

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y Manejo del  
Orzuelo y Chalazión

## Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro  ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://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 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 variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

H00 Orzuelo y Chalazión

Guía de Práctica Clínica  
Diagnóstico y Manejo del Orzuelo y Chalazión

**Autores:**

Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Médico Cirujano Oftalmólogo		Coordinador de Programas Médicos, División de Excelencia Clínica, CUMAE, México, DF
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	Medico Cirujano Oftalmólogo	<b>IMSS</b>	Medico Cirujano Oftalmólogo adscrito al servicio de Oftalmología de HGZ No. 1, en San Fco. Campeche Campeche
Dr. Eduardo Márquez Martínez	Médico Cirujano Oftalmólogo		Medico 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	<b>IMSS</b>	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

**ÍNDICE:**

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.....	13
4.1.3.1 Medidas Higiénicas.....	13
4.1.3.2 Tratamiento Médico del Orzuelo .....	14
4.1.3.3 Tratamiento Médico de Chalazión .....	15
4.1.3.4 Tratamiento Quirúrgico de Chalazión.....	16
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.....	17
4.2.2.1 Contrarreferencia al Primer Nivel de Atención .....	17
4.3 Vigilancia y Seguimiento .....	17
4.4 Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad Cuando Proceda .....	18
5 . Definiciones Operativas.....	21
6. Anexos .....	22
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	22
6.2 Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación .....	23
6.4 Medicamentos.....	26
7. Bibliografía.....	28
8. Agradecimientos .....	29
9. Comité Académico.....	30
10. Directorio .....	31
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	32

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro :	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Médico Oftalmólogo
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>H00X ORZUELO Y CHALAZIÓN</b>
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Primero y Segundo Nivel de Atención <span style="float: right;">Diagnóstico Tratamiento</span>
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médico Familiar, Médico General, Médico Oftalmólogo
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	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
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Todos los pacientes con orzuelo y chalazión
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	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
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	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
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Incremento en la proporción de pacientes que realizan medidas higienicas preventivas Tratamiento farmacologico 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
<b>METODOLOGÍA</b>	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 período 2004 y 2008 Revisiones sistemáticas y Metaanálisis: 0 ....Ensayos Clínicos 2 ....Estudios de Cohorte 0 ....Estudios de Casos y Controles 0 ....Estudios 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 *
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	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
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	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
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://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 ¿cual seria el tratamiento médico?
5. En el paciente con chalazión ¿cual 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:

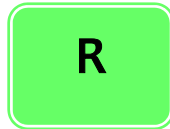
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

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**




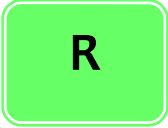
**RECOMENDACIÓN**



**BUENA PRÁCTICA**

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 FACTORES DE RIESGO


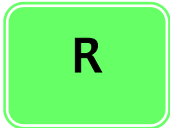

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se reportan factores de riesgo como: blefaritis crónica, rosácea, dermatitis seborreica, inmuno deprimidos, diabetes y embarazo</p>	<p>2b Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</p>
 <p>Se recomienda el manejo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

4.1.2 DIAGNÓSTICO

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ORZUELO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></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] Fenga 2008</p>
<p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorción en los párpados</li> <li>• Epífora</li> <li>• Enrojecimiento local del parpado</li> </ul>	<p>IV [E. Shekelle] Lederman 1999 Wald 2004</p> <p>Clinical Management Guidelines Hordeolum Clnical Consensus The College of Optometrists 2008</p>
<p><b>E</b></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] Wald 2004</p>
<p><b>R</b></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 Clinical Management Guidelines Hordeolum Clnical Consensus The College of Optometrists 2008</p> <p>C [E. Shekelle] Fenga 2008</p> <p>D [E. Shekelle] Lederman 1999, Wald 2004</p>

4.1.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CHALAZIÓN

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

4.1.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">E</div> <p>El diagnóstico diferencial de chalazión se hace con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orzuelo externo e interno</li> <li>• Quiste sebáceo de piel</li> <li>• Carcinoma de glándula sebácea</li> </ul>	<p style="text-align: center;">2b</p> <p style="text-align: center;">Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">E</div> <p>El diagnóstico diferencial de el orzuelo se hace con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Celulitis preseptal</li> <li>• Hematoma palpebral</li> <li>• Dacriocistitis aguda</li> <li>• Chalazión</li> <li>• Carcinoma de glándula sebácea</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</p> <p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] Lederman 1999</p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">R</div> <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 style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Clinical Management Guidelines Chalazion (Meibomian cyst) The College of Optometrists 2008</p> <p style="text-align: center;">Clinical Management Guidelines Hordeolum Clinical Consensus The College of Optometrists 2008</p> <p style="text-align: center;">D [E. Shekelle] Lederman 1999</p>

4.1.3 TRATAMIENTO

4.1.3.1 MEDIDAS HIGIÉNICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">E</div> <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: center;">III</p> <p style="text-align: center;">Blefaritis Guidelines AAO 2008</p> <p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] Wald 2004, Lederman 1999</p>

**R**

En casos de orzuelo y chalazión se espera una recuperación espontánea. Sin embargo, se recomienda como tratamiento inicial las compresas húmedas tibias acompañadas de masaje con antibiótico en ungüento para acelerar la curación

**R**

Se recomienda higiene del borde palpebral con un hisopo de algodón (pero no más allá de la unión muco-cutánea)  
 Utilizar champú de bebé o solución de bicarbonato de sodio  
 -Lavar dos veces al día al principio, cuando mejore reducir a una vez al día  
 -Realizar presión del borde palpebral con el hisopo  
 -Colocar compresas calientes para aflojar collarettes 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

B

Clinical Management Guidelines  
 Chalazion (Meibomian cyst)  
 The College of Optometrists 2008

Clinical Management Guidelines  
 Hordeolum Clinical Consensus  
 The College of Optometrists 2008

A

American Academy Ophthalmology  
 Blepharitis Guidelines 2008

B

Clinical Management Guidelines  
 Chalazion (Meibomian cyst)  
 The College of Optometrists 2008

B

Clinical Management Guidelines  
 Blepharitis  
 The College of Optometrists 2009

#### 4.1.3.2 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ORZUELO

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

Distintos antibióticos son utilizados para el manejo local del orzuelo como cloranfenicol, bacitracina o eritromicina en ungüento puede ser utilizado 3 veces al día por 7 días.

III  
 Blefaritis Guidelines  
 AAO 2008

IV  
 [E. Shekelle]  
 Wald 2004

**R**

Se recomienda el tratamiento con antibióticos tópicos como eritromicina, cloranfenicol.

A  
 Blefaritis Guidelines  
 AAO 2008  
 Clinical Management Guidelines  
 Hordeolum Clinical Consensus  
 The College of Optometrists 2008

**E**

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.

**R**

Se recomienda el uso de antibiótico sistémico a base de alguna de las siguientes alternativas:

- En adultos dicloxacilina 500 mg cada 6 hrs. por 7 días
- En niños 250 mg cada 6 hrs. por 7 días

En caso de hipersensibilidad a la dicloxacilina utilizar :

- Eritromicina 250 -500 mg diario
- Azitromicina 250-500 mg una a tres veces por semana.

III  
Blefaritis Guidelines  
AAO 2008  
Clinical Management Guidelines  
Hordeolum Clinical Consensus  
The College of Optometrists 2008  
IV  
[E. Shekelle]  
Leonid 2002  
Lederman 1999

A  
Blefaritis Guidelines  
AAO 2008

IV  
[E. Shekelle]  
Leonid 2002

#### 4.1.3.3 TRATAMIENTO MÉDICO DE CHALAZIÓN

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

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.

IV  
[E. Shekelle]  
Unal 2008  
Gilchrist 2009

**E**

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.

Ila  
[E. Shekelle]  
Yagnik 2008

III  
[E. Shekelle]  
Ben Simon 2005

Pizzarello mostró solución de:

- 40% con 1 inyección
- 76% con 2 inyecciones
- 88% con 3 inyecciones

IV  
[E. Shekelle]  
Skorin 2002  
Unal 2008

**E**

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.

Ib  
[E. Shekelle]  
Goawalla 2007

**R**

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

A  
[E. Shekelle]  
Goawalla 2007

**✓/R**

Los resultados de diversos estudios son contradictorios con gran variabilidad en las estadísticas que no permiten establecer el uso rutinario de esteroides intralesiones

B  
[E. Shekelle]  
Yagnik 2008

Consenso de la mesa de trabajo

#### 4.1.3.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CHALAZIÓN

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

Estudios realizados que comparan el uso de esteroides intralesional con la incisión y curetaje en donde se encuentra una diferencia significativa de resolución completa a favor del curetaje de un 60% contra 8.7%

Ila  
[E. Shekelle]  
Yagnik 2008

IV  
[E. Shekelle]  
Skorin 2002

**E**

El tratamiento de elección es la incisión y curetaje de la lesión en el consultorio.

IV  
[E. Shekelle]  
Lederman

**R**

Se recomienda realizar de primera intención la incisión y curetaje de lesiones mayores de 6 mm cuando el tratamiento conservador no ha funcionado.


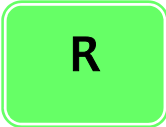

B  
[E. Shekelle]  
Yagnik 2008  
D  
[E. Shekelle]  
Skorin 2002



## 4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

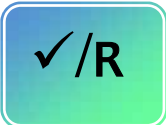
### 4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

#### 4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN


Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>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] Gole 2008</p>
 <p>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] Gole 2008</p>
 <p>Se sugiere envío urgente a pacientes que presenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de agudeza visual</li> <li>• Hiperemia, edema y dolor palpebral</li> <li>• Afección de la cornea</li> </ul>	<p>Consenso de la mesa de trabajo</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 dias despues de la incisió y curetaje</p>	<p>Consenso de la mesa de trabajo</p>

## 4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Lesiones resueltas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 70% en 2 semanas con 1 inyección</li> <li>• 84% en 4 semanas con 2 inyecciones</li> <li>• 89% en 6 semanas con 3 inyecciones</li> <li>• 11% no se resuelven en 8 semanas</li> <li>• 4% recurren en 6 meses</li> </ul>	<p>Ila [E. Shekelle] Yagnik 2008</p>

**R**

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.

B  
[E. Shekelle]  
Yagnik 2008

✓/R

Revisión 3 días después de la incisión y curetaje y de no existir complicaciones alta a su unidad de primer nivel

Consenso de la mesa de trabajo

#### 4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**

✓/R

Se recomienda 3 días de incapacidad laboral en los casos en que se realiza escisión de chalazión  
Quedando a criterio del médico las situaciones especiales

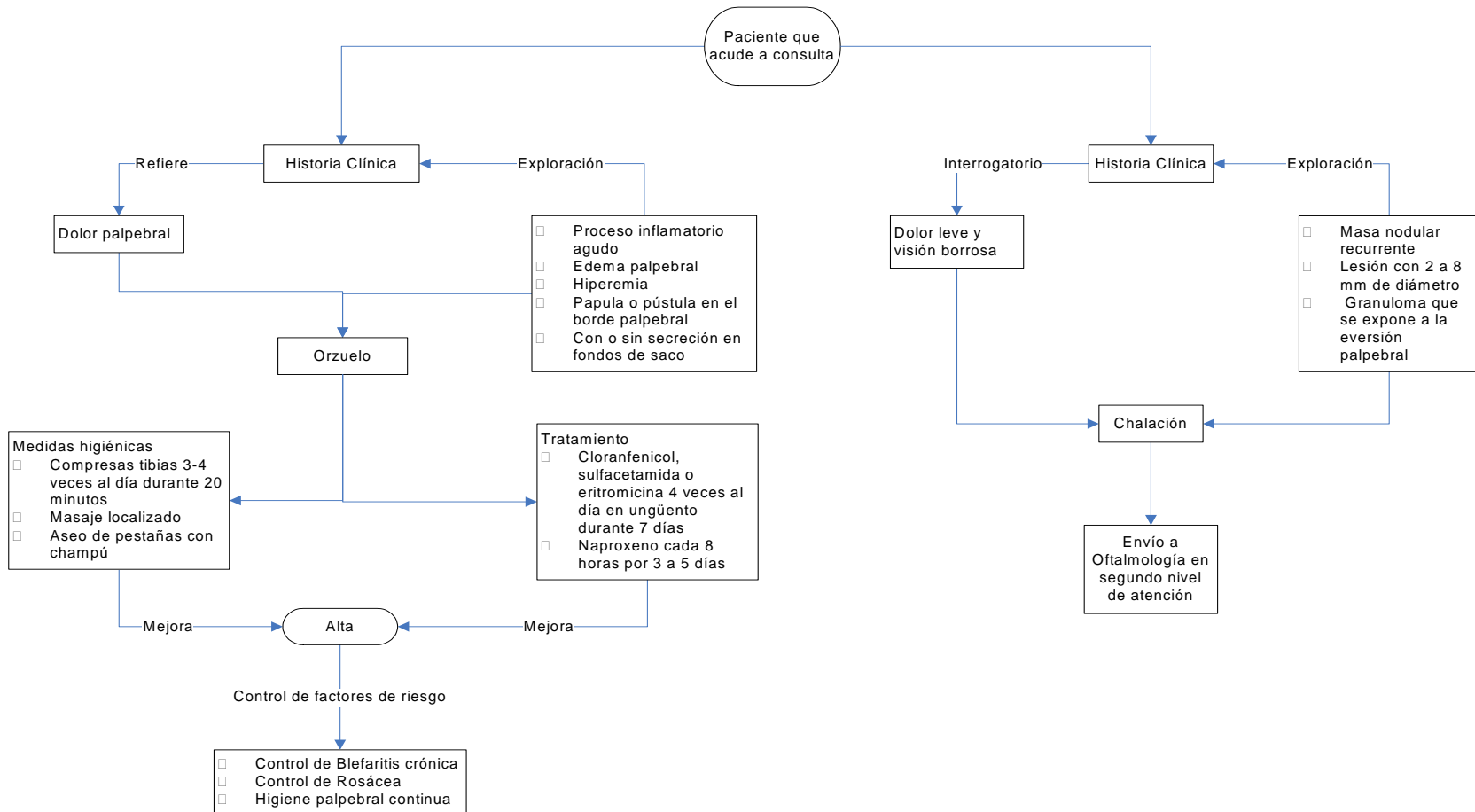
Consenso de la mesa de trabajo

ALGORITMOS



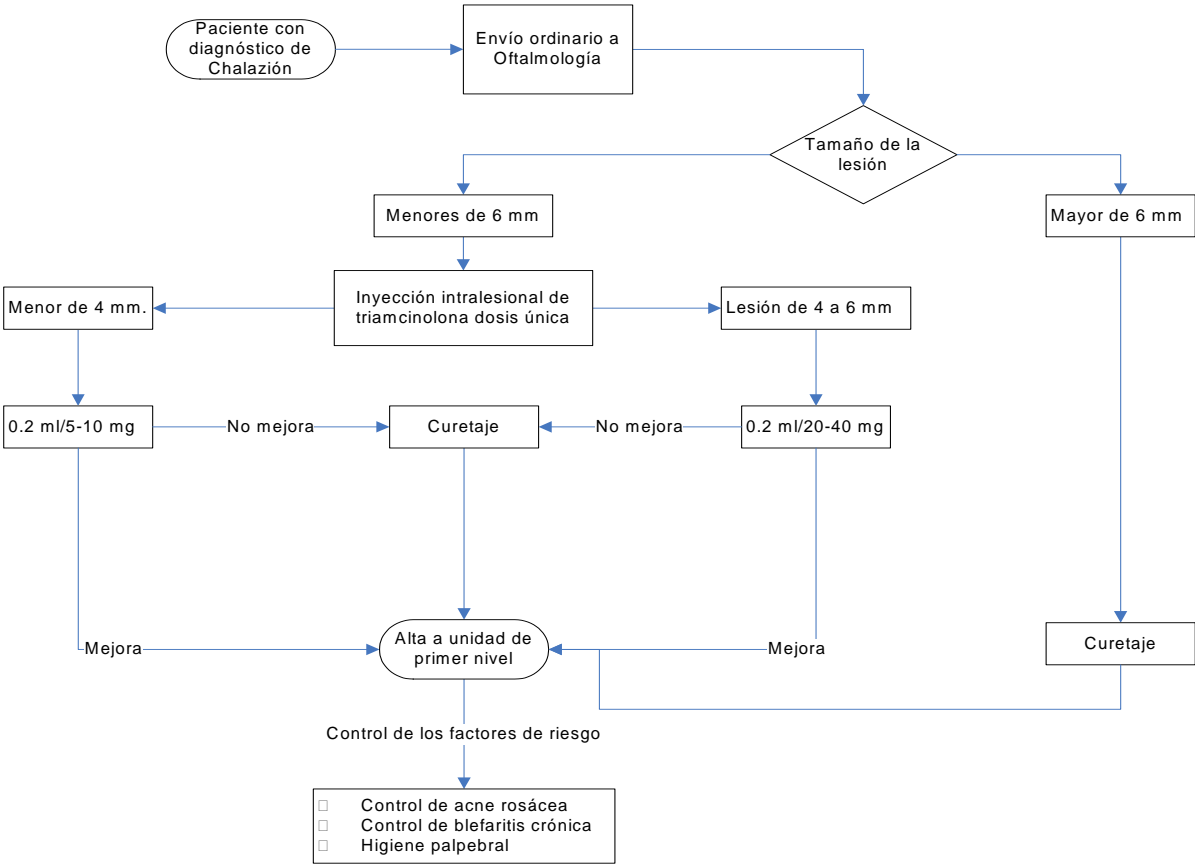
**Orzuelo y Chalazión Primer Nivel de Atención**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Octubre 2009	Reunión Oaxtepec 2009
--------------------------------------	--------------	-----------------------





**Orzuelo y Chalazión Segundo Nivel de Atención**  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL      Octubre 2009      Reunión Oaxtepec 2009



## 5 . DEFINICIONES OPERATIVAS

**Glándulas de Meibomio o glándulas tarsales:** son pequeñas formaciones arracimadas dispuestas paralelamente entre si 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.

## 6. ANEXOS

### 6.1 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](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](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](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 llevo 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 empleo 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.

## 6.2 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
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios <b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>IIa.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad <b>IIb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	

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>

## 6.4 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 esteroideos.	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

## 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](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). [http://www.optometry.co.uk/articles/docs/Oe8005e0bc2e021ee066d330df17d893\\_skorin20020628.pdf](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](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](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.

<b>NOMBRE</b>	<b>Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
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
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

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

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	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 de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **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. Miguel Ángel Yunes Linares

**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

**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**

#### **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. Alfonso Alberto Cerón Hernández

**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico