

CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA EL DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA CATARATA

Catarata es toda aquella opacificación del cristalino que disminuye la visión, de modo cuantificable, más allá de los límites naturales que impone la involución asociada a la edad.

La agudeza visual desciende a partir de los setenta años de vida debido a los fenómenos involutivos en los otros tejidos del globo ocular (fundamentalmente la fovea), que hacen que la agudeza visual media descienda en función de la edad sin otra patología asociada^(1,2,3,4,5):

| EDAD | AGUDEZA VISUAL MEDIA |
|---------|----------------------|
| 60 - 70 | 5/5 |
| 70 - 80 | 5/7.5 |
| 80 - 85 | 5/10 |
| 85 - 90 | 5/20 |
| >90 | 5/20 |

Existen una serie de condicionantes que puede modificar los criterios (estándares) utilizados para la toma de una decisión quirúrgica ante un paciente diagnosticado de catarata⁽⁶⁾, como son:

- La edad.
- La comorbilidad.
- Las complicaciones quirúrgicas.

1. La edad y comorbilidad:

Los pacientes sin comorbilidad, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes^(4,7,8,9):

| EDAD | % AGUDEZA VISUAL > 5/10 |
|---------|-------------------------|
| 60 - 69 | 97% |
| 70 - 79 | 93,5% |
| 80 - 85 | 86,9% |
| >85 | 71,4% |

Los pacientes con comorbilidad (DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, etc.), y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes^(4,6):

| EDAD | % AGUDEZA VISUAL > 5/10 |
|---------|-------------------------|
| 50 - 59 | 84% |
| 60 - 69 | 83% |
| 70 - 79 | 81% |
| 80 - 84 | 73% |
| 85 - 89 | 67% |
| >90 | 54% |

2. Las complicaciones quirúrgicas:

Los pacientes cuyas intervenciones cursan sin complicaciones, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes⁽⁴⁾:

| EDAD | % AGUDEZA VISUAL ≥ 5/15 |
|---------|-------------------------|
| 60 - 69 | 97,5% |
| 70 - 79 | 93,5% |
| >80 | 86,9% |

Los pacientes cuyas intervenciones cursan con complicaciones, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes⁽⁴⁾:

| EDAD | % AGUDEZA VISUAL ≥ 5/15 |
|---------|-------------------------|
| 60 - 69 | 93,3% |
| 70 - 79 | 74,1% |
| >80 | 73,1% |

Para establecer la indicación quirúrgica de la catarata es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- Opacidad del cristalino.
- Disminución significativa de la función visual, imputable, total o parcialmente, al cristalino opaco^(1,46,47,48,49,50,51,52).
- Repercusión sobre la actividad de la vida diaria (A.V.D.)^(1,46,47,48,49,50,51,52).

- **Opacidad del cristalino.**

Aunque el aspecto morfológico del cristalino, observado en la lámpara de hendidura mediante un corte óptico, es importante para la correcta clasificación de la patología del paciente, únicamente podremos establecer el diagnóstico de catarata haciendo una exploración funcional del cristalino, es decir, si mediante retroiluminación, y en midriasis, observamos una disminución o ausencia del reflejo rojo (por la interposición en la marcha de la luz de la opacidad del cristalino o del índice desigual de su matriz)^(49,53,54,55). Debe buscarse una opacidad subjetiva y objetivamente demostrable⁽⁴⁷⁾. Utilizaremos el corte óptico oblicuo de la lámpara de hendidura sólo para ubicar la opacidad o cambio desigual en el índice de refracción (córTEX, núcleo o área subcapsular posterior).

Para evaluar el grado de opacidad y asignar un valor numérico que indique severidad, utilizaremos, por ser la más sencilla a la vez que más aceptada, la Clasificación que sigue la “Optometric clinical practice guideline care of the adult patient with cataract”⁽⁵³⁾ y el Sistema de Clasificación de Opacidades del Cristalino LOCS III^(56,57,58).



Clasificación de opacidades del cristalino LOCS III

| Tipo | de | Grado | Grado | Grado | Grado |
|-------------|----|-----------|--------------|--------------|------------|
| NUCLEAR | | LEVE | MODERADO | PRONUNCIADO | SEVERO |
| CORTICAL | | OCUPA 10% | OCUPA 10-50% | OCUPA 50-90% | OCUPA >90% |
| SUBC. POST. | | OCUPA 3% | OCUPA 30% | OCUPA 30-50% | OCUPA >50% |

NUCLEAR: Se valora el color amarillo y la esclerosis del núcleo.□

CORTICAL: Medida por el tanto por ciento del espacio intrapupilar ocupado por la opacidad (en midriasis).□

SUBC. POST.: Medida por el tanto por ciento del área de la cápsula posterior ocupada por la opacidad (en midriasis).□

La clasificación de la opacidad de una determinada catarata que queda entre dos niveles puede ser hecha con el signo + (2+, 3+).

- **Disminución de la función visual.**

El criterio de “pérdida de función visual”^(47,51,53,59,60,61,62) se establece para conocer cuál es el grado de disfunción que causa la aparición y/o evolución de la catarata en un determinado individuo. Para cuantificar dicha pérdida de función visual, se procede a determinar la agudeza visual:

AGUDEZA VISUAL: Mejor agudeza visual corregida preoperatoria, obtenida en los optotipos de Snellen^(47,48). Esta medida vamos a considerarla como la más importante de cara a evaluar la función visual debido a que:

1. Es fácil de obtener.
2. Es una medida cuantitativa.
3. Es utilizada como gold standard^(1,51,59).

- **Medida de la actividad de vida diaria (A.V.D.).**

Para cuantificar la pérdida de calidad de vida inducida por la presencia de una catarata se utiliza el test VF14^(16,17). Éste se ha convertido en el referente para dicha determinación^(11,66,67,68) porque la agudeza visual sola no contempla, del todo, el impacto que la catarata, o la cirugía de la misma, puedan tener en las actividades diarias del paciente: un reciente estudio realizado en un grupo de ancianos pone de evidencia que el 12% con visión de unidad estaban descontentos con la misma y el 10% estaba diagnosticado de cataratas, pero sólo el 1,5% estaba insatisfecho con su visión⁽²⁰⁾.

TEST VF14

(Ver Anexo 4)

Todas las disfunciones causadas por la catarata son referidas por los pacientes como límites a su vida diaria pero, salvo pacto, no podemos proceder a una indicación quirúrgica de la misma hasta que no afecte al gold standard de las pruebas funcionales: la agudeza visual. De existir ese pacto, debe ser referido en un consentimiento informado personalizado, además del estándar que existe en el proceso.

Cuando el paciente esté por debajo de los referentes establecidos como límite de la normalidad funcional visual (para su edad y comorbilidad), ofertaremos la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Una vez diagnosticado el proceso de opacificación del cristalino, informaremos convenientemente al paciente y a los familiares que le acompañan sobre el curso natural de su enfermedad (en el que se incluyen los, a veces frecuentes, cambios de gafas) y las opciones de tratamiento. Del mismo modo, informaremos de todos los riesgos y beneficios que conlleva la cirugía. La información será verbal y escrita, teniendo que firmar la copia que se le entrega para que quede constancia del hecho.

Será entonces el paciente quien decida, o pacte con el Servicio, el momento más adecuado para la posible intervención quirúrgica (no precisando el paciente revisiones médicas intermedias).



procesos
asistenciales

SEGUIMIENTO POST-QUIRÚRGICO

El perfil del paciente que precisa ser intervenido de catarata suele corresponderse con una persona mayor que, en ocasiones, tiene asociados otros problemas de salud. Por todo ello puede que el paciente presente algunos deterioros cognitivos o perceptivos que disminuyan su capacidad de adquirir nuevos conocimientos para el seguimiento de nuevos regímenes terapéuticos, o sus respuestas a los problemas de salud incluyan actitudes de negación o de no afrontamiento que le lleven a rechazar dicho tratamiento. El proceso debe definir claramente la figura del cuidador e identificar la existencia de estos problemas. Con la ayuda del cuidador principal se establecerá un régimen terapéutico para intervenir ante los mismos.

Los problemas principales que pueden aparecer son:

- Incumplimiento del tratamiento.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Riesgo de lesión.

Una vez intervenido el paciente, los cuidados médicos post-operatorios, a corto, medio y largo plazo, serán:

1. La primera revisión se llevará a cabo al día siguiente de la intervención.

Dicha revisión la realizará el FE.A y la Enfermera (preferentemente) y se seguirán los siguientes criterios:

- Se lavará el fondo de saco con suero fisiológico, tras levantar la cura hecha en el momento de la cirugía.
- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Cámara anterior e iris.
 - Para descartar atalamia por filtración o hernia de iris^(*).
 2. Transparencia de medios.
 - Para descartar endoftalmitis o hifemas.
 3. Estroma corneal.
 - Para descartar edema^(**).
 4. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.

5. Fulgor pupilar.

- Para descartar endoftalmitis o hifemas.

- Se prescribirá medicación tópica (F.E.A.) y se hará hincapié en las medidas higiénicas que debe seguir durante el mes siguiente a la intervención:
 1. Lavados de suero fisiológico frío.
 2. Instilación de medicación tópica (esteroides).
 3. Protector, siempre que vaya a dormir.
 4. Identificación y adiestramiento del cuidador principal.
- Se dejará el ojo destapado y se citará en la consulta a los siete o diez días (salvo criterio médico) para nueva revisión.
- Se consultará con el F.E.A. asignado a la consulta siempre que se tenga la más mínima duda del estado del ojo intervenido en el momento de la exploración.
- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)(**).
- Identificación de las limitaciones del propio usuario o del cuidador principal para llevar a cabo los cuidados necesarios y, en su caso, la solicitud de ayudas de la asistencia social.

2. La segunda revisión se llevará a cabo a los siete o diez días de la intervención, salvo criterio médico.

Dicha revisión la realizará el F.E.A. y la Enfermera (preferentemente) y se seguirán los siguientes criterios:

- Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.
- Se determinará el estado refractivo con refractómetro automático.

(*) No consideraremos límite marginal cuando un paciente presente un desplazamiento pupilar (sin atrapamiento de la lente) que no cause disminución significativa de su agudeza visual (con o sin compensación óptica).

(**) No consideraremos límite marginal a los edemas corneales (grado I), aunque se acortará el tiempo de revisión (según criterio médico).

(***) Aunque el responsable del proceso seguirá a los pacientes complicados hasta el límite final, los datos que deben ser incorporados a nuestro sistema evaluador seguirán siendo registrados en la historia clínica.

- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Herida de la intervención.
 - Para descartar hernias de iris^(*).
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Cámara anterior.
 - Para descartar endoftalmitis.
 4. Fulgor pupilar.
 - Para descartar endoftalmitis.
 5. Tensión ocular por aplanación.
 - Para descartar hipertensiones secundarias.

- Se citará al mes para nueva revisión (salvo criterio médico).

- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el FE.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)^(***).

- Se comprobará que el cuidador principal haya realizado su misión de modo satisfactorio. De lo contrario, se solicitará ayuda de la asistencia social.

3. La tercera revisión se llevará a cabo al mes de la intervención, salvo criterio médico. Dicha revisión la realizará el FE.A. y la Enfermera, y se seguirán los siguientes criterios:

- Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.

- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Herida de la intervención.
 - Para descartar hernias de iris^(*).
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Fulgor pupilar.
 - Para descartar opacificaciones de la cápsula.
 4. Tensión ocular por aplanación.
 - Para descartar hipertensiones secundarias.

- Se dilatará la pupila para ver el fondo de ojo (FE.A.).

- Se reducirá de modo paulatino los esteroides hasta su retirada completa, según criterio médico (FE.A.).

- Se citará a los cuatro meses para nueva revisión (salvo criterio médico).

- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad, será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)^(***).

4. □ **La cuarta revisión se llevará a cabo a los cuatro meses de la intervención, salvo criterio médico, en los C.RE.**

Dicha revisión la realizará el F.E.A. y la Enfermera, y se seguirán los siguientes criterios:

- **Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico, se determinará el estado refractivo con el refractómetro automático, se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:**
 1. Herida de la intervención.
 - Para retirada de sutura, si ello fuese necesario.
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Fulgor pupilar.
 - Para descartar opacificaciones de la cápsula.
- **Si la cápsula posterior estuviese opaca, se valorará la práctica de una capsulotomía, siempre que sospechemos que sea la causa de la disminución o no recuperación de la agudeza visual (F.E.A.).**
- **Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que haga de él un seguimiento personalizado (límite marginal).**
- **Si el curso post-operatorio ha sido satisfactorio, se procederá al alta médica.**

En cualquiera de las visitas médicas establecidas para el seguimiento de los operados de cataratas, según la técnica quirúrgica utilizada y posterior evolución, el F.E.A. puede proceder al alta médica del paciente, con informe, para el Óptico Optometrista (óptica concertada) para compensación óptica de lejos y cerca, si ello fuese necesario (límite de salida) (F.E.A.).

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN DE LA CATARATA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las cualidades de la visión que más comúnmente cuantificamos para la valoración de patologías o disfunciones oculares son:

- El poder resolutivo o agudeza visual (visión central).
- El sentido luminoso diferencial o campo visual (visión periférica).

Existen algunas patologías que, pudiendo afectar al sistema visual, y más concretamente al órgano receptor periférico (globo ocular), no se manifiestan como una alteración de las cualidades visuales que podemos cuantificar, o no lo hacen durante las fases iniciales de dichos procesos. Por ello, no podemos llegar a un diagnóstico precoz de las mismas esperando encontrar en el síntoma “disminución progresiva de la agudeza visual” una ayuda válida. El paciente debe consultar con el profesional por otros síntomas y signos y/o la administración sanitaria debe articular campañas de detección precoz de patologías determinadas (como en el caso de la hipertensión ocular y el glaucoma). Pero el signo capital de la mayor parte de los procesos patológicos que afectan al globo ocular es la disminución del poder resolutivo o agudeza visual, y es posible una valoración inicial del paciente por parte del Médico de Familia para la clasificación de su patología y la correspondiente asistencia que de ello pueda derivarse: tanto en el nivel primario como para su derivación al nivel especializado. Para ello, es necesario:

- Establecer las pruebas que deben ser realizadas, en Atención Primaria, a todo paciente aquejado de disminución progresiva de la agudeza visual.
- Definir criterios para la clasificación de patologías en función de las pruebas determinadas.
- Diseñar el flujo de pacientes desde un nivel a otro de la asistencia, al tiempo que definir las competencias de los profesionales que intervienen en ello.
- Garantizar una continuidad asistencial en la que se establezcan filtros de calidad que puedan retroalimentar el sistema.

1. Procedimiento de examen

Se ha de cuantificar la visión central en cada ojo por separado sin corrección o con su corrección óptica, según lleve o no gafas el paciente; después se ha de hacer con el agujero multiestenopeico (si ésta no es la unidad); y, por último, se ha de observar el fulgor pupilar (reflejo rojo) con el oftalmoscopio de imagen directa a medio metro de distancia (con un ángulo de unos 30º sobre el eje visual). La agudeza visual puede ser determinada por cualquier miembro del E.B.A.P.

Mediante este sencillo proceder clasificamos a la gran mayoría de pacientes aquejados de disminución progresiva de la visión, que acuden a consulta en los centros de Atención Primaria, en tres grandes grupos:

- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual por ametropía no compensada, o no lo suficientemente, y que mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como defecto de refracción).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual asociada con opacidad de medios (patología clasificada como catarata).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual no asociada con opacidad de medios (patología clasificada como otras patologías).

Si en el Centro de Salud no se dispusiese de oftalmoscopio directo, o su utilización no fuese posible por falta de habilidad de alguno de sus facultativos, se determinaría sólo la agudeza visual sin corrección o con su corrección óptica y con el agujero multiestenopeico (si ésta no es la unidad).

Así, clasificamos a la gran mayoría de pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud en dos grandes grupos:

- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual por ametropía no compensada, o no lo suficientemente, y que mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como defecto de refracción).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual que no mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como patología ocular, incluida la catarata).

2.1 Clasificación clínica

Si se utilizan como criterios evaluadores la agudeza visual y el fulgor pupilar, clasificamos la patología encontrada en:

- Defecto de refracción.
- Sospecha de catarata.
- Sospecha de otra patología.

Si se emplea como criterio evaluador solamente la agudeza visual, clasificamos la patología encontrada en:

- Defecto de refracción.
- Sospecha de otra patología (incluida la catarata).

3. Conducta clínica que se debe seguir

Tras la exploración básica realizada al paciente que nos consulta, se actuará, en cada caso, según el grupo en el que hayamos clasificado al mismo.

Si el procedimiento de examen utilizado ha consistido en la determinación de la agudeza visual y la observación del fulgor pupilar:

- **Defecto de refracción:** si la agudeza visual no es de un minuto de arco y ésta mejora ostensiblemente mediante el agujero multiestenopeico (teniendo como referente las A.V. medias en función de la edad de la tabla 1) se procederá, una vez concluida la exploración oftalmológica, a la derivación del paciente al Óptico Optometrista (óptica concertada) para que éste mida y compense su defecto de refracción. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la petición de examen optométrico completo.

Valores medios normales en función de la edad

| EDAD | AGUDEZA VISUAL MEDIA |
|---------|----------------------|
| <70 | 5/5 |
| 70 - 80 | 5/7.5 |
| 80 - 85 | 5/10 |
| 85 - 90 | 5/20 |
| >90 | 5/50 |

- **Opacidad de medios (catarata):** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver tabla 1), se procederá a la valoración de la transparencia de los medios ópticos mediante la oftalmoscopia directa (reflejo rojo). Si el reflejo rojo está disminuido, se derivará al paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de catarata. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la disminución del reflejo rojo.
- **No opacidad de medios (otras patologías):** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver tabla 1), se procederá a la valoración de la transparencia de los medios ópticos mediante la oftalmoscopia directa (reflejo rojo). Si el reflejo rojo no está disminuido, se derivará al paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de otra patología ocular. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la conservación del reflejo rojo.

Si el procedimiento de examen utilizado ha consistido en la determinación de la agudeza visual sin observar el fulgor pupilar:

- **Defecto de refracción:** si la agudeza visual no es de un minuto de arco y ésta mejora ostensiblemente mediante el agujero multiestenopeico (ver Tabla 1) se procederá, una vez concluida la exploración oftalmológica, a la derivación del paciente al Óptico Optometrista (óptica concertada) para que éste mida y compense su defecto de refracción. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la petición de examen optométrico completo.
- **Patología ocular:** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver Tabla 1), se procederá a la derivación del paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de otra patología ocular. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada.

TEST VF14

El test VF14^(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) consta de 18 preguntas y de 14 a 18 posibles respuestas, según la actividad. Cada pregunta del test se valora numéricamente del siguiente modo:

- 4 puntos, si el paciente no tiene ninguna dificultad para realizar dicha actividad
- 3 puntos, si el paciente tiene una dificultad mínima para realizar dicha actividad
- 2 puntos, si el paciente tiene una dificultad moderada para realizar dicha actividad
- 1 punto, si el paciente tiene una dificultad manifiesta para realizar dicha actividad
- 0 puntos, si el paciente no puede realizar dicha actividad por causa visual, si no la realizaba con anterioridad, o si no sabe responder^(3,4,5,6).

El paciente sólo puede elegir una respuesta entre las cuatro posibles y, una vez valorada cada pregunta, se halla la media de la puntuación obtenida y se multiplica por 25. El resultado final, para cada cuestión planteada, oscila entre 0 (incapacidad total para desarrollar dicha actividad) y 100 (posibilidad de desarrollar dicha actividad sin limitación).

Este test mide mejor el impacto sobre la visión binocular que sobre la visión unioocular: un paciente con opacidad subcapsular posterior moderada en ambos ojos presentará una puntuación más baja que otro paciente con opacidad densa del cristalino en un ojo y ausencia de catarata en el otro ojo⁽⁷⁾.

En España, el test VF14 ha sido validado por, al menos, dos grupos de investigadores^(6,7), si bien se le encuentran una serie de limitaciones:

- Algunas preguntas no se adaptan del todo a nuestra cultura (conducción, deporte).
- No es útil cuando el número de respuestas es inferior a diez, lo que suele suceder en personas de mayor edad con poca actividad física.
- Existe una clara influencia del entrevistador⁽⁶⁾.
- La pertenencia a un sexo determinado condiciona algunas de las respuestas⁽⁶⁾.

TEST VF14. - traducción español⁽¹⁰⁾

1) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letras pequeñas como: la guía telefónica, los nombres de los medicamentos, o las etiquetas de artículos de comida?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

2) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer un periódico o un libro?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

3) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letras grandes de un libro o de un periódico, o los números del teléfono?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

4) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para reconocer a personas cuando están cerca de usted?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

5) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para ver escalones, peldaños, o el bordillo de la acera?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

6) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letreros de las calles y tiendas, los números de las casas o ver los semáforos?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

7) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para hacer trabajos manuales finos como coser, arreglar un enchufe o clavar un clavo?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

8) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para hacer crucigramas, rellenar un impreso, o hacer una quiniela?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

9) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para jugar a las cartas, al dominó, o al bingo?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

10) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para participar en actividades tales como la petanca, buscar setas, cuidar plantas, mirar escaparates?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

11) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para cocinar?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

12) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para ver la televisión?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

13) ¿Conduce usted un coche normalmente?

..... **SÍ** (pasar a la pregunta 15); **NO** (pasar a la pregunta 17)

14) ¿Cuánta dificultad tiene usted para conducir de día debido a su disminución de la visión?

- 1.- No tiene dificultad.
- 2.- Poca dificultad.
- 3.- Moderada dificultad.
- 4.- Gran dificultad.

15) ¿Cuánta dificultad tiene usted para conducir de noche debido a su disminución de la visión?

- 1.- No tiene dificultad.
- 2.- Poca dificultad.
- 3.- Moderada dificultad.
- 4.- Gran dificultad.

16) ¿Alguna vez ha conducido usted un coche?

..... **SÍ** (pasar a la pregunta 18); **NO** (fin del cuestionario)

17) ¿Cuándo dejó usted de conducir?

- 1.- Hace menos de seis meses.
- 2.- Entre seis y doce meses.
- 3.- Hace más de doce meses.

18) ¿Por qué dejó usted de conducir?

- por la visión.
- por otra enfermedad.
- por otras razones.

Otras preguntas que se deben hacer al paciente para valorar su estado funcional previo y a los cuatro meses de la cirugía^(3,4) son: □

Dificultad global con la visión

- Ninguna.
- Poca.
- Moderada.
- Gran dificultad.

Satisfacción global con la visión

- Muy satisfecho.
- Satisfecho.
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho



procesos
asistenciales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

En el interior del ojo existe una lupa transparente llamada cristalino que sirve para enfocar las imágenes de los objetos en la retina y poder verlos con nitidez. Con la edad, o ciertas enfermedades, el cristalino se opacifica progresivamente y a ello se le conoce con el nombre de **catarata**. La velocidad con la que avanza la catarata es distinta de unos pacientes a otros.

El tratamiento de la catarata no consiste en “limpiar” el cristalino, ni existen medicinas que consigan detener el avance de la opacificación una vez que ésta se inicia. El tratamiento consiste en extraer parcialmente el cristalino no transparente, todo menos la cápsula posterior del mismo, y sustituirlo por una lupa artificial (de plástico), si ello es posible, durante el acto operatorio. Para ello, hemos de medir la potencia de la lente intraocular (L.I.O.) que precisa cada persona. En esa medición puede existir una desviación, normalmente de pocas dioptrías, debido al error instrumental de los medios técnicos de medida. Por ello, es frecuente que, después de la cirugía, y a pesar de llevar puesta la lente intraocular correctamente indicada, sea necesario el uso de una gafa adicional para completar el enfoque del ojo y obtener así una buena visión tanto central como periférica.

Es importante que usted sepa que toda cirugía entraña un riesgo. Lo más frecuente es obtener la mejoría esperada, tal y como lo planea el Cirujano. Pero también puede ocurrir que tenga desde pequeñas complicaciones, sin mayores consecuencias para la visión, hasta graves complicaciones, que pueden incluso ser mortales. De cada cien pacientes que se intervienen de cataratas, aproximadamente cuatro sufren complicaciones, aunque no todas las complicaciones son importantes para el resultado final. Las complicaciones más usuales, en orden de frecuencia, son:

1. Complicaciones de la cirugía de catarata:

- Rotura de la cápsula posterior durante el acto operatorio, en cuyo caso, y dependiendo de la extensión de la rotura, puede no ser posible la colocación de la lente intraocular. En ocasiones, cuando sucede esta complicación, puede ponerse la lente intraocular por delante del iris (aunque esta segunda opción no es la ideal).
- Dehiscencia de la sutura (apertura de la herida), normalmente por maniobras inadecuadas del enfermo. En estos casos, la herida puede precisar ser suturada de nuevo (reintervención)
- Luxación del cristalino en la cámara vítrea (muy poco frecuente, pero puede ser grave para la visión y requerir otra intervención para extraerlo).

- Hemorragia expulsiva durante el acto operatorio (muy poco frecuente, pero muy grave para la visión).
- Endoftalmitis o infección intraocular (muy poco frecuente, pero extremadamente grave para la visión).

2. Complicaciones de la anestesia:

- Complicaciones locales:
 - 1) Hemorragia retrobulbar (se produce al inyectar el anestésico y obliga a posponer la cirugía).
 - 2) Oclusión de la arteria central de la retina, lesión tóxica del nervio óptico y perforación del globo ocular (todas ellas graves pero muy poco frecuentes).
- Complicaciones generales:
 - 1) Depresión cardiovascular y respiratoria (es rarísima y, por lo general, sus efectos son reversibles aunque ocasionalmente pueden originar graves secuelas generales y, excepcionalmente, la muerte).

Por todo ello, es el propio paciente el que debe decidir en qué momento debe ser intervenido. Los riesgos de la intervención son los mismos si se opera antes o después pero, en caso de que el resultado no sea bueno, el paciente puede lamentar haber decidido operarse demasiado pronto: cuando la catarata aún le quitaba poca visión.

El resultado final de la intervención viene determinado no sólo por la presencia o ausencia de las complicaciones descritas, sino también por la situación previa del ojo operado. El porcentaje global de complicaciones es relativamente bajo y, por lo tanto, las posibilidades de éxito quirúrgico son muy grandes.

Si usted ha decidido operarse de catarata en algunos de sus ojos sepa que:

- La intervención le será practicada con carácter ambulatorio, es decir, no será encamado (salvo condiciones excepcionales).
- La intervención le será practicada bajo anestesia local (salvo condiciones excepcionales).

Yo,, con D.N.I. reconozco haber sido informado convenientemente, de forma oral y escrita, del proceso patológico que padezco (catarata) y deseo ser intervenido del mismo en el ojo..... por los facultativos del Servicio de Oftalmología del Hospital de..... . Así mismo, doy mi consentimiento para que en el tratamiento participen médicos residentes de Oftalmología.

Fdo.: El paciente

Fdo.: El facultativo

..... Dr.

A de de 200

La catarata debe ser intervenida si el paciente quiere intentar ganar visión (no existe tratamiento médico que pueda solucionarla). Como toda cirugía (en ocasiones mal llamada “sencilla”), puede complicarse y el resultado final no ser satisfactorio.

El Oftalmólogo responsable de su consulta le aclarará cualquier duda que le suscite esta información cada vez que usted lo solicite.



procesos
asistenciales

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES OPERADOS DE CATARATA

PacienteHª.Cª.

Ha sido Vd. intervenido de catarata en el ojo mediante la técnica quirúrgica de, por el Cirujano Dr., el día El acto quirúrgico ha cursado.....complicaciones y..... se ha podido implantar una lente intraocular que sustituye a su cristalino opaco (catarata), tal y como estaba previsto. Si la intervención le ha sido practicada bajo anestesia loco-regional (local), el efecto analgésico de la misma (calmante del dolor) durará varias horas, de tal manera que, a lo largo del primer día, Vd. puede sentir alguna molestia pero no dolor intenso. No obstante, en ocasiones, puede aparecer dolor leve o moderado, para lo cual puede tomar algún calmante (incluso cada seis horas) que, en ningún caso, será ácido acetilsalicílico o derivados (Aspirina). Puede hacer una vida normal hasta que acuda a la primera visita al día siguiente de la operación, sin realizar grandes esfuerzos ni tocarse en el ojo operado.

Sólo debe acudir a nuestras consultas si, antes de la primera cura, apareciere dolor intenso. En ese caso, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado por el facultativo de guardia.

Si el post-operatorio transcurre con normalidad, Vd. puede necesitar, después de la operación, hasta cuatro visitas médicas antes del alta definitiva:

- Al día siguiente.
- A la semana (aproximadamente).
- Al mes (aproximadamente).
- A los cuatro meses (aproximadamente).

La existencia, incluso algún tiempo después de la operación, de molestias ligeras como picor, escozor, sensación de arenilla, etc. son normales y no deben causar alarma ni al paciente ni a los familiares. Conforme pase el tiempo, después de la operación, Vd. notará cómo su visión va mejorando, debiendo acudir a nuestras consultas, fuera de las citas concertadas, sólo si su visión empeorase o apareciere dolor y enrojecimiento en el ojo operado. En estos casos, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado por el facultativo de guardia.

El Oftalmólogo responsable de su consulta le aclarará cualquier duda que le suscite esta información cada vez que usted lo solicite.

El familiar responsable de los cuidados del paciente intervenido de catarata (o el cuidador del mismo) debe tener presente que:

- Es imprescindible poner, durante un mes, el protector ocular (sin gasas), siempre que el paciente vaya a dormir (incluso cuando lo vaya a hacer en un sillón después de comer). Cuando se duerme, el paciente no sabe lo que hace y, si tuviera pequeñas molestias en el ojo, como picor o escozor, de modo inconsciente se tocaría y podría abrir la herida y expulsar la lente que lleva en el interior del mismo.
- Es posible eliminar, o minimizar, las pequeñas molestias a las que antes nos hemos referido lavando con suero fisiológico frío el fondo de saco conjuntival varias veces al día. Para ello, tiraremos suavemente del párpado inferior, sin apoyarnos en el ojo, diciéndole al paciente que mire hacia arriba. En la zona de ojo expuesta, por encima del borde del párpado inferior, dejaremos caer un pequeño chorro de suero durante algunos segundos (el tiempo necesario como para que el ojo se lave y a la vez se enfríe).
- Para conseguir el lavado ocular se perfora, con una aguja fina, el bote de suero de irrigación (que ha de ser de plástico) en un costado de su parte alta. De ese modo, apretando el bote, saldrá un chorro de suero fino que no molesta al ojo durante el lavado y enfriado del mismo.
- Es imprescindible, para el buen resultado final, que al paciente se le ponga la medicación prescrita, en la dosis indicada y durante todo el tiempo (hasta la siguiente cita médica). Si se acaba el bote de colirio, debe solicitar otro y seguir con el tratamiento (salvo orden médica en contra).
- En cada una de las curas, abriremos el ojo del paciente del mismo modo que para su lavado y dejaremos caer dos gotas del colirio que se ha prescrito. Si en el momento de la cura, por error, ponemos más medicación de la indicada (más de dos gotas) no pasa nada.
- Durante el día, el paciente debe llevar protegido de posibles golpes el ojo intervenido. Ello se consigue mediante una gafa. Como, al principio de la operación, la luz molesta utilizaremos una gafa algo oscura (gafas de sol muy claras). Pero, si el paciente era portador de gafas antes de la intervención, puede seguir usándolas después de la misma, aunque con el ojo operado vea peor que sin ellas (eso no perjudica al ojo operado)
- El paciente puede hacer una vida normal evitando hacer esfuerzos importantes y permanecer en ambientes contaminados (polvo). Puede ver la televisión, escribir, coser, cocinar, etc. si su visión se lo permite.