

Recomendaciones del Consejo Argentino de Oftalmología y de la Sociedad Argentina de Córnea, Refractiva y Catarata para el procedimiento de LASIK.

Estas recomendaciones representan un lineamiento general sugerido Queda a consideración del médico actuante su aplicación y/o su adaptación a cada paciente en particular

Fecha de evaluación:

Nombre y apellido:

Antecedentes generales

- ¿Tiene alergias conocidas?
- ¿Tiene alguna enfermedad infectocontagiosa? Diabetes?.....
- ¿Está tomando medicación antidepresiva/ansiolíticos, terapia de reemplazo hormonal?
- Otras entidades relevantes.....

	OJO derecho	OJO izquierdo								
Antecedentes oftalmológicos										
• Trauma ocular	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="padding: 2px;">No</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="padding: 2px;">No</td></tr> </table>	SI	No	SI	No	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="padding: 2px;">No</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SI</td><td style="padding: 2px;">No</td></tr> </table>	SI	No	SI	No
SI	No									
SI	No									
SI	No									
SI	No									
• Uso de LC previo										
• Cirugía refractiva previa										
○ ¿Cuál?										
○ Antecedentes de herpes corneal si conoce.....										
• ¿Otro tipo de cirugía ocular?.....										
	OJO derecho	OJO izquierdo								

Evaluación clínica

AV lejos sc							
Refracción	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Esf</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">cil</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">eje</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> </tr> </table>	Esf	cil	eje
Esf	cil	eje		
Refracción bajo cicloplejía:.....	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Elf.</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">cil</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">eje</td> <td style="padding: 0 10px;">.....</td> </tr> </table>	Elf.	cil	eje
Elf.	cil	eje		

Ojo derecho

Ojo izquierdo

AV Lejos cc

AV Lejos con estenoico

(especificar presencia ambliopía).....

AV cerca sc

AV cerca +3

PIO

Características del cristalino:

Características del fondo de ojo:

Características de la topografía corneal:

Paquimetria:

Queratometria: K1.....

K1.....

K2.....

K2.....

Observaciones examen ojo externo:

-Enoftalmos si/no

- Hendidura palpebral: normal/ estrecha

-Prominencia frontal aumentada si/no

-Blefaroespasmismo si/no

-Blefaritis si/no

- Status film lagrimal: Consignar si se realizó BUT, Schirmer , Rosa Bengala (sólo normal ó patológico)

- Motilidad externa, normal, foria/tropia Si/No

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

Nombre y apellido Ojo: Derecho/izquierdo/Ambos.....

Fecha de la cirugía:..... Hora de comienzo.....

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la anestesia confirmar:

- la identidad del paciente
- el ojo a operar
- el procedimiento a realizar
- su consentimiento
- que tenga evaluación del riesgo quirúrgico pre operatorio
- que el paciente muestre colaborador y vigil

Antes del corte del flap

- ¿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 de la fluencia del excimer laser, las ópticas del microscopio y la bomba de succión?

Pasos de la cirugía

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

- Marcación corneal
- Colocación de anillo de succión
- Colocación de la cabeza del microqueratomo
- Corte del flap Micro de ataque inferior ó temporal : detallar
- Ablación de la ametropía con excimer laser
- Reposición del flap
- Lavado entrecara
- ¿Lente de contacto por defecto epitelial?

Si	No
----	----

Medicación postoperatoria indicada

.....

.....

.....

.....

Alta médica

- Hora:
- Características biomicroscopicas al alta:
.....
- Se entregan indicaciones escritas incluyendo pautas de alarma (ojo rojo, disminución de AV y dolor, intolerancia a los analgésicos)
- Se entrega teléfono de contacto:.....
- Consignar: “ El paciente se retira de quirófano en buenas condiciones”

Firma:

Aclaración:

Fecha: