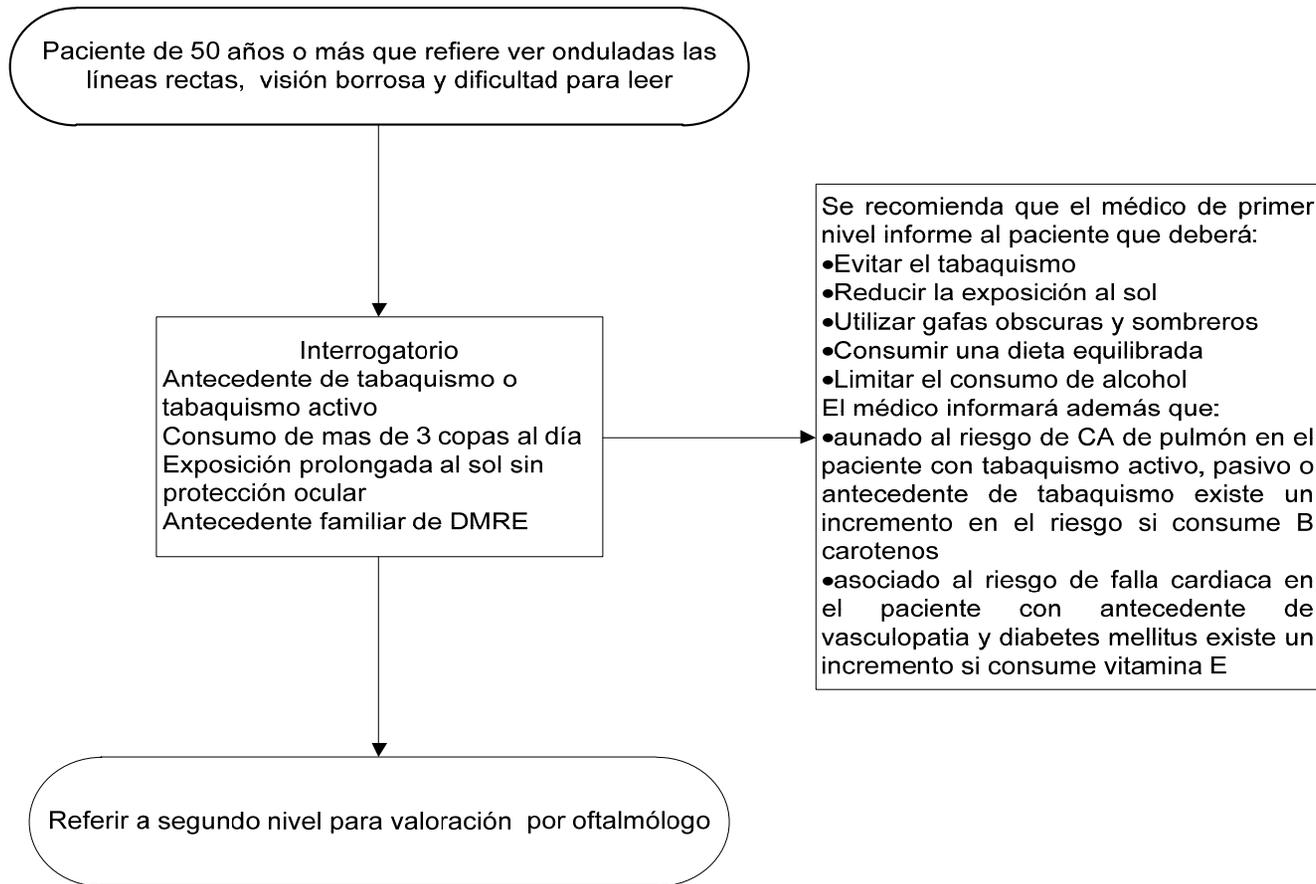
| Estudios previos al tratamiento   |   |  |
|---|---|--|
| Exploración   | Tomografía de coherencia óptica   | Angiografía con fluoresceína   |
| Pérdida de agudeza visual<br>Dificultad para la lectura<br>Metamorfopsia<br>Drusas<br>Dispersión de pigmento<br>Atrofia y degeneración del EPR<br>Escotoma central<br>Hemorragia subretiniana<br>Hemorragia intraretiniana<br>Desprendimiento exudativo<br>Desprendimiento del EPR<br>Atrofia subfoveal<br>Exudados lipídicos | Volumen macular<br>Grosor macular<br>Líquido subretiniano<br>Líquido intrarretiniano<br>Localización de neovascularización ( intrarretiniana, subretiniana sub EPR) | Localización de membranas (subfoveal, yuxtafoveal, exdtrafoveal)<br>Clasificación de la membrana (Clásica, mínimamente clásica y oculta) |

**6.4.7. ESQUEMA DE SEGUIMIENTO SUGERIDO**

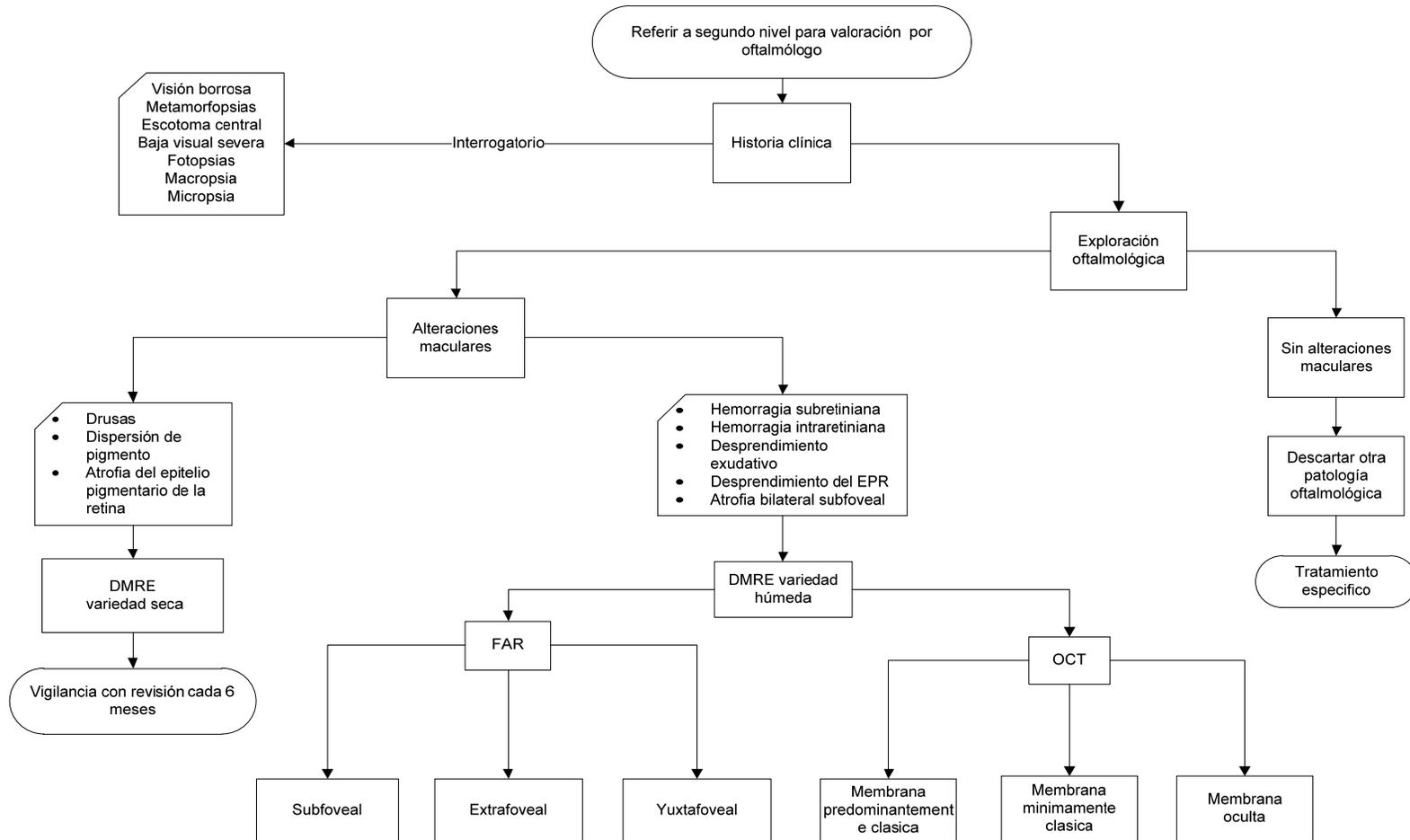
|             | Opción de tratamiento                       | Opción sin tratamiento                                  |
|-------------|---|---|
| Diagnóstico | 1 visita al oftalmólogo                     | 1 visita al oftalmólogo                                 |
|             | 1 visita al retinólogo                      | 1 visita al retinólogo                                  |
|             | 1 FAR                                       | 1 FAR   |
| Tratamiento | 3.4 tratamientos* en el 1er año             | 3.4 visitas al retinólogo, incluyendo FAR en el 1er año |
|             | 2.1 tratamiento en el 2do año               | 2.1 visitas al retinólogo, incluyendo FAR en el 2do año |
|             | 1 tratamiento en el 3er año                 | 1 visita al retinólogo, incluyendo FAR en el 3er año    |
| Seguimiento | 4 visitas † de seguimiento en el primer año | 4 visitas de seguimiento en el primer año               |
|             | 4 visitas de seguimiento en el segundo año  | 4 visitas de seguimiento en el segundo año              |
|             | 2 visitas de seguimiento en el tercer año   | 2 visitas de seguimiento en el tercer año               |
|             | 1 visita de seguimiento en el cuarto año    | 1 visita de seguimiento en el cuarto año                |

ALGORITMOS

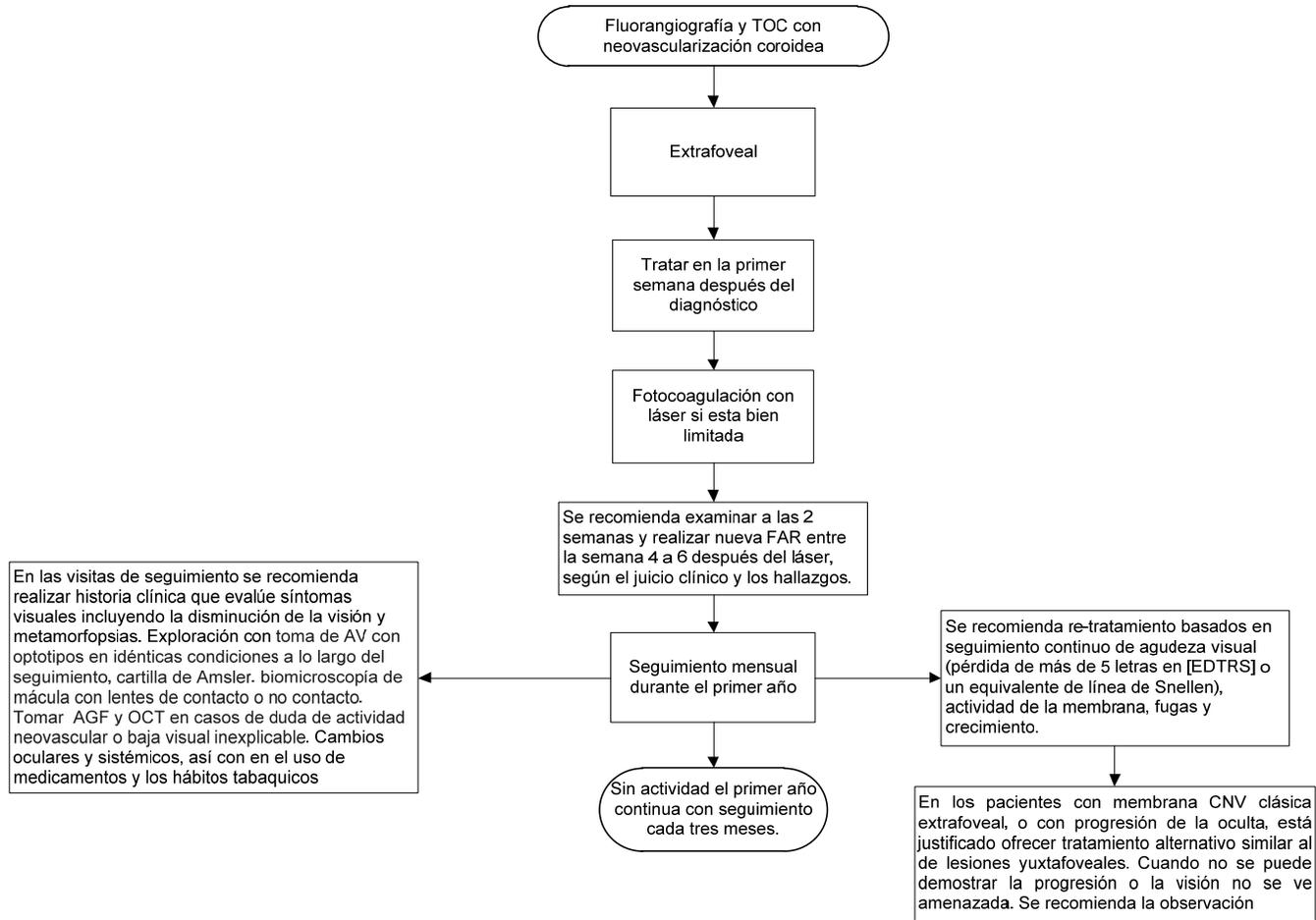
**Diagnóstico de la Degeneración Macular Relacionada con la Edad**



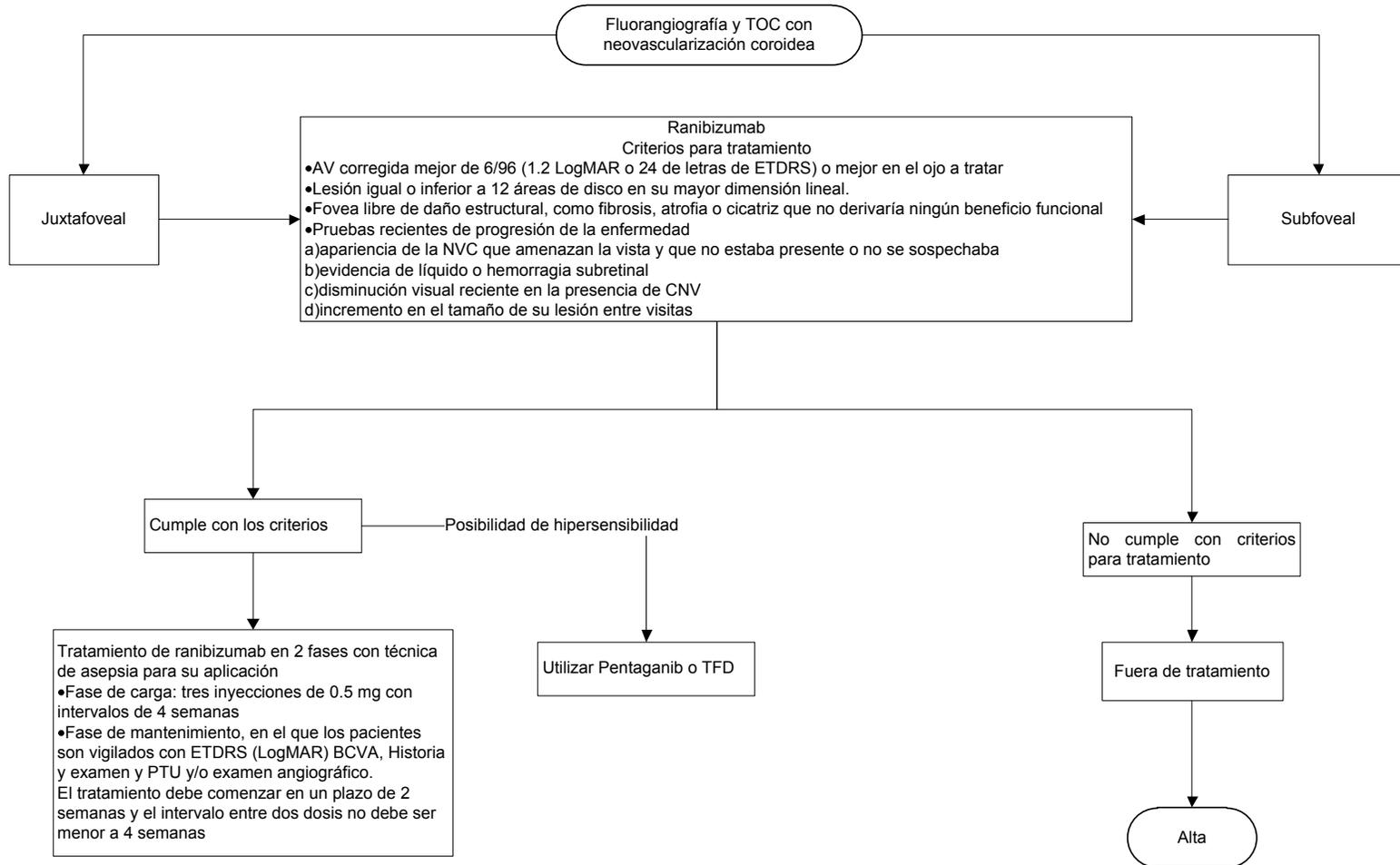
**Diagnóstico de la Degeneración Macular Relacionada con la Edad**



**Tratamiento de la Membrana Neovascular Extrafoveal**



**Tratamiento de la Membrana Neovascular Subfoveal o Yuxtafoveal**



### Tratamiento de la Membrana Neovascular Subfoveal o Yuxtafoveal

