

## Sugerencias para el procedimiento de facoemulsificación.

Consejo Argentino de Oftalmología y de la Sociedad Argentina de Córnea, Refractiva y Catarata

*La información contenida en esta publicación sirve como apoyo para la elaboración de la historia clínica de los pacientes a ser operados de facoemulsificación. Queda a consideración del médico actuante la aplicación de estas sugerencias a cada paciente en particular. Para incorporar esta publicación como documento de la historia clínica sin modificaciones, debe constar la firma del cirujano con aclaración y fecha*

**Fecha de evaluación:** .....

Nombre y apellido: .....

**Antecedentes generales**

- ¿Tiene alergias conocidas? .....
- ¿Toma tamsulosina, alfabloqueantes o similares?.....
- ¿Está anticoagulado?.....
- ¿Tiene alguna enfermedad infectocontagiosa? .....
- Otro .....

**Antecedentes oftalmológicos**

OJO derecho

OJO izquierdo

- Trauma ocular
- Cirugía refractiva previa
  - ¿Cuál? .....
- ¿Otro tipo de cirugía?.....

SI	No
SI	No

SI	No
SI	No

**Evaluación clínica**

AV lejos sc .....

Refracción    esf ..... cil ..... eje    esf ..... cil ..... eje

AV Lejos cc .....

AVLejos con estenopeico .....

AV cerca sc .....

AV cerca +3 .....

AV cerca +6 .....

(de no obtenerse buena agudeza visual cercana con ningún método, se recomienda realizar test de Amsler)

	OJO derecho	OJO izquierdo
PIO .....		
Tipo de catarata	<input type="text" value="Nuclear"/> <input type="text" value="Cortical"/> <input type="text" value="SubCapsular"/> <input type="text" value="Completa"/>	<input type="text" value="Nuclear"/> <input type="text" value="Cortical"/> <input type="text" value="SubCapsular"/> <input type="text" value="Completa"/>
¿Dilata bien?	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
¿Pseudoexfoliación?	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
¿Facodonesis?	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Evaluación endotelial .....	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Blefaritis	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Evaluación de párpados / saco lagrimal	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Fondo de ojo visible		
○ Evaluación macular .....		
○ Nervio óptico .....		
○ Periferia retinal .....		
Fondo de ojo no visible		
○ Ecografía .....		
Datos biométricos realizados		
▪ Queratometria	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
▪ Medición de Largo axial	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>

Evaluación de riesgo quirúrgico (sugerido, no imprescindible)

- |   |              |
|---|--------------|
| ○ Electrocardiograma con informe de riesgo quirúrgico   | Hemograma    |
| ○ Glucemia  | Coagulograma |
| ○ Análisis de orina   |              |
| ○ Serología HIV, HVB, HVC (Se debe tener presente que para poder efectuar los análisis correspondientes a HIV, se exige autorización expresa a ese efecto y que, en caso positivo, se exige que la enfermedad se consigne en la documentación médica mediante el empleo de siglas que garanticen la reserva y eviten el conocimiento por terceros.) |              |

Fecha de entrega del consentimiento informado: .....

Nombre y apellido ..... Ojo: .....

Fecha de la cirugía:.....

*Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*

Antes de la anestesia confirmar:

- la identidad del paciente
- el ojo a operar (marcando éste con cinta)
- el procedimiento a realizar
- su consentimiento
- que tenga evaluación del riesgo quirúrgico pre operatorio
- si se ha colocado al paciente el pulsioxímetro y que éste funcione correctamente
- que si el paciente tiene vía aérea difícil y riesgo de aspiración

Antes de la incisión

- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en al menos 60 minutos antes del comienzo?
- ¿Hay alguna variación del procedimiento estándar habitual?
- ¿Ha realizado confirmación de la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
- ¿Ha realizado el testeo del faco y del microscopio?

*Pasos de la cirugía*

- Tipo de anestesia: .....
- Antisepsia
  - Iodopovidona 5% en fondos de saco conjuntival (5 minutos antes de la cirugía)
  - Lavado de manos
  - Camisolín y guantes estériles
  - Limpieza área cutánea perioperatoria con Iodopovidona 10%
  - Colocación de campo quirúrgico autoadhesivo con aislamiento de pestañas
  - Colocación de blefarostato

Nombre y apellido ..... Ojo: .....

Fecha de la cirugía:.....

PASOS DE LA INTERVENCION

- Incisión  Localización..... Tamaño.....

- Localización .....Tamaño.....

- Capsulorexis completa 

Si	No
----	----

Observaciones: .....

- Hidrodissección - Hidrodelaminación 

Si	No
----	----
- Facoemulsificación 

Si	No
----	----
- Aspiración de masas capsulares 

Si	No
----	----
- Llenado de saco capsular con solución viscoelástica 

Si	No
----	----
- Implante de lente intraocular 

Si	No
----	----
- Aspiración de solución viscoelastica 

Si	No
----	----
- Comprobación de hermeticidad de la herida 

Si	No
----	----
- ¿Sutura? 

Si	No
----	----

Insumos intraoculares (anotar o abrochar número de lote para farmacovigilancia)

- LIO



- Viscoelástico

- Sutura

- Solución irrigación

Otras:.....  
.....

Medicación postoperatoria indicada

.....  
.....  
.....  
.....

**Alta médica**

- Hora: .....
- Signos vitales: .....
- Se entregan indicaciones escritas incluyendo pautas de alarma (ojo rojo, disminución de AV y dolor)
- Se entrega teléfono de contacto:.....