UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INFECCIONES POST-OPERATORIAS, CONTROL Y ESTADISTICA EN OFTALMOLOGIA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JORGE ADOLFO RECINOS QUIÑONEZ

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1974

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INFECCIONES POST-OPERATORIAS, CONTROL Y ESTADISTICA EN OFTALMOLOGIA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JORGE ADOLFO RECINOS QUIÑONEZ

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1974

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CONSIDERACIONES GENERALES

III. MATERIAL Y METODOS

IV. SUMARIO

V. CONCLUSIONES

VI. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

En el presente trabajo, se hace mensión de las diferentes complicaciones postoperatorias que se pueden presentar en la cirugía oftalmológica, su control y estadística, y se trata de dar una pauta conductual para la prevención y el control de estas complicaciones.

Para lograr este objetivo fueron estudiados de manera exhuastiva 310 casos de intervenciones quirúrgicas en la sección oftalmológica, que se sucedieron en un período de 3 años. Esto con el único afán de buscar infecciones postoperatorias y para que, teniendo un índice de estas, se puedan ofrecer las soluciones que sean oportunas para prevenirlas.

Sea esta una pequeña contribución al estudio de las infecciones postoperatorias en el campo — oftalmologico de Guatemala

II. CONSIDERACIONES GENERALES

ESCLEROTICA:

La esclerótica, o córnea opaca, representa aproximadamente las cinco sextas partes posteriores de la túnica externa del ojo. Por término medio pesa 1.15 grs.- Su espesor es de un milímetro en la parte posterior, de 0.6 milímetros en la anterior y de 0.4 milímetros en su parte media.

La esclerótica es un segmento de esfera hueca, cuyo radio sería de 11 a 12 centímetros.

Se deben considerar dos superficies, interior y exterior, y dos orificios anterior y posterior.

SUPERFICIE EXTERIOR: es convexa, azulada en el niño, blanco nacarada en el adulto y ligeramente amarillenta en el viejo. Está en contacto con la cápsula de Tenon.

SUPERFICIE INTERIOR: es cóncava, de coloración negruzca y está en contacto con la coroides.

ABERTURA POSTERIOR: destinada a dar paso al nervio óptico.

ABERTURA ANTERIOR: destinada a recibir la córnea transparente.

Las arterias emanan de las ciliares cortas y de las ciliares anteriores. Las venas van a las ciliares anteriores y a las coroides. Los nervios provienen de los ciliares.

CORNEA:

Es una membrana transparente(córnea transparente), engastada en la abertura anterior de la esclerótica.

La córnea como todo segmento de esfera hueca presenta dos caras (anterior y posterior) y una circunferencia.

CARA ANTERIOR: convexa, lisa y uniforme, está en relación, según las circunstancias, con la atmósfera o con los párpados. De forma oval, mide 12 milímetros en sentido transversal y 11 milímetros sentído vertical.

CARA POSTERIOR: Es cóncava, lisa y uniforme, está en relación con el humor acuoso, mide 13 cms. de diámetro.

CIRCUNFERENCIA: La circunferencia o limbo corneal está cortada en bisel a expensas de sus láminas anteriores.

La cornea comprende cinco capas:

1. Capa epitelial anterior, en relación con la capa epitelial de la conjuntiva.

2. La lámina elástica anterior.

3. El tejido propio de la cornea, de naturaleza fibrosa.

4. La lámina elástica posterior(membrana de Descemet o de Demours).

5. La capa epitelial posterior.

No hay vasos sanguíneos en la cornea; tampoco hay vasos linfáticos. Son muy numerosos los nervios, que provienen de los ciliares y penetran en la córnea por la circunferencia. Se dividen en posteriores y anteriores, formando tres plexos; el plexo subbasal, el plexo subepitelial y el plexo intraepitelial.

IRIS:

El iris, segmento anterior de la túnica vascular, es una membrana circular, que tiene un agujero en su centro (pupila), colocada verticalmente entre el cristalino y la córnea, en medio del humor acuoso.

CARA ANTERIOR: es ligeramente convexa y constituye el límite posterior de la cámara anterior del ojo. Su color varía en los distintos sujetos, observándose 5 matices fundamentales: negro, pardo, castaño, gris y azul.

CARA POSTERIOR: ligeramente cóncava, y está en relación con el cristalino y con los procesos ciliares.

CIRCUNFERENCIA MAYOR: está en relación con la zona ciliar y con la línea de unión esclerocraneal.

CIRCUNFERENCIA MENOR: circunscribe un orificio llamado pupila. La pupila es esencialmente movible y ocupa el centro del iris ó un punto muy próximo al centro.

Las arterias emanan del gran círculo arterial del iris. Las venas, desaguan en las venas de los procesos ciliares y desde este punto en la red corroidea. Las vías linfáticas desembocan en la cámara anterior y desde este punto en el conducto de Schlemen.

CRISTALINO:

Pequeña lente biconvexa, colocada de canto detrás de la pupila y de las cámaras del ojo y por delante del vitreo.

El cristalino es un cuerpo esencialmente elástico. Es incoloro y completamente transparente en el feto y en el niño.

El cristalino, en el adulto, está desprovisto de vasos y de nervios.

CUERPO VITREO:

Llámase cuerpo vítreo a la masa transparente y de consistencia gelatinosa que ocupa el espacio comprendido entre la retina y la cara posterior del cristalino. Tiene, naturalmente, la forma de un esferoide deprimido en cúpula en su parte anterior (fosa patelaris) en la que se aloja el cristalino. Morfológicamente el cuerpo vítreo se compone de dos partes que son:

1. Una membrana de cubierta, llamada membrana hialoides,

2. Un contenido: El humor vítreo.

La membrana hialoides es una película fina y delicada, que envuelve el cuerpo vítreo en toda su extensión.

El humor vítreo, contenido en el interior de la membrana hialoides, se presenta bajo la forma de una substancia gelatinosa más consistente en el niño que en el adulto.

CONJUNTIVA:

Membrana mucosa, dependiente del tegumento externo, que une el globo ocular a los párpados.

CONFORMACION EXTERIOR: la conjuntiva reviste primeramente la parte anterior del globo ocular. Al llegar al ecuador se dobla hacia delante, para pasar a los párpados y revestirlos hasta llegar a nivel de su borde libre. Presenta tres porciones:

1. La conjuntiva palpebral;

2. La conjuntiva ocular;

3. La conjuntiva del fondo del saco.

Las arterias, muy numerosas, forman dos territorios:

1. Un gran territorio (comprendiendo la conjuntiva palpebral, la conjuntiva del fondo del saco y la mayor parte de la conjuntiva ocular) regado por las diferentes arterias que se distribuyen por los pár-

pados: es el territorio palpebral;

2. Un territorio más pequeño alimentado por las arterias ciliares: éste es el territorio ciliar.

Las venas procedentes del territorio palpebral se dirigen, en parte, a las venas de los párpados (luego a la temporal superficial y a la facial), y en parte, a la vena oftálmica.

Los linfáticos forman dos redes: una red superficial, colocadas en la parte superficial de la dermis, y una red profunda, situada en el tejido conjuntivo submucoso.

Los nervios proceden: por fuera, del lagrimal, por dentro, del nasal externo; los de la porción corneal, de los nervios ciliares.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

INFECCION
QUERATITIS ESTRIADA
HIPHEMA
CAMARA ANTERIOR VACIA (APLANAMIENTO)
CICATRICES QUELOIDES
REACCIONES A LAS DROGAS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TARDIAS

GLAUCOMA

a) MATERIAL LENTICULAR RETENIDO
b) SINEQUIA ANTERIOR

c) BLOQUEO VITREO

GLAUCOMA CRONICO SIMPLE NO RECONOCIBLE
EDEMA CORNEAL
MEMBRANA SECUNDARIA
INVASION EPITELIAL A LA CAMARA ANTERIOR
DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

INFECCION:

Una de las mas temidas complicaciones post-operatorias es la infección.

Afortunadamente desde que los antibióticos, corticosteroides están al alcance, una infección reconocida tempranamente puede ser controlada para evitar resultados desastrozos.

Ha sido discutido el valor de cultivos pre-operatorios, que sino son tomados por un técnico bien entrenado son de poco valor. Algunos oftalmólogos usan antibióticos sistematicamente antes de operación; otros recomiendan inyección subconjuntival profiláctica a la hora de la cirugía; todavía otros usan antibióticos sistémicos y locales durante el post-operatorio inmediato Sin lugar a duda los antibióticos son de un valor inestimable, pero no deben ser usados indiscriminatoriamente. Con los cambios de la flora debido al desarrollo de la resistencia bacteriana un antibiótico recomendado hoy puede ser sustituido por otros en un período de varios meses. Si un antibiótico se administra por vía sis-

témica como profilaxis, se recomienda una dosis masiva, cuatro o cinco horas antes de intervención quirúrgica; como resultado el nivel antibiótico en el humor acuoso es alto al operar. El uso de gotas antibióticas en el día de la intervención y después de la operación depende de la preferencia del cirujano. La consideración más importante es reconocer un ojo infectado. Por esa razón el ojo debe ser cubierto las primeras 24 horas después de cirugía. La infección se manifiesta por dolor, ligero edema de los párpados, quemosis de la conjuntiva, pérdida de brillo en la camara anterior. Si la infección ya está establecida, se presenta opacidad de la camara anterior e hipopión. Si estos signos se manifiestan en la primera curación, un cultivo del saco debe ser tomado y el paciente se le debe poner con antibioticoterapia inmediatamente. Se debe administrar una dosis masiva, como lo permita su nivel sanguíneo. En 24 ó 48 horas, si el cultivo es positivo y el tipo del mismo es conocido el antibiótico al cual es sensible puede ser seleccionado. En caso que la infección no fuera controlada con terapia sistémica puede usarse corticosteroide e inyección subconjuntival de una solución concentrada del antibiótico apropiado. La inyección de un antibiótico en la cavidad acuosa ó vitrea es un procedimiento heróico que pocas veces salva la vista, aunque salva el ojo.

En los últimos años, un tipo de infección tardía post-operatoria ha sido observada. Usualmente hasta dos semanas después o mas de la intervención quirúrgica. Hasta este período el ojo se mantiene en silencio y el paciente se le ha dado de alta. Las características fundamentales observadas son exuado celular en la

cara anterior, enrojecimiento del ojo, y dolor, en unos días aparece hipopión y se pueden notar áreas blanco-grisáceas en el vitreo anterior y finalmente un exudado grueso fibrinopurulento aparece en la cámara anterior y se desarrolla una completa membrana pupilar. Se ha comprobado que este tipo de infección es casi siempre causado por hongos de baja patogenia. La neomicina combinada con un corticosteroide aumenta la suceptibilidad del ojo a las infecciones Micóticas. Si se sospecha este diagnóstico y es confirmado tempranamente el tratamiento del paciente con agentes antimicóticos puede salvar el ojo del paciente.

QUERATITIS ESTRIADA

No es común que una cornea esté estriada después de una operación de catarata. La cantidad de estriación puede variar según el trauma durante la extracción del cristalino. Si la zonula es muy aspera, la cornea puede estar casi completamente grisacea. Un crisifaco (ventosa) puede dañar el endotelio, causando alguna estriación. Esta complicación usualmente desaparece a tiempo, aunque la cornea puede mostrar pliegues en la membrana de Descemet y un poco de edema por un tiempo considerable. Si el daño no se acompaña de una pre-existente distrofia corneal el resultado es siempre bastante satisfactorio.

HIPHEMA:

La presencia de hiphema varía con el tipo de extracción de catarata.

Los hiphemas aparecen de las 48 a 72 horas después de operación. El paciente se despierta con un dolor repentino en el ojo a la hora del primer cambio de curación y se encuentra la camara anterior parcialmente llena - de sangre en este tipo de caso la causa del hiphema puede ser que el paciente haya sentido alguna molestia e inadvertidamente se frotó el ojo. La mayoría de los hiphemas se esclarecen de 10 a 12 días. Posteriormente el sangramiento puede ser en la camara posterior y puede tomar semanas a meses para su evolución. El tratamiento de la hemorragia de la camara anterior, sin otra complicación como prolapso del iris, es esencialmente una paciente espera, esto se aplica hasta cuando la tensión está elevada. Un ojo afectado con este tipo de glaucoma secundario, un aumento de la presión por algún tiempo sin mostrar daños de vecindad al nervio óptico u otra evidencia del glaucoma. Un intento para remover el hiphema o el coagulo por parasentesis o abriéndo la herida usualmente el resultado es una pérdida considerable de la cantidad de vitreo y puede causar una hemorragia capilar, son de poco valor, si el paciente tiene una discracia sanguínea o un aumento del tiempo de coagulación y sangría.

CAMARA ANTERIOR VACIA (APLANAMIENTO)

Una camara vacía no es siempre prevenida llenando la cámara de aire o salino al terminar la operación. Si una cámara vacía es vista en la primera curación el ojo debe ponerle curación nueva y dejarla en observación, si la camara sigue vacía después de 48 horas, el

ojo debe ser examinado con mas cuidado porque puede haber evidencia de una herida que drena o desprendimiento coroideo. El paciente debe ser puesto enfrente de una buena luz para examinarle la herida; el edema localizado en una de las suturas puede ser la causa de drenaje en este punto. Se debe examinar el ojo por posibles adherencias hialinas en la pupila, así como contacto hialino con el endotelio, un tratamiento conservador debe mantenerse por 24 a 48 horas. Durante este período la pupila debe dejarse bien dilatada y apósitos binoculares, deben aplicarse. Pero si el derrame de una herida ha sido demostrado o si hay contacto hialino con el endotelio, el tratamiento quirúrgico es el indicado. Otro tipo de camara vacía que no es frecuentemente observado es el que se desarrolla del quinto al décimo día post-operatorio y está asociado casi siempre con desprendimiento coroideo mayor. Y también puede ser causado por una sutura muy profunda o muy superficial como se menciona anteriormente.

Otra causa de vaciamiento de la cámara en este período es debido a adherencias hialinas al iris; el ojo se encuentra en un estado de hipotonia pero el vitrio que ha sido desplazado hacia delante obstruye el paso normal de agua de la camara posterior a la camara anterior. Esto puede ser aliviado con una buena dilatación de la pupila con atropina, cocaina o bitartrato de epinefrina.

Finalmente hay una categoría de pacientes en cuyos ojos no hay un derrame en la herida demostrable y una adherencia haialina no aparente en la superficie -

posterior del iris y aún así el vaciamiento de la camara persiste y hay presencia de un desprendimiento coroideo marcado. El uso intravenoso del manitol o urea puede temporalmente reformar la cámara. Si no hay contacto hialino con el endotelio, está indicado un tratamiento conservador.

PROLAPSO DEL IRIS

El uso de suturas corneo esclerales definitivamente ha reducido la incidencia de prolapso del iris. Sin embargo la complicación puede ocurrir y es notada al post-operatorio inmediato y requiere una intervención quirúrgica rápida. Algunos cirujanos creen que si el prolapso es notado en las primeras 24 a 48 horas, el iris puede ser repuesto y la herida reforzada con una o dos suturas corneanas extras. El prolapso del iris no puede necesariamente ocurrir inmediatamente después de la operación y si ocurre puede ser reconocido por la reacción en el colgajo conjuntival. Si un pequeño prolapso es reconocido en las primeras 3 semanas del post-operatorio puede ser dejado sin tratamiento siempre que al paciente no le cause ninguna molestia. Este tipo de prolapsos pequeños han sido tratados con éxito, por fotocoagulación, si no son cubiertos o si la conjuntiva que los cubre es muy delgada.

Pero si el prolapso tiende a crecer o si se desarrolla una cicatriz queloide la intervención quirúrgica es lo indicado.

CICATRICES QUELOIDES

Una cicatriz queloide generalmente es debido a u-

na falla en el cierre de la herida. Este puede ser el resultado de una mala técnica al suturar al excesivo uso de cauterio para controlar la hemorragia o la incarceración de una pequeña porción del iris. Estos ojos son hipotónicos y el paciente se queja de una constante humedad. La reparación de las cicatrices queloides, deben de depender de la presión intraocular y tamaño de la cicatriz.

REACCIONES A LAS DROGAS

Algunas complicaciones son debido a las reacciones a las drogas. Es muy importante recordar que el uso local de penicilina o de otros antibioticos puede causar reacción alergicas severas. Si alguno de los nuevos jabones detergentes entran en el saco pueden causar daño en la córnea y causarle considerables molestias al paciente. Algunas personas son sensibles al uso de cinta celulosa adhesiva. Estas reacciones pueden ser alarmantes y se controlan con tratamiento médico adecuado.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TARDIAS

GLAUCOMA:

a) RESTOS CAPSULARES

Muchas de las complicaciones post-operatorias — tardías son originadas por las complicaciones que ocurrieron en la operación o durante el post-operatorio inmediato. El glaucoma secundario puede ser causado por varios factores: en la extracción extra-capsular - se debe a la retención de sustancia lenticular, la cual

afecta la salida del acuoso. El único tratamiento es abrir la cámara anterior y efectuar un cuidadoso lavado de la misma. Restos cristalineanos pueden ocasionar una uveitis post-operatoria asociada.

b) SINEQUIA ANTERIOR

El glaucoma puede ser causado por sinequia periférica anular debido al retardo en la formación de la cámara anterior. La mayoría de los casos el diagnóstico se puede hacer por la historia y por exámen gonioscopico del ángulo. Se aconseja mioticos para su tratamiento.

c) BLOQUEO VITREO

Puede causar glaucoma. Es menos frecuente de iridectomías en sectas. Las adherencias hialinas al diafragma pupilar y al coloboma del iris con interrupción del paso normal del acuoso, causa un vaciamiento de la cámara y el desarrollo de un iris abombado. Estos ojos corrientemente son hipotónicos antes que el glaucoma se manifieste. Lo importante es reconocer esta posibilidad, ya que una pequeña iridectomía periférica o iridotomia usualmente pueden controlar la tensión y reformar la cámara anterior.

d) GLAUCOMA SIMPLE NO RECONOCIBLE

Un ojo apaquico puede desarrollar glaucoma simple crónico y puede que sea no reconocible porque la presión intraocular está normal antes de la intervención quirúrgica. El aumento de la presión intraocular

no puede ser pronto reconocida porque el estado natural de hipotonía en que se encuentran muchos ojos afaquicos en el pos-operatorio inmediato. Es importante que todos estos pacientes deben ser controlados periódicamente de su presión intraocular.

EDEMA CORNEAL

El edema corneal es, afortunadamente una complicación poco frecuente después de la cirugía de catarata. Puede ser el resultado de una pre-existente distrofia endotelial. Por esa razón, en la presencia de una distrofia endotelial hay que hacer una incisión escleral profunda y extraer el cristalino con el menor trauma posible a la cornea. Aún después de estas precauciones puede llevarse a cabo la distrofia. Sinequias anteriores o posteriores son causa de edema corneal localizado; si el edema progresa se debe hacer todo lo posible para liberar la sinequia.

UVEITIS

La uveitis que ocurre en el período post-operatorio después de extracción intra capsular de catarata puede no tener relación con la intervención y usualmente no hay causa determinante. Muy frecuentemente, la uveitis progresa y puede o no llevar a un glaucoma secundario. Afortunadamente los corticosteroides mejoran el pronóstico.

EDEMA MACULAR

Muchos pacientes afaquicos tienen excelente visión

después de extracción de catarata y se pueden prescribir - lentes + 10.00 una o dos semanas después de la operación. Esto da una ventaja o si el paciente tardíamente desarrolla edema macular los lentes le ayudan a darse cuenta. El edema es una complicación tardía y se recupera. Otros han notado que el edema macular ocurre frecuentemente después de una ruptura tardía de la hialoides anterior cuando el vitreo se adhiere a la herida corneal, pero no necesariamente con relación a la pérdida de vitreo a la hora de la operación. La visión puede o no mejorar. Otros casos son causados por cambios vasculares en el segmento posterior, especialmente en la región de la mácula, se recomienda el uso de vasodilatadores.

MEMBRANA SECUNDARIA

Desde que la operación intracapsular es un procedimiento preferido, pocas membranas secundarias son observadas. Cuando ocurren son casi siempre más densas y más gruesas que aquellas que siguen a una extracción extracapsular planeada. Cápsulas gruesas y opacas resultan de adherencias entre la cápsula anterior y posterior y la encarceración de algo de material cortical entre estas dos capas. Esta complicación puede ser evitada si la cápsula anterior se reseca completamente.

INVASION EPITELIAL DE LA CAMARA ANTERIOR

El crecimiento epitelial es raro pero es una complicación seria de cirugía. Puede ser de tres formas:

1. Tumor quistico epitelial del iris.

2. Epitelialización de la cámara anterior

3. Quistes epiteliales de la cámara anterior.

Los quistes del iris son raros. Aparecen como tumores salidos en forma de perlas, o como quistes blanco opacos en la superficie del iris. No están en conección con la incisión de la cámara anterior pero resultan de la implantación de folículos de pelo ó pedazo de piel dentro de la cámara anterior, pueden producir iridocilitis. El tratamiento es extirpación completa haciendo una iridectomía que incluya la masa tumoral. La epitelialización de la cámara anterior es una complicación mas seria. La lesión usualmente ocurre cuando la cámara anterior ha sido indevidamente cerrada o cuando la cámara se ha mantenido plana por muchos días después de la operación. El tratamiento es radioterapia aunque el pronóstico no es muy bueno.

Quistes post-traumáticos epiteliales ó de la cámara anterior son mas comunes. Aparecen como quistes traslúcidos o grisaceos que están en relación en un punto con la herida corneal y muy frecuentemente relacionados al iris. Los quistes pueden estar presentes por años después de la lesión original u operación. El tratamiento recomendado para quistes epiteliales es usualmente fotocoagulación, electrodiatermia o eletrólisis.

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Es una complicación que se espera en aproximadamente un 2 a 3% de los pacientes que les han hecho

extracción de catarata, pero no es siempre relacionado a la operación. La catarata puede ser considerada como una enfermedad degenerativa, pero si la catarata ocurre en gente de los 40 a 50 años son usualmente asociados con cambios degenerativos en la periferia de la retina. Un ojo afaquico no es un ojo normal; si el paciente tiene retinas identicas en ambos ojos, es mas posible que tenga desprendimiento en el ojo afaquico; una de las complicaciones mas serias de cirugía de catarata es la pérdida de vitreo formado, que es un factor definitivamente predisponente al desprendimiento de retina especialmente si el vitreo está en contacto con la línea de incisión. Tratamiento preventivo; inyectar aire en la cámara anterior y estar seguro que el vitreo no esté en contacto con la herida al concluir la operación.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Rutinariamente en la sala de oftalmología del hospital General San Juan de Dios (oftalmología de mujeres), observamos a los pacientes el día siguiente de ser intervenidos quirúrgicamente, enfatizando este particular sobre los bordes de la herida y cámara anterior.

Generalmente los bordes de la herida se encuentran limpios y adosados e indoloros. Si se presentara esta última sensación tratamos de descartar algún proceso traumático-iatrogénico.

En las ocaciones en que desafortunadamente existe

infección post-operatoria se efectúa un control bacteriológico para determinar el gérmen causante del problema.

Sin embargo como primera medida se indica un aislamiento riguroso del paciente para evitar cualquier causa secundaria que pudiera contribuir a complicar el estado ocular y general. La administración de antibióticos parenteral y local en dosis terapéutica máxima es la indicación adecuada según control bacteriológico.

Desafortunadamente y a pesar de los cuidados indicados, las infecciones intraoculares continúan su curso y la pérdida del órgano visual es una desventaja no satisfactoria.

III. MATERIAL Y METODOS

CASOS ESTUDIADOS

Para tal estudio se revisaron en estadística del hospital General San Juan de Dios, las papeletas de pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica y que tuvieron infección post-operatoria. Se observaron papeletas que comprendían de Enero 1971 a Enero del 74, personas que fueron sometidas a intervención quirúrgica en el departamento de oftalmología de este hospital en este período fué de 310 pacientes obteniéndose los siguientes casos de infección post-operatoria:

CASO No. 1
No. de ficha: 09275-64. Edad: 63 años. Sexo: Femenino. Tratamiento: Médico. Diagnóstico: Aplanamiento Cámara Anterior, ojo derecho.

CASO No. 2
No. de ficha: 03554-73. Edad: 70 años. Sexo: Femenino. Tratamiento: Médico. Diagnóstico: Aplanamiento Cámara Anterior, ojo derecho.

CASO No. 3
No. de ficha: 16168-73. Edad: 66 años. Sexo: Femenino. Tratamiento: Médico. Diagnóstico: Aplanamiento Cámara Anterior, ojo derecho.

CASO No. 4
No. de ficha: 08098-73. Edad: 74 años. Sexo: Masculino. Tratamiento: Médico. Diagnóstico: Endoftalmitis, ojo izquierdo.

CASO No. 5

No. de ficha: 13843-73. Edad: 44 años. Sexo: Masculino. Tratamiento: quirúrgico. Diagnóstico: Endoftalmitis, ojo derecho.

CASO No. 6

No. de Ficha: 09606-71. Edad: 51 años. Sexo: Femenino. Tratamiento: quirúrgico. Diagnóstico: Iritis postoperatoria, Crio extracción.

IV. SUMARIO

Revisando las estadísticas de las operaciones de ala de oftalmología de mujeres es notorio que las nplicaciones infecciosas post-operatorias son poco cuentes, y que las medidas preventivas observadas el momento satisfacen la rutina pre-operatoria.

V. CONCLUSIONES

1. Una técnica quirúrgica depurada es indispensable en las intervenciones oculares.

2. El control bacteriológico rutinario por medio - de cultivos de las secreciones oculares debe hacerse previo a la intervención.

3. El control y evaluación del estado general del paciente también debe ser rutinario para tomar – en cuenta enfermedades o entidades patológicas que pudieran coadyuvar o predisponer a enfermedades infecciosas (diabetes, etc).

4. Examen cuidadoso de la región intervenida al día siguiente para corroborar el buen estado de la zona ocular operada.

5. Recordar que toda intervención quirúrgica produce un trauma local que puede disminuir la resistencia de los tejidos oculares a la infección y por lo tanto predisponer a una infección.

6. El personal para-médico debe estar entrenado para los cuidados pre y post-operatorios, tan especializados como los de la cirugía ocular.

7. En caso de infección se deben agotar todos los recursos posibles (exámenes de laboratorio, sensibilidad antibióticos, prescripción médica adecuada, etc.), para tratar de recuperar la visión del ojo afectado.

8. Finalmente se recomienda continuar la investigación y evaluación de esta clase de infección local para beneficio de los pacientes.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Fasanella, R. M. Complicatión in eye surgery; - complications of cataract surgery. 2 ed. Philadelfia, W. B. Saunders, 1, 957, pp. 170-193.

2. Frederick, Theodore. Complications after cata - ract surgery; complications in the inmediate - postoperative period. Boston, Litle Brown, 1, 964, pp. 35-59.

3. Guillaumat, L., et al. Tritement chirurgical des affections oculaires. Tome I. Cataractes compliquies et difficiles. Paris, G. Doin & Cie., 1, 957, pp. 185-206.

4. Havener, William H. Atlas of cataract surgery; - management of complicated cases. Saint Louis, The C. V. Mosby, 1, 972 pp. 135-168.

5. Jaffe, Norman S. Cataract surgery and complications; complications of cataract surgery. Saint Louis, The C. V. Mosby, 1, 972, pp. 143-397.

6. Testut, L. y Latarjet, A. Sentido de la Vista. En su Tratado de anatomia humana. 9 ed. Barcelona, Salvat Editores, 1, 951, t. 3, pp. 584-762.

7. Trevor-Roper, Patrick D. Oftalmología. Trad. por Manuel Balaguer. Buenos Aires, El Ateneo 1960, p. 95.

Vo. Bo.
Aura Estela Singer G.
Bibliotecaria

Br. Jorge Adolfo Recinos Quiñónez

Dr. Wellinton Amaya Abad
Asesor

Dr. Carlos Enrique Alvarez M.
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director Fase III

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano