

• catarata

Definición funcional

Secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las opacificaciones evolutivas del cristalino (catarata), realizadas en un determinado orden y por unos profesionales de la asistencia sanitaria, que garanticen la continuidad del tratamiento recibido y la calidad del mismo.

Normas de calidad

Atención Primaria

Ante la sospecha diagnóstica de catarata, referida como disminución no brusca de la agudeza visual, la exploración oftalmológica básica debe incluir:

- Determinación de la agudeza visual (sin y con agujero estenopeico).
- Determinación del reflejo rojo pupilar (mediante oftalmoscopia directa).

La presencia de disminución de la agudeza visual que no mejora hasta límites razonables con el agujero estenopeico (Tabla 1), junto a una disminución del reflejo rojo pupilar, orienta hacia la opacidad de medios o catarata y precisa de valoración oftalmológica.

EDAD	A.V. (media)
< 70	5/5
70 – 80	5/7.5
80 – 85	5/10
85 – 90	5/20
> 90	5/50

(Tabla 1) Valores medios normales en función de la edad

Oftalmología

El diagnóstico de confirmación precisa exploración oftalmológica completa que debe incluir:

- Determinación de agudeza visual (sin y con estenopeico)
- Exploración del reflejo rojo pupilar y del reflejo fotomotor pupilar
- Exploración del polo anterior con lámpara de hendidura
- Tonometría de aplanación
- Exploración del fondo de ojo con oftalmoscopia inversa (en midriasis)
- Medida de la lente intraocular
- Exploración de las vías lagrimales

Los criterios para la indicación quirúrgica de la catarata vienen determinados por:

- El grado de disminución de la agudeza visual: que con agujero estenopeico no mejore por encima de 0,4 (se considera el *gold standard*).



- El grado de opacidad del cristalino y severidad de la misma (Optometric Clinical Practice Guideline Care of the adult patient with cataract y clasificación LOCS III).
- El grado de pérdida funcional del paciente, valorada mediante el test VF14 (permite cuantificar las actividades de vida diaria antes y después de la cirugía).
- La ausencia de otra patología que condicione la pérdida de agudeza visual o que el cristalino opaco justifique su extracción a pesar de ella.

Las indicaciones para la cirugía del segundo ojo son las mismas que para el primero:

- Con carácter general, la cirugía se hará en un solo ojo por sesión quirúrgica.
- El intervalo entre ambas intervenciones no debe ser inferior a cuatro meses.

A todos los pacientes con indicación quirúrgica se le explicarán los posibles riesgos de la intervención y las complicaciones de la misma. Cuando la opción del paciente sea la intervención, se facilitará el documento de consentimiento informado una vez aclaradas las dudas suscitadas por el paciente.

En ausencia de contraindicaciones se optará por realización de cirugía ambulatoria con anestesia tópica o loco-regional y procedimiento de extracción extracapsular con implante de lente intraocular (con o sin facoemulsificación).

Al alta del paciente, se le facilitará a éste y al cuidador principal información completa sobre el plan de cuidados post-operatorios. La comunicación verbal se completará con información escrita sobre aspectos específicos de cuidados que deben asegurarse y mención expresa de los signos o síntomas que deben ser consultados de inmediato.

La primera visita debe efectuarse en las primeras 24-48 horas tras la intervención. Sus contenidos son:

- Destapar la oclusión del globo ocular intervenido (si está ocluido).
- Lavar abundantemente el fondo de saco conjuntival con suero fisiológico frío.
- Explorar con la lámpara de hendidura:
 - cámara anterior e iris: para descartar atalamia por filtración o hernia de iris.
 - transparencia de medios: para descartar endoftalmitis o hifemas.
 - estroma corneal: para descartar edema.
 - situación de la lente Intraocular que permita descartar dislocación y/o atrapamiento.
 - tensión ocular que permita descartar hipertensiones secundarias.
- Se prescribirá la medicación local, con indicación por escrito de la pauta de administración.
- Se dejará el ojo destapado hasta la siguiente visita (a los siete o diez días).
- Se proporcionará al paciente las restantes citas del proceso hasta su alta definitiva (si ello es posible).
- Identificación y tratamiento de posibles no adhesiones o manejos no efectivos del régimen terapéutico.



[catarata]

La segunda visita debe efectuarse a los 7-10 días de la intervención.

Sus contenidos son:

- Determinar la agudeza visual sin y con estenopeico
- Determinar el estado refractivo (a ser posible con refractómetro automático)
- Explorar con la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 - incisión quirúrgica para descartar hernias de iris.
 - situación de la lente intraocular para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 - cámara anterior para descartar endoftalmitis.
 - tensión ocular por aplanación para descartar hipertensiones secundarias.

La tercera visita debe efectuarse al mes de la intervención. Sus contenidos son:

- Determinar la agudeza visual sin y con estenopeico.
- Explorar con la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 - incisión quirúrgica: para descartar hernias de iris.
 - situación de la lente intraocular para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 - descartar opacificaciones significativas de la cápsula.
 - tensión ocular por aplanación para descartar hipertensiones secundarias.
- Dilatar la pupila para ver el fondo de ojo.
- Reducir de modo paulatino la medicación hasta su retirada completa (si todavía no se había retirado).

La cuarta visita debe efectuarse a los cuatro meses de la intervención.

Sus contenidos son:

- Determinar la agudeza visual sin y con estenopeico.
- Explorar con la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 - incisión quirúrgica: para descartar hernias de iris.
 - situación de la lente intraocular para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 - reflejo rojo pupilar: para descartar opacificaciones de la cápsula.
 - si la cápsula posterior estuviese opaca, se valorará la práctica de una capsulotomía, siempre que sospechemos que ésta sea la causa de la disminución o no recuperación de la agudeza visual (nunca antes de los seis meses).
 - se procederá al alta clínica con remisión, si fuese necesario, al optometrista para compensación óptica de lejos y cerca y entrega del informe de alta correspondiente.

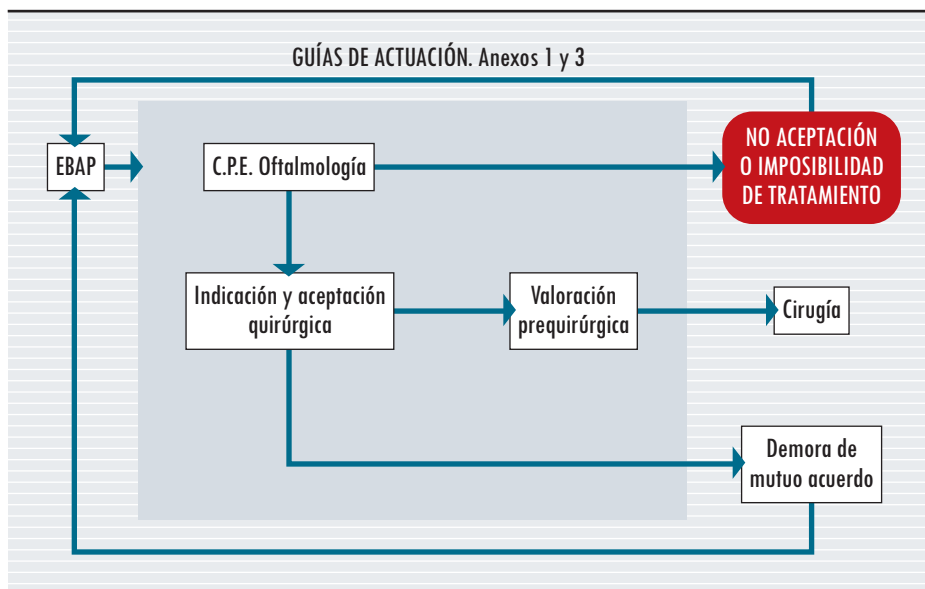
Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería /SAS 2002

- La indicación se establecerá cuando la agudeza visual sea igual o inferior al 0,4 y se valorará la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria mediante el test VF-14.
- En los pacientes con edad superior a los 80 años, sin comorbilidad ocular asociada y con agudeza visual igual o inferior a 0,4, la indicación quirúrgica se decidirá en función de una valoración individualizada de los beneficios esperados (incremento esperado de agudeza visual, impacto esperado en las actividades de la vida diaria, entre otros).



REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO

Nivel 2. Prequirúrgico



REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO

Nivel 2. Postquirúrgico

