

Desarrollo de un modelo de información a la comunidad de Curaçao acerca del pre y postoperatorio en la cirugía de la catarata

Jadeline A. V. E. Meulens

SAERA. School of Advanced Education Research and Accreditation

RESUMEN

La catarata es una opacidad del cristalino del ojo que provoca un deterioro lento y progresivo de la visión. Con la edad, el cristalino se endurece y se vuelve más opaco, lo que dispersa los rayos de luz y permite que, entre menos luz al ojo, deteriorando gradualmente la visión. La cirugía de cataratas es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se realizan aproximadamente 22 millones de operaciones en todo el mundo. Más del 98 % de estas operaciones son exitosas, indoloras y ambulatorias. Los pacientes de bajo nivel socioeconómico de Curazao carecen de información suficiente sobre el procedimiento de cirugía de cataratas, así como sobre la posibilidad de usar gafas y el tipo de corrección óptica disponible después del procedimiento. En el ejercicio profesional diario, se ha identificado una importante falta de información entre los pacientes con cataratas que requieren cirugía, lo cual genera cierta ansiedad y una discrepancia entre los resultados y sus expectativas. Por ello, se considera oportuno la realización del presente trabajo, proporcionando información detallada sobre el proceso, incluyendo un folleto informativo resumido para entregar a los pacientes.

Palabras clave: *Pre y postoperatorio, cirugía, catarata, ojo, paciente; visión, ambulatorias.*

ABSTRACT

A cataract is an opacity of the eye's crystalline lens that causes slow and progressive deterioration of vision. With age, the lens hardens and becomes opaquer, scattering light rays and allowing less light to enter the eye, which gradually impairs visual capacity. Cataract surgery is one of the most common surgical procedures. According to the World Health Organization (WHO), approximately 22 million cataract surgeries are performed worldwide each year. More than 98% of these procedures are successful, painless, and outpatient. Patients from low socioeconomic backgrounds in Curaçao often lack sufficient information about the cataract surgery procedure, as well as about the use of glasses and the types of optical correction available after surgery. In daily professional practice, a significant lack of information has been identified among patients requiring cataract surgery, which generates anxiety and a mismatch between clinical outcomes and patient expectations. Therefore, this study aims to provide detailed information about the surgical process, including a summarized informational brochure to be distributed to patients.

Keywords: *Preoperative and postoperative, surgery, cataract, eye, patient, vision, outpatient.*

INTRODUCCIÓN

La catarata es una opacidad del cristalino del ojo que causa una reducción progresiva de la agudeza visual y de la sensibilidad al contraste. La mayoría de las cataratas se producen como resultado del envejecimiento, aunque también pueden originarse por causas hereditarias, congénitas, exposición a radiación, ingesta de esteroides, diabetes o trauma ocular. Por otra parte, las cataratas constituyen el trastorno ocular más común asociado al envejecimiento y representan la principal causa de ceguera evitable en personas adultas mayores de 55 años.

Este padecimiento se corrige quirúrgicamente mediante la sustitución del cristalino opaco por una lente intraocular (LIO). La cirugía de cataratas es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, con cerca de 22 millones de operaciones anuales en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Más del 98 % de estas cirugías son exitosas, indoloras y ambulatorias. Posterior a la intervención, los pacientes suelen reincorporarse en un tiempo breve a sus actividades cotidianas, lo que permite una mejora significativa en su calidad de vida.

La razón principal por la que los pacientes acuden a consulta es la revisión de su corrección óptica y agudeza visual, ya que, en muchos casos, notan que no están viendo con claridad. Al recibir el diagnóstico de cataratas y conocer que la opción quirúrgica es la primera alternativa para mejorar la visión, algunos pacientes manifiestan preocupación ante la falta de información.

La complicación suele surgir al momento de explicar que, durante la cirugía, se introduce

una lente intraocular (LIO) y que, probablemente, será necesario continuar utilizando algún tipo de corrección óptica para alcanzar la visión deseada. La información relacionada con el uso de gafas es generalmente comprendida por los pacientes; sin embargo, la dificultad aparece al explicar la colocación de una lente intraocular diseñada para mejorar la visión de lejos y, en algunos casos, también de cerca.

Actualmente, las cirugías para implantar lentes intraoculares han aumentado significativamente, representando cerca del 35 % de todas las operaciones visuales realizadas en clínicas especializadas. Los LIOs pseudofáquicos también se emplean para corregir la presbicia y otros problemas refractivos en pacientes a partir de los 40 o 45 años, aunque su principal utilidad radica en el tratamiento de la disminución visual causada por cataratas en la población adulta mayor (Hernández, et al. 2020).

El presente trabajo se enfoca en brindar información a los pacientes sobre el proceso de cirugía de cataratas, incluyendo aspectos básicos de anatomía ocular y el desarrollo del procedimiento quirúrgico, desde la etapa preoperatoria hasta el tratamiento médico y óptico postoperatorio.

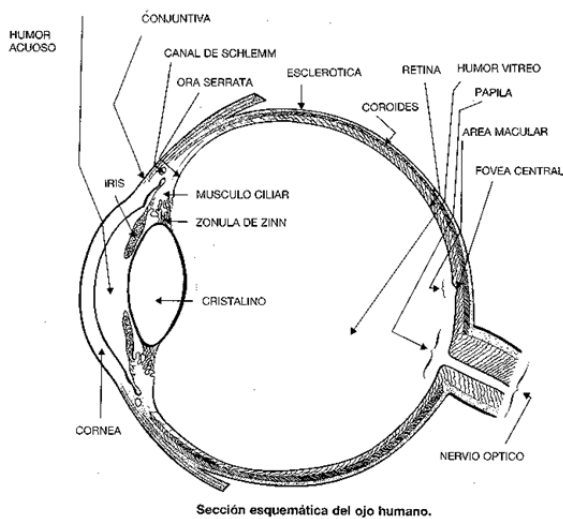
El cristalino y la catarata

El globo ocular constituye el órgano responsable de la visión. Ópticamente, está conformado por la córnea y el cristalino. Ambos elementos poseen un poder refractivo elevado que, en un ojo con visión normal, permite enfocar el infinito directamente en la retina (Figura 1). El cristalino es la estructura encargada de enfocar objetos tanto lejanos como cercanos, mediante el mecanismo de acomodación (Viñas-Peña, 2023). A partir

de los 40 años, esta capacidad comienza a disminuir, lo que da lugar al desarrollo de la presbicia o vista cansada, condición que requiere el uso de gafas para lectura. Por diversas causas, el cristalino puede perder su transparencia. La catarata se manifiesta cuando esta estructura se opacifica, impidiendo el paso adecuado de la luz y provocando una pérdida progresiva de la visión en las personas.

Figura 1.

Imagen esquemática del ojo humano.



Nota. Reproducida sin modificación de Sección esquemática del ojo humano [Imagen], por jimse87, 2011, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ojo_2.gif. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported

El cristalino es una lente circular biconvexa que se encuentra anterior al cuerpo vítreo y posterior al iris, el ecuador del cristalino lo divide en una parte anterior y otra posterior. Los vértices centrales de estas superficies se llaman polos y están conectados por una línea imaginaria llamada eje del cristalino, asimismo, una característica esencial del

cristalino es que el cristalino joven tiene la capacidad de cambiar su poder dióptrico (refractivo) al modificar su forma, lo cual le da una característica única: la capacidad de acomodación, que permite al paciente enfocar objetos lejanos y cercanos.

El cristalino consta de tres partes principales:

1 La cápsula, que envuelve la superficie exterior del cristalino.

2 El epitelio del cristalino: una capa de células epiteliales cúbicas localizadas profundamente en comparación a la cápsula del cristalino.

3 Las fibras del cristalino: células epiteliales transformadas y alargadas. comprende la mayor parte de la estructura del cristalino (Vélez, 2023).

El cristalino se mantiene en su posición gracias a una serie de pequeñas bandas ligamentosas que se extienden desde los procesos ciliares hasta el ecuador del cristalino. Estas fibras se denominan zónulas (zónula de Zinn). En conjunto, las fibras zonulares conforman el ligamento suspensorio del cristalino, el cual desempeña un papel fundamental en el cambio de forma de esta estructura para permitir el proceso de acomodación ocular.

El músculo ciliar, de tipo esfínter, rodea el ecuador del cristalino y se conecta a través de la zónula, en estado de reposo, cuando se observa a distancia, el músculo ciliar incrementa el diámetro del esfínter, provocando que las fibras zonulares aplanen el cristalino. Dado que la miosis pupilar ocurre de manera simultánea, los rayos de luz convergen para enfocarse y atravesar la parte central más gruesa del cristalino, dirigiéndose hacia su destino final: la retina.

También el cristalino está rodeado por la cápsula del cristalino, que se deja en su lugar cuando se extrae el cristalino durante la cirugía de cataratas, ya que la mayoría de los lentes intraoculares van dentro de la capsula. Al ayudar a enfocar la luz que entra en el ojo, tanto la córnea como lente juega un papel importante en darnos una visión clara. De hecho, el 70% del poder enfoque del ojo proviene de la córnea, y el 30% del lente (Torres, 2023).

La catarata

La catarata se define como la opacidad o pérdida de transparencia del cristalino, en la mayoría de los casos, se considera una pérdida reversible de agudeza visual. Se trata de una condición que afecta la transmisión de luz hacia la retina y puede ser tratada mediante intervención quirúrgica, especialmente en pacientes adultos mayores, según Cabezas (2023), señala que, “La catarata es una condición, ya sea natural o adquirida, en donde el cristalino transparente se vuelve progresivamente más opaco y provoca una pérdida progresiva de la agudeza visual y sensibilidad al contraste” (párr. 3), esta afección puede presentarse en los dos ojos (bilateral).

Su aparición genera una disminución progresiva de la visión, caracterizada por una percepción neblinosa, presencia de fenómenos disfotópicos como halos, reducción de la sensibilidad al contraste, alteración en la percepción de los colores, visión doble monocular, necesidad de modificar las condiciones de iluminación ambiental y cambios refractivos como la miopización (Liu et al., 2017). Estos síntomas se deben principalmente a la modificación del índice de refracción del cristalino cataratoso, lo cual provoca

fenómenos de difusión y dispersión de la luz. La magnitud de la pérdida visual está determinada por el grado de densidad de la catarata, así como por la localización de la opacidad; cuanto más posterior y central sea su ubicación, mayor será el impacto sobre la capacidad visual (Cabezas, 2023).

Existen numerosas formas de clasificar las cataratas según su:

- Forma clínica: congénita o adquirida.
- Etiología: senil, traumática, metabólica, toxica, etc.
- Estado evolutivo: madura, hipermadura o morganiana.
- Localización: nuclear, cortical, subcapsular anterior, subcapsular posterior, polar anterior y polar posterior.

Para realizar una descripción de estas, la opción más habitual en la práctica clínica se basa de acuerdo con su localización:

- La catarata nuclear suele manifestarse en edades avanzadas como resultado del endurecimiento progresivo del núcleo del cristalino, lo que genera una coloración amarillenta característica. Generalmente se presenta de forma bilateral y evoluciona lentamente (Liu et al., 2017). Este tipo de catarata provoca una miopización en los pacientes, atribuida al cambio en el índice de refracción del cristalino, en estadios más avanzados, la densidad de la opacidad interfiere significativamente con el paso de la luz hacia la retina, lo que repercute en una marcada disminución de la agudeza visual
- La catarata cortical tiene como causa principal las alteraciones en la hidratación y en la composición iónica de las fibras que conforman la corteza del cristalino. Puede

localizarse tanto en la región central como en la periférica. Al igual que la catarata nuclear, suele ser bilateral y de evolución lenta. Entre sus manifestaciones clínicas se encuentran los deslumbramientos y, en algunos casos, la diplopía monocular (Liu et al., 2017).

- La catarata subcapsular posterior aparece con mayor frecuencia en pacientes jóvenes y se origina por la migración de células epiteliales del cristalino hacia la cápsula posterior, esta condición puede estar asociada a tratamientos prolongados con corticoides, procesos inflamatorios crónicos o traumatismos oculares. Sus síntomas incluyen deslumbramiento y disminución de la agudeza visual central (Mayo Clinic Staff, 2023).

Cirugía de catarata

El tratamiento de la catarata es de carácter quirúrgico. La técnica empleada actualmente se denomina facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO). Esta técnica fue desarrollada en 1967, cuando Charles Kelman diseñó en Nueva York un dispositivo capaz de fragmentar el núcleo del cristalino mediante ultrasonidos, a través de una incisión más pequeña que las utilizadas en procedimientos previos. Este avance marcó un punto de inflexión en la cirugía oftalmológica moderna, al permitir una intervención menos invasiva y con mejores resultados visuales (Shen et al., 2023). Desde entonces, se han producido múltiples mejoras que han perfeccionado la técnica actual, reduciendo las complicaciones asociadas a los primeros procedimientos. La intervención consiste en fragmentar el cristalino mediante ultrasonidos para su posterior aspiración.

En primer lugar, mediante una incisión pequeña se realiza la capsulorrexia, que

consiste en una abertura circular en la cápsula anterior del cristalino. Posteriormente, se destruye el cristalino cataratoso mediante ultrasonidos y se aspira su contenido, dejando intacto el saco capsular, por último, se implanta una LIO en dicho saco, introducida de forma plegada a través de un inyector por la incisión principal (Shen et al., 2023). Esta técnica quirúrgica se lleva a cabo mediante una incisión de entre 2,2 y 2,7 mm, lo que facilita el proceso de cicatrización, reduce el riesgo de infecciones y permite una rehabilitación visual rápida. Además, genera un impacto mínimo sobre el astigmatismo corneal. En la actualidad, esta cirugía se realiza con anestesia local en la mayoría de los casos, lo que contribuye a su seguridad y eficacia (Yaici, et al, 2024).

Existen diferentes técnicas de facoemulsificación, la elección de una u otra dependerá del tipo de catarata y del cirujano, los principales beneficios de esta cirugía son mejorar la claridad, la agudeza visual, la visión del color, la sensibilidad al contraste y, por otro lado, reducir el deslumbramiento, la dependencia de gafas y por lo tanto mejorar la calidad de vida. Además, se ha demostrado que, la cirugía de cataratas reduce los accidentes de tráfico en mayores de 65 años (Medline Plus, 2023).

Tratamiento postoperatorio

La cirugía de cataratas constituye un procedimiento frecuente y eficaz que permite restaurar la visión en pacientes con opacidad del cristalino. El manejo adecuado durante los períodos preoperatorio y postoperatorio resulta esencial para garantizar una recuperación satisfactoria y reducir el riesgo de complicaciones.

Antes de la cirugía: el oftalmólogo realiza la medición de los parámetros biométricos del

ojo con el fin de determinar la potencia adecuada de la lente intraocular (LIO). Asimismo, se indaga sobre el consumo de medicamentos, ya que en algunos casos puede ser necesario suspender ciertos fármacos antes de la intervención.

Es habitual que el especialista indique el uso de gotas oftálmicas en el período preoperatorio. Estos medicamentos tienen como objetivo prevenir infecciones y disminuir la inflamación durante y después del procedimiento quirúrgico (MedlinePlus, 2023).

Después de la cirugía es importante que se sigan las siguientes indicaciones:

- Antes de regresar a casa, es posible que reciba la siguiente información:
- Recomendación de gotas para los ojos para prevenir infecciones, tratar la inflamación y ayudar a la curación.
- A veces, el médico le administrará una inyección al final del procedimiento, por lo que no necesitará gotas para los ojos.
- Necesitará que alguien lo lleve a casa después de la cirugía.
- Por lo general, tendrá una cita de seguimiento con su médico al día siguiente.
- Si tiene puntos de sutura, deberá programar una cita para que se los quiten.

Consejos para la recuperación después de la cirugía de cataratas:

- Después de quitarse la máscara para los ojos, use gafas de sol cuando salga. Lavarse bien las manos antes y después de usar gotas para los ojos y de tocarse los ojos.

- Intentar evitar que le entre agua o jabón en los ojos al bañarse o ducharse durante los primeros días.

- No se frote ni aplique presión sobre los ojos.

- Durante la recuperación, lo mejor es realizar una actividad ligera.

- Consultar al médico antes de realizar cualquier actividad extenuante, actividad de recuperación o conducir (Medline Plus, 2023).

Complicaciones después de cirugía de catarata

Ninguna intervención quirúrgica está exenta de riesgos. En el caso de la cirugía de lentes intraoculares, los problemas o efectos secundarios son mínimos, infrecuentes y generalmente de escasa gravedad. Este hecho se debe a los avances en el desarrollo de materiales utilizados en la fabricación de lentes, que son cada vez más suaves y están hechos de componentes biocompatibles con el ojo humano, lo que minimiza el riesgo de rechazo y molestias.

Sin embargo, la introducción de una lente intraocular en el ojo es, en esencia, un procedimiento quirúrgico que conlleva un riesgo, aunque sea bajo, de complicaciones y contraindicaciones.

A continuación, se describen los tipos de problemas que pueden surgir tras la implantación de una lente intraocular:

- Infecciones: Todas las intervenciones quirúrgicas conllevan un riesgo de infección. Sin embargo, el riesgo de infección en las cirugías de lentes intraoculares es extremadamente bajo, dado

que se realizan en condiciones estrictamente controladas y limpias (Martínez, 2025).

- **Desplazamiento de la lente intraocular:** En la mayoría de los pacientes, las lentes se fijan de manera estable en el saco capsular durante toda su vida. No obstante, en algunos casos, puede ocurrir un desplazamiento o dislocación de la lente dentro del ojo.

- **Inflamación:** Algunos pacientes pueden experimentar inflamaciones postoperatorias. En tales casos, es necesario evaluar la intervención para prevenir complicaciones o recurrencias de este tipo de inflamaciones.

- **Edema macular quístico:** En algunos casos se produce un edema en la zona macular, que produce reducción de la visión o visión deformada. Por ello, se recomienda tratamiento con AINES durante las primeras semanas tras la intervención.

- **Desprendimiento de retina:** El desprendimiento de retina ocurre cuando esta lámina sensible a la luz se separa de la pared ocular. Existe un riesgo ligeramente mayor de desprendimiento de retina tras la cirugía de implante de lentes intraoculares.

- **Opacificación de la cápsula posterior del cristalino:** Es común que, tras años de la cirugía de cataratas con implantación de lentes intraoculares, algunos pacientes reportan una sensación similar a la de mirar a través de un cristal sucio. Esto se debe a la opacificación de la cápsula posterior, un fenómeno conocido coloquialmente como "lente sucia". Este problema es causado por el crecimiento de células epiteliales que persisten tras la cirugía. Afortunadamente, se puede tratar de manera rápida y efectiva mediante un procedimiento láser YAG.

- **Rotación de la lente intraocular:** Las lentes tóricas, diseñadas para corregir el astigmatismo, deben ser posicionadas en un eje específico. Durante el proceso de cicatrización, estas lentes pueden rotar y moverse. Se recomienda evitar esfuerzos físicos y movimientos bruscos hasta que la lente cicatrice adecuadamente. Si la lente se desplaza, puede ser recolocada mediante una intervención quirúrgica rápida (Martínez, 2025).

- **Luxación a cavidad vítrea:** La luxación de la lente intraocular es una complicación poco frecuente que puede ocurrir tras la cirugía de cataratas, donde la lente se desplaza hacia la cavidad vítrea del ojo, ocasionando pérdida visual indolora. Esto es más probable en personas con alta miopía, síndrome de pseudoexfoliación, traumatismos o antecedentes de cirugías oculares. El tratamiento habitual implica una vitrectomía, extracción de la lente y la implantación de una nueva en el segmento anterior (Martínez, 2025).

Los pacientes que han sido sometidos a una cirugía de implantación de lente intraocular y que presenten alguno de los síntomas o problemas mencionados, se recomienda contactar a su médico para una evaluación adecuada (Martínez, 2025).

Lente intraocular

Un LIO es un dispositivo óptico artificial que se implanta en el ojo durante la cirugía de cataratas para sustituir el lente natural que se ha vuelto opaco. Al igual que el lente natural del ojo, el LIO enfoca la luz que entra al ojo a través de la córnea y la pupila, dirigiéndose hacia la retina. La retina es un tejido sensible ubicado en la parte posterior del ojo que envía imágenes al cerebro a través del nervio óptico. La mayoría de los LIOs están

fabricados con materiales flexibles y plegables, y su tamaño es aproximadamente un tercio del diámetro de una moneda de diez centavos (Dunnington, 2024). Para garantizar la mejor visión posible, cada LIO se adapta a la prescripción visual del paciente, similar a los anteojos recetados.

Los LIO pueden ser de dos tipos principalmente: monofocales, multifocales (bifocales y trifocales) y tóricas.

1 Lentes monofocales: Estos concentran el 100% de la luz en un solo punto focal, que generalmente está diseñado para la visión de lejos. Estos lentes ofrecen una excelente sensibilidad al contraste en diversas condiciones de iluminación, lo que los hace ideales para pacientes con patologías que afectan esta sensibilidad, como el glaucoma y ciertas maculopatías, los LIOs monofocales suelen ser más económicos en comparación con otras tecnologías (Dunnington, 2024).

2 Lentes bifocales: Estos poseen dos zonas ópticas: una para la visión de lejos y otra para la visión de cerca. Esta característica permite a los usuarios tener una buena visión tanto a distancias lejanas como cercanas, mejorando así su calidad de vida (Dunnington, 2024).

3 Lentes multifocales: Se presentan diseños variados que pueden ser refractivos y/o difractivos. Están diseñados para reducir la dependencia de los anteojos, mejorando la visión a diferentes distancias: lejos, intermedia y cerca. A diferencia de un lente monofocal, que concentra toda la luz en un solo punto, los lentes multifocales distribuyen la luz en tres focos. Sin embargo, esta distribución puede disminuir la sensibilidad al contraste, especialmente en

entornos con baja iluminación (Dunnington, 2024).

4 Lentes Tóricas: En versiones monofocales como multifocales, existen lentes tóricas que también corrigen el astigmatismo, una condición en la que la córnea tiene una forma ovalada en lugar de redonda y lisa. Estos lentes están diseñados para abordar problemas refractivos adicionales que pueden afectar la visión del paciente (Dunnington, 2024).

Ventajas y desventajas del implante de la lente monofocal

Durante un largo período, las lentes intraoculares monofocales han representado la opción predominante en las intervenciones quirúrgicas de cataratas. En tiempos recientes, se ha incrementado progresivamente la utilización de lentes multifocales como alternativa implantológica.

Ventajas de las lentes monofocales

- Excelente visión a distancia: proporciona una visión clara en un punto focal, generalmente configurado para la visión a distancia.
- Resultados predecibles: ofrece resultados consistentes y confiables.
- Rentabilidad: Suelen estar cubiertos por seguros y son la opción más asequible.
- Reducción de deslumbramiento y halos: los pacientes experimentan menos alteraciones visuales que con otros tipos de lentes.
- Adecuado para la mayoría de los pacientes: esta es una buena opción para una amplia gama de personas, incluidas aquellas

con ciertas afecciones oculares (Dunnington, 2024).

Desventajas de las lentes monofocales

- Rango visual limitado: los pacientes pueden necesitar anteojos para realizar tareas con visión de cerca e intermedia.

Ventajas de las lentes trifocales

- Visión multifocal: proporciona una visión clara a distancias cercanas, medias y largas.
- Mejor calidad de vida: Muchos pacientes ya no necesitan usar gafas en sus actividades diarias, disfrutando así de una mayor libertad.
- Opciones personalizables: Se pueden personalizar diferentes diseños según las necesidades visuales y el estilo de vida personal.
- Resultados duraderos: proporciona una solución de corrección de la visión permanente.

Desventajas de las lentes trifocales

- Alteraciones visuales: los pacientes pueden experimentar deslumbramiento, halos o disminución de la sensibilidad al contraste, especialmente en condiciones de poca luz, pero se adaptarán con el tiempo.
- Periodo de adaptación: Puede llevar tiempo para que el cerebro se adapte al nuevo sistema visual.
- Costo: Generalmente son más costosos que los lentes monofocales y es posible que el seguro no los cubra.

- No para todos: los pacientes con ciertas afecciones oculares pueden no ser candidatos ideales.

Selección de la lente idónea para cada paciente

Para comprender mejor el rendimiento visual de diferentes LIO, considere lo siguiente:

- Lentes monofocales: proporcionan una buena visión únicamente a distancia.
- Lentes trifocales: proporcionan el campo de visión más completo, cubriendo eficazmente la distancia, la distancia intermedia y la distancia cercana.
- Vale la pena señalar que todas las lentes provocarán fenómenos de visión nocturna como deslumbramiento, halo y destello (Dunnington, 2024).

La elección de la lente intraocular ideal es una decisión personal que debe tomarse en consulta con su médico oftalmólogo. Al recomendar una LIO se deben tener en cuenta varios factores:

- Tu estilo de vida: considera tus actividades diarias, pasatiempos y necesidades visuales.
- Ocupación: Los requisitos de tu trabajo pueden influir en la elección de las mejores lentes.
- Salud ocular general: Ciertas afecciones oculares pueden limitar sus opciones.
- Presupuesto: considere las implicaciones de costo de las lentes avanzadas.
- Expectativas: Sea realista sobre los resultados y la posibilidad de necesitar gafas en algunos casos (Dunnington, 2024).

Seguimiento postoperatorio

Después de la cirugía de cataratas, es común experimentar ciertos cambios temporales en la apariencia de los ojos. Estos incluyen:

- **Ligero enrojecimiento:** La esclerótica (parte blanca del ojo) puede aparecer roja o inyectada en sangre debido a la irritación de la cirugía. Este enrojecimiento suele desaparecer en unos días o hasta una semana, y el uso de gotas oftálmicas puede ayudar a reducir la inflamación.
- **Hinchazón leve:** Puede presentarse hinchazón en la zona de los ojos y los párpados como parte del proceso normal de recuperación. Generalmente, esta hinchazón se resuelve en 24 a 48 horas, aunque algunos pacientes pueden experimentarla por una semana. Aplicar compresas frías puede ser útil, y se debe contactar al cirujano si la hinchazón persiste o empeora.
- **Cubierta protectora:** Se proporcionarán gafas protectoras para evitar el contacto accidental con los ojos, especialmente durante la noche. Aunque estas gafas pueden alterar temporalmente la apariencia del ojo, son esenciales para protegerlo mientras sana. Algunas personas pueden necesitar usarlas por hasta una semana.
- **48 horas después de la cirugía:** El enrojecimiento comenzará a desaparecer, aunque podría quedar una ligera mancha de sangre. La hinchazón disminuirá significativamente. La visión comenzará a aclararse, pero puede permanecer borrosa o fluctuante. Es normal que las pupilas se dilaten más de lo habitual y algunos pacientes pueden experimentar una sensación arenosa en los ojos.

- **Una semana después de la cirugía:** El enrojecimiento restante se reducirá considerablemente, pudiendo quedar un ligero tinte rosado. La visión seguirá mejorando y estabilizándose, aunque puede no alcanzar la claridad total. Se recomienda el uso de gafas de sol debido a una mayor sensibilidad a la luz. La mayoría de los pacientes podrán reanudar actividades diarias como mirar televisión y usar la computadora.

- **Durante las 2 y 4 semanas después de la cirugía:** La apariencia del ojo suele ser completamente normal para los demás. Aunque la visión mejora, algunas personas pueden necesitar más tiempo para alcanzar resultados óptimos. Cualquier cambio en la apariencia será sutil y posiblemente sólo notado por el paciente. Las actividades normales, incluido el ejercicio, podrán reanudarse, y una cita de seguimiento confirmará que el ojo ha vuelto a la normalidad (Dunnington, 2024).

Cambios a largo plazo en la apariencia de los ojos tras la cirugía de cataratas

- **Pupilas más claras:** Con la eliminación de la opacidad causada por la catarata, el cristalino se vuelve transparente, haciendo que las pupilas se vean más oscuras y claras (Dunnington, 2024). Esto resulta en ojos que parecen más brillantes y alertas, un cambio que puede ser notado por amigos y familiares.

- **Color de ojos más brillante:** La cirugía no solo mejora la visión, sino que también realza la apariencia de los ojos, especialmente en personas con ojos claros. La eliminación de la coloración amarillenta del cristalino oscurecía el color natural del iris, resultando en una apariencia más juvenil y vibrante (Dunnington, 2024). Muchos

pacientes experimentan un aumento en su autoestima y confianza tras estas mejoras estéticas.

Influencia de la cirugía de la catarata en la calidad de vida

- La cirugía de cataratas es un procedimiento común y efectivo que tiene como objetivo restaurar la visión al eliminar el cristalino opaco y reemplazarlo por un lente intraocular.
- Muchos pacientes experimentan mejoras significativas en su calidad de vida después de la cirugía, incluyendo una agudeza visual mejorada, una percepción de color más vibrante y una mayor sensibilidad al contraste (Dunnington, 2024).

La agudeza visual

La agudeza visual se define como la capacidad del sistema óptico humano para distinguir dos estímulos cercanos entre sí, separados por un ángulo específico denominado α (Lorente et al., 2015). En términos matemáticos, este parámetro se expresa como el inverso del ángulo mínimo de resolución (MAR, por sus siglas en inglés), medido en minutos de arco: $AV = 1/\alpha$, aunque teóricamente puede superar el valor de 1, en la práctica clínica se considera que una agudeza visual normal corresponde a $AV = 1$, lo que implica un ángulo de resolución de 1 minuto de arco (Lorente et al., 2015).

El MAR representa el tamaño angular del detalle más pequeño que puede ser identificado por el observador en un optotipo, entendido como cada símbolo o figura impresa en las tablas de evaluación visual. Las escalas más utilizadas para su medición son la decimal, la Snellen y el log

MAR. Los optotipos diseñados por Snellen en 1862 se consolidaron como estándar clínico, aunque sus limitaciones llevaron a propuestas de mejora (Lorente et al., 2015). En 1976, Bailey y Lovie introdujeron principios de estandarización que optimizaron la precisión y reproducibilidad de las pruebas visuales (Radner, 2017).

Actualmente, los optotipos ajustados a estos criterios son considerados superiores y su uso está respaldado por organismos internacionales de oftalmología tienen la ventaja de que miden la agudeza visual con mayor precisión y fiabilidad y se han impuesto en el ámbito de la investigación, aunque en la práctica clínica habitual sigue siendo muy frecuente el uso de los optotipos de Snellen (García, et al. 2016).

Visión de color

La visión cromática ocurre cuando las distintas longitudes de onda de la luz son estimuladas sobre los conos. Las células fotosensibles, conocidas como conos, se ubican en la retina, en la capa conocida como fotorreceptores. Estas células se encargan de la percepción de colores.

Hay tres clases de conos:

- Categoría L: susceptibles a longitudes de onda larga (color rojo).
- Categoría M: susceptibles a longitudes de onda mediana (color verde).
- Categoría S: susceptibles a longitudes de onda corta (color azul).

El sistema visual humano permite distinguir los colores mediante la combinación de tres componentes primarios: azul, rojo y verde. Esta capacidad de percepción cromática contribuye tanto al reconocimiento de

objetos como a la activación de respuestas emocionales. No obstante, los objetos no poseen color intrínseco; su función consiste en reflejar determinadas longitudes de onda de la luz, las cuales son interpretadas por el cerebro como colores específicos (Jürgens, 2019).

En el caso del ser humano, el espectro visible se extiende desde la luz violeta hasta la luz roja. Se estima que es posible identificar hasta diez millones de tonalidades distintas. Cuando un objeto es iluminado, absorbe parte de la luz incidente y refleja otra parte, que ingresa al ojo a través de la córnea, la estructura más externa del globo ocular.

La córnea canaliza la luz hacia la pupila, encargada de regular la cantidad de luz que alcanza el cristalino. Este último dirige la luz hacia la retina, una capa de células nerviosas ubicada en la parte posterior del ojo (Jürgens, 2019).

Las alteraciones en la percepción del color pueden presentarse cuando uno o varios tipos de conos no funcionan adecuadamente. Estas disfunciones pueden deberse a la ausencia de ciertos conos, a su mal funcionamiento o a una identificación cromática alterada. El tipo más común de deficiencia es el daltonismo, que afecta la diferenciación entre los colores rojo y verde. Aproximadamente un 12 % de las mujeres presentan cuatro tipos de conos en lugar de tres, lo que les permite percibir una gama cromática hasta cien veces más amplia que quienes poseen únicamente tres tipos de conos (Jürgens, 2019).

Sensibilidad al contraste

La sensibilidad al contraste (SC) corresponde a la capacidad del sistema visual humano para distinguir un objeto respecto al fondo sobre el cual se encuentra. Este

parámetro permite evaluar la calidad visual, mientras que la agudeza visual se relaciona con la cantidad de visión disponible (Clínica Baviera, 2024).

Es posible que una persona presente una agudeza visual óptima, pero una sensibilidad al contraste deficiente, por ello, para obtener una valoración completa del estado visual, resulta necesario medir ambos indicadores. La evaluación de la SC aporta información adicional sobre pérdidas visuales vinculadas a ciertas patologías oculares que afectan la función visual y que podrían no ser detectadas mediante pruebas convencionales de agudeza visual (Clínica Baviera, 2024).

En el ser humano, el desarrollo de la sensibilidad al contraste ocurre con rapidez: durante los primeros tres meses de vida ya se identifican la mayoría de las frecuencias espaciales, y hacia los seis meses se alcanza un nivel de sensibilidad comparable al de un adulto.

Dado su impacto directo en la calidad visual, la valoración del estado visual de una persona no debe limitarse a verificar si posee una agudeza visual estándar (por ejemplo, 20/20), sino que debe incluir el análisis de otros factores como la sensibilidad al contraste (Clínica Baviera, 2024).

Prescripción óptica en el postoperatorio de la cirugía de la catarata

Después de la cirugía de cataratas, medimos la refracción una semana y un mes después. Después de un mes, si no hay complicaciones, el paciente puede recibir el alta hospitalaria, en este momento, las tasas de graduación deberían permanecer estables. Si el paciente lo desea puede encargar sus propias gafas en su óptica.

Tipos de lentes oftálmicos

Las lentes monofocales son la opción más sencilla y económica. Las LIO monofocales estándar proporcionan una visión óptima sin gafas en una sola zona de su elección. Si elige visión a distancia, aún necesitará anteojos para visión de cerca después de la cirugía.

Lentes de lectura

Las gafas de lectura de montura completa son adecuadas para personas que pasan mucho tiempo concentradas y mirando determinados materiales a corta distancia. Estas gafas ofrecen un campo de visión más amplio para leer, pero si intentas mirar hacia arriba o al otro lado de la habitación, todo estará borroso. Cualquiera puede encargar sus gafas de lectura a medida en una óptica (Thompson, 2021).

Lentes progresivas o bifocales

Tras la cirugía de cataratas, es poco frecuente que se presenten errores refractivos leves, aunque estos síntomas suelen ser insuficientes para justificar una intervención quirúrgica adicional, pueden generar cierta borrosidad visual, especialmente durante actividades como la conducción nocturna.

En estos casos, resulta recomendable adquirir un par de anteojos para utilizar cuando sea necesario, para lograr una visión óptima en todas las distancias, las lentes progresivas representan una solución eficaz. A diferencia de los lentes bifocales, que ofrecen únicamente dos o tres potencias de corrección, las lentes multifocales proporcionan una progresión continua de potencias que permiten una adaptación visual integral en distintas distancias (Thompson, 2021).

Lentes fotocromáticos

Cuando existe sensibilidad a la luz, una opción recomendable son los lentes fotocromáticos, que se adaptan automáticamente a las condiciones lumínicas al oscurecerse en presencia de luz solar intensa y aclararse en ambientes interiores. Esta tecnología permite mejorar el confort visual y reducir el deslumbramiento en actividades cotidianas, como la conducción o la exposición prolongada al aire libre. Además, estos lentes están disponibles en distintos materiales y diseños, incluyendo versiones progresivas que ofrecen corrección visual continua en múltiples distancias, lo que los convierte en una solución integral para quienes requieren adaptación visual dinámica sin necesidad de cambiar de anteojos.

Lentes con antirreflejo

No importa qué gafas elijas, las lentes con revestimiento antirreflejo eliminarán los molestos reflejos, proporcionándote máxima comodidad y claridad. Las lentes antirreflejos (también conocidas como “recubrimientos AR”) pueden mejorar la visión, reducir la fatiga visual y hacer que sus anteojos sean más atractivos (Thompson, 2021).

Necesidad del Estudio

En el ejercicio profesional diario se ha detectado una falta de información significativa entre los pacientes con cataratas, los cuales deben someterse a cirugía, lo que genera niveles altos de ansiedad y una discrepancia entre los resultados obtenidos y las expectativas previas. Por esta razón, se considera pertinente la realización del presente trabajo

de investigación, en el cual se desarrollará información detallada sobre el proceso quirúrgico, incluyendo el diseño de un folleto informativo destinado a los pacientes.

MÉTODO

Objeto del estudio

La información que reciben los pacientes de bajos recursos socioeconómicos de la isla de Curazao acerca del procedimiento de cirugía de catarata, incluyendo el preoperatorio, el postoperatorio y las posibilidades de corrección óptica, por medio del uso de gafas y tipos de lentes intraoculares.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio los pacientes diagnosticados con catarata que fueron intervenidos quirúrgicamente en la isla de Curazao durante el período de marzo de 2025, en este caso se consideraron tanto hombres como mujeres, principalmente adultos mayores, que recibieron implante de lente intraocular monofocal y que acudieron a los controles visuales posteriores.

Asimismo, se incluyeron aquellos que eligieron algún tipo de ayuda óptica (anteojos para lectura o multifocales) tras la cirugía y aceptaron participar en el registro de datos.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes sin diagnóstico confirmado de catarata, quienes no fueron operados en el período de estudio o no residían en Curazao. También quedaron fuera los pacientes sometidos a otro tipo de cirugía ocular distinta a la de catarata, aquellos con patologías oculares graves adicionales que pudieran alterar los

resultados visuales (como glaucoma avanzado o degeneración macular severa), y quienes no aceptaron participar en el registro de datos ni en la encuesta sobre ayudas ópticas postoperatorias.

Procedimiento

En una primera fase se aplicó una encuesta a los pacientes intervenidos, recogiendo datos sociodemográficos (edad, sexo), clínicos (ojo operado, si ambos ojos estaban intervenidos) y funcionales (agudeza visual en segundo y tercer control, sin y con corrección). Posteriormente, se les proporcionó información estandarizada acerca del procedimiento quirúrgico, el postoperatorio y las opciones de corrección óptica disponibles, con el fin de reducir la ansiedad y facilitar decisiones informadas. Finalmente, se registró la ayuda óptica elegida por cada paciente y se sistematizó la información en una base de datos para su análisis descriptivo.

El instrumento principal fue la encuesta diseñada para recoger datos clínicos y sociodemográficos, complementada con el registro de agudeza visual en los controles postoperatorios y la elección de ayuda óptica, para luego diseñar folletos informativos para los pacientes que fueron operados.

RESULTADOS

Resultados de la encuesta acerca de la prescripción en gafa tras la intervención

Se ha realizado un estudio acerca del porcentaje de pacientes que utilizan lentes de cerca o de lejos y cerca tras la intervención. Igualmente, se preguntó el tipo de corrección óptica postoperatoria a un grupo de 59

pacientes intervenidos de catarata en este hospital, 41 de ellos mujeres. El resultado fue que el 66% de los pacientes usaron únicamente gafas de lectura monofocales, mientras que el 34% restante usó gafas bifocales.

DISCUSIÓN

La hipótesis inicial planteaba que los pacientes de bajos recursos socioeconómicos de Curazao carecen de información suficiente acerca del procedimiento de cirugía de catarata y de las posibilidades de corrección óptica posteriores, los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a 59 pacientes intervenidos confirman esta premisa de manera parcial, al mostrar que la mayoría (66%) optó por gafas de lectura monofocales, mientras que un tercio (34%) eligió gafas bifocales. Esta tendencia refleja una preferencia hacia soluciones más simples y accesibles, lo cual puede estar vinculado tanto a las limitaciones económicas como a la falta de información detallada sobre alternativas ópticas más complejas.

En relación con la literatura existente, se establece que la elección de ayudas ópticas tras la cirugía de catarata depende no solo de la condición clínica, sino también del nivel de información proporcionado al paciente y de su contexto socioeconómico. Los hallazgos de este trabajo se alinean con dichas investigaciones, reforzando la necesidad de estrategias de comunicación claras y accesibles en el ámbito de la optometría clínica.

Además, la elaboración de materiales educativos, como los folletos diseñados en este estudio, constituye un aporte significativo para reducir la ansiedad, alinear

expectativas y favorecer decisiones informadas.

No obstante, se reconocen limitaciones como el tamaño de la muestra y la ausencia de un análisis estadístico más profundo, lo cual restringe la generalización de los resultados, en futuras investigaciones podrían ampliar la muestra y explorar comparaciones entre distintos grupos socioeconómicos o entre diferentes tipos de lentes intraoculares. En conclusión, la discusión confirma la pertinencia de la hipótesis inicial y subraya la importancia de integrar la educación al paciente como parte esencial del proceso de cirugía de catarata, contribuyendo al discurso académico y a la atención equitativa en comunidades vulnerables.

CONCLUSIÓN

La catarata es una afección ocular asociada principalmente al envejecimiento, que compromete progresivamente la agudeza y la calidad visual, y cuyo abordaje requiere intervención quirúrgica. El procedimiento consiste en la extracción del cristalino opacificado y su reemplazo por una lente intraocular (LIO), la cual puede ser monofocal o multifocal, según las necesidades visuales del paciente.

Posterior a la cirugía, el paciente debe seguir un tratamiento médico indicado por el oftalmólogo, habitualmente en forma de colirios con fines antiinflamatorios y profilácticos. Aproximadamente un mes después de la intervención, el optometrista podrá prescribir una corrección óptica complementaria, en función del tipo de LIO implantado y de la refracción residual.

En casos de LIO monofocal, es frecuente la necesidad de gafas para lectura, y en algunas

situaciones también para visión lejana o combinada, como ocurre con las lentes bifocales o progresivas. Por su parte, las LIO multifocales de última generación permiten prescindir del uso de gafas en todas las distancias, ofreciendo una solución visual integral.

REFERENCIAS

- Cabezas, M. (2023). Cirugía de cataratas hoy: una actualización. *Revista Médica Clínica las Condes*, 34(5). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.09.003>
- Clínica Baviera. (2024). *Por qué es importante para la calidad visual tener una buena sensibilidad al contraste*. <https://www.clinicabaviera.com/blog/mundo-bavierapor-que-es-importante-para-la-calidad-visual-tener-una-buena-sensibilidad-al-contraste/>
- Dunnington, C. (2024). *¿Los ojos se ven diferentes después de la cirugía de cataratas?* *Blue Fin Vision*. <https://es.bluefinvision.com/blog/do-eyes-look-different-after-cataract-surgery/>
- Dunnington, C. (2024). *Monofocal, trifocal y EDOF: comprenda sus opciones de lentes intraoculares*. *Blue Fin Vision*. <https://es.bluefinvision.com/blog/monofocal-trifocal-and-edof-intraocular-lenses-understanding-your-options/>
- García, J., Sánchez, F. J., Colomer, J., Cortés, O., Esparza, J., Galbe, J., Mengual, J., Merino, M., Pallás, C. R., y Martínez, A. (2016). Valoración de la agudeza visual. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 18(71), 267–274. <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366649606019.pdf>
- Hernández, H., Hernández, J. R., y Ramos, M. (2020). Desarrollo de los lentes intraoculares para la cirugía de catarata por facoemulsificación. *Revista Cubana de Oftalmología*, 33(3). https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/884/pdf_74
- Jürgens, D. I. (2019). *¿Cómo ve los colores el ojo humano?* *Instituto Catalán de Retina*. <https://icrcat.com/vision-en-color-ojo-humano/>
- Jime87. (27 de octubre del 2011). *Sección esquemática del ojo humano* [imagen]. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ojo_2.gif
- Liu, Y. C., Wilkins, M., Kim, T., Malyugin, B., y Mehta, J. S. (2017). Cataracts. *The Lancet*, 390(10094), 600–612. 10.1016/S0140-6736(17)30544-5
- Lorente, R., de Rojas, V., Lorente, B., de Domingo, B., Carmona, D., y Govetto, A. (2015). *Evaluando la cantidad visual*. En *Óptica para el Cirujano Facio-Refractivo (Cap. 8)*. *SECOIR*. https://secoir.org/wp-content/uploads/2022/09/2015-Cap_08_Evaluando_la_cantidad_visual.pdf
- Martínez, C. (2025). *Qué son las lentes intraoculares y por qué se utilizan*. <https://www.martinezdecarneros.co>
- Jadeline A. V. E. Meulens (2025). Desarrollo de un modelo de información a la comunidad de Curaçao acerca del pre y postoperatorio en la cirugía de la catarata. SAERA - School of Advanced Education, Research and Accreditation.

- m/que-problemas-pueden-causar-lentes-intraoculares/
- Mayo Clinic Staff. (2023). *Cataratas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cataracts/symptoms-causes/syc-20353790>
- MedlinePlus. (2023). *Miopía*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002957.htm>
- Oftalmología Online. (s.f.). *Cristalino: Anatomía del globo ocular*. <https://www.ofthalmologia-online.es/anatom%C3%ADa-del-globo-ocular/cristalino/>
- Óptica Meditegic. (2024). *Tipos de lentes* [Imagen]. <https://optica.meditegic.com/graduacion/tipos-de-lentes/>
- Radner, W. (2017). Reading charts in ophthalmology. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 255(8), 1465–1482. <https://doi.org/10.1007/s00417-017-3659-0>
- Shen, J., Ma, D., Cai, L., Zhang, L., Guo, H., y Yang, J. (2023). Comparación de los resultados visuales en pacientes adultos con diferentes tipos de cataratas del desarrollo después de la implantación de lentes intraoculares multifocales tóricas. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 261(12), 3521–3530. <https://doi.org/10.1007/s00417-023-06148-4>
- Thompson, V. (2021). *¿Necesitaré gafas después de la cirugía de cataratas?* *All About Vision*. [https://www.allaboutvision.com/es-](https://www.allaboutvision.com/es-es/cirugia-vista/gafas-despues-de-cirugia-de-cataratas/)
- es/cirugia-vista/gafas-despues-de-cirugia-de-cataratas/
- Vélez, J. (2023). *Anatomía del ojo*. Kenhub. <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/anatomia-del-ojo>
- Viñas-Peña, M. (2024). Óptica del ojo humano (2.^a edición). *Revista Optometría*, 17 (1). <https://www.journalofoptometry.org/en-pdf-S1888429623000523>
- Yaïci, R., Martínez-Costa Pérez, R., Lefebvre, F., Muñoz Negrete, F., Ní Dhubhghaill, S., Sanogo, M., Acimandos, W., Asoklis, R., Atilla, H., Creuzot-Garcher, C., Curtin, D., Cvenkel, B., Flanagan, L., Kivelä, T. T., Maino, A., Priglinger, S., Prior Filipe, H., Stopa, M., Fuerte, B., y Bourcier, T. (2024). Formación en cirugía de cataratas en España: análisis de resultados de una encuesta del European Board of Ophthalmology en una cohorte española. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 99 (9). <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2024.02.004>

APÉNDICE

Apéndice A. Encuesta aplicada a los pacientes

Encuesta sobre corrección óptica postoperatoria en pacientes intervenidos de catarata

Objetivo: Recopilar información sobre las características sociodemográficas de los pacientes intervenidos de catarata en este hospital, así como conocer el tipo de corrección óptica utilizada tras la cirugía y la percepción sobre la información recibida en el proceso pre y postoperatorio.

Instrucciones para el paciente Estimado/a paciente:

- Esta encuesta forma parte de un estudio académico sobre la cirugía de catarata y las opciones de corrección óptica posteriores.
- La participación es voluntaria y sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y exclusivamente con fines de investigación.
- Lea cada pregunta con atención y marque la opción que mejor refleje su situación o experiencia.
- En algunas preguntas se le pedirá que escriba una respuesta breve.
- No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es su experiencia personal.

1. Edad del paciente: _____

2. Sexo del paciente:

Masculino

Femenino

3. ¿Ha sido intervenido de cirugía de catarata en este hospital?

Sí

No

4. ¿En qué ojo se realizó la cirugía?

Ojo derecho

Ojo izquierdo

Ambos

5. ¿Qué tipo de lente intraocular le fue implantado?

Monofocal

Bifocal

Trifocal

Tórica

No lo sabe / No recuerda

6. Después de la cirugía, ¿utiliza algún tipo de corrección óptica (gafas)?

Sí

No

7. En caso afirmativo, ¿qué tipo de gafas utiliza principalmente?

Gafas de lectura monofocales

Gafas bifocales

Gafas progresivas

Otro (especificar): _____

8. ¿Considera que la información recibida antes de la cirugía fue suficiente para comprender el procedimiento y las opciones de corrección óptica posteriores?

Sí

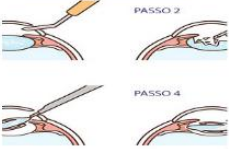
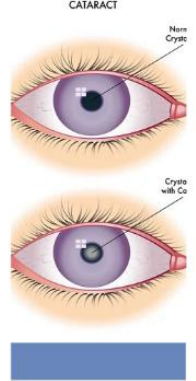
No

¿Le gustaría recibir material informativo (folletos, guías) sobre el proceso pre y postoperatorio de la cirugía de catarata?

Sí

No

Apéndice B. Folletos informativos entregados a los pacientes

<p>Consulte a su médico antes de realizar cualquier actividad extenuante, reanudar la actividad o conducir.</p> <p>Cualquier intervención quirúrgica tiene riesgos. En el caso de la cirugía de lentes intraoculares, los problemas o efectos secundarios son raros, poco comunes y generalmente no graves.</p> 	<p>Ayudas después de operar</p> <p>Las lentes monofocales son la opción más sencilla y económica. Las LIO monofocales estándar proporcionan una visión óptima sin gafas en una sola zona de su elección. Si elige visión a distancia, aún necesitará anteojos para visión de cerca después de la cirugía.</p> <p>Las gafas de lectura de montura completa son adecuadas para personas que pasan mucho tiempo concentradas y mirando determinados materiales a corta distancia. Estas gafas ofrecen un campo de visión más amplio para leer, pero si intentas mirar hacia arriba o al otro lado de la habitación, todo estará borroso. Generalmente es una buena idea comprar un par de anteojos para usar si es necesario después de la cirugía de cataratas. Para una visión óptima a todas las distancias, las lentes progresivas suelen ser la mejor solución.</p>	<p>Instrucciones antes de la cirugía de catarata</p> 
---	--	---

<p>Que es catarata?</p> <p>La catarata es una opacidad en el cristalino del ojo, la cual causa disminución lenta y progresiva de la visión. A medida que el ser humano va envejeciendo, el cristalino se vuelve gradualmente más duro y opaco, dispersa los rayos de luz y permite que ingrese menos luz al interior del ojo, lo que dificulta paulatinamente la visión. Estas se corrigen quirúrgicamente sustituyendo el cristalino opaco por una lente intraocular (LIO). La técnica quirúrgica que se utiliza en la actualidad es denominada facoemulsificación con implante de LIO.</p>	<p>Tratamiento de Catarata</p> <p>Estas se corrigen quirúrgicamente sustituyendo el cristalino opaco por una lente intraocular (LIO). La técnica quirúrgica que se utiliza en la actualidad es denominada facoemulsificación con implante de LIO. En primer lugar, mediante una incisión pequeña se realiza la capsulorhexis que consiste en una abertura circular en la cápsula anterior del cristalino, posteriormente se destruye el cristalino cataratoso mediante ultrasonidos y se aspira el contenido dejando intacto el saco capsular. Finalmente, se implanta una LIO en el saco capsular. La LIO se introduce plegada a través de un inyector por la incisión principal.</p>	<p>Cuidados después de la cirugía</p> <p>Necesitará que alguien lo lleve a casa después de la cirugía.</p> <p>Por lo general, tendrá una cita de seguimiento con su médico al día siguiente.</p> <p>Si le pusieron puntos, necesitará una cita para que se los quiten. Consejos para la recuperación de la cirugía de cataratas: Después de quitarse el parche del ojo, use gafas de sol cuando salga. Lávese bien las manos antes y después de usar gotas para los ojos y de tocarse los ojos. Intente evitar que le entre agua o jabón en los ojos al bañarse o ducharse durante los primeros días. No se frote ni ejerza presión sobre los ojos. Durante el periodo de recuperación, lo mejor es realizar una actividad ligera.</p>
--	---	---