



Cataratas

Las lentes que funcionan

Las últimas lentes intraoculares permiten devolver la visión perdida por las cataratas y, a veces, hasta corregir la vista cansada. Aunque no están indicadas en todos los pacientes. Sepa quién se puede beneficiar de ellas

N. RAMÍREZ DE CASTRO

La cirugía de cataratas ya ha dejado de ser esa intervención tan temida. La operación cada vez es menos agresiva, los pacientes se recuperan antes a su vida normal y todo el proceso se realiza con anestesia local, con unas simples gotas que se depositan en el ojo. En los últimos años, a los avances quirúrgicos se ha sumado una revolución tecnológica que ofrece lentes artificiales muy sofisticadas para sustituir al cristalino.

Las cataratas aparecen cuando el cristalino, la lente natural del ojo, empieza a volverse opaca. La solución pasa por sustituir el cristalino por una lente artificial que lo imi-

te. Las más comunes son las monofocales, las que ofrecen una visión similar a las que se tendría con unas gafas. Corrigen la miopía y la hipermetropía, pero no la presbicia o la «vista cansada». Este tipo de lente es más económica y también la que se suele utilizar en los hospitales públicos.

Las lentes multifocales están pensadas para ver tanto de cerca como de lejos, igual que el cristalino. El coste de la intervención con estas lentes se dispara (cuestan hasta ocho veces más que las monofocales). Otro problema es que no se pueden implantar en todos los pacientes, sobre todo cuando hay otros problemas en el ojo. La ventaja es que si el paciente se adapta bien logra olvidarse de las gafas. Algo que no siempre ocurre.

La elección de una u otras lentes también mantiene divididos a los oftalmólogos. «Sinceramente, yo no tengo muy claro el tipo de paciente al que debería implantar una lente multifocal», reconoce Francisco Muñoz Negrete, jefe del servicio de Oftalmología del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid. En su opinión, las multifocales han evolucionado mucho pero «aún no existe la lente ideal: unas corrigen muy bien las distancias lejanas y cercanas; no las intermedias. Otras corrigen mejor la intermedia y lejano y no la de cerca...».

Su experiencia también apoya sus recelos: «El 99 por ciento de los pacientes a los que implantamos las monofocales están satisfechos con los resultados. Pueden ver bien de lejos y a distancia intermedia. Sólo

utilizan gafas para ver de cerca, que es lo que hace la gran mayoría a partir de los 45 años. Tampoco sufren deslumbramientos ni otras molestias que hacen que algunas personas operadas nos pidan que les quitemos las lentes. Con las monofocales, nunca sucede», indica Muñoz Negrete.

La regla de oro que manejan los oftalmólogos es no colocar lentes multifocales en personas con degeneración macular, glaucoma u otras patologías asociadas. De alguna manera, que las lentes funcionen bien dependen de lo sano que esté el ojo. Cualquier enfermedad de la retina puede empeorar los resultados. Tampoco se aconsejan en personas con astigmatismos elevados.

Las necesidades del paciente

La doctora Elena Barraquer, directora del Centro Barraquer de Barcelona, también apunta a los deseos de cada paciente: «Las monofocales están pensadas para pacientes que prefieren una visión lejana lo más nítida posible, aunque eso suponga necesitar gafas para la visión cercana. Las multifocales pueden producir halos o deslumbramientos por la noche, así que hay que valorar su implantación en los conductores profesionales».

Los deslumbramientos se producen por la noche, al mirar las luces o a los semáforos. Esta posibilidad debe advertirse a los pacientes que optan por las lentes más sofisticadas «aunque mejoran con el tiempo y sólo el 5-10% de las personas operadas se encuentran realmente incómodas», indica Barraquer.

Desde USP Instituto Oftalmológico de Barcelona, Mercè Guarro, también defiende las últimas lentes intraoculares. «Su gran ventaja es que proporcionan una buena visión tanto de cerca como de lejos. Lo importante es elegir bien al candidato».

La mayoría de los especialistas esperan que los nuevos diseños de lentes multifocales mejoren los resultados. Las próximas en llegar, están bajo desarrollo y permitirán implantarse en el ojo a través de incisiones cada vez más pequeñas, de menos de dos milímetros de tamaño.

A LA MEDIDA

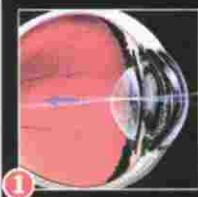
No hay lentes mejores o peores. «El oftalmólogo debe decidir en función de las necesidades de cada paciente y de la presencia de otras enfermedades oculares», explica Mercè Guarro, directora de USP Instituto Oftalmológico de Barcelona.

Monofocales: corrigen un único foco. Se suele elegir el de la visión lejana ya que es la visión útil de manejo para los pacientes. Con ellas se minimiza la graduación que el paciente necesitará en su visión lejana después de la cirugía, a excepción de los astigmatismos.

Tóricas: Corrige la graduación que el paciente tenía para la visión lejana y los astigmatismos existentes.

Multifocales: Mejora tanto la visión lejana como cercana. Acaba con la «vista cansada» o presbicia.

CIRUGÍA DE CATARATAS



1 Las cataratas se forman porque el cristalino se vuelve opaco y pierde elasticidad con la edad. La única solución pasa por el quirófano



2 La cirugía consiste en extraer el cristalino y sustituirlo por una lente intraocular. Se introducen plegadas y a través de una incisión mínima



3 La operación se realiza con anestesia tópica. Bastan con unas gotas para dormir la zona y que el paciente no note ninguna molestia



4 A través de una incisión de milímetros en la periferia de la córnea se extrae el cristalino y se implanta la lente artificial. No necesita sutura



5 La facoemulsificación es la técnica más innovadora. Permite romper la catarata en pequeños fragmentos con una onda ultrasónica. Es el sistema menos traumático



6 La lente se implanta con un inyector similar a una jeringa. Se inyecta a través de la incisión y la lente es colocada en el saco capsular



7 Una vez colocada, la lente restablece el enfoque del ojo después de la cirugía



El chip que incorpora el biosensor mide 3x3 mm

ABC

Test exprés para el VIH

Un nuevo biosensor ofrece resultados en menos de 60 minutos frente a las 3-12 horas de los sistemas convencionales

ESTHER ARMORA

BARCELONA. Un nuevo sistema de detección del VIH permitirá saber en un tiempo récord —menos de 60 minutos— si eres portador del virus del sida o estás libre de la infección. Investigadores de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han desarrollado un biosensor de alta generación para la detección rápida de la enfermedad en muestras de sangre más reducidas. El análisis no sólo capta el virus del sida también es útil frente a otras infecciones víricas como la fiebre aftosa, la peste porcina y la hepatitis B o C.

El nuevo sistema, mucho más económico, podría ser útil para centros de asistencia primaria en países con escasa infraestructura sanitaria, ya que es portátil y de bajo coste. Apoyándose en una enzima modificada genéticamente y una pequeña red de microelectro-

dos, el biosensor permite obtener el diagnóstico en menos de una hora. Dada su estructura ligera, lo hace «altamente competitivo en países con recursos insuficientes, que no ha podido acceder a los sistemas convencionales, que requieren infraestructuras más caras y complejas», según explicó a ABC el investigador del CSIC Francisco Javier del Campo.

A su entender, una de las ventajas de este sistema es que «al trabajar con electrodos, el volumen de la muestra necesario para hacer el análisis puede reducirse a unos microlitros —la millonésima parte de un litro—, con lo que aumenta la seguridad del analista y se facilita la eliminación posterior de los restos generados».

Antonio Villaverde Corrales, catedrático del departamento de Genética y Microbiología de la UAB, destaca en declaraciones a ABC las ventajas de este nuevo sistema de verificación respecto a los test convencionales. «Con las técnicas actuales, el resultado se obtiene a través de un sistema de reactivos y se tarda entre tres y 12 horas». Las investigaciones para perfilar este nuevo sistema arrancaron en 2001, aunque «hasta hoy no hemos conseguido un dispositivo tan sensible, práctico y de tan elevada fiabilidad».

El nuevo análisis permitirá diagnosticar la fiebre aftosa, la peste porcina y la hepatitis B o C
