

# El desprendimiento de retina no puede esperar

**G. Roca**

Jefe del Servicio de Oftalmología de la C.S.U.B.

Primeramente, quiero agradecer a la Societat Catalana d'Oftalmologia la oportunidad ofrecida de asomarme en el editorial de su revista con un tema de mi libre elección. El abanico de ideas que se me han ocurrido ha sido muy amplio: los temas relacionados con la formación de los médicos especialistas en oftalmología, las cada vez más complejas problemáticas de tipo laboral, los discutibles criterios por los que se mueve el mundo universitario... Al final, aunque algo temeroso de caer en el error de elegir un contenido en el que prime más la indignación que el conocimiento científico en sí, me he inclinado por presentar una problemática clínica que vivimos diariamente los oftalmólogos especialistas en retina quirúrgica, un campo en el que me encuentro más arropado. Voy a referirme a la controversia generada a partir de cual debería ser nuestro proceder frente al paciente y a la administración hospitalaria en los casos recientemente diagnosticados de desprendimiento de retina idiopático.

En mi opinión, no hay duda de que un paciente afecto de la citada patología debe ser motivo de ingreso urgente ya sea para practicar una cirugía inmediata o diferida en los dos o tres días siguientes cuando existen condicionantes en la disponibilidad de quirófanos. Pero contrariamente a esta medida, la administración a menudo opta por la comodidad de decir que no hay camas libres y envía al paciente de vuelta a casa con el conocido "¡ya le llamaremos!". Lo cierto es que en la década de los 80 ésta era la propuesta habitual del hospital al que pertenezco y nuestros pacientes se iban a hacer reposo con los ojos tapados, generalmente en su cama, mientras esperaban la llamada.

El plazo no se cumplía, el reposo tampoco y todos conocemos a lo que conducía este aplazamiento. Cuando volvían, los pacientes tenían unos desprendimientos de peor pronóstico y la indicación quirúrgica debía de ser cambiada de la convencional a la vitrectomía, en la mayoría de los casos por la exis-

tencia de proliferación retinovátreo. El desprendimiento, localizado en un cuadrante y con la mácula indemne, con frecuencia se había extendido a toda la retina, empeorando notablemente el pronóstico funcional. Como consecuencia, se tuvo que insistir en la necesidad del ingreso urgente para todos los desprendimientos de retina, si bien aceptando una cierta flexibilidad cuando la proliferación retinovátreo era ya un hecho. No debemos olvidar que hay que tener muy claro que en esta patología, como en muchas otras, el criterio médico debe prevalecer siempre sobre el puramente administrativo.

Hasta hace poco los retinólogos decíamos que curábamos el 90% o más de los desprendimientos con las técnicas convencionales y ahora deberíamos preguntarnos si esto sigue vigente. Para algunos la vitrectomía se ha convertido en la única indicación, ya sea porque encuentran más fácil su realización o porque no adquirieron en su día la práctica en la localización de los desgarros con oftalmoscopia y su manejo por vía extraescleral. Sin embargo, las indicaciones de ambas técnicas son cada vez más precisas, aunque en ocasiones se solapan, y no debemos olvidar que los resultados funcionales van a depender del buen conocimiento de las dos. Los oftalmólogos en formación deberían recibir un cierto nivel de preparación tanto en cirugía convencional del desprendimiento de retina como en la reparación de éste mediante la vitrectomía, independientemente de la especialidad a la que vayan a dedicarse en un futuro.

En el sector privado, este cambio en las preferencias de los retinólogos en favor de la vitrectomía puede llegar al extremo de encontrarse con situaciones como la que viví recientemente en un conocido quirófano de Barcelona al que fui invitado a operar por un compañero. Al pedir la diatermia transescleral me encontré con que el equipo de enfermería no me entendía y únicamente después de muchas explicaciones acabaron por proporcionármela, aunque argumentaron que éste era un aparato que actualmente

ya casi no se empleaba. Sin embargo, ésto no fue lo más sorprendente. También me dijeron que las empresas aseguradoras valoraban económicamente muy poco las técnicas convencionales de cirugía retiniana. ¿Quería decir esto que algunos oftalmólogos prefieren practicar vitrectomías simplemente porque están mejor pagadas? En cualquier caso parece que se está produciendo un error de cálculo ya que el costo de la vitrectomía es bastante más alto y en muchas

ocasiones el desprendimiento podría haberse solucionado mediante las técnicas clásicas, irracionalmente mucho menos valoradas. Este hecho, sumado a la ya comentada tendencia a la clarificación de las indicaciones de las dos técnicas, hace válida la cuestión: ¿Si el precio de ambas técnicas, fuera parecido, revalorizando la cirugía extraescleral, no saldrían beneficiados, además de los propios pacientes, las mutuas aseguradoras y los oftalmólogos?