

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
CARRERA DE TECNOLOGIA MÉDICA

Investigación estadística del cumplimiento de las garantías y efectividad de la derivación de los pacientes del programa Catarata AUGE del H.G.F.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el Grado Académico de Licenciado en Tecnología Médica con mención en Oftalmología.

Stephanie Silva Contreras

Profesora Guía: TM. Gloria Aguado

Año 2006

AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. Stuardo, por facilitarme la obtención de fichas.

Al Jefe del Archivo del Hospital Gustavo Fricke, el Sr. Felipe Olivares y sus funcionarios: Sra. Rosa Payacan, Sr. Germán Olivares, Sr. Fernando Llanos, Sr. Angelo Baez, Sra. Yolanda Fernandez, Sr. Juan Andrade, por su ayuda en facilitarme las fichas.

A la Srta Gloria Vidal, Jefa de Estadística del mismo hospital y a la Sra. Patricia Rivera, funcionaria de esta área, por su ayuda en la obtención de las nominas.

A la TM. Gloria Aguado, que me ayudo mucho más haya de su labor como profesora guía, estando siempre presente cuando la necesitaba, siendo un pilar fundamental en la concretización de este proyecto.

Dedicada a cada persona que me ayudo en este camino
Y me mostró el rostro de Dios en las cosas simples.

RESUMEN

El programa catarata Auge beneficia a un grupo de población que necesita dar solución a su problema visual.

Una catarata se define como la opacidad del cristalino, frente a esto la solución es extraer este cristalino y colocar en su reemplazo una lente intraocular, siendo este el sistema más utilizado.

Lo que pretende este trabajo es detenerse un momento en la realización del Programa Auge en Catarata y dar un vistazo de cómo se está trabajando, para así con visiones claras, poder enfrentar de una mejor y más eficiente forma, la realización del trabajo del equipo de salud que enfrenta la necesidad de poner en marcha este programa.

Los datos obtenidos son de dos fuentes distintas, pero del mismo lapso de tiempo, del periodo comprendido entre Junio y Diciembre del año 2005, la primera fuente de información fue la nomina que envía el SOME del Hospital Gustavo Fricke junto con las fichas de los pacientes con interconsulta de posible Catarata. La segunda fuente de información fueran las fichas de los pacientes operados gracias al programa Catarata Auge durante el mismo periodo de tiempo.

En este trabajo se presentan datos para demostrar si se cumplen o no las garantías Auge.

Los resultados obtenidos nos mostraron que la cantidad de pacientes que reciben la confirmación diagnóstica de catarata es cercana al 57%, siendo mal derivadas cerca del 28%.

Las garantías Auge en este Hospital se cumplen bastante bien, solo quedando muy pocas cosas que mejorar.

PALABRAS CLAVES: Catarata, Programa Auge, Operación Extracapsular, Operación con Facoemulsificación, Interconsultas, Garantías Auge, Lente Intraocular.

ÍNDICE

Agradecimientos.	Página i
Dedicatoria.	Página ii
Resumen.	Página iii
Indice de capítulos.	Página iv
Indice de Tablas.	Página viii
Indice de Figuras.	Página ix
Indice de Gráficos.	Página xi
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	Página 1
1.1.- Antecedentes y motivación.	Página 1
1.2.- Descripción del problema.	Página 2
1.3.- Solución propuesta	Página 2
1.4.- Objetivos y alcances del proyecto	Página 2
1.4.1.- Objetivo general	Página 2
1.4.2.- Objetivos específicos	Página 3
1.4.3.- Alcances del proyecto.	Página 3
1.5.- Metodologías y herramientas utilizadas.	Página 4
2.- Resultados obtenidos	Página 4
3.- Organización del documento.	Página 5
CAPÍTULO II. CRISTALINO.	Página 6
2.1.- Anatomía del Cristalino	Página 6
2.2.- Formas de examinar el cristalino	Página 9
2.2.1.- Visión	Página 9
2.2.2.- Rojo pupilar	Página 11
2.2.3. Examen con oftalmoscopio directo.	Página 12
2.2.4. Examen con lámpara de hendidura.	Página 12
CAPITULO III.CATARATAS	Página 14
3.1.-Envejecimiento del cristalino.	Página 14
3.2.- Definición de Catarata.	Página 14

3.3.- Clasificación de los tipos de Catarata.	Página 15
3.3.1.-Cataratas seniles.	Página 16
3.3.1.1.- Catarata nuclear.	Página 17
3.3.1.2.-Catarata cortical.	Página 17
3.3.1.3.- Catarata subcapsular posterior.	Página 19
3.3.1.4.- Catarata madura.	Página 20
3.3.1.5.- Catarata hipermadura.	Página 21
3.3.2.- Catarata de la infancia	Página 23
3.3.2.1.- Catarata congénita.	Página 23
3.3.2.2.- Catarata adquirida.	Página 24
3.3.3.- Catarata traumática.	Página 25
3.3.4.- Cataratas secundarias.	Página 25
CAPITULO IV. CIRUGÍA DE CATARATA.	Página 27
4.1.- Algunos hitos de la historia de las técnicas quirúrgicas.	Página 28
4.2.- Tipos de técnicas de extracción del cristalino.	Página 28
4.2.1.- Extracción intracapsular de la Catarata (EICC).	Página29
4.2.2.- Extracción extracapsular de la Catarata (EECC).	Página 31
4.2.3.- Facoemulsificación.	Página 32
4.3.- Tipos de anestesia.	Página 33
4.3.1.- Bloqueo retrobulbar.	Página 33
4.3.2.- Anestesia tópica.	Página 34
4.4.- Corrección de la afaquia.	Página 35
4.4.1.- Lente intraocular (LIO).	Página 35
4.4.2.- Gafas para la corrección de la afaquia.	Página 35
4.4.3.- Lentes de contacto (blandas, rígidas, permeables al oxígeno).	Página36
CAPITULO V. PROGRAMA CATARATA AUGE.	Página 37
5.1.- Objetivo.	Página 37
5.2. Modelo y red de atención.	Página 37
5.2.1.- nivel primario y secundario de atención.	Página 37
5.2.2.- CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA: Consulta Oftalmólogo.	Página38
5.3.- Componente del protocolo.	Página 39

6.2.- Datos de los pacientes operados de Catarata.	Página 53
6.2.1.- Semanas entre la confirmación diagnóstica y la operación.	Página 53
6.2.2.-Mejoría de la Agudeza Visual.	Página 54
6.2.3.- Grado de ametropía del paciente después de la operación.	Página 58
6.2.4.- Prescripción de lentes.	Página 60
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	Página 62
7.1.- Datos obtenidos de las nóminas de Interconsultas.	Página 62
7.2.- Datos obtenidos de las fichas de pacientes operados de Catarata.	Página63
7.2.1.- Semanas de espera entre la confirmación diagnóstica y la operación.	Página 63
7.2.2.- Variación de la AV.	Página 64
7.2.3.- Grado de ametropía del paciente después de la operación.	Página 65
7.2.4.- Prescripción de lentes.	Página 65
CONCLUSIONES.	Página66
REFERENCIAS	Página 67
APENDICE I	Página 68
APENDICE II	Página 91

INDICE DE TABLAS

- TABLA 3.1.- Clasificación de las Cataratas según el momento de su aparición [3] (extracto solo con las generalidades de la clasificación del autor).
- TABLA 3.2.- Clasificación de las Cataratas según su madurez [3].
- TABLA 5.1. Registro SIS Catarata
- TABLA 6.1. Resumen de pacientes por rango
- TABLA 6.2. Tramos de Ingresos de FONASA [8]
- TABLA 6.3. Número de pacientes según previsión.
- TABLA 6.4. Semanas entre confirmación diagnóstica y operación
- TABLA 6.5. Variación de la Agudeza Visual en los pacientes operados con EECC
- TABLA 6.6. Líneas de Visión, en orden decreciente
- TABLA 6.7. Promedio de mejora y pérdida de AV, en líneas de visión.
- TABLA 6.8. Notación de la Agudeza Visual Central [9]
- TABLA 6.9. Promedios de pérdida de visión central en pacientes operados con EECC
- TABLA 6.10. Variación de la Agudeza Visual en los pacientes operados con FACO
- TABLA 6.11. Promedio de mejora y pérdida de AV, en líneas de visión.
- TABLA 6.12. Promedios de pérdida de visión central en pacientes operados con FACO
- TABLA 6.13. Grados de ametropía
- TABLA 6.14. Pacientes operados con EECC y su grado de ametropía
- TABLA 6.15. Pacientes operados con FACO y su grado de ametropía
- TABLA 6.16. Prescripción de lentes

INDICE DE FIGURAS

- FIGURA 2.1: posición normal del cristalino en el ojo. [3]
- FIGURA 2.2: vista de las diferentes capas del cristalino. [3]
- FIGURA 2.3: Visión del cristalino a través de la lampara de hendidura, donde se pueden observar las diferentes zonas de densidad del desarrollo del cristalino como áreas de discontinuidad [3]
- FIGURA 3.1.- ojo con pupila dilatada, se observa en el cristalino radios de una Catarata cortical junto con modificaciones nucleares de color ámbar.[4]
- FIGURA 3.2.-Catarata cortical tipo coronario (vistas frontal y transversal): opacidades periféricas en forma de mazo, con cristalino central claro; son lentamente progresivas. .[2]
- FIGURA 3.3.- Catarata cortical tipo “cuneiforme”: espículas periféricas y cristalino claro central; es lentamente progresiva. .[2]
- FIGURA 3.4. Catarata madura, con la pupila en estado natural. .[4]
- FIGURA 3.5. El cristalino aparece opaco e hinchado (intumesciente), el cual hace que la cámara anterior esté deprimida y que la Catarata pueda transformarse en glaucoma secundario y ceguera irreversible.[4]
- FIGURA 3.6. La corteza de esta Catarata se ha licuado (Catarata de Morgagni) y el núcleo de color ámbar desciende hacia el polo inferior [4].
- FIGURA 3.7. En el esquema se observa como el núcleo flota en la bolsa capsular, esta es una Catarata de Morgagni. .[2]
- FIGURA 3.8. La imagen superior muestra una Catarata secundaria, en la vista transversal se observa claramente la opacificación de la cápsula posterior. En la imagen inferior se observa la cápsula posterior después de la Capsulotomía con Yag láser, aquí el eje óptico está despejado y se produce un aumento inmediato de la capacidad visual. .[2]
- FIGURA 4.1. Catarata bilateral madura, con la pupila izquierda dilatada. .[4]
- FIGURA.4.2. Extracción intracapsular de la Catarata. (A) posición del paciente desde la visión del cirujano (B) sutura bajo el tendón del recto superior. (C) emplazamiento de la incisión conjuntival [4].

- FIGURA 4.3. Continuación EEIC (D) incisión a lo largo del limbo e inserción de un punto de sutura en la insición conjuntival. (E) sección de una pequeña porción del iris [4].
- FIGURA 4.4. Continuación EICC. (F) extracción completa del cristalino. (G) sutura para cerrar la unión esclerocorneal (H) inyección de una pequeña burbuja de aire para formar de nuevo la cámara anterior (I) descenso y fijación del colgajo conjuntival [4].
- FIGURA 4.5. Apertura de la cápsula anterior (capsulorrexis circular) [3].
- FIGURA 4.6. Destrucción del núcleo con ultrasonidos (facoemulsión) y aspiración de los fragmentos de núcleo y corteza [3].
- FIGURA 4.7. Implantación de una lente intraocular en el saco capsular vacío [3].
- FIGURA 4.8.- Bloqueo retrobulbar (A) palpación del borde orbital e introducción de la aguja. (B) cambio del ángulo de la aguja. (C) perforación del musculo. (D) aspiración [4]
- FIGURA 5.1. Formulario de solicitud de Interconsulta.
- FIGURA 5.2. Formulario de Informe Proceso Diagnostico

INDICE DE GRAFICOS

- Gráfico 6.1. Porcentajes de patologías de los pacientes que acudieron al Policlínico de Oftalmología del Hospital Fricke
- Gráfico 6.2.- Previsión de los pacientes con confirmación diagnóstica de Catarata.
- Gráfico 6.3. Semanas entre confirmación Diagnóstica y operación
- Gráfico 6.4. Variación de la AV en pacientes operados con EECC
- Gráfico 6.5. Variación de la AV en pacientes operados con FACO.
- Gráfico 6.8 Porcentaje de grado de ametropía en los pacientes operados con EECC
- Gráfico 6.8, Porcentaje de ametropía en los pacientes operados por FACO
- Gráfico 6.9. Porcentaje del tipo de prescripción de lentes a los pacientes operados de Catarata.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1.- Antecedentes y motivación.

El programa Auge comienza a funcionar en el área de Oftalmología solo con una patología, la Catarata. Frente a esto se pusieron todos los esfuerzos en dar abasto en la totalidad de pacientes que presentasen esta enfermedad, la tarea no fue fácil, ya que además de los pacientes que fueron llegando al saber la oportunidad que tenían de resolver su problema visual, existía una larga lista de pacientes, que por tiempo o recursos, no habían sido atendidos con anterioridad a la puesta en marcha de este plan. En este contexto se pone en marcha este plan, donde los funcionarios se preocuparon de cumplir las metas impuestas, pero no se detuvieron a ver una forma de mantener un control de calidad que les permitiese ir viendo que más allá de cumplir una meta, le estaban ayudando a un paciente a mejorar su calidad de vida. Aunque el Plan Auge, además de tener instancias para saber si se cumplen o no las metas, tiene también la característica de revisar la calidad de la atención. Muchas veces esta información no llega al equipo de salud, quedándose estos solo con la información parcializada que su mismo quehacer les deja.

Este trabajo se basa en la información obtenida de los pacientes que asistieron al Policlínico de Oftalmología del Hospital Gustavo Fricke, derivados por alguna entidad para obtener la confirmación diagnóstica de su patología, entre los meses de Junio y Diciembre del año 2005, y los pacientes operados en el mismo lapso de tiempo y en el mismo Hospital. Se eligió este hospital debido a que es el Hospital de referencia del servicio de salud Viña del Mar – Quillota y por esto los resultados obtenidos podían ser bastante relevantes.

La importancia de este trabajo radica en que frente a datos concretos se puede idear una mejor forma de enfrentar la problemática de salud, ya que más allá de las soluciones posibles que se presentan en este trabajo, se puede seguir investigando y encontrar otras formas de mejorar la atención en cuanto a la cantidad, pero sin dejar de lado la calidad. Aunque pareciese que solo mostramos números, también se quiere crear conciencia, detrás de cada uno de esos números hay una persona con una necesidad concreta de mejora en su calidad de vida.

1.2.- Descripción del problema.

El programa Catarata Auge, nos presenta una realidad que va mucho mas allá de simples cifras de cumplimiento o no de metas, nos pone de frente a realidades de personas que ven en la operación de Catarata la solución de su problema visual, y sus esperanzas de recobrar aunque sea un poco la visión que tenían años antes. Frente a esta realidad, es necesario hacer un estudio, que nos permita saber cómo está funcionando este programa, cuales son sus falencias y lograr hacer una critica constructiva, que nos permita llegar a más pacientes y realizar una mejor atención a los que ya son parte de este programa.

Además de esto, debemos detenernos a ver la realidad de los pacientes con patologías que no son Auge, si nos damos cuenta que este programa no está funcionando de la mejor manera, significa también que se está mal gastando tiempo y energía, que podría utilizarse para solucionar las patologías que no son parte de este programa.

1.3.- Solución propuesta

Mas allá de presentarse en este trabajo, una solución real y concreta, se espera crear conciencia de las falencias que presenta el programa, para que a partir de estas se logren implantar soluciones, de las cuales proponemos algunas, como hacer que profesionales no médicos realicen una mejor derivación, donde el profesional mas idóneo para esto es el Tecnólogo Médico de la mención de Oftalmología. Si esto se lograra, se ahorrarían bastantes horas médicas, que podrían ser utilizadas en patologías no auge, que han sido dejadas de lado por darle una mayor importancia a las patologías que sí son del programa.

1.4.- Objetivos y alcances del proyecto

1.4.1.- Objetivo general

Realizar un estudio estadístico acerca del Programa Catarata Auge en el Hospital Gustavo Fricke, durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de Junio y el 31 de Diciembre del 2005.

1.4.2.- Objetivos específicos

- Constatar la cantidad real de pacientes que llegan al Poli Cataratas y que obtienen la confirmación diagnóstica de Catarata.
- Comprobar la calidad de visión que obtienen los pacientes luego de la operación, tomando en cuenta que una de las garantías del plan Auge es que el 90% de los pacientes mejora su visión después de la operación. Cuantificar su mejoría o disminución de visión, en líneas de visión ganadas o perdidas según el caso y saber cual es el promedio de la pérdida de visión central tanto en los pacientes que mejoran su visión como en los que la disminuyen.
- Saber si la graduación del LIO es correcta para el paciente, constatando su emetropía para visión lejana, tomando en cuenta solo los grados esféricos de la graduación de lentes que se le receta, o en su defecto la última refracción tomada al paciente, ya que los grados de astigmatismo están dados mas que nada por los puntos de la cirugía mas que por una mala obtención de la graduación del LIO.
- Constatar si el alta del paciente es con la prescripción de lentes.

1.4.3.- Alcances del proyecto.

El trabajo está dividido en dos grandes grupos de datos, el primero es la base de datos de pacientes con Interconsulta de posible Catarata que asistieron al Policlínico de Oftalmología entre los meses de Junio y Diciembre del 2005. De estos datos se obtendrá el porcentaje de pacientes que obtuvieron la confirmación diagnóstica que su patología era Catarata. No se especificó quienes cumplían los criterios de inclusión, debido a que esta información era difícil de obtener de las nóminas, que muchas veces no arrojaban este dato, y además porque aunque el paciente tuviese Catarata, no entraba al programa de inmediato porque no cumplía con los criterios de inclusión, por ejemplo cuando la Catarata aun no estaba madura, el paciente se citaba para revisión unos meses más tarde, cuando la Catarata ya estuviese lo suficientemente madura para cumplir con los criterios. Además de este dato, se obtuvo el porcentaje de pacientes de cada tramo de previsión (FONASA A, B, C, D y privados) de los pacientes con confirmación diagnóstica de Catarata.

El segundo grupo de datos fue el obtenido de la revisión de fichas de los pacientes operados en el mismo lapso de tiempo, del total de 286 operados en este período, solo se pudieron obtener datos de 135 pacientes, debido a que algunas veces los datos que estaban consignados en las nóminas de operados no eran los correctos, siendo incorrecto el número de ficha mayoritariamente, y porque a causa del paro de la Salud, ocurrido en Septiembre de este año, y la lentitud en la entrega, me fue difícil obtener fichas para revisar. De estos datos se obtuvo la información de la calidad de visión obtenida después de la operación, pero tomando como única variable la operación, ya que no se obtuvo información de que si el paciente presentaba o no patologías oculares previas, como retinopatías o glaucoma crónico no tratado, que pusiesen en juego el éxito de la operación; se obtuvo también la información de si la graduación del LIO fue la adecuada para el paciente, viendo si se logro o no la emetropía, pero no se buscaron las causas de la ametropía del paciente, y se constato si algunas garantías del Plan Auge fueron cumplidas, como que el 90% de los pacientes mejoran visión después de la operación (punto ya visto anteriormente), si se le receto o no lentes, pero sin tomar en cuenta en que semana se le fue recetada y las semanas que transcurrieron entre la confirmación diagnóstica y la operación, debiendo no ser mayor a 24 semanas para cumplir la garantía.

1.5.- Metodologías y herramientas utilizadas.

Los datos fueron obtenidos de las nóminas de los meses de Junio a Diciembre facilitadas por Estadística del Hospital Gustavo Fricke y las fichas facilitadas por el Archivo del mismo Hospital.

Los datos se trabajaron en Microsoft Excel, al igual que las tablas y gráficos.

2.- Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos están dentro de lo que se esperaba encontrar, aunque no se logro completar la totalidad de datos que se esperaba, resultó una muestra bastante representativa.

Se logro comprobar que las garantías del programa Catarata Auge al menos en ese período fueron cumplidas, y si no, el resultado estaba bastante cerca de lo esperado.

En cuanto a la derivación de pacientes, se comprobó algo que ya era de conocimiento, que muchas de las inconsultas están mal derivadas, llegando incluso a ser de una relación de que por cada cuatro pacientes derivados, uno de ellos esta mal derivado, algo preocupante que se debería solucionar para mejorar aún mas la atención de salud.

3.- Organización del documento.

A partir de las paginas siguientes, iremos dando una idea general acerca del Plan Auge, pero antes se hace necesario conocer o recordar algunos aspectos básicos, comenzando por la anatomía normal del cristalino y luego enfrentándonos a la Catarata en si, sus tipos y formas de extracción.

Luego de tener esta mirada general, se nos hará mucho más fácil entender el Protocolo Auge, y los datos que obtuvimos, los cuales son discutidos en un capítulo, donde se trata de hablar más allá de las cifras, dándonos que pensar.

Finalmente terminaremos con la conclusión, las referencias y dos apéndices, donde está el detalle de los datos obtenidos en la investigación.

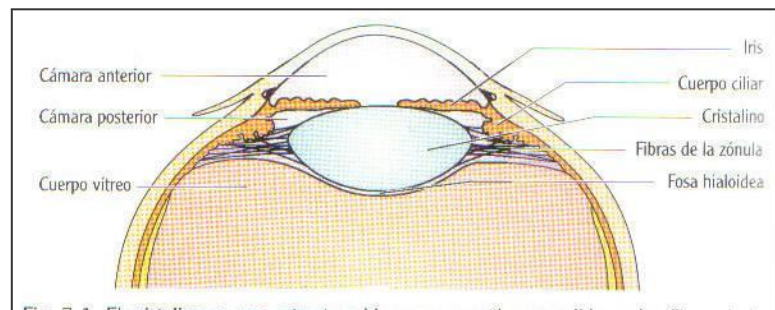
Esperamos que las siguientes páginas le ayuden a formarse una idea acerca del problema visual que es la Catarata y como funciona el Plan Auge frente a esto.

CAPÍTULO II. CRISTALINO.

Gracias a nuestros ojos podemos ser espectadores de lo que ocurre a nuestro alrededor, su funcionamiento no es muy distinto al de una cámara fotográfica, donde la película en que se proyecta la imagen es la retina y el sistema de lentes está dado por los medios refractivos del ojo, donde encontramos a la córnea, el humor vítreo y el cristalino. El cristalino juega un rol muy importante, ya que es el único de estos medios que puede variar su índice de refracción para permitirnos tener una buena visión para cerca o para lejos según lo requiramos.

En el presente capítulo veremos algo de la anatomía normal del cristalino, que nos ayudara para entender mucho mejor los siguientes capítulos.

2.1.- Anatomía del Cristalino



El cristalino es el más importante de los medios transparentes del ojo, es una lente biconvexa [1][2][3], que se comunica por delante con el humor acuoso y por detrás con el cuerpo vítreo [2]. (FIGURA 2.1)

FIGURA 2.1: posición normal del cristalino en el ojo. [3]

Esta lente biconvexa está situada casi verticalmente en el ojo, confundiendo su eje con el eje anteroposterior del ojo [1], pero sin embargo muchas veces la coincidencia entre el eje ocular y el eje del cristalino no siempre es perfecta. El autor [1] nos hace notar que Tscherning, en sus investigaciones, llegó a concluir que el cristalino está siempre más o menos desviado, siendo

su principal desviación, una consistente en la rotación alrededor de su eje principal, que dirige el lado externo hacia atrás, variando entre los 3 a 7°. El mismo autor[1] nos hace notar que independiente de esta desviación, se observa también frecuentemente una ligera rotación del cristalino alrededor de su eje horizontal y transversal; por esto lo más frecuente es que la parte superior del cristalino se incline hacia delante. Esta segunda desviación es menor que la antes nombrada, variando entre los 0 y 3° según los mismos estudios de Tscherning.

Su ubicación es en la cámara posterior del ojo, entre la superficie posterior del iris y el cuerpo vítreo (fosa hyaloidea). Junto con el iris forma un diafragma óptico que separa al ojo en dos segmentos. Las fibras de la zónula (que es una membrana elástica, que también puede ser llamada zona de Zinn [1]), se insertan en toda la circunferencia del ecuador del cristalino y lo unen al cuerpo ciliar, de esto deriva el término de ligamento suspensorio del cristalino, nombre con que alguna vez se designo la zónula. Por medio de estas fibras el cristalino se mantiene estable en su posición y se transmite a este la fuerza tensil del músculo ciliar [3].

El cristalino es una estructura avascular, incolora y casi transparente, con un espesor o eje anteroposterior (distancia que separa el centro de la cara anterior del centro de la cara posterior del cristalino) aproximado de 4mm [2], siendo esta distancia bastante variable, ya que depende del objeto que se esté observando, aumentando en la visión de los objetos próximos y disminuyendo en la visión de objetos lejanos [1], y con un diámetro (línea recta que une dos puntos de la circunferencia, pasando por el centro) que va entre los 9 a 10 milímetros [1]. La curvatura de la superficie posterior, que tiene un radio de 6mm, es mayor que la de la superficie anterior, cuyo radio mide 10mm. [3]. Su peso aumenta con la edad, hasta quintuplicar el peso al nacer. En el adulto alcanza unos 220mg [3], pero es variable de un individuo a otro, fluctuando entre los 200 a 250 mg [1]. La cápsula del cristalino es una membrana semipermeable, que permite el paso de agua y electrolitos, que facilitan su nutrición [2].

La estructura del cristalino es puramente epitelial, pero aunque en las estructuras epiteliales la dirección del crecimiento es en forma centrifuga, donde las células epiteliales plenamente desarrolladas emigran a la superficie y se descaman, en el cristalino se observa lo contrario, ya que este crece en dirección opuesta, las células mas jóvenes se encuentran en la superficie y las más viejas en el centro. El crecimiento de las fibras cristalinas forma el núcleo embrionario. En el ecuador, las células epiteliales siguen diferenciándose hacia fibras cristalinas. Estas nuevas fibras secundarias desplazan las fibras primarias hacia el centro del

cristalino. La formación del núcleo fetal, que envuelve al núcleo embrionario, se completa en el momento del parto. La formación de fibras en el ecuador, que continúan durante toda la vida, produce el núcleo infantil, durante la primera y segunda décadas de la vida y el núcleo adulto, durante la tercera década (FIGURA 2.2). Al estar completamente envuelta por la cápsula, el cristalino no pierde ninguna célula, por lo que su tejido sufre un proceso de compresión durante toda la vida. Las zonas de diferente densidad, creadas por el desarrollo del cristalino, pueden ser nítidamente distinguidas con la lámpara de hendidura como áreas de discontinuidad [3]. (FIGURA 2.3)

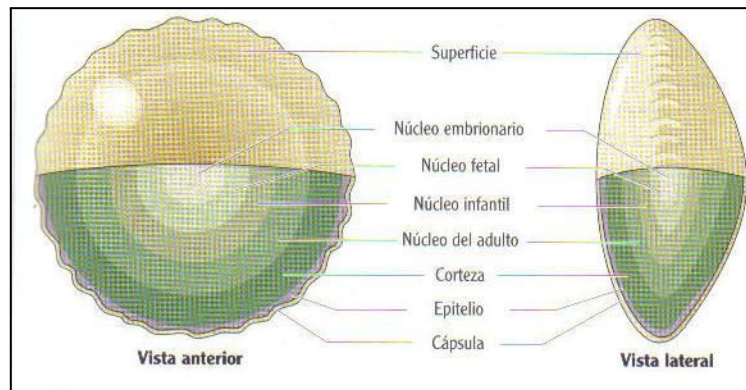


FIGURA 2.2: vista de las diferentes capas del cristalino. [3]

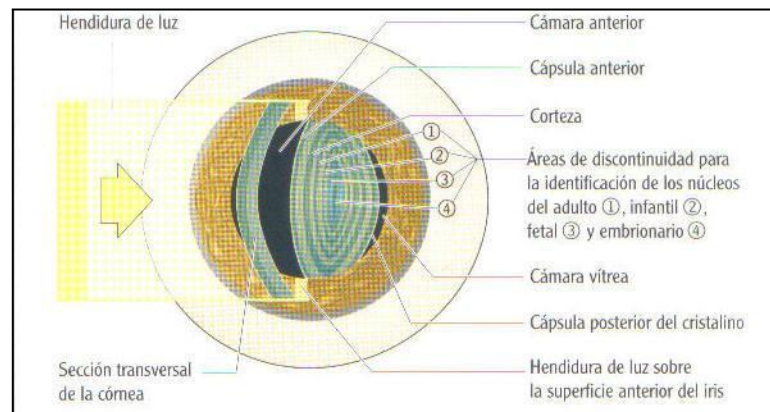


FIGURA 2.3: Visión del cristalino a través de la lámpara de hendidura, donde se pueden observar las diferentes zonas de densidad del desarrollo del cristalino como áreas de discontinuidad [3]

El núcleo del cristalino es más duro que la corteza. Con el avance de la edad, se producen de modo continuo fibras laminares subepiteliares, por lo cual el cristalino se vuelve poco a poco más grande y menos elástico. El núcleo y la corteza están constituidos por láminas concéntricas largas. Las líneas de sutura formadas por la unión término-terminal de estas fibras laminares tienen forma de Y cuando se ven en la lámpara de hendidura. La Y se encuentra en posición normal adelante e invertida en la parte posterior [2].

Cada fibra laminar contiene un núcleo aplanado. Estos núcleos se pueden observar por medio del microscopio en la porción periférica del cristalino, cerca del ecuador. [2].

El cristalino está constituido por cerca de 65% de agua, casi 35 % de proteína (contenido proteico mas alto que el común de los tejidos del cuerpo) [2]. El potasio se encuentra más concentrado en el cristalino que en los otros tejidos del cuerpo. También tiene ácido ascorbico y glutation en formas tanto oxidada como reducida. [3]

2.2.- Formas de examinar el cristalino

El cristalino se examina mejor con la pupila dilatada. Se puede obtener una vista ampliada del cristalino con una lámpara de hendidura o empleando un oftalmoscopio directo con una fijación alta [2].

A continuación enumeraremos las principales formas de examinar el cristalino, desde las más básicas a las complejas

2.2.1.- Visión

La evaluación de la visión es lo básico que se debe realizar en una evaluación oftalmológica, independientemente de que está no se mencione como molestia principal. La buena visión es resultado de una serie de factores. De entre lo que nos importa a nosotros, esta la integridad de la estructura del ojo, una opacidad en el cristalino provocara una visión deficiente o limitada.

En general, la medición de la agudeza visual es más subjetiva que objetiva, ya que requiere respuestas del paciente.

Para cuantificar esta medición se utilizan tablillas con optotipos, como por ejemplo la conocida “carta de Snellen”, que esta constituida por una serie de hileras de letras que de manera progresiva se hacen más pequeñas. Cada fila está designada por un número que corresponde a la distancia, en pies o metros, desde la cual un ojo normal puede leer todas las letras de ella.

La visión se mide por separado en cada ojo, para medir así la capacidad visual de cada ojo, pero también en casos específicos se mide con los dos ojos sin ocluir.

Por convención, la agudeza visual para visión lejana se mide a 6 metros del paciente y la cercana a 35 cms. La agudeza se califica con un conjunto de dos números, que se pueden representar con una fracción, por ejemplo 20/50, donde el primer número representa la distancia de la prueba en pies entre la carta y el paciente, el segundo número representa la hilera de letras más pequeña que logro distinguir el paciente desde la distancia de la prueba. La visión normal es 20/20 o 6/6 o 1.0, dependiendo de la nomenclatura que se utilice, una visión inferior a esta, como por ejemplo 20/60, nos da a conocer que el ojo del paciente sólo ve a 20 pies (6 metros) lo que un ojo normal logra ver a 60 pies (18 metros)

Los optotipos que se utilizan en las tablillas de lectura son variados, hay con imágenes para niños, números, o letras. La cartilla con letras E, es muy útil tanto para cuantificar la visión de los niños, como de los pacientes analfabetos, las letras E se presentan en cada hilera giradas al azar en sus 4 posiciones, en cada optotipo, el paciente debe discriminar en cual de las 4 distintas orientaciones se encuentra la letra E, señalando la dirección de las 3 barras de la letra (o patitas de la letra, para mejor entendimiento de los pacientes menores). La mayoría de los niños se puede someter a esta prueba desde los 3 años [2].

La agudeza visual se puede medir corregida o sin corregir, corregida significa que se utilizo algún medio auxiliar como anteojos o lentes de contacto, los cuales disminuyen los defectos refractivos que pueda presentar el paciente.

Métodos auxiliares que se pueden utilizar en esta prueba, son por ejemplo el agujero estenopeico, si la agudeza visual del paciente esta disminuida a causa de un defecto refractivo, la visión tomada con agujero estenopeico (instrumento con un pequeño agujero central, que se coloca frente al ojo que se esta examinando) será mucho mejor, lo que no ocurre por ejemplo en el caso de la Catarata, aunque hay que destacar que también existe el agujero estenopeico

múltiple, que tiene además del agujero central, unos agujeros en la periferia, que en el caso de una Catarata central, permite una mejor visión del paciente, debido a que los rayos de luz que pasan por los agujeros periféricos no pasan por el centro de la Catarata.

Cuando la visión del paciente es tan deficiente, que no le permite ver la letra más grande de la cartilla, se debe acercarse al paciente hasta que logre identificar la letra, esta visión se registra anotando a que distancia de la cartilla el paciente logra identificar el optotipo, por ejemplo una visión 20/400 a 2 metros, significa que el paciente logra identificar la letra más grande a una distancia de dos metros de la cartilla. Si el paciente es incapaz de leer la letra, aunque sea de cerca, se le somete a una prueba para discriminar su capacidad de contar dedos, aquí el examinador coloca sus dedos frente al paciente y le pide que le diga cuantos son los que le está mostrando, así si el examinador consigna que la visión del paciente es CD a 30 cm., es porque el paciente logra discriminar a 30 cm. la cantidad de dedos que le mostraba el examinador, pero no a más distancia que eso, si esta maniobra no es suficiente se debe pasar al siguiente nivel, que es el movimiento de manos (MM) donde el examinador trata de ver a que distancia el paciente logra discriminar el movimiento de su mano, como un bulto. El siguiente nivel, que es el más inferior, es discriminar si el paciente percibe la luz (se consiga luz, si el paciente logra discriminar la luz, también se puede discriminar si el paciente tiene percepción de cual es la dirección desde donde viene la luz, pudiendo ser visión de luz con buena proyección si el paciente logra saber de donde viene la luz o con mala proyección cuando el paciente no logra discriminar esto), un ojo que no puede percibir luz se considera totalmente ciego (se consigna “NVL” no ve luz.)

2.2.2.- Rojo pupilar

Si se ilumina la pupila con un oftalmoscopio directo o con el reflejo de un espejo plano, se observará el espacio pupilar con un color homogéneo rojizo-naranja brillante, que será aún más notorio si la pupila está dilatada, debido a un cuarto poco iluminado o por efecto farmacológico.

Este llamado rojo pupilar es un reflejo del color del fondo de ojo (según el autor [2], este reflejo es resultado de la combinación entre la vasculatura y pigmentación de la coroides). Este

reflejo viene de regreso a través de los medios transparentes del ojo (humor vítreo, cristalino, humor acuoso y córnea).

Si se utiliza un oftalmoscopio, se observa mejor si este se coloca a una distancia de la longitud de un brazo del paciente al mirar hacia la fuente de luz. Al girar la rueda de lentes, el reflejo rojo brillante aparece cuando el oftalmoscopio está enfocando la pupila.

Cualquier opacidad ubicado de esta vía bloquea la totalidad o parte de este reflejo brillante y aparece como una sombra oscura. Si se observa una opacidad pequeña con el oftalmoscopio, se le debe pedir al paciente que aleje por un momento la vista y luego vuelva a observar la luz, si la opacidad está en movimiento o flotando, se ubica en el humor vítreo (por ejemplo una pequeña hemorragia vítrea), si no se observa ningún movimiento es probable que se ubique en el cristalino o en la córnea (cicatriz).

2.2.3. Examen con oftalmoscopio directo.

El oftalmoscopio directo manual proporciona una imagen monocular amplificada (15x) de los medios oculares y del fondo.

El oscurecimiento del cuarto suele provocar una dilatación pupilar natural suficiente para observar las estructuras del ojo. La dilatación farmacológica de la pupila aumenta considerablemente la visión del observador y permite un examen más extenso de la retina periférica.

La intensidad, color y tamaño del punto de luz de iluminación se puede ajustar, así como el punto de foco del oftalmólogo. Este último se cambia con el uso de una rueda de lentes de potencia progresivamente mayor que el examinador hace girar según sus requerimientos. Estos lentes están dispuestos de manera secuencial y numerada de acuerdo con su poder en dioptrías. La escala descendente de números blancos designa las lentes convergentes (+), mientras que la escala ascendente en números rojos designa las lentes divergentes (-) [2].

2.2.4. Examen con lámpara de hendidura.

La lámpara de hendidura es un microscopio binocular montado en una mesa, con una fuente ajustable especial de iluminación fija. Se proyecta en el globo ocular un haz lineal de luz incandescente, el ángulo de luz se puede variar a lo ancho, largo e intensidad de la luz. Como la lámpara de hendidura es un microscopio binocular, la visión es estereoscópica o tridimensional.

Mientras se examina, el paciente se sienta y la cabeza se estabiliza mediante un apoyo ajustable del mentón y una cinta en la frente. Con el uso de este equipo se observa el segmento anterior del globo ocular. Pueden estudiarse los detalles de los bordes de los párpados, las pestañas, las superficies conjuntivales palpebral y bulbar, la película de lágrimas sobre la córnea y la esclera. A través de una pupila dilatada, se puede examinar el cristalino.

CAPITULO III.CATARATAS

3.1.-Envejecimiento del cristalino.

El metabolismo y los procesos bioquímicos implicados en el envejecimiento son complejos y aun no se ha logrado aclarar completamente. Por esto no ha sido posible influir farmacológicamente en el desarrollo de las Cataratas [3]. Sin embargo, el autor [2] habla acerca de cierta evidencia que sugiere, un efecto protector sobre el cristalino, de los estrógenos que se suministran a las mujeres postmenopáusicas.

El cristalino que es avascular se nutre por difusión del humor acuoso. El metabolismo y crecimiento de las células del cristalino están autorregulados. La actividad metabólica permite la conservación de la integridad, transparencia y función óptica del cristalino, siendo esta fundamental. El mantenimiento del equilibrio iónico está dado por el epitelio del cristalino, ya que este permite el paso de nutrientes, minerales y agua hacia el interior del cristalino. Este tipo de transporte, conocido como sistema de bomba y filtración, permite la transferencia activa de sodio, potasio, calcio y aminoácidos desde el humor acuoso hacia el cristalino, así como la difusión pasiva a través de la cápsula posterior [3]. En la transparencia del cristalino es esencial el mantenimiento de este equilibrio y está relacionado con el balance hídrico. El porcentaje de agua del cristalino es normalmente estable y está en equilibrio con el humor acuoso circundante, este contenido de agua va disminuyendo con la edad mientras el contenido de proteínas cristalinas insolubles (albuminoide) aumenta, por esta razón el cristalino se vuelve más duro, menos elástico y menos transparente [3]. Este proceso es normal e inevitable, con el paso de los años nuestro cristalino se irá opacificando, provocando la aparición de la Catarata.

3.2.- Definición de Catarata.

Una Catarata es cualquier opacidad en el cristalino [2], las causas de su aparición son diversas, pero sin duda la causa más común es el envejecimiento. Otros factores que pueden estar implicados son los traumatismos en el globo ocular, toxinas, enfermedades sistémicas y herencia.

Se piensa que hay factores que contribuyen a la formación de la Catarata, tales como daños oxidantes (por reacciones de radicales libres), lesiones por luz ultravioleta y desnutrición [2].

Según el autor [3] el término Catarata viene de la palabra griega *katarraktes*, que significa abrupto, que cae o se precipita, porque antiguamente se creía que la Catarata era un líquido coagulado procedente del cerebro que se había derramado por delante del cristalino.

El proceso de aparición de una Catarata es un proceso lento, con una disminución de visión paulatina en el tiempo, entre los síntomas que podemos encontrar están: disminución de la visión, visión borrosa, visión distorsionada, deslumbramiento, alteración de la percepción del color [3]

La mayoría de las Cataratas no son visibles al observador, se reconocen solo bajo instrumental especializado y personal entrenado, solo son visibles para el observador casual cuando son lo suficientemente densas para disminuir sustancialmente la visión. El fondo de ojo se torna cada vez más difícil de observar al irse haciendo más densa la opacidad del cristalino. En esta etapa, la Catarata suele ser madura y se observa la pupila blanca.

Las Cataratas pueden clasificarse desde distintos puntos de vista, aquí daremos una clasificación, que es la más utilizada e individualizaremos a las más recurrentes.

El grado clínico de la formación de la Catarata, se juzga principalmente por la prueba de agudeza visual. En términos generales, la disminución de la agudeza visual es directamente proporcional a la densidad de la Catarata. No obstante, existen casos de pacientes con Cataratas clínicamente significativas, diagnosticadas por medio de la lámpara de hendidura o oftalmoscopio, que ven suficientemente bien como para realizar actividades normales. Otros tienen una disminución de la agudeza visual desproporcionada al grado de opacificación del cristalino, lo cual se puede explicar por la distorsión que sufre la imagen en un cristalino parcialmente opacificado. [2]

3.3.- Clasificación de los tipos de Catarata.

De acuerdo con [3] las Cataratas pueden clasificarse en:

- Momento de aparición (Cataratas congénitas o adquiridas)
- Madurez
- Morfología

Tabla 3.1.- Clasificación de las Cataratas según el momento de su aparición [3] (extracto solo con las generalidades de la clasificación del autor).

Cataratas adquiridas (más del 90 % de las Cataratas)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cataratas seniles (más del 90% de las Cataratas) ● Cataratas en enfermedades generales. ● Cataratas secundarias y complicadas ● Cataratas postquirúrgicas ● Cataratas traumáticas ● Catarata tóxica
Cataratas congénitas	<ul style="list-style-type: none"> ● Cataratas hereditarias ● Cataratas debidas a lesiones embrionarias

Tabla 3.2.- Clasificación de las Cataratas según su madurez [3].

Tipo de Catarata	Agudeza visual
Catarata incipiente	Aún plena (0,8-1,0)
Catarata inmadura	Reducida (0,4-0,5)
Catarata desarrollada	Intensamente reducida (1/50-0,1)
Catarata madura e hipermadura	Percepción luminosa o movimientos de mano

3.3.1.-Cataratas seniles.

Las Cataratas seniles son las mas frecuentes, siendo el 90% de las Cataratas. Aproximadamente el 5% de las personas mayores de 70 años y el 10% de las mayores de 80 años sufren de Cataratas que requieren de una intervención quirúrgica [3]. Otros autores [2] nos hablan de estudios transversales que señalan que la incidencia de Cataratas en las personas entre 65 a 74 años es del 50%, aumentando a casi un 70% en la población mayor de 75 años.

Las causas precisas de la aparición de la Catarata senil no se conocen. Pero no es raro que hayan antecedentes familiares de Catarata [3].

A continuación daremos una clasificación de las Cataratas seniles, guiándonos por el autor [3], quien para clasificarlas toma en cuenta su morfología.

3.3.1.1.- Catarata nuclear.

En la cuarta década de la vida, la presión de la producción de fibras en la periferia del cristalino conduce a un endurecimiento de todo el cristalino, especialmente del núcleo. El núcleo toma un color amarillo marrón (Catarata nuclear brunescente). Ésta puede variar desde un marrón-rojizo hasta una coloración casi negra de todo el cristalino (Catarata negra). A causa del aumento del poder de refracción del cristalino, las Cataratas nucleares conducen a la miopía lenticular y, ocasionalmente, producen un segundo punto focal del cristalino que causa diplopía monocular [3].

Estas Cataratas se desarrollan muy lentamente. Debido a la miopía lenticular, la visión de cerca sigue siendo buena durante mucho tiempo (incluso sin gafas)

3.3.1.2.-Catarata cortical.

Las Cataratas corticales son opacidades de la corteza del cristalino. Se crean hendiduras en el patrón radial alrededor de la región ecuatorial debido a los cambios en la hidratación de las fibras cristalinas [2]. (FIGURA 3.1)

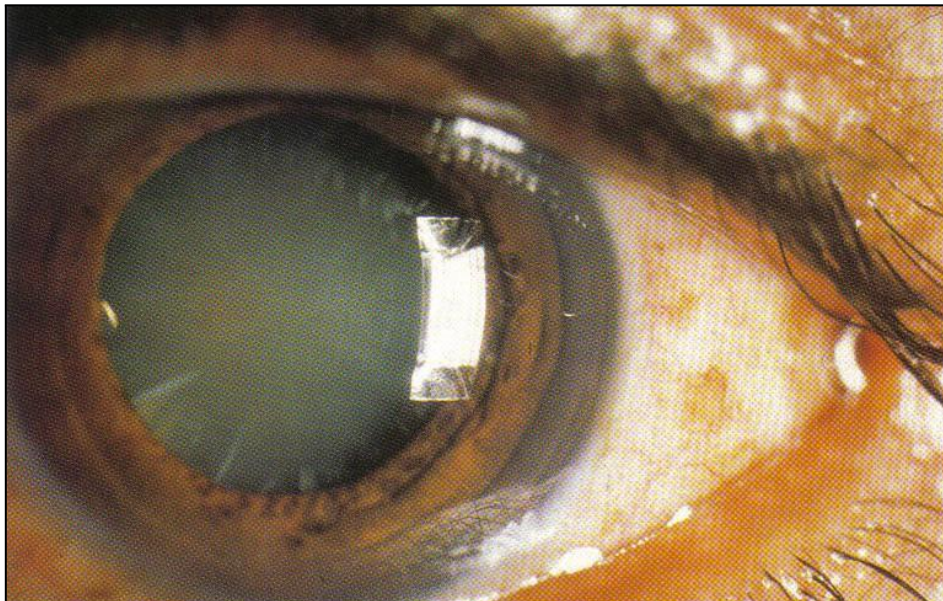


FIGURA 3.1.- ojo con pupila dilatada, se observa en el cristalino radios de una Catarata cortical junto con modificaciones nucleares de color ámbar.[4]

Tienden a ser bilaterales, pero a menudo son asimétricas. La visión se afecta dependiendo de que tan cerca se ubiquen las opacidades del eje visual.

En los pacientes con Cataratas corticales tienden a desarrollar hipermetropía, al contrario de los pacientes con Cataratas nucleares, que tienden a ser miopes.

Mientras que las alteraciones en las Cataratas nucleares son debidas al endurecimiento, las alteraciones corticales se caracterizan por el aumento del contenido en agua. En el examen con la lámpara de hendidura y en midriasis máxima, se pueden observar las siguientes alteraciones:

- vacuolas: Acúmulo de líquido en forma de pequeñas y estrechas vesículas corticales. Las vacuolas permanecen pequeñas y aumentan su número.
- Estrías acuosas: Fisuras de disposición radial llenas de líquido entre las fibras.
- Separación de las laminillas: Menos frecuentes que las estrías acuosas. Consisten en zonas de líquido entre las laminillas (a menudo entre las laminillas transparentes y las fibras corticales).
- Catarata cuneiforme: Hallazgo frecuente en el que las opacidades se disponen radialmente desde la periferia del cristalino como los radios de una rueda.

Las Cataratas corticales progresan más rápidamente que las Cataratas nucleares. La agudeza visual puede mejorar temporalmente durante el transcurso de la enfermedad, debido a un efecto estenopeico cuando la luz pasa a través de un área transparente entre dos opacidades radiales.

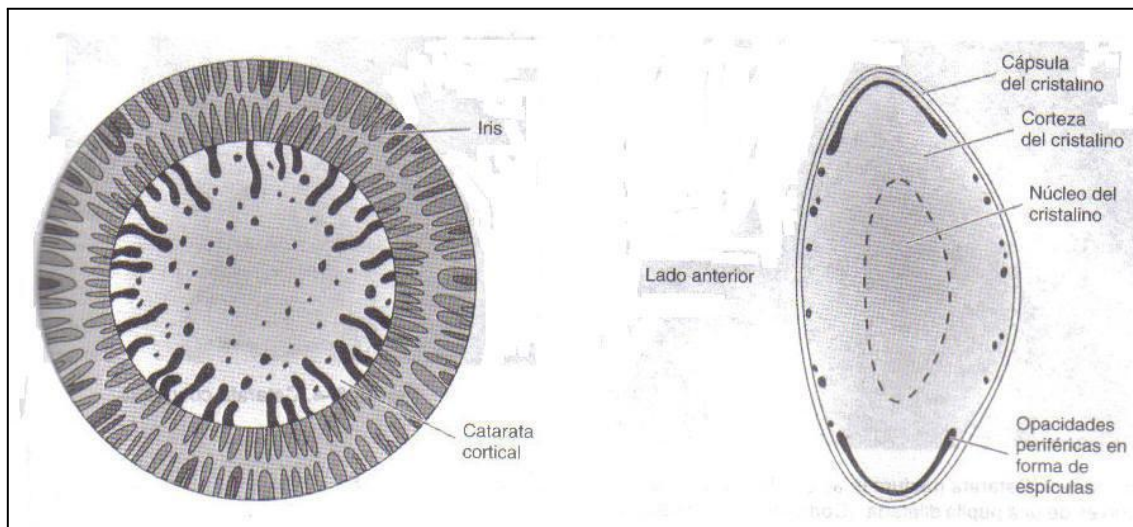


FIGURA 3.2.-Catarata cortical tipo coronario (vistas frontal y transversal): opacidades periféricas en forma de mazo, con cristalino central claro; son lentamente progresivas. .[2]

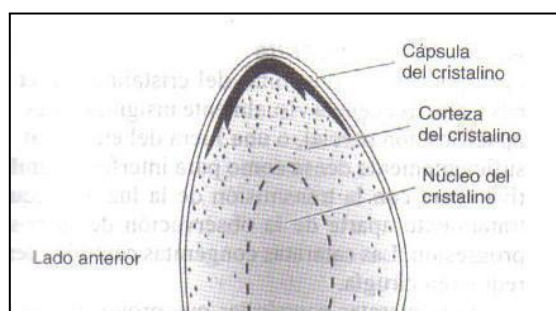


FIGURA 3.3.- Catarata cortical tipo “cuneiforme”: espículas periféricas y cristalino claro central; es lentamente progresiva. .[2]

3.3.1.3.- Catarata subcapsular posterior.

Esta Catarata se localiza en la corteza cerca de la cápsula posterior central [2]. Es una forma especial de Catarata que comienza en el eje visual, al principio como un pequeño nido de opacidades granulares y luego se extiende hacia la periferia en un patrón disciforme. Al aumentar la opacidad, se afectan también el resto de la corteza y el núcleo del cristalino (el espectro habitual de la Catarata senil). [3]

Esta Catarata tiende a causar síntomas visuales mas tempranamente en su desarrollo debido a que afecta directamente al eje visual, conduciendo a una pérdida rápida y precoz de la agudeza visual. Entre los síntomas usuales se encuentran los destellos. La visión de cerca suele ser peor que la de lejos, al igual que la visión en ambientes luminosos, debido a la miosis que se produce en estas situaciones. La dilatación de la pupila puede mejorar la agudeza visual en esta forma de Catarata.

Esta opacidad también puede resultar por traumatismos, uso de corticoesteroides (de uso tópico o sistémico), inflamación o exposición a radiación ionizante.

3.3.1.4.- Catarata madura.

En esta Catarata todas las proteínas del cristalino son opacas. [2]. La Catarata inmadura tiene cierta cantidad de proteínas transparentes.

El cristalino está difusamente blanco (FIGURA 3.4.) debido a la opacificación completa de la corteza. Con frecuencia, es débilmente discernible un núcleo amarillento. Cuando el contenido hídrico está aumentado, un cristalino con una Catarata madura puede hincharse y adquirir un brillo sedoso, denominándose Catarata intumesciente (FIGURA 3.5.), en esta patología la cápsula está tensa. El aumento de grosor del cristalino incrementa la resistencia de la pupila al paso del humor acuoso y con ello el peligro de un glaucoma por cierre angular. [3]

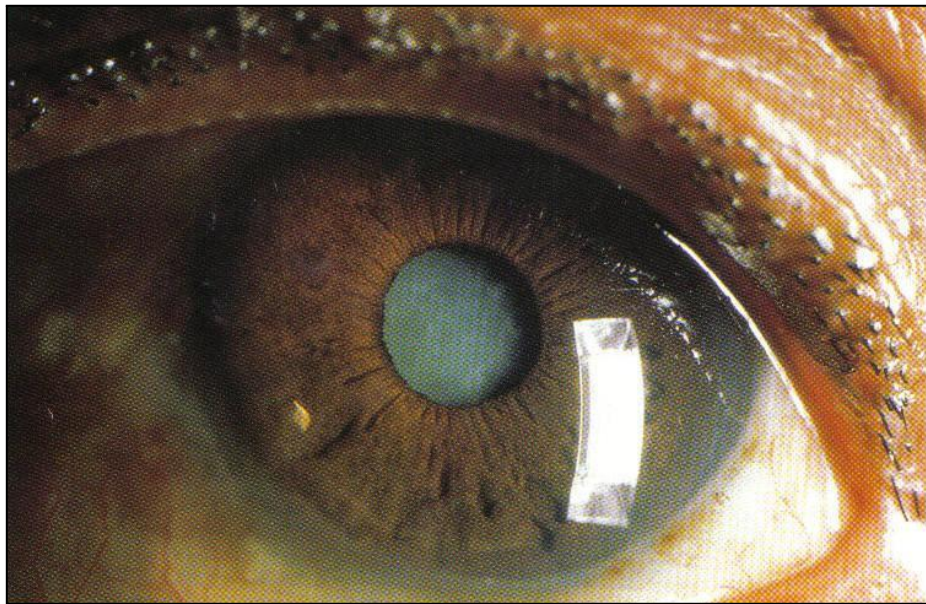


FIGURA 3.4. Catarata madura, con la pupila en estado natural. .[4]

La visión está reducida a la percepción luminosa y no se puede ver el interior del ojo. Está indicada la cirugía para restaurar la visión.



FIGURA 3.5. El cristalino aparece opaco e hinchado (intumesciente), el cual hace que la cámara anterior esté deprimida y que la Catarata pueda transformarse en glaucoma secundario y ceguera irreversible.[4]

3.3.1.5.- Catarata hipermadura.

Si una Catarata madura progresa hasta el punto de la completa liquenificación de la corteza, el núcleo denso y marrón se hundirá dentro de la cápsula. Su borde superior será entonces visible en la pupila como una silueta marrón oscura contra el blanco grisáceo de la corteza circundante. La tensión capsular disminuye. El saco capsular se relaja, se ondula y contiene más sustancia cristalínica en la parte inferior que en la superior. Esta condición, conocida como Catarata de Morgagni (donde el núcleo del cristalino flota libremente en la bolsa capsular [2]) (FIGURA 3.6 y 3.7), es el estadio final de una Catarata que se ha desarrollado generalmente en el curso de dos décadas, lo que permite inferir el momento aproximado del comienzo de la Catarata. [3]

La extracción a tiempo de la Catarata no sólo restaura la agudeza visual, sino que también evita el desarrollo de un glaucoma facolítico.

Cuando la cápsula del cristalino se vuelve permeable a las sustancias cristalínicas fluidificadas, pierde volumen debido a la filtración. La cápsula se arruga. Las proteínas que se

escapan del cristalino producen irritación intraocular y atraen a los macrófagos, que ocasionan una congestión de la malla trabecular (glaucoma facolítico)

En el glaucoma facolítico, esta indicada la extracción urgente del cristalino para salvar el ojo.

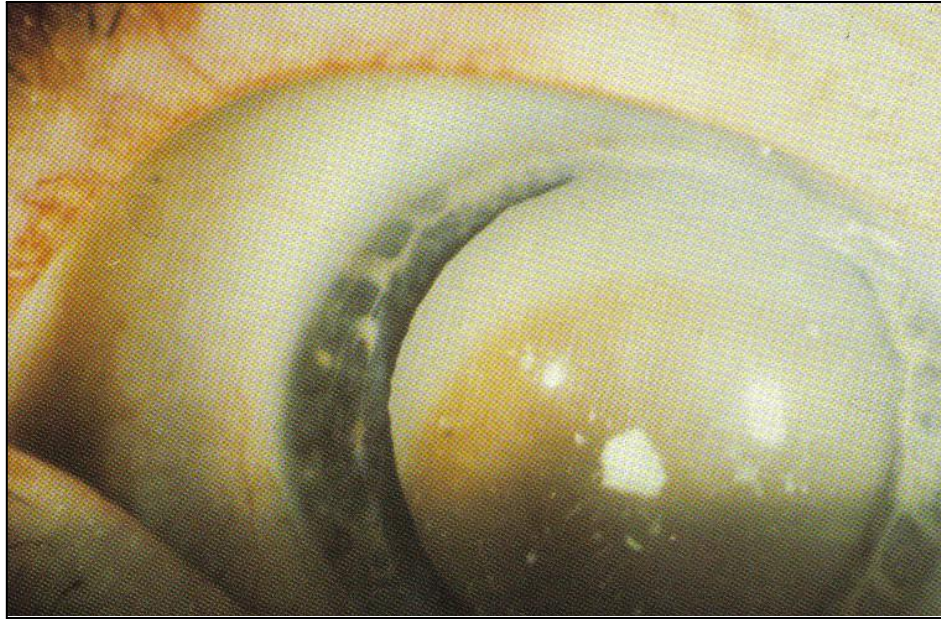


FIGURA 3.6. La corteza de esta Catarata se ha licuado (Catarata de Morgagni) y el núcleo de color ambar desciende hacia el polo inferior [4].

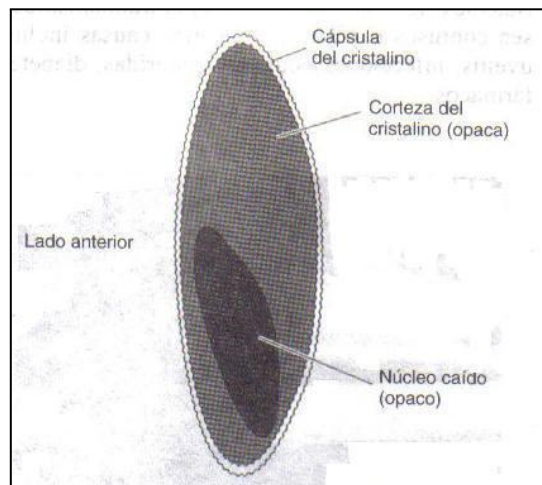


FIGURA 3.7. En el esquema se observa como el núcleo flota en la bolsa capsular, esta es una Catarata de Morgagni. .[2]

3.3.2.- Catarata de la infancia.

Las Cataratas de la infancia se dividen en dos grupos, las Cataratas congénitas y las Cataratas adquiridas, las primeras están presentes desde el nacimiento del bebé o aparecen al poco tiempo, las segundas se producen después y mayoritariamente están relacionadas con causas específicas, ambas pueden ser unilaterales o bilaterales.

El tratamiento quirúrgico de estas Cataratas se realiza a través de una incisión en el limbo de 3 mm. con el uso de aspiración - irrigación mecánica manual [2]. La facoemulsión pocas veces se necesita. A diferencia de la operación en adultos, en esta cirugía se extrae el cristalino con su cápsula posterior, con el uso de un instrumento mecánico de succión vítrea – cortante, esto evita la formación de opacificación capsular secundaria, evitando la cirugía secundaria y mejorando la corrección óptica temprana.

Con el uso de las técnicas quirúrgicas sofisticadas actuales, las complicaciones operatorias y postoperatorias son similares a las que suceden en la cirugía del adulto, la corrección óptica puede realizarse con anteojos afáquicos bilaterales en niños de mayor edad, pero la mayor parte se corrige con lentes de contacto. El uso de lentes intraoculares en la infancia temprana se está estudiando [2] y si tiene éxito, podría reducir la dificultad de la rehabilitación óptica relacionada con los lentes de contacto en los niños.

El pronóstico de mejoría visual en estos pacientes es menor que la que se espera en los pacientes con Catarata relacionada con la edad. La visión útil está limitada por la ambliopía vinculada y las anomalías ocasionales del nervio óptico y la retina. El pronóstico de mejoría visual para los pacientes con Catarata congénita bilateral incompleta es mejor que la de los pacientes con Catarata congénita unilateral generalizada.

3.3.2.1.- Catarata congénita.

Este tipo de opacidad es común [2] y con frecuencia son visualmente insignificantes. Cuando la opacificación es parcial o esta fuera del eje visual o no es suficientemente densa para interferir significativamente con la transmisión de la luz, no se requieren mayores tratamientos, mas que la observación de su posible progresión. Cuando la Catarata congénita es central y densa se requiere de cirugía

Las Cataratas congénitas que provocan una disminución visual significativa deben de ser detectadas lo más temprano posible, de preferencia en la sala de recién nacidos, por el pediatra, la

matrona u otro profesional de la salud. Las Cataratas que son grandes, blancas y densas suelen presentarse como leucocoria (pupila blanca), que es apreciable hasta por los padres, pero hay muchas Cataratas densas que no son tan fáciles de observar. Las Cataratas infantiles unilaterales, que son densas, centrales y con un diámetro mayor a 2 mm, pueden causar una ambliopía por privación permanente si no se tratan dentro de los primeros dos meses de vida, es por esto que requieren tratamiento de urgencia. Luego de la operación se debe tener precaución en prevenir la ambliopía vinculada a la anisometropía postoperatoria. Las Cataratas bilaterales simétricas (de una densidad similar) no requieren de un tratamiento de tanta urgencia, aunque la privación bilateral puede causar una demora en el desarrollo de la visión, en estos casos cuando se realiza cirugía, debe haber un intervalo de tiempo corto entre la operación de un ojo y otro, dentro de lo razonablemente posible.

3.3.2.2.- Catarata adquirida.

La urgencia de la operación de la Catarata en este tipo de pacientes dependerá mucho de su edad, ya que con niños más grandes, su sistema visual ya tiene un grado alto de madurez, autores [2] señalan que el desarrollo de la visión alcanza su grado máximo a los 8 años, es así como la Catarata en un niño mayor a esta edad no causara ambliopía, y su visión después de la operación será la misma que antes que se produjera la Catarata, aunque la cirugía tarde mucho tiempo en realizarse. La evaluación quirúrgica se basa en la localización, tamaño y densidad de la Catarata, pero un período de observación, junto con pruebas de agudeza visual subjetivas puede ser parte del proceso de toma de decisiones.

Las Cataratas adquiridas se originan por lo general por traumatismos, ya sean contusos o penetrantes. Otras posibles causas incluyen uveítis, infecciones oculares adquiridas, diabetes y fármacos.

3.3.3.- Catarata traumática.

Este tipo de Catarata se debe frecuentemente a una lesión por cuerpo extraño del cristalino o traumatismo contuso del globo ocular. La causa usual son las municiones de los rifles de aire, causas menos frecuentes incluyen piedras, contusiones, flechas, radiación ionizante y exposición excesiva al calor (Catarata del soplador de vidrio) [2]. La mayor parte de estas Cataratas se pueden prevenir, utilizando por ejemplo en las industrias anteojos de seguridad.

El cristalino se vuelve blanco poco después de la penetración del cuerpo extraño, ya que la perforación de la cápsula del cristalino permite que líquido acuoso, a veces humor vítreo penetre en la estructura del cristalino. Este tipo de casos se observa en trabajadores industriales que trabajan golpeando acero contra acero, si en este ambiente, se escapa un fragmento diminuto de acero, este puede pasar a través de la córnea y el cristalino a una alta velocidad y alojarse en el humor vítreo o en la retina.

3.3.4.- Cataratas secundarias.

Aproximadamente el 30% de los pacientes desarrollan una Catarata secundaria tras la extracción extracapsular de la Catarata[3]. Esto ocurre debido a que al extraer la Catarata de forma extracapsular solamente se extrae el centro de la cápsula anterior, quedando restos capsulares y células epiteliales del cristalino con capacidad de multiplicarse, pudiendo estas células producir una Catarata secundaria por opacificación de la cápsula posterior con tejido fibroso o regenerativo, con reducción de la agudeza visual del paciente, muy parecido a cuando tenía la Catarata (FIGURA 3.8). Estas células también pueden sufrir diferenciación miofibroblástica [2] y su contracción ocasiona múltiples arrugas diminutas en la cápsula posterior, que resultan en una distorsión visual.

Este tipo de Catarata también es llamada poscatarata [2], y entre las causas también se encuentra las Cataratas traumática parcialmente absorbida.

La regeneración de estas fibras en la cápsula, le da un aspecto de “huevas de pescado” (perlas de Elsching) [2].

El tratamiento consiste en hacer una abertura en la cápsula posterior con un láser YAG (yttrium-aluminum-garnet) de neodimio[3]. Con esto no se necesita realizar quirúrgicamente una

abertura en el globo ocular, siendo inmediata la recuperación de la agudeza visual. Antes de que existiese esta técnica, esta patología se trataba practicando una capsulotomía pequeña con un bisturí o una aguja calibre 27 [2], esto se realizaba tanto en el momento de la operación como en forma secundaria a esta.

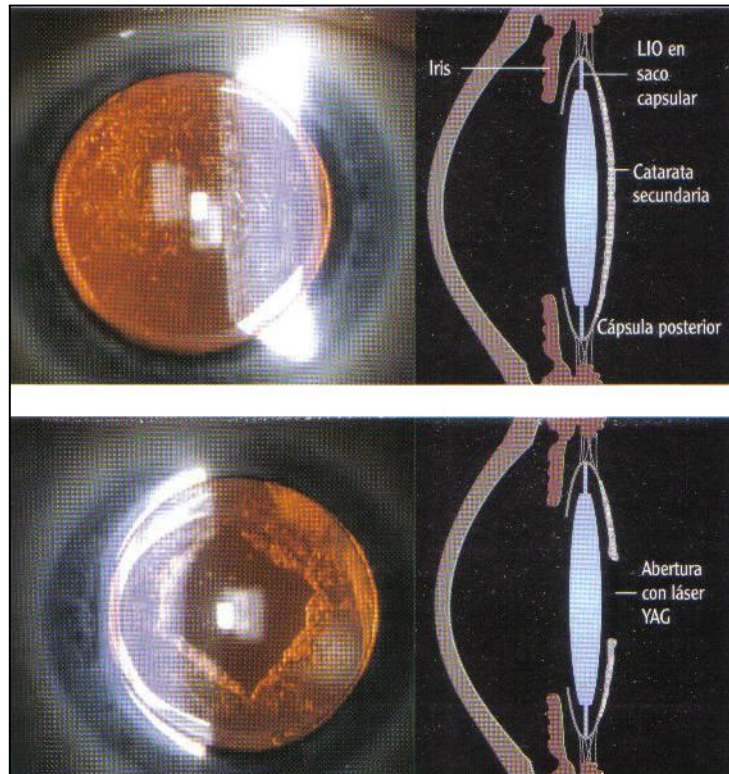


FIGURA 3.8. La imagen superior muestra una Catarata secundaria, en la vista transversal se observa claramente la opacificación de la cápsula posterior. En la imagen inferior se observa la cápsula posterior después de la Capsulotomía con Yag láser, aquí el eje óptico está despejado y se produce un aumento inmediato de la capacidad visual. .[2]

CAPITULO IV. CIRUGÍA DE CATARATA.

La operación de Catarata es la intervención quirúrgica que más se realiza en oftalmología [3], la necesidad de la intervención está bajo el criterio de cada clínico, pero para el autor [3] en la actualidad el criterio para indicar la cirugía cambió, ya que antes dependían de la madurez de la Catarata, lo que ya no ocurre.

En las Cataratas bilaterales (FIGURA 4.1), se debe operar el ojo con peor agudeza visual cuando el paciente se sienta incapacitado visualmente. Sin embargo se debe tener presente que los requerimientos de cada paciente están dados por su ocupación[3]



FIGURA 4.1. Catarata bilateral madura, con la pupila izquierda dilatada. .[4]

En las Cataratas unilaterales, el paciente tiende a retrasar la operación, mientras sea suficiente la capacidad visual del ojo sano [3]

En las Cataratas maduras (FIGURA 4.1) se hace importante aconsejar al paciente para que se opere pronto[3].

El éxito de la operación no tan solo depende de la ausencia de dificultades en el desarrollo de esta, sino que algunas veces el paciente presenta enfermedades tales como glaucoma crónico

no tratado, uveítis, desprendimiento de retina o degeneración macular, que son enfermedades que pueden empeorar la visión, además de la propia Catarata, es por esto que se hace necesario realizar una exploración ocular completa y una buena anamnesis del paciente para descartar la presencia de alguna de estas enfermedades, pero el problema que se nos presenta aquí es que la misma opacidad del cristalino impide la buena observación del polo posterior del ojo [3].

Actualmente la cirugía de Catarata es una intervención de microcirugía, realizada bajo un microscopio quirúrgico y con instrumental microquirúrgico. Todos estos elementos sumados a las técnicas modernas, el material de sutura atraumático (hilo de monofilamento de nailon de 30µm de grosor) y cirujanos entrenados, permiten realizar una cirugía de Catarata sin complicaciones serias en el 98% de los pacientes [3].

4.1.- Algunos hitos de la historia de las técnicas quirúrgicas.

- Durante 2000 años, hasta el siglo XIX, se utilizaba un instrumento puntiagudo para desplazar el cristalino hacia la cámara vítrea fuera del eje visual, este proceso se llama reclinación.
- En 1746, J. Daviel realiza la primera extracción extracapsular del cristalino, extrayendo el contenido del cristalino a través de un abordaje inferior.
- A. Von Graefe, en 1866 realiza la primera extracción de una Catarata a través de una incisión límbica superior con capsulotomía.

4.2.- Tipos de técnicas de extracción del cristalino.

La cirugía de Catarata ha experimentado varios cambios en las últimas décadas, desde la introducción de microscopio operatorio, el instrumental microquirúrgico, mejoras en los materiales de sutura, el desarrollo de los lentes intraoculares y alteraciones en las técnicas de anestesia local, logrando que la cirugía sea bastante exitosa, logrando mejoría visual en la gran mayoría de los pacientes.

Hay diferentes técnicas para extraer el cristalino, la mas utilizada es la que preserva la corteza posterior, por esto se conoce como extracción extracapsular, un tipo de esta técnica utiliza un vibrador automático manual para desintegrar el núcleo maduro y luego aspirar el material nuclear, está técnica se conoce como facoemulsificación, siendo la más usada en países como

Estados Unidos y los países europeos, pero aunque los resultados que se obtienen con esta técnica son muy buenos, implica un gasto bastante elevado en equipos, que va entre los cuarenta y ochenta mil dólares, costo que muchas veces no puede ser pagado en países con menos recursos como los latinoamericanos, ante esto, los autores [5] realizaron una tesis para estudiar una técnica nueva, que tiene beneficios similares a la facoemulsificación, pero que sus costos son cercanos a la extracción extracapsular, esta técnica se llama de incisión pequeña y como su nombre lo indica, solo requiere de una pequeña incisión, que disminuye la incidencia de astigmatismo residual posterior a la operación.

A continuación daremos algunas ideas acerca de las principales técnicas de extracción del cristalino, descritas en los textos de oftalmología.

4.2.1.- Extracción intracapsular de la Catarata (EICC).

Hasta mediados de los años ochenta, éste era el método de elección. Actualmente, la extracción intracapsular de la Catarata se indica solamente cuando el cristalino está subluxado o dislocado. Se extrae el cristalino entero con su cápsula, mediante adherencia por congelación con un crioplicador [6], a través de una gran incisión corneal superior.

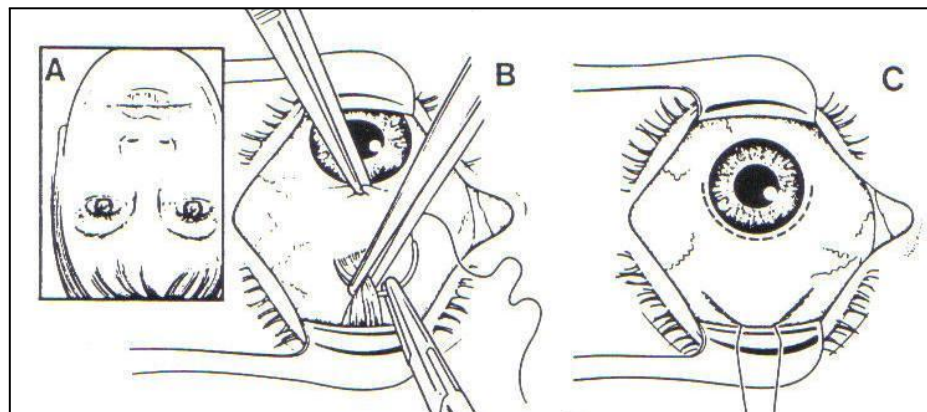


FIGURA.4.2. Extracción intracapsular de la Catarata. (A) posición del paciente desde la visión del cirujano (B) sutura bajo el tendón del recto superior. (C) emplazamiento de la incisión conjuntival [4].

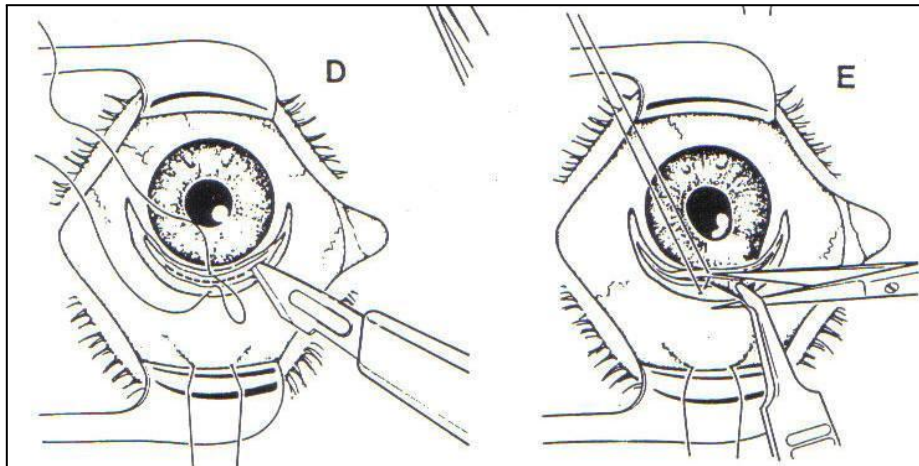


FIGURA 4.3. Continuación EEIC (D) incisión a lo largo del limbo e inserción de un punto de sutura en la insición conjuntival. (E) sección de una pequeña porción del iris [4].

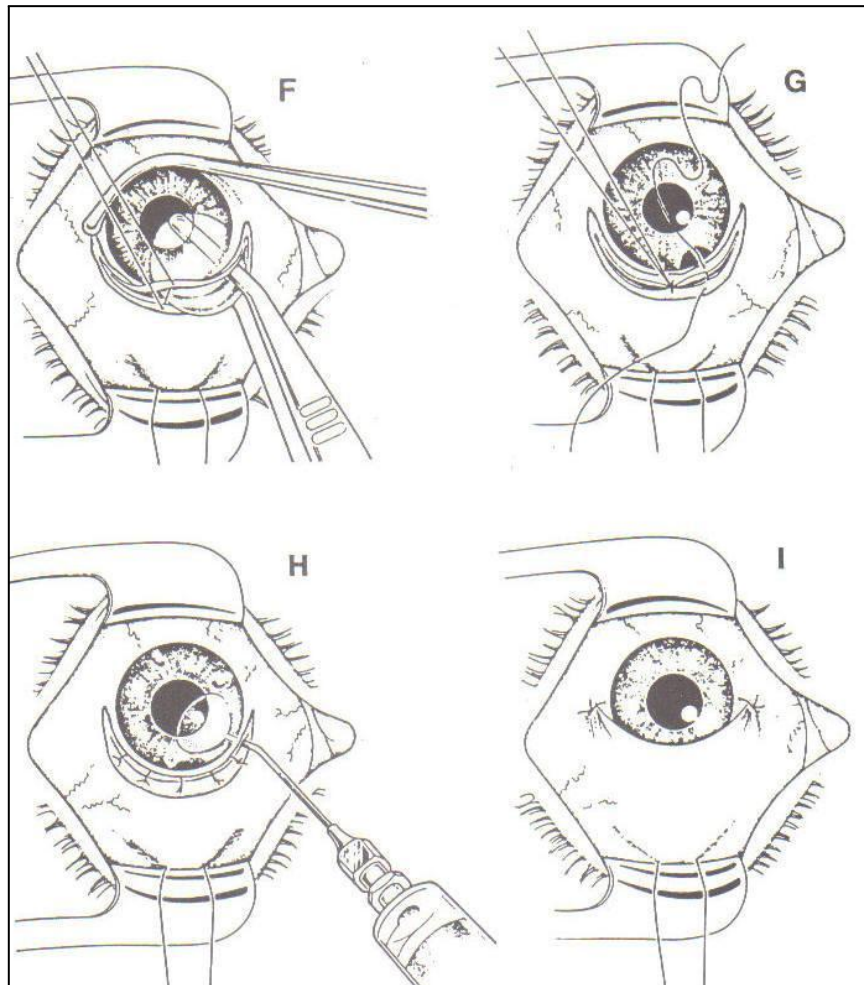


FIGURA 4.4. Continuación EICC. (F) extracción completa del cristalino. (G) sutura para cerrar la unión esclerocorneal (H) inyección de una pequeña burbuja de aire para formar de nuevo la cámara anterior (I) descenso y fijación del colgajo conjuntival [4].

La extracción intracapsular del cristalino en la actualidad se practica con menor frecuencia. La incidencia de desprendimiento de retina y edema macular cistoideo postoperatorio es bastante alta en comparación con lo que ocurre después de la operación extracapsular, pero este procedimiento aún es utilizado, especialmente en los lugares que no se dispone de recursos para realizar otro tipo de operación.

4.2.2.- Extracción extracapsular de la Catarata (EECC).

Este es el método generalmente preferido para la extracción de las Catarata, en este procedimiento se conserva la porción posterior de la cápsula del cristalino, y por esto se conoce como extracción extracapsular [2].

Se practica una incisión en el limbo o en la córnea periférica, de preferencia en la zona superior, aunque también puede realizarse en la zona temporal[2]. Se abre la cápsula anterior (capsulorrexis) (FIGURA 4.5). Solamente se extraen el núcleo y la corteza (extracción extracapsular); la cápsula posterior y el ligamento suspensorio de la zónula permanecen intactos[3]. El lente intraocular se coloca en la “bolsa capsular” vacía, la cápsula posterior le sirve como soporte (FIGURA 4.7).

En esta forma de extracción del cristalino, el núcleo se extrae intacto, pero por esta razón se necesita una incisión relativamente grande (10 a 11 milímetros [5]). La corteza se reseca por medio de aspiración manual o automatizada.

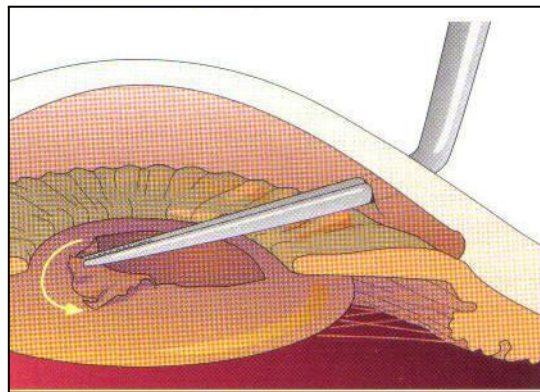


FIGURA 4.5. Apertura de la cápsula anterior (capsulorrexis circular) [3].

4.2.3.- Facoemulsificación.

Hoy día la técnica preferida para extraer el núcleo es la facoemulsión (emulsión y aspiración del núcleo del cristalino con una aguja ultrasónica de alta frecuencia) (FIGURA 4.6). Se utiliza un vibrador automático manual para desintegrar el núcleo duro, todo el núcleo es exprimido o extraído por irrigación. A continuación, las partes más blandas de la corteza se extraen por succión con una sonda de irrigación-aspiración (maniobra de irrigación-aspiración). Se pule la cápsula posterior y se implanta una lente artificial en el saco capsular vacío (FIGURA 4.7.).

Esta técnica también es de tipo de extracción extracapsular, la diferencia entre la ya descrita anteriormente es que la incisión es más pequeña, llegando a ser cercana solo a los 3mm, cuando se implanta una lente intraocular plegable, si se ocupa un lente intraocular rígido, la incisión deberá extenderse a 5mm. Las ventajas de este tipo de intervención son condiciones operatorias más controladas, evitar suturas, la herida se repara rápidamente con grados menores de distorsión corneal y se reduce la inflamación intraocular postoperatoria. Todo esto contribuye a una rehabilitación visual más rápida [2], aunque estudios demuestran que luego de varias semanas, la mejoría de la agudeza visual de un paciente operado por la técnica de extracción extracapsular es muy parecida a la de un paciente que se le realizo facoemulsificación, pero sin duda la rehabilitación con la primera técnica es bastante lenta [5].

Los riesgos que pueden ocurrir en esta técnica, es el desplazamiento hacia atrás del material nuclear a través de un desgarro capsular posterior, que generalmente requiere cirugía vitreorretiniana compleja.

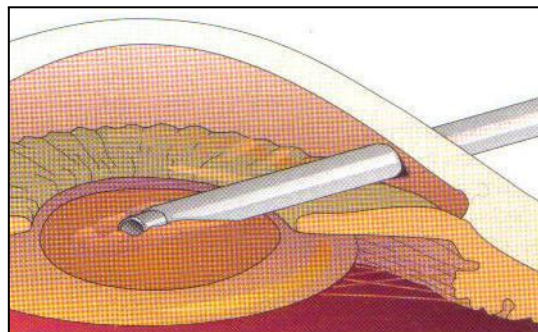


FIGURA 4.6. Destrucción del núcleo con ultrasonidos (facoemulsión) y aspiración de los fragmentos de núcleo y corteza [3].

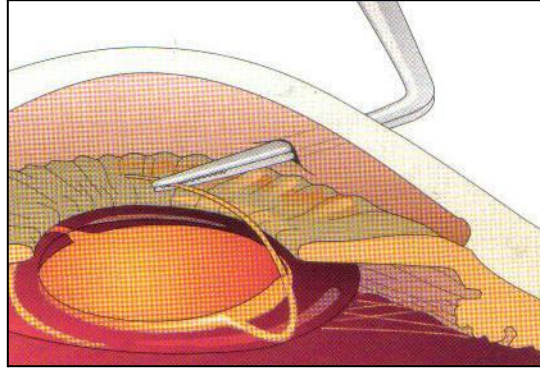


FIGURA 4.7. Implantación de una lente intraocular en el saco capsular vacío [3].

4.3.- Tipos de anestesia.

La extracción de la Catarata se realiza mayoritariamente bajo anestesia local, anestesia retrobulbar, peribulbar o tópica [3], pero en pacientes extremadamente aprensivos o nerviosos, con hipoacusia intensa o que sufren un retraso mental se hace necesario realizarla bajo anestesia general, esta última forma también está indicada en aquellos pacientes con enfermedad de Parkinson o enfermedades reumáticas y que no pueden permanecer tumbados, quietos y sin dolor[3].

4.3.1.- Bloqueo retrobulbar.

El bloqueo retrobulbar se realiza inyectando 2,5 ml. de lidocaina al 2 % en el interior del cono formado por los músculos rectos. Con el paciente en posición supina se palpa la órbita para localizar el borde inferior externo. En ese punto se introduce verticalmente una aguja de calibre 23 de 2,8cm. [4]. Luego de esto se introduce la aguja a través de la piel, hasta que el extremo de la aguja se halle detrás, luego se inclina la aguja en dirección a la unión entre el techo y la pared medial de la órbita, desde ahí se sigue profundizando hasta atravesar la capa muscular, en este lugar se inyecta el anestésico. (FIGURA 4.8.)

Puede ocurrir que al momento de aspirar antes de inyectar el anestésico se note que se ha penetrado accidentalmente una vena, ocurriendo una hemorragia y una rápida hinchazón de la

órbita, en este caso se debe abandonar la intervención, retrazandola al menos una semana, después de la cual se debe decidir si el paciente se somete nuevamente a bloqueo retrobulbar o se opta por anestesia general.

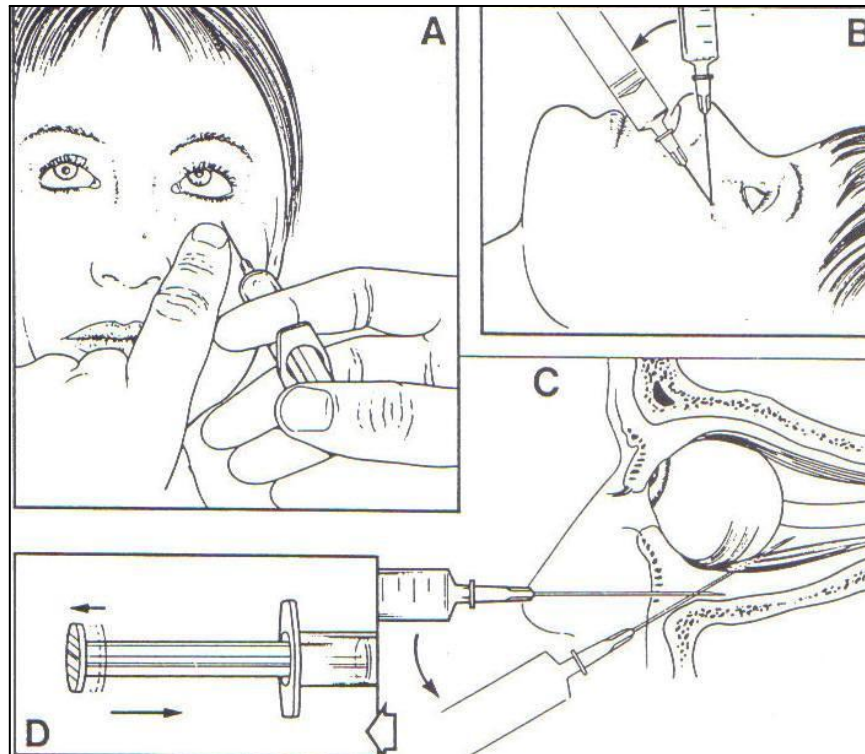


FIGURA 4.8.- Bloqueo retrobulbar (A) palpación del borde orbital e introducción de la aguja. (B) cambio del ángulo de la aguja. (C) perforación del músculo. (D) aspiración [4]

4.3.2.- Anestesia tópica.

La anestesia tópica puede lograrse con una gota de tetracaína al 0,5 % u otro medicamento similar instilado 15 minutos antes de la intervención en el saco conjuntival.

4.4.- Corrección de la afaquia.

Un ojo sin su cristalino se denomina afaquico. Cuando se extrae el cristalino se crea la necesidad de darle una solución refractiva a ese paciente, ya que su visión no mejorara solo con extraer el núcleo opaco, debido a que el cristalino es la lente gracias a la cual podemos enfocar los objetos y sin el nace la necesidad de buscar un accesorio que reemplace su función.

4.4.1.- Lente intraocular (LIO).

Actualmente, en el 95-98% de las extracciones de Catarata, se implanta una lente intraocular (LIO) en el lugar del cristalino. La presencia de una lente intraocular en un ojo operado de Cataratas se denomina pseudoafaquia. La potencia de la lente necesaria se determina antes de la intervención mediante biometría. El poder de la refracción de la lente intraocular se calcula a partir de la medida ultrasónica de la longitud axial, la constante de refracción de la LIO y el poder de refracción de la córnea. Hay dos tipos de lentes intraoculares [3]:

- Lentes intraoculares monofocales: El paciente puede elegir si la potencia de la lente artificial debe ser adecuada para ver de cerca o para ver de lejos.
- Lentes intraoculares bifocales o multifocales. Permiten enfocar objetos cercanos y lejanos. Sin embargo, hay que notar que no alcanzan la calidad óptica de las imágenes de las lentes monofocales

4.4.2.- Gafas para la corrección de la afaquia.

El desarrollo de las lentes intraoculares ha hecho excepcional la corrección de la ausencia del cristalino (afaquia) con lentes gruesas, que eran la norma cuando se realizaba la extracción intracapsular de la Catarata. No es posible corregir la afaquia monocular con gafas, porque la diferencia de tamaño entre las imágenes retinianas de los dos ojos (aniseiconia) es demasiado grande. Por tanto, la corrección con gafas es adecuada solamente para la corrección de la afaquia bilateral. Además, a diferencia de las lentes de contacto, las gafas tienen el inconveniente de limitar el campo visual periférico (escotoma anular y periférico).

4.4.3.- Lentes de contacto (blandas, rígidas, permeables al oxígeno).

Proporcionan un campo visual casi normal y son adecuadas para la corrección postoperatoria de la Catarata unilateral, ya que la diferencia en el tamaño de la imagen retiniana es casi inapreciable. Sin embargo, muchos pacientes ancianos tienen la dificultad para aprender el manejo de las lentes de contacto.

CAPITULO V. PROGRAMA CATARATA AUGE.

Extracto del documento de trabajo del Protocolo Auge [7]

5.1.- Objetivo.

Prevenir la ceguera, mejorando la agudeza visual y la calidad de vida de los adultos de 15 años y más con Cataratas mediante la cirugía con lente intraocular a los casos con indicación y criterios de inclusión.

5.2. Modelo y red de atención.

Las actividades principales: Sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica y cirugía, están definidas según nivel de atención y su interrelación debe conformar un flujo continuo.

5.2.1.- nivel primario y secundario de atención.

- Sospecha diagnóstica de Catarata

Esta primera etapa se inicia cuando la persona mayor de 15 años consulta espontáneamente o es pesquisada en un Control de Salud en Atención Primaria de Salud (APS) y se detectan los siguientes signos:

- Alteración de la agudeza visual indolora, no acompañada de ojo rojo, gradual, uni o bilateral que se manifiesta como: Visión borrosa para lejos y/o cerca; Deslumbramiento; Percepción alterada de colores; Diplopía monocular; Miopía transitoria

- Examen

1. Agudeza visual menor a 0,3 que no mejora al tomarla con agujero estenopeico, a diferencia de las ametropias.

2. El examen del rojo pupilar revelará Leucocoria, atenuación o ausencia de rojo pupilar en el ojo afectado
- Equipamiento:
1. Cartilla de Snellen
 2. Oftalmoscopio directo
 3. Agujero estenopeico

Los pacientes sospechosos de Cataratas deben ser derivados a oftalmólogo.

5.2.2.- CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA: Consulta Oftalmólogo.

Se debe contar con un oftalmólogo que permita la confirmación diagnóstica de la Catarata, debe descartar que la mala visión se deba a otra causa, así como solucionar defectos de refracción y detectar otras patologías.

El Oftalmólogo realizara los siguientes procedimientos:

1. Examen Clínico: Historia de la alteración visual
2. Medición de la agudeza visual
3. Refracción clínica (lograr la mejor visión binocular)
4. Biomicroscopía
5. Medición de la presión intraocular
6. Fondo de ojo
7. Descartar patología asociada que produzca disminución de la agudeza visual.

Los pacientes que cumplen con el criterio de inclusión se derivan al nivel terciario con evaluación preanestésica.

5.3.- Componente del protocolo.

5.3.1.- NIVEL SECUNDARIO O TERCIARIO DE ATENCIÓN “Tratamiento Quirúrgico de Catarata”.

Para indicar el tratamiento, el médico oftalmólogo toma en cuenta los siguientes criterios.

5.3.1.1.- Criterios de Inclusión:

Paciente mayor de 15 años

La cirugía se realizará cuando la agudeza visual sea igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

Salud compatible con procedimientos quirúrgicos y anestésicos

5.3.1.2.- Criterios de exclusión:

Relativos:

Insuficiencia cardiaca

Insuficiencia respiratoria

Diabetes o trastornos metabólicos descompensados

Absoluto:

Agudeza Visual igual o mayor de 0,4

Ceguera total o absoluta

Paciente que rechaza intervención quirúrgica

5.4.- Métodos Diagnósticos Para Definir Tipo De Lente Intraocular.

Se realizaran los siguientes procedimientos:

Ecografía

A Scan para el calculo del lente intraocular

B Scan en caso de Catarata que impida visión de fondo de ojo

5.5.- Tratamiento Quirúrgico.

Facoeresis o extracción del cristalino

El 80% de las cirugías se realizan con la Técnica Facoemulsificación y un 20% con la Técnica Extracapsular. Ocasionalmente puede ser intracapsular. Y se Implantara una lente intraocular.

5.6.- Seguimiento.

Control dentro de las 48 hrs siguientes, a las dos semanas y a la sexta semana

El Alta es a la sexta semana con lente óptico

Control urgente en caso de dolor ocular, perdida de visión o traumatismo ocular

5.7.- Atención con garantías.

Tratamiento quirúrgico de Cataratas con ecografía, - A Scan ó B Scan - para el cálculo del lente intraocular.

5.7.1.- Garantías De Acceso.

Toda persona de 15 años y más con diagnóstico de Cataratas que cumpla los criterios de inclusión y con pase quirúrgico tendrá acceso a la cirugía e implante de lente intraocular, seguimiento postoperatorio y alta con lente óptico.

5.7.2.- Garantías De Oportunidad.

Toda persona de 15 años y más con diagnóstico de Catarata y criterios de inclusión tendrá acceso al tratamiento quirúrgico en un plazo máximo de 6 meses desde la fecha de indicación. En caso de tener Cataratas bilaterales, el segundo ojo se operará dentro de un plazo máximo de 6 meses desde la primera intervención.

5.7.3.- Garantías De Calidad.

Al menos 90% de las personas de 15 años y más operados por Catarata mejoran su visión a partir de la cirugía de Catarata respecto a su visión previa, excepto en casos de glaucoma o retinopatía diabética

5.8.- Formulario de solicitud de Interconsulta (FIG 5.1).

5.8.1.- Objetivo.

Instrumento que utiliza el profesional, para derivar a un(a) paciente a la atención de un especialista, con el fin de comprobar una hipótesis diagnóstica.

5.8.2.-Estructura.

- Identificación del establecimiento de salud y o servicio clínico de origen.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos clínicos.
- Datos del profesional que solicita la Interconsulta.
- Comprobante solicitud de Interconsulta.

5.8.3.- Instructivo De Llenado.

4. Historia Clínica: Deberá consignarse uno a uno en cada casillero, el número asignado a la Historia Clínica del paciente
5. Nombre: Deberá registrarse: apellido paterno, luego el materno y finalmente los nombres del (de la) paciente, contra Cédula de Identidad del paciente a la vista.
6. RUT: Deberán registrarse uno a uno los números correspondientes al Rol Único Tributario del(de la) paciente (mismo número de la Cédula de Identidad, que la tendrá a la vista).
7. Si es Recién Nacido aún no inscrito (R.N): deberá consignarse el RUT de uno de sus padres (mamá o papá). Al igual que los números anteriores, contra Cédula de Identidad a la vista.

8. Sexo: Se deberá individualizar el sexo del(de la) paciente, marcando con una “x” la categoría que corresponda.
9. Fecha de nacimiento: Se deberá registrar la fecha de nacimiento, en los casilleros correspondientes a día – mes - y año, con el formato dd/mm/aaaa.
10. Edad: Registrar en casilleros horizontales el número que corresponda y en los casilleros verticales marcar con una “x”, si dichos números indican años, meses, días u horas de vida.
11. Domicilio: Deberá consignar nombre de la calle, avenida o pasaje, número de la casa o departamento, número o letra del block o edificio, nombre la población o villa y nombre de la ciudad donde reside el(la) paciente.
12. Comuna de residencia: Deberá indicarse el nombre de la comuna de residencia del (de la) paciente.
13. Correo electrónico: Si el(la) paciente lo tuviere, deberá registrarse en forma clara su dirección completa de E-mail.
14. Teléfono: Debe registrarse uno a uno y en cada casillero el número de teléfono, ya sea de red fija o celular, del(de la) paciente y/o del(de la) familiar o contacto, a objeto de una rápida ubicación, si fuere necesario.
15. Fax: Si lo tuviere, deberá registrar número en los casilleros correspondientes
16. Previsión:
FONASA.- Si el(la) paciente es beneficiario(a) de FONASA, deberá consignar en los casilleros verticales con una “x” el tramo a que pertenece.
ISAPRE.- Si el(la) paciente es cotizante de alguna ISAPRE, deberá registrar el nombre completo de la misma
OTRA.- Si el(la) paciente no pertenece ni a FONASA, ni a ISAPRE, deberá registrar en este espacio claramente si pertenece a FFAA (Fuerzas Armadas y/o Carabineros, CAPREDENA, DIPRECA); Particular; PRAIS; etc.

5.8.3.1.- Datos clínicos.

17. Se deriva para ser atendido en:

- Establecimiento: Debe registrar claramente el nombre completo del establecimiento al que será enviado el paciente para la Interconsulta.

- Especialidad: Debe registrar el nombre de la especialidad a la que se está solicitando la interconsulta (Ej: Cardiología, Endocrinología, etc.)

18. Hipótesis Diagnóstica El(la) profesional deberá consignar claramente cuál es su hipótesis diagnóstica, sin usar siglas y con letra legible.

19. Sospecha problema de Salud AUGE: Se debe registrar con una “X” frente al casillero que corresponda, si el(la) profesional considera que el(la) paciente presenta una patología AUGE. Si ha marcado “SI” deberá consignar en letras el nombre del problema de salud AUGE que presenta el paciente tal como se encuentra escrito en el listado que debe estar disponible en el BOX.

20. Fundamentos del Diagnóstico: se deberán registrar los fundamentos de la hipótesis diagnóstica, por ejemplo, determinadas observaciones de la anamnesis y/o del examen físico, resultados de exámenes de laboratorio, de imagenología, etc.

21. Exámenes realizados: Aquí deberá registrar los nombres de todos los exámenes que fueron realizados al(a la) paciente antes de solicitar la presente interconsulta. (Ej.: exámenes de laboratorio, imagenología, etc.)

5.8.3.2.-Datos del (de la) profesional (que solicita la interconsulta).

22. Nombre: Deberá registrarse el apellido paterno, materno y nombres del(de la) profesional que está haciendo la solicitud

23. RUT: Deberá anotarse uno a uno los números correspondientes al Rol Único Tributario del(de la) profesional.

24. FONO: Deberá registrarse en forma clara el número de teléfono de rápida ubicación del(de la) profesional.

25. E-mail: Deberá registrarse en letra legible el correo electrónico del(de la) profesional, si lo tiene.

5.8.3.3.- Comprobante de solicitud de interconsulta (colilla para el paciente).

Contiene los datos de la citación del paciente y es llenado por el SOME una vez que le asigna hora.

- Establecimiento de origen: Se registrará el nombre del establecimiento que originó la interconsulta, sin utilizar siglas.

- Fecha y hora de recepción de solicitud: Se estampará el día, mes y año en que se recibe la interconsulta en el establecimiento receptor, señalando la hora de la recepción.
- El paciente debe ir a : Se debe registrar el nombre del establecimiento asistencial y el Servicio que recibirá la interconsulta, donde será atendido el(la) paciente
- Fecha y hora indicadas: Debe quedar consignado con dos dígitos el día y mes, y el año completo en que será atendido el(la) paciente. (Ej.: 03-04-2004)
- Hora: Registrar con dos dígitos la hora y los minutos en que será atendido el(la) paciente (Ej: 08:45 horas)

5.9.- Formulario de informe del proceso de diagnostico (fig.5.2).

5.9.1.-Definición.

Instrumento que utiliza el Profesional de Especialidad para confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica y comunicar estos antecedentes al establecimiento de origen. En un caso en sospecha AUGE define el momento del cambio desde un caso en etapa sospecha a un caso confirmado, indicando además la fecha de inicio de tratamiento.

5.9.2.-Objetivo.

Comunicar formalmente al SOME el Diagnóstico del paciente referido, a fin de que se registre en el SIS 2004.

5.9.3.- Estructura.

- Identificación del Establecimiento que recibe la referencia
- Datos del (de la) paciente
- Datos Clínicos

- Datos del profesional

5.9.4.-Instructivo de llenado.

Fecha y hora del Informe: Debe registrarse con 2 dígitos el día y mes, además del año completo en que se está llenando el informe, consignando la hora.

1. Servicio de Salud: Debe indicarse el nombre del Servicio de Salud a que pertenece el establecimiento que recibió e informó la Interconsulta.
2. Establecimiento: Registrar nombre (sin utilizar siglas) del establecimiento que recibió e informó la interconsulta (que recibe la referencia)

5.9.4.1.-Datos del (de la) paciente.

3. Historia Clínica: Deberán registrarse uno a uno los números que conforman el N° de Historia Clínica que el paciente tiene en el establecimiento que atiende la Interconsulta.
4. Nombre: Autoexplicativo, teniendo cuidado de seguir el orden indicado (apellido paterno, materno y nombres)
5. RUT: Debe registrarse claramente, uno en uno el número del Rol Único del paciente.
6. Problema de Salud Auge (sí corresponde): Aquí se debe registrar el nombre del Problema de Salud Auge deberá consignar en letras el nombre del problema de salud AUGE que presenta el paciente (sin emplear siglas) tal como se encuentra escrito en el listado que debe estar disponible en el BOX.

5.9.4.2.- Datos clínicos.

7. Confirma que el Diagnóstico pertenece al Sistema Auge: Debe: Debe marcar con una “X” el casillero (Sí-No) que corresponda, y estampará su firma al lado derecho sobre la línea respunteada para ese efecto.
8. Diagnóstico: Se deberá registrar con letra legible el o los diagnósticos concluyentes después de la atención médica.
9. Fundamentos: Aquí se consignará los fundamentos que tuvo el Profesional para confirmar el problema de salud.

10. Tratamiento e Indicaciones: Deberá consignar tratamientos e indicaciones a seguir por el paciente.

11. Fecha de indicación de inicio de tratamiento: Deberá establecer día, mes y año de inicio del tratamiento.

5.9.4.3.- Datos del profesional.

12. Nombre: Deberá registrarse el apellido paterno, luego el materno y los nombres del profesional que está atendiendo al paciente.

13. RUT: Deberá consignar uno en uno los números del Rol Único del profesional.

14. Teléfono: Aquí deberá registrar un N° de teléfono de rápida ubicación del profesional.

15. Correo electrónico: Registrar con claridad el e-mail del profesional (si lo tiene).

16. Especialidad o Servicio Clínico: Se consigna la Especialidad o Servicio Clínico al cual el profesional pertenece. (Ej: Broncopulmonar, Cardiología, Endocrinología, etc.).

17. Establecimiento que solicitó la Interconsulta: Se deberá registrar el nombre del establecimiento de origen de la interconsulta.

FIGURA 5.1. Formulario de solicitud de Interconsulta.

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

GOBIERNO REGIONAL DE VALAIOLO

FECHA SOLICITUD: HORA:

FOLIO N° PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE

1. Servicio de Salud		2. Establecimiento	
3. Especialidad o Servicio Clínico			
DATOS DEL (DE LA) PACIENTE			
5. Nombre			4. Historia clínica <input type="text"/>
6. RUT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		7. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario <input type="text"/>	
8. Sexo (marcar con X) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		9. Fecha nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. Domicilio		10. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(Calle, Número, N° Interior, Block, Villa, Localidad)			
12. Comuna de residencia		14. Teléfono <input type="text"/>	
13. Correo electrónico		15. Fax <input type="text"/>	
16. PREVISIÓN FONASA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		17. ESPRRE (especificar nombre) <input type="text"/>	
		Otra (especificar) <input type="text"/>	
DATOS CLÍNICOS			
17. Se desea para ser atendido en:			
Establecimiento <input type="text"/>			
Especialidad <input type="text"/>			
18. Hipótesis diagnóstica <input type="text"/>		19. ¿Sospecha problema de salud AUCE? <input type="checkbox"/> Si (especificar cual) <input type="checkbox"/> No	
20. Fundamentos del diagnóstico <input type="text"/>		21. Exámenes realizados <input type="text"/>	
DATOS DEL PROFESIONAL			
22. Nombre			
23. RUT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		24. Profesión <input type="text"/>	
25. Teléfono <input type="text"/>		26. Correo electrónico <input type="text"/>	
		Firma Profesional <input type="text"/>	

Original Establecimiento que emite la interconsulta

COMPROBANTE SOLICITUD INTERCONSULTA PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD: HORA:

FOLIO N°

5.10. Registro SIS Cataratas.

El SIS es el sistema informático de salud, la tabla 5.1 nos muestra las distintas etapas del protocolo Auge y las características más importantes.

TABLA 5.1. Registro SIS Catarata

Etapas	Atención	Hitos que registra el SIS	Plazos	Prestaciones Trazadoras
Sospecha	Adulto con sospecha es derivado a especialista oftalmólogo.	Solicitud de Interconsulta a oftalmólogo		0101113, consulta integral de especialidades en medicina interna
		Fecha de Citación al especialista		
		Fechas de realización de la prestación trazadora consulta.		
Confirmación Diagnóstica	El criterio de Confirmación diagnóstica es la consulta del Especialista Oftalmólogo que confirma el diagnóstico y los criterios de inclusión quirúrgicos.	El médico especialista emite el Informe de proceso Diagnóstico donde confirma el caso (fecha de Confirmación) e indica una fecha en la cual debiera iniciarse el tratamiento (fecha de inicio de tratamiento)		
Tratamiento	Tratamiento quirúrgico e implante de lente intraocular	En el sistema se registran las fechas de solicitud de las órdenes de Atención y de procedimientos. Se registran las fechas de citación a los procedimientos	6 meses desde la fecha de confirmación a la fecha de citación de la cirugía en caso de unilateralidad	1202164, Facoesis con implante de lente intraocular (incluye valor de la prótesis)
		Se registran las fechas de realización de las Prestaciones Trazadoras.	12 meses desde la fecha de confirmación a la fecha de citación de la cirugía en caso de bilateralidad	
Seguimiento	Control al Séptimo día y a la sexta semana	En el sistema se registran las fechas de solicitud de las órdenes de Atención y de procedimientos. Se registran las fechas de realización de las Prestaciones Trazadoras.		0101113, consulta integral de especialidades en medicina interna

CAPITULO VI. EXPOSICIÓN DE LOS DATOS.

Los datos de este trabajo se separan en dos grandes grupos, un grupo obtenido de la revisión de los datos según nómina que envía SOME junto con las fichas de los pacientes citados a Confirmación Diagnóstica y cuyo resultado luego es informado por el Departamento de Estadística y al SIS (sistema informático de salud) y otro grupo que fue producto de la revisión de fichas, de los pacientes operados de Catarata por el programa Catarata Auge. Por ser estos dos grupos distintos, presentaremos los datos separadamente.

6.1.- Datos de Interconsultas.

Los datos obtenidos son de los pacientes con Interconsultas con hipótesis diagnóstica de Catarata o posible Catarata y que fueron derivados al Policlínico de Oftalmología del Hospital Gustavo Fricke, entre los meses de Junio a Diciembre del año 2005. El profesional que extiende la interconsulta para derivar a estos pacientes es casi siempre del área primaria, de los consultorios, otra posibilidad es que se derive desde el mismo hospital. El médico oftalmólogo al recibir este paciente debe primero que todo confirmar este posible diagnóstico y luego determinar si la Catarata del paciente cumple los criterios de inclusión al programa.

Desde el mes de Agosto se crea el Poli Catarata, creado para dar un orden en la cantidad de pacientes que se atendían para entrar al sistema, en los meses de Junio y Julio esta modalidad no existía, así que para obtener los datos en esos meses, se tomo como referencia los pacientes nuevos que consultaron y que de preferencia fuesen derivados por la entidad denominada Auge, en los meses de Agosto a Diciembre se tomo a los pacientes que acudieron al Poli Catarata y algunos que no acudían a este, pero eran pacientes nuevos y estaban derivados por la misma entidad Auge.

Se obtuvieron 687 datos, los cuales fueron divididos según la patología que fue consignada en la nomina, dividiéndose en 5 categorías, las cuales son: pacientes con confirmación diagnóstica de Catarata, pacientes con patología en estudio, pacientes que

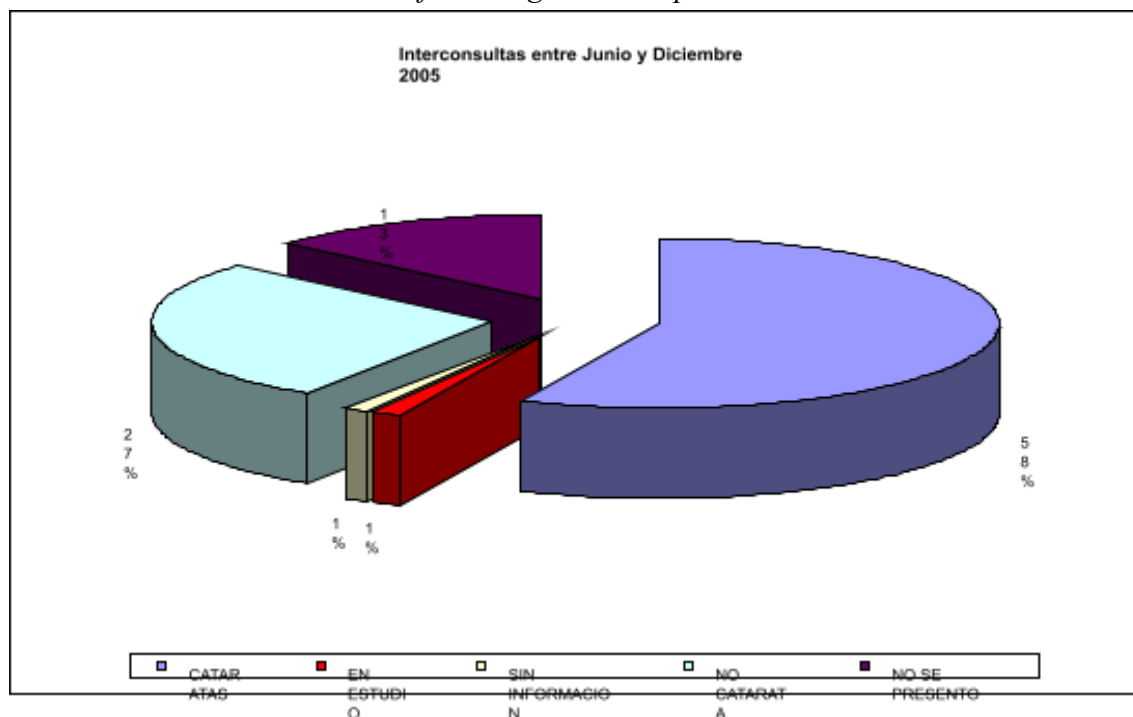
presentaban otra patología que no fuese Catarata y los que no se presentaron, la tabla 6.1, muestra los porcentajes y cantidad de pacientes por cada rango, lo cual es corroborado en el grafico 6.1.

El detalle de los datos se encuentra en el Apéndice I.

TABLA 6.1. Resumen de pacientes por rango

PATOLOGÍA	Cantidad	Porcentaje
CATARATAS	389	56.62%
EN ESTUDIO	10	1.46%
SIN INFORMACION	8	1.16%
NO CATARATA	188	27.37%
NO SE PRESENTO	92	13.39%
total	687	100.00%

Grafico 6.1. Porcentajes de patologías de los pacientes que acudieron al Policlínico de Oftalmología del Hospital Fricke



De este total de pacientes, 389 fueron diagnosticados Cataratas, los cuales a su vez fueron subdivididos según su previsión, pudiendo esta ser de alguno de los cuatro tramos de ingreso de FONASA (véase TABLA 6.2) o ser particular.

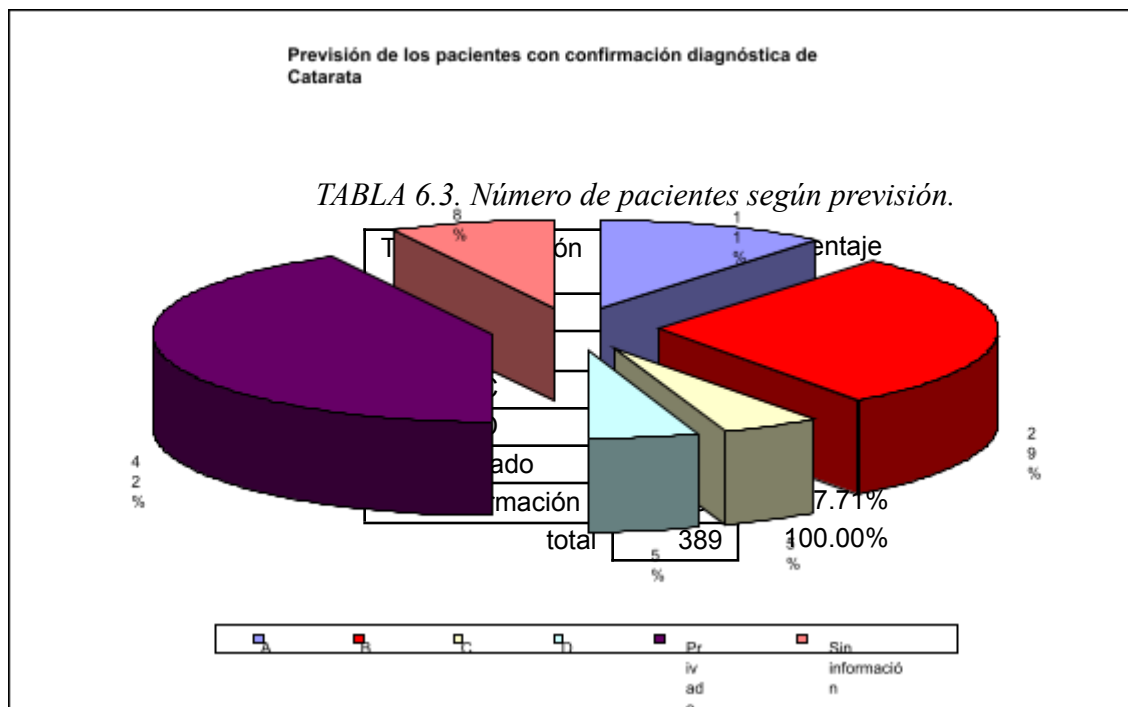
TABLA 6.2. Tramos de Ingresos de FONASA [8]

GRUPO	DESCRIPCION	CUANTO PAGA
A y B	Ingreso Imponible Mensual Menor o igual a \$ 127.500	Atención Gratuita
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$ 127.500 y Menor o igual a \$ 186.150. Si las Cargas son 3 ó más se considerarán en el Grupo B.	Paga el 10% de la atención
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$ 186.150. Si las Cargas son 3 ó más se considerarán en el Grupo C.	Paga el 20% de la atención

Tramos de Ingresos vigentes hasta Junio del 2006

Los datos se encuentran en el Apéndice I y a continuación se presentan la TABLA 6.3 y el Grafico 6.2, que muestran la cantidad y porcentaje de pacientes en cada subgrupo.

Grafico 6.2.- Previsión de los pacientes con confirmación diagnóstica de Catarata.



6.2.- Datos de los pacientes operados de Catarata.

De los 286 pacientes operados entre Junio y Diciembre del 2005, se lograron obtener datos de 135 de ellos, los cuales van a ser presentados a continuación

6.2.1.- Semanas entre la confirmación diagnóstica y la operación.

El protocolo Auge define que desde la confirmación diagnóstica no deben pasar mas de 6 meses, pasado de esta fecha la garantía está vencida, de los datos obtenidos, se extrajo las semanas que se tardó en operarlos, a continuación se presenta el Gráfico 6.3 con los porcentajes y la tabla 6.4. con las cifras. Los datos se encuentran en el Apéndice II, Tabla 2.1.

Gráfico 6.3. Semanas entre confirmación Diagnóstica y operación

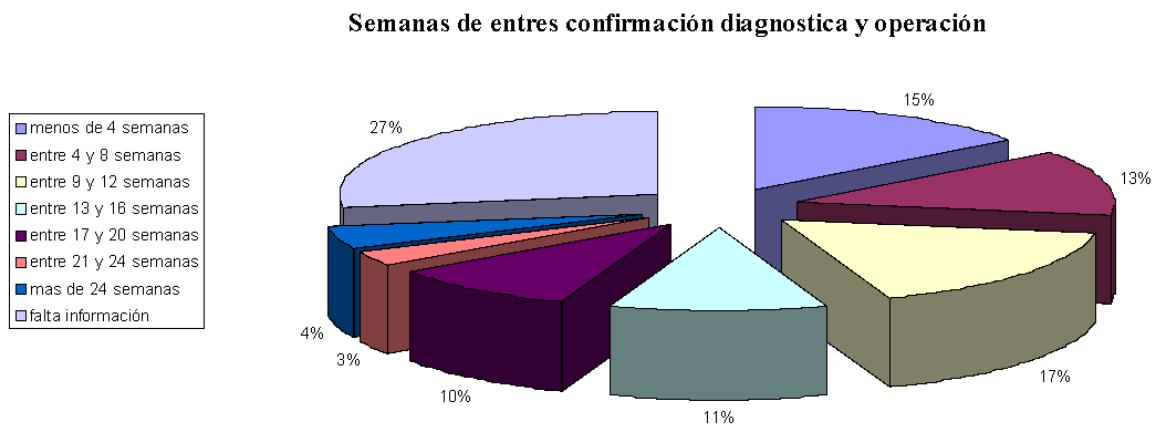


TABLA 6.4. Semanas entre confirmación diagnóstica y operación

Semanas	Cantidad de pacientes
menos de 4 semanas	20
entre 4 y 8 semanas	17
entre 9 y 12 semanas	23
entre 13 y 16 semanas	15
entre 17 y 20 semanas	13
entre 21 y 24 semanas	4
mas de 24 semanas	6
falta información	37

Total Pacientes: 135

6.2.2.-Mejoría de la Agudeza Visual.

En este punto dividimos a los datos obtenidos en otros dos grandes grupos, el de los pacientes operados con Extracción extracapsular y los operados con Facoemulsificación, tuvimos que descartar los datos de 2 pacientes, ya que según el acta de operación, uno entro a pabellón por una dehiscencia de sutura (cuando la sutura luego de la operación de Catarata se suelta un poco y se sutura nuevamente) y el otro por el reacomodo de la LIO, por lo cual en estos casos no se pudo determinar cual fue el tipo de operación realizada con anterioridad.

Primero presentaremos los datos de mejoría, donde solo tomamos en cuenta si la Agudeza Visual disminuía, mejoraba o se mantenía, sin tomar en cuenta la magnitud de este cambio, la cantidad de pacientes por cada tramo se encuentra en la TABLA 6.5. y el Gráfico 6.4 representa el porcentaje de los mismos datos.

Los datos se encuentran en el Apéndice II, Tabla 2.2.

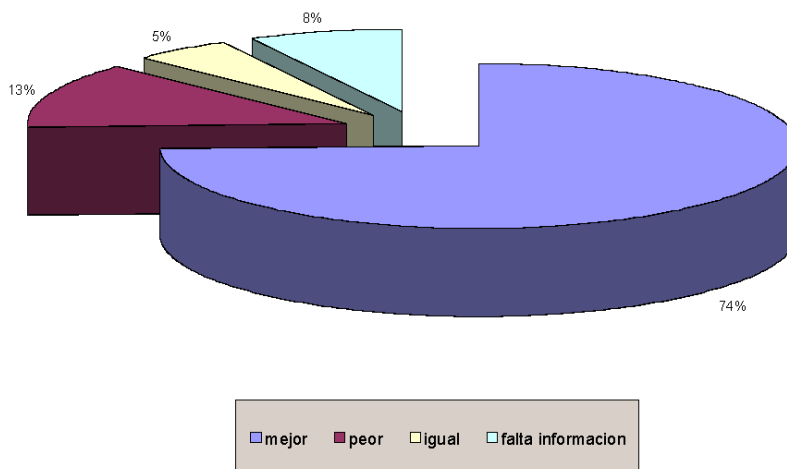
TABLA 6.5. Variación de la Agudeza Visual en los pacientes operados con EECC

Variación de la AV	Cantidad de pacientes
mejor	29
peor	5
igual	2
falta informacion	3

Total pacientes: 39

Gráfico 6.4. Variación de la AV en pacientes operados con EECC

Variación de la AV en pacientes operados con EECC



Además de informarnos acerca de la variación de la Agudeza Visual, quisimos indagar de que magnitud fue, para eso calculamos las líneas de visión que mejoro el paciente, tomando como referencia la TABLA 6.6, el promedio de mejora o disminución de visión en los pacientes operados con la técnica EECC se encuentra en la TABLA 6.7.

TABLA 6.6. Líneas de Visión, en orden decreciente

Líneas de Visión
1,0
0,9
0,8
0,625
0,5
0,4
0,3
0,25
0,2
0,16
0,125
0,1
0,05
cd
mm
luz
NVL

TABLA 6.7. Promedio de mejora y perdida de AV, en líneas de visión.

Promedio de mejoría de visión	6,43
Promedio de perdida de visión	1,25

Además de cuantificar y promediar la variación de la AV, se obtuvo la información del grado de perdida de visión central de los pacientes luego de la operación, tomando como referencia la TABLA 6.8, los resultados se encuentran en la TABLA 6.9.

TABLA 6.8. Notación de la Agudeza Visual Central [9]

	Snellen		Distance	Loss of central vision, %
	English		Metric	
20/16			6/5	0
20/20			6/6	0
20/25			6/7,5	5
20/32			6/10	10
20/40			6/12	15
20/50			6/15	25
20/64			6/20	35
20/80			6/24	40
20/100			6/30	50
20/125			6/38	60
20/160			6/48	70
20/200			6/60	80
20/300			6/90	85
20/400			6/120	90
20/800			6/240	95

TABLA 6.9. Promedios de pérdida de visión central en pacientes operados con EECC

Variación AV	Promedio perdida de Visión central
Mejor	38.97%
Igual	92.5%
Peor	91.25%

Del otro grupo de pacientes, los operados con Facoemulsificación se realizó el mismo procedimiento de división de los datos, los cuales se detallan a continuación

TABLA 6.10. Variación de la Agudeza Visual en los pacientes operados con FACO

Variación de la AV	Cantidad de Pacientes
peor	9
igual	8

mejor	70
falta información	7
Total Pacientes: 94	

Gráfico 6.5. Variación de la AV en pacientes operados con FACO.

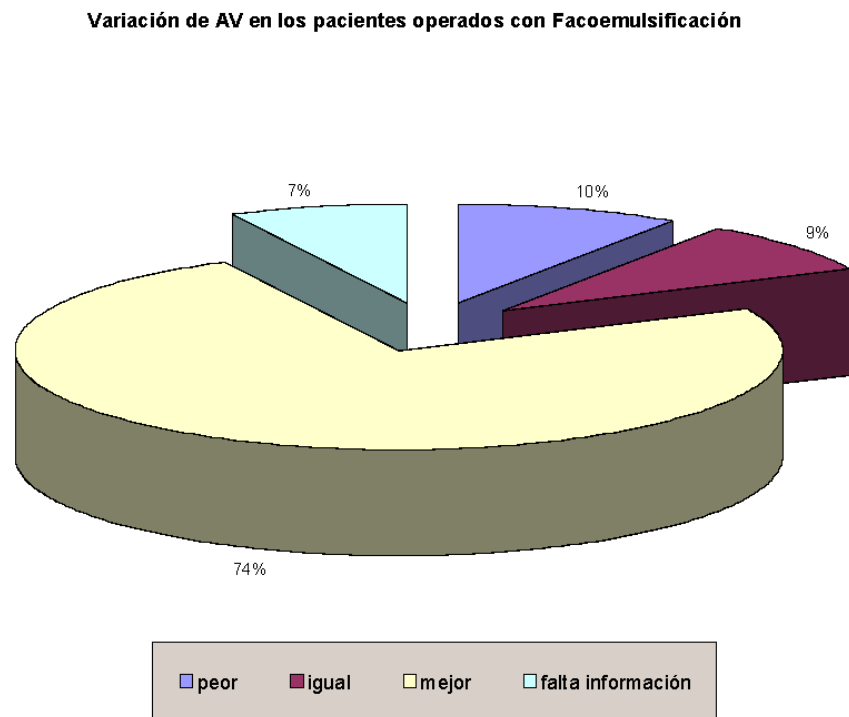


TABLA 6.11. Promedio de mejora y pérdida de AV, en líneas de visión.

Promedio de mejoría de visión	5.97
Promedio de pérdida de visión	2.11

TABLA 6.12. Promedios de pérdida de visión central en pacientes operados con FACO

Variación AV	Promedio pérdida de Visión central
--------------	------------------------------------

Mejor	24,07%
Igual	63,75%
Peor	85%

6.2.3.- Grado de ametropía del paciente después de la operación.

Con la colocación de una LIO el paciente debería de quedar emetrope para visión lejana, necesitando solo lentes para cerca, a continuación clasificaremos los datos obtenidos tomando en cuenta los grados esféricos de la prescripción de lentes para lejos que le recetó el Oftalmólogo, en su defecto, si este dato no existiese se tomará como referencia la ultima refracción realizada al paciente.

Para cuantificar el grado de ametropía del paciente, los clasificaremos en miopes (altos, medios y bajos) e hipermétropes (altos, medios y bajos) basándonos en la TABLA 6.8.

TABLA 6.13. Grados de ametropía

Grado de ametropía	Dioptrías esféricas
Miopía baja	-0,25(D) a -3.00 (D)
Miopía media	-3,00 (D) a -6,00 (D)
Miopía Alta	> -6,00 (D)
Hipermetropía baja	+0,25 (D) a +2,00 (D)
Hipermetropía media	+2,25 (D) a +5,00 (D)
Hipermetropía alta	> +5,00

Los pacientes también fueron divididos en dos grupos, dependiendo de su tipo de operación, a continuación comenzaremos con los operados con EECC y continuaremos con los operados con FACO.

TABLA 6.14, Pacientes operados con EECC y su grado de ametropía

hipermetropes altos	1
hipermetropes medios	9
hipermetropes bajos	9
falta información	8
miopes altos	0

miopes bajos	8
miopes altos	0
solo cilindro	4
Total Pacientes:39	

Gráfico 6.8 Porcentaje de grado de ametropía en los pacientes operados con EECC

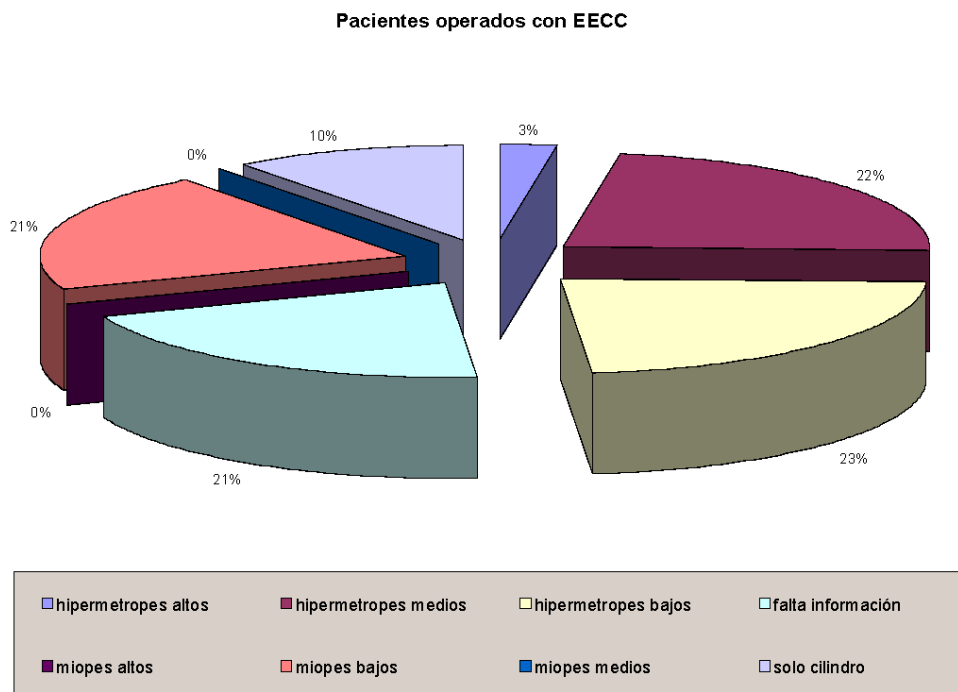
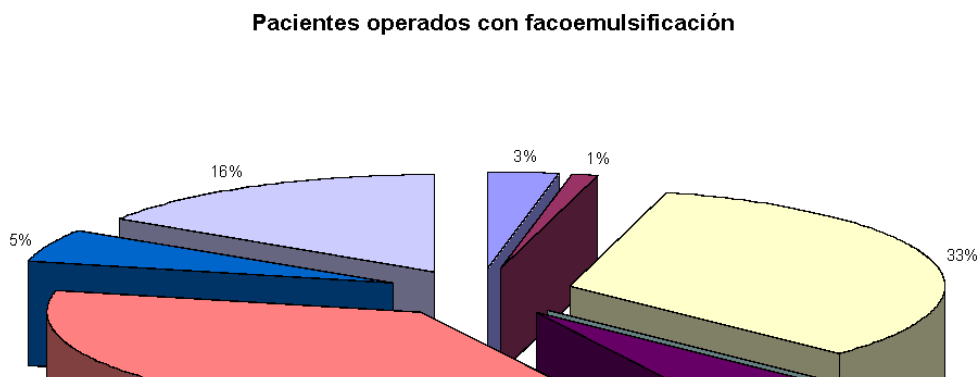


TABLA 6.15. Pacientes operados con FACO y su grado de ametropía

miopes altos	3
miopes medios	1
miopes bajos	31
hipermetropes altos	0
hipermetropes medios	5
hipermetropes bajos	34
solo cilindro	5
falta información	15
Total Pacientes: 94	

Gráfico 6.8, Porcentaje de ametropía en los pacientes operados por FACO



6.2.4.- Prescripción de lentes.

El Alta del paciente debe ser a la sexta semana, con lentes para cerca si lo requiere, a continuación mostraremos una tabla y un gráfico que nos muestra si se le prescribieron lentes al paciente y de que tipo.

TABLA 6.16. Prescripción de lentes

Tipo de lentes	Cantidad de pacientes
no se le receto lentes	76
Neutro	2
Para lejos	14
Para cerca	5
Para lejos y para cerca	38

Total pacientes: 135

Gráfico 6.9. Porcentaje del tipo de prescripción de lentes a los pacientes operados de Catarata.

Prescripcion de lentes



CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente capítulo hablaremos más allá de los números presentados en el capítulo anterior, tratando de explicar un poco el porqué de los resultados obtenidos y las repercusiones que estos pueden tener.

7.1.- Datos obtenidos de las nóminas de Interconsultas.

Del total de pacientes que se presentaron con diagnóstico de Catarata o posible Catarata, un 56,62% recibió la confirmación diagnóstica de que su patología sí era una Catarata, pero llama la atención que el 27,37%, aunque su Interconsulta era por la misma patología, fueron descartados, porque la patología que presentaban no correspondía, haciendo que esos cupos fueran mal ocupados.

El protocolo Auge estipula que el profesional que hace la derivación, debe contar por lo menos con un instrumental básico, que consta de una cartilla de Snellen, un oftalmoscopio y un agujero estenopeico, pero este 27,37% de pacientes mal derivados nos hace pensar si realmente este requerimiento mínimo se cumple, no porque esperemos que la derivación sea un 100% efectiva, sino porque concretamente uno de cada cuatro pacientes asiste al Policlínico de Oftalmología con la esperanza de que su afección visual tendrá una solución y se encuentran de frente a la realidad de que su patología no era una Catarata y en ese tiempo también se llevaban la desilusión de que su patología ni siquiera era parte del Plan Auge.

Si los pacientes que concurren a buscar su confirmación diagnóstica son de tan variada posibilidad diagnóstica, el Oftalmólogo se ve en la obligación de hacer una especie de screening con cada paciente, en vez de utilizar su tiempo solo en hacer confirmaciones diagnósticas, en este punto pensamos que para esta labor de hacer un screening no es necesario un médico Oftalmólogo, solo se necesita de un profesional entrenado, capaz de discernir que tipo de paciente priorizar para la atención de un médico oftalmólogo y cuales tienen patologías que

pueden esperar un poco más, y pensamos que ese profesional idóneo es el Tecnólogo Médico de la mención de Oftalmología, pero aquí queremos dejar bien en claro, que este profesional en ningún momento va a realizar la confirmación diagnóstica, solo se encargaría de una mejor derivación de los pacientes, debido a que es un profesional capacitado para hacer una buena toma de visión, con todos los estándares necesarios, ver la presencia o no de rojo pupilar y revisar si la Agudeza Visual del paciente mejora con un agujero estenopeico. Tomando esta idea no solo se podría mejorar la derivación de los pacientes con Cataratas, sino que también se podría controlar la Presión ocular del paciente y detectar a tiempo la posible presencia de un Glaucoma. Tomando en cuenta todo lo expuesto, se podría realizar un protocolo de derivación de pacientes desde la atención primaria a la terciaria, que contemplase exámenes básicos para la detección de patologías y la prioridad de derivación de acuerdo a los hallazgos encontrados.

De estos pacientes con confirmación diagnóstica, llama la atención la distribución de sus previsiones, siendo de un 42,16% el porcentaje de pacientes privados que recibieron este beneficio, lo cual es notablemente mayor a los pacientes de FONASA. Aquí hay dos cosas fundamentales de exponer, la primera es que el derecho a la salud y beneficios del Plan Auge no está exento para nadie, todos tenemos el derecho, de que si nuestra patología cumple con los criterios de inclusión y exclusión, ser parte de este beneficio, lo segundo es que los profesionales Oftalmólogos que atienden en consultas privadas, tienen el deber de informar al paciente si su patología es Auge y los pasos a seguir para acogerse al beneficio. En conclusión, el porcentaje menor de pacientes de los tramos A y B de FONASA, que se benefician con este Plan, es debido a mala información de los pacientes, ya que ellos no tienen como informarse mejor acerca de los beneficios a que se pueden acoger, en cambio los pacientes privados, si tienen a su disposición información acerca de esta índole.

7.2.- Datos obtenidos de las fichas de pacientes operados de Catarata.

La discusión de estos datos será dividida al igual que la exposición de estos.

7.2.1.- Semanas de espera entre la confirmación diagnóstica y la operación.

El protocolo Auge estipula que no deben pasar mas de 6 meses entre la confirmación diagnóstica de Catarata y la operación de esta y en el caso de que la Catarata sea bilateral, el tiempo de espera para la operación del segundo ojo no debe ser mayor a seis meses, contando desde la operación del primer ojo. A decir verdad esta garantía se cumple muy bien en el Hospital Gustavo Fricke, ya que solo es un pequeño porcentaje de pacientes el que se opera después de los 6 meses, incluso se podría decir que la mayoría se opera dentro de los 2 primeros meses desde la confirmación diagnóstica.

7.2.2.- Variación de la AV.

Primero hablaremos de la variación de la AV en términos macro y luego seguirnos con lo mas específico.

Para la operación de EECC y FACO el porcentaje de pacientes que mejora visión asciende al 74%, la garantía específica que del total de operaciones el 90% de los pacientes debería mejorar su visión, viéndolo así esa garantía no estaría cumpliéndose, pero tenemos que hacer notar que la garantía también especifica que este porcentaje de mejoría solo se da si no hay presencia de Glaucoma o Retinopatía Diabética, como en este trabajo no se realizo la revisión de las historias de los pacientes, trataremos de dar respuesta a la interrogante de que si se cumple o no esta garantía con los mismos datos que obtuvimos.

El promedio de líneas de mejoría de visión, para los dos tipos de operaciones es bastante similar, siendo cercanas a 6 líneas de visión, lo que para el paciente es un gran cambio de vida, pacientes con visiones de cuenta dedos lograron llegar a obtener una visión que les permite desenvolverse normalmente en la vida, no tan restringida como la visión que tenían antes de la operación, y el promedio de la pérdida de visión central es de un 38,97% en los pacientes operados por EECC y de un 24,07% en los operados con FACO, lo que nos hace darnos cuenta que la patología que primaba y provocaba la baja Agudeza Visual de ese paciente era la Catarata, y que detrás de ese cristalino opaco la retina estaba por lo menos relativamente sana. El promedio de pérdida de visión en cuanto a líneas de visión perdidas en ambas operaciones también era bastante similar, siendo aproximadamente de una línea y media, lo que es bastante poco, al revisar la pérdida de visión central que presentaban luego de la operación en la EECC era de un 91,25% y en la FACO de un 85%, lo que nos hace ver que estos pacientes si presentaban otra

patología además de la Catarata, por eso se justifica el poco éxito de estas operaciones, ya que por mas que el paciente tenga sus medios transparentes sin ninguna opacidad, la luz llega a una retina enferma, que no es capaz de transmitir la información hasta el cerebro. En los pacientes que mantuvieron su visión, la perdida de visión central era de un 92,5% en los pacientes operados con EECC y a un 63,75% en los pacientes operados con FACO, aquí la explicación ha esto es la misma ya expuesta para los pacientes que disminuyeron su visión.

Luego de este análisis nos podemos aventurar a decir que la garantía si se cumple, ya que los pacientes que no mejoraron su visión o la disminuyeron lo más probable es que presentasen otra patología ocular, que les provocaba la baja visión.

7.2.3.- Grado de ametropía del paciente después de la operación.

Aunque solo un 10% de los pacientes operados con EECC y un 5 % de los pacientes operados con FACO quedaron sin ningún componente esférico para lejos, muchos solo quedaron con miopías o hipermetropías bajas, siendo un porcentaje bastante menor los que quedaron con grados altos de miopía o hipermetropía, mas allá de caracterizarse con algún tipo de operación, ya que ambas tenían resultados bastante similares.

7.2.4.- Prescripción de lentes.

Unas de las garantías del Plan Auge en Cataratas, es que el paciente es dado de alta a la sexta semana y se le dan los lentes si el Oftalmólogo se los prescribe, de nuestro estudio, al 57% de los pacientes no se le prescribió lentes, y hay que tomar en cuenta que la muestra es de por lo menos 6 meses atrás, por lo que debería de estar ya consignado en la ficha si se le recetaron lentes, si hay que ser francos, muchas veces el paciente no asistía a la citación que se le era designada, perdiendo la hora, y quedando sin la posibilidad de una pronta atención, o simplemente muchas veces no existían registros debido a extravío de hojas de las fichas.

Los lentes que se prescribieron fueron un 28% de dos tipos de lentes, uno para visión cercana y otro para visión lejana, a otros pacientes solo se les prescribió un tipo de lentes, para lejos o para cerca, siendo de un 10% y un 4% respectivamente. Solo a un 1% de los pacientes se les receto lentes neutros en el ojo operado, porque seguramente su agudeza visual no mejoraba ni siquiera con el uso de lentes.

CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se dio una mirada general al funcionamiento del Programa Catarata Auge en el Hospital Gustavo Fricke, los resultados nos demostraron que el trabajo del equipo de salud es bastante bueno en cuanto muchas de las garantías se cumplen y si no se cumplen es una población bastante menor.

Las proyecciones de este estudio son hacer conciencia de que una buena atención en salud es posible y que cada integrante del equipo de salud es primordial en esto, ya que si solo uno de los integrantes no trabaja a su total capacidad, los demás procesos también se van retrasando.

Queremos destacar que el equipo médico del Hospital Gustavo Fricke, está conformado por médicos con pocos años de trabajo, así que el buen funcionamiento del Plan Auge es una alegría aún mayor, ya que nos demuestra que son profesionales bien capacitados y que realizan una excelente labor.

Dentro de los resultados obtenidos, ya hemos hablado de los positivos, los que nos demuestran que la manera de enfrentar este programa fue muy buena, pero no queremos dejar de lado los datos arrojados que nos invitan a hacer una reforma que mejore este plan, estos datos son los relacionados con la derivación de pacientes, se hace necesario lograr que la derivación sea más efectiva, así daremos una buena atención al paciente, incluso antes de ser parte del Programa. Otro resultado que queremos destacar es el porcentaje de pacientes privados que obtuvieron la confirmación diagnóstica de Catarata, en este punto se hace necesario el lograr informar mejor a los pacientes de bajos recursos, los cuales por su ignorancia acerca del tema se quedan al margen de esta reforma de salud, desde mi personal punto de vista, estos pacientes deberían de ser prioridad al momento de crear nuevos beneficios, y se debería de buscar una manera de llegar a ellos, ya que como lo hemos demostrado, ellos por si solos no se acogen a los beneficios.

Esperamos que este trabajo sea una invitación a mejorar la atención en salud y que no sea visto como solo una exposición de datos, que no tomen en cuenta la realidad humana que hay detrás de ellos

REFERENCIAS

- [1] Testut, L. Tratado de anatomía humana, Volumen 3, 9a edición, Editorial Salvat, Barcelona España, 1954
- [2] Daniel G. Vaughan, Taylor Asbury, Paul Riordan-Eva, Oftalmología general, 12a edición, traducida de la 15ª edición en inglés, Editorial Manual Moderno, México, D.F. 2000
- [3] Gerhard K. Lang, M.D. Oftalmología, texto y atlas en color, Primera edición, Editorial Masson, Barcelona, España, 2004
- [4] Tratamiento de la catarata en los servicios de atención primaria de salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1991, España
- [5] Huamán González, Jorge Antonio, Cirugía de catarata con incisión pequeña: estudio comparativo de serie de casos, tesis publica en Lima Perú, 2002.
- [6] Jack J. Kanski, Oftalmología Clínica, Segunda edición, Ediciones Doyma, Barcelona, España, 1992
- [7] Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Protocolo Auge, Cataratas en adultos de 15 años y más que requieren tratamiento quirúrgico. Documento de Trabajo, Chile, Abril 2004.
- [8] Página web oficial de FONASA, www.fonasa.cl
- [9] Charles E. Baker. Jr. Physicians' Desk Reference For Ophthalmology, Medical Economics Company, Oradell N.J. 1980.

APENDICE I

Tabla 1.1. Codificación motivo de consulta (nóminas)

Motivo de Consulta	
10	Evaluación Clínica
11	Receta y Examen
12	Control Post IQ
13	Mal derivada (clínica)
14	Mal derivada (Administrativa)

Tabla 1.3. Codificación Auge.

Auge	
15	Sospecha
16	Descarte
17	Confirmado
CA	Control Asintomatico
CS	Control Sintomatico

Tabla 1.2. Codificación Destino (nóminas)

Destino	
1	Control
2	Otra especialidad
3	Consultorio Primario
4	Cirugía Mayor Ambulatoria
5	Hospital Fricke
6	Alta
7	Sala ERA
8	Sala IRA
9	Otro

Tabla 1.1. Pacientes con Interconsulta cuya hipótesis diagnóstica era Catarata o posible Catarata entre los meses de junio y diciembre del 2005, que recibieron la confirmación diagnóstica de Catarata, en orden de su previsión. (S=sexo; E=edad; P=Previsión)

FICHA	S	E	P	TIP O	DIAGNOSTICO	COMUNA ORIGEN	DERIVADOR	MOTIVO CONSULTA	DESTIN O	AUG E
35980	F	87	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	3	16
81926	F	68	A	N	CAT. EN EVOLUCION	NOGALES	AUGE	Control 6 meses		
22652	F	81	A	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 6 meses		
21761	F	85	A	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control 1 año		
82420	F	59	A	EC	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	1	SI

52568	F	78	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
22033 8	M	63	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide Eco + Hugo		
71020	M	88	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
19454 1	F	32	A	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
23701 8	F	10 5	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
20693 9	F	74	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	SI
83452	F	75	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	17
12072 7	F	56	A	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
23594 9	M	71	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	SI
12701 8	F	64	A	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
18653 1	M	73	A	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
41408	F	10 5	A	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1	SI
23815 2	F	76	A	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	10	1	SI
23924 5	F	10 5	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	SI
18900 6	F	75	A	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
21319 6	M	73	A	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se solicita HUGO		
21468 0	M	74	A	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Exámenes		
26080	F	86	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO		
15864	F	67	A	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
10574 0	F	56	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se solicita HUGO		
26189	M	62	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Se pide pase		

10030 9	M	46	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Exámenes y control		
53353	M	76	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24492 6	F	80	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24534 4	M	32	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	17
23707 5	F	78	A	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	17
53974	F	87	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	9	17
86603	M	86	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	17
24651 9	F	84	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	17
13789 4	M	71	A	C	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	1	17
65621	F	77	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Auge	10	1	
22753 1	F	90	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	no operable		
23667 9	F	76	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	no operable		
16622 5	M	63	A	C	CATARATA	CON CON	C.ESPECIALIDADE S			
20741 3	M	63	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR				
12093 9	M	81	A	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR				
10374 6	F	64	A	N	CAT. OP. EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Alta con lentes		
23668 3	F	77	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	3	16
23814 8	F	72	B	N	CAT. EN EVOLUCION	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	SI
38976	M	74	B	N	CAT. CORTICAL	VIÑA DEL MAR	AUGE	derivado a otro oftalmólogo		
28254	M	10 5	B	N	CAT + GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	10	1	NO
24006 3	M	65	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año		

55442	F	86	B	N	CAT. NO AUGE	VILLA ALEMANA	AUGE			
13920	F	45	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	6	16
18319	F	60	B	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Hora por SOME		
34073	F	72	B	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR				
40865	F	73	B	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control 1 año		
63937	F	76	B	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control 1 año		
82077	M	73	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	2	16
14603 9	F	81	B	N	OPACIDAD NUCLEAR	QUINTERO		10	1	NO
10182 8	F	78	B	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		10	1	16
23189 1	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			3	
18298	F	74	B	N	CATARATA	QUILLOTA	C.ESPECIALIDADE S	10	1	SI
21731 9	F	95	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Paciente lo pensara		
10111 4	F	67	B	N	CAT. FACO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
23173	F	72	B	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
19886 8	F	77	B	N	CATARATA	QUINTERO	C.ESPECIALIDADE S	Se pide Eco + Hugo		
69829	F	78	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
11271 2	M	73	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
15009	M	76	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
22138 9	M	73	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	S. OFTALMOLOGIA	Se pide Eco + Hugo		
17849 4	F	59	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	5	
8389	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	UEA	Se pide Eco + Hugo		
23608 2	F	63	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	H. QUILPUE	Se pide Eco + Hugo		
10392 3	F	78	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	1	10	17
23718 1	F	82	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	en espera cirugia		

21636 2	F	87	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
13166 9	F	37	B	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
53569	M	69	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
15486 2	F	70	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
11976 3	F	87	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
53898	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
17608	F	77	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
67465	F	73	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
10303 1	F	77	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23552 7	F	92	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23942 0	M	81	B	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
32705	F	78	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
23923 8	F	74	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE		
17916 0	F	75	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
13166 9	F	37	B	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
17670 3	F	72	B	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
24062 1	M	60	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Se solicita HUGO	
24135 4	F	69	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se solicita HUGO	
26822	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	10	1
83655	F	86	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
13262	F	76	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Exámenes	
20318 5	F	84	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO	

17
17

SI
SI

23845 4	M	74	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO		
13159 1	F	80	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se pide Eco + HUGO		
24243 3	M	61	B	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	SI
24308 8		74	B	N	CATARATA	QUILLOTA		10	5	SI
67881	M	75	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
24155	F	75	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se solicita HUGO		
14797	M	65	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	C. ESPECIALIDADES	Se solicita HUGO		
23280 4	F	44	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Se pide Eco + HUGO		
24094 7	F	77	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
23878 7	F	81	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO		
11178 8	F	69	B	N	CATARATA	PUCHUNCAVI		Se solicita HUGO		
24350 4	F	71	B	N	CATARATA	QUILPUE		Se solicita HUGO		
99584	F	64	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco		
10920 3	F	77	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
11455 3	F	70	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO		
44927	F	65	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
35929	M	84	B	N	CATARATA	PUCHUNCAVI		Se solicita HUGO		
24405 7	F	73	B	N	CATARATA	QUILLOTA		Se solicita HUGO		
15949 1	F	67	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
14978 6	F	84	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
72609	F	95	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Exámenes		
83655	F	86	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI

19225 9	M	72	B	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	SI
24526 1	F	87	B	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	SI
24531 1	M	76	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		10	1	SI
20485 2	F	81	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR				SI
51614	F	84	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR				17
24602 4	M	43	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
24655 8	F	86	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
16965	M	72	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
22679	M	91	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
12064 2	F	58	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	9	17
68180	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	17
23393 1	F	72	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Servicio Medico	10	1	
18385 1	M	59	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Auge	10	1	
66353	M	80	B	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	Auge			
12167 3	F	73	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE			fuera de alcance queratometria
23486 4	F	75	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE			Control 1 año
16403	F	71	B	N	OPACIFICACION CAPSULAR	VIÑA DEL MAR	AUGE			Se cita laser yag
20445	F	67	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE			no operable
10442 7	M	81	B	N	OPACIFICACION CAPSULAR	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S			Capsulotomia Yag
63979	F	73	B	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1	
14167 7	F	77	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	
23385 6	F	77	B	C	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1	

18897 1	M	69	B	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	10	1
95476	M	75	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	no operable	
14522	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 6 meses	
23895 8	F	77	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Control	
16008	F	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
12727 4	M	74	B	N	CATARATA	PUCHUNCAVI			
31997	F	75	B	N	CAT. NO OPERADA	VIÑA DEL MAR		Refracción	
21104 7	M	75	B	N	CAT. NO OPERADA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO	
24321 4	F	80	B	N	CAT + GLAUCOMA	VILLA ALEMANA		Control con CV + CTA	
49183	M	79	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Alta con lentes	
22802	F	76	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Control	
24006 3	M	65	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
31345	F	80	B	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Derivado a otro Oftalmólogo	
22500 6	F	75	B	N	CONTROL CAT?	VIÑA DEL MAR		Control 1 semana	
31613	M	85	B	N	CATARATA	CASABLANCA	AUGE	Se deriva Dr. Cisternas	
15311 5	F	71	B	N	CAT + GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	10	1
23920 0	F	84	B	N	CAT + GLAUCOMA NO TRATADO	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Se pide CV + CTA	
13003 5	M	64	B	EC	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	5
33611	M	76	B	N	OBS. CATARATA	CON CON	AUGE	6	
17242 1	F	74	C	N	CAT. CORTICAL LEVE	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
22518	F	77	C	N	CAT. NO AUGUE	VIÑA DEL MAR		10	9
25341	F	73	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
45480	M	85	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
87577	M	74	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1

?

16

SI

SI

SI

53377	F	78	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	17
92270	M	81	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
10229 6	M	77	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
17795	M	78	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
23908 6	F	10 5	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
23962 8	F	83	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
17550 1	F	79	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24520 2	F	68	C	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	SI
21097 5	M	73	C	C	CATARATA	VILLA ALEMANA	C.ESPECIALIDADE S	10	1	17
14006	F	73	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Servicio Medico	10	1	
35301	M	70	C	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	no operable		
13974 9	F	90	C	N	OPACIFICACION CAPSULAR	VIÑA DEL MAR		Capsulotomia OI		
98391	M	74	C	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE			
23883 3	M	82	D	N	CAT. EN EVOLUCIÓN	QUILPUE	AUGE	10	1	NO
21780 0	M	73	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Control 6 meses		
14436 8	M	68	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	1	SI
72988	M	74	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
24163	M	77	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo		
14183 2	M	69	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
24135 3	M	10 5	D	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se solicita HUGO		
23970 0	M	22	D	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
21376 5	F	70	D	N	CATARATA	QUILPUE		Se pide Eco + HUGO		

11301 7	M	76	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	En espera operación		
19837 6	M	80	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24350 3	M	74	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
47130	M	78	D	N	CATARATA	QUILPUE		Se pide Eco + HUGO		
25000	M	65	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
12173 3	M	81	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	17
18124 3	F	60	D	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	17
80406	M	81	D	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control no operable		
23002 4	F	69	D	N	CATARATA	LIMACHE	AUGE	Control 6 meses		
23683 1	F	69	D	N	FACOERESIS	VIÑA DEL MAR	AUGE	No densa, debe esperar		
23797 1	F	75	D	N	CAT. + GLAUCOMA	VILLA ALEMANA				
12661 9	F	68	D	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Control		
20433 6	M	89	P	N	CAT. EN EVOLUCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	
23430 5	M	77	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	2	16
23607 0	F	65	P	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	10	3	16
23668 2	F	70	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	3	16
14709 9	M	57	P	N	CAT. EN EVOLUCIÓN	QUILPUE	AUGE	10		NO
21942 0	F	65	P	N	CATARATA NO AUGE	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Hora por SOME		
24062 7	M	75	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Control 1 año		
19812 5	F	69	P	N	NO AUGE	VIÑA DEL MAR	AUGE	Lentes		

24321 6	M	53	P	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control	
24321 7	F	73	P	N	CAT. NO AUGE	QUILPUE		Control	
24284 0	M	68	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Control 6 meses	
24439 3	F	76	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Control 1 año	
24405 9	F	71	P	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control 1 año	
23658 9	F	76	P	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control anual	
21529 2	F	77	P	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		Control anual	
24426 7	F	78	P	N	CAT. NO AUGE	QUILPUE		Control 6 meses	
24374 8	M	82	P	N	CAT. EN EVOLUCIÓN	VIÑA DEL MAR		10	1
32431	F	81	P	N	CAT. NO AUGE	VIÑA DEL MAR		10	6
17293 6	F	68	P	N	CAT. EN EVOLUCIÓN	VIÑA DEL MAR		10	6
22001 6	M	69	P	N	CAT. NO AUGE	QUINTERO		10	6
18841 8	F	83	P	N	CATARATA	CON CON	Auge		3
23385 8	F	81	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Auge		3
23570 3	F	79	P	N	CATARATA	CON CON	AUGE		
23570 4	F	82	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
23668 1	F	75	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
23701 6	F	80	P	N	CAT. OD	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
21188 9	M	91	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide Eco + Hugo	
23607 0	F	66	P	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + Hugo	

NO

16

16

16

17

23635 0	F	78	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	C.ESPECIALIDADE S	Se pide Eco + Hugo	
23668 0	F	85	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
12060 6	M	53	P	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
23701 7	F	87	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
23701 9	F	79	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
23702 0	F	88	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
20875 5	M	74	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
23682 2	M	77	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + Hugo	
99513	F	76	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1
23717 8	M	80	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
21736 5	F	82	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1
14324 2	M	78	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	1	10
30116	F	73	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
56488	F	74	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23814 5	F	86	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	10	1
23796 5	F	82	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23831 1	M	88	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23831 2	F	81	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23842 6	F	80	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23850 4	F	81	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	

SI

17

17

17

SI

23849 7	F	82	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23849 8	F	89	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
22936 0	F	96	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23908 4	F	72	P	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23946 8	M	65	P	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
58492	M	83	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23150 9	M	78	P	N	CATARATA	CON CON	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23935 9	M	72	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23923 9	M	63	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
18056 6	F	81	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	CIENFUEGOS	10	1
23831 0	M	30	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
23923 7	M	75	P	N	CATARATA	PUCHUNCAVI	AUGE	10	1
96422	M	66	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1
19776 8	M	82	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1
15176 2	M	81	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23228 8	F	51	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23993 2	F	70	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23993 3	F	77	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
24062 3	F	85	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
15319 5	M	83	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO	

17

SI

SI

SI

SI

SI

19216 6	F	79	P	N	CATARATA	QUINTERO	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
15632 5	F	53	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23993 1	F	66	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
24062 9	M	69	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Exámenes	
24065 4	M	73	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Exámenes	
24081 3	F	82	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Exámenes	
24127 6	F	77	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Exámenes	
28831	M	80	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
24149 2	M	77	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO	
23993 0	F	69	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		10
24195 0	F	69	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO	
24284 1	M	75	P	N	CATARATA	QUILPUE			10
18445 1	M	62	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO	
24195 4	M	53	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO	
24267 5	M	73	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO	
24283 0	M	82	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO	
21920 1	F	75	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO	
24308 0	M	73	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO	
24321 3	M	65	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO	
24321 8	F	77	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO	

SI

17

24321 9	F	73	P	N	CATARATA	QUILPUE		Se solicita HUGO		
24195 3	M	67	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO		
24243 0	M	76	P	N	CATARATA	QUILPUE		10	1	SI
24243 4	F	10 5	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
14708 3	F	79	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1	SI
21274 8	F	82	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		10	1	SI
23718 4	F	76	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
23883 5	F	80	P	N	CAT + GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
73757	M	76	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	10	1	SI
24102 7	M	31	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide Eco + HUGO		
24149 1	F	86	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	En espera operación		
24149 7	M	77	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	En espera		
24243 1	F	79	P	N	CATARATA	QUILPUE		Se pide Eco + HUGO		
34709	M	74	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24321 5	F	71	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
24451 9	F	78	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		Se solicita HUGO		
24452 0	M	70	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
18133 9	M	75	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		
15991 9	F	79	P	N	CATARATA	QUILLOTA		Se solicita HUGO		
24492 2	F	76	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO		

24492 5	M	75	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO			
24492 7	M	74	P	N	CATARATA	QUILPUE		Se solicita HUGO			
24492 8	F	89	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se solicita HUGO			
24522 4	F	75	P	N		QUILPUE			10	9	17
10173 8	F	77	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			10	2	17
22769 6	M	79	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA			10	1	17
65297	F	94	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO			
22459 4	M	70	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Exámenes			
24416 8	M	87	P	N	CATARATA	QUILPUE		Exámenes			
12471 4	F	84	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			10	1	SI
24454 2	F	85	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO			
24457 1	F	82	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Se pide Eco + HUGO			
24570 2	M	64	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA					SI
24570 3	F	68	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR					SI
24586 8	M	89	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR					17
47669	F	75	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA			10	1	SI
24616 2	F	82	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			10	1	SI
24577 3	F	63	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			10	1	17
20922 1	M	79	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			10	9	17
22715 2	M	78	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA			10	9	17
59722	F	75	P	N	CATARATA	QUILPUE			10	1	17

81034	F	80	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		10	1
15362 6	F	63	P	N	CATARATA	VILLA ALEMANA		10	1
22620 0	M	69	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Servicio Medico	10	1
23326 4	F	76	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	Auge		
23579 5	F	77	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 6 meses	
21526 8	M	74	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	no operable	
5323	F	92	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Alto riesgo	
33521	F	56	P	N	CAT. NO OPERABLE	QUINTERO	AUGE	Control 6 meses	
11048 5	F	83	P	N	CAT. NO OPERABLE	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se solicita HUGO	
23682 9	M	58	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Operado por extrasistema	
24616 1	F	70	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
21731 7	F	79	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
24667 3	F	93	P	N	CATARATA	QUILPUE		Control	
21387 9	M	69	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
20107 8	M	70	P	N	CATARATA				
24570 4	F	77	P	N	CATARATA				
24427 5	M	10 5	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
11792 6	F	41	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
24350 5	F	67	P	N	CATARATA	QUILPUE			5
20793 5	M	62	P	N	CAT. NO OPERADA	QUINTERO		Se pide Eco + HUGO	

17

17

22897 9	M	79	P	N	CAT. CONGENITA	QUILPUE	AUGE	Control anual	
18665 5	M	55	P	N	CATARATA	VALPARAISO	AUGE	Se deriva a otro Oftalmólogo	
24023 2	F	73	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
24033 5	F	89	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
24243 2	M	82	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR		Alta con lentes	
21942 0	F	65	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
24225 0	M	38	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR			
23992 8	F	81	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Solo control	
42222	F	25	P	N	CONTROL CAT?	VIÑA DEL MAR		Control 1 semana	
24267 4	M	75	P	N	CONTROL CAT?	VIÑA DEL MAR		Control 1 semana	
13847 1	F	70	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Derivado a otro Oftalmólogo	
20224 1	F	92	P	N	CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control	
23299 0	F	82	P	N	CATARATA	QUILPUE	AUGE	Control	
21529 3	F	80	P	C	CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	5
30106	F	69	P	N	CAT. OPERADA	VILLA ALEMANA		10	1
14557 9					CAT. EN EVOLUCION			Control 1 año	
24405 6					CAT. NO AUGE				
24405 5					CAT. NO AUGE				
52553					CATARATA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide Eco + Hugo	
16358 1					CATARATA			1	10

CA

12701 8				CATARATA			1	10
23566				CATARATA			en espera cirugia	
92270				CATARATA			Se pide Eco + HUGO	
24195 8				CATARATA			Se pide Eco + HUGO	
45876				CATARATA			Se pide Eco + HUGO	
24242 7				CATARATA			Se solicita HUGO	
17302 4				CATARATA			Se solicita HUGO	
18915 9				CATARATA			Se solicita HUGO	
79568				CATARATA			Se coordina pabellon	
24405 4				CATARATA			Se pide HUGO	
23150 9				CATARATA			Se coordina Pabellón	
24102 7				CAT. OPERADA			10	6
20712 9	M		N	CAT. PATOLOGICA	VIÑA DEL MAR			
77418				CATARATA				
12237 4				CATARATA				
23321 6				CATARATA				
82420				CATARATA			10	1
78724				CATARATA			10	1
23908 4				CATARATA			Control	
12491 0				UVEITIS + CATARATA			IC a Reumatología	
24218 7				CAT. CONGENITA			Control 3 meses	
23702 1				CATARATA			Derivado a otro Oftalmólogo	

17

17

23908 6					CATARATA			PBC lunes	
23849 8					CATARATA			PBC lunes	
23977					CATARATA			Paciente decidirá si se opera	

Tabla 1.5. Pacientes cuyo diagnóstico de Catarata o posible Catarata fue descartado (S=Sexo; E=Edad; P=Previsión)

FICHA	S	E	P	TIP O	DIAGNOSTICO	COMUNA ORIGEN	DERIVADOR	MOTIVO CONSULTA	DESTIN O	AUG E
43282	F	4 7	C	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	Dr. Marcos Maldonado	13	6	
12716 7	F	6 5	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	Juan Baeza	10	13	6
22358 2	F	8 1	C	N	VICIO REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	Auge			
13307 9	M	7 6	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	Servicio Medico	10	1	
84473	F	8 9	A	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	Auge	10	1	
499	F	5 3	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	1	
31668	F	9 2	B	N	GLAUCOMA	QUILPUE	C.ESPECIALIDADE S	10	1	
85060	F	3 9	A	N	PTERIGEON	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1	
23579 4	F	6 7	P	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	10	1	
28478	F	7 1	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	se pide CTA		
23701 4	M	7 4	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	se pide CTA		
15260 7	F	6 9	B	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	AUGE	se pide CTA		
19621 5	F	8 5	A	N	GLAUCOMA + CAT	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide CV + CTA		

21473 1	M	5 8	A	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Control 6 meses	
78990	M	7 3	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
89633	M	8 2	B	N	RETINOPATIA	QUINTERO	AUGE	Se pide FO	
16641 5	F	7 1	D	N	EX. NORMAL	VIÑA DEL MAR	AUGE	ok	
23607 1	F	7 3	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
22847	F	4 1	A	N	OJO SECO	QUINTERO	C.ESPECIALIDADE S	T. Shimer	
37020	M	7 8	C	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide CV + CTA	
52453	F	1 4	B	N	FONDO DE OJO	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Control 1 año	
12499 3	M	5 4	A	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Control 6 meses	
23634 9	F	7 8	P	N	BLEFARITIS MINIMA	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Blefamide col c/8 hrs	
31758	M	8 5	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
53831	F	7 3	P	N	PRESBICIA	SANTIAGO	AUGE	lentes	
11874 8	F	6 5	P	N	MIOPIA DEGENERATIVA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
22026 0	F	7 5	B	N	MIOPIA DEGENERATIVA	VIÑA DEL MAR	AUGE	no operable	
17529 5	F	7 5	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
16041	M	4 1	P	N	EXOFTALMO	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Se pide TAC	
73808	M	7 9	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	Control 6 meses	
15101 1	M	7 5	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control anual	
23682 6	F	8 3	P	N	EX. NORMAL	VIÑA DEL MAR	AUGE		

23606 9	M	6 5	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
23682 4	F	7 5	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
23683 0	F	7 8	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
23683 2	M	5 9	P	N	MIOPIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	sin indicación quirúrgica	
10707 3	F	6 9	P	N	GLAUCOMA	PUCHUNCAVI	AUGE	Se pide CV + CTA	
14529 2	M	7 5	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
18361 5	F	9 0	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
18915 5	F	7 4	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
22335 7	F	8 0	P	N	DEG. MACULAR	VIÑA DEL MAR	AUGE		
11955 4	M	8 8	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
15015 8	F	8 1	B	N	LESIÓN MACULAR	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
19292	F	7 3	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
26185	F	5 7	A	N	HEMORRAGIA VITREA	VIÑA DEL MAR	AUGE	10	1
14854	M	8 1	A	N	MACULOPATIA ODI	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES		
93535	F	7 9	C	N	RDP ODI	VIÑA DEL MAR	AUGE		
23814 4	M	8 7	P	N	NSP	VILLA ALEMANA	C. ESPECIALIDADES		
23814 6	M	7 9	P	N	AMBLIOPIA	VILLA ALEMANA	AUGE		
23407 8	M	6 8	B	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	C. ESPECIALIDADES	10	1
18958 8					GLAUCOMA			10	1

NO

13133 8	F	6 3	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE		1	10
23914 6	F	8 1	A	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	AUGE		1	10
23914 8	F	7 6	B	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	AUGE		1	10
18725	F	7 8	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE		1	10
19071 1	M	6 1	A	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE			
23924 4	F	8 7	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE			
14452	F	7 5	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE		1	10
23814 7	F	7 4	P	N	OVCR	QUINTERO	AUGE		10	1
17089	F	4 7	A	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	AUGE		10	
86784	M	5 4	B	N	VICIO REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE		12	
93377	F	6 5	B	N	VICIO REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE		12	
22237	F	6 9	D	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG		
66568	M	6 5	A	N	GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	Se pide CTA		
70054	F	8 8	B	N	GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	Se pide CV + CTA		
23718 0	M	7 6	P	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año		
8794					EN ESTUDIO			Control		
7866					REFRACCIÓN			en estudio		
12537	F	6 4	C	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CTA		
73585	F	8 0	B	N	R. D.	QUILPUE	AUGE	Hora Poli		
11083 2	F	7 7	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Hora Poli		

14798 4	F	8 1	B	N	AMETROPIA	QUILPUE	AUGE	Control SOME	
16269 0	F	7 1	P	N	FACIOESCLEROSIS	QUILPUE	AUGE	Control Poli	
21417 1	M	7 1	P	N	R. D.	VILLA ALEMANA	AUGE	Control Poli D	
23718 5	M	7 6	P	N	SE RECITA	QUINTERO	AUGE	Control 1 semana	
23831 3	M	8 0	D	N	NO ES CATARATA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
23843 2	M	7 7	C	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG	
23843 4	M	7 4	B	N	NO ES CATARATA	VILLA ALEMANA	AUGE	Control 1 año	
23848 6	F	7 9	P	N	GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	Se pide CV + CTA	
23850 1	F	7 6	P	N	MIOPIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
23851 0	M	7 9	P	N	NO ES CATARATA		AUGE		
23849 6					GLAUCOMA			Se pide CTA + Eco-B	
21499 5	F	7 8	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
27146	F	7 5	B	N	MIOPIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Hora por SOME	
61115	F	8 2	P	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG	
87919	F	8 4	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide estudio	
14350 5	M	7 8	C	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control Poli	
15532 6	M	7 0	D	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide estudio	
23908 5	F	7 4	A	N	ENTROPION	QUILPUE	AUGE	en espera Poli	
23908 7	M	5 2	P	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Hora por SOME	

23908 8	F	7 4	B	N	OBST. LAGRIMAL	QUINTERO	AUGE	Se cita a control	
23914 9	F	6 7	P	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide CV + CTA	
23918 5	F	7 7	P	N	RETINOPATIA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide AFG	
39896					REFRACCIÓN			Se pide Refracción	
29507	F	7 2	P	N	NEUROPATIA	CON CON	AUGE	Control	
78069	M	7 9	C	N	AMBLIOPIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control 1 año	
23946 0	F	6 8	C	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA	AUGE	Control	
86277	M	8 4	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Timolol + CTA	
14691 3	M	6 6	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CTA	
20359 3	F	7 7	P	N	REFRACCIÓN	QUILPUE	AUGE	Control 1 año	
23776 4	M	5 9	B	N	GLAUCOMA + RD	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control Poli	
23924 1	M	5 8	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CTA	
30862	M	8 0	B	N	REFRACCIÓN	QUINTERO	AUGE	Alta	
18878	F	5 1	D	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
13575 8	M	6 9	D	N	PRESBICIA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
14966 1	M	7 5	A	N	R. D.	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG	
23992 7	F	7 6	P	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Receta lentes	
22898 4	M	7 0	B	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Sin Ficha	
24013 9	M	4 3	P	N	EMETROPIA	VILLA ALEMANA	AUGE	Emetropia	
58641	F	8 4	D	N	EX. NORMAL	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Control 1 año	

NO

24062 6	M	6 3	P	N	AMBLIOPIA	QUILPUE	AUGE	Refracción lentes	
24062 4	M	8 4	B	N	RETINOPATIA	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide AFG	
69269	M	7 3	B	N	FONDO DE OJO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Control anual	
24062 5	F	7 3	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
24094 8	F	7 9	P	N	GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	Se pide CV + CTA	
26371	F	7 1	B	N	RETINOPATIA	QUILPUE	AUGE	Se pide AFG	
79568	F	8 0	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA	
24095 0	F	8 5	P	N	RETINOPATIA	QUILPUE	AUGE	Se pide AFG	
24095 1	M	6 2	P	N	EX. NORMAL	VILLA ALEMANA	AUGE	Alta	
24102 4	F	8 3	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	Se pide CV + CTA	
25255	F	4 6	A	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG	
24135 2	M	7 0	P	N	EX. NORMAL	QUILPUE	AUGE	Control 1 año	
24144 8					MIOPIA			Control 1 año	
24135 5	M	6 5	P	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR	AUGE	Lentes	
24898	F	5 4	A	N	REFRACCIÓN	PUCHUNCAVI	AUGE	Lentes	
45179	F	7 7	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide IC SOME	
68644	M	7 3	B	N	EX. NORMAL	QUILPUE	AUGE	Alta	
79311	M	7 9	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide IC SOME	
22921 2	F	8 2	A	N	GLAUCOMA	QUILPUE	AUGE	Se pide IC SOME	

24149 6	M	7 3	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide IC SOME	
22915 0					EX. NORMAL			Alta	
17348 6	F	8 5	C	N	GLAUCOMA	CON CON	AUGE	Se pide CV + CTA	
24062 2	M	8 3	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES		
24033 4	M	7 4	B	N	RETINOPATIA	VILLA ALEMANA	AUGE		
25067	F	6 2	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR	AUGE		
10136 0	F	3 9	A	N	PTERIGEON	VIÑA DEL MAR		Control Mayo	
17293 6	F	6 8	P	N	PRESBICIA	VIÑA DEL MAR			
24202 2	F	6 4	P	N	REFRACCIÓN	QUILPUE			
24284 0	M	6 8	P	N	D. M. S.	VIÑA DEL MAR		10	1
7489	F	5 5	C	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR		receta lentes	
10364 6	M	7 7	A	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR		Se da lentes	
64767					OJO SECO			Lagrimas artificiales	
24242 8					CATARATA			Se solicita HUGO	
15257 3					GLAUCOMA			Se da hora	
24252 9	F	6 8	P	N	AMBLIOPIA	QUILPUE		Hora 1 año	
24254 0	F	8 6	P	N	GLAUCOMA	QUILPUE		Se pide CV + CTA	
15788 3	F	7 0	D	N	RETINOPATIA	VIÑA DEL MAR		Control anual	
86103	F	7 5	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		Se pide CV + CTA	
20681 1	M	7 6	P	N	EX. NORMAL	QUINTERO			

62299	F	4 9	A	N	ALTA MIOPE	VIÑA DEL MAR		10	6	NO
24350 2	F	9 1	P	N	MIOPIA + GLAUCOMA	QUILPUE		Se pide CV + CTA		
12562 8	F	5 3	A	N	REFRACCIÓN	VILLA ALEMANA		Control		
89521	M	6 6	A	N	EX. NORMAL	VIÑA DEL MAR		Control anual		
24477 5	F	1 0 5	A	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		Hora por SOME		
76044	M	8 3	B	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA		10	2	16
23770 5	F	8 0	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		10	2	16
50425	F	9 0	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR		13	2	16
77013	F	8 2	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		14	2	16
67820	M	5 3	D	N	NO CATARATA	QUINTERO		Control Refracción		
58461	F	4 9	A	N	NO CATARATA	VIÑA DEL MAR		Con receta lentes		
24357 7	F	8 6	P	N	REFRACCIÓN	VILLA ALEMANA		10	6	NO
45919	F	8 4	B	N	REFRACCIÓN	QUILPUE		Control		
13299 1	F	8 6	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR				
21483	F	7 6	D	N	LESION MACULAR ODI	VILLA ALEMANA		10	1	NO
23970 7	F	6 5	P	N	OPACIDAD OI	CON CON		10	1	NO
24570 6	M	7 8	P	N	GLAUCOMA	QUILPUE		10	1	16
24570 7	M	6 7	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		10	1	16
24579	F	6 8	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR		10	1	16

24571 0	F	6 7	P	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR			10	1	16
10110 1	F	8 3	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR			10	1	16
76044					GLAUCOMA				10	1	16
13189 9	F	6 9	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR			10	1	16
19411 9	F	7 1	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR			10	1	16
19532 1	M	7 8	P	N	GLAUCOMA	VILLA ALEMANA			10	1	16
91802	F	8 0	B	N	FACOECLEROSI S	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide AFG			NO
11311 2	F	7 3	B	N	FACOECLEROSIS SENIL	VIÑA DEL MAR	AUGE	Anisometropía OD			
19798 6	M	7 6	P	N	FACOECLEROSIS SENIL	VILLA ALEMANA	AUGE	Receta lentes			
12566 8	F	6 2	A	N	PACIENTE LLEGO ATRASADA	VIÑA DEL MAR	AUGE				
45605	F	7 6	P	N	REFRACCIÓN	QUILPUE					
14836 2	M	7 9	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR					
13281 7	F				REFRACCIÓN						
73483	F	6 3	A	N	REFRACCIÓN	VILLA ALEMANA					
68711	F	6 0	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR					
11083 2	F	7 7	B	N	REFRACCIÓN	VIÑA DEL MAR					
24225 1	M	7 3	P	N	PTERIGEON	VIÑA DEL MAR					
10644	F	7 3	A	N	TVCR OI						
24570 5	F	7 5	P	N	REFRACCIÓN						

22802	F	7 6	B	N	GLAUCOMA	VIÑA DEL MAR				5
-------	---	--------	---	---	----------	--------------	--	--	--	---

TABLA 1.6. Pacientes sin información para determinar patología. (PREV= Previsión)

FICHA	SEXO	EDAD	PREV	TIPO	DIAGNOSTICO	COMUNA ORIGEN	DERIVADOR	MOTIVO CONSULTA	DESTINO	AUGE
49147	M	71	B	N		VIÑA DEL MAR		10	2	16
11196 9	F	73	A	N		VIÑA DEL MAR		10	2	16
23680 1	F	69	A	N		VIÑA DEL MAR		10	2	16
21360	F	68	B	N						
24225 3	F	77	B	N						
24225 4	M	68	P	N						
24225 5	F	81	P	N						
15209 9	F	83	A	N	No AUGE	VIÑA DEL MAR	AUGE			

TABLA 1.7. Pacientes con patología en estudio y que tenían como hipótesis diagnóstica Catarata o Catarata en observación. (PREV= Previsión)

FICHA	SEXO	EDAD	PREV	TIPO	DIAGNOSTICO	COMUNA ORIGEN	DERIVADOR	MOTIVO CONSULTA	DESTINO	AUGE
5316	M	74	D	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	UEA		
18827 7	M	68	A	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE			
23667 7	F	73	P	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se pide CV + CTA		
23702 2	M	74	P	N	EN ESTUDIO	QUILPUE	AUGE	10	1	

22043	F	65	B	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se recita		
29243	M	74	A	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	Se recita		
20587	M	63	B	C	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR	AUGE	CONTROL		
24094 6	F	89	P	N	EN ESTUDIO	VILLA ALEMANA	AUGE	Se pide AFG		
23702 1	M	53	P	N	EN ESTUDIO	QUILPUE	AUGE			
13498 9	F	72	D	N	EN ESTUDIO	VIÑA DEL MAR				

TABLA 1.8. Pacientes que no se presentaron al Policlínico de Oftalmología.

FICH A	SEX O	EDA D	PRE V	TIP O	DIAGNOSTICO	COMUNA ORIGEN	DERIVADOR	MOTIVO CONSULTA	DESTIN O
24653 5	M	77	P	N	N. S. P	VILLA ALEMANA			
83762	F	74	B	N	N. S. P				
23702 3	F	77	P	N	N. S. P.	QUILPUE			
35113	M	84	B	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR			
58635	M	70	B	N	N. S. P	VIÑA DEL MAR			
70183	F	86	A	N	N. S. P	QUILPUE			
26602	F	78	A	N	N. S. P	VIÑA DEL MAR			
4861	M	89	D	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR			
24492 9	F	77	P	N	N. S. P.	QUILPUE			
24361 8	M	72	P	N	N. S. P.	CON CON			
24477 4	F	73	P	N	N. S. P.	VILLA ALEMANA			
23326 4	F	76	P	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR			
51232	F	71	D	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR			
24405 8	M	82	P	N	N. S. P.	QUILPUE			

24242 9	F	84	P	N	N. S. P.	QUILPUE		
15973 2	F	90	P	N	N. S. P.	JUAN FERNANDEZ		
20883 5	F	74	D	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR		
35086	M	75	P	N	N. S. P.	QUILPUE		
15949 1	F	67	B	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR		
16810 1	F	23	P	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR		
21368 3	F	74	B	N	N. S. P.	QUILPUE		
24195 5	M	66	A	N	N. S. P.	QUILPUE		
71397	F	64	A	N	N.S.P	QUILPUE		
23385 8	F	80	P	N	N.S.P	VIÑA DEL MAR		
11083 2	F	77	B	N	N. S. P.			
24225 2	F	66	P	N	N. S. P.			
24225 6	F	105	A	N	N. S. P.			
24225 7	F	83	B	N	N. S. P.			
24195 6	F	75	P	N	N. S. P.	QUILPUE		
68711	F	60	B	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR		1
58440	F	75	B	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR	AUGE	
97887	F	62	B	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR	AUGE	
24102 9	F	52	A	N	N. S. P.	VIÑA DEL MAR	AUGE	
24102 6	F	81	B	N	N. S. P.	VILLA ALEMANA	AUGE	
24102 8	F	84	D	N	N. S. P.	QUILPUE	AUGE	

24095 2	M	87	B	N	N. S. P	VILLA ALEMANA	AUGE	
23702 0	F	88	B	N	N. S. P	VIÑA DEL MAR	AUGE	
13262	F	76	B	N	N. S. P	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23970 2	F	64	P	N	N. S. P	CON CON	AUGE	
23992 9	M	72	P	N	N. S. P	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23883 4	F	83	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
11030 5	F	72	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23718 3	F	80	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
18991 1	F	76	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
10040 3	F	80	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23908 9	F	105	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
20922 1	M	78	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
41509					NSP			
13307 7	F	83	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
11061 6					NSP			
20342					NSP			
23796 6	F	74	P	N	NSP	VILLA ALEMANA	AUGE	
22915 0	M	78	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
39795					NSP			
15176 2	M	81	P	N	NSP	VILLA ALEMANA	AUGE	
11537 9					NSP			

23717 9	F	105	A	N	NSP	QUILPUE	AUGE	
2573	M	83	D	N	NSP	VIÑA DEL MAR	C. ESPECIALIDADES	
22214	F	59	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
5854	M	74	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23682 5	F	71	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
20082 5	F	68	A	N	NSP	LIMACHE	AUGE	
23702 1	M	52	P	N	NSP	QUILPUE	AUGE	
12598 2	M	51	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
84752	F	61	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
15736 5	F	82	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
10184 2	F	86	B	N	NSP	VILLA ALEMANA	AUGE	
23682 8	M	67	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23702 3	F	77	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23682 7	F	74	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
13769 5	F	82	B	N	NSP	QUINTERO	C.ESPECIALIDADE S	
23667 8	M	51	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23659 0	F	70	A	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
13575 8	M	69	D	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
7866	F	81	D	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
71729	F	71	P	N	NSP	QUILPUE	C.ESPECIALIDADE S	
22802	F	76	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	

19869 1	F	78	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
21104 7	M	75	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23476 1	M	81	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
19617	F	75	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
23810	F	60	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
29798	F	51	D	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
12400 5	M	46	C	N	NSP	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	
18660 0	F	73	P	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	
18458 8	F	79	A	N	NSP	VIÑA DEL MAR	C.ESPECIALIDADE S	
11238 9	F	83	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	10
83513	M	75	A	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	10
11238 9	F	83	B	N	NSP	VIÑA DEL MAR	AUGE	10
20516 6	M	76	D	N	N.S.P	VIÑA DEL MAR	Auge	
22802	F	76	B	N	N.S.P	VIÑA DEL MAR	Auge	
72857	M	81	B	N	N.S.P	VIÑA DEL MAR	Auge	

1
1
1
1

APENDICE II

Datos obtenidos de los pacientes operados entre junio y diciembre del 2005.

Tabla 2.1. Semanas de espera entre la confirmación diagnóstica y la operación.

FICH A	EDA D	OJO	F. ATENCIÓN	F. INTERV	SEMANAS DE ESPERA
17849 4	59 años	OI	20/07/05	26/07/05	1 semana
40695	79 años	OI	29/06/05	05/07/05	1 semana
15058 0	88 años	OD	04/07/05	15/07/05	1 semana
26463	71 años	OD	29/06/05	05/07/05	1 semana
16215	82 años	OD	03/08/05	09/08/05	1 semana
17864 6	77 años	OI	17/10/05	26/10/05	1 semana
10982	70 años	OD	30/11/05	05/12/05	1 semana
38976	74 años	OD	23/12/05	27/12/05	1 semana
23150 6	70 años	OI	30/05/05	13/06/05	2 semanas
13686	80 años	OD	29/06/05	12/07/05	2 semanas
14436 8	67 años	OI	12/07/05	26/07/05	2 semanas
99513	66 años	OD	06/07/05	19/07/05	2 semanas
21334 0	49 años	OD	10/08/05	23/08/05	2 semanas
11537 9	68 años	OI	29/08/05	14/09/05	2 semanas

96422	66 años	OI	31/08/05	06/09/05	2 semanas
212748	82 años	OI	26/10/05	08/11/05	2 semanas
245261	87 años	OI	23/11/05	06/12/05	2 semanas
124993	53 años	OI	12/07/05	05/08/05	3 semanas
235949	71 años	OI	09/08/05	26/09/05	3 semanas
86277	85 años	OD	29/08/05	15/09/05	3 semanas
137127	65 años	OI	22/06/05	19/07/05	4 semanas
12151	76 años	OI	16/06/05	13/07/05	4 semanas
183851	48 años	OI	22/06/05	19/07/05	4 semanas
42900	72 años	OD	04/07/05	03/08/05	4 semanas
207129	54 años	OI C.An t	10/08/05	06/09/05	4 semanas
126142	74 años	OD	16/06/05	22/07/05	5 semanas
42328	78 años	OD	28/07/05	02/09/05	5 semanas
114389	22 años	OD	02/06/04	11/07/05	6 semanas
16288	76 años	OD	24/05/05	06/07/05	6 semanas
239700	22 años	OI	08/09/05	21/10/05	6 semanas
242830	83 años	OD	21/10/05	28/11/05	6 semanas
237965	82 años	OD	05/08/05	26/09/05	7 semanas
194541	32 años	OI	14/07/05	12/09/05	8 semanas

23173	72 años	OI	08/07/05	05/09/05	8 semanas
21736 5	82 años	OD	22/08/05	19/10/05	8 semanas
24195 0	65 años	OI	04/10/05	28/11/05	8 semanas
24149 7	77 años	OI	30/09/05	28/11/05	8 semanas
15161	74 años	OD	25/04/05	21/06/05	9 semanas
20610 1	73 años	OD	02/05/05	06/07/05	9 semanas
22808 2	76 años	OD	01/06/05	02/08/05	9 semanas
79443	74 años	OI	16/06/05	14/09/05	9 semanas
52568	78 años	OI	08/07/05	12/09/05	9 semanas
21188 9	91 años	OD	05/07/05	06/09/05	9 semanas
23635 0	78 años	OI	12/07/05	12/09/05	9 semanas
25341	72 años	OD	04/07/05	07/09/05	9 semanas
23849 7	82 años	OD	16/08/05	24/10/05	9 semanas
18736 4	74 años	OI	02/05/05	13/07/05	10 semanas
17686 2	67 años	OI	01/05/05	11/07/05	10 semanas
18841 8	83 años	OI	26/06/05	09/09/05	10 semanas
21360	68 años	OD	07/10/05	12/12/05	10 semanas
93759	85 años	OD	05/05/05	22/07/05	11 semanas
27659	65 años	OD	27/05/05	10/08/05	11 semanas

22441 6	79 años	OI	20/05/05	08/08/05	11 semanas
23142 5	84 años	OD	02/05/05	20/07/05	12 semanas
50904	77 años	OI	18/04/05	12/07/05	12 semanas
14359	76 años	OI	30/05/05	24/08/05	12 semanas
17849 4	58 años	OD	26/07/05	18/10/05	12 semanas
53377	78 años	OD	18/07/05	12/10/05	12 semanas
17916 0	75 años	OI	02/09/05	21/11/05	12 semanas
15311 5	71 años	OD	17/08/05	08/11/05	12 semanas
67749	65 años	OI	29/04/05	25/07/05	13 semanas
78724	58 años	OI	30/05/06	31/08/05	13 semanas
42900	72 años	OD	04/07/05	05/10/05	13 semanas
23923 9	63 años	OD	25/08/05	25/11/05	13 semanas
34424	82 años	OI	02/05/05	10/08/05	14 semanas
66353	80 años	OD	30/06/05	07/10/05	14 semanas
23831 2	82 años	OI	12/08/05	14/11/05	14 semanas
23959 1	85 años	OI	06/09/05	14/12/05	14 semanas
74092	82 años	OD	27/03/05	07/07/05	15 semanas
21589 3	75 años	OD	18/05/05	30/08/05	15 semanas
21342 5	84 años	OI	02/07/05	19/10/05	15 semanas

18827 7	68 años	OI	19/07/05	31/10/05	15 semanas
15449 5	81 años	OI	13/05/05	29/08/05	16 semanas
61543	65 años	OD	16/05/05	08/09/05	16 semanas
26738	77 años	OI	19/05/05	07/09/05	16 semanas
95024	73 años	OI	07/03/05	05/07/05	17 semanas
12959 1	72 años	OD	23/03/05	18/07/05	17 semanas
12418 4	81 años	OI	01/04/05	25/07/05	17 semanas
30116	73 años	OD	05/08/05	01/12/05	17 semanas
32325	88 años	OD	01/04/05	08/08/05	18 semanas
10938 0	54 años	OI	20/05/05	26/09/05	18 semanas
83452	75 años	OI	01/08/05	01/12/05	18 semanas
57134	69 años	OD	21/03/05	01/08/05	19 semanas
11904 5	78 años	OD	05/05/05	12/09/05	19 semanas
59068	57 años	OI	29/04/05	12/09/05	19 semanas
42053	73 años	OD	06/05/05	12/09/05	19 semanas
43781	70 años	OD	12/04/05	30/08/05	20 semanas
35301	70 años	OI	14/04/05	29/08/05	20 semanas
24155	75 años	OD	29/06/04	21/11/05	21 semanas
23606 9	65 años	OD	12/07/05	06/12/05	21 semanas

19144 1	66 años	OI	06/06/05	09/11/05	22 semanas
10722 3	70 años	OI	18/07/05	20/12/05	22 semanas
13894	71 años	OI	14/03/05	08/09/05	25 semanas
42706	92 años	OD	11/05/05	15/11/05	27 semanas
10579 8	83 años	OD	22/02/05	22/09/05	30 semanas
12589	77 años	OI	21/12/04	09/08/05	33 semanas
22939 0	37 años	OI	25/04/05	22/12/05	34 semanas
21529 3	80 años	OI	28/09/04	07/07/05	45 semanas
14497 1	73 años	OI		14/06/05	falta información
15454 2	81 años	OI		07/06/05	falta información
85654	70 años	OI		22/06/05	falta información
65621	77 años	OI		28/06/05	falta información
10671 1	82 años	OI		10/06/05	falta información
21951 7	78 años	OD		20/06/05	falta información
10589 1	72 años	OI		23/06/05	falta información
70475	68 años	OD		14/06/05	falta información
23487 9	84 años	OI		29/06/05	falta información
11904 5	78 años	OI		17/06/05	falta información
23296 8	76 años	OD		07/06/05	falta información

12361 0	61 años	OI		01/06/05	falta información
25140	64 años	OI		03/06/05	falta información
65076	59 años	OI		08/06/05	falta información
13627 2	62 años	OI		08/06/05	falta información
15682 7	85 años	OD		13/06/05	falta información
10383 5	69 años	OI		10/06/05	falta información
14839 1	79 años	OI		24/06/05	falta información
16541 9	27 años	OD		09/06/05	falta información
23393 1	72 años	OI		21/06/05	falta información
22741 6	79 años	OD		09/06/05	falta información
11594 3	57 años	OD		03/06/05	falta información
13775 0	61 años	OI		07/06/05	falta información
26243	69 años	OI		01/06/05	falta información
48983	77 años	OD		08/06/05	falta información
59300	83 años	OD		15/06/05	falta información
20878 7	76 años	OD		23/06/05	falta información
23321 6	76 años	OD		15/06/05	falta información
22826 3	62 años	OI		30/06/05	falta información
13577	72 años	OD		11/07/05	falta información

10722 3	70 años	OD		18/07/05	falta información
73979	73 años	OD		02/08/05	falta información
22741 6	80 años	OI		04/08/05	falta información
18312 4	77 años	OI	no se consigna	16/09/05	falta información
11178 1	83 años	OI	no se consigna	07/09/05	falta información
23280 4	44 años	OI		07/11/05	falta información
23993 1	66 años	OI		27/12/05	falta información

TABLA 2.2. Pérdida o mejoría de visión.

TIPO OPERACIÓN	FICHA	EDA D	OJO	VIS. PRE-OP	VIS. POST-OP	resultado	lineas de mejora	lineas de perdida	porcentaje de perdida de visión central
Destricencia de Sutura	228263	62 años	OI	mm	0.16	mejor	5		60
EECC	85654	70 años	OI	0.05	CD	peor		1	95
EECC	106711	82 años	OI	luz	0.05	mejor	3		90
EECC	219517	78 años	OD	0,1p	0.5	mejor	7		15
EECC	234879	84 años	OI	0.2	0.8	mejor	6		5
EECC	119045	78 años	OI	luz	0.25	mejor	8		40
EECC	123610	61 años	OI	luz	0.6	mejor	12		10
EECC	65076	59 años	OI	mm	CD	mejor	1		95
EECC	136272	62 años	OI	cd	0.8	mejor	11		5

EECC	156827	85 años	OD	luz	0.1	mejor	4		80
EECC	103835	69 años	OI	cd	CD	igual			95
EECC	148391	79 años	OI	0.125	0.05	peor		2	90
EECC	231506	70 años	OI	luz	0.63	mejor	12		10
EECC	26243	69 años	OI	sin consignar	0.05	falta información			90
EECC	48983	77 años	OD	0.2	0,63p cc	mejor	5		10
EECC	59300	83 años	OD	cd	0,5 cc	mejor	9		15
EECC	233216	76 años	OD	0.25	0,4p	mejor	2		25
EECC	93759	85 años	OD	luz	0.25	mejor	8		40
EECC	12151	76 años	OI	luz	0.32	mejor	9		35
EECC	16288	76 años	OD	cd	0.6	mejor	10		10
EECC	126142	74 años	OD	0.125	0,4p sc	mejor	5		25
EECC	206101	73 años	OD	0.1	0.05	peor		1	90
EECC	150580	88 años	OD	0.1	0,05 sc	peor		1	90
EECC	42900	72 años	OD	0.05	0.05	igual			90
EECC	124993	53 años	OI	cd		falta información			
EECC	42328	78 años	OD	0.05	0,2p	mejor	4		50
EECC	115379	68 años	OI	luz	0,7cc	mejor	12		10
EECC	119045	78 años	OD	Luz	0,25cc	mejor	8		40

EECC	61543	65 años	OD	luz	NVL	peor	1		mayor a 95
EECC	188418	83 años	OI	0.1	0,4p	mejor	6		25
EECC	86277	85 años	OD	Luz mala proyeccion	0.3	mejor	9		35
EECC	183124	77 años	OI	0.125	0,25p sc	mejor	3		40
EECC	111781	83 años	OI	no se consigna	no se consigna	falta información			
EECC	66353	80 años	OD	0.05	0.16	mejor	3		60
EECC	53377	78 años	OD	0.1	0,32sc	mejor	5		35
EECC	239700	22 años	OI	luz	0,16p	mejor	6		60
EECC	239239	63 años	OD	mm sc	0,8p sc	mejor	12		5
EECC	83452	75 años	OI	cd	0.05	mejor	1		90
EECC	30116	73 años	OD	cd	0,16sc	mejor	4		60
EECC	239591	85 años	OI	Luz	0,2cc	mejor	7		50
FACO	144971	73 años	OI	0.2	0.1	peor		3	80
FACO	154542	81 años	OI	0.2	0.8	mejor	6		5
FACO	65621	77 años	OI	0.05	0.8	mejor	10		5
FACO	105891	72 años	OI	0.2	0.6	mejor	5		10
FACO	70475	68 años	OD	0.05	0.1	mejor	1		80
FACO	232968	76 años	OD	no se consigna	0.8	falta información			5
FACO	25140	64 años	OI	0.05	CD	peor		1	95

FACO	165419	27 años	OD	mm	0,5 cc	mejor	2		90
FACO	233931	72 años	OI	mm cc	0,8 p	mejor	12		5
FACO	227416	79 años	OD	0.1	0.05	peor		1	90
FACO	115943	57 años	OD	0.05	0,1p	mejor	1		80
FACO	137750	61 años	OI	0.05p	cd	peor		1	95
FACO	15161	74 años	OD	0.16	0.5	mejor	5		15
FACO	208787	76 años	OD	0,5 cc	0,8 cc	mejor	2		5
FACO	114389	22 años	OD	0.2	0.63	mejor	5		10
FACO	231425	84 años	OD	cd	0.05	mejor	1		90
FACO	13577	72 años	OD	mm	0.9	mejor	13		0
FACO	13686	80 años	OD	0.2	0,2p	igual			50
FACO	137127	65 años	OI	0.05	0.63	mejor	9		10
FACO	178494	59 años	OI	mm	0.9	mejor	13		0
FACO	74092	82 años	OD	0.1	0.1	igual			80
FACO	107223	70 años	OD	?	0.63	falta información			
FACO	187364	74 años	OI	0.1	0.63	mejor	8		10
FACO	176862	67 años	OI	cd	0.3	mejor	7		35
FACO	144368	67 años	OI	0,2p	0.25	mejor	1		40
FACO	50904	77 años	OI	0.12	0.63	mejor	7		10

FACO	40695	79 años	OI	0.05	0,8p	mejor	10	
FACO	95024	73 años	OI	0.2	0.8	mejor	6	
FACO	215293	80 años	OI	0.05	mm	peor		2
FACO	99513	66 años	OD	0,125p	0.6	mejor	7	
FACO	67749	65 años	OI	0.5	0,9 cc	mejor	3	
FACO	129591	72 años	OD	0,2p	0,9 cc	mejor	7	
FACO	124184	81 años	OI	0.05	0,125p	mejor	2	
FACO	26463	71 años	OD	0.3	0.5	mejor	2	
FACO	34424	82 años	OI	0.25	0.05	peor		5
FACO	14359	76 años	OI	0.25	0.7	mejor	4	
FACO	154495	81 años	OI	0.25	0,8 cc	mejor	5	
FACO	215893	75 años	OD	0.05	0,4p sc	mejor	7	
FACO	43781	70 años	OD	0,1p	0.8	mejor	9	
FACO	35301	70 años	OI		?	falta información		
FACO	73979	73 años	OD	0.16	0.8	mejor	7	
FACO	57134	69 años	OD	0.1	1.0	mejor	10	
FACO	27659	65 años	OD	0.1	0,4p	mejor	6	
FACO	32325	88 años	OD	0.05	0.05	igual		
FACO	227416	80 años	OI	0.05	cd	peor		1

5
5
mayor a 95
10
0
0
70
15
90
10
5
25
5

5
0
25
90
95

FACO	228082	76 años	OD	cd	0.125	mejor	3		70
FACO	78724	58 años	OI	cd	0.3	mejor	7		35
FACO	16215	82 años	OD	0.1	0,8p	mejor	9		5
FACO	12589	77 años	OI	0.32	0.3	igual			35
FACO	224416	79 años	OI	no se consigna	1	falta información			0
FACO	213340	49 años	OD	0.63	0.8	mejor	1		5
FACO	79443	74 años	OI	0.1	0,6 cc	mejor	8		10
FACO	235949	71 años	OI	0.2	0.25	mejor	1		40
FACO	109380	54 años	OI	0.05	0.32	mejor	6		35
FACO	59068	57 años	OI	0.1	0.32	mejor	5		35
FACO	52568	78 años	OI	0.3	0,8cc	mejor	4		5
FACO	211889	91 años	OD	0.2	0.2	igual			50
FACO	237965	82 años	OD	0,2cc	0,4p	mejor	3		25
FACO	13894	71 años	OI	0.1	1,0cc	mejor	11		0
FACO	42053	73 años	OD	0.05	0,4p sc	mejor	7		25
FACO	194541	32 años	OI	mm	0,63 sc	mejor	11		10
FACO	96422	66 años	OI	0.05	0.05	igual			90
FACO	105798	83 años	OD	0,05 (E)	0,2p	mejor	4		50
FACO	236350	78 años	OI	0.125	1,0 cc	mejor	10		0

FACO	25341	72 años	OD	cd	0.16	mejor	4		60
FACO	23173	72 años	OI	0,6cc	0.9	mejor	2		0
FACO	207129	54 años	OI C.An t	mm	0,2p	mejor	6		50
FACO	26738	77 años	OI	0.25	0,8 cc	mejor	5		5
FACO	42900	72 años	OD	0.05	0.05	igual			90
FACO	213425	84 años	OI	cd	0.05	mejor	1		90
FACO	238497	82 años	OD	0,3p	0.9	mejor	5		0
FACO	178494	58 años	OD	mm	0.9	mejor	13		0
FACO	188277	68 años	OI	mm	no se consigna	falta información			
FACO	217365	82 años	OD	0,1p	0.16	mejor	2		60
FACO	178646	77 años	OI	mm	0.6	mejor	11		10
FACO	241950	65 años	OI	0,1cc	0,9cc	mejor	10		0
FACO	42706	92 años	OD	luz	0,125 1°dia	mejor	5		70
FACO	179160	75 años	OI	0.25	0.1	peor		4	80
FACO	191441	66 años	OI	0.25	0,63p	mejor	4		10
FACO	232804	44 años	OI	mm	0.3	mejor	8		35
FACO	153115	71 años	OD	0.05	0,125sc	mejor	2		70
FACO	238312	82 años	OI	0.05	NSP	falta información			
FACO	212748	82 años	OI	0.05	0,4p	mejor	7		25

FACO	24155	75 años	OD	0.1	0,8cc	mejor	9		5
FACO	242830	83 años	OD	0.05	0,5 sc	mejor	8		15
FACO	241497	77 años	OI	0,32cc	0.63	mejor	3		10
FACO	107223	70 años	OI	0.3	0,8p	mejor	4		5
FACO	10982	70 años	OD	mm	no se consigna	falta información			
FACO	245261	87 años	OI	0.25	0,2p	peor		1	50
FACO	229390	37 años	OI	0.16	0,5p	mejor	5		15
FACO	21360	68 años	OD	0,05p	0,8p	mejor	10		5
FACO	236069	65 años	OD	cd sc	0,63 sc	mejor	10		10
FACO	38976	74 años	OD	0,4p	0,4p	igual			25
FACO	239931	66 años	OI	0.3	0.4	mejor	1		25
Reacomodo Lio	183851	48 años	OI	0.05	0,8p	mejor	10		5

TABLA 2.3. Grado de emetropía después de la operación.

TIPO OPERACIÓN	FICHA	EDAD	OJO	LIO	REFRACCION POST OP	LENTE INDICADOS	Grado de hipermetropía	grado de miopía	indicación lentes
Desticencia de Sutura	228263	62 años	OI	+17,00 D		+2,00esf = -5,25cil; Add +2,00	baja		para lejos y para cerca
EECC	85654	70 años	OI	22	+1,50esf = +1,25 cil	Add +3,00 Pc	baja		para cerca

EECC	10671 1	82 años	OI	26	ERROR		falta información		no
EECC	21951 7	78 años	OD	22	+1,00esf = -4,25 cil		baja		no
EECC	23487 9	84 años	OI	21.5	+3,00 esf = -3,5 cil	Pc: Add +3,50; Pl: -2,5esf = -3,00cil	media		para lejos y para cerca
EECC	11904 5	78 años	OI	21	+2,50esf = -1,50cil	Pc: Add +3,00; Pl: +1,00esf = -1,50 cil	media		para lejos y para cerca
EECC	12361 0	61 años	OI	14	-5,50 cil	Pc: Add +3,00; Pl: -4,00 cil	solo cilindro		para lejos y para cerca
EECC	65076	59 años	OI	26.5	H. V		falta información		no
EECC	13627 2	62 años	OI	S/ LIO	-1,50esf = -1,00cil			baja	no
EECC	15682 7	85 años	OD	21.5	-1,00esf = -3,50cil			baja	no
EECC	10383 5	69 años	OI	20	+2,50esf = -4,00cil	28 abril 2006 se le extrajo LIO	media		no
EECC	14839 1	79 años	OI	20		+1,00esf = -5,00cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
EECC	23150 6	70 años	OI	22	+1,25esf = -1,00 cil	-1,00esf = -1,00 cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
EECC	26243	69 años	OI	23	lio desplazada		falta información		no
EECC	48983	77 años	OD	22		-2,00cil; Add +3,00	solo cilindro		para lejos y para cerca
EECC	59300	83 años	OD	22		-1,75cil; Add +3,25	solo cilindro		para lejos y para cerca
EECC	23321 6	76 años	OD	21		+1,00esf = -4,00cil	baja		para lejos
EECC	93759	85 años	OD	21.5	+2,75esf = -5,50cil	+2,50esf = -1,50cil	media		para cerca
EECC	12151	76 años	OI	19	+3,50esf = -5,00cil	+3,50esf = -5,00cil; Add +3,25	media		para lejos y para cerca

EECC	16288	76 años	OD	20	+1,50esf = -6,00cil	+1,50esf = -4,00cil; Add +3,25	baja		para lejos y para cerca
EECC	12614 2	74 años	OD	20.5	+3,00esf = -4,00cil	+3,50esf = -4,00cil; Add +2,75	media		para lejos y para cerca
EECC	20610 1	73 años	OD	18.5	no se consigna		falta información		no
EECC	15058 0	88 años	OD	21.5	-2,25esf = -2,50cil	-2,00esf = -1,50cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
EECC	42900	72 años	OD	20	ERROR		falta información		no
EECC	12499 3	53 años	OI	22			falta información		no
EECC	42328	78 años	OD	22	-3,00esf = -1,00cil	-2,50esf = -1,00cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
EECC	11537 9	68 años	OI	20.5	+2,75esf = -4,50cil	+2,00esf = -4,00cil; Add +3,00	media		para lejos y para cerca
EECC	11904 5	78 años	OD	20.5	+1,50esf = -2,25cil	+1,00esf = -1,50cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
EECC	61543	65 años	OD	16.5	ERROR	Neutro	falta información		neutro
EECC	18841 8	83 años	OI	22	+0,75esf = -1,50cil	+0,50esf = -1,50cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
EECC	86277	85 años	OD	23	-0,25esf = -1,75cil	-1,00cil		baja	para lejos
EECC	18312 4	77 años	OI	23	-0,50esf = -3,25cil	-3,00cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
EECC	11178 1	83 años	OI	26.5	no se consigna	no se consigna	falta información		no
EECC	66353	80 años	OD	20	-6,50cil	+2,00esf = -4,00cil; Add +3,00	solo cilindro		para lejos y para cerca

EECC	53377	78 años	OD	16	+1,50esf = -2,50cil	?	baja		no
EECC	239700	22 años	OI	20	+2,50esf = -8,50cil	no se consigna	media		no
EECC	239239	63 años	OD	19	+0,50esf = -3,00cil	+0,50esf = -2,50cil; Add +2,50	baja		para lejos y para cerca
EECC	83452	75 años	OI	s/lio	+16,75esf = -4,00cil	no se consigna	alta		no
EECC	30116	73 años	OD	19.5	+2,25esf = -4,50cil	no se consigna	media		no
EECC	239591	85 años	OI	21	+2,25esf = -7,50cil	-2,00esf = -4,00cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
FACO	144971	73 años	OI	22	?		falta información		no
FACO	154542	81 años	OI	22			falta información		no
FACO	65621	77 años	OI				falta información		no
FACO	105891	72 años	OI	21	+0,75esf = -1,75 cil	pend. Segundo ojo	baja		no
FACO	70475	68 años	OD	14	+1,50 esf		baja		no
FACO	232968	76 años	OD	23.5		Add +3,00 Pc	falta información		para cerca
FACO	25140	64 años	OI	22		Pl: -0,50 cil	solo cilindro		para lejos
FACO	165419	27 años	OD	22		+1,75esf = -3,00cil; lentes toda distancia	baja		para lejos y para cerca
FACO	233931	72 años	OI	22	+0,75esf = -0,75cil		baja		no
FACO	227416	79 años	OD	22.5		-1,25esf = -0,75cil; Add +3,50		baja	para lejos y para cerca
FACO	115943	57 años	OD	25.5	-3,50esf = -1,75cil			media	no

FACO	137750	61 años	OI	22	-10,5esf = -2,75cil			alta	no
FACO	15161	74 años	OD	22	+0,25esf = -0,75cil		baja		no
FACO	208787	76 años	OD	19.5	+0,25esf = -0,75cil		baja		no
FACO	114389	22 años	OD	22.5	NSP		falta información		no
FACO	231425	84 años	OD	11	-1,25esf = -1,75cil	No se consiga		baja	no
FACO	13577	72 años	OD	22	+2,00=-2,35cil	No se consiga	baja		no
FACO	13686	80 años	OD	23.5	-0,50esf = -0,75cil			baja	no
FACO	137127	65 años	OI	22	+0,50esf = -2,75cil	no se consigna	baja		no
FACO	178494	59 años	OI	20.5	-0,50esf = -0,75cil	-0,75esf; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
FACO	74092	82 años	OD	25.5	+2,50esf = -10,25cil	-0,25esf = -0,75cil; Add +3,00	media		para lejos y para cerca
FACO	107223	70 años	OD	22	-0,25esf	no se consigna		baja	no
FACO	187364	74 años	OI	23	+1,00esf = -0,50cil	no se consigna	baja		no
FACO	176862	67 años	OI	22	-1,25esf = -1,25cil	no se consigna		baja	no
FACO	144368	67 años	OI	21.5	-1,25esf = -2,25cil	no se consigna		baja	no
FACO	50904	77 años	OI	24	no se consigna	no se consigna	falta información		no
FACO	40695	79 años	OI	23.5	+0,75esf = -0,75cil	no se consigna	baja		no
FACO	95024	73 años	OI	23.5	+1,50esf = -0,75cil	+1,50esf = -0,75cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
FACO	215293	80 años	OI	24.5	+0,25esf = -4,00cil	no se consigna	baja		no

FACO	99513	66 años	OD	21.5	no se consigna	no se consigna	falta información		no
FACO	67749	65 años	OI	20.5	+0,25esf = -1,00cil	-0,75cil	solo cilindro		para lejos
FACO	129591	72 años	OD	20	-2,00esf = -0,50cil	-1,50esf = -0,50cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
FACO	124184	81 años	OI	25.5	-0,75esf = -1,50cil	no se consigna		baja	no
FACO	26463	71 años	OD	21	-11,50esf = -0,50cil			alta	no
FACO	34424	82 años	OI	21	+0,25esf = +3,00 cil		baja		no
FACO	14359	76 años	OI	20	+2,25esf = -1,00 cil	+2,00esf = -1,00cil	media		para lejos
FACO	154495	81 años	OI	21	+1,25esf = -3,00 cil	+1,00esf = -2,25cil	baja		para lejos
FACO	215893	75 años	OD	17	-6,00esf = -2,50cil	-1,00esf = +1,00cil; Add +1,00		alta	para lejos y para cerca
FACO	43781	70 años	OD	21	-1,75esf = -2,75	-1,50esf = -2,50cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
FACO	35301	70 años	OI	26			falta información		no
FACO	73979	73 años	OD	23.5			falta información		no
FACO	57134	69 años	OD	19	+2,25esf = -1,50cil	+2,00esf = -1,25cil	media		para lejos
FACO	27659	65 años	OD	22	+0,75esf = -0,75cil	no se consigna	baja		no
FACO	32325	88 años	OD	23.5	+2,00esf = -0,50cil	lentes lectura	baja		para cerca
FACO	227416	80 años	OI	23		neutro	falta información		neutro
FACO	228082	76 años	OD	18.5	-1,50esf = -2,50 cil	?		baja	no
FACO	78724	58 años	OI	26.5	+0,25esf = -3,00cil	-0,25esf = -0,50 cil; Add +2,75	baja		para lejos y para cerca

FACO	16215	82 años	OD	22.5	-0,25esf			baja	no
FACO	12589	77 años	OI	23.5	-0,25esf = -0,50cil			baja	no
FACO	224416	79 años	OI	23	+0,75esf = -0,75cil	lentes lectura	baja		para cerca
FACO	213340	49 años	OD	18.5		+0,75esf = -0,50cil; Add +1,75	baja		para lejos y para cerca
FACO	79443	74 años	OI	20.5	+1,00esf = -3,00cil	+1,00esf = -3,00cil Add +3,25	baja		para lejos y para cerca
FACO	235949	71 años	OI	21	-0,50esf = -0,25cil	no se consigna		baja	no
FACO	109380	54 años	OI	26	-0,75esf = -1,00cil	NSP		baja	no
FACO	59068	57 años	OI	24	-1,00cil	no se consigna	solo cilindro		no
FACO	52568	78 años	OI	22		-0,75esf = -2,00cil		baja	para lejos
FACO	211889	91 años	OD	25.5	ERROR	No hay informacion en ficha, solo primer dia	falta información		no
FACO	237965	82 años	OD	18	-0,25esf = -1,00cil	NSP		baja	no
FACO	13894	71 años	OI	19	+0,75esf = -1,25cil	+1,00esf = -1,00cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
FACO	42053	73 años	OD	21	-0,25esf = -0,50cil	no se consigna		baja	no
FACO	194541	32 años	OI	24.5	+1,50esf = -1,25cil		baja		no
FACO	96422	66 años	OI	23.5	-1,50esf = -0,50cil			baja	no
FACO	105798	83 años	OD	20.5	-1,00esf = -1,75cil	no se consigna		baja	no
FACO	236350	78 años	OI	12.5	-2,25esf = -1,50cil	-1,75esf = -1,25cil		baja	para lejos

FACO	25341	72 años	OD	10	-1,75esf = -0,75cil	-1,75esf		baja	para lejos
FACO	23173	72 años	OI	20.5	+2,25esf = -1,25cil	+1,50esf = -1,00cil; Add +2,00	baja		para lejos y para cerca
FACO	207129	54 años	OI C.Ant	23	-1,00esf = -1,25cil	NSP		baja	no
FACO	26738	77 años	OI	20.5	+1,50esf = -1,50cil	+1,00esf = -1,50 cil	baja		para lejos
FACO	42900	72 años	OD	20	ERROR		falta información		no
FACO	213425	84 años	OI	10.5	-1,00esf = -2,25cil			baja	no
FACO	238497	82 años	OD	20	+0,75esf = -3,00cil	-2,00cil	solo cilindro		para lejos
FACO	178494	58 años	OD	20		+0,75esf; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
FACO	188277	68 años	OI	24	NSP		falta información		no
FACO	217365	82 años	OD	22	-0,50esf = -1,25cil	-0,50esf = -1,25cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca
FACO	178646	77 años	OI	22.5	+1,75esf = -1,25cil	-1,50esf = -1,25cil; Add +3,25		baja	para lejos y para cerca
FACO	241950	65 años	OI	20	+0,25esf = -1,50cil	no se consigna	baja		no
FACO	42706	92 años	OD	20.5	+3,25esf = -2,25cil	no se consigna	media		no
FACO	179160	75 años	OI	17.5	-1,75cil	no se consigna	solo cilindro		no
FACO	191441	66 años	OI	22.5	+1,50esf = -0,75cil	no se consigna	baja		no
FACO	232804	44 años	OI	20	+1,75esf = -1,50cil	no se consigna	baja		no
FACO	153115	71 años	OD	23.5	-1,00esf = -1,00cil	-1,00esf = -1,00cil; Add +3,00		baja	para lejos y para cerca

FACO	23831 2	82 años	OI	22.5	NSP	NSP	falta información		no
FACO	21274 8	82 años	OI	19	+0,75esf = -2,00cil	+0,75esf = -2,00cil; Add +3,00	baja		para lejos y para cerca
FACO	24155	75 años	OD	22	+2,00esf = -0,25cil	+1,00esf	baja		para lejos
FACO	24283 0	83 años	OD	22	+1,25esf = -1,25cil	Derivado para Yag laser	baja		no
FACO	24149 7	77 años	OI	24.5	-0,25esf	no se consigna		baja	no
FACO	10722 3	70 años	OI	21	+0,50esf = -0,75cil	no se consigna	baja		no
FACO	10982	70 años	OD	24.5			falta información		no
FACO	24526 1	87 años	OI	20.5	1°dia +2,25esf = +1,00cil	no se consigna	media		no
FACO	22939 0	37 años	OI	19.5	+0,75esf = -0,25cil	no se consigna	baja		no
FACO	21360	68 años	OD	19.5	-1,50esf = -0,50cil	-1,00esf		baja	para lejos
FACO	23606 9	65 años	OD	19.5	-0,50esf	no se consigna		baja	no
FACO	38976	74 años	OD	20	-0,75esf = -1,25cil	no se consigna		baja	no
FACO	23993 1	66 años	OI	20	+1,25esf = -1,75cil	no se consigna	baja		no
Reacomodo Lio	18385 1	48 años	OI	21.5	no se consigna	no se consigna	falta información		no

