

## **Protocolo para la realización de la cirugía LASIK**

### **AUMENTO Y CORREGIDO**

#### **A**

1 Recepción del paciente y comprobaciones de documentación.

(Se indicará a los familiares la duración de 30-45 minutos del procedimiento.).

2. -Justo antes de pasar el paciente realizar la primera instilación de colirios ANESTÉSICO DOBLE DE CUSÍ O PRESCAINA, OFTACILOX, ALPHAGAN una o dos gotas de cada colirio una sola vez;

#### **B**

1. -Se pasará al paciente al quirófano y se le aleccionara sobre lo que debe de hacer; es decir: se realizará la colocación de calzas, bata y gorro al paciente; se realizara la demostración de efecto del Láser (PTK en mano) como se venia haciendo para realizar la PRK.

2. - Se le indicará una vez tumbado que debe mirar al un punto rojo que parpadea. El cirujano es el responsable de que el paciente mire bien al punto y sea capaz de identificarlo correctamente.

#### **C**

Se tumba al paciente en la camilla y se coloca adecuadamente la cabeza y el cuerpo del paciente de manera que quede recto y con la cara y cavidad orbitaria horizontales.

### **UNA VEZ TUMBADO EL PACIENTE EN LA CAMILLA FUERA DEL MICROSCOPIO:**

1. - Colocación correcta de la cabeza según el ojo del paciente a intervenir. Si bilateral se empezará por ojo derecho, salvo indicación explícita del cirujano (ojos ambliopes, ojo peor, etc.)

2. - Instilación de gotas de OFTACILOX (ciprofloxacino en colirio) en fondo de saco conjuntival e Instilación de gotas de anestésico (segunda vez).

3. - -Oclusión de ojo contra lateral y colocación de doble gasa en sien del ojo a operar etc. como para PRK.

4. -Limpieza de piel de párpados y zona periocular del paciente con betadine 5%

5.- .Secado de la piel de párpados (con gasa estéril) para permitir la adhesividad de los campos quirúrgicos. Colocación del campo quirúrgico estéril con agujero

Comprobación de numero de aumentos del micro (Se comienza con 11) y de la distancia interpupilar correcta para cada cirujano, así como la necesidad de colocar los oculares en posición de cirujano usuario de gafa o no. Ayudará la Dra. M. Fernández Elícegui

Colocación y ajuste de sillón quirúrgico. (Angeli)

## **6. - El paciente se traslada bajo el microscopio y Láser quirúrgicos**

7. - Enfoque inicial del microscopio en córnea e instrucciones claras al paciente del punto que debe de mirar, explicándole que lo verá más borroso tras el corte.

## **8. - El paciente cierra los ojos y se vuelve a comprobar:**

- Cuchilla (calidad del filo al micro y se pasa al ayudante)

- Ajuste de Microqueratomo y montaje de cuchilla

- Vacío y carga de batería del microqueratomo.

- Comprobación del microqueratomo ensamblando el motor, oír el clic de que coge la cuchilla y observación de la vibración de la cuchilla por dos personas. Colocación en anillo y dejarlo (tras moverlo adelante y atrás) en la posición mas próxima a la cola de milano.

- Comprobación de todos los elementos necesarios para la realización de la cirugía: Hemostetas, aspirador, espátulas, bléfaro, pinzas, marcadores (rotulador y marcador, irrigación, agua destilada, suero fisiológico, cánulas de hidrodisección para lavado de interfase o reposición de flap, cánulas simples de irrigación, jeringas de 5 c.c. para lavado y cubetas de duralex y acero.

- Introducción de datos del paciente al software del láser y comprobación por

el cirujano y la Dra. Fernández Elicegui haciendo hincapié en el signo (esta corrigiendo miopía o hipermetropía) y comprobando exhaustivamente que todos los datos introducidos en la pantalla coinciden con los de la ficha quirúrgica.

-Anillo de succión con comprobación del número seleccionado y de su conexión correcta.

9. - Tercera instilación de anestésico y oftacilox.

**10. - Colocación de trozos partidos de campo estéril, o campo esteril completo:**

1. Párpado superior vertical
2. Párpado superior horizontal cogiendo pestañas y glándulas de meibomio
3. Párpado inferior vertical
4. Párpado inferior horizontal cogiendo pestañas y glándulas de meibomio
5. Párpado superior temporal
6. Párpado inferior temporal

11. - **Colocación del blefaróstato abierto al a media intensidad.** Última y cuarta instilación de anestésico.

**Cirugía propiamente dicha**

12. - Marcado de córnea con 3 marcas dos en cruz centradas en pupila y una en lado temporal descentrada y paralela a la vertical, u otro sistema de marcado en cualquier caso asimétrico. Lavado con suero de las marcas.

13. - **Lavado con suero** de fondos de saco, mientras se lava se aspira a nivel de fondos de saco.

14. - **Colocación del blefaróstato abierto al máximo**

15. - **Comprobación en vacío de succión, funcionamiento correcto de microqueratomo con avance retroceso y dejándolo en posición de entrada quirúrgica próximo a la cola de milano.** Valorar como suena la cuchilla en función de la facilidad con la que haya entrado.

16. - Con mano izquierda apoyada en sillón quirúrgico, colocación y centraje de anillo de succión elegido, basándonos en el tipo de cirugía a realizar (en general charnela o bisagra a las doce horas) comprobar que no quede limbo expuesto en los 360°; comprobar número de anillo, observar que la entrada en la cola de milano este limpia y nada la obstaculice. Con la mano derecha coger y comprobar el funcionamiento del microqueratomo y de los pedales.

Se informa (tras estas comprobaciones) al paciente de que no va a ver la luz ni el punto rojo durante unos segundos y que va a sentir una cierta presión en el ojo (ayudante o Maite)

17. - **Vacío (pisa maite)**, comprobación en consola y por el propio cirujano tirando del ojo.

18. - Se coloca el microqueratomo en anillo rotándolo hasta que engrane.

19. - Lavado con suero de la cornea y cola de milano (ayudante)

20. - Avance del corte. Retroceso del corte

20. - **Fuera vacío (pisa maite)**

21. - Se comprueba el flap y las marcas en la cornea y se retira en bloque anillo y micro.

22. - Se levanta el flap o disco con suavidad con espátula, pinza o cánula ayudándose de esponjeta de merocel húmeda y se coloca estable sobre párpado superior a ser posible, **para ella puede ser útil relajar la tensión del bléfaro permitiendo mas sitio para apoyar la lamela corneal.** Si no se logra colocarlo sobre el párpado superior, se debe mantener con una esponjeta o con un separador de lamela tipo Burato o similar, en cualquier caso evitar colocarlo debajo del párpado inferior, salvo que no quede otro remedio. Se puede medir la distancia del centro de flap a la bisagra y el diámetro del flap. Se puede hacer paquimetría intraoperatoria en casos especiales. Se puede calcular el ángulo de la charnela que obtenemos.

23. - Secado de córnea con esponjetas

24. - Incremento de los aumentos del micro (20 X) y verificar tipo especial de centrado en cada paciente. Enfoque de Láser con diodos y descenso de luz del microscopio comprobación de que el paciente mira el punto intermitente. **Dar claras explicaciones al paciente en este momento.**

25. - Aplicación del Láser en lecho estromal.

Miopía o hipermetropía

Astigmatismo (protección del flap sí es preciso)

26. - Lavado del estroma generosamente por ayudante y aspiración por cirujano en fondos de saco.

27. - **Limpieza del flap con esponjeta húmeda por cirujano y mientras el ayudante**

**irriga y el cirujano aspira a nivel de fondos de saco** hasta estar seguros de con buenas condiciones de observación no se ve nada, si se ven partículas insistir con calma en la limpieza.

28. - Hábil maniobra de colocación del flap con esponjeta sin dejar de irrigar produciendo efecto de ola y aspirando a la vez el exceso de liquido de irrigación. Ligeramente peinado del flap.

29. - Comprobación de las marcas del flap en cornea y de su correcta posición. Posible peinar sucesivos del flap para recolocación perfecta según marcas.

30. - Comprobación de una interfase limpia.

31. - Secado con esponjetas de los bordes del flap durante al menos dos **minutos**, hasta comprobar el signo del pliegue.

32. - Instilación de una gota de oftacilox en fondo de saco.

33. - Se retira el bléfaro con sumo cuidado

34. - Se retiran las tiras de adhesivo y se deja parpadear al paciente

35. - Se comprueba que el flap sigue correctamente en su sitio

36. - Oclusión del globo ocular con:

Adhesivo estéril horizontal y vertical

Apósito estéril y esparadrapo.

**FIN DE LA CIRUGÍA Y SE PUEDE COMENZAR TODO IGUAL PARA EL SEGUNDO OJO**

TRAS LA CIRUGÍA DEL SEGUNDO OJO

37. - Unos 30 –60 minutos de reposo

38. - Comprobación del estado del flap tras retirar la oclusión

39. - Fin del acto quirúrgico con el repaso de las instrucciones, colocación de protector y gafa de sol, concertar cita para el siguiente día y entrega de bolsa del protector, gafa de sol. etc.