

Catarata (Evaluación y Seguimiento)

Traducido por Andres F. Lasave, MD

Examen Inicial

- Síntomas
- Antecedentes oculares
- Antecedentes sistémicos
- Evaluación de la función visual
- Medicamentos actualmente utilizados

Examen Físico Inicial (Elementos Clave)

- Agudeza visual con su corrección actual
- Agudeza visual mejor corregida (AVMC)
- Examen de los anexos
- Evaluación de la posición primaria de la mirada (PPM) y de la motilidad ocular
- Test de deslumbramiento (glare test) si fuera necesario
- Reflejos pupilares
- Medición de la presión intraocular (PIO)
- Biomicroscopía, incluyendo gonioscopia
- Examen del cristalino, macula, nervio óptico, retina periférica y vítreo a través de la pupila dilatada
- Evaluación de los aspectos relevantes del estado físico y medico del paciente.

Manejo Dirigido

- El tratamiento está indicado cuando la función visual del paciente no colma sus necesidades y la cirugía de catarata proporciona una probabilidad razonable de mejoría
- La extracción de catarata también está indicada cuando hay evidencia de alteraciones provocadas por el cristalino o cuando fuera necesario visualizar el fondo (impedido por la catarata) en aquellos ojos con cierto potencial visual
- La cirugía no debería realizarse bajo las siguientes circunstancias:
 - Si la AVMC no altera el estilo de vida del paciente;
 - Cuando la cirugía no va a mejorar la función visual;
 - Si el procedimiento resultara un riesgo para el paciente debido a alteraciones oculares o sistémicas coexistentes;
 - Si no fuera posible proveer un adecuado cuidado postoperatorio
- Las indicaciones para la cirugía del segundo ojo, son las mismas que para el primero (sin embargo, se toma en consideración la necesidad de función binocular)
- El estándar de atención en los Estados Unidos es una facoemulsificación de pequeña incisión con implante de LIO plegable con un enfoque biaxial o coaxial (*I+*, *BC*, *FR*)

Estrategia Preoperatoria

El oftalmólogo que realizara la cirugía debe ser responsable de lo siguiente:

- Examen pre-quirúrgico del paciente
- Asegurarse que la evaluación documente con exactitud los síntomas, hallazgos e indicaciones para el tratamiento
- Informar al paciente sobre los riesgos, beneficios y expectativas reales de la cirugía, incluyendo los resultados refractivos de manera anticipada o la experiencia quirúrgica
- Formular un plan quirúrgico, incluyendo la elección del lente intraocular y tipo de anestesia
- Repasar los resultados de la evaluación diagnóstica y pre-quirúrgica con el paciente
- Informar al paciente acerca de la posibilidad de deterioro visual seguido a la cirugía, y el potencial de rehabilitación (*III*, *BC*, *FR*)
- Formular planes postquirúrgicos e informar al paciente sobre las reparaciones
- Responder a las preguntas del paciente en cuanto a cirugía, cuidado y costo
- Las pruebas de laboratorio preoperatorias no se indican junto a la historia clínica y el examen físico (*I+*, *BC*, *FR*)

Evaluación de Seguimiento

- Los pacientes de alto riesgo deberían ser evaluados dentro de las 24 horas de la cirugía
- Los pacientes de rutina deben de ser evaluados dentro de las 48 horas siguientes de la cirugía
- La frecuencia de los controles posteriores dependerán de la refracción, función visual y condiciones clínicas del ojo
- Para los pacientes de alto riesgo se necesitará un seguimiento mas frecuente.
- Cada evaluación postoperatoria debería incluir:
 - Historia reciente, incluyendo síntomas nuevos y el uso de medicaciones posoperativas
 - Evaluación de la función visual del paciente (Agudeza visual, agujero estenoico)
 - Medición de la presión intraocular
 - Biomicroscopía
 - El oftalmólogo deberá proveer una adecuada atención postoperatoria la cual es competencia únicamente del oftalmólogo tratante (*III, BC, FR*)

Capsulotomía con ND-YAG Láser

- Está indicada cuando hay un deterioro de la agudeza visual secundaria a opacidad de la cápsula posterior o cuando ésta opacidad interfiere en forma crítica con la visualización del fondo del ojo
- El paciente debe ser informado acerca de los síntomas de desprendimiento del vítreo posterior, desgarros y desprendimiento de retina para poder asistir en tiempo y forma a una evaluación inmediata.
- La decisión de realizar una capsulotomía posterior debiendo tener en cuenta los riesgos y beneficios de la cirugía con laser. La capsulotomía posterior con laser no deberá realizarse en forma profiláctica (ej.: cuando la capsula se mantiene limpia). El ojo debe estar sin inflamación y el LIO estable antes de realizar la capsulotomía con laser Nd: YAG. (*III, BC, FR*)



Descargo de responsabilidad

Esta publicación es una traducción de una publicación de la Academia Americana de Oftalmología (AAO) titulada en su lengua original Summary Benchmarks. Esta traducción refleja la práctica oftalmológica actualizada en los Estados Unidos habiendo sido publicado originalmente por la AAO, aunque la misma podría incluir algunas modificaciones que reflejen las prácticas acordes al país. La Academia Americana de Oftalmología no tradujo este documento al lenguaje utilizado en esta publicación y no asume ninguna responsabilidad por las modificaciones, errores, omisiones u otras posibles fallas en la traducción. La Academia proporciona este material sólo con fines educativos. No está destinado a representar su contenido como un único ni como el mejor método o procedimiento en cada caso, ni para reemplazar el juicio propio de un médico ni dar consejos específicos para el manejo de casos clínicos. Incluyendo las indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios y agentes alternativos para cada fármaco o tratamiento está fuera del alcance de este material. Toda la información y las recomendaciones deben ser verificadas, antes de su utilización, con la información actual de los autores u otras fuentes independientes, y considerarlas a la luz del estado del paciente y su historia clínica. La Academia renuncia específicamente a toda responsabilidad por lesiones u otros daños de cualquier tipo, por negligencia o por cualquier otra causa, por cualquier reclamo que pueda surgir del uso de cualquier recomendación u otra información contenida en este documento.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.