



ANESTESIA EN CIRUGÍA DE CATARATAS

VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”

Autores: Pizarro Aguililla. S , Pérez Blanco.N, Garzón Cazorla.C.
Área quirúrgica. IDIBELL-Hospital de Viladecans. Universitat de Barcelona. Viladecans. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El progreso de la cirugía oftalmológica permite hoy día que la cirugía de cataratas, se pueda realizar con anestesia tópica y en régimen de cirugía sin ingreso.

MATERIAL I MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, con una muestra de 150 pacientes intervenidos de cirugía de cataratas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria de Septiembre del 2014 a Febrero del 2015. Se valoran los diferentes tipos de anestesia en cada intervención de cataratas, según el paciente y la necesidad de utilizar sedación.

ANESTESIA TÓPICA EN GOTAS: (Lidocaína 2% y colirio anestésico doble).

Se administran cada cinco minutos, desde veinte minutos antes de iniciar la cirugía. Se refuerza la anestesia mediante lidocaína 1% intracamerar.

ACINESIA ORBICULAR (Técnica Van Lindt)

Bloqueo de las ramas terminales del nervio temporal y cigomático. Estos son ramas del nervio facial e inervan la piel de la frente, los músculos de la ceja y el músculo orbicular de los párpados. Los anestésicos utilizados son 5cc de lidocaína al 2% + 5cc de bupivacaína al 0,75% sin vasoconstrictor.

BLOQUEO REGIONAL RETROBULBAR: (5cc Lidocaína 2% y 5cc bupivacaína 0,75 s/v)

Administración de anestésico local dentro del cono muscular. Este es el espacio detrás del ojo formado por los músculos extraoculares que contienen los nervios principales del ojo y sus anexos. Se utiliza una única inyección en la zona temporal inferior.

BLOQUEO REGIONAL PERIBULBAR: (2,5cc Lidocaína 2% y 2,5cc bupivacaína 0,75 s/v)

Administración de anestésico local fuera del cono muscular. Son dos los puntos habituales de acceso en la zona peribulbar: el infratemporal y el supermedial, lo cual permite una mejor distribución de la solución anestésica.

SEDACIÓN

En determinados pacientes es necesario suplementar la anestesia con sedación para reducir el nivel de ansiedad del paciente y permitir su colaboración con el equipo.

Los agentes sedantes son varios: fentanilo, propofol, midazolam y remifentanilo en bomba de infusión.



Acinesia Orbicular



Bloqueo Retrobulbar

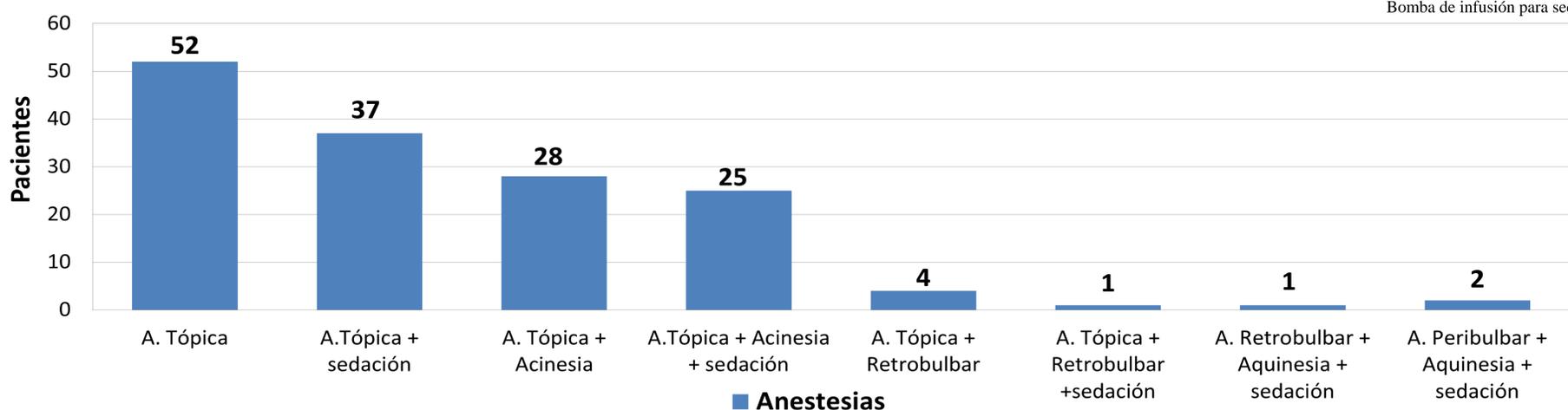


Bloqueo Peribulbar



Bomba de infusión para sedación

RESULTADOS



CONCLUSIONES

En todos los casos, la anestesia tópica y regional ocular ha permitido realizar la intervención sin anestesia general. No se han presentado complicaciones que obliguen al ingreso del paciente.

La cirugía sin ingreso supone un ahorro de costes sin perjuicio de la calidad asistencial.

La coordinación de todo el equipo facilita este proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2003; 50: 284-294
2. Tratado de anestesia y reanimación. LM Torres. Cap. 44. Bloqueos anestésicos regionales. Editorial Arán Ediciones. 1ª Edición 2001. ISBN: 9788486725815
3. <http://www.scartd.org/arxiu/oftalmo02.pdf> Acceso el 23 de marzo del 2015.
4. Serrano Aguilar, P. Seguridad, efectividad y coste- efectividad de la cirugía de cataratas bilateral y simultánea frente a la cirugía bilateral de cataratas en dos tiempos [et al.] 2010. – 93 p Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS:2006/05 ISBN 978-84-692-4455-5