

11234
5
2ef.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA"

I. M. S. S.

EVALUACION DEL PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO OFTALMOLOGO

EL DR. ARMANDO BALCAZAR CASTAÑON

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Luis Fersen Perera Quintero



México, D. F.

Febrero, 1992

FBIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.	Pag.
Ant. Cientificos.	1
Catarata	3
Técnica quirúrgica	4
Hialoidocapsulotomía	5
Ciclocrioterapia	5
Trabeculectomía	6
Vitrectomía	7
Pterigi6n	7
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSION	13
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
ANEXOS.	

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En la última década en el área de Oftalmología, ha -
tenido avances importantes en sus conceptos, en sus téc-
nicas y resultados. Hasta hace poco se consideraba indis-
pensable para obtener el éxito en la cirugía Oftalmológi-
ca, que el paciente permaneciera hospitalizado con una --
indicación precisa y estricta de reposo absoluto especial-
mente en decubitodorsal por períodos prolongados.

En advenimientos de técnicas quirúrgicas perfecciona-
das han dado la realización quirúrgica con la misma efica-
cia y seguridad en pacientes ambulatorios, cirugías que -
tradicionalmente se habían hecho con pacientes hospitali-
zados.

La cirugía de catarata, es la más representativa de-
las cirugías oftalmológicas, además de ser la más frecuen-
te y era hasta hace poco de las que requerían hospitali-
zación prolongada para guardar reposo en cama.

En 1916, se reporta movilización temprana. (1). En -
1960 la frecuencia de complicaciones postoperatorias por-
deambulación temprana en pacientes postoperados de catar-
tas (3). En 1975 Williamson, establece la eficacia y se-
guridad en pacientes no hospitalizados. (2).

En tiempos recientes, la variedad y el número de - -
procedimientos quirúrgicos que se realizan de forma ambu-
latoria, han aumentado de manera notable. Los avances ma-
teriales, y técnicas quirúrgicas permiten que el paciente

salga del hospital inmediatamente después del procedimiento, sin olvidar los avances, también de las técnicas aneg-tésicas que disminuyen los riesgos y con efectividad comprobada por más de cien años. (4).

Si bien la Cirugía de catarata es la más representativa, existen otros procedimientos quirúrgicos que no se han detenido al cambio como los filtrantes de espesor intermedio para glaucoma que se realizan cada vez más frecuentemente como procedimientos ambulatorios con una rehabilitación efectiva en más corto plazo. (5).

Siendo según estudios comparativos realizados por varios autores, han demostrado que no hay mayor incidencia de complicaciones por deambulación inmediata. (2).

La cirugía de Oftalmología en sus variedades de extracción de catarata, trabeculectomía y vitrectomía (esta última de más reciente ingreso a la deambulación temprana) ocupan los percentiles más altos de lo que podría llamarse cirugía mayor en oftalmología, en cuanto a frecuencia de práctica por lo que al realizarse dentro de -- grupo se dá un paso hacia adelante en cuanto a la evolución Quirúrgica, (6)

Las cirugías como la hialoidocapsulotomía, ciclocrio terapia y estrabimos ya han sido de los primeros en integrarse a este programa, desde 1953 la última ya que no -- comprometen la integridad interna del globo ocular, mientras no existan complicaciones trasoperatorias. (7). Más sin embargo el impacto en la práctica quirúrgica general parte de estas pioneras (8).

C A T A R A T A :

Si bien la cirugía de catarata es la más representativa de la cirugía oftalmológica, tenemos que la palabra se origina del griego *Kataregynai* : cargar de arriba abajo - toda catarata es una opacidad sobre o en el cristalino.

La formación de una catarata está condicionada por -- cambios en la permeabilidad de su anatomía, aumentando el contenido de agua, entorpeciendo la nutrición del cristalino y oxigenándose de manera deficiente (7).

Las cataratas varían notablemente en grado de densidad, y puede ser debida a una gran variedad de causas : - Ejemplo : Congénitas, traumáticas, patológicas, metabólicas, seniles, etc.

Los síntomas de la formación de una catarata son : -- Borrosidad y distorsión de imágenes, deslumbramiento y percepción alterada de los colores incluso diplopía monocular. El grado clínico de la formación de una catarata, suponiendo que no existe otro tipo de enfermedad ocular, se determina fundamentalmente por la agudeza visual, o sea, la -- disminución de ella en relación directa con la densidad de la catarata.

No existe un tratamiento médico para el manejo de una catarata, por lo que se tiene que recurrir a un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del cristalino del ojo afectado y que a su vez está indicado cuando la opacidad disminuye la agudeza visual al grado que el -- paciente no puede llevar una vida normal, la extirpación -- puede producir una rehabilitación visual completa.

TECNICAS QUIRURGICAS :

En la cirugía de catarata, el cristalino se quita del ojo y se emplea principalmente dos técnicas quirúrgicas -- previa anestesia local retrobulbar o general : La técnica de extracción intracapsular de catarata (EICC) y la extracción extracapsular de catarata (EECC) (8).

La primera técnica (EICC) consiste en la extracción total del cristalino con métodos como la crioeextracción o mediante una pinza (6).

En la EECC se hace una incisión en la parte superior del limbo; utilizando un cristitomo de irrigación se hacen pequeñas perforaciones capsulares con la intención de hacer una línea continua y circular, pero evitando el desgarrro de la cápsula posterior a la extracción de esta tapa - (capsulotomía anterior) con a remoción de gran parte de esta principalmente del área central; se libera y extrae el núcleo mediante una contrapresión o irrigación y, con una cánula de irrigación y aspiración se lava y aspira la corteza del cristalino dejando la parte posterior de la -- cápsula íntegra y limpia. La cirugía de EECC puede ser realizada con éxito de muchas maneras, las variantes se definen en función del tamaño de la incisión en la herida quirúrgica al método específico de extracción de las masas del cristalino: La facoemulsificación, la aspiración, la fragmentación y el lavado, empleando vibraciones ultrasónicas y una incisión límbica pequeña, son técnicas de la cirugía extracapsular nuevas mejoradas que están experimentando grandes cambios y aceptación por los cirujanos oftalmólogos (1-4-6-8).

Las ventajas de la técnica de EECC sobre la EICC es - el mantener una barrera natural entre en segmento anterior y posterior del ojo, ofreciendo ventajas tanto anatómicas- como fisiológicas.

HIALOIDOCAPSULOTOMIA.

En lo que respecta a la **Hialoidocapsulotomía** tenemos, que se conoce también como capsulotomía posterior y - es empleada principalmente cuando la capsula posterior de cristalino se opacifica y la visión del paciente disminuye marcadamente, existen dos procedimientos para llevarla a - a cabo : Uno quirúrgico invasivo y otro mediante el uso de un Nd YAG **LASER**.

La ventaja principal del método quirúrgico es principalmente su accesibilidad a todos los oftalmólogos, ya que no se necesita equipo sofisticado y costoso, mientras que al utilizar el aparato de **LASER**, aumentan los costos pero más sin embargo la seguridad y efectividades apoyada por - la desaparición de los riesgos de infección. El procedi- - miento quirúrgico que utilizaremos en este estudio consiste en la técnica tradicional (6) de realización.

CICLOCRIOTERAPIA:

Es un procedimiento que se usa en pacientes con glaucoma, que está diseñado para disminuir la secreción de humor acuoso por ablación del epitelio ciliar secretor, la - cirugía puede realizarse tan solo con anestesia local retrobulbar aunque algunos refieren incluso la tópica por in - - tilación (94). El procedimiento consiste en colocar la - - criosonda de 3 a 5 mm. del limbo corneal procurando no lesionar la córnea ni provocar otro tipo de lesiones trabeculares. Es conveniente en caso severos la colocación de - - tres coronas de acuerdo a los horarios y manecillas del --

reloj (en casos terminales).

Se dice que este procedimiento intensifica la isquemia ocular, conduce a necrosis del segmento anterior y a la Ptisis bulbi.

TRABECULECTOMIA :

Esta técnica quirúrgica, se considera como procedimiento filtrante, entendiendo como procedimiento filtrante en el glaucoma aquel que crea una fístula permanente que permita derivar humor acuoso al espacio subconjuntival con el menor número de complicaciones posibles. La fístula es creada a través de la esclera y basándose en esta se consideran los procedimientos de este tipo de espesor total, y parcial (a la que corresponde la que hoy tratamos), mas sin embargo existen procedimientos filtrantes no invasivos como el caso del uso de **LASER**.

La paternidad de la trabeculectomía y muy en especial su difusión y popularidad se atribuyen a J.E. Cairns quien la describió en 1968, y antes de esa fecha Sugar en 1961, - Castelli en 1965, Vasco Posada en 1967, Koryllos en 1967 - ya habían descrito procedimientos filtrantes bajo colgajo escleral. (9)

VITRECTOMIA:

Las indicaciones de una vitrectomía Via pars plana -- son la presencia de opacidades vítreas que afectan significativamente en la visión. La más frecuente de estas con diferencia es la sangre. Existen dos tipos de vitrectomía; La anterior que se realiza con entrada limbica par el tercio anterior del ojo y la que es la vía Pars Plana que in-

volucra los dos tercios posteriores .

La posibilidad de una cirugía de este tipo en el segundo de los casos no se considera posible hasta no haber transcurrido 6 meses posteriores a la aparición de la -- hemorragia (de la causa que sea), el procedimiento se -- lleva a cabo mediante un mecanismo de infusión de solución, más corte y succión bajo control microscópico o mediante -- oftalmoscopia indirecta.

Se dice que en general los resultados de la vitrectomía en la vía Pars Plana ojos con hemorragia en el vítreo sin otra patología son excelentes, teniendose una mejoría de visión del 85 % al 95 %. Esto en pacientes que son hospitalizados para su manejo postoperatorio .

El pterigión es un tejido de neoformación carnoso, -- por lo regular de localización nasal se piensa es causado por un fenómeno irritativo debido a la luz ultravioleta ya que es más común en granjeros y pastores quienes pasan la mayor parte del tiempo en regiones polvosas y asoleadas. A nivel corneal se observa reemplazo en la membrana de Bowman por tejido elástico y hialino. Su extirpación quirúrgica se decide al aumentar de este tamaño y obstruir el área pupilar o en casos de irritabilidad frecuente. Por su evolución el pterigión puede calificarse de estacionario si muestra escasa vascularización y permanece del mismo tamaño por años; progresivo y evolutivo si muestra rica vascularización y su evolución ha sido en forma rápida; incipiente cuando apenas ha alcanzado el área del limbo; y es avanzado si ha penetrado en forma importante sobre la córnea. Por lo general esta neoformación tiende a la autolimitación variando su crecimiento es cada persona y quedandose a nivel del limbo. Desde el punto de vista

patológico se considera que es un proceso degenerativo del tejido epiescleral y subconjuntival, que dá una reacción de tipo granulomatosa con neoformación vascular. Es más frecuente su aparición a partir de la segunda década de la vida. Su remoción quirúrgica que sobre todo en personas jóvenes muestra una gran tendencia a fracasar por recidiva de igual o mayor magnitud.

Para evitar esta tendencia se han ideado multitud de técnicas y asociado otros tratamientos al quirúrgico como las radiaciones B, blandas desde una fuente de estroncio 90 con resultados aceptables en la mayoría de los casos.

El resto de los procedimientos ya han sido comentados al principio de la introducción y no representan riesgos - en la evolución externa del paciente.

MATERIAL Y METODO.

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Oftalmología del Hospital General Centro Médico "LA RAZA" del Instituto Mexicano del Seguro Social; México D.F.

Se realizó una encuesta retrospectiva, observacional, trasversal y descriptiva; en el período comprendido del 1 de Abril al 31 de Septiembre de 1991.

Se revisaron 322 Postoperados, dentro del programa de cirugía ambulatoria del servicio de Oftalmología del Hospital General del Centro Médico " LA RAZA " del I. M. S. S. evaluando su preoperatorio.

Por criterios de no inclusión y exclusión se dejaron fuera 118 pacientes y se estudian únicamente 204.

Fueron incluidos en este estudio todos los pacientes sin importar edad sexo siempre y cuando requirieran cirugía de tipo ambulatorio. Clasificándolos de acuerdo al tipo de procedimiento realizado. Ejem. : Extracción extra capsular de catarata , Hialoidocapsulotomía, Exeresis de Pterigión, Estrabismo, cirugía de simbléfaron Vitrectomía e Iridectomía periférica.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo en la hoja de captación de datos, anotando complicaciones ocurridas en trans y postoperatorio. Se dieron de alta a los pacientes con control en la consulta externa cada dos semanas aproximadamente.

Se realizó valoración mediante la agudeza visual en

los pacientes sometidos a cirugía extracapsular de catarata, Hialoidocapsulotomía y Vitrectomía.

En los procedimientos de Trabeculectomía y ciclocrioterapia evaluamos cambios en la tensión intraocular.

En la cirugía de Pterigión y simblefaron revisamos - recidiva.

Los pacientes sometidos a cirugía de estrabismo buscamos los cambios correctivos en dioptrías.

Las iridectomías valoramos permeabilidad y funcionalidad clínica.

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros, -- porcentajes y gráficas.

Este tipo de estudio no requiere manejo estadístico - paramétrico al tratarse de una encuesta retrospectiva no - comparativa, por lo que se expresará en porcentajes de confiabilidad.

De los 204 pacientes estudiados la distribución por -
sexo reveló para el masculino 61. 28 % (125) y, para el
femenino 38. 72 % (79) (gráfica A).

El grupo de edades se estableció de la siguiente ma-
nera : En la primera década el 10% de los 10 a los 14 años
el 1.96 %, en los 15 a los 24 años 5.88%, de los 25 a los
34 encontramos 9.31%, en los 35 a 44 años resultó el 10.29
%, de los 45 a los 64 años obtuvimos 32.36 % y finalmente-
de los 65 años hacia adelante con 40.20%. (gráfica B).

Se realizaron 121 procedimientos de **EXTRACCION EXTRA-
CAPSULAR DE CATARATA**, que equivale al 59.32 % respecto al
total considerando resultados: Bueno de 20/20 a 20/60; Re-
gular 20/80 a 20/100 y malo de 20/200 ó menos (gráfica 1)

Las **HIALOIDOCAPSULOTOMIAS**, que fueron 8.83% (18 pa-
cientes) y las **VITRECTOMIAS** 2.45 % se valoraron bajo los --
mismos parámetros anteriores de bueno, regular y malo (grá-
ficas 2 y 8).

Con respecto a los procedimientos filtrantes : **TRABE-
CULECTOMIA**, se realizaron 13 que equivale al 6.37% evaluandose
disminución de la Tensión intraocular menor ó mayor -
de 5 mmHg (gráfica 4).

Se hicieron 17 **CICLOCRIOTERAPIAS**, ó sea el 8.33 % - -
registrandose como resultados buenos entre 15-25 mmHg, de
26 a 35 mmHg regular y arriba de 36 mmHg malos (gráfica 3)

Las **EXCERESIS DE PTERIGION**, fueron 5.88 % por 12 pa-

cientes de los que se evaluó su incidencia o residiva (gráfica 5).

De los 9 pacientes (4.41 %) sometidos a cirugía de **ESTRABISMO**, se tiene como bueno residual menor a 10 dioptrías y como malo mayor de 10 (gráfica 6).

Tuvimos 6 cirugías correctoras de **SIMBLEFARON** que representan 2.94 % buscando su incidencia (gráfica 7).

Finalmente la **IRIDECTOMIA PERIFERICAS** sumaron 3 ó -- bien el 1.47 % de las que se evaluó funcionalidad (gráfica 9).

En nuestro trabajo de investigación tratamos de evaluar la efectividad de resultados de la cirugía ambulatoria en cuanto a evolución. Encontrando de que de los 204 procedimientos realizados solo 37 pacientes (18.36%) tuvieron incidencias o malos resultados dando un porcentaje-evaluatorio significativo.

En los procedimientos de **EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA**, al evaluarse la agudeza visual final el 66. 12 % (80 p.) quedaron dentro de un parámetro bueno, 8.26 % -- (10 p.) regular y el 25.62% (31 p.) dentro del resultado malo, estos últimos principalmente por enfermedad diabética adyacente o por complicaciones con ruptura de capsula posterior, pérdida de vitreo y muy escasamente queratopatía bulosa.

Los sometidos a **HIALOIDOCAPSULOTOMIA**, fueron 14 exitosos que corresponden al 77.78 % con un 22.23 % (4 p.) en contra complicados por Pars Planitis y Retinopatía Diabética.

En las **CICLOCRIOTERAPIAS**, tuvimos un éxito del 82.35% con el restante con resultados regulares a malos.

En **TRABECULECTOMIAS**, un éxito del 92.31 % (12 casos) y un 7.69 % (un caso) sin éxito por cursar con sangrado de cámara anterior.

Una incidencia de 8.33 % correspondiente a un solo -- caso encontramos en la cirugía de **PTERIGION**, anotandose-

así un éxito de 91.67 % con 11 procedimientos, lo cual es muy satisfactorio en una vigilancia de 3 meses.

Los procedimientos **ESTRABOLOGICOS** residuaron más de - 10 dioptrías un 22.22 % (2 pacientes) y el restante - -- 77.78 % fueron buenos. Es de hacer notar que fueron todos estrabismos monoculares secundarios a traumatismo, refractivos y algunos intervenidos con anterioridad.

La liberación de **SIMBLEFARON**, no incidieron el 66.67% y residivaron el 33.33 % (2 pacientes) del total 4 casos severos por quemadura química.

En lo correspondiente a **VITRECTOMIA**, via pars plana - el 40 % tuvo éxito, 20 % (1 procedimiento) regular y un 40% (2 procedimientos) restante con malos resultados visuales. Todos fueron Diabéticos, 2 de ellos con resangrados en menos de una semana.

Finalmente las **IRIDECTOMIAS** tuvieron éxito en un 100% encontrándose permeables y funcionales clínicamente.

C O N C L U S I O N E S .

1.- Con este trabajo nos damos cuenta del gran volumen de pacientes que pueden ser manejados con alto porcentaje de éxito dentro de la cirugía ambulatoria, sin que se modifique el pronóstico comparado con aquellos casos con postoperatorio inmediato intrahospitalario.

2.- Estos procedimientos fueron realizados indistintamente por Médicos de Base y Residentes; lo que nos habla de buena técnica quirúrgica y selección de pacientes representado en resultados.

3.- Podemos asegurar que pacientes bien valorados en el preoperatorio pueden incluirse con efectividad en el programa de cirugía ambulatoria con mínimas complicaciones motivadas por el postoperatorio extrahospitalario.

4.- Finalmente concluimos que la cirugía ambulatoria es una realidad en nuestro medio institucional y que deberá ser aprovechada como una gran alternativa para el manejo exitoso del paciente oftalmológico, con la consecuente optimización de recursos y culminación del diferimiento quirúrgico.

B I B L I O G R A F I A .

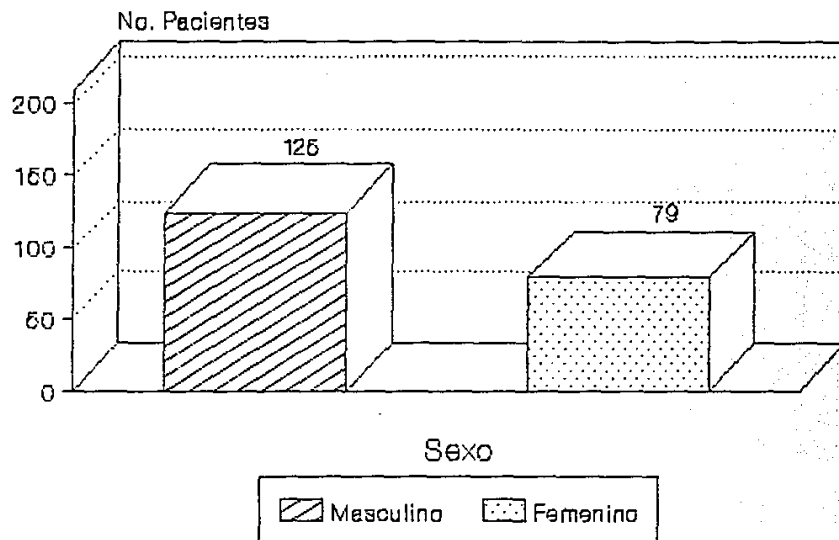
- 1.- Burns H. D. The ambulant after treatment of cataract -
extractions with a note an postpertive delirium and --
striped Keratitis. Trans am ophthalmol soc 1916; - -
14:73.
- 2.- Christy NE. Effect of early ambulation incidence of -
postoperative complicati3ns of cataract surgery. Am J.
Ophtalmol 1960; 49:293.
- 3.- Williamson DE. Outpatient cataract and implant surger5
y En Abrahamson IA ed. cataract surgery U.S.A. MacGraw
-Hill Inc. 1986;217-281.
- 4.- Atkinson Ws the development of oplthalmic anesthesia.
Am J. Ophtalmol 51:1-11, 1961.
- 5.- Scullica L. Diez a1os de traberculectomía consideracio
nes 515 casos. Glaucoma 1978; 81-98.
- 6.- Rojas Dosal JA Cirugía ambulatoria en oftalmología. -
Gaceta M3dica de M3xico. 1990 126; 6, 361-366.
- 7.- Jaffe N.S. Glare and contrast : Indicationas for cata-
ract surgery J. Cataract REtract Surg. 1986 12; 372--
375.
- 8.- Kamboris. AA, Ambulatory Its impact on general surgeri
cal practice. Am srg. 1986; 332-347.

Tabla 1

TOTAL CIRUGIA EVALUADA

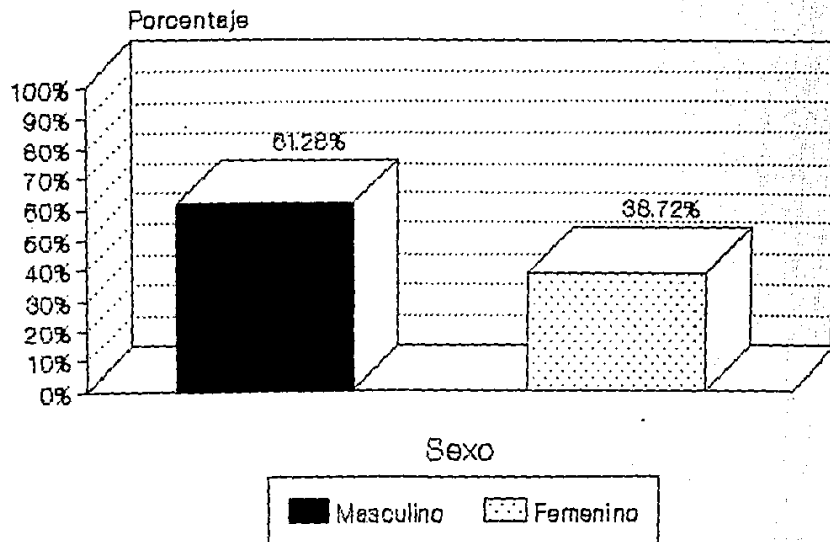
CATARATA	121	59.32 %
CAPSULOTOMIA	18	8.83 %
CICLOCRIOTERAPIA	17	8.33 %
TRABECULECTOMIA	13	6.37 %
PTERIGION	12	5.88 %
ESTRABISMO	9	4.41 %
LIBERACION SINBLEFARON	6	2.94 %
VITRECTOMIA	5	2.45 %
IRIDECTOMIA PERIFERICA	3	1.47 %
T O T A L	204	100 %

CIRUGIA AMBULATORIA DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: Expedientes alfinas HGCMR.

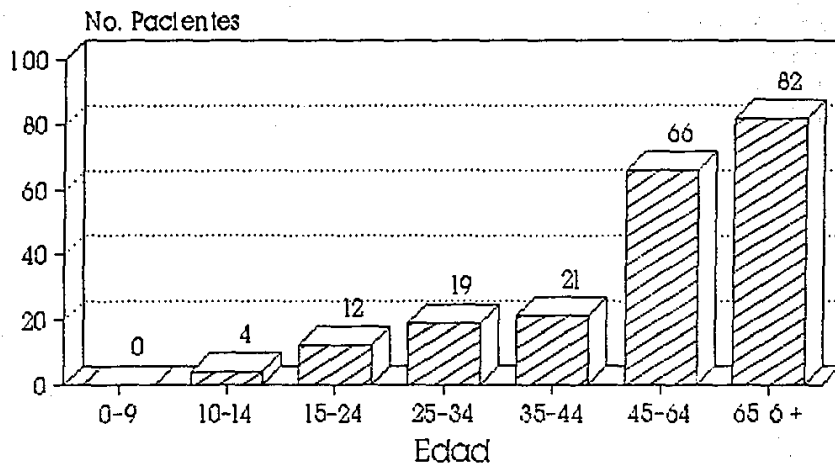
CIRUGIA AMBULATORIA DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: Expedientes alfabéticos HSCMR.

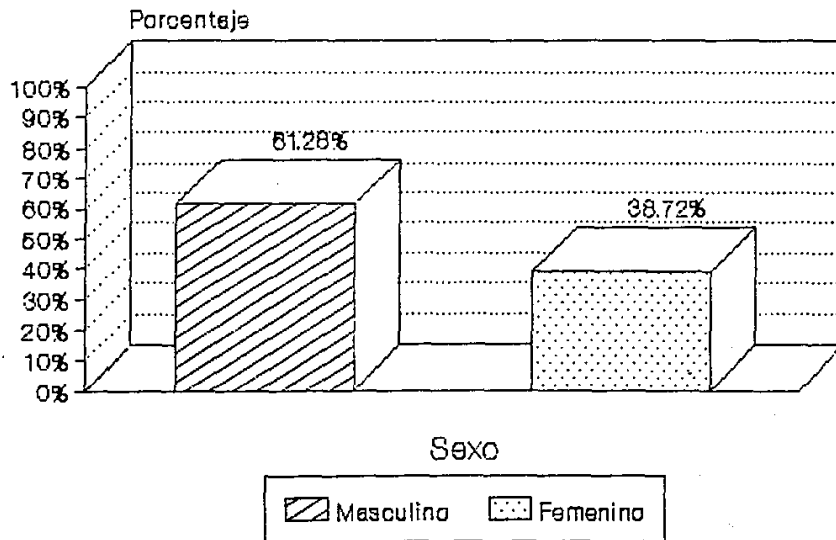
CIRUGIA AMBULATORIA

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Expedientes clínicos HGCMR.

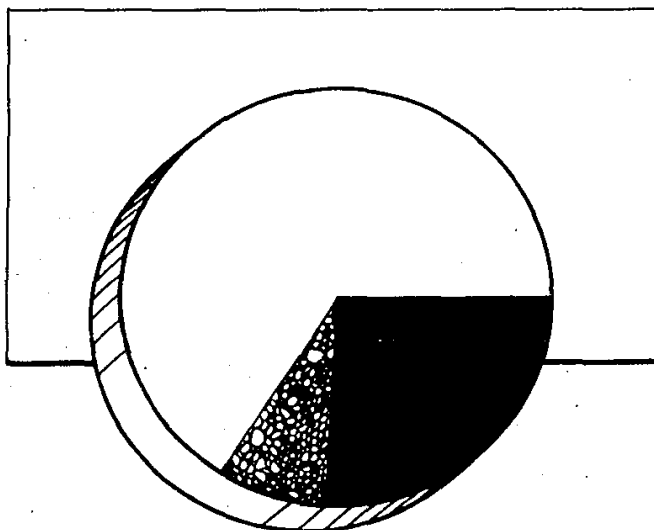
CIRUGIA AMBULATORIA DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: Expedientes alfiles HSCMR.

Gráfica 1
**PORCENTAJE DE EXITO EN
EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA**

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HGCMR



BUENO 66.12% 20/20 - 20/60

REG. 8.26% 20/80 - 20/100

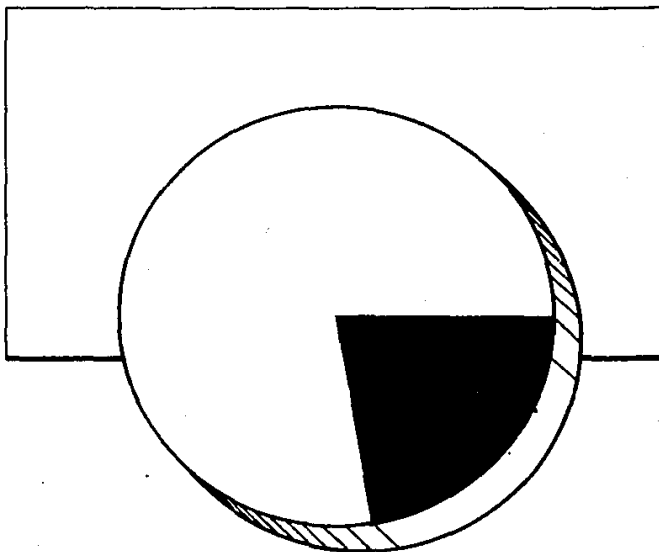
MALO 25.62% 20/200-




Fuente : Archivo HGCMR

Gráfica 2

PORCENTAJE DE EXITO EN CAPSULOTOMIA

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HG CMR

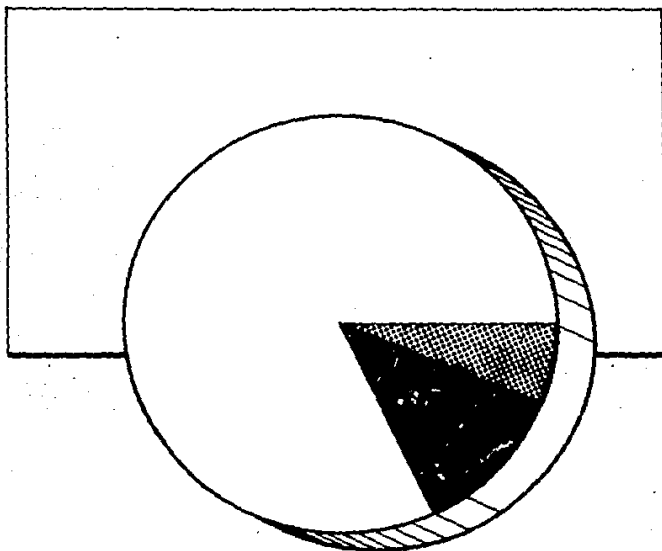


	BUENO	77.78 %
	REGULAR	0. %
	MALO	22.25 %

Fuente : Archivo HGCMR

Gráfico 3
**CICLOCRIOTERAPIA
PORCENTAJE DE CONTROL DE
TENSION INTRAOCULAR**

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HGCMR



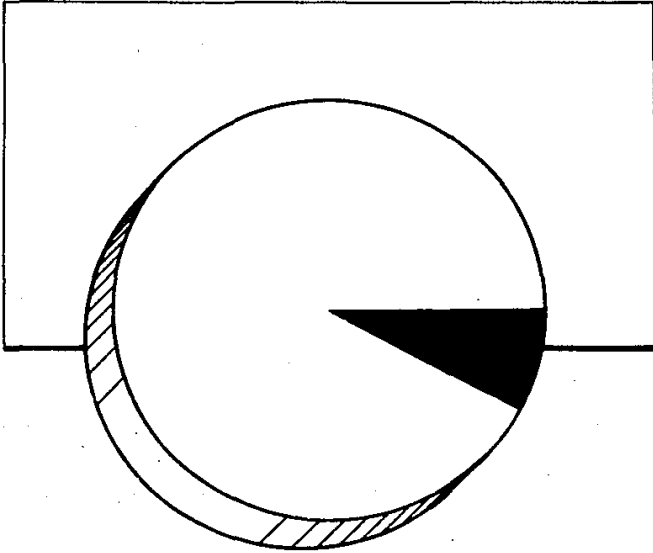
□	15-25 mmHg	82.35%
■	26-35 mmHg	11.77%
▨	36- > mmHg	5.88%

Fuente : Archivo HGCMR

Gráfico 4

PORCENTAJE DE EXITO EN TRABECULECTOMIA

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HG CMR



□ + 5 mm Hg 92.31%

■ - 5 mm Hg 7.69%

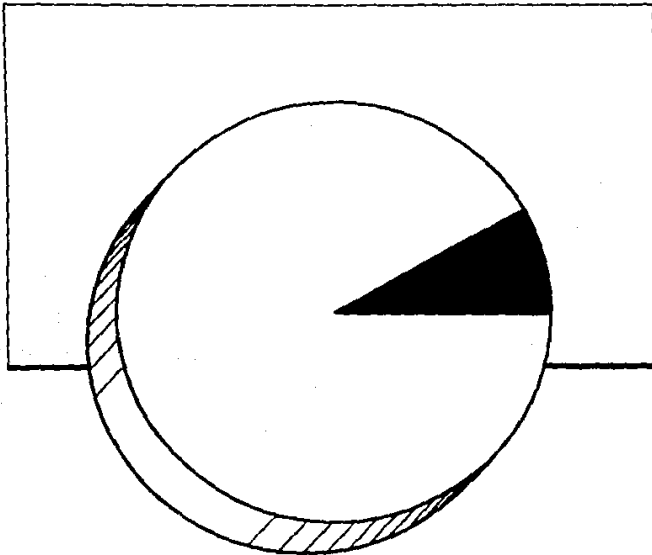
Fuente : Archivo HGCMR



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA INSTITUCION

Gráfico 5

**PORCENTAJE DE RECIDIVA
EN CIRUGIA DE PTERIGION**

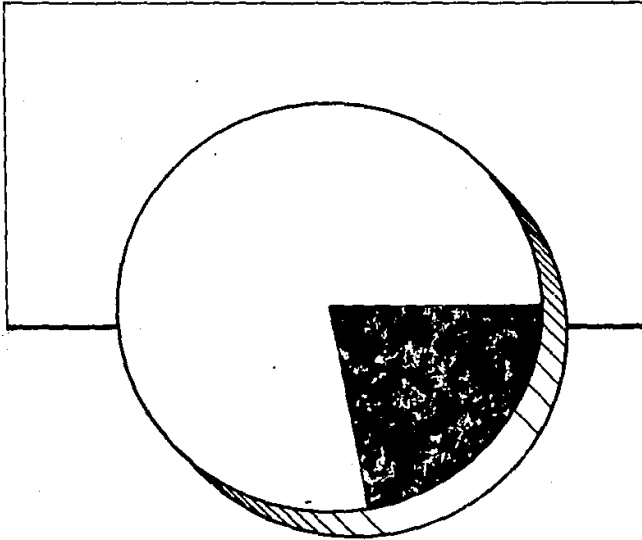
PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HG CMR



	RECIDIVA	8.33%
	NO RECIDIVA	91.67%

Fuente: Archivo HG CMR

Gráfica 6
**PORCENTAJE DE RESIDUAL EN DIOPTRIAS
EN CIRUGIA ESTRABISMO**

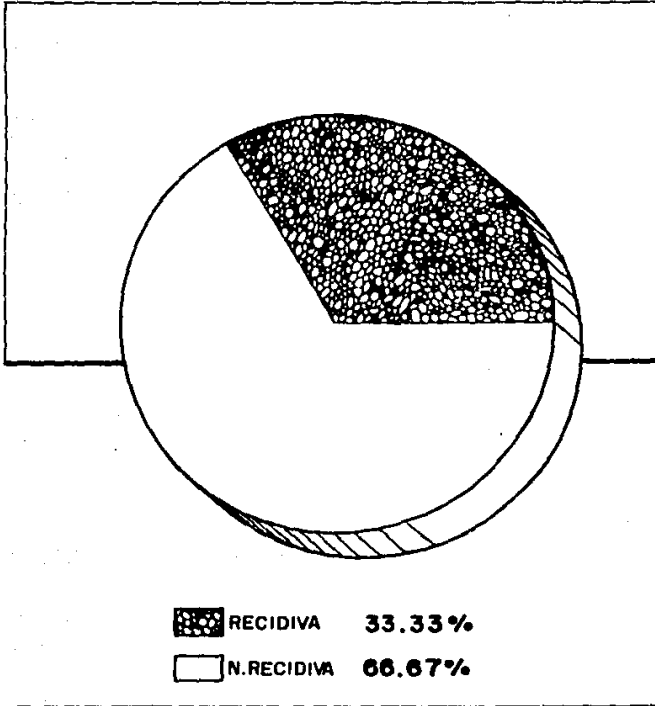


RESIDUAL < 10 DPS 77.78%
RESIDUAL > 10 DPS 22.22%

Fuente : Archivo HGCMR

Gráfica 7

**PORCENTAJE DE RECIDIVA EN CIRUGIA
AMBULATORIA DE SIMBLEFARON**

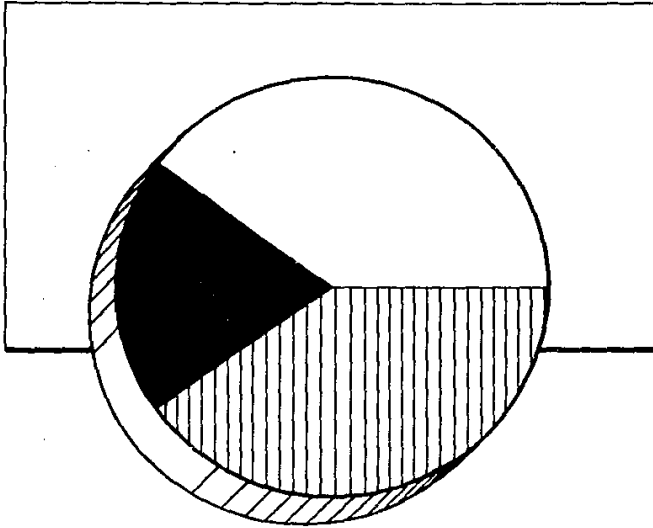





Fuente : Archivo HGCMR

Gráfica 8

PORCENTAJE DE EXITO EN VITRECTOMIA

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA HG CMR



	BUENO	40 %	20/20 - 20/60
	REGULAR	20 %	20/80 - 20/100
	MALO	40 %	20/200-

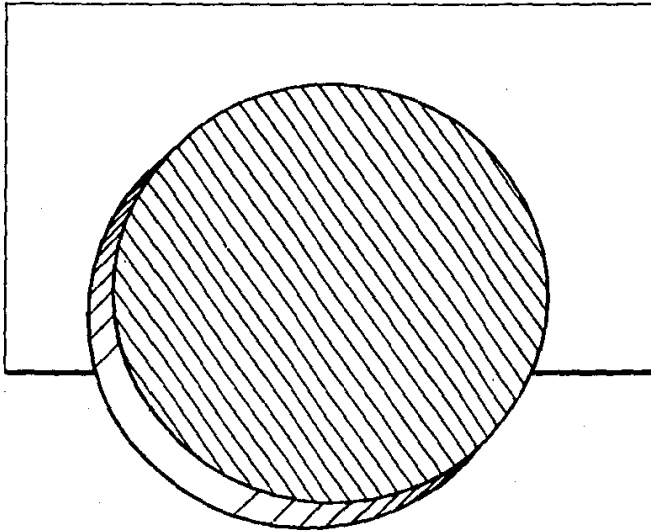
Fuente: Archivo HGCMR



Gráfica 9

PORCENTAJE DE EXITO EN LA IRIDECTOMIA

PROGRAMA CIRUGIA AMBULATORIA

HG CMR



	FUNCIONAL	100%
	NO FUNCIONAL	0%

Fuente: Archivo HG CMR