

Calidad en la cirugía de catarata con incisión pequeña

Evaluación y selección previa a la cirugía

Como cirujano, quizás usted no vea a todos los pacientes con cataratas antes de las cirugías. En ese caso, es crucial que los enfermeros que trabajen con usted sean diligentes en sus evaluaciones prequirúrgicas. Todos los pacientes deben someterse a las siguientes evaluaciones: agudeza visual, presión intraocular, pupilas (buscar un defecto pupilar aferente relativo también llamado por sus siglas DPAR) y los antecedentes oftálmicos. La selección previa a la cirugía es muy importante. Poner en la lista de cirugías de cataratas a un paciente que tiene DPAR, una presión intraocular alta o antecedentes de enfermedad retiniana grave, puede producir resultados deficientes. Se debe evaluar exhaustivamente al paciente y se debe obtener el consentimiento adecuado antes de brindar un "pronóstico reservado". Asimismo, para obtener buenos resultados en la visión, es esencial tener una biometría precisa y una gran variedad de lentes intraoculares disponibles.

Técnica quirúrgica

El procedimiento en sí es maravilloso cuando todo sale bien; sin embargo, todos los ojos son diferentes, todas las operaciones son distintas, y cada paso del procedimiento es tan importante como el anterior.

Es necesario aislar bien las pestañas, especialmente las del párpado superior.

La sutura del recto superior es importante porque inmoviliza el ojo y ayuda a "abrir" el túnel escleral al extraer el núcleo. Si la inserción de la aguja es demasiado profunda, puede penetrar el ojo; y si es demasiado superficial, solo penetrará la conjuntiva.

La fijación escleral debe ser firme (durante toda la construcción del túnel) y se obtiene con buenas pinzas (figura 1).

El túnel escleral es muy importante; inicialmente, debe realizarse una incisión curvilínea, en forma de ceño fruncido. Si la incisión es demasiado plana, producirá un astigmatismo inverso significativo. Durante la construcción del túnel la hoja del bisturí debe estar adecuadamente filoso.

Cuando forme el túnel con la hoja del "Crescent", intente ver parcialmente el metal de la hoja. Si no ve nada del metal, la incisión es demasiado profunda y probablemente ingrese en la cámara anterior prematuramente. Si ve demasiado del metal, se formará un ojal. Puede ser necesario lidiar con complicaciones durante la construcción del túnel: un ojal puede producir pérdidas y debe resolverse en un plano diferente o debe realizarse un nuevo sitio de entrada. La entrada prematura en la cámara anterior suele requerir de sutura.

La capsulotomía puede ser lineal o curvilínea continua. Se necesita realizar muchas punciones para conseguir la capsulotomía lineal. Apunte justo arriba de la línea media; de esa manera, dejará una buena porción inferior para proteger el endotelio corneal

cuando extraiga el núcleo, pero también una porción superior suficiente para sostener una lente intraocular (LIO) ubicada en el surco si la cápsula posterior se rompe y no puede sostener al LIO.

Una hidrodisección exhaustiva ayuda a movilizar el núcleo. Verifique siempre que la cánula esté firmemente ajustada antes de ingresar al ojo. Levante ligeramente la cápsula al inyectar líquido debajo de la misma.

La parte más difícil del procedimiento es la rotación del núcleo. Cuando esté seguro de que el núcleo esté suelto de la bolsa, inyecte viscoelástico en la cámara anterior para proteger el endotelio. Utilice la cánula, mientras inyecta lentamente el viscoelástico, para desprender el ecuador superior del núcleo del cristalino. El punto importante es presionar la parte de atrás y levemente hacia abajo dentro de la herida escleral **más allá** del ecuador superior, para que la parte superior del núcleo realmente comience a moverse **hacia adelante** y no hacia atrás.

Inyecte una buena cantidad de viscoelástico detrás del núcleo para empujar la cápsula posterior hacia atrás antes de insertar el haza de cristalino o aguja anzuelo para extraer el núcleo.

Una vez que haya extraído el núcleo, tenga mucho cuidado al remover la corteza blanda del cristalino. Incremente el aumento del microscopio en esta etapa y durante la capsulorrexia.

Debe inyectarse antibiótico en la cámara anterior (intracameral) al final del procedimiento, ya sea cefuroxíma (1 mg en 0,1 ml) o moxifloxacina, inyéctelo **solamente** si puede garantizar que la concentración sea la correcta en todas las oportunidades. Eso puede prevenir la endoftalmis postoperatoria, pero puede dañar gravemente el endotelio corneal si se inyecta una dosis incorrecta.

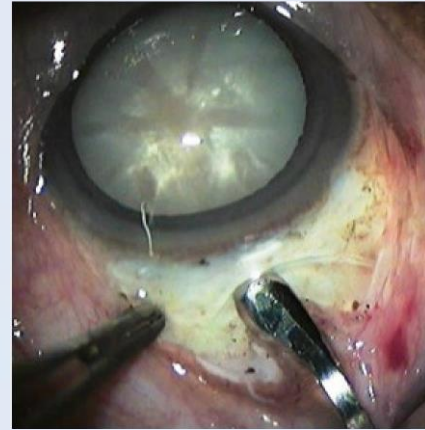
Las complicaciones y su tratamiento

Es importante tratar la pérdida vítrea. Lo más importante es que no quede humor vítreo en la cámara anterior y que se traslade a una herida o paracentesis. Esto produce sin dudas infecciones futuras, edema macular crónico o incluso el desprendimiento de la retina. Casi siempre se debe poder colocar la LIO o bien en la cámara posterior o bien en el surco. En lo posible, evite colocar una LIO en la cámara anterior.

Si tiene alguna duda acerca de la herida, o si la incisión inicial es demasiado plana, coloque una sutura de nailon 10-0 en la incisión principal.

Tratamiento y evaluación después de la cirugía

Los pacientes deben recibir una combinación de gotas con esteroides y antibióticos durante varias semanas después de la cirugía. Es importante



Albrecht Hennig

verificar que los pacientes comprendan la importancia de usar las gotas y también la forma de utilizarlas.

La evaluación posoperatoria es fundamental. Examine a los pacientes el día posterior a la operación para diagnosticar y tratar complicaciones quirúrgicas. La evaluación de la visión y de la refracción, deben realizarse de 4 a 6 semanas después de la cirugía y son esenciales para valorar los resultados quirúrgicos. Los pacientes o quienes los cuiden deben estar informados acerca de las posibles complicaciones. Se les debe decir qué hacer y a dónde ir si tienen síntomas adversos. Eso ayudará a diagnosticar y tratar tempranamente las complicaciones como las infecciones intraoculares.

Auditoría

No se puede sobre-enfatizar sobre el valor en estar interesados en registrar, monitorear y luego analizar todos los resultados quirúrgicos. Como cirujano, esto mejorará la selección, la técnica y el tratamiento; a la larga, lo hará un mejor cirujano y mejorará los resultados de los pacientes que trate. Auditar los resultados debe ser absolutamente obligatorio en todo lugar. Puede parecer una intrusión o un esfuerzo adicional, pero definitivamente lo convertirá en un mejor cirujano.

Conclusiones

En definitiva, la mejor seguridad y técnica quirúrgica y los resultados de los pacientes no dependen de un libro de texto, de un DVD, de un sitio web, ni de un profesor. Están en sus manos, las manos del cirujano. Solo **usted** puede esforzarse por obtener el mejor resultado quirúrgico y en conjunto con todo el personal podrá lograrlo.

Lea más

- 1 Gurung R and Hennig A. *Small-incision cataract surgery: tips for avoiding surgical complications*. *Comm Eye Health J* 288; 21(65): 4-5.
- 2 Sandford-Smith J. *Sutureless cataract surgery: principles and steps*. *Comm Eye Health* 2003; 16(48): 49-53.
- 3 Hennig A. *Sutureless non-phaco cataract surgery: a solution to reduce worldwide cataract blindness?* *Comm Eye Health J* 2003; 16(48): 49-51.
- 4 Yorston D. *Using intracameral cefuroxime as a prophylaxis for endophthalmitis*. *Comm Eye Health J* 2008; 21(65): 11.