

**MÁSTER EN SUBESPECIALIDADES OFTALMOLÓGICAS:
OCULOPLASTIA**

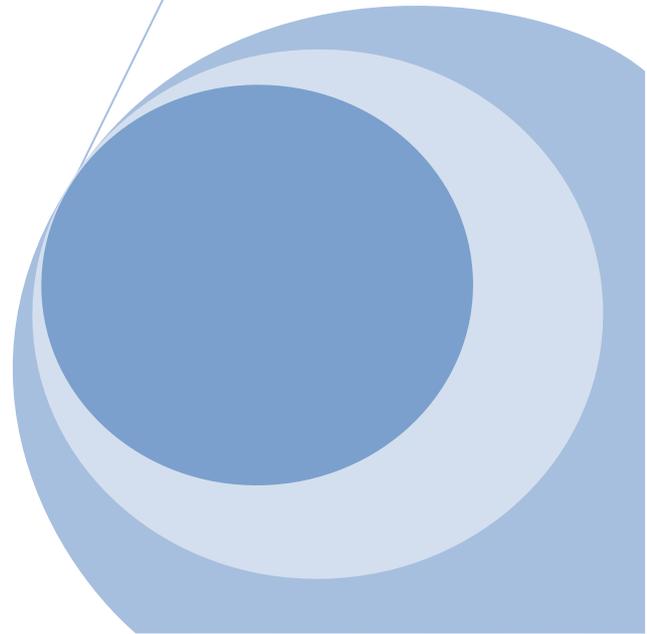
**PROPUESTA DE CUIDADOS
POSTQUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA
OCULOPLÁSTICA**

Trabajo Fin de Máster

Autora: Dra. Lucía Díaz Cabanas

Tutor: Dr. Ángel Romo López

Curso 2018-2019



CURRICULUM VITAE

Formación académica previa

Licenciada en Medicina, Universidade de Santiago de Compostela (2001-2007)

Especialista en Neurocirugía, Hospital Clínico de Santiago de Compostela (2008-2013)

Especialista en Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2014-18)

Máster en Investigación en Ciencias de la Visión, Universidad de Valladolid (2014-2015)

1

Actividades durante el curso académico

- VII Curso de formación en cirugía oculoplástica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid (30/11/2018)

- IX Jornadas la Sociedad castellano-leonesa de Oftalmología: oculoplastia y órbita. Burgos (15/03/2019)

- IV Curso de cirugía oculoplástica en directo. Hospital Universitario Fuenlabrada. Madrid (5/04/2019)

- About face: Navigating neuromodulators and injections techniques for optimal results. Amedco LLC. Curso a distancia (21/06/2019)

- Díaz-Cabanas L, Belani-Raju M, González-Márquez PI, Artioli-Schellini S, Guereñu-Panero I, Galindo-Ferreiro A. Sarcoidosis en cicatriz periocular como primer hallazgo de sarcoidosis sistémica: características clínico-radiológicas. Arch Soc Esp Oftalmol. 2019. En prensa. <https://doi.org/10.1016/j.ofal.2019.03.0>

RESUMEN

Objetivo: realizar una guía de cuidados postquirúrgicos en oculoplastia, basada en la evidencia científica, para un centro oftalmológico que no dispone de un subespecialista de forma continua, analizando los cuidados generales y locales.

Material y métodos: búsqueda exhaustiva de la información existente, incluyendo artículos científicos recientes, guías de sociedades científicas, información de casas comerciales, libros y otros datos.

Resultados: se observó que la mayoría de las recomendaciones eran de expertos sin justificar y estudios no aleatorizados. Se encontró información sobre cuidados generales tales como crioterapia, control postural, antibióticos y antisépticos, antiálgicos, retirada de puntos, protector solar y otras cuestiones, además de algunos productos específicos habitualmente recomendados en nuestro entorno. También se han tratado recomendaciones locales para órbita, párpados y vías lagrimales. Todo ello se ha contrastado y se han comparado las distintas opciones.

Conclusiones: con los recursos estudiados es posible realizar una guía de cuidados. No obstante, son pocos los trabajos que tienen un nivel de calidad de evidencia científica alto, y que por tanto podamos recomendar con una gran seguridad al paciente. El de mayor importancia a nivel global, es el de la no recomendación de antibióticos postquirúrgicos de rutina.

ABSTRACT

Objective: to carry out a post-surgical care guide in oculoplasty based on scientific evidence for an ophthalmological center that does not continually have a subspecialist, analyzing general and local care.

Material and methods: comprehensive search of existing information, including recent scientific articles, guides of scientific societies, information of commercial establishment, books and other data.

Results: it was observed that most of the recommendations came from unjustified experts and non-randomized studies. Information was found on general care such as cryotherapy, postural control, antibiotics and antiseptics, analgesics, withdrawal of points, sunscreen and other issues, in addition to some specific products usually recommended in our environment. Local recommendations for orbit, eyelids and lacrimal ways have also been addressed. All this has been contrasted and the different options have been compared.

Conclusions: it is possible to carry out a care guide with the resources studied. However, there are few works that have a high level of scientific evidence, and that therefore can be recommended with great safety to the patient. The most important globally, is the non-recommendation of routine post-surgical antibiotics.

INTRODUCCIÓN

Oculoplastia: una breve reflexión sobre una subespecialidad poco a poco reconocida

La Oculoplastia es una de las subespecialidades que componen la Oftalmología. Comprende la patología orbitaria, palpebral y de la vía lagrimal, incluyendo las afecciones que causan la pérdida del globo ocular, así como la estética de la región periocular.

La Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Órbita (SECPOO) se fundó en 1992. En los últimos años, los cirujanos oculoplásticos se están promocionando más y están demostrando su cualificación acreditada. Cada vez hay más grupos de colaboración interdisciplinar que resultan muy enriquecedores (con endocrinólogos para el tratamiento médico de la orbitopatía tiroidea; con otorrinolaringólogos, cirujanos máxilofaciales o neurocirujanos para cirugías combinadas; con neurorradiólogos intervencionistas para el acceso a fístulas carótido-cavernosas...) y con los que se obtienen mejores resultados para lo que realmente importa: el bienestar y la seguridad del paciente. Y es precisamente el paciente, cada vez más informado, el que reclama ser valorado por un cirujano oculoplástico. No se debe olvidar que el oftalmólogo es el especialista al que más le va a preocupar la correcta función del ojo y que antepone ésta a otros factores (a menudo estéticos).

La importancia de los cuidados post-operatorios

Al igual que la indicación de una cirugía y el acto quirúrgico en sí, los cuidados posteriores son fundamentales para un buen resultado. A menudo no se tienen en cuenta y pueden ser la diferencia entre un resultado mediocre o excelente. Si el oftalmólogo no tiene esto en consideración, no se lo transmitirá de forma adecuada al paciente y éste no realizará bien sus cuidados.

Muchos artículos científicos obvian este aspecto, tal vez dando por hecho que no tienen relevancia suficiente o que todos los profesionales hacen algo muy similar. En la práctica nos encontramos diferencias, justificadas sin argumento la mayoría de las veces.

También hay que tener en cuenta que cada procedimiento precisa de sus revisiones y que variarán en frecuencia según la evolución del paciente.

Por otra parte, los cuidados postoperatorios son un hábito fácil de cambiar, a diferencia de las técnicas quirúrgicas, que muchas veces dependen de la experiencia y habilidad del cirujano. No se entiende que habiendo una recomendación más práctica para el paciente, más barata para el sistema de salud y avalada por estudios científicos, no sea adoptada por los profesionales.

Conceptos básicos de cicatrización y consideraciones clínicas

Ya que la mayoría de los procedimientos oculoplásticos conllevan la aparición de una cicatriz, es importante exponer las bases sobre la cicatrización y sus factores influyentes.

Tras la producción de un daño a la piel o mucosa, tiene lugar la cicatrización, que se divide en 3 fases solapadas (variable según los autores).

- inflamatoria: desde la noxa hasta la primera semana. Al principio de todo hay una vasoconstricción para detener la hemorragia y luego pasar a vasodilatación. La barrera cutánea está interrumpida y se produce la formación del coágulo, con gran respuesta celular¹. Es importante no prolongar esta fase, pues es negativo para la evolución de la cicatriz.

- proliferativa: desde el primer día a pasadas 3 semanas. La barrera está restaurada, se produce fibroplasia con síntesis de colágeno, la angiogénesis, la reepitelización y la contracción de la herida.

- madurativa y de remodelación: desde pasadas 2 semanas hasta un año. Se produce la remodelación del colágeno. Hay reducción del enrojecimiento e hinchazón. La cicatriz disminuye su tamaño y hay un aumento de la resistencia¹. Por eso es importante recomendar cuidados prolongados de cremas o parches para mejorar el aspecto y protector solar para evitar la hiperpigmentación.

Sabiendo esto, en la primera fase se puede recomendar higiene, para reducir el riesgo de infección; en la segunda higiene y algún factor para regenerar; y en la tercera factores para regenerar, reducir el edema, hidratar y proteger.

Aunque la curación de las heridas sucede de una forma ordenada y conocida, los factores locales y sistémicos pueden afectarla. Durante cientos de años se ha intentado acelerar el proceso de la curación, pero ninguna condición o sustancia han demostrado una mejoría realmente llamativa¹.

Factores locales

La humedad adecuada en la herida es esencial para una correcta cicatrización, pues las células epiteliales migran si hay suficiente. La piel seca y con costra provoca que las heridas curen más lentamente que las que se mantienen húmedas. En consecuencia, se han desarrollado numerosos apósitos oclusivos. La más mínima cantidad de oxígeno se absorbe directamente a través de una herida abierta, de modo que los apósitos permitirían una curación normal a pesar de tapar la herida y disminuirían el tiempo de cierre epitelial hasta en un 50%. Sin embargo, las bacterias pueden tener la oportunidad de proliferar bajo estos materiales. La evidencia clínica apoya el uso de tales apósitos después del rejuvenecimiento facial con laser CO₂.

Los medicamentos tópicos son usados habitualmente para erosiones y después del cierre de heridas. Por ejemplo, el ungüento de triamcinolona obstaculiza la tasa relativa de curación en un 34% y la vaselina en un 8%. Sin embargo, la polimixina B sulfato y la sulfadiazina de plata aumentan la tasa de curación en un 28%.

La isquemia local causada por infección, hematoma grande, cuerpos extraños, anemia o por mala técnica quirúrgica, puede retrasar la curación de la herida. Se consumen grandes cantidades de oxígeno durante el proceso de curación, aunque cabe señalar que no todas las fases de la cicatrización se ven afectadas por las bajas tensiones de oxígeno. La

suplementación de oxígeno por vía hiperbárica, puede mejorar el rango de epitelización, pero no parece tener impacto en resultados a largo plazo.

La isquemia y la contaminación pueden llevar a una infección local bacteriana. Si esto ocurre, la curación tardará más. Las bacterias retrasan el proceso directamente al dañar las células, prolongando la fase inflamatoria y compitiendo por el oxígeno y los nutrientes¹.

Factores sistémicos

Los factores genéticos que afectan a la cicatrización no son muy frecuentes. Ejemplos serían síndrome de Ehlers-Danlos, pseudoxantoma elástico, cutis laxa, osteogénesis imperfecta o progeria.

La diabetes mellitus influye debido a la microangiopatía, que disminuye el aporte de oxígeno, y a la deficiencia de insulina, que afecta a la función leucocitaria y a una síntesis defectuosa de colágeno. Esta combinación se traduce en una mayor incidencia de infecciones. La terapia con insulina y suplementos de vitamina A parece mejorar la cicatrización de las heridas en estos pacientes.

En las cicatrices hipertróficas y los queloides se produce un exceso de producción y deposición de colágeno y glucoproteína sin una degradación equivalente. Las cicatrices hipertróficas están elevadas y se limitan al lugar de la lesión, y con el tiempo tienden a regresar. Por el contrario, los queloides sobrepasan los límites de la lesión original. El tratamiento de ambas va dirigido hacia la inhibición de la sobreproducción de colágeno, mediante una combinación de corticoesteroides (CE) intralesionales la mayor parte de las veces.

Es raro que las deficiencias nutricionales causen problemas en la cicatrización, salvo que sean extremadamente severas, como puede ocurrir con el cáncer o el alcoholismo. En estos casos es necesario el aporte de aminoácidos esenciales.

Son conocidos los efectos de las vitaminas A, C, K y E, así como el Zn y el Fe. Por lo tanto las enfermedades que ocasionan valores bajos influirán en la cicatrización; pero no parece que su administración de forma rutinaria produzca un efecto beneficioso.

No se debe olvidar tampoco que las disfunciones inmunológicas y el envejecimiento afectan al proceso. Los pacientes expuestos a radiación también tienen un riesgo alto de cicatrización defectuosa.

Los CE y varios quimioterápicos afectan en las fases tempranas de la cicatrización¹.

Guías de práctica clínica

Lo mejor es hacer lo correcto. Para ello disponemos de una herramienta útil, organizada y verificada, que es la guía de práctica clínica que se nutre de la medicina basada en la evidencia.

La toma de decisiones en la asistencia es un proceso complejo. La experiencia clínica lleva un aprendizaje e integración del conocimiento que requiere tiempo y que se va perfeccionando progresivamente. Sin embargo, es muy alta la posibilidad de que las recomendaciones estén

sesgadas y de que se perpetúen prácticas de diagnóstico y tratamiento que ya han demostrado no ser eficaces, o que incluso se han visto perjudiciales en el manejo de alguna patología. Por ello, una mejor atención al paciente debería basarse en la mejor evidencia científica disponible en el momento².

Teniendo en cuenta lo anterior y a modo de resumen básico, se adjuntan los niveles de calidad de evidencia científica (Figura 1).

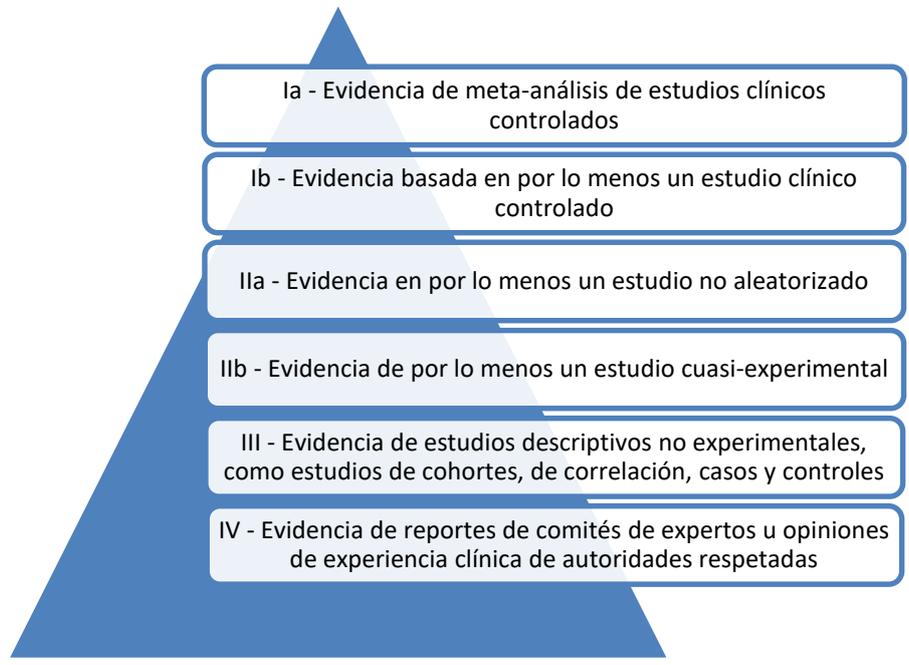


Figura 1: clasificación de calidad de la evidencia. Adaptado de Mayorga-Butrón et al²

De aquí se extraen los grados de recomendación, de mayor grado si se basa directamente en el nivel I de evidencia, a menor grado si lo hace directamente en el nivel IV o extrapolada de los otros.

Justificación del trabajo

Se ha diseñado este trabajo con el fin de aportar conocimientos, basados en la evidencia o según la opinión de profesionales experimentados en caso de no haberla, sobre los cuidados postoperatorios que incumben a la oculoplastia, en un centro de oftalmología en el que no está disponible personal con experiencia de forma continua. De esta manera, siguiendo una guía sencilla, se podrá proporcionar un correcto tratamiento y seguimiento a un paciente, aunque no se tengan conocimientos avanzados de oculoplastia.

Consideramos que es importante ya que otros compañeros oftalmólogos reclaman un aporte como éste.

Como aclaración, se trata de una propuesta de guía y no de un protocolo, por lo tanto no es de cumplimiento obligado por parte de los profesionales, y está sujeta a observaciones y nuevas propuestas.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis de trabajo

Es posible mejorar la asistencia postquirúrgica en pacientes sometidos a cirugía oculoplástica.

Objetivo principal

Realizar un proyecto de guía clínica, destinada a oftalmólogos no oculoplásticos del Instituto de Oftalmobiología Aplicada de Valladolid, para optimizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes intervenidos de cirugía oculoplástica.

Objetivos específicos

- Revisar cuidados generales

- Revisar cuidados locales:
 - órbita
 - párpados
 - vía lagrimal

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión exhaustiva de la bibliografía, incluyendo artículos científicos (PubMed), guías de sociedades científicas, información de casas comerciales y libros de consulta. Actualización en eventos y congresos de la subespecialidad.

Encuesta a profesionales de nuestro entorno vinculados a la cirugía oculoplástica.

RESULTADOS

En primer lugar se ha realizado una revisión de aspectos generales que se exponen a continuación. Luego se hablará de recomendaciones específicas para los procedimientos que habitualmente se realizan en el centro.

Cuidados generales

Crioterapia

Se indica en casi todos los procedimientos (afeitado de verrugas y similares no lo precisan). Los cirujanos suelen recomendar crioterapia desde el primer momento y durante las 24-72 horas siguientes, en sesiones de 10-20 minutos 3 o más veces al día^{3,4}. Es útil la utilización de antifaces destinados para tal fin (Figura 2). No debe exagerarse el gesto porque existen casos de daño por congelación⁵.



Figura 2: antifaz para crioterapia

Control postural

En cirugías que ocasionen edema o hematoma considerable se recomienda, a ser posible, descansar con la cara orientada hacia arriba, y también elevación del cabecero de la cama³.

Antiálgicos

Por lo general se recomiendan durante los primeros días de forma pautada. Es habitual el paracetamol o el metamizol. No se recomienda el ácido acetil-salicílico⁴. En otros países en algunos casos se recetan opioides⁶.

Antibióticos y antisépticos

Más del 80% de los cirujanos oculoplásticos utilizan antibióticos tópicos inmediatamente después de la cirugía y los mandan para cuidados postquirúrgicos casi el 90%⁷. En nuestro medio, por disponibilidad, es habitual el uso de prednisona-neomicina sulfato 5mg/g+3,5mg/g (Prednisona Neomicina® de Alcon®) o de oxitetraciclina-hidrocortisona-polimixina B 5m/g+10mg/g+10000U/g (Terracortril® de Farmasierra®). Se aplican en los fondos de saco conjuntivales si se ha realizado cualquier intervención sobre la conjuntiva y sobre las heridas de la piel, cada 12 horas. Aquí hay discrepancias entre los especialistas de nuestro entorno, ya que mientras unos utilizan esta pomada sobre la piel sólo durante el primer día mientras está la cura, otros la mantienen hasta la retirada de los puntos. Para heridas que afectan a la mucosa, se suele dejar durante una semana si es inferior y dos si es superior.

En cuanto a los antibióticos sistémicos, depende mucho de la localización geográfica. En India con más de un 85%, Venezuela y Sureste asiático es donde más se prescriben, mientras que

ocurre lo contrario en Reino Unido con apenas un 3%, Australia y Estados Unidos⁷. Entre nuestros cirujanos no se realiza prescripción.

Con respecto a los antisépticos, las curas que se recomiendan en nuestro medio son con povidona yodada o clorhexidina, cada 12 horas. Los mismos productos se recomiendan por parte de los comités de expertos de la Sociedad Española de Heridas⁸.

Retirada de puntos

Puede realizarse a partir del 5º día, habitualmente entre 7-10 días⁴. Los puntos reabsorbibles normalmente no se retiran, salvo que hayan pasado más de 2 semanas y exista algún cabo suelto que produzca roce.

Protector solar

Tras la retirada de puntos, una vez que la herida está seca, se recomienda aplicar un protector solar alto (al menos UVB 50 y UVA +) durante los 6 meses siguientes⁴.

Otras cuestiones

Exceptuando procedimientos menores, como chalaciones, dilatadores o extirpación de pequeñas lesiones que se pueden revisar a la semana, el resto es mejor revisarlos al día siguiente. Tras la revisión de la semana, lo normal es que la próxima se realice al mes. Las siguientes variarán mucho según la patología.

Insistiremos en que las heridas no deben frotarse. Mientras la herida no esté cerrada del todo, no se recomienda nadar en el mar, piscinas o similares. La herida sí que se puede lavar con suero salino fisiológico o incluso con agua del grifo; también hay quien recomienda toallitas impregnadas específicas para dicho fin. Por lo general se recomiendan unos 20 días para volver a maquillarse. Puede incorporarse al trabajo en 4-5 días, siempre que no requiera de grandes esfuerzos físicos. Se recomienda no hacer deporte en 15 días. Si la cirugía afectó a la conjuntiva no usará lentes de contacto durante 15 días y es recomendable instilar lágrimas artificiales⁴.

Es importante explicarle al paciente que es normal que tenga cierto grado de hematoma que irá cediendo en 1-2 semanas. Además puede que las gasas de las curas presenten restos de sangre durante los dos primeros días⁴. Si se producen costras sobre las heridas, éstas se pueden ir retirando con delicadeza aprovechando la limpieza con suero fisiológico para ablandarlas; y al paciente se le debe insistir es que si la costra no sale con facilidad tampoco debe arrancarla.

En algunas clínicas privadas, se recomienda el drenaje linfático periocular casi de rutina, sin embargo no es algo habitual en nuestro medio.

Productos específicos disponibles y utilizados en nuestro entorno (ver prospectos en anexo)

Estila Neolid® de Angelini®

Esta crema (Figura 3) contiene aloe vera, rosa mosqueta, Antarcticine® y Eyeseryl®, y se utiliza para mejorar el aspecto de la cicatriz cutánea. Para su uso se recomienda aplicarla, tras la retirada de los puntos, con un ligero masaje sobre la cicatriz, de nasal hacia temporal, dos veces al día al menos un mes.



Figura 3: envase de Estila Neolid®

10

Kelador® de Brill Pharma®

Los principios activos de esta crema (Figura 4) son la lactoferrina liposomada, la vitamina E y la alantoína, y se utiliza para acelerar la reducción del hematoma postquirúrgico. La recomendación del fabricante es la utilización de esta crema sobre la piel limpia 2-3 veces al día durante una semana.



Figura 4: envase de Kelador®

Trofolastín® Elasticity reductor de cicatrices de Novartis®

Se trata de un apósito (Figura 5) con base de silicona y poliuretano, cuyo mecanismo es físico (no farmacológico), que puede utilizarse durante meses y que está indicado para evitar la producción de cicatrices hipertróficas en cirugías estéticas, además de otros usos. No se recomienda comenzar a utilizarlo hasta que la epidermis no se haya restaurado. Puede permanecer hasta una semana antes de recambiarlo. No se aconseja en caso de alergia a acrílicos o poliuretanos.



Figura 5: envase de Trofolastín®

Cuidados locales (no incluidos en los generales)

Cirugía de órbita

Las medidas destinadas a reducir el edema postoperatorio incluyen elevación de la cabeza, compresas frías (o similar) en los párpados, un dispositivo de drenaje que se retira a las 24-36 horas y CE sistémicos. Se pueden emplear antibióticos sistémicos. Se debe controlar con frecuencia la agudeza visual durante intervalos regulares las primeras 12 horas tras la intervención. No se debe recomendar una oclusión sobre el lado operado porque puede retrasar el diagnóstico de una hemorragia postoperatoria. La aplicación de hielo reduce el edema y permite una observación frecuente del lecho quirúrgico y el control de la visión⁹.

En nuestra práctica habitual, los pacientes ya han sido tratados con CE y antibióticos sistémicos en la sala de quirófano por el anestesista. Se aplica pomada con antibióticos y CE por dentro del ojo y sobre las heridas cutáneas. Se realiza un vendaje que se mantiene unas 16 horas, con control de síntomas y vigilancia de la cantidad de sangre del drenaje y que éste no se haya atascado si el calibre es demasiado pequeño. Por lo general se retira el drenaje junto con el

vendaje si ha dejado de ser productivo, realizando una cura simple sobre el punto de salida. Las heridas en piel se lavan y se les aplica povidona yodada cada 12 horas. Si algún punto afecta a conjuntiva puede utilizarse pomada cada 12 horas una semana. Crioterapia de forma habitual.

Cirugía de párpados

En las cejaplastias directas, las recomendaciones no difieren de las generales salvo en que los puntos se dejan una semana o un poco más, pues aquí la piel está sometida a más tensión. Otros profesionales recomiendan retirar las suturas en 6-7 días y pomada de antibiótico 3 veces al día, además de enfatizar sobre la protección solar³.

11

Para las ritidectomías, los cuidados son los generales de las heridas, crioterapia y cabecera elevada, aunque algunos autores recomiendan también disminuir la ingesta de sodio y el uso cauto de CE orales, para intentar disminuir el edema¹⁰.

En las malposiciones palpebrales, blefaroplastias y otras lesiones de los párpados, las recomendaciones son las generales. Si las heridas afectan a la conjuntiva y al borde palpebral debe usarse pomada. Una vez retirados los puntos y durante el primer mes, se realizarán suaves masajes sobre la cicatriz, de medial a lateral, dos veces al día, a la vez que se aplica aceite de rosa mosqueta, o alguna crema que lo contenga, bien con el dedo o con un bastoncillo, ya que ayuda a mejorar el aspecto de la cicatriz⁴. Si el edema es importante, se puede recomendar un masaje de medial a lateral para favorecer el drenaje de los linfáticos periorbitales.

Cuando se trata de blefaroplastias estéticas, tiene especial importancia la recomendación de productos como Estila Neolid®, Kelador®, Trofolastín® y por descontado el protector solar. También aquí cobran importancia las recomendaciones posturales, la crioterapia y los masajes de drenaje linfático tipo Vodder. En este último supuesto, se podrían dar entre 2 y 4 sesiones a partir de la primera semana tras blefaroplastia¹¹. Todo ello para que la recuperación sea lo antes posible y el paciente presente una buena imagen de cara al público.

En el trabajo de Neves et al se encuentran muy protocolizados los cuidados tras la blefaroplastia superior. Se recomienda: crioterapia según tolerancia durante el segundo y tercer día tras la cirugía, en períodos de no más de 10 minutos; dormir con la cabecera elevada durante 3 días, evitar lentes de contacto, maquillaje, sol y ejercicio durante 2 semanas y actividades de contacto 3-4 semanas; pomada de antibiótico 3-4 veces al día la primera semana; lavado de la herida con agua oxigenada; lubricación ocular; retirada de puntos a los 7 días y tras eso evitar frotamientos y aplicar pomada de CE 3 veces al día para ir bajando semanalmente. Posteriormente los pacientes se revisarán tras 3, 6 y 12 meses³.

También vienen pormenorizadas las indicaciones para la blefaroplastia inferior transconjuntival. En este caso serían: crioterapia cada 1-2 horas respetando el sueño durante los 2 primeros días; pomada de antibiótico y CE 3 veces al día la primera semana y luego ir disminuyendo durante 3 semanas; CE orales sólo si hubo mucha manipulación; cabecero de la cama elevado durante la primera semana; no realizar esfuerzos en los primeros días; evitar el sol³.

En cuanto a la cirugía de ptosis, si no hay sospecha de sobrecorrección ni factores de riesgo, la revisión se puede efectuar con seguridad pasada la semana tras la intervención¹².

Cirugía de vía lagrimal

En el caso de colocación de dilatadores del punto lagrimal, lo único que recomendamos es la instilación de colirio de dexametasona-tobramicina 1mg/ml + 3mg/ml (Tobradex® de Alcon®) 3 veces al día durante una semana. El paciente no debe limpiar la zona con pañuelo de hilo ni gasa, ni frotarse.

En las puntoplastias se ocluye el ojo con pomada antibiótica y CE durante unas 3 horas para evitar el sangrado. Después se recomienda el uso del colirio de Tobradex® como antes. Otros profesionales optan por el mismo tratamiento postquirúrgico¹³. Al día siguiente en consulta se procederá a dilatación puntal para evitar posibles adherencias precoces que cierren la incisión, y lo mismo se realizará a la semana.

Para las dacriocistorrinostomías (DCR) externas, deben tenerse en cuenta las recomendaciones generales. En nuestro grupo de trabajo no se administran antibióticos sistémicos tras la cirugía. Se pone pomada y se hace vendaje reforzando la zona de la cicatriz. Si no lleva taponamiento nasal, es probable que tenga algún sangrado, por lo que el paciente deberá evitar sonarse con fuerza la nariz. Si éste fuera profuso (muy raro) puede requerir que acuda a urgencias. Las curas se retirarán al día siguiente en consulta. A partir de este momento, nuestro grupo recomienda colirio de Tobradex®, pulverizador nasal de mometasona 50µg/nebulización (Nasonex® de Merck Sharp & Dohme®) y aerosol nasal de agua de mar fuerte (Rhinomer®F3 de GlaxoSmithKline®) 3 veces al día una semana, 2 veces otra semana y una vez otra semana más. Es recomendable mantener los lavados con agua de mar al menos una vez al día hasta completado el mes. El tratamiento con CE podría extenderse si hay sospecha de fracaso prematuro. La cicatriz externa se trata como el resto de las heridas de la piel, con limpieza, povidona yodada y extracción de costras. Si bien otros compañeros persisten con la pomada de antibiótico y CE, dos veces al día, o incluso cuatro¹⁴.

En las DCR mediante laser no se necesitan los cuidados de la cicatriz ni del hematoma porque no hay. Se mantiene el ojo ocluido 3 horas. Se recomienda el mismo tratamiento que para el procedimiento anterior.

Si se ha dejado colocada una sonda de silicona y produce daño sobre la conjuntiva se recomienda lubricación. Si sale hacia fuera (raro con nuestra técnica pues se coloca un tope interno) se puede volver a introducir con ayuda de una pinzas y lubricación y anestesia tópica si fuera necesario.

Habitualmente la endoprótesis de silicona se retira tras 3 meses, aunque hay profesionales que la retiran antes¹⁵. Durante ese tiempo es mejor comprobar la eficacia de la cirugía mediante la prueba de eliminación de colorante o la prueba de Jones I (ésta no se suele utilizar por falsos negativos). En caso de duda se intentará una siringación de vías lagrimales⁹. En nuestro caso al disponer de endoscopio en consulta, se prefiere antes de la siringación, para ver directamente la ostomía nasal y la salida o no de fluoresceína a su través, o la existencia de sinequias o costras.

Para la lacocistorrinostomía los cuidados son iguales a la DCR externa. Se le insistirá al paciente en que no presione en la zona del tubo. Si durante las revisiones la boca del tubo está muy hacia fuera puede introducirse con cuidado con la ayuda de un hisopo o el extremo plástico de una hemosteta, o incluso subirla con un mosquito si está muy baja. En la literatura recomiendan diariamente la inspiración forzada con cierre manual de la boca y de la nariz para generar un flujo de aire significativo por el tubo. Los tubos de Lester Jones pueden ocasionar

sensación de cuerpo extraño y un aumento de la producción de secreciones, e inducir la formación de una granuloma piógeno⁹. En el caso de sonarse la nariz, nuestro grupo recomienda hacerlo por cada fosa nasal individualmente mientras se tapa la otra.

En ocasiones, se debe realizar un taponamiento nasal tras la intervención. Habitualmente se retira tras 24 horas en la revisión y no suele haber más que pequeños sangrados. Si el sangrado es profuso, debe taponarse otra vez, controlar la tensión arterial y retirar de forma controlada tras 24-48 horas más (no debe hacerlo el paciente solo en su domicilio).

Tras DCR externa, laser o lacocistorrinostomía, nuestro equipo habitualmente realiza a la semana una limpieza con extracción de costras y moco en la consulta con ayuda del endoscopio. En otros grupos de nuestra región recomiendan limpieza de las costras nasales por parte del otorrinolaringólogo también a la semana de la intervención. Por lo general las cirugías realizadas directamente por los otorrinolaringólogos reciben también estos cuidados¹⁶.

DISCUSIÓN

La mayoría de los trabajos presentaron un nivel III-IV de calidad de evidencia científica y tan sólo hubo tres de II y cuatro de I (Pool SMW, Kreicher KL, Sheth J y Rosique-López L et al). Esto implica que la mayoría son recomendaciones sin un estudio riguroso detrás. Sin embargo también hay que tener en cuenta que por motivos éticos muchas investigaciones no podrían llevarse a cabo, y en otros casos resulta imposible realizar un estudio enmascarado. Sobre algunas cuestiones concretas no se ha encontrado ninguna publicación.

Cuidados generales

Crioterapia

El mecanismo de acción de la crioterapia es múltiple. Reduce la inflamación y el edema, lo que facilita la oxigenación de las células. Esto facilita una reducción del daño tisular secundario a la lesión inflamatoria. Agentes como la histamina o la colagenasa disminuyen su actividad con la aplicación de frío, y la supresión de exotoxinas también limita el daño tisular por los radicales libres. Su efecto narcótico disminuye la necesidad de fármacos para el dolor¹⁷. De ahí que pudiera tener su utilidad durante la fase inflamatoria de la cicatrización.

Sin embargo, en el trabajo de Pool SMW et al, de nivel II de evidencia científica, Ib de calidad y primero específico sobre la recomendación de crioterapia para el cuidado postoperatorio de blefaroplastia superior, se demostró que no había diferencias significativas en la reducción del edema, eritema ni el hematoma de los párpados y que tenía un efecto marginal en el dolor el primer día tras la cirugía; además podía haber daño por congelación. Por lo tanto su grupo deja la crioterapia bajo la preferencia del paciente⁵. Este resultado es llamativo y debería hacer pensar en cuántas recomendaciones serían erróneas, algunas de las cuales expuestas en esta revisión, y el porqué de su perpetuidad.

Control postural

En cuanto a la posición de la cabeza para descansar, se trata de una cuestión de gravedad y de las características de la piel periocular, que predisponen a la migración del edema y/o hematoma con gran facilidad. Si se opera de un lado y se duerme sobre éste, a la mañana siguiente se verá todavía más hinchado; si se duerme sobre el otro, éste puede aparecer también con algo de hematoma y edema.

Antiálgicos

La tendencia en nuestro país es la supresión de la prescripción del ibuprofeno por alteración de la coagulación y la afectación renal, y el ácido acetil-salicílico por la coagulación. En nuestro medio no se da el caso, pero según el trabajo de Kreicher KL et al, en EEUU entre 10-35% de los casos se recetan opioides para el control del dolor postquirúrgico, especialmente los primeros días, pues se sabe que el mayor pico de dolor se da el mismo día de la cirugía. No obstante, según su revisión, los niveles de dolor no son altos y un estudio aleatorizado ha demostrado que la combinación de paracetamol con ibuprofeno es más efectiva en el control

del dolor que el paracetamol con codeína. Además los opioides tienen más inconvenientes, por lo cual concluyen que es mejor evitarlos⁶.

Antibióticos y antisépticos

Hay cierta discrepancia en cuanto a las pomadas sobre las heridas. Parece que la mayoría de los facultativos lo hace por una cuestión de aprendizaje más que por búsqueda en la literatura médica⁷. Varios estudios aleatorizados han comparado la aplicación de pomadas tras la cirugía y la mayoría han encontrado que los antibióticos tópicos no reducen las infecciones, ni mejoran la cicatrización, ni incrementan el bienestar y satisfacción del paciente⁶. Si tenemos en cuenta lo que se recomienda en algunos centros nacionales, es una cuestión confusa, ya que por ejemplo, como se citó antes, los CE y la vaselina disminuyen el grado de cicatrización, pero la polimixina B lo mejora¹, y resulta que la pomada de Terracortril® contiene los 3 activos. También hay quien considera que deben evitarse de rutina para no potenciar las resistencias y en caso de necesitarlos, si hay factores de alto riesgo, sólo entre 7 y 10 días^{6,18}. Ha de considerarse además el riesgo adicional de dermatitis alérgica e inflamación, causadas por tratamientos tópicos. En diversos trabajos se ha visto que la neomicina tópica causa dermatitis alérgica de contacto en el 11% de la población, seguida de la bacitracina en el 8%. Como alternativas mucho más seguras estarían la polimixina B, la mupirocina o el ácido fusídico⁶. Por lo tanto el uso de antibióticos tópicos como profilaxis no está indicado.

Basado en nuestra experiencia, el hecho de recomendar pomada con antibiótico y CE durante una semana para lesiones conjuntivales inferiores y dos para las superiores, es por el grado de molestia que refieren los pacientes. Como la córnea queda cubierta en su mayoría por la conjuntiva tarsal superior, cualquier irregularidad aquí es mucho más molesta. Probablemente no sea necesario el uso de un antibiótico con CE durante dos semanas, pero es más económico seguir con la misma pomada que se usó inmediatamente después de la cirugía que cambiar a una pomada lubricante.

En cuanto a la discrepancia regional entre la prescripción o no de antibióticos sistémicos, se asoció la preocupación de los cirujanos por las alergias con un menor uso de medicación y la inquietud por la infección con un mayor uso. Por eso los países que se relacionan con un control deficiente de las infecciones presentan mayor prescripción^{7,14}. En la práctica privada se suele hacer por motivos legales⁷. En nuestro medio no se pautan de rutina.

En el congreso XXIX de la SECPOO de 2019, se ha hecho énfasis en que no está justificado el uso de antibióticos de rutina en los cuidados postoperatorios, y que además los riesgos superan a los beneficios.

No hay diferencia de opiniones en cuanto a qué antisépticos usar. Debe hacerse hincapié a los pacientes en que no deben usar alcohol ni peróxido de hidrógeno sobre las heridas de la piel, no sólo por la posible irritación del globo ocular, sino porque se ha demostrado que estos compuestos dañan el tejido normal y las células en proceso de curación¹⁸. Esto también contrasta con la recomendación de la limpieza de las heridas con agua oxigenada que se recomienda en algunos centros.

Retirada de puntos

Siempre y cuando la herida tenga aspecto de estar cerrada, y teniendo en cuenta si está sometida a fuerzas de tensión (como puede ser en la cejaplastia), se pueden retirar los puntos. Muchas veces esta decisión está sujeta a la disponibilidad de jornada de los profesionales sanitarios y no hay problema por retirarlos algunos días después de lo recomendado.

Protector solar

El uso del protector solar está más que justificado, pues está demostrado que se produce una inflamación e hiperpigmentación de las cicatrices. Lo más seguro es usar una pantalla de protección muy alta, tanto en la cicatriz como en la zona que la rodea⁸. Algunos pacientes usan gafas de sol para protegerse, pero deben ser advertidos de que a veces no tapan parte de la cicatriz y que por ello deben seguir usando protector. Debe tenerse en cuenta que una cicatriz tarda más de 6 meses en conformarse¹, de ahí la recomendación de prolongar la protección solar.

Otras cuestiones

La extracción de las costras tiene su base en la mejora de la cicatrización^{1,8,18} y así se ve en la práctica clínica. Esto afecta especialmente en el caso de los injertos, y la revisión de la primera semana puede ser un buen momento para realizarla. Hay grupos que recomiendan su extracción mediante peróxido de hidrógeno³, vaselina o simplemente con gasa humedecida en suero durante unos minutos, siendo esto último lo que realiza nuestro grupo.

Tratando sobre la higiene durante la cicatrización, hay un estudio prospectivo no aleatorizado sobre la limpieza de la herida periocular con toallitas para higiene palpebral Estila® de Angelini®. El resultado indica que parece facilitar el proceso de cicatrización durante la primera semana y mejora la retirada de puntos y el dolor que ésta produce. Además en el grupo sin higiene se observaron más heridas abiertas de forma significativa¹⁹. Estas toallitas contienen aloe vera, de la que hay multitud de estudios sobre su efectividad en la cicatrización, así como para su correcta formulación para optimizarla en el tratamiento tópico de las heridas²⁰. También contiene saúco con propiedades antiinflamatorias y antibacterianas²¹. En el mercado además están disponibles las toallitas Ofta Clean® Med de Esteve®, sólo destinadas a la higiene postquirúrgica en esta localización. Contienen clorhexidina como antiséptico^{22,23} y bisabolol como antiinflamatorio²⁴ y antibacteriano²⁵. Ante falta de más estudios, en condiciones normales, en nuestro centro sólo recomendamos limpieza con agua.

Productos específicos disponibles y utilizados en nuestro entorno

Los productos presentados son los utilizados por los especialistas encuestados, resultando de fácil obtención en el área geográfica que implica a la actividad clínica del IOBA. Existen alternativas que podrían resultar igualmente válidas por su similitud.

La crema Estila Neolid® tiene como objetivo hidratar y aportar elasticidad a la piel mediante el aloe vera, calmar la tirantez gracias al Antarctine®, atenuar la cicatriz por medio de la rosa mosqueta y ayudar a descongestionar con el Eyeseryl®. El aloe vera es un agente cicatrizante bien conocido²⁰. El Antarctine® es una glucoproteína obtenida por biotecnología de una cepa

bacteriana marina de *Pseudoalteromonas Antarctica NF3*, con propiedad regeneradora, ya que actúa sobre la adhesión de los fibroblastos dérmicos humanos, el crecimiento celular de queratinocitos humanos y estimula la síntesis de proteínas como el colágeno tipo I, tipo IV y la elastina; según documentación interna de la marca de estudios in vitro e in vivo. En un estudio de casos y controles se concluye que la aplicación local del aceite de rosa mosqueta en cicatrices periorbitarias acelera una buena cicatrización y reduce la fase hipertrófica de forma significativa, pasando de más de 20 semanas a menos de 12, especialmente en mayores de 40 años²⁶. El Eyseryl® es un tetrapéptido que actúa reduciendo el edema del párpado por disminución de la permeabilidad vascular, y aumentando la elasticidad por inhibición de la glicación del colágeno; según documentación interna de la marca de estudios in vitro e in vivo. Este compuesto también se halla en otros productos de dermocosmética periorcular para el tratamiento del edema palpebral, como la crema Ocuderm® de Laboratorios Viñas®. Así mismo hay estudios sobre las propiedades germicidas de la plata, que se incluye en Estila Neolid®, mediante nanotecnología, permitiendo una formulación sin conservantes²⁷.

Como alternativa a esta crema, en el mercado encontramos Eeva Care® de Horus Pharma®, con categoría de producto sanitario (la anterior se considera cosmético) que está indicada para párpados que han sufrido una cirugía, entre otras cosas. Sus componentes principales son hialuronato de sodio 0,5% con función hidratante, ácido lipoico como osmoprotector, vitamina A que es cicatrizante¹ y alantoína también cicatrizante²⁸. No contiene parabenos ni otros conservantes, pero además tampoco incluye ningún alcohol en su fórmula, a diferencia de Estila Neolid® que tiene *butylene glycol*, por delante de sus compuestos activos. Aunque es un alcohol de cadena larga (o graso) con cualidades hidratantes y que facilita la penetración de otros principios activos, puede resultar irritante en pieles muy sensibles^{29,30}. Habría que evaluar por tanto si la fórmula es adecuada para este tipo de pieles y si esto tiene importancia en la práctica real.

Con respecto al Kelador®, su principal efecto lo proporciona la lactoferrina, que es una glucoproteína quelante del hierro con una afinidad de hasta 300 veces superior a la transferrina³¹. Se une a los iones de hierro libres del hematoma en la dermis, acelerando su eliminación. Además del efecto antihematoma, proporciona actividad antiinflamatoria³² y antimicrobiana³³. El hecho de que la lactoferrina sea liposomada potencia la biodisponibilidad y la protege frente a la desnaturalización y degradación³⁴, aunque el estudio en el que basan este supuesto se verificó por vía intestinal y no dérmica. Por otra parte, la vitamina E tiene función antioxidante y cicatrizante³⁵, y la alantoína cicatrizante²⁸. Se trata de una crema presentada en el congreso XXVIII de la SECPOO del 2018, en la ponencia del Dr. Martínez Grau. Si bien los resultados mostrados son buenos (Figura 6), el estudio tiene una calidad de evidencia científica de IIa. Aunque sólo lleva poco más de un año en el mercado, la experiencia está siendo muy positiva. Recientemente, en el congreso XXIX de la SECPOO del 2019, se ha hablado del uso de este producto incluso antes de la cirugía, pero sin justificación ni estudio relevante que lo apoye, de modo que no se debería realizar esta práctica sin más datos.



Figura 2: fotografías de pacientes con Kelador®, tomadas de la ponencia del Dr. Martínez Grau de la SECCPOO

Como alternativa a éste, previamente se recomendaban cremas cosméticas con base de vitamina K, que también aumenta la velocidad de reabsorción del hematoma y mejora el aspecto de los pacientes³⁶. Este tipo de cremas puede producir dermatitis en algunas personas. Otros profesionales recomiendan cremas con árnica o pentosano de polisulfato sódico (a menudo no formuladas para piel periorcular) e incluso preparado oral de árnica o de estreptoquinasa-estreptodornasa. Con respecto a los preparados de árnica, existen algunos estudios que demuestran su eficacia, aunque de forma discreta, para el tratamiento del edema, el hematoma y el dolor³⁷; y de forma específica para cejaplastia, blefaroplastia³⁸ y ritidectomía³⁷. Si bien hay autores que creen que dichos estudios no están bien diseñados y están en contra de esta práctica³⁹.

No es muy habitual el uso de apósitos cicatrizantes aunque está demostrada su eficacia^{1,8,18}. Esto puede deberse a que la mayoría de las cicatrices quedan camufladas en pliegues, que de por sí concentran más humedad y no son visibles.

En cuanto al Trofolastín®, se ha visto más eficaz en la disminución de cicatrices hipertróficas que otros productos similares⁴⁰, sin embargo estos estudios no se han realizado de forma específica en el área periorcular sino en la mamaria. Como actúa a modo de pantalla física no es preciso el uso de un protector solar. Da menos alergias que otros apósitos por no contener látex ni colofonia (adhesivo), pero no se debe recomendar en caso de alergia a acrílicos o poliuretanos (ver anexo). En pacientes con pieles reactivas, atópicas, alérgicas o seborreicas debería hacerse una prueba previa. En nuestra experiencia, una paciente tuvo que suspenderlo.

Cuidados locales (no incluidos en los generales)

Cirugía de órbita

Con respecto a esta cirugía, en nuestro entorno sólo se han producido dos hemorragias retroorbitarias no detectadas a tiempo. En los pacientes que no colaboren bien en cuanto a control de síntomas, tal vez debería insistírse en que avisen si el dolor aumenta o directamente hacer control de signos pupilares y agudeza visual⁹, además de la verificación de funcionamiento del drenaje. La opción de no ocluir para vigilancia de signos tras la cirugía, ayudada de crioterapia, sería válida.

Cirugía de párpados

Sólo en casos muy aparatosos se puede indicar drenaje linfático manual en la zona afectada³⁶ (Figura 7), mediante el método Vodder^{11,36}. Con respecto a este tipo de drenaje, existe un trabajo en el que se expone una mejoría en pacientes con edema por rosácea complicada, tratado mediante blefaroplastia⁴¹. En nuestro entorno se recomiendan automasajes en casos leves y drenajes profesionales en casos llamativos.

Según un estudio aleatorizado y doble ciego, el uso de árnica para la ritidectomía mejora el aspecto de los hematomas³⁷. Nuestro equipo recomienda Kelador® en los casos de hematomas a cualquier nivel cutáneo, por lo expuesto anteriormente.

Existe un estudio retrospectivo sobre el tiempo que debe transcurrir entre revisiones en la cirugía de

ptosis. La conclusión es que dentro de las 6 primeras semanas, el porcentaje de complicaciones entre pacientes sin factores de riesgo es muy bajo, de modo que no son necesarias las revisiones frecuentes¹². En nuestra práctica, se revisa al paciente al día siguiente para destapar las curas, a la semana para retirada de puntos y al mes como consulta de revisión, si bien esto se ajusta a necesidades de la unidad de oculoplastia.

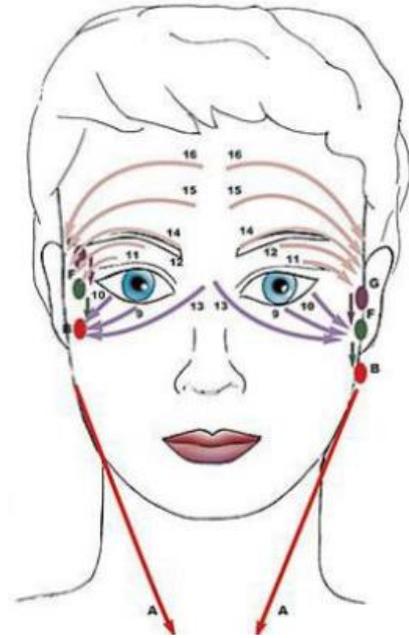


Figura 7: esquema de drenaje linfático periocular

Cirugía de vía lagrimal

En una encuesta sobre prácticas habituales en DCR en la región de Asia-Pacífico, se observó que más de la mitad de los cirujanos oculoplásticos prescribían antibióticos sistémicos¹⁵, mientras que en nuestro grupo no se hace. En un reciente estudio aleatorizado, se demostró que un solo bolo de antibiótico intravenoso perioperatorio ofrece una adecuada profilaxis frente al tratamiento oral durante días después de la cirugía⁴². Y también más de la mitad ni instruyen al paciente a realizar lavados nasales ni realizan la limpieza en las visitas¹⁵, algo que sí se hace en nuestro entorno. Se ha demostrado que la irrigación nasal con cloruro de sodio al 0.9% es beneficiosa para la limpieza nasal postoperatoria y que el suero hipertónico también mejora la cicatrización¹⁶, de ahí la recomendación de los lavados. Con respecto a la limpieza de fosa nasal en consulta, hay un estudio aleatorizado que demostró que no había diferencias entre efectuar sólo una a la semana, como hace nuestro equipo, y otras añadidas más adelante¹⁶. Más de la mitad retiran la silicona antes de los 2 primeros meses¹⁵, pero aquí se suele hacer pasados los 3 meses si se colocan, pero no más tiempo en condiciones normales ya que no aporta beneficio.

El motivo de no usar tejidos de tela cuando hay dilatadores del punto lagrimal, es que con mucha frecuencia debido a la forma que tiene la parte externa del dispositivo, ésta se puede enganchar con el hueco existente entre las fibras de la tela y ser arrancado accidentalmente. Lo mismo ocurre con frotar la zona. En nuestra experiencia hay bastantes pacientes que llegan a la revisión y ya no tienen el dilatador por estos motivos. Se recomienda su extracción en

consulta entre los 2-3 meses, pero no más tarde por el riesgo de que se produzcan granulomas por dentro del conducto del dilatador. Recientemente ha habido un caso por este motivo.

La causa de mantener el ojo ocluido en las DCR con laser es porque, debido a la difusión de la anestesia local hacia el músculo oblicuo superior, se produce diplopia temporalmente.

La recomendación de insistirle a los pacientes acerca de no tocarse la zona de colocación del tubo de Lester Jones, es que muchos de ellos se presionan sobre la boca del tubo e inadvertidamente se lo introducen más de lo deseado, de modo que éste puede quedar muy profundo y ser enterrado por el crecimiento de la conjuntiva adyacente. Lamentablemente este hecho ocurre con frecuencia y necesita de una pequeña reintervención. Cuando en la literatura recomiendan la inspiración forzada, el motivo es que esto suele eliminar los restos de moco y evita la obstrucción⁹. Y al sonarse la nariz, debe hacerse cada fosa nasal individualmente, para evitar que la mucosidad nasal suba hacia el ojo.

Con respecto a las epistaxis postquirúrgicas, es más cauto que si hay taponamiento sea retirado por algún trabajador sanitario para evitar complicaciones. En nuestra experiencia hubo un paciente al que hubo que volver a taponar, fue controlado de su hipertensión arterial y el taponamiento se retiró tras 48 horas de forma controlada en su centro de salud sin más incidencias.

Limitaciones a nuestro estudio

A pesar de la amplia búsqueda, los estudios bien diseñados para extrapolar conclusiones son muy escasos, y sobre algunos temas no se ha encontrado información contrastada, y por ello no se ha podido discutir. Es complicado abarcar todos y cada uno de los pormenores en un solo trabajo.

Hay estudios de casas comerciales que no son accesibles.

No se han tratado técnicas oculoplásticas que no se realicen en el Instituto o que tengan una frecuencia ínfima.

Conflicto de intereses

Para este trabajo no se ha recibido ninguna aportación económica de forma directa o indirecta por parte de las casas comerciales que se citan.

CONCLUSIONES

Conclusión principal

Es posible mejorar la asistencia al paciente postquirúrgico oculoplástico, teniendo en cuenta las investigaciones actuales y las recomendaciones de profesionales con años de experiencia y buenos resultados. Por lo tanto puede realizarse una guía piloto apta para oftalmólogos no oculoplásticos.

La mayoría de las aportaciones tienen un nivel de calidad de evidencia científica III o IV, algo habitual en la cirugía oculoplástica. Debido a esto, serían necesarios más estudios con mayor potencia para poder optimizar las prácticas. Se encuentran algunas diferencias entre las numerosas recomendaciones que nos deben hacer reflexionar acerca de si se están haciendo mal las cosas o si realmente hay aspectos que no son relevantes.

Conclusiones específicas

Teniendo en cuenta la información revisada, podemos recomendar con seguridad los siguientes puntos en concreto que vienen a continuación.

Cuidados generales:

- No es recomendable la aplicación de pomada con antibiótico de rutina, ya que no tiene ningún efecto beneficioso y puede ocasionar dermatitis. Este supuesto es el de mayor nivel de calidad y grado de recomendación.
- Si el control del dolor no es suficiente con un antiálgico simple, es mejor asociar un antiinflamatorio no esteroideo que un opioide débil.

Cuidados locales:

- No es obligatoria la aplicación de crioterapia en pacientes intervenidos de blefaroplastia superior, salvo que el paciente note alivio las primeras horas tras la cirugía.
- No es necesaria la profilaxis antibiótica oral tras la cirugía de dacriocistorrinostomía o similar.
- No son necesarias las curas endonasaes de forma repetida en consulta.

El resto de recomendaciones pueden estar sujetas a debate y justificadas por una amplia experiencia profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher E, Frodel JL. Wound healing. En: Papel ID, editor. Facial Plastic and Reconstructive Surgery. 2ª ed. Nueva York: Thieme Medical Publishers; 2002. 20-23
2. Mayorga-Butrón JL, Velasco-Hidalgo L, Ochoa-Carrillo FJ. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015;14(6):329-334
3. Neves JC, Medel-Jiménez R, Arancibia-Tagle D, Vázquez LM. Postoperative care of the facial plastic surgery patient: forehead and blepharoplasty. Facial Plast Surg. 2018;34:570-8
4. AMQ Oftalmos [sede web]*. Madrid: Agrupación Médico-Quirúrgica Oftalmos; 2019 [acceso 09 de febrero de 2019]. Cuidados postquirúrgicos. Disponible en: https://www.amqoftalmos.es/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=50&Itemid=73
5. Pool SMW, van Exsel DCE, Melenhorst WBWH, Cromheecke M, van der Lei B. The effect of eyelid cooling on pain, edema, erythema, and hematoma after upper blepharoplasty: a randomized, controlled, observed-blinded evaluation study. Plast Reconstr Surg. 2015; 135:277-81
6. Kreicher KL, Bordeaux JS. Addressing practice gaps in cutaneous surgery. Advances in diagnosis and treatment. JAMA Facial Plast Surg [revista en Internet] 20 de octubre 2016 [acceso 12 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamafacialplasticsurgery/article-abstract/2571412>
7. Fay A, Nallasamy N, Bernardini F et al. Multinational Comparison of Prophylactic Antibiotic Use for Eyelid Surgery. JAMA Ophthalmology. 2015; 133(7), 778
8. SEHER [sede web]*. Valencia: Sociedad Española de Heridas; 2013 [acceso 09 de febrero de 2019]. Guía para el correcto cuidado de las heridas. Disponible en: https://www.sociedadspanolaheridas.com/images/site/biblioteca/Guia_correcto_cuidado_de_heridasSEHER_Y_PIC.pdf
9. Grupo de trabajo de la Asociación Panamericana de Oftalmología. El ojo. En: Gea Consultoría Editorial. Órbita, párpados y aparato lagrimal. Vol 7. 2011-2012 ed. Madrid: Elsevier España; 2013. 115,258-66
10. Yin VT, Chou E, Nakra T. The transeyelid midface lift. Clin Plastic Surg. 2015;42:95-101
11. Echevoyen-Fernández M. Drenaje linfático manual (método Vodder). En: Rubio-Sánchez MA, Hernández-Lobertini CM editores. Medicina estética. Claves, abordajes y tratamientos actuales. 1ª ed. Jaén: Formación Alcalá; 2017. 501-9
12. Porteous AM, Haridas AS, Collin JRO, Verity DH. Upper lid ptosis surgery: what is the optimal interval for the postoperative review? A prospective review of 300 cases. Eye. 2018;32:757-62

13. Delgado-Miranda JL, Montesinos-Ventura B, Péres- Espejo J, Re B, Moreno JM. Puntoplastia: nuestra técnica para solucionar la epifora por epitelización del punto lagrimal inferior. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología. 2001;12: 119-22
14. Galindo-Ferreiro A, Dufailej M, Gálvez-Ruiz A, Khandekar R, Artioli-Schellini S. Dacryocystectomy: Indications and Results at Tertiary Eye Hospital in Central Saudi Arabia. Seminars in Ophthalmology. 2017;33(5):602-5
15. Kwok T, Ali MJ, Yuen H. Preferred practice patterns in endoscopic dacryocystorhinostomy among oculoplastci surgeons in Asia-Pacific region. Orbit [revista en internet] 17 de octubre de 2017 [acceso el 12 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01676830.2017.1383480>
16. Rosique-López L, Lajara-Blesa J, Rosique-Arias M. Utilidad de las curas locales tras dacriocistorrisnostomía laser. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64(4):279-82
17. Watkins, A. A., Johnson, T. V., Shrewsberry, A. B., et al. Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain and Narcotic Use: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American College of Surgeons. 2014; 219(3), 511–517
18. Erskine T. Common myths about wound healing – debunked. Daily Republic [periódico en Internet]*. 12 de junio de 2014 [acceso 09 de febrero de 2019]. The Other Side of 50. Disponible en: <https://www.dailyrepublic.com/projects/the-other-side-of-50/common-myths-about-wound-healing-debunked/>
19. Ibáñez N, Aznar I, Gómez C, Prieto S. Estudio piloto prospectivo comparativo sobre higiene palpebral postcirugía oculoplástica. En: Libro de ponencias del 90º congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Bilbao; Sociedad Española de Oftalmología; 2014
20. Khan AW, Ansari SH, Sharma RH, Kumar A, Ali J. Formulation development, optimization and evaluation of aloe vera gel for wound healing. Pharmacogn Mag. 2013; 9(suppl 1): S6-S10
21. Jarić S, Kostić O, Mataruga Z, Pavlović D, Pavlović M, Mitrović M, Pavlović P. Traditional wound-healing plants used in the Balkan region. J Ethnopharmacol. 2018; 211:311-28
22. Hamill MB, Osato MS, Wilhelmus KR. Experimental evaluation of clorhexidine gluconate for ocular antisepsis. Antimicrob Agents Chemother. 1984;26(6):793-6
23. López-González L, Gutiérrez-Pérez MI, Lucio Villegas-Menéndez ME, Aresté-Lluch N, Morató-Agustí ML, Pérez-Cachafeiro S. Introducción a los antisépticos. Aten Primaria. 2014;46(2):1-9
24. Leite GO, Leite LH, Sampaio RS, Araruna MK, De Menezes IR, Da Costa JG, Campos AR. (-)- α -Bisabolol attenuates visceral nociception and inflammation in mice. Fitoterapia. 2011;82(2):208-11
25. Brehm-Streicher BF, Johnson EA. Sensitization of *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* to antibiotics by the sesquiterpenoids nerolidol, farnesol, bisabolol and apritone. Antimicrob Agents Chemother. 2003;47(10):3357-60

26. Camacho F, Moreno JC, Bueno J, Conejo-Mir JS. Tratamiento de cicatrices y defectos postquirúrgicos con aceite puro de semilla de rosa mosqueta. *Med Cut ILA*. 1994; 22:23-30
27. De Lima R, Seabra AB, Durán N. Silver nanoparticles: a brief review of cytotoxicity and genotoxicity of chemically and biogenically synthesized nanoparticles. *J Appl Toxicol*. 2012; 32(11):867-79
28. Araújo LU, Grabe-Guimarães A, Mosqueira VC, Carneiro CM, Silva-Barcellos NM. Profile of wound healing process induced by allantoin. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2010; 25(5): 460
29. Magerl A, Pirker C, Frosch PJ. Allergic contact eczema from shellac and 1,3-butylene glycol in an eyeliner. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2003;1(4):300-2
30. Aizawa A, Ito A, Masui Y, Ito M. Case of allergic contact dermatitis due to 1,3-butylene glycol. *J Dermatol*. 2014;41(9):815-6
31. Sánchez L, Calvo M, Brock JH. Biological role of lactoferrin. *Arch Dis Child*. 1992; 67(5): 657-61
32. Brock JH. The physiology of lactoferrin. *Biochem Cell Biol*. 2002: 80(1): 1-6
33. Weinberg ED. Antibiotic properties and applications of lactoferrin. *Curr Pharm Des*. 2007; 13(8): 801-11
34. Ishikado A, Imanaka H, Takeuchi T, Harada E, Makino T. Liposomalization of lactoferrin enhanced its anti-inflammatory effects via oral administration. *Bio Pharm Bull*. 2005; 28(9): 1717-21
35. Keen MA, Hassan I. Vitamin E in dermatology. *Indian Dermatol OnlineJ*. 2016; 7(4): 311-5
36. Martínez-Grau G, Martínez-Grau A, Sauvageot P. Complicaciones de la cirugía de la ptosis palpebral. En: *Sociedad Española de Oftalmología. Cirugía palpebral y periocular*. 1ªed. Madrid: MAC LINE S.L.; 2009. 226
37. Iannitti T, Morales-Medina JC, Bellavite P, Rottigni V, Palmieri B. Effectiveness and safety of Arnica Montana in post-surgical setting, pain and inflammation. *Am J os Ther*. 2016; 23(1):184-97
38. Kang JY, Tran KD, Seiff SR, Mack WP, Lee WW. Assessing the effectiveness of arnica montana and rhododendron tomentosum (ledum palustre) in the reduction of ecchymosis and edema after oculo-facial surgery: preliminary results. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2017;33(1):47-52
39. Kahana A, Klotus B, Black E. Re: Assessing the effectiveness of arnica montana and rhododendron tomentosum (ledum palustre) in the reduction of ecchymosis and edema after oculo-facial surgery: preliminary results. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2017;33(1):74
40. Bisbal J. Eficacia de un apósito autoadhesivo de poliuretano para prevenir la formación de cicatrices hipertróficas. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2011; 37(4): 341-7

41. Renieri G, Brochhausen C, Pfeiffer, Pitz S. Chronisches lidödem assoziiert mit rosazea (morbus morbihan): Differenzialdiagnostische schwierigkeiten und therapieoptionen. Klin Monatsbl Augenheilkd 2011; 228:19-24

42. Sheth J, Rath S, Tripathy D. Oral versus single intravenous bolus dose antibiotic prophylaxis against postoperative surgical site infection in external dacryocystorhinostomy for primary acquired nasolacrimal duct obstruction. A randomized study. Indian J Ophthalmol. 2019; 67(3):382-5

ANEXO

Prospecto de Estila Neolid®

ESTILA® *Neolid*®

CREMA REPARADORA
PARA EL CUIDADO DEL PÁRPADO



ANGELINI

ANGELINI FARMACÉUTICA, S.A.
C. Osi, 7 - 08034 Barcelona

26

ESTILA Neolid® es una crema reparadora para el cuidado del párpado tras intervenciones quirúrgicas, que además de hidratar aporta componentes con propiedades regenerantes (Antarcticine®), atenuantes de cicatrices (Rosa mosqueta) y descongestionantes (Eyeseryl®).

INDICACIONES: ESTILA Neolid® ha sido desarrollado para el cuidado del párpado especialmente después de una intervención quirúrgica ya que sus componentes:

- Hidratan y aportan elasticidad a la piel de los párpados
- Calman la tirantez de la piel
- Atenúan las cicatrices
- Ayudan a descongestionar

INGREDIENTS: Aqua, propanediol, glycereth-26, triethylhexanoin, cyclomethicone, C12-15 alkyl benzoate, butylene glycol, betaine, musk rose (rosa moschata) seed oil, cetyl alcohol, glyceryl stearate, PEG-100 stearate, pseudoalteromonas ferment extract, glycerin, cetearyl alcohol, ascorbyl palmitate, barbados aloe (aloe barbadensis) leaf juice powder, acetyl tetrapeptide-5, polyacrylamide, C13-14 isoparaffin, carbomer, laureth-7, sodium hydroxide, disodium EDTA, pentylene glycol, methylpropanediol, caprylyl glycol.

MODO DE EMPLEO E INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

Aplicar **ESTILA Neolid®** sobre la zona periocular (párpados y borde palpebral) dos veces al día.

1. Lavar las manos con jabón y aclarar abundantemente.
2. Limpiar la zona periocular con una toallita estéril con agentes limpiadores como ESTILA Toallitas.
3. Colocar una gota de producto (tamaño grano de arroz) en el dedo índice, cerrar los ojos y realizar un suave masaje sobre el párpado superior y/o sobre el párpado inferior esta vez con los ojos abiertos mirando hacia arriba.

Evitar el contacto del producto con el interior del ojo porque podría ser irritante.

AF-P/00



Kelador®

Crema monodosis estéril

Lactoferrina Liposomada
5 aplicadores monodosis de 5 ml

Producto
sanitario
patentado

brill
P H A R M A

27

Descripción

Kelador® acelera de manera intensa los procesos de reparación tisular gracias a la acción quelante de la lactoferrina frente a los iones metálicos. Su acción se ve potenciada por la inclusión de la lactoferrina en liposomas. La discromía hemosiderínica periulcerosa de la insuficiencia venosa crónica (IVC) presenta una alta acumulación de hierro y es difícil de tratar. La lactoferrina es un potente quelante natural del hierro, que favorece la cicatrización y la degradación del color marrón típico de la mancha discrómica hemosiderínica. La crema se aplica de forma fácil directamente en el área lesionada y es adecuada para lesiones cutáneas.

Indicaciones terapéuticas

Tratamiento tópico de todas las alteraciones trófico-discrómicas del tejido dermoepidérmico que requieren la activación del proceso de reparación tisular. Equimosis, equimosis postoperatorias, discromías hemosiderínicas tras una escleroterapia, discromías hemosiderínicas por IVC (estadios avanzados CEAP C4-C6), prevención de úlceras venosas, lipodermatoesclerosis, discromías hematomelánicas ulcerosas, alteraciones ulcerodistróficas (úlceras varicosas, úlceras decúbito, fisuras, etc.), quemaduras, heridas postoperatorias, cicatrización tardía de heridas, tratamientos después de intervenciones con láser, láser para depilación (láser no ablativo, ablativo, etc.).

Composición

Polietilenglicol 400; polietilenglicol 1500; polietilenglicol 4000, lactoferrina liposomada; sorbitol; glicerol; agua purificada; alantoína; tocoferol.

Modo de empleo

Cada vez que se aplica Kelador®, es necesario limpiar la zona afectada con una solución fisiológica. La cantidad y el número de aplicaciones varían en función de las características clínicas de las lesiones y del tiempo de absorción de la crema.

Se recomienda aplicar como mínimo dos veces al día.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes del producto.

Advertencias y precauciones

El uso simultáneo de cremas y/o similares en la misma parte anatómica en la que se aplica el producto puede afectar su eficacia. El producto no requiere condiciones especiales de conservación. No utilizar si el envase no está intacto. No ingerir. Uso externo. En caso de ingestión accidental, consultar a su médico. Mantener el producto fuera de la vista y del alcance de los niños. La eliminación del producto no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. No utilizar después de la fecha de caducidad.

Distribuido por: BRILL PHARMA, S.L. C/ Munner, 10 - 08022 Barcelona
Fabricante: TERRA DI CUMA S.R.L. Via Copernico, 38 - 20125 Milano (Italia)

0373

REF ES00587TDCM1
REF ES00587TDCM1c

actualizado el 03/01/2018

STERILE R



TROFOLASTIN® ELASTICITY

REDUCTOR DE CICATRICES

Trofolastin Reductor de Cicatrices es un apósito de poliuretano constituido por dos capas: la superficie externa es una membrana de poliuretano microporoso y la interna es una película acrílica adherente para facilitar su fijación a la piel.

Trofolastin Reductor de Cicatrices no contiene ningún principio activo sino que actúa mediante un mecanismo físico que aumenta la presión sobre la cicatriz y modifica la humedad bajo el apósito produciéndose una disposición correcta de las fibras de colágeno.

Indicaciones

1. Reducción de cicatrices hipertróficas o queloides. Trofolastin Reductor de Cicatrices puede utilizarse para la reducción de cicatrices hipertróficas recientes, o antiguas, o queloides. Una cicatriz es el resultado natural del proceso de curación de una herida. Es importante recordar que una herida no se convierte en una cicatriz hasta que no está totalmente curada.

Duración del tratamiento: en algunos casos se ha observado cierta mejoría después de 4 semanas de tratamiento; sin embargo, se recomienda mantener el apósito durante un periodo de 8 a 10 semanas para obtener un resultado mejor (véase "Precauciones y contraindicaciones").

2. Ayuda a prevenir la formación de cicatrices hipertróficas. Trofolastin Reductor de Cicatrices puede aplicarse en cicatrices nuevas para ayudar a prevenir la formación de cicatrices hipertróficas.

Duración del tratamiento preventivo: en algunos casos el periodo de seguimiento ha sido de hasta 11 meses (véase "Precauciones y contraindicaciones").

Trofolastin Reductor de Cicatrices puede utilizarse en cicatrices antiguas o recién formadas, como cicatrices rojas o elevadas producidas por quemaduras y cortes, cirugía general, cirugía estética o heridas traumáticas. Como el proceso de cicatrización presenta una gran variabilidad individual, los médicos o profesionales sanitarios deberán decidir cuándo puede iniciarse el tratamiento con Trofolastin Reductor de Cicatrices. No se recomienda aplicar el apósito antes de la curación de la herida y de que la epidermis esté restaurada.

Trofolastin Reductor de Cicatrices protege las cicatrices de la radiación solar.

Presentaciones

Trofolastin Reductor de Cicatrices se presenta en envases conteniendo:

- 5 apósitos de 4 x 30 cm C.N. 379230.1
- 5 apósitos de 5 x 7,5 cm C.N. 379354.4
- 5 apósitos de 10 x 14 cm C.N. 379263.9

Otras presentaciones de Trofolastin Reductor de Cicatrices:

- Mamario: 3 blísteres de 2 conjuntos de apósitos. C.N. 198445.6
- Periareolar: 3 blísteres de 2 apósitos. C.N. 313091.2.

Precauciones y contraindicaciones

- Puede producirse enrojecimiento. Si se produce enrojecimiento, dolor y/o irritación suspender la utilización de Trofolastin Reductor de Cicatrices y consultar a un médico o profesional sanitario.
- No utilizar en quemaduras de tercer grado.
- No utilizar en heridas abiertas, infectadas, costras, sobre los puntos de sutura o grapas.
- No utilizar si el envase está abierto o dañado.
- No es adecuado para pacientes con alteraciones dermatológicas en las que esté afectada la integridad de la piel en la zona de aplicación.
- De un solo uso: una vez abierto el producto no debe reutilizarse por el riesgo de contaminación e infección.
- En caso que sea necesario el uso repetido a largo plazo se recomienda la evaluación clínica de un médico/profesional sanitario.
- Sólo para uso externo.

Trofolastin Reductor de Cicatrices (apósitos de 4 x 30 cm, 5 x 7,5 cm y 10 x 14 cm)
Instrucciones de uso:

1. Lavar las manos antes de utilizar el apósito. Limpiar y secar cuidadosamente la zona de la cicatriz, comprobando que la piel está completamente seca y sin restos de crema, pomada o aceite para facilitar la aplicación del apósito de Trofolastin Reductor de Cicatrices.
2. Abrir el sobre y separar las capas protectoras con suavidad. Colocar el apósito sobre la cicatriz de forma uniforme, asegurándose que no se forman pliegues y que todos los bordes están fijados en la piel. Si es necesario recortar el apósito para adaptar el tamaño antes de colocarlo, no se debe separar la capa protectora antes de cortar y se debe asegurar que tiene un tamaño suficiente para adherirse a la piel sana que rodea a la cicatriz.
3. Una vez colocado, el apósito de Trofolastin Reductor de Cicatrices puede permanecer fijado en la superficie de la piel hasta siete días según el tipo de cicatriz. El apósito es resistente al agua si se aplica sin que se formen pliegues y que todos los bordes estén fijados en la piel sana de alrededor. El apósito es de un solo uso. Si el apósito empieza a despegarse, sustituirlo por un nuevo apósito de Trofolastin Reductor de Cicatrices.
4. Para retirar el apósito, levantar suavemente una esquina y tirar con mucho cuidado levantando los bordes del apósito hasta que se separe de la piel.

Fabricado por:
Advanced Medical Solutions Limited
Premier Park, 33 Road One,
Winsford Industrial Estate,
Winsford, Cheshire, CW7 3RT, U.K.

Distribuido por:
Novartis Consumer Health S.A.
Gran Via de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona España

⚡ ~ 25° Límite superior de temperatura REF Número de catálogo
⊗ No reutilizar ⏰ Fecha de caducidad
⚠ Precaución, consúltense los documentos adjuntos. LOT N° de lote
📖 Leer las instrucciones de uso CE Ⓢ



GUÍA DE CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA PARA EL IOBA

Ante cualquier duda se debe consultar con el especialista en oculoplastia o con sus alumnos de máster.

Habitualmente los pacientes se revisan tras un día de la intervención y tras una semana, la siguiente cita ya es responsabilidad del cirujano.

Si el paciente es alérgico al yodo se puede utilizar clorhexidina en lugar de povidona yodada.

Órbita

Descompresión orbitaria o extirpación de tumor orbitario

1º día

- comprobación de que el drenaje ya no es productivo y retirada con cura simple en el punto de salida
- cura compresiva en las siguientes 16 horas
- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada sobre la herida de piel
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® si hay puntos conjuntivales cada 12 horas
- evitar el sol y poner gafas de sol
- lubricación con lagrimas artificiales si hay puntos conjuntivales
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1º semana

- retirada de puntos de piel (dejar los reabsorbibles conjuntivales) y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior
- evitar el sol y poner gafas de sol
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eevea Care® de la misma forma.

Evisceración, enucleación o injerto dermograso

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® cada 12 horas
- dejar el conformador puesto, si se extruye valorar blefarorrafia
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1º semana

- lubricación en gel cada 12 horas
- dejar el conformador puesto, si se extruye valorar blefarorrafia

Párpados

Cejoplastia directa

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- limpiar la herida cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner sombrero o visera

1ª semana (es mejor que sea unos días más tarde por la retirada de puntos)

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- evitar el sol y poner sombrero o visera (no hace falta si se pone parches)
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética

Ritidectomía (estiramiento del tercio medio facial)

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- limpiar la herida cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner gafas de sol
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- evitar el sol y poner gafas de sol (no hace falta si se pone parches)
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética

Ectropión

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® cada 12 horas
- evitar el sol y poner gafas de sol
- lubricación con lagrimas artificiales
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- lubricación en gel (o seguir con la pomada) cada 12 horas al menos durante 1 semana más
- lubricación con lagrimas artificiales
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior
- evitar el sol y poner gafas de sol
- drenaje linfático de forma opcional si persiste mucho edema
- Estila Neolid® sobre ésta la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma

Entropión

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® cada 12 horas
- evitar el sol y poner gafas de sol
- lubricación con lagrimas artificiales
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- lubricación con lagrimas artificiales
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior
- evitar el sol y poner gafas de sol
- drenaje linfático de forma opcional si persiste mucho edema
- Estila Neolid® sobre ésta la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eeva Care® de la misma forma

Blefaroplastia superior

1º día

- frío local de forma opcional si el paciente nota alivio 10-15 minutos 3 veces al día durante el primer día
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner gafas de sol
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- evitar el sol y poner gafas de sol (no hace falta si se pone parches)
- drenaje linfático de forma opcional si persiste mucho edema o está muy preocupado por la apariencia estética
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eeva Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética

Blefaroplastia inferior

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- si hay herida en piel limpiarla cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® cada 12 horas
- evitar el sol y poner gafas de sol
- lubricación con lagrimas artificiales

1ª semana

- si hay puntos en piel retirada de éstos (dejar los reabsorbibles conjuntivales) y cura con povidona yodada
- lubricación en gel (o seguir con la pomada) cada 12 horas al menos durante 1 semana más
- lubricación con lagrimas artificiales
- si hay cicatriz en piel protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- si hay cicatriz en piel evitar el sol y poner gafas de sol (no hace falta si se pone parches)
- drenaje linfático de forma opcional si persiste mucho edema o está muy preocupado por la apariencia estética
- si hay cicatriz Estila Neolid® sobre ésta, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética

Lesiones menores (verrugas, queratosis, granulomas, chalaciones...)

1º día (en ocasiones no es necesaria esta revisión)

- frío local de forma opcional 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada si hay sobre la herida de piel
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® si hay herida conjuntival o en borde libre palpebral cada 12 horas
- evitar el sol y poner gafas de sol si la herida está expuesta
- lubricación con lagrimas artificiales si hay heridas conjuntivales
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel si los hubiera (dejar los reabsorbibles conjuntivales) y cura con povidona yodada
- si hay herida conjuntival en tarso superior o todavía hay molestias lubricación en gel (o seguir con la pomada) cada 12 horas durante una semana más
- si hay cicatriz visible protector solar sobre ésta si se sale al exterior
- si hay cicatriz visible evitar el sol y poner gafas de sol
- si hay cicatriz visible Estila Neolid® sobre ésta, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma

Ptosis por vía anterior (acortamiento del músculo elevador del párpado superior)

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- limpiar la herida en piel cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner gafas de sol

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior
- evitar el sol y poner gafas de sol
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveja Care® de la misma forma

Ptosis por vía posterior (conjuntivomüллерectomía)

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- pomada de prednisona-neomicina de Alcon® cada 12 horas
- lubricación con lagrimas artificiales

1ª semana

- lubricación en gel (o seguir con la pomada) cada 12h al menos durante 1 semana más
- lubricación con lagrimas artificiales

Vía lagrimal

Colocación de dilatadores de punto lagrimal

1º día

- Tobradex® cada 8 horas durante 1 semana
- insistir en que debe limpiarse con cuidado

1ª semana (no es necesaria esta visita)

- insistir en que debe limpiarse con cuidado

Puntoplastia

1º día

- Tobradex® cada 8 horas durante 1 semana
- dilatación del punto lagrimal

1ª semana

- dilatación del punto lagrimal

DCR externa

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- limpiar la herida cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner gafas de sol (hay que tener cuidado de que la zona de apoyo no macere la herida)
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma
- Tobradex® cada 8 horas
- Nasonex® cada 8 horas
- Rhinomer® F3 cada 8 horas
- si el paciente está con taponamiento y al retirar éste vuelve a sangrar, debe volver a taponar durante al menos 24 horas más. Posteriormente se recomienda control de la tensión arterial y retirada en su centro de salud (no en su domicilio)

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- evitar el sol y poner gafas de sol (no hace falta si se pone parches)
- Etila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eveda Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética
- Tobradex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender
- Nasonex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender

- Rhinomer® F3 cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y mantener hasta completar el mes
- en esta consulta se debe realizar limpieza de la fosa nasal intervenida extrayendo costras y mucosidad adherida con ayuda de unas pinzas de bayoneta. Si no se dispone de un endoscopio puede intentarse con un rinoscopio

DCR laser

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor
- Tobradex® cada 8 horas
- Nasonex® cada 8 horas
- Rhinomer® F3 cada 8 horas
- si el paciente está con taponamiento y al retirar éste vuelve a sangrar, debe volver a taponar durante al menos 24 horas más. Posteriormente se recomienda control de la tensión arterial y retirada en su centro de salud (no en su domicilio)

1ª semana

- Tobradex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender
- Nasonex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender
- Rhinomer® F3 cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y mantener hasta completar el mes
- en esta consulta se debe realizar limpieza de la fosa nasal intervenida extrayendo costras y mucosidad adherida con ayuda de unas pinzas de bayoneta. Si no se dispone de un endoscopio puede intentarse con un rinoscopio

Dacriocistectomía

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- limpiar la herida cada 12 horas con suero salino fisiológico con cuidado y aplicar povidona yodada
- evitar el sol y poner gafas de sol (hay que tener cuidado de que la zona de apoyo no macere la herida)
- Kelador® de forma opcional 3 veces al día sobre las zonas de hematoma

1ª semana

- retirada de puntos de piel y cura con povidona yodada
- protector solar sobre la cicatriz si se sale al exterior (no hace falta si se pone parches)
- evitar el sol y poner gafas de sol (no hace falta si se pone parches)
- Estila Neolid® sobre la cicatriz, con un suave masaje de dentro hacia fuera, 2 veces al día. Como alternativa para pieles muy sensibles puede utilizarse Eeva Care® de la misma forma. Otra opción es la utilización de parches de Trofolastín® Elasticity tras un par de semanas en vez de la crema, si se sabe que el paciente cicatriza de forma aberrante o está muy preocupado por la apariencia estética

Lacorrinostomía

1º día

- frío local 10-15 minutos 3 veces al día durante 3 días
- dormir con cabecero un poco elevado y de frente
- analgesia con paracetamol 1g cada 8 horas según el dolor, valorar antiinflamatorio
- Tobradex® cada 8 horas
- Nasonex® cada 8 horas

- Rhinomer® F3 cada 8 horas
- insistir al paciente en que no se toque la zona
- explicar que para sonarse la nariz debe hacerlo por cada fosa nasal por separado mientras tapa la otra
- si el paciente está con taponamiento y al retirar éste vuelve a sangrar, debe volver a taponar durante al menos 24 horas más. Posteriormente se recomienda control de la tensión arterial y retirada en su centro de salud (no en su domicilio)

1ª semana

- Tobradex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender
- Nasonex® cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y suspender
- Rhinomer® F3 cada 12 horas 1 semana, cada 24 horas 1 semana y mantener hasta completar el mes
- en esta consulta se debe realizar limpieza de la fosa nasal intervenida extrayendo costras y mucosidad adherida con ayuda de unas pinzas de bayoneta. Si no se dispone de un endoscopio puede intentarse con un rinoscopio