

BB T MFM 611







Acriva

Revio Blue Filter Multifocal Toric Intraocular Lens





Todo en una misma Plataforma





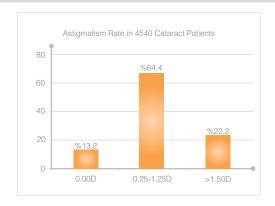
Tratar el Astigmatismo



Predomínio del Astigmatismo

Más de lo Esperado

La prevalencia del astigmatismo es mucho más de lo esperado entre pacientes con cataratas. La alta prevalencia del astigmatismo corneal se ha informado en muchos artículos diferentes. Después de la implantación tórica, un astigmatismo residual postoperatorio de 0,75D o inferior puede mejorar la agudeza visual no corregida y reducir el desenfoque sintomático, el efecto fantasma en imágenes y los halos¹.



El 40% de los pacientes con catarata presentan un astigmatismo $\geq 1.0~\mathrm{D}$

El estudio publicado por Ferrer-Blasco T et al. en 2009, que consta de 4.540 pacientes con catarata mostró un astigmatismo corneal en el 87% de pacientes.².



Visión nítida para pacientes con astigmatismo

Usted puede hacer más felices a sus pacientes. Ellos empezaran de nuevo con una vida agradable después de la cirugía con la visión nítida y la independencia de gafas. Acriva^{UD} Toric tiene el rango de dioptrías más grande en la corrección del astigmatismo en la gama Custom Made Perfection. La potencia esférica tiene un rango de 0.00D a 32.00D y el cilindro está disponible hasta 10.00D con incrementos de media dioptría.

Reference

1- Nichamin LD. Astigmatism control. Opthalmol. Clin. North Am. 19, 485–493 (2006). 2- Prevalence of astigmatism in cataract patients. Ferrer-Blasco T et al. Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery. J Cataract Refract Surg 2009; 35:70–75.

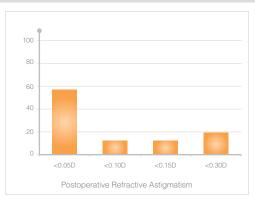


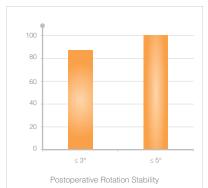
Plataforma Consolidada

Resultados Clínicos

Mínimo Astigmatismo Residual

Un estudio clínico con Acriva^{UD} Toric que incluyó 26 pacientes demostró que solo fueron reportados astigmatismos por debajo de 0,3D y que no había astigmatismo residual en el 57,6% de los pacientes después de 3 meses de seguimiento





Excelente Estabilidad

El mismo estudio también mostró que Acriva^{UD} Toric tuvo una excelente estabilidad de la rotación en el saco capsular. En base al promedio de desviación, el 84% de todos los ojos tenían menos de 3º de rotación y todos los pacientes tenían menos de 5° de rotación después de la cirugía³.



3 La Mejos Solucion - La Lente de Plato

SIA mínimo. Excelente Estabilidad en Diseño MICS

Una incisión mayor causa en sí misma astigmatismo inducido quirúrgicamente y afecta directamente a los resultados refractivos postoperatorios. Acriva^{UD} Toric con diseño de plato es la mejor plataforma, permite la implantación a través de incisión sub 2.0mm, se puede minimizar el astigmatismo inducido quirúrgicamente y se mantiene en el saco capsular sin rotación.





La alineación de la lente Acriva^{UD} Toric en ambos lados hace más fácil la rotación durante la operación. Mantiene siempre una estabilidad rotacional excelente gracias a su diseño en forma de plato que se adhiere al saco capsular posterior en cuatro puntos.

References 3- Data on file



Planee su Cirugía

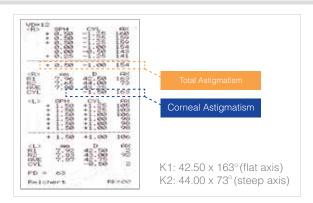




Diagnóstico Pre-operatório

Cilindro y Eje de astigmatismo

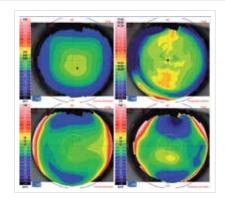
El éxito de la implantación tórica comienza con un examen preciso y la evaluación de la cantidad y el eje de astigmatismo corneal. Para la selección de un paciente ideal de cirugía tórica es básico la queratometría, biometría, pupilometría, aberrometría, videoqueratoscopia o cualquier otro dispositivo recomendado como una predicción del diagnóstico preoperatorio



Criterios de Inclusión

Los resultados postoperatorios se basan en la selección del paciente correcto y recomendados criterios de inclusión que se deben seguir en la planificación de la cirugía tórica preoperatoria. El astigmatismo total del ojo es el valor medido en la práctica clínica de rutina que incluye tanto el astigmatismo corneal externo como el astigmatismo interno del cristalino. Sólo el astigmatismo externo debe considerarse en el cálculo de LIO tórica ya que el cristalino se retira durante cirugía⁴.

Las mediciones se deben repetir en condiciones adecuadas si se encuentran grandes diferencias entre los distintos métodos. Determinar el eje de astigmatismo es igualmente importante con su determinación ya que interviene directamente en los resultados después de la implantación. Un astigmatismo regular debe ser asegurado mediante la comprobación del mapa topográfico de la córnea.



Estudios recientes han demostrado la importancia de considerar la superficie corneal posterior al determinar el astigmatismo corneal total y la planificación de la corrección de astigmatismo. La córnea posterior actúa como una lente negativa y debe ser evaluada durante el planning pre-operatorio.^{5,6}.

References

4 -Ferreira TB, Marques EF, Rodrigues A, Montes-Mico R. Visual and optical outcomes of a diffractive multifocal toric intraocular lens. J Cataract Refract Surg. 2013;39(7):1029-35. 5- Visser N, Nuijts RM, de Vries NE, Bauer NJ. Visual outcomes and patient satisfaction after cataract surgery with toric multifocal intraocular lens implantation. J Cataract Refract Surg. 2011;37(11):2034-42. 6- Munoz G, Cardoner A, Albarran-Diego C, Ferrer-Blasco T, Belda-Salmeron L. Iris-fixated toric phakic intraocular lens for myopic astigmatism. J Cataract Refract Surg. 2012;38(7):1166-75.



Planee su Cirugía



Acriva^{UD} Easy Toric Calculator

Herramienta Simple para el cálculo tórico

Acriva^{ud} Easy Toric Calculator es una herramienta de asistencia para planear su cirugía y ayudarle a alcanzar óptimos resultados.











Puede acceder a Acriva^{UD} Easy Toric Calculator en www.vsybiotechnology.com y puede descargar la aplicación disponible para iPhone e iPad de Apple Store y para todos los dispositivos Android en Google Play.

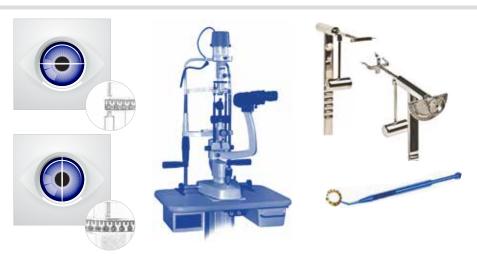
Para más información consulte la guía del usuario de AcrivaUD Easy Toric Calculator.



Marcando el Ojo

Marcado Preoperatório

El marcado de referencia preoperatoria se recomienda con el paciente sentado para limitar el efecto ciclotorsional del ojo. Marque un eje de referencia, a ser posible con la ayuda de la lámpara de hendidura, con un lápiz o tinta para marcar. La lámpara de hendidura también se puede utilizar para marcar el eje de implantación o simplemente utilizando otro tipo de marcadores preoperatorios.



Marcado Intraoperatório

Después de cambiar la posición paciente de sentado a posición supina, marque el eje apuntado con anillos de fijación como el de Méndez con el eje de referencia. Los marcadores de péndulo es otra opción en la que la gravedad permite el marcado preciso. El marcado del eje de implantación es crucial ya que en caso de desalineación ninguna corrección cliíndrica daría resultado.









BBT MFM 611

Material	Superficie Hidrofóbica, acrílica con 25% de agua, filtro
	azul
Tamaño Óptico	6.00mm
Diseño Óptico	Monofocal Tórica
Tamaño Hápticos	11.00mm
Diseño Hápticos	Plato
Angulación	0°
Constante Ac. A Recomen.	118.0
Constante Op. A Recomen.	Srk-T:118.3 - Srk-II:118.5
Rango Dióptrico	Esfera: De 0.00D a +32.00D (0.50D incr)
CUSTOM MADE	Cilindro: De +1.00D a +10.00D (0.50D incr)
Índice Refractivo Seco	20°C /35°C 1.509 / 1.509 ± 0.002
Índice Refractivo Humedo	20°C /35°C 1.462 / 1.462 ± 0.002
Inyector Recomendado	Acrijet

Material	Superficie Hidrofóbica, acrilica con 25% de agua, filtro
	azul
Tamaño Óptico	6.00mm
Diseño Óptico	Activa-Difractiva Multifocal Tórica
Tamaño Hápticos	11.00mm
Diseño Hápticos	Plato
Angulación	0°
Constante Ac. A Recomen.	118.0
Constante Op. A Recomen.	Srk-T:118.3 - Srk-II:118.5
Rango Dióptrico	Esfera: De 0.00D a +32.00D (0.50D incr)
CUSTOM MADE	Cilindro: De +1.00D a +10.00D (0.50D incr)
Índice Refractivo Seco	20°C /35°C 1.509 / 1.509 ± 0.002
Índice Refractivo Humedo	20°C /35°C 1.462 / 1.462 ± 0.002
Inyector Recomendado	Acrijet



