

Curso: *Criterios ópticos, biológicos y biométricos para la indicación de lentes intraoculares difractivas*

# “Lo más importante es la personalización de la indicación de las LIO difractivas”



Prof. Luis Fernández-Vega

**E**l curso sobre *Criterios ópticos, biológicos y biométricos para la indicación de lentes intraoculares difractivas*, dirigido por el profesor Luis Fernández-Vega y el doctor José F. Alfonso, abarcará tanto las intervenciones de catarata como la cirugía refractiva de presbicia. Según el profesor Fernández-Vega, “antes, cuando se operaba una catarata se

ponía la misma lente a todo el mundo. Hoy no sucede así, sino que es fundamental personalizar la indicación de las LIO difractivas”.

Obviamente, la primera determinación de carácter selectivo es si la cirugía que se va a realizar es de catarata o refractiva, aunque en ocasiones se superponen ambas. Pero la elección de la lente viene fundamentalmente

determinada por las características del paciente. “Hay que medir muy bien todos los parámetros del ojo y también conocer lo que el paciente pretende conseguir después de la intervención en lo que respecta a la calidad de visión. Después hay que personalizar la indicación de las LIO en función de los parámetros obtenidos. Nosotros en general nos decantamos por las

lentes difractivas, aunque en algún caso podemos poner lentes monofocales. Sólo en muy pocos casos puede surgir algo durante la intervención que determine el cambio de lente previamente elegida, pero es un hecho excepcional”, explica el director del curso.

Son numerosos los tipos de LIO disponibles en la actualidad y la indicación correcta va a determinar la máxima calidad de visión. Sin embargo, incluso si en la cirugía no han surgido complicaciones, hay ciertos aspectos relativos al resultado final de los que debe informar al paciente. “Es probable que posteriormente se necesite la realización de un retoque con láser al haber quedado algún resto refractivo como consecuencia del proceso de cicatrización, lo que se suele llevar a cabo a partir de los tres meses después de la intervención. También hay que informarle de que, aunque su

dependencia de la gafa va a disminuir en un 90% de las horas del día, ello no quiere decir que pueda necesitarla en momentos puntuales. Finalmente, también es posible que, especialmente al principio, pueda ver un halo alrededor de las luces o sufrir algún deslumbramiento, lo que puede, por ejemplo, dificultarle el conducir de noche; pero en este caso lo normal es que se produzca un proceso de neuroadaptación que termine reduciendo este tipo de efecto al mirar las luces”.

Una buena comunicación con el paciente es importante para que éste no mantenga la expectativa de obtener una visión mejor de lo que en la práctica es posible. Por ello, se le debe explicar con detenimiento cuáles son las posibilidades, los pros y los contras y que lean con detenimiento y firmen el correspondiente consentimiento informado.