

VIA CLÍNICA: CIRUGÍA DE CRISTALINO SIN INGRESO. S. DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL “VIRGEN DE LA LUZ”

Fecha de elaboración : año2004

NOMBRE DEL PACIENTE:

NºHªC.

EVALUACIONES, ASISTENCIAS, TESTS.	DÍA 1 DÍA ANTERIOR	DÍA 2 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	DÍA 3 DÍA POSTERIOR
	Domicilio	Quirófano de Oftalmología	Consulta de oftalmología
	Anamnesis y exploración.	Oftalmólogo: Intervención Quirúrgica.	Oftalmólogo: Anamnesis y exploración. Tratamiento.
TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.		EN PLANTA/ HOSPITAL DE DIA Tensión Arterial y glucemia capilar si precisa Monitorización. Coger vía endovenosa. EN EL QUIRÓFANO Anestesia: tipo de anestesia retrobulbar, peribulbar, subtenoniana, tópica. Gafas de O ₂ Intervención quirúrgica. EN PLANTA/ HOSPITAL DE DIA Retirar vía intravenosa antes del alta.	
MEDICACIÓN	-Continuar con medicación previa. *Si el paciente está anticoagulado o antiagregado habrá que suspender la medicación 5 días antes, salvo contraindicación expresa.	-Continuar con la medicación previa. EN LA PLANTA/HOSPITAL DE DIA: ANTES DE LA INTERVENCIÓN: -Colirio AINE 2 gotas cada 15 minutos una hora antes . - Pauta de dilatación pupilar colirios de ciclopéjico y fenilefrina, 2 gotas cada 15 minutos 1 horas antes. - Pauta de Profilaxis quirúrgica : OFTACILOX (Ciprofloxacino) 1 gota al ingreso en el ojo que va a ser operado. SURNOX (Ofloxacino) 200 mg. I.V. ½ antes de la intervención u oral 2 horas antes. Si alergia a este antibiotico, administrar Vancomicina 500mg. I.V. DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN: -Colirio antibiótico- corticoide 2 gotas 4 veces al día. -Colirio AINE 2 gotas 4 veces al día.	-Continuar con la medicación previa. -Colirio antibiótico-corticoide 2 gotas 4 veces al día. -Colirio AINE 2 gotas 4 veces al día.
ACTIVIDAD	- Aseo personal : Higiene general del paciente. Higiene pálpbral (CICLAR)	-Reposo relativo. -No conducir ni realizar esfuerzos.	-Reposo relativo. -No conducir ni realizar esfuerzos.
DIETA	-Sin variaciones con respecto a la previa.	-Ayuno 6 horas previas a la intervención. -Dieta normal, sin variaciones con respecto a la previa.	-Sin variaciones con respecto a la previa.
INFORMACIÓN Y APOYO (paciente y/o familia)	-Consentimiento informado (cataratas). -Información mediante vía clínica .	-Información al paciente y/o familiares de los cuidados del ojo. -Informe de alta.	
CRITERIOS DE ALTA		-Alta de quirófano para regreso a domicilio: paciente estable, consciente y orientado, estado adecuado del ojo intervenido.	

Enfermera responsable:



Hospital “Virgen de la Luz”
Cuenca

CRITERIOS DE CIRUGIA AMBULATORIA:

- Paciente en buen estado general.
- Sin enfermedades asociadas que requieran cuidados especiales.
- Residencia relativamente próxima al hospital.
- Paciente autosuficiente o que pueda ser atendido por sus familiares en su domicilio.
- Cirugía de bajo riesgo sin patología asociada.

VÍA CLÍNICA: CIRUGÍA DE CATARATAS
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ CUENCA



HOJA DE VERIFICACION - VIA CLINICA DE CIRUGÍA DE CATARATAS.
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

ETIQUETA

(En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)



Hospital "Virgen de la Luz"
 Cuenca

FECHA INGRESO/INTERVENCIÓN

Hora de ingreso:

O.D. O.I.

Marcar con una 'X' o rellenar lo realizado

MÉDICO

ANESTESIA, 1 retrobulbar, 2 peribulbar, 3 subtenoniana, 4 tópica

DESPUÉS DE INTERVENCIÓN COLIRIO ANTIBIÓTICO-CORTICOIDE

OCLUSIÓN DEL OJO

INFORMACIÓN A FAMILIARES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Cirujano Dr.:

PROTOCOLO DE FACOEMULSIFICACION

O.D. <input type="checkbox"/>	O.I. <input type="checkbox"/>	Cilindro PreQx a	
<u>Anestesia:</u>	General <input type="checkbox"/> Subtenon <input type="checkbox"/>	Retrobulbar <input type="checkbox"/> Intracamerular (tópica) <input type="checkbox"/>	Peribulbar <input type="checkbox"/>
<u>Punto de Recto:</u>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<u>Incisión:</u>	Corneal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	Corneo-Escleral. <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>	Escleral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/>
<u>Faco:</u>	Tiempo: Técnica	min sg Flip&Chip Stop&chop	// % Divide <input type="checkbox"/> Faco chop <input type="checkbox"/>
<u>Dureza del núcleo</u>	1+ <input type="checkbox"/>	2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/>	4+ <input type="checkbox"/>
<u>LIO:</u>	PMMA <input type="checkbox"/>	Acrílica <input type="checkbox"/> Hema <input type="checkbox"/>	Silicona <input type="checkbox"/>
<u>Sutura:</u>	No <input type="checkbox"/> 1 aspa <input type="checkbox"/>	Puntos sueltos, nº	Absorbible <input type="checkbox"/>
<u>Inyección subconjuntival:</u>		1 cc <input type="checkbox"/> ½ cc	No <input type="checkbox"/>
<u>Complicaciones:</u>			
* Reconversión		Motivo	
* Capsulorrexis incorrecta		<input type="checkbox"/>	
* Edema corneal durante la facoemulsificación		<input type="checkbox"/>	
* Desinserción zonular		<input type="checkbox"/>	
* Rotura capsular durante el faco.		<input type="checkbox"/>	
* Caída a vítreo de : masas <input type="checkbox"/>			
	: núcleo (1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/>)		
* Rotura capsular durante I/A de masas		<input type="checkbox"/>	
* Vitrectomía anterior		<input type="checkbox"/>	
* LIO de C. anterior.		<input type="checkbox"/>	
* Otras		<input type="checkbox"/>	



**HOJA DE VERIFICACION - VIA CLINICA DE CIRUGÍA DE CATARATAS.
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA**

ETIQUETA

(En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)

FECHA: (/ /)



Hospital "Virgen de la Luz"
Cuenca

FECHA **INGRESO/INTERVENCIÓN**

Hora de ingreso:

O.D.

O.I.

Marcar con una 'X' o rellenar lo realizado

MEDICO (CONSULTA)

Cura del ojo

Colirio antibiótico corticoide

Información para pacientes y familiares

ENFERMERÍA (CONSULTA)

Limpieza del ojo

INCIDENCIAS

Indique 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos y 4.- SIN
INCIDENCIAS

Firma

Cirujano Dr.:



Hospital "Virgen de la Luz"
Cuenca



**HOJA DE VERIFICACION - VIA CLINICA DE CIRUGÍA DE CATARATAS.
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA**

ETIQUETA

(En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)



Hospital "Virgen de la Luz"
Cuenca

FECHA INGRESO/INTERVENCIÓN

Hora de ingreso:

O.D.

O.I.

Marcar con una 'X' o rellenar lo realizado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREQUIRURGICOS

			1 ^a	2 ^a
Valoración de enfermería planta		CONSTANTES VITALES (1 sola vez)	Temperatura	
Apertura de registros de enfermería			F. Cardíaca	
Entrega de información de la vía clínica			T. Arterial	

VIA i.v. Colocación **Retirada** **FLUIDOTERAPIA (Ringer)**

Medicación

Dilatación pupilar y preparación del ojo

2 gotas Colirio de AINE , cada 15 minutos, 1 hora antes de la intervención	2 gota de fenilefrina cada 15 minutos, 1 hora antes de la intervención
2 gotas de ciclopléjico cada 15 minutos, 1 hora antes de la intervención	OFTALCILOX 1 gota al ingreso en el ojo que va a ser operado SURNOX (OFLOXACINO) 200 mg. I.V. ½ hora antes de la intervención u oral 2 horas antes

MEDICACIÓN PREVIA NECESARIA, DIFERENTE DEL PROTOCOLO (Ordenada en hoja de tratamiento):

1 Medicación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
2 Medicación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
3 Medicación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

INCIDENCIAS DE LA VÍA

Indique 1.- Lo realizado y no planificado, 2.-Lo planificado y no realizado, 3.- Los sucesos adversos y 4.- SIN INCIDENCIAS

Firma

Turno de mañana	
Turno de tarde	

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL ENFERMO
VÍA CLÍNICA: CATARATA AMBULATORIA
Hospital Virgen de la Luz”. Servicio Oftalmología**

Fecha actual ___/___/___

Para poder mejorar la atención que prestamos nos interesa mucho conocer su opinión. Por favor rellene este cuestionario anónimo marcando con una cruz la opción que mejor represente su punto de vista.

Sexo Mujer Varón Ha estado ingresado antes: Si No

Marque con una 'X' lo que proceda:

¿Conoce el nombre del oftalmólogo que le atiende?		SI	NO
¿Recomendaría a un familiar el ingreso en este Servicio?		SI	NO
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre ?	Mucho	Poco	Nada
¿Qué importancia le da usted a estar informado de su enfermedad?	Mucho	Poco	Nada
¿Cuál es su valoración de la limpieza donde ha estado?	Mucho	Poco	Nada
¿Cómo cree que le informaron sobre su enfermedad?	Bien	Regular	Mal
¿Cuál es su valoración sobre la atención recibida?	Bien	Regular	Mal

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. Por favor díganos:

Lo que menos le ha gustado:
Lo que más le ha gustado:
Sugerencias:

Gracias por su atención