

COMPORTAMIENTO DE LA MICROCIRUGIA DE LA CATARATA.

Dra. Mayda Armas López¹, Dra. Natacha Sanféliz Yebra¹, Dr. Gaspar Lobaina Millet².

RESUMEN

Se realiza un estudio en el servicio de oftalmología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia de Guantánamo con el objetivo de valorar el comportamiento de la cirugía extracapsular y la implantación de lente intraocular durante el período comprendido desde enero hasta septiembre de 2001, ambos inclusive. El universo de estudio está comprendido por 251 pacientes a los que se les realizó intervención quirúrgica de catarata durante este período. Se procesan los resultados en una base de datos GESOF. Los resultados encontrados en este estudio son alentadores, al proporcionar una mejor calidad de vida en estos pacientes.

Palabras clave: EXTRACCION DE CATARATA; CATARATA/epidemiología; CALIDAD DE VIDA, lentes intraoculares.

INTRODUCCION

La catarata, generalmente definida como una opacidad del cristalino, es una causa importante de deterioro visual y ceguera en todo el mundo.^{1,2}

El tipo más común de catarata es aquella que se asocia con la edad, comúnmente denominada catarata "senil". Aunque en su formación contribuyen varios factores, está, en gran medida, asociada al proceso de envejecimiento, y dificulta la visión hasta el punto de limitar en gran medida las actividades de la vida cotidiana.²

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo.

² Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa.

La creciente expectativa de vida en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, se traduce en un rápido incremento en el número de personas de mayor edad, y con ello, un aumento de enfermedades relacionadas con la senilidad.³

El envejecimiento de la población traerá consigo un incremento extraordinario del número de ciegos por catarata, ya que no existen métodos para prevenir o detener la evolución de esta enfermedad ocular.³

El impacto de la ceguera por catarata ha sido cuantificado, y se estima que los 17 millones de ciegos por esta causa representan 85 millones de años/ciegos, trágico indicador del sufrimiento humano, con ondas repercusiones en lo psicológico, social y laboral.³

Se trata, por tanto, de un trastorno susceptible de tratamiento quirúrgico que, junto con la corrección óptica del consiguiente defecto de refracción, da por resultado el restablecimiento de la visión. Por lo tanto, su erradicación no es un sueño imposible si nos empeñamos en hacerlo realidad.³

Nuestro trabajo presenta un estudio sobre el comportamiento de la cirugía extracapsular y la implantación de lente intraocular (LIO) en la provincia de Guantánamo.

METODO

Se realiza un estudio en el servicio de Oftalmología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia de Guantánamo, durante el período de tiempo comprendido desde enero hasta septiembre de 2001, ambos inclusive, con el objetivo de caracterizar algunos aspectos de interés en la cirugía de la catarata mediante la técnica extracapsular con y sin implantación de LIO.

El universo de estudio está comprendido por 251 pacientes a los que se les intervino quirúrgicamente por catarata durante el período de tiempo que duró la investigación y que contempla tres meses de evolución a partir de la fecha de operación.

Estos pacientes son evaluados en la consulta de preoperatorio, donde se tiene en cuenta la disminución de la agudeza visual (AV) ocasionada por la catarata. El criterio de cirugía se determinó según el impedimento para realizar las actividades habituales, por lo que el momento de la indicación fue variable para cada caso. Se excluyen los pacientes menores de 15 años.

La primera consulta posoperatoria tuvo lugar a las 24 horas, y se realizó biomicroscopia. Luego, se evaluó a la semana, al mes y a los dos meses, con examen

biomicroscópico y de agudeza visual. A los tres meses de efectuada la intervención se realizó refracción dinámica y queratometría, cuando la sutura había sido retirada.

Las complicaciones se clasificaron en inmediatas, las que aparecieron en los primeros siete días, y tardías, las que aparecieron posteriormente. A los pacientes que necesitaron capsulotomía con láser, por disminución importante de la visión ocasionada por opacidad de cápsula posterior (CP), se les repitió la refracción al mes de haber recibido el proceder.

El dato primario se obtuvo por medio de un formulario previamente establecido para este estudio, el cual se procesó en la base de datos GESOFT.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestra casuística, el 78.09% de los casos se encontraron entre los límites de edades comprendidos desde 61 hasta más de 80 años, lo cual coincide plenamente con la literatura revisada, en la que se plantea que la frecuencia de la catarata senil aumenta con la edad.^{2,4} Los datos estadísticos demuestran que el 60% de las personas entre 60 y 65 años presentan algún grado de opacidad del cristalino, y que el 90% de los que tienen entre⁵ 75 y 85 años padecen de catarata.

En la literatura revisada no encontramos diferencias porcentuales dignas de destacar en lo relacionado con el sexo. En nuestra provincia, según estudios realizados por Segura⁶ en el año 1996, Matos⁴ en el 2000 y más recientemente en el 2001 por Armas¹, encontraron resultados similares a los de nuestra investigación. Otros autores también coinciden con estos resultados.^{7,8}

El centro asistencial donde se realiza este proceder quirúrgico, de forma ambulatoria, se encuentra en una zona urbana, lo que justifica esta procedencia en 189 casos (75.30%). El 89.64% de nuestros operados no tenía ningún tipo de ocupación laboral, lo que se relaciona con la incidencia de la edad.^{7,9}

El glaucoma, como antecedente patológico ocular personal y familiar, apareció en el 6.7% y 5.9%, respectivamente.

La frecuencia del glaucoma de la población, en general, se sitúa alrededor del 2%, con tendencia a ser superior de acuerdo con cifras estadísticas de trabajos investigativos en diferentes países.

En lo relacionado con el antecedente patológico general, personal y familiar, resultó la hipertensión arterial (HTA), la que predominó, en el 27.8% y el 9.16%, respectivamente. Se estima una incidencia de HTA entre el 28-30% de la población adulta, y en nuestra provincia, del 18%.^{9,10}

La catarata está, en gran medida, asociada al proceso de envejecimiento, con predominio de la catarata senil (86.45%); también, es la más frecuentemente encontrada por estudiosos de esta disciplina.^{11,12}

Con la intervención quirúrgica de la catarata se mejora la agudeza visual de los pacientes y, por ende, su calidad de vida.^{5,13,14} En nuestra experiencia, los pacientes cataratosos operados presentaron una mejoría ostensible en la visión, y con ello, de su calidad de vida, al poder incorporarse nuevamente a sus actividades habituales.

La moderna cirugía de catarata, con implantación LIO, es un medio seguro y eficaz de restaurar la función y calidad de la visión. Exhibimos resultados de 88.05% de mejoría evidente de visión, y se destaca en este grupo el 51.79% que alcanzó entre 20/30 y 20/20 (Tabla 1).

Resultaron susceptibles de implantación de LIO 147 cataratosos, los que representan el 58.57% de los operados; al resto no se le implantó, fundamentalmente, por tener realizada operación intracapsular en el ojo adelfo; otros, por la presencia de alguna complicación que lo imposibilitó.^{14,15}

El 72.11% de los pacientes no tuvo ningún tipo de complicación durante la operación. De las 112 (44.62%) complicaciones, resultó ser el opérculo de la cápsula posterior (CP) (18.33%) el más representativo, seguido de la salida de vítreo, con 16.73%. (Tabla 2)

Las complicaciones posoperatorias inmediatas que aparecieron en el 22.71% de los pacientes reflejaron su más alta frecuencia en la opacidad CP (9.16%) y en la uveítis (6.77%) (Tabla 3). En el posoperatorio mediato, durante el cual se complicaron 50 pacientes (19.92%) predominó la opacidad CP (15.94%). Ello estuvo ocasionado, sobre todo, por la falta de pulido de la CP, debido, fundamentalmente, al temor de ruptura de la misma, (Tabla 4).

El defecto refractivo esférico se presentó en la mayoría de los casos de implantados, con predominio de la miopía entre -0.50 y -1.00 (26.14%). El astigmatismo también estuvo presente en casi todos los pacientes, y fue más frecuente entre -1.25 y -2.00 (28.76%). El astigmatismo posoperatorio en los no implantados tuvo su mayor incidencia entre -0.50 y -1.00 (42.06%).

Durante la primera semana de la intervención, en el 3.98% de los casos se reintervino, con la presencia de restos corticales como la causa más frecuente.

Se realizó capsulotomía con láser a los pacientes que presentaron opacidad de CP con disminución considerable de la visión inferior a (20/70) (5.18%); todos alcanzaron visión útil después del proceder.

CONSIDERACIONES FINALES.

La intervención quirúrgica de la catarata ha eliminado virtualmente la ceguera por esta causa en el mundo desarrollado. Las investigaciones han mostrado que esta operación con implantación de LIO es un medio seguro y eficaz de restaurar la función visual y la calidad de vida relacionada con la visión.

Los resultados encontrados en este estudio son alentadores, al proporcionar una mejor calidad de vida en estos pacientes que, prácticamente, eran ciegos.

Nuestra proyección futura está encaminada a continuar el desarrollo de este proceder quirúrgico, con la introducción de la técnica de incisión autosellante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Armas López M, *et al.* Complicaciones de la extracción intracapsular del cristalino en el posoperatorio inmediato. Rev Inf Cient (en línea) Oct-Dic 2000;28 (4). URL disponible en: http://www.gtm.sld.cu/pub/ric/a2000/r2804_a1.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la catarata en los servicios de atención primaria de salud. 2ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
3. Wong C. Unos 14 mil casos de catarata aparecen cada año en Perú. Perú htm. GESTION MEDICA. 2001; 6:1-3.
4. Murthy GV, *et al.* Resultados de la cirugía de la catarata. Instituto de la India para las Ciencias Médicas. Oftalmología Apr 2001; 108(4): 686 -92.
5. Permanyer F. Las cataratas: una fácil solución. Oftalmología. Septiembre 2001;1-3.
6. Segura L. Cirugía de la catarata. Estudio comparativo de los resultados entre la técnica de apertura límbico-corneal y escleral. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Oftalmología. HGD "Dr A. Neto", Guantánamo, 1996.
7. Braganza A, Cheng AC, Thomas R, Muliyl J. Surgical magnification for intracapsular cataract surgery in a rural hospital. Indian J Ophthalmol 1996; 44(3): 179-82.
8. Snellingent, *et al.* Barreras socioeconómicas de la cirugía de catarata en Nepal. PUBMED-MEDLINE. Br J Ophthalmol Dec 1998; 82(12): 1424 -8.
9. Chew A. Intracapsular cataract extraction: experience of a general surgeon in Niger. West Africa [see comments] Aust NZJ Ophthalmol 1997; 25(1): 43-6.
10. Alvarez A. Algunos factores que influyen en el control de la hipertensión arterial. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo, 2000.

11. Falo N. Intervención promocional sobre hipertensión arterial. Policlínica Comunitaria Docente "Asdrúbal López Vázquez. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Guantánamo; 2001.
12. OMS. The use of intraocular lenses in cataract surgery in developing countries. Bulletin of the World Health Organization -Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1994; 69: 657-66.
13. Thylefords B. Global data on blindness. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1995; 73: 115-21.
14. Yu QL, *et al.* Cambio de visión y calidad de vida en pacientes con catarata. Acta Ophthalmol Scand, Dec 2000; 78(6): 703-5.
15. La Khadem M, *et al.* Resultados de la cirugía de catarata: implicaciones para un mundo en vías de desarrollo. J Med Sep Ang 1999 23(4): 281-9.

TABLA 1. AGUDEZA VISUAL PRE Y POSOPERATORIA.

AGUDEZA VISUAL	PREOPERATORIA				POSOPERATORIA (3 MESES)			
	SIN CORRECCION NO	%	CON CORRECCIÓN NO	%	SIN CORRECCIÓN NO	%	CON CORRECCIÓN NO	%
- 20/400	219	87.25	203	80.88	104	41.60	9	3.59
20/400	20	7.97	13	5.18	24	9.60	3	1.20
20/200 – 20/100	11	4.38	33	13.15	95	38.00	18	7.17
20/70 – 20/60	1	0.40	2	0.80	22	8.80	26	10.36
20/50 – 20/40					5	2.00	65	25.90
20/30 – 20/20							130	51.79
TOTAL	251	100.00	251	100.00	250	100.00	251	100.00

Fuente: Dato primario

TABLA 2. COMPLICACIONES PEROPERATORIAS.

COMPLICACIONES	TOTAL	
	No.	%
Elevación PIO	6	2.39
Hipema	6	2.39
Prolapso iris	0	0.00
Opérculo CP	46	18.33
Vítreo previo	5	1.99
Salida vítreo	42	16.73
S/C	181	72.11
Iris flácido	5	1.99
Hemorragia expulsiva	2	0.80

Fuente: Dato primario.

TABLA 3. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS INMEDIATAS.

COMPLICACIONES	TOTAL	
	No.	%
Edema corneal	3	1.20
CA estrecha	1	0.40
Membrana inflamatoria	3	1.20
HTO	2	0.80
Prolapso iris	3	1.20
Opacidad CP	23	9.16
S/C	194	77.29
Queratitis estriada	3	1.20
Herida filtrante	4	1.59
Uveítis	17	6.77
Descentración LIO	2	0.80
Dehiscencia de la herida	1	0.40

Fuente: Dato primario.

TABLA 4. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS TARDIAS.

COMPLICACIONES	TOTAL	
	No.	%
Membrana Inflamatoria	1	0.40
Opacidad CP	40	15.94
S/C	201	80.08
EMC	1	0.40
DR	1	0.40
Descentración LIO	3	1.20

Fuente: Dato primario.