Chirurgie refractivă (Evaluare iniţială şi Urmărire postoperatorie)

Examen iniţial
- Statusul actual al funcţiei vizuale
- Istoric al patologiilor oftalmologice
- Istoric al patologiilor sistemice
- Medicaţie

Examen oftalmologic iniţial
- AV la distanţă cu şi fără corecţie
- Refracţie manifestă şi cicloplegică
- Topografie corneană
- Măsurarea grosimii corneene centrale
- Evaluarea filmului lacrimal şi a suprafeţei oculare
- Evaluarea motilităţii oculare

Management preoperator:
- Întreruperea portului lentilelor de contact înainte de investigaţii şi preoperator
- Informarea pacientului asupra potenţialelor riscuri, beneficii şi alternative legate de fiecare tehnică operatorie
- Semnarea consimţământului informat; pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a primii răspuns la toate întrebările preoperator
- Verificarea şi calibrarea instrumentelor preoperator
- Confirmarea de către chirurg a identităţii pacientului, a ochiului care urmează să fie operat, şi a datelor introduse în computerul laserului

Îngrijire postoperatorie
- Chirurgul este responsabil pentru managementul postoperator
- Pentru tehnicile de ablaţie a suprafeţei, pacientul trebuie examinat a doua zi postoperator şi la fiecare 2-3 zile pana când ochiul este reepitelizat
- Pentru tehnica LASIK - fără complicaţii - examinarea are loc în primele 36 ore postoperator, a doua vizită intre 1 şi 4 sapt postoperator, iar vizitele ulterioare în funcţie de caz

Educarea pacientului
Discutarea riscurilor şi beneficiilor tehnicii trebuie planificate cu pacientul. Elementele discuţiei vor fi următoarele:
- Nivelul de rezultate ale refracţiei preconizate
- Erori refractive reziduale
- Corecţia postoperatorie pentru vederea de aproape şi/sau pentru vederea la distanţă
- Posibilitatea pierderii celei mai bune acuităţi vizuale corectate
- Efecte secundare şi complicaţii (ex. keratite microbiene, ectazii corneene)
- Schimbările la nivelul funcţiei vizuale nu sunt neapărat detectabile la testarea acuităţii vizuale, deoarece includ efectul de glare (orbire) şi acuitatea în condiţii de iluminare redusă
- Simptome ale vederii nocturne (glare, halouri) dezvoltate sau înrăutăţite. Atenţie deosebită trebuie acordată pacienţilor cu un grad mare de ametropie sau pacienţilor care necesită un nivel ridicat al acuităţii în condiţii de iluminare redusă
- Efectul la nivelul alinierii globilor oculari
- Apariţia sau înrăutăţirea sindromului de ochi uscat
- Sindromul de eroziuni recurente
- Limitările chirurgiei refractive, cu menţionarea prezbiopiei şi a potenţialei pierderi de vedere la aproape fără corecţie, ce se întâlneşte în cazul tratării pacienţilor miopi
- Avantajele şi dezavantajele tehnicii monovision (pentru pacienţii prezbiţi)
- Avantajele şi dezavantajele tehnicilor convenţionale şi avansate de ablaţie
- Avantajele şi dezavantajele chirurgiei refractive în aceeaşi zi bilateral versus tehnica secvenţială. Deoarece vederea poate fi scăzută în cazul tehnicii bilaterale în aceeaşi zi, pacientul trebuie informat că activităţi precum şofatul nu sunt posibile pentru câteva săptămâni uneori.
- Posibilitatea influenţării predictibilităţii calculării dioptriei implantului pentru operaţia de cataractă ulterioară
- Planul postoperator (programul de îngrijire, persoanele implicate în îngrijirea postoperatorie)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, translation September 2014, www.aao.org