

## Cuidados postoperatorios

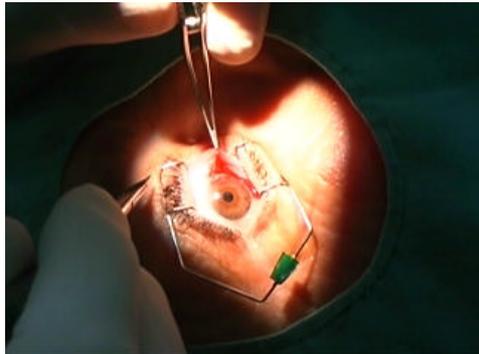
### Introducción

Aunque el médico de familia no está implicado directamente en el acto operatorio, sí puede verse inmerso en los problemas que la cirugía ocular plantea. Actualmente el sistema sanitario, y la sociedad con él, tiende a minimizar los procedimientos quirúrgicos: hoy en día todo es muy sencillo y al parecer no existen complicaciones. Simultáneamente se tienden a abaratar los costes y esto sólo es posible ofreciendo una cobertura sanitaria diferente a la que estamos acostumbrados. Así pues unas horas después de haber sido operado el enfermo vuelve a su casa. No es extraño que ante una duda o molestia, intente solventarla con su médico de familia (no olvidar lo difícil que resulta que te den cita o que te vean por urgencias).

La cirugía oftalmológica es muy agradecida, pero exige unas reglas. La cirugía menor, es decir aquella en la que o bien no se usa anestesia general o no se abre el ojo, requiere un seguimiento menos complejo. En cambio ante una cirugía mayor estaremos alertas: si el ojo se ha abierto las complicaciones pueden ser serias. En general tras un postoperatorio no debe existir ni dolor, ni secreción, ni pérdida visual.

## Cirugía Menor

**La cirugía de Pterigium** se realiza con anestesia local y sin ingreso. Debido a que se practica una queratectomía laminar, la superficie corneal queda desepitelizada y por tanto duele bastante el primer y segundo día. Están indicados los analgésicos generales. Así mismo el ojo suele estar muy enrojecido durante una o dos semanas. El tratamiento tópico con corticoides y antibióticos (Colirio Tobradex, Gentadex...) se mantiene unas 3 semanas.



*Figura 8- 1 Cirugía de pterigium*

**La dacriectomía** o extirpación del saco lagrimal se realiza con anestesia local y en régimen ambulatorio. El postoperatorio suele cursar sin dolor. Se prescriben antibióticos de amplio espectro por vía general.

Tendremos en cuenta dos circunstancias: la posibilidad de infección, en cuyo caso existirá dolor..., y de hemorragia.



*Figura 8- 2 Dacriectomía*

**Las intervenciones sobre los párpados** más frecuentes son las debidas a tumoraciones, el ectropion y el entropion. También se realizan con anestesia local y en régimen ambulatorio. Debido a que suele seccionarse el párpado verticalmente, existe la posibilidad de dehiscencia de la herida. En caso de explorar la herida operatoria se tendrá cuidado de no estirarla.

Resulta conveniente que los enfermos usen durante 6 meses una crema solar protectora, mínimo factor protector 50-60, para minimizar su

pigmentación anómala. Se cuidará que dicha crema sea aplicada sólo en la piel.

En la cirugía tumoral se tendrá cuidado de controlar el informe anatomopatológico de la muestra resecada.



Figura 8- 3 Tarsorrafia (*Queratitis neuroparalítica*)



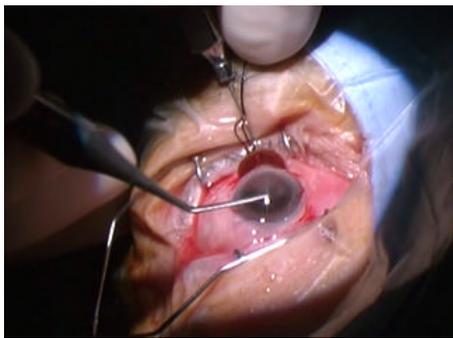
Figura 8- 4 Operación de Kuhnt-Szymanowski (*ectropion senil*)

## Cirugía Mayor

**La cirugía de la Catarata** es, con mucha diferencia, la intervención quirúrgica más frecuente en oftalmología. Actualmente se realiza con anestesia local y si es posible en régimen ambulatorio, por lo que el enfermo vuelve a su casa pasadas unas horas. Existen dos técnicas básicas:

1. La extracción extracapsular, en la cual se realiza una apertura de la cápsula anterior del cristalino, extrayendo a su través el núcleo del cristalino, el cual es expulsado fuera del ojo a través de la incisión corneoescleral. Como el núcleo cristalino se extrae en su totalidad sin fracturar, la incisión quirúrgica debe ser de unos 7-8 mm de longitud.

2. La facoemulsificación, en la cual se realiza también una apertura circular de la cápsula anterior del cristalino, rompiendo en trocitos el núcleo cristalino y aspirándolos por el terminal de facoemulsificación. La incisión de apertura es de sólo 3 milímetros y por tanto la recuperación es más rápida.



*Figura 8- 5 Extracción extracapsular*



*Figura 8- 6 Facoemulsificación*

En ambos casos se introduce una lente intraocular en el saco capsular, la cual va graduada para que en visión de lejos no precise cristales correctores. Sólo en casos excepcionales la lente intraocular se coloca en cámara anterior. En el postoperatorio se prescriben colirios antiinflamatorios esteroideos, no esteroideos y antibióticos durante uno o dos meses.

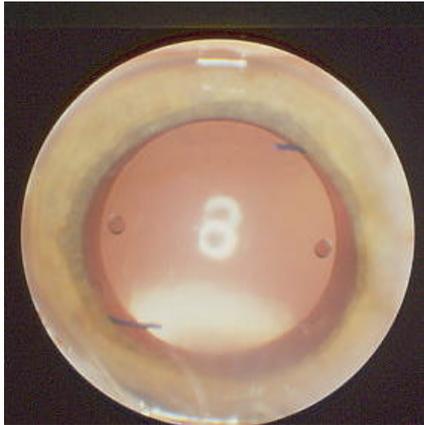


Figura 8- 7 Lente de cámara posterior

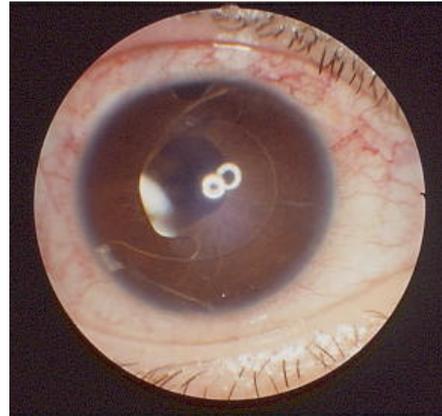


Figura 8- 8 Lente de cámara anterior

Un enfermo operado de cataratas ve cuando se pasa el efecto anestésico, al principio con cierta borrosidad, que desaparece en los días siguientes. La visión cercana sólo se recupera tras la prescripción de cristales correctores. No experimenta dolor sino tan solo una sensación de raspeo. El ojo puede estar enrojecido, en general como consecuencia de la anestesia y por lo tanto suelen ser restos hemorrágicos dispersos.

El oftalmólogo da de alta quirúrgica a los tres meses en el caso de la EEC y a los dos meses en el caso de una facoemulsificación. No olvidar que en ese momento debe ser graduado.

**La cirugía del estrabismo** suele realizarse en niños pequeños y se precisa anestesia general. Actualmente se indica la intervención precoz, con 2-3 años de edad. En el postoperatorio se prescriben colirios antibióticos y antiinflamatorios esteroideos durante unas 3-4 semanas. Los ojos se enrojecen bastante dado que deben delaminarse los músculos intervenidos. El enfermo experimenta los primeros días un ligero dolor en miradas extremas y algunas veces puede quejarse de diplopía.

No olvidar que en ocasiones son precisas varias intervenciones quirúrgicas para conseguir una buena alineación ocular.



Figura 8- 9 Cirugía convencional del estrabismo



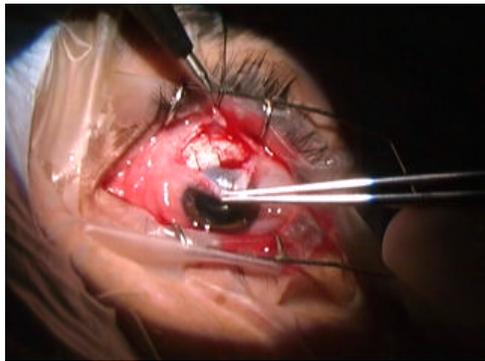
Figura 8- 10 Aplicación de toxina botulínica

**El desprendimiento de retina** se realiza actualmente con anestesia local. El cierre del desgarro es inmediato a la cirugía, pero su sellado permanente por la cicatriz que provoca la criopexia tarde unas dos o tres semanas. Así pues el enfermo no realizará movimientos bruscos durante algunos meses. En el postoperatorio se prescriben colirios antibióticos, antiinflamatorios esteroideos y de atropina durante un mes aproximadamente.

No olvidar que debe revisarse la retina del otro ojo por si existieran degeneraciones retinianas susceptibles de tratamiento láser.

**La cirugía filtrante del glaucoma** también se realiza con anestesia local. La técnica más utilizada es la trabeculectomía en la que se talla un colgajo escleral con base en el limbo. A este nivel se practica un agujero que pone en comunicación la cámara anterior. En el postoperatorio se prescriben colirios antibióticos, antiinflamatorios esteroideos y de atropina!. La operación tiene éxito si se forma una ampolla de filtración lo suficiente buena como para mantener la tensión ocular a unos niveles aceptables.

Los enfermos pueden ver borroso al principio.



*Figura 8- 11 Trabeculectomía*