



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA – POSGRADO
PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA**



**RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE CATARATA
COMPARATIVO TÉCNICAS EXTRA CAPSULAR
Y FACOEMULSIFICACIÓN EN LA FBO 2003-
2005**

AUTORA: Dra. Patria S. Calatayud Barrientos RIII

TUTOR: Dr. Rodrigo Cortes Arce

**Marzo 2006
COCHABAMBA - BOLIVIA**

INDICE

| | |
|--------------------------|---------|
| 1. Resumen..... | Pág. 5 |
| 2. Introducción..... | Pág. 6 |
| 3. Hipótesis..... | Pág. 10 |
| 4. Justificación..... | Pág. 10 |
| 5. Marco Teórico..... | Pág. 10 |
| 6. Objetivos..... | Pág. 13 |
| 7. Metodología..... | Pág. 14 |
| 8. Resultados..... | Pág. 17 |
| 9. Discusión..... | Pág. 33 |
| 10. Conclusiones..... | Pág. 37 |
| 11. Recomendaciones..... | Pág. 38 |
| 12. Bibliografía..... | Pág. 39 |
| 13. Referencias..... | Pág. 40 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---------------------|---------|
| 1. Gráfico 1..... | Pág. 42 |
| 2. Gráfico 2..... | Pág. 42 |
| 3. Gráfico 3..... | Pág. 43 |
| 4. Gráfico 4..... | Pág. 43 |
| 5. Gráfico 5..... | Pág. 44 |
| 6. Gráfico 6..... | Pág. 45 |
| 7. Gráfico 7..... | Pág. 45 |
| 8. Gráfico 8..... | Pág. 46 |
| 9. Gráfico 9..... | Pág. 46 |
| 10. Gráfico 10..... | Pág. 47 |
| 11. Gráfico 11..... | Pág. 47 |
| 12. Gráfico 12..... | Pág. 48 |
| 13. Gráfico 13..... | Pág. 48 |
| 14. Gráfico 14..... | Pág. 49 |
| 15. Gráfico 15..... | Pág. 49 |
| 16. Gráfico 16..... | Pág. 50 |
| 17. Gráfico 17..... | Pág. 50 |
| 18. Gráfico 18..... | Pág. 51 |
| 19. Gráfico 19..... | Pág. 51 |
| 20. Gráfico 20..... | Pág. 52 |

ESTUDIO COMPARATIVO DEL RESULTADO DE LA CIRUGÍA DE CATARATA, TÉCNICAS EXTRA CAPSULAR Y FACOEMULSIFICACIÓN EN LA FBO, PERIODOS 2003 – 2005.

1. RESUMEN:

Objetivo: Evaluar comparativamente dos técnicas operatorias: extracción extracapsular de catarata y cirugía de catarata por facoemulsificación.

Método: Se recolectó a 416 pacientes, en el periodo comprendido entre el 1° de Marzo de 2003 al 31 de Diciembre de 2005; de los cuales 251 fueron excluidos quedando un total de 165 pacientes; de los cuáles, 75 fueron EECC y 90 fueron FACO.

La selección de los mismos, se hizo en base al Libro de Sala de Operaciones de la FBO.

La recolección de datos se realizó mediante la Hoja de Registro donde se anotaron las variables escogidas, posteriormente, se procedió al procesamiento y análisis de los mismos.

Resultados: El porcentaje de pacientes que alcanzaron una visión de 22/20 a 20/40 a los 45 días post operatorio en los periodos 1, 2, y 3, fue del 49,32% para la EECC y del 64,44% para la FACO.

En cuanto a los días de alta, para la EECC, el 50,66% de pacientes, fueron dados de alta entre los 3 y 4 meses, para la FACO en cambio, el 60% de pacientes fueron dados de alta entre 1 y 2 meses.

La AV final con refracción al alta, fue de 20/20 a 20/40 en el 68% para la EECC y del 84,43% para la FACO.

Conclusiones: En la cirugía de catarata, la técnica de FACO, tiene una efectividad clínica superior, la mejoría de la AV posterior es mayor, el porcentaje de complicaciones intra operatorias y postoperatorias es menor y los resultados funcionales son mejores y se evidencian en menor tiempo.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL RESULTADO DE LA CIRUGÍA DE CATARATA, TÉCNICAS EXTRA CAPSULAR Y FACOEMULSIFICACIÓN EN LA FBO, PERIODOS 2003 – 2005.

2. INTRODUCCION:

El sentido de la vista es uno de los más importantes para relacionarnos con nuestro medio ambiente. Es responsable por el 87% de todos los estímulos que llegan desde el exterior.

Palabras clave: Cirugía/catarata/senil/facoemulsificación/extra capsular/recuperación visual.

La ceguera y la discapacidad visual en Bolivia, sin contar las ametropías (necesidad de utilización de gafas), afectan a más de 400.000 personas. La mayoría de los casos son prevenibles o recuperables con tratamientos médicos oportunos.(1)

Según estadísticas publicadas de Visión 20/20, actualmente se cuenta en el país con 130 oftalmólogos y para el nivel de población de Bolivia, unos 7.5 millones de personas, debería haber un mínimo de 350 y un ideal de 700. Por tanto, sólo el 12,5% de la población tiene un adecuado cuidado de su visión.

En nuestra ciudad, (3ª más importante del país), con una población aproximada de 1.600.000 habitantes, se cuenta con unos 30 oftalmólogos certificados y se necesitarían unos 50 especialistas más para dar buena cobertura a toda esta población.

La incidencia de ceguera por catarata es del 3% en la población total y del 40% en la población mayor de 60 años (2), lo que pudiera incrementarse dado que en estos momentos se

cuenta con 6.68% de población mayor de 60 años, con una tendencia al incremento, a causa del aumento de la esperanza de vida que en el país alcanza los 61.9 años (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que la prevalencia de la ceguera en Latinoamérica es de aproximadamente 0,6 % y que en el mundo hay 45 millones de ciegos, de los cuales es probable que más del 80 %, vivan en países no desarrollados. Se espera que para el 2020 este número vaya a superar los 75 millones de no videntes (3).

La catarata es la primera causa de ceguera evitable en orden de frecuencia, aproximadamente en el 80 % de los casos, seguida del glaucoma, éste, tiene una incidencia de presentación del 3.5% en la población mayor de 35 años de edad y es una de las causas más importantes de ceguera en el mundo (4); a esto, podemos agregarle un enorme número de otras alteraciones que afectan seriamente el sistema visual.

La catarata es la opacificación del cristalino. Esto produce una disminución de la agudeza visual de la persona que la padece. Esta alteración, si bien es la más incapacitante, no es la única que se produce. Con la cirugía de catarata no sólo podemos restablecer la agudeza visual previa, también pueden mejorar los aspectos siguientes:

1. Lectura y trabajo en la visión próxima (cerca).
2. Actividades cotidianas habituales como trabajo, conducir vehículos.
3. Rendimiento funcional previo a la cirugía.
4. Movilidad y autonomía.
5. Visión de colores y de relieve.

6. Molestias por deslumbramiento.
7. Remoción de la catarata cuando impide diagnosticar y/o tratar una patología del segmento posterior (retina), por opacidad de medios.

La catarata tiene diferentes orígenes: ocasionalmente algunos niños pueden nacer con ésta condición o se puede desarrollar después de un traumatismo ocular. Sin embargo, la mayoría de los casos están relacionados con el proceso normal de envejecimiento.

Esto es particularmente importante, ya que la atención médica de los países con envejecimiento poblacional va en aumento, presenta nuevos desafíos para dar respuesta a estos fenómenos epidemiológicos.

Existen varias técnicas para la cirugía de cataratas, la técnica extracapsular manual es una modalidad que se practica en muchos países del mundo, aún en los más desarrollados. Esta consiste en extraer el cristalino íntegramente a través de una capsulotomía anterior y preservar la cápsula posterior junto con el complejo zonular, donde luego se implantará la lente intraocular (LIO). Los beneficios más importantes de esta técnica son, entre otros: mejor calidad y agudeza de la visión, menor incidencia de desprendimiento de retina y endoftalmitis, menor inflamación postoperatoria.

Por otra parte, otra técnica actualmente muy usada es la facoemulsificación, descubierta por Kelman, es una técnica mecanizada de la EECC, se realiza mediante una incisión pequeña, que modifica poco el astigmatismo preoperatorio, actualmente la más difundida es la incisión por córnea clara en el lado temporal, que fue ideada por el Dr. *Howard Fine*.