

CONCLUSIONES

Glaucoma

- La cirugía filtrante continúa siendo la elección de tratamiento en pacientes que dé inicio tienen glaucoma avanzado.
- La trabeculectomía sigue siendo una herramienta para el tratamiento inicial en casos de glaucoma severo, sobretodo en aquellos que buscamos una PIO meta menor a 12mmHg.
- Los MIGS no ha sustituido a la TBC y estos no son intercambiables
- Hay poca evidencia con ensayos clínicos aleatorizados de las técnicas de MIGS, y estas no han pasado la prueba del tiempo. Necesitamos desarrollar estudios evaluando sus resultados a largo plazo, se necesita mayor evidencia para dictar recomendaciones generales.
- La trabeculoplastia selectiva con láser es una opción inicial para el tratamiento de glaucoma con resultados similares a tratamiento tópico en términos de eficacia y calidad de vida como se demostró en el LIGHT trial.
- El tratamiento en el paciente con glaucoma es inicialmente médico y una de sus alternativas es la SLT al ser menos invasiva, cursar con menos complicaciones.
- Pacientes con glaucoma que tengan otra patología ocular (catarata, alteración refractiva), hay que realizar procedimientos combinados
- Importancia de la toma de campos visuales, no solo AV y PIO, para poder dictar políticas públicas.

Errores refractivos no corregidos

- Corrección de ambliopía en menores de 6 años.

Ambliopía:

- Es una de las anomalías sensoriales más frecuentes, se considera 10 veces más frecuente que cualquier enfermedad ocular o traumatismo. Es la causa más común de discapacidad visual en la infancia, lo que resalta su importancia de tratar de forma oportuna.
- Examinación: en menores de 2 semanas realizar screening con reflejo rojo, estrabismo a partir de los 6 meses al año de edad con cover test, examen visual a los 2,4,7 y 10 años para ambliopía.

Errores refractivos:

- Se debe conocer la prevalencia de errores refractivos por grupos de edad para planear adecuadamente los programas de tamizaje y asegurarse de contar con los recursos necesarios para ofrecer tratamiento.
- NO HACER DIAGNOSTICO SI NO PODEMOS TRATAR
- El método para realizar screening de errores refractivos no corregidos depende del número de niños en los programas: cartillas (100), photoscreeneers (100-500), autorefractómetro (más de 500).
- Mejor terapia: oclusión, posterior: atropina. Mantener tratamiento mínimo 6 meses y monitoreo cada 3 meses y se debe de ir retirando paulatinamente.

CONCLUSIONES

Retinopatía diabética y teleoftalmología

- La retinopatía diabética debe ser abordada de manera integral con adecuado control sistémico de los pacientes, ya que muchas ocasiones los oftalmólogos solo se preocupan por los resultados anatómicos y funcionales del ojo.
- La epidemia de diabetes en México obliga a buscar alternativas para la detección oportuna de RD.
- La búsqueda periódica de la retinopatía es una estrategia costo-effective para prevenir la pérdida de la visión cuando está acompañada de fundoscopia con dilatación pupilar o fotografía de fondo de ojo con cámara de campo amplio interpretada por un experto
- La teleoftalmología es un método útil para poblaciones de difícil acceso, ayuda a intervenir oportunamente, disminuye costos y mejora calidad de vida de los pacientes
- La fotocoagulación panretiniana con láser continua siendo la primera línea de tratamiento de la RD.
- Los antiangiogénicos son útiles en el tratamiento de la RD con mayor efectividad que del Edema macular.
- El uso de esteroides puede ser de mayor beneficio en el tratamiento inicial del edema macular diabético sin embargo el costo no permite ofrecerlo en todos los pacientes y su disponibilidad está limitada en algunos medios.
- 90% de los casos de ceguera en diabetes, es causado por maculopatía, no todos responde a anti VEGF
- Ozurdex: nuevos tratamientos para EMD. Ventajas: mayor duración, menos inyecciones, mantiene agudeza visual a largo plazo, buena respuesta a liquido subretiniano. Desventajas: catarata, elevación de PIO, alto costo, falta de seguimiento a largo plazo.
- Anti VEGF primera línea de tratamiento con evidencia de menor recuperación de agudeza visual funcional. Los ojos tratados pueden ganar de 6-12 letras en ETDRS, 40% mejoría de 3 líneas de AVMC. 60% alcanzar 20/40, mejora o enlentece progresión de RD. Se documenta aumento de riesgo cardiovascular con mayor concentración y mas aplicaciones de anti VEGF. EL tratamiento de EMD puede complementarse con laser y/o esteroides.

Retinopatía diabética:

- Evaluar a cada paciente con edema macular diabético de forma individual, tomando en cuanto edad, agudeza visual, biomarcadores por OCT y embarazo.

Tratamiento:

- En pacientes con EMD antiangiogénicos como 1era línea de tratamiento, si hay riesgo cardiovascular, embarazo, pseudofacos, persistencia posterior a 6ta aplicación de anti VEGF y antecedente de catarata, se prefiere uso de orzudex.
- Anti VEGF al usar menor a 20/30
- Láser en AV mayor a 20/30
- EMD + RD proliferativa: iniciar tratamiento con antiangiogénicos para manejo de ambas condiciones, al detener el proceso fibrovascular retiniano
- Láser continúa siendo válido como 1era línea de tratamiento

CONCLUSIONES

Retinopatía del prematuro:

- Estamos viviendo un cambio de paradigma en el tratamiento de la retinopatía del prematuro
- A pesar de no contar con estudios a largo plazo del uso de antiangiogénicos, aproximadamente el 50% de los casos se tratan de inicio con agentes anti-VEGF.
- Existe una indicación clara para el uso de anti-VEGF inicialmente en casos de enfermedad en zona 1 con enfermedad agresiva posterior y en casos de pupilas que no dilatan.
- Se recomienda el uso de ecografía ocular en pacientes con pupilas que no pueden ser dilatadas antes de intentar el uso de antiangiogénicos debido al riesgo de empeoramiento del estadio de retinopatía.
- Se debe reconocer que existe un cambio en el comportamiento de la enfermedad una vez que se usan los antiangiogénicos para su tratamiento.
- No se recomienda el uso de antiangiogénicos en pacientes a quienes no pueden darse seguimiento a largo plazo, estos pacientes probablemente se beneficien mejor del tratamiento inicial con fotocoagulación con láser.
- En pacientes con alteraciones sistémicas o estados críticos en los que el riesgo de anestesia limita el uso de láser, deberán tratarse inicialmente con agentes anti-VEGF.
- El agente inicial de elección es el ranibizumab y en geografías donde no hay limitación, el bevacizumab.

Baja Visión:

- Hasta la mitad de las personas catalogadas con baja visión no lo son.
- Los servicios de rehabilitación deben estar localizados cerca e integrados en los servicios de tratamiento.
- Se debe impulsar la baja visión como parte de los currículos de las residencias en México.
- Es de vital importancia la educación al paciente, a los médicos, técnicos y asistentes respecto a la rehabilitación y la baja visión.
- Deben haber centros de rehabilitación como parte integral del tratamiento de las principales enfermedades que son causantes de baja visión como problema de salud pública: glaucoma, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro.
- Hacer uso de las tecnologías electrónicas actuales para convertirlas en ayudas ópticas.
- Debemos hacer el esfuerzo y enseñar que se debe utilizar hasta el último remanente posible de visión.
- Sensibilizar a los profesionistas de la salud respecto a la baja visión ya que la atención a los pacientes se está dando de manera tardía.

CONCLUSIONES

Catarata I

- La catarata continua siendo un problema de salud pública la cual tiene variaciones en su prevalencia entre los países y dentro de los mismos.
- Debemos aumentar el esfuerzo en la formación de recursos humanos para combatir la ceguera por catarata.
- Actualmente existe una amplia gama de lentes intraoculares para lo cual se debe tener un algoritmo mental para poder adecuar la decisión del LIO a utilizar dependiendo de la situación específica de cada paciente.
- Se debe corregir el astigmatismo en todos los pacientes con astigmatismos mayores a 0.8 D
- Hay que tomar en cuenta no solo la cantidad sino la calidad visual.
- Se debe medir la calidad de los resultados pues no solamente se trata de hacer muchas cirugías sino de brindar resultados visuales que permitan rehabilitación de los pacientes. Además que estos resultados visuales influyen en la percepción de la población respecto a la cirugía

Catarata II

- La facoemulsificación y la M-SICS son complementarias y no deben ser puestas a competir una contra otra, se deben conocer las ventajas y desventajas de cada una para poder elegir junto con el paciente (medicina basada en el paciente) la mejor técnica quirúrgica.
- Todo cirujano de catarata debe conocer ambas técnicas ya que brinda mayor versatilidad al cirujano, particularmente en países de ingresos bajos y medios.

CONCLUSIONES

Simuladores quirúrgicos:

- Se debe promover el uso de simuladores quirúrgicos en los centros de enseñanza del país.
- Hacer estudios de costo efectividad respecto al uso de simuladores en nuestro medio.
- Los simuladores permiten la repetición en las tareas que deben ser aprendidas por los cirujanos en entrenamiento en ambientes controlados y con tareas específicas además de diferentes escenarios a los cuales se enfrentarán en el futuro.
- Se debe considerar el uso de ojos de silición como una alternativa en lugares donde no se tienen acceso a simuladores; en los sitios que existen simuladores, deben ser usados como métodos complementarios de enseñanza.
- La estrategia tradicional de enseñanza iniciando por los últimos pasos de la cirugía hacia el inicio, continua siendo válida en todos los medios.

Queratocono:

- Difícil conocer la magnitud del problema al que nos enfrentamos debido a que la definición epidemiológica de QTC varia en diferentes medios.
- Concientizar a la población respecto al daño causado por el tallado de los ojos.
- Es de suma importancia estadificar la enfermedad al momento del diagnóstico para poder establecer un plan de tratamiento, siempre en conjunto con el paciente, quien debe tener expectativas reales respecto a su visión.
- El tratamiento probado para la progresión es el CXL
- La QPP es el tratamiento de elección en cuanto al resultado anatómico sin embargo desde el punto de vista refractivo los resultados pueden ser mejorados con el uso de queratoplastias lamelares.
- La mejoría en la calidad de vida de los pacientes con el uso de lentes esclerales nos obligan como profesionistas de la salud a brindarlos como alternativas a nuestros pacientes.