

Consejería de Salud

CATARATA



JUNTA DE ANDALUCÍA



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

CATARATA



CATARATA : proceso asistencial integrado.
— [Sevilla] : Consejería de Salud, [2002]
81 p. ; 24 cm
ISBN 84-8486-053-1
1. Catarata 2. Extracción de catarata
3. Calidad de la atención de salud
4. Andalucía. I. Andalucía. Consejería de Salud
WW 260

CATARATA

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-1466-2002

ISBN: 84-8486-053-1

Maquetación: Contraseña, S.C.P.

Coordinación y producción: Artes Gráficas Moreno, S.L.

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Daniel Serrano Laborda (Coordinador); Manuel Cornejo Castillo; José Luis García Serrano; Juan Carlos Guerrero Jurado; Fermín Quesada Jiménez; Francisca Sánchez Roldán; Javier Terol Fernández; Isabel Toral Fernández; Juan Antonio Torres Moreno.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS.....	15
Destinatarios y expectativas.....	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad.....	18
4. COMPONENTES.....	21
Descripción general.....	21
Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	25
Competencias profesionales.....	32
Recursos. Características generales. Requisitos.....	41
Unidades de soporte.....	42
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	43
Diagramas de flujos.....	44
6. EVALUACIÓN.....	47
Propuesta de indicadores.....	47
Anexos	
Anexo 1: Consideraciones básicas para el diagnóstico e indicación quirúrgica de la catarata.....	51
Anexo 2: Seguimiento postquirúrgico.....	57
Anexo 3: Diagnóstico de presunción de la catarata en Atención Primaria.....	61
Anexo 4: Test VF14.....	65
Anexo 5: Consentimiento informado para la cirugía de catarata.....	71
Anexo 6: Hoja informativa para los pacientes intervenidos.....	75

Bibliografía

1 INTRODUCCIÓN

El presente documento pretende desarrollar un modelo asistencial que pueda servir de referencia al colectivo de profesionales implicados en la atención a la catarata, y que permita su adaptación a cada uno de los servicios y niveles en los que actualmente se presta dicha atención.

Se impone la necesidad de dar respuesta a los retos que la asistencia a esta patología tiene planteados hoy en día. En los últimos 20 años, se ha producido un incremento generalizado de la cirugía de cataratas, que ha llegado a convertirse, en la mayoría de los países de nuestro entorno, en el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado. Existen diferentes factores directamente implicados en este aumento de la tasa de intervenciones quirúrgicas de cataratas (progresivo envejecimiento de la población; puntos de corte establecidos para la indicación quirúrgica; oferta de servicios).

Si bien el incremento de la edad es el factor de incidencia más importante, especialmente a partir de la quinta década de la vida, es el impacto funcional de la opacificación corneal lo que condiciona los requerimientos individuales del paciente. Cada vez se atribuye mayor importancia a las dificultades percibidas por el paciente para realizar actividades de la vida diaria y a sus necesidades visuales específicas. Por ello, se han ido incorporando paulatinamente a la práctica clínica distintas herramientas que permiten cuantificar dicho impacto. La oferta actual de servicios debe clarificar el procedimiento diagnóstico y tratamiento optométrico y/o

quirúrgico de las opacificaciones evolutivas del cristalino con independencia de su etiología, tiempo de evolución o edad de aparición, así como también debe garantizar la continuidad del tratamiento recibido, y la calidad y mejora continua del mismo.

Consideramos crucial establecer las indicaciones quirúrgicas en relación con las expectativas y los resultados funcionales que se puede ofertar a los pacientes, discriminando la senilidad ocular (que incluye el aumento de la densidad óptica del cristalino) de la catarata incipiente, e informando acerca del abordaje terapéutico que se precisa en cada caso.

Al producirse en diferentes contextos asistenciales, la implantación del proceso en nuestro Sistema Sanitario Público enriquecerá el documento de referencia que aquí se presenta. Posteriores revisiones permitirán incorporar al mismo aquellos aspectos que dicte la práctica diaria, el conocimiento de los profesionales, la evolución tecnológica y la opinión de los pacientes.

2 DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso. Proceso de atención a las personas con catarata que precisan cirugía.

Definición funcional. Secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las opacificaciones evolutivas del cristalino (catarata), realizadas en un determinado orden y por unos profesionales de la asistencia sanitaria, que garanticen la continuidad del tratamiento recibido y la calidad del mismo.

Límite de entrada. El límite de entrada será la sospecha diagnóstica de catarata (disminución no brusca de la agudeza visual) seguida de su confirmación diagnóstica, siempre y cuando sea ésta susceptible de tratamiento quirúrgico, el paciente acepte la cirugía (aunque sea diferida en el tiempo) y no exista impedimento para ello. Esta sospecha y/o confirmación diagnóstica puede producirse en los siguientes ámbitos asistenciales:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.

Límite final. El límite final estará establecido en el momento del **alta médica** tras la cirugía que curse sin complicaciones (como máximo a los cuatro meses de la misma).

Límites marginales:

- La no-confirmación del diagnóstico de catarata.
- Que la catarata no sea susceptible de cirugía.
- Que el paciente no acepte la intervención quirúrgica.
- La presencia de complicaciones quirúrgicas que requieran una asistencia específica y personalizada, normalmente superior a los cuatro meses.

En este último caso el paciente seguirá siendo atendido en Atención Especializada, en los plazos establecidos hasta los cuatro meses posteriores a la cirugía, pudiendo así recabar la información necesaria para la retroalimentación del proceso.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y Expectativas

PACIENTES

Antes de la intervención:

- Que el diagnóstico de catarata sea cierto (valoración adecuada de mi “proceso” por parte del Médico).
- Información clara y veraz de todo lo que va a pasarme, desde el diagnóstico hasta el alta definitiva.
- Que los profesionales implicados en mi tratamiento no me den información contradictoria (simetría en la información).
- Que la información que me den me permita saber cuál es el mejor momento para operarme (tener capacidad de decisión en mi “proceso”).
- Conocer el momento y las situaciones por las que debo acudir a consulta (revisión) si decido posponer la cirugía, y tener fácil acceso a la consulta si observo algún cambio en mi estado.

- Que me traten bien y con cortesía.
- Que cuando necesite o decida la intervención no tenga que esperar mucho tiempo.

Alrededor de la intervención:

- Conocer al Cirujano que va a operarme.
- Poder elegir Cirujano, si tengo preferencias.
- Saber que el equipo médico que va a intervenirme está bien preparado (competencia técnica del Cirujano).
- Esperar poco tiempo para la cirugía.
- Confort de las instalaciones antes, durante y después de la intervención
- Medidas que favorezcan mi bienestar: no tener dolor, intimidad en habitación individual, ausencia de ruidos, posibilidad de compañía de mis familiares, comida apetecible, etc.
- Trato personalizado y deferente.

En el post-operatorio a corto plazo:

- No tener dolor.
- Que me digan qué he de hacer hasta la siguiente consulta (información de las pautas que he de seguir en cada momento).
- Saber qué hacer y dónde acudir si se me presenta alguna duda o no me encuentro bien (tener fácil acceso a la asistencia especializada si observo algún cambio en mi estado).
- Que me dejen muy claro y por escrito qué medicación necesito y durante cuánto tiempo.

En el post-operatorio a medio y largo plazo:

- Que, desde el principio, me den todas las citas para las revisiones que precise (atención regulada en forma de citas concertadas).
- Saber qué hacer y dónde acudir si se me presenta alguna duda o no me encuentro bien (tener fácil acceso a la asistencia especializada, al margen de las citas concertadas, si observo algún cambio en mi estado).
- Mejora de la visión en cantidad suficiente como para que repercuta en una mejora de mi calidad de vida.
- Que al alta clínica me encuentre sin molestias.

FAMILIARES

Antes de la intervención:

- Que el diagnóstico de catarata de mi familiar sea cierto (valoración adecuada por parte del Médico).

- Información acerca de los cuidados que debo prestar a mi familiar durante el periodo que media entre el diagnóstico y la operación.
- Poder decidir, entre unos márgenes razonables, el momento de la intervención de mi familiar (acceso negociado a la cirugía).
- Trato deferente.

Alrededor de la intervención:

- Que las pruebas que necesite para la preparación del acto quirúrgico se realicen en un solo día.
- Esperar poco tiempo para la cirugía.
- Poder elegir fecha, entre varias posibles, para la operación.
- Conocer al Cirujano y saber que el equipo médico que va a intervenir a mi familiar está bien preparado (competencia técnica del Cirujano).
- Intimidad y confort de las instalaciones.
- Poder estar con mi familiar operado en todo momento.
- Trato deferente.

En el post-operatorio a corto plazo

- Información adecuada sobre la actitud que se debe seguir ante el paciente operado (formación en el rol de cuidador): saber qué hacer, cuándo y cómo hacerlo.
- Conocer las limitaciones y posibilidades del paciente recién operado (qué puede y qué no puede hacer).
- Saber qué hacer ante la aparición de síntomas no esperados.
- Disponer de toda la documentación precisa para evitar traslados innecesarios (recetas, citas, volantes, partes de baja, informes, etc.).
- Tener fácil acceso a la consulta si, como cuidador, observo algún cambio.

En el post-operatorio a medio y largo plazo:

- Que mejore la calidad de vida del paciente (ganar independencia, dentro de sus posibilidades).
- Que alcance la situación de alta médica, encontrándose recuperado.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Recibir informes detallados por parte de Atención Especializada cada vez que se produzca un cambio significativo en el estado clínico del paciente, y que yo deba conocer (cambio de medicación o de pauta de administración, alta clínica, tiempo que debe ser suministrada una determinada medicación, incapacidades laborales, necesidad de ayudas especiales, etc.)

MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Mejorar la calidad asistencial que presto a los pacientes (mejora en la toma de decisiones por tener más y mejor información sobre mi actividad asistencial).
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes a los que atiendo.

GESTIÓN DEL USUARIO

- Que los circuitos estén establecidos con claridad.
- Que se conozcan los circuitos y procedimientos por parte de los profesionales implicados.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJO DE SALIDA: **DIAGNÓSTICO CORRECTO E INDICACIÓN QUIRÚRGICA ADECUADA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Obligatoriedad de descartar otras patologías asociadas que cursan con disminución de la agudeza visual.
- Valoración global de la limitación real del paciente (con su patología general y local asociada a su edad).
- Imputación de la pérdida funcional al cristalino opaco.

(Anexo 1)

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJO DE SALIDA: **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Resultados quirúrgicos y funcionales dentro de los criterios aceptados universalmente: cumplir los estándares establecidos.
- Diseño de flujos para pacientes, familiares, profesionales y material, que intervienen en el acto quirúrgico.
- Existencia de controles que detecten alguna anomalía en los flujos diseñados.

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJO DE SALIDA: **SEGUIMIENTO POST OPERATORIO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cribado de complicaciones en los tiempos establecidos para las consultas de seguimiento (al día siguiente, a los siete/diez días, al mes y a los cuatro meses).
- Identificación de situaciones de riesgo, de no adhesión o de manejo no efectivo del régimen terapéutico.
- Recogida y análisis de quejas y problemas surgidos durante el proceso.

(Anexo 2)

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJO DE SALIDA: **ALTA MÉDICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Acto médico formal por el cual el paciente deja de recibir cuidados sanitarios inherentes al Proceso de la Catarata y se incorpora a su actividad de vida diaria (A.V.D.), al haberse conseguido su recuperación o mejora funcional (remisión del proceso inflamatorio post quirúrgico y ausencia de complicaciones).

DESTINATARIO: **FAMILIARES/ACOMPAÑANTES**

FLUJO DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recibir la información suficiente para convertirse en los cuidadores del paciente (antes, durante y después de la intervención quirúrgica).

DESTINATARIO: **FAMILIARES/ACOMPAÑANTES**

FLUJO DE SALIDA: **ALTA MÉDICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Que el paciente alcance una visión lo suficientemente buena de acuerdo a su edad y patología asociada, como para poder valerse por sí mismo.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y ENFERMEROS DE AP Y AE)

FLUJO DE SALIDA: INFORME

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Que todos los profesionales implicados reciban un informe completo, donde se especifiquen, además, los cuidados y la medicación prescrita.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y ENFERMEROS DE AP Y AE)

FLUJO DE SALIDA: REGISTRO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Que toda actividad realizada quede registrada.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y ENFERMEROS DE AP Y AE)

FLUJO DE SALIDA: FORMACIÓN CONTINUADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Que reciba información de modo continuo que me permita la mejora en la toma de decisiones, basada en problemas de la práctica clínica habitual.

4 COMPONENTES

Descripción General

QUÉ	1º. RECEPCIÓN DEL PACIENTE
QUIÉN	Servicio de Gestión al Usuario
CUÁNDO	Siempre que el paciente contacte con el Sistema
DÓNDE	Centro de Salud C.PE., Hospital
CÓMO	Protocolo de acogida

QUÉ	2º. SOSPECHA DIAGNÓSTICA
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Consulta por disminución de la visión
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía clínica de (sospecha diagnóstica en Atención Primaria) (Anexo 3)

QUÉ	3º. DERIVACIÓN DEL PACIENTE A LOS C.P.E.
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Sospecha de catarata
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Hoja de derivación

QUÉ	4º. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y EXPLORACIÓN PREOPERATORIA
QUIÉN	FE.A. (OFTALMOLOGÍA)
CUÁNDO	Consulta solicitada por Médico de Familia y/o FE.A.
DÓNDE	C.P.E. o consulta hospitalaria
CÓMO	Guía clínica (diagnóstico e indicación de la catarata) (Anexo 1)

QUÉ	5º. INFORMACIÓN PREOPERATORIA
QUIÉN	FE.A. (OFTALMOLOGÍA)
CUÁNDO	En el acto de la consulta
DÓNDE	C.P.E. o consulta hospitalaria
CÓMO	Hoja de consentimiento informado

QUÉ	6º. HOSPITAL DE DÍA
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	En el día de la intervención
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo de acogida

QUÉ	7º. INTERVENCIÓN
QUIÉN	FE.A (OFTALMOLOGÍA Y ANESTESIA) y Enfermera
CUÁNDO	En el día de la intervención
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo quirúrgico

QUÉ	8º. ANESTESIA
QUIÉN	FE.A. (ANESTESIA)
CUÁNDO	En el día de la intervención
DÓNDE	Quirófano
CÓMO	Protocolo anestésico

QUÉ	9º. CUIDADOS POST OPERATORIOS
QUIÉN	FE.A (OFTALMOLOGÍA) y Enfermera
CUÁNDO	Al día siguiente A los diez días Al mes A los 4 meses
DÓNDE	C.PE.
CÓMO	Guía clínica (cuidados post-operatorios de la catarata) (Anexo 2)

QUÉ	10º. ALTA MÉDICA
QUIÉN	FE.A (OFTALMOLOGÍA) y Enfermera
CUÁNDO	Límite de salida (a los 4 meses como máximo)
DÓNDE	C.PE.
CÓMO	Informe clínico de alta

Profesionales. Actividades. Características de calidad

Diagnóstico e indicación quirúrgica

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
1º. Recepción	1.1. Cita con la demora mínima (ajustada a la normativa) para su estado: tanto funcional como emocional.
2º. Registro de datos	2.1. Se realizará registro completo de datos administrativos.

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
3º. Sospecha diagnóstica	<p>3.1. Exploración oftalmológica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Determinación de la agudeza visual (sin y con agujero estenoico). b) Determinación del reflejo rojo pupilar (mediante oftalmoscopia directa). <p>3.2. La sospecha diagnóstica se realizará ante la presencia de disminución de la agudeza visual que no mejora hasta límites razonables con el agujero estenoico, junto a una disminución del reflejo rojo pupilar.</p> <p>(Anexo 3)</p>
4º. Derivación a la asistencia especializada	<p>4.1. Se derivará con informe de la exploración realizada y la sospecha diagnóstica de catarata.</p> <p>4.2. La hoja de derivación será la habitual de la Medicina Familiar</p> <p>4.3. La cita será gestionada por el Centro de Salud donde ha sido atendido el paciente.</p>

F.E.A. (Oftalmología) y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>5º. Diagnóstico e indicación quirúrgica</p>	<p>5.1. Exploración oftalmológica completa:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Determinación de agudeza visual (sin y con estenopeico).b) Exploración del reflejo rojo pupilar y del reflejo fotomotor pupilar.c) Exploración del polo anterior con lámpara de hendidura.d) Tonometría de aplanación.e) Exploración del fondo de ojo con oftalmoscopia inversa (en midriasis).f) Medida de la lente intraocular.g) Exploración de las vías lagrimales. <p>5.2. Indicación quirúrgica de la catarata, que se hará:</p> <ul style="list-style-type: none">a) En presencia de disminución de la agudeza visual que, con agujero estenopeico, no mejora por encima de 0.4 (salvo casos excepcionales en los que habrá que valorar la pérdida funcional del paciente mediante el test VF14 para justificar la cirugía).b) En ausencia de otra patología que condicione la pérdida de agudeza visual o que el cristalino opaco justifique su extracción a pesar de ella. <p>5.3. Las indicaciones para la cirugía del segundo son las mismas que para el primero, con la salvedad de que:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Como norma general, la cirugía se hará en un solo ojo por sesión quirúrgica.b) El intervalo entre ambas no debe ser menor de cuatro meses. <p>5.4. Solicitud de estudio preanestésico.</p> <p>5.5. Indicación del procedimiento quirúrgico que se ha de seguir con cada paciente determinado.</p> <p>5.6. Inclusión en la lista de espera quirúrgica. (Anexos 1 y 4)</p>
<p>6º. Información</p>	<p>6.1. Se explicarán las posibilidades quirúrgicas y no quirúrgicas, así como las posibles complicaciones, y se hará entrega del consentimiento informado.</p> <p>6.2. Si el paciente se decide por la opción quirúrgica se recogerá el documento del consentimiento informado, debidamente cumplimentado y firmado (por el paciente o el familiar y por el F.E.A.).</p> <p>(Anexo 5)</p>

F.E.A. (Anestesia)

Actividades	Características de calidad
7º. Estudio preanestésico o preoperatorio	7.1. □ Valoración individualizada del paciente y de la analítica y de las pruebas complementarias solicitadas en cada caso.

Intervención

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
1º. Recepción	1.1. □ El paciente será citado el día de la intervención con tiempo suficiente para poder proceder a su preparación antes del acto quirúrgico. 1.2. □ Se identificará al paciente y se localizará la historia clínica que ha dado lugar al acto quirúrgico. 1.3. □ Se derivará a la sala del Hospital de Día junto a toda la información disponible. 1.4. □ Si la intervención va a ser realizada bajo anestesia general, se procederá al ingreso en sala de encamación. 1.5. □ En todo momento, el trato será amable y deferente.

Hospital de Día o sala de encamación

Actividades	Características de calidad
2º. Recepción	2.1. □ Se identificará al paciente y su historia clínica. 2.2. □ Se le indicará cuál es el espacio que debe ocupar durante la preparación y espera del acto quirúrgico (tanto al paciente como a los familiares).
3º. Preparación	3.1. □ Se le proporcionará la vestimenta necesaria para el acto quirúrgico, desposeyéndolo de todo aquello que pueda afectar a la normal evolución del proceso (anillos, pendientes, dentadura postiza, pintura de uñas, maquillaje de ojos, etc.). 3.2. □ Se le determinará la tensión arterial y la glucemia (si el paciente es diabético).

- 3.3. Se le administrará la medicación necesaria para la normalización de la tensión arterial y la glucemia basal, si es preciso.
- 3.4. Se preguntará al paciente y/o a los familiares por presuntas alergias conocidas.
- 3.5. Se dilatará la pupila hasta obtener la midriasis máxima.
- 3.6. Se mantendrá la midriasis, mediante instilaciones periódicas de colirio midriático, durante el tiempo de espera antes de entrar a quirófano.
- 3.7. Se informará a paciente y familiares del desarrollo del proceso quirúrgico y se pedirá la participación del familiar o cuidador para su mejor integración en dicho acto.

Quirófano

Actividades	Características de calidad
4º. Recepción (prequirófano)	4.1. Acogida e identificación del paciente junto a su historia clínica. 4.2. Identificación de la lente intraocular que debe ser insertada en el paciente. 4.3. Ayuda a la disminución de temores.
5º. Preparación (quirófano)	5.1. Venoclisis de mantenimiento. 5.2. Limpieza y preparación del campo quirúrgico. 5.3. Último control de identificación de la lente intraocular que se va a insertar al paciente.

Anestesiista

Actividades	Características de calidad
6º. Anestesia	6.1. Anestesia tópica o loco-regional (salvo contraindicación de las mismas). 6.2. Anestesia general (cuando no es posible ni la tópica ni la loco-regional).
7º. Intervención	7.1. EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CON O SIN FACOEMULSIFICACIÓN). (estándar salvo complicaciones) 7.2. Regreso del paciente al Hospital de Día o a la sala de encamación.

Hospital de Día o sala de encamación	
Actividades	Características de calidad
<p>8º. Alta hospitalaria</p>	<p>8.1. □Recepción del paciente que acaba de ser intervenido.</p> <p>8.2. □Al comprobar ausencia de signos y síntomas anómalos (dolor local, náuseas, signos vitales alterados), el paciente será dado de alta hospitalaria.</p> <p>8.3. □Se proporcionará información al familiar y/o cuidador principal acerca de los cuidados post operatorios inmediatos, así como de las incidencias de la intervención y nombre del Cirujano que la ha realizado.</p> <p>8.4. □Se proporcionará cita para el día siguiente a la intervención (en la consulta de Atención Especializada). (Anexo 6)</p>
<p>9º. Ingreso en la sala de encamación</p>	<p>9.1. □ Por causas médicas (patología general o complicaciones quirúrgicas).</p> <p>9.2. □ Por causas sociales (ausencia de cuidador).</p> <p>9.3. □ Por lejanía al centro quirúrgico.</p>

Cuidados post-operatorios

F.E.A. y Enferma	
Actividades	Características de calidad
<p>1º. Primera visita (a las 24 ó 48 horas de la intervención)</p>	<p>1.1. □Destapar la oclusión del globo ocular intervenido (si está ocluido).</p> <p>1.2. □Lavar abundantemente el fondo de saco conjuntival con suero fisiológico frío.</p> <p>1.3. □Explorar en la lámpara de hendidura:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cámara anterior e iris: para descartar atalamia por filtración o hernia de iris. b) Transparencia de medios: para descartar endoftalmitis o hifemas. c) Estroma corneal: para descartar edema. d) Situación de la L.I.O.: para descartar dislocación y/o atrapamiento. e) Tensión ocular: para descartar hipertensiones secundarias.

	<p>1.5. Se dejará el ojo destapado hasta la siguiente visita (a los siete o diez días).</p> <p>1.6. Se proporcionará al paciente las restantes citas del proceso hasta su alta definitiva (si ello es posible).</p> <p>1.7. Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal).</p> <p>1.8. Identificación y tratamiento de posibles no adhesiones o manejos no efectivos del régimen terapéutico.</p> <p>1.9. Se informará por escrito (al paciente y al cuidador principal) de que debe acudir por el Servicio de Urgencias ante la presencia de cualquier signo de alarma (dolor, disminución de la agudeza visual, inflamación ocular o de los anejos, o cualquier otro signo o síntoma que él no domine).</p> <p>(Anexo 2)</p>
<p>2º. Segunda visita (a los 7 ó 10 días de la intervención)</p>	<p>2.1. Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.</p> <p>2.2. Se determinará el estado refractivo (a ser posible con refractómetro automático).</p> <p>2.3. Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Incisión quirúrgica: para descartar hernias de iris. b) Situación de la lente intraocular: para descartar dislocación y/o atrapamiento. c) Cámara anterior: para descartar endoftalmitis. d) Tensión ocular por aplanación: para descartar hipertensiones secundarias. <p>2.4. Se citará al mes para nueva revisión (salvo criterio médico).</p> <p>2.5. Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal).</p> <p>2.6. Se comprobará que el cuidador principal haya realizado su misión de modo satisfactorio.</p> <p>(Anexo 2)</p>
<p>3º. Tercera visita (al mes de la intervención)</p>	<p>3.1. Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.</p> <p>3.2. Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:</p>

	<p>a) Incisión quirúrgica: para descartar hernias de iris.</p> <p>b) Situación de la L.I.O.: para descartar dislocación y/o atrapamiento.</p> <p>c) Descartar opacificaciones significativas de la cápsula.</p> <p>d) Tensión ocular por aplanación: para descartar hipertensiones secundarias.</p> <p>3.3. Se dilatará la pupila para ver el fondo de ojo.</p> <p>3.4. Se reducirá de modo paulatino la medicación hasta su retirada completa (si todavía no se había retirado).</p> <p>3.5. Se citará a los cuatro meses para nueva revisión (salvo criterio médico).</p> <p>3.6. Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal).</p> <p>(Anexo 2)</p>
<p>4º. Cuarta visita (al cuarto mes de la intervención)</p>	<p>4.1. Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.</p> <p>4.2. Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:</p> <p>a) Incisión quirúrgica: para retirada de sutura si ello fuese necesario.</p> <p>b) Situación de la L.I.O.: para descartar dislocación y/o atrapamiento.</p> <p>c) Reflejo rojo pupilar: para descartar opacificaciones de la cápsula.</p> <p>4.3. Si la cápsula posterior estuviese opaca, se valorará la práctica de una capsulotomía, siempre que sospechemos que ésta sea la causa de la disminución o no recuperación de la agudeza visual (nunca antes de los seis meses).</p> <p>4.4. Se procederá al alta clínica, con informe, para compensación óptica de lejos y cerca, si ello fuese necesario (límite de salida).</p> <p>4.5. Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad, y si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal).</p> <p>(Anexo 2)</p>
<p>5º. Alta médica</p>	<p>5.1. El alta médica será decidida por el FE.A. en cualquiera de los controles post-operatorios, en función del estado ocular alcanzado.</p> <p>5.2. Se entregará al paciente un informe detallado de lo acontecido durante el proceso y del estado clínico en el momento del alta.</p>

Competencias profesionales

COMPETENCIAS GENERALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)

La **competencia** es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- **Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PROCESO

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los **Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo)** de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las **Competencias Específicas** por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el **Mapa de Competencias para el Proceso**, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERA

CÓDIGO	CONOCIMIENTOS	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
					1	2	3	4
C-584	Conocimientos de las pautas de dilatación ocular (CMA)	I	I	I				
C-585	Manejo de equipos electromédicos (facoemulsificador, microscopio, monitor de signos vitales) (Quirófano)	I	I	I				
C-586	Anatomía y fisiología del ojo (Quirófano)	I	I	I				
C-0349	Conocimiento de los distintos tipos de drogas y anestésicos: tópica, retrobulbar, etc. (Quirófano)	I	I	I				
C-0350	Conocimientos en disciplina quirúrgica (Quirófano)	I	I	I				
C-0351	Limpieza y esterilización de instrumental y equipos (Quirófano)	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0353	Cuidados en geriatría y gerontología básica (Consultas Externas)	D	I	I				
C-587	Conocimientos en biometría (autorrefractómetro) (Consultas Externas)	D	I	I				
C-588	Conocimientos de cálculo de la lente (Consultas Externas)	D	I	I				
C-589	Conocimientos a nivel avanzado del proceso de cataratas (todos)	D	I	I				
C-590	Conocimiento de las posibles complicaciones (CMA)	D	I	I				
C-591	Técnicas quirúrgicas (facoemulsificación y EECC) (Quirófano)	D	I	I				
C-592	Gestión de recursos (tratamiento de fungibles / buen uso) (Quirófano)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-393	Habilidades en el manejo del refractómetro (Consultas Externas)	D	I	I				
H-394	Habilidad en la realización de biometrías (Consultas Externas)	D	I	I				
H-395	Manejo del aparataje relacionado con la CMA (monitorización, ECG, saturación (CMA))	I	I	I				
H-396	Dilatación, instilación de colirio y lavado ocular (CMA)	I	I	I				
H-397	Gestión de camas (CMA)	D	I	I				
H-398	Instrumentación quirúrgica específica de oftalmología (Quirófano)	I	I	I				
H-399	Priorización de actuaciones (Quirófano)	D	I	I				
H-400	Gestión organizativa de lo imprevisto (Quirófano)	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua.	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo.	I	I	I				
A-0051	Sensatez.	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-593	Anestesia local: peribulbar y retrobulbar	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-594	Conocimientos avanzados del proceso asistencial de cataratas	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	D				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	D				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-401	Manejo en la anestesia local peribulbar y retrobulbar.	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario.	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0025	Capacidad de liderazgo.	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0042	Manejo de telemedicina.	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua.	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0283	Patología uveo-escleral y del cristalino	I	I	I				
C-0284	Técnicas de exploración en oftalmología	I	I	I				
C-0285	Defectos de refracción	I	I	I				
C-0282	Patología de la retina	I	I	I				
C-0297	Cirugía oftalmológica	I	I	I				
C-0298	Procesos susceptibles de cirugía mayor ambulatoria y control efectivo del dolor post-quirúrgico	I	I	I				
C-595	Conocimientos avanzados del proceso asistencial de cataratas	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de	D	I	I				
C-0175	Andalucía	D	I	I				
C-0032	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0173	publicación)	D	I	I				
C-0168	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0180	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0107	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0069	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0082	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0023	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0060	Inglés, nivel básico	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-402	Exploración con biomicroscopía	I	I	I				
H-0162	Exploración de la agudeza visual	I	I	I				
H-0163	Tonometría	I	I	I				
H-0164	Examen de campos visuales	I	I	I				
H-0165	Oftalmología directa e indirecta	I	I	I				
H-0166	Proceso quirúrgico de cataratas	I	I	I				
H-0170	Capsulotomía con láser YAG	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición	D	D	I				
H-0025	audiovisual	D	D	I				
H-0010	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y							
H-0021	estimular el compromiso	D	D	I				
H-0042	Habilidad negociadora y diplomática	D	I	I				
H-0096	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0023	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de	I	I	I				
H-0078	incertidumbre	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad.	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0009	dialogante, negociador	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
Medicina de Familia	<p>Para la sospecha diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none">● Escala de optotipos de Snellen: para la determinación de la agudeza visual.● Ocluser multiestenopeico: para hacer el diagnóstico diferencial entre la disminución de la agudeza visual por opacidad del cristalino y los errores de refracción.● Oftalmoscopio de imagen directa para valorar el fulgor pupilar. <p>(Anexo 1)</p>
F.E.A. (Oftalmología y Anestesia) y Enfermera	<p>Para la confirmación diagnóstica y la indicación quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none">● Escala de optotipos de Snellen y ocluser multiestenopeico.● Lámpara de hendidura y tonómetro de aplanación.● Oftalmoscopio de imagen directa y de imagen inversa.● Lente esférica de 20 dioptrías.● Lente de contacto de tres espejos de Goldman.● Queratómetro (si es posible topógrafo corneal).● Biómetro.● Cánulas de 0.4 y jeringas de 5 ml (para la exploración de las vías lagrimales). <p>(Anexo 1)</p> <p>Para la inclusión en lista de espera:</p> <ul style="list-style-type: none">● Hoja de consentimiento informado.● Impresos para solicitar el examen preoperatorio pertinente (entorno hospitalario). <p>(Anexo 5)</p> <p>Para la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none">● Sala de encamación totalmente equipada.● Quirófano de oftalmología totalmente equipado. <p>Para el seguimiento post operatorio:</p> <ul style="list-style-type: none">● Escala de optotipos de Snellen y ocluser multiestenopeico.● Lámpara de hendidura con tonómetro de aplanación.● Oftalmoscopio de imagen directa y de imagen inversa.● Lente esférica de 20 dioptrías.● Lente de contacto de tres espejos de Goldman.● Pinzas de hilos y cuchilletos de un solo uso.

	<p>Para alta médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informe de alta (con toda la información necesaria para una correcta comunicación con Atención Primaria).
EN TODOS LOS NIVELES	<p>Para todos los fines:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Para que queden garantizadas las funciones necesarias en el Proceso de la Catarata, es imprescindible el concurso de los siguientes profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliares de Clínica - Celadores - P Administrativo. (entorno hospitalario)

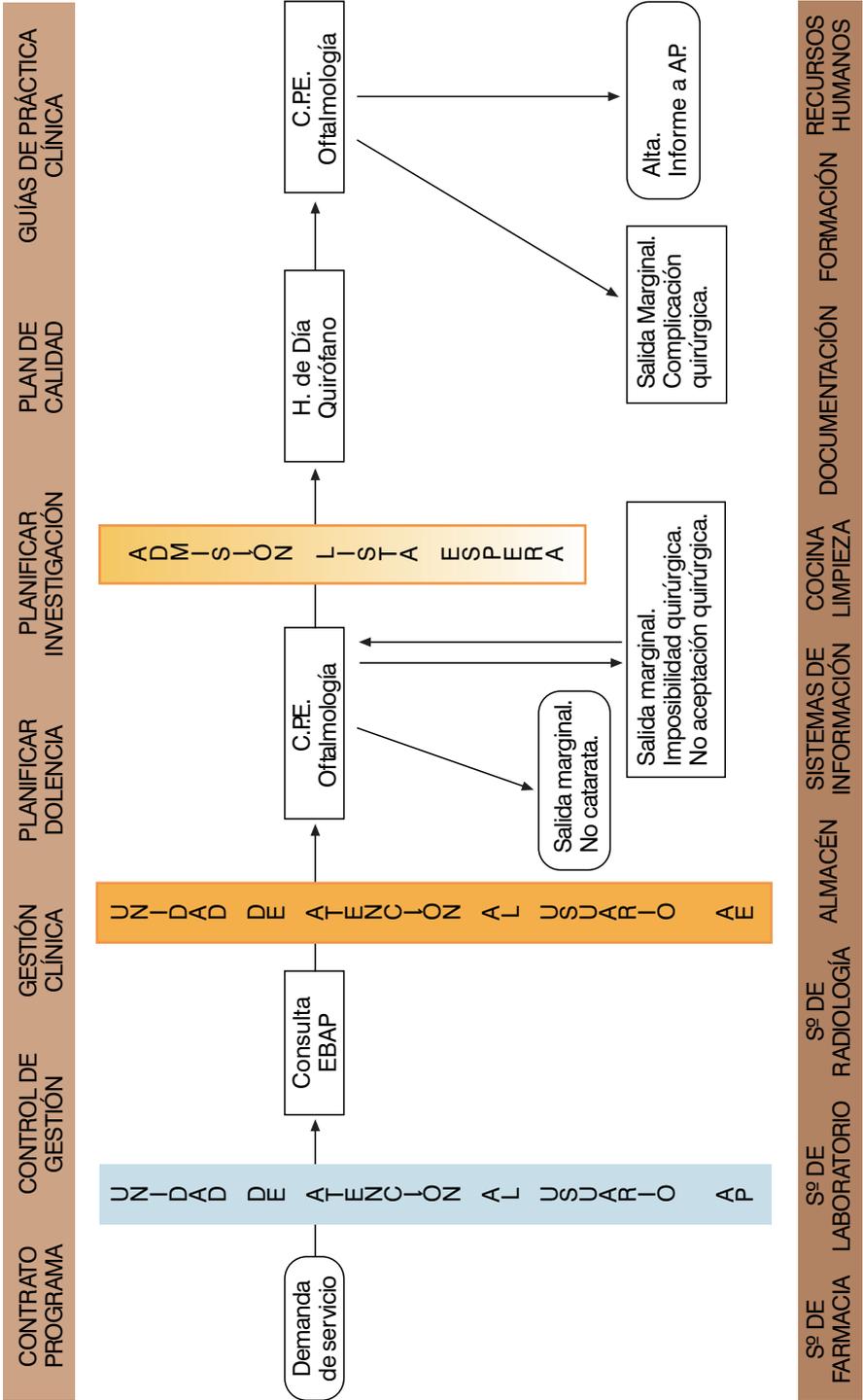
Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
<p>Servicio de Hematología</p> <p>Laboratorio de Análisis Clínicos</p> <p>Servicio de Medicina Interna</p> <p>Servicio de Anestesiología y Reanimación</p>	<p>(entorno hospitalario)</p>

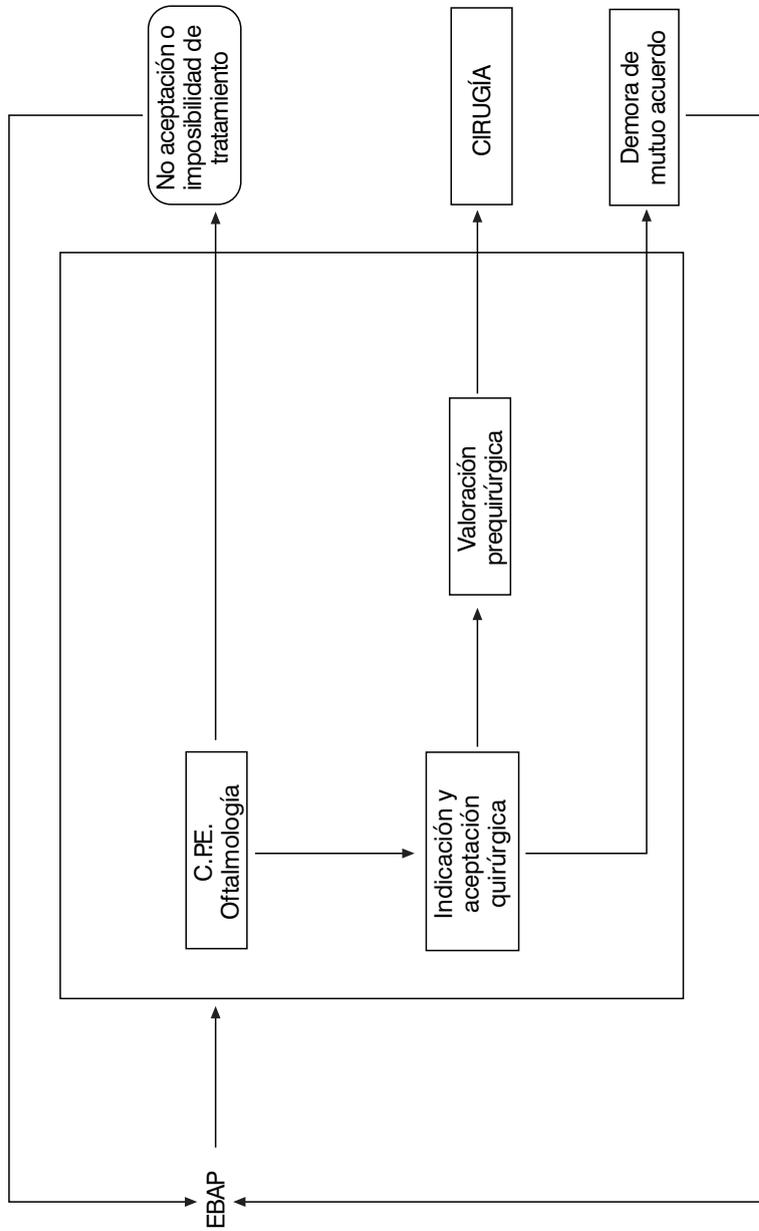
5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

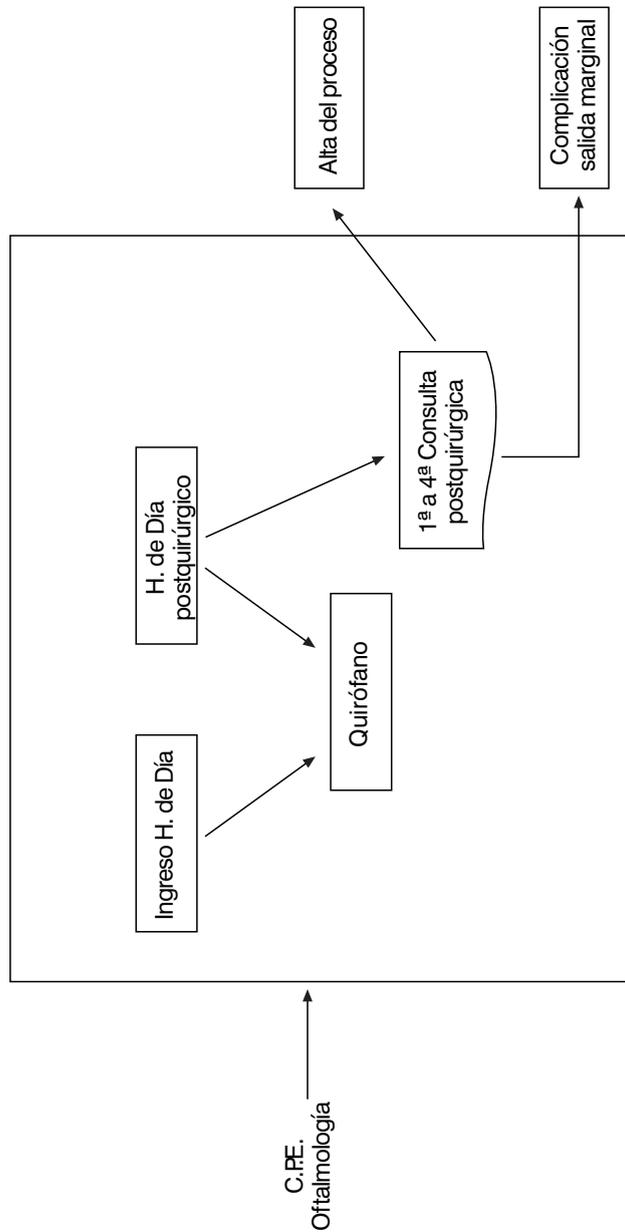
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: CATARATA.



GUÍAS DE ACTUACIÓN. Anexos 1 y 3



GUÍAS DE ACTUACIÓN. Anexo 2



6 EVALUACIÓN

Propuesta de indicadores

INDICADORES

Servicio de Hematología □

- HTA por no haber tomado medicación habitual.□
- Alteración de la coagulación por no haber modificado tratamiento anticoagulante.□
- Nivel de ansiedad que contraindique la intervención.

El número de intervenciones suspendidas por estas causas en relación al total de intervenciones realizadas nos da una medida de la eficacia de la educación sanitaria realizada por la enfermera responsable, en el procedimiento.

Complicaciones debidas a un mal seguimiento de las recomendaciones post-operatorias:

- Infección de herida quirúrgica.
- Rotura de sutura por frotarse el ojo intervenido, levantar pesos, etc.

El número de pacientes con complicaciones en relación al total de pacientes intervenidos nos da una medida de la eficacia de las técnicas empleadas durante la estancia del paciente en el Hospital, y de la comprensión de las recomendaciones post-operatorias, al ser dado de

Nivel de seguimiento del régimen terapéutico.

El número de pacientes que sigue correctamente el régimen terapéutico en relación al total de pacientes nos da una medida de la eficacia de la educación sanitaria postoperatoria.

En un intento de cuantificar la pérdida de vida inducida por la presencia de una catarata se utilizan una serie de indicadores como:

- ADVS
 - Escala de función de actividades diarias.
- VF14
 - Índice de pérdida de función visual.
- VF7
 - Índice predictor de calidad y satisfacción del paciente tras la cirugía.
- QOL
 - Índice de visión relacionado con la calidad de vida.

Satisfacción global con la visión (antes y después de la cirugía).

Dificultad global con la visión (antes y después de la cirugía).

Agudeza visual igual o superior a 5/10 (sin comorbilidad y con corrección final).

Agudeza visual igual o superior a 5/10 (en pacientes de edad inferior a 80 años y sin

% de pacientes con agudeza visual igual o superior a 5/10 (con comorbilidad corregida: X)

Agudeza visual preoperatoria mejor que la agudeza visual post-operatoria.

Complicaciones intraoperatorias.

Complicaciones post-operatorias.

Considerar como referente la obtención, en un determinado porcentaje que incluya la comorbilidad, de una agudeza visual final igual o superior a 5/10 (6, 23, 24). Dicho porcentaje se obtiene aplicando la siguiente fórmula:□

$$x\% = 100\% - \frac{1}{2}\% \text{ comorbilidad}$$

CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA EL DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA CATARATA

Catarata es toda aquella opacificación del cristalino que disminuye la visión, de modo cuantificable, más allá de los límites naturales que impone la involución asociada a la edad.

La agudeza visual desciende a partir de los setenta años de vida debido a los fenómenos involutivos en los otros tejidos del globo ocular (fundamentalmente la fovea), que hacen que la agudeza visual media descienda en función de la edad sin otra patología asociada^(1,2,3,4,5):

EDAD	AGUDEZA VISUAL MEDIA
60 - 70	5/5
70 - 80	5/7.5
80 - 85	5/10
85 - 90	5/20
>90	5/20

Existen una serie de condicionantes que puede modificar los criterios (estándares) utilizados para la toma de una decisión quirúrgica ante un paciente diagnosticado de catarata⁽⁶⁾, como son:

- La edad.
- La comorbilidad.
- Las complicaciones quirúrgicas.

1. La edad y comorbilidad:

Los pacientes sin comorbilidad, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes^(4,7,8,9):

EDAD	% AGUDEZA VISUAL > 5/10
60 - 69	97%
70 - 79	93,5%
80 - 85	86,9%
>85	71,4%

Los pacientes con comorbilidad (DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, etc.), y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes^(4,6):

EDAD	% AGUDEZA VISUAL > 5/10
50 - 59	84%
60 - 69	83%
70 - 79	81%
80 - 84	73%
85 - 89	67%
>90	54%

2. Las complicaciones quirúrgicas:

Los pacientes cuyas intervenciones cursan sin complicaciones, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes⁽⁴⁾:

EDAD	% AGUDEZA VISUAL \geq 5/15
60 - 69	97,5%
70 - 79	93,5%
>80	86,9%

Los pacientes cuyas intervenciones cursan con complicaciones, y tras la cirugía de la catarata, alcanzan una agudeza visual de 5/15 o superior, según las distintas edades, en los siguientes porcentajes⁽⁴⁾:

EDAD	% AGUDEZA VISUAL \geq 5/15
60 - 69	93,3%
70 - 79	74,1%
>80	73,1%

Para establecer la indicación quirúrgica de la catarata es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- Opacidad del cristalino.
- Disminución significativa de la función visual, imputable, total o parcialmente, al cristalino opaco^(1,46,47,48,49,50,51,52).
- Repercusión sobre la actividad de la vida diaria (A.V.D.)^(1,46,47,48,49,50,51,52).

- **Opacidad del cristalino.**

Aunque el aspecto morfológico del cristalino, observado en la lámpara de hendidura mediante un corte óptico, es importante para la correcta clasificación de la patología del paciente, únicamente podremos establecer el diagnóstico de catarata haciendo una exploración funcional del cristalino, es decir, si mediante retroiluminación, y en midriasis, observamos una disminución o ausencia del reflejo rojo (por la interposición en la marcha de la luz de la opacidad del cristalino o del índice desigual de su matriz)^(49,53,54,55). Debe buscarse una opacidad subjetiva y objetivamente demostrable⁽⁴⁷⁾. Utilizaremos el corte óptico oblicuo de la lámpara de hendidura sólo para ubicar la opacidad o cambio desigual en el índice de refracción (córTEX, núcleo o área subcapsular posterior).

Para evaluar el grado de opacidad y asignar un valor numérico que indique severidad, utilizaremos, por ser la más sencilla a la vez que más aceptada, la Clasificación que sigue la “Optometric clinical practice guideline care of the adult patient with cataract”⁽⁵³⁾ y el Sistema de Clasificación de Opacidades del Cristalino LOCS III^(56,57,58).



Clasificación de opacidades del cristalino LOCS III

Tipo	de	Grado	Grado	Grado	Grado
NUCLEAR		LEVE	MODERADO	PRONUNCIADO	SEVERO
CORTICAL		OCUPA 10%	OCUPA 10-50%	OCUPA 50-90%	OCUPA >90%
SUBC. POST.		OCUPA 3%	OCUPA 30%	OCUPA 30-50%	OCUPA >50%

NUCLEAR: Se valora el color amarillo y la esclerosis del núcleo.□

CORTICAL: Medida por el tanto por ciento del espacio intrapupilar ocupado por la opacidad (en midriasis).□

SUBC. POST.: Medida por el tanto por ciento del área de la cápsula posterior ocupada por la opacidad (en midriasis).□

La clasificación de la opacidad de una determinada catarata que queda entre dos niveles puede ser hecha con el signo + (2+, 3+).

- **Disminución de la función visual.**

El criterio de “pérdida de función visual”^(47,51,53,59,60,61,62) se establece para conocer cuál es el grado de disfunción que causa la aparición y/o evolución de la catarata en un determinado individuo. Para cuantificar dicha pérdida de función visual, se procede a determinar la agudeza visual:

AGUDEZA VISUAL: Mejor agudeza visual corregida preoperatoria, obtenida en los optotipos de Snellen^(47,48). Esta medida vamos a considerarla como la más importante de cara a evaluar la función visual debido a que:

1. Es fácil de obtener.
2. Es una medida cuantitativa.
3. Es utilizada como gold standard^(1,51,59).

- **Medida de la actividad de vida diaria (A.V.D.).**

Para cuantificar la pérdida de calidad de vida inducida por la presencia de una catarata se utiliza el test VF14^(16,17). Éste se ha convertido en el referente para dicha determinación^(11,66,67,68) porque la agudeza visual sola no contempla, del todo, el impacto que la catarata, o la cirugía de la misma, puedan tener en las actividades diarias del paciente: un reciente estudio realizado en un grupo de ancianos pone de evidencia que el 12% con visión de unidad estaban descontentos con la misma y el 10% estaba diagnosticado de cataratas, pero sólo el 1,5% estaba insatisfecho con su visión⁽²⁰⁾.

TEST VF14

(Ver Anexo 4)

Todas las disfunciones causadas por la catarata son referidas por los pacientes como límites a su vida diaria pero, salvo pacto, no podemos proceder a una indicación quirúrgica de la misma hasta que no afecte al gold standard de las pruebas funcionales: la agudeza visual. De existir ese pacto, debe ser referido en un consentimiento informado personalizado, además del estándar que existe en el proceso.

Cuando el paciente esté por debajo de los referentes establecidos como límite de la normalidad funcional visual (para su edad y comorbilidad), ofertaremos la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Una vez diagnosticado el proceso de opacificación del cristalino, informaremos convenientemente al paciente y a los familiares que le acompañan sobre el curso natural de su enfermedad (en el que se incluyen los, a veces frecuentes, cambios de gafas) y las opciones de tratamiento. Del mismo modo, informaremos de todos los riesgos y beneficios que conlleva la cirugía. La información será verbal y escrita, teniendo que firmar la copia que se le entrega para que quede constancia del hecho.

Será entonces el paciente quien decida, o pacte con el Servicio, el momento más adecuado para la posible intervención quirúrgica (no precisando el paciente revisiones médicas intermedias).



procesos
asistenciales

SEGUIMIENTO POST-QUIRÚRGICO

El perfil del paciente que precisa ser intervenido de catarata suele corresponderse con una persona mayor que, en ocasiones, tiene asociados otros problemas de salud. Por todo ello puede que el paciente presente algunos deterioros cognitivos o perceptivos que disminuyan su capacidad de adquirir nuevos conocimientos para el seguimiento de nuevos regímenes terapéuticos, o sus respuestas a los problemas de salud incluyan actitudes de negación o de no afrontamiento que le lleven a rechazar dicho tratamiento. El proceso debe definir claramente la figura del cuidador e identificar la existencia de estos problemas. Con la ayuda del cuidador principal se establecerá un régimen terapéutico para intervenir ante los mismos.

Los problemas principales que pueden aparecer son:

- Incumplimiento del tratamiento.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Riesgo de lesión.

Una vez intervenido el paciente, los cuidados médicos post-operatorios, a corto, medio y largo plazo, serán:

1. La primera revisión se llevará a cabo al día siguiente de la intervención.

Dicha revisión la realizará el FE.A y la Enfermera (preferentemente) y se seguirán los siguientes criterios:

- Se lavará el fondo de saco con suero fisiológico, tras levantar la cura hecha en el momento de la cirugía.
- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Cámara anterior e iris.
 - Para descartar atalamia por filtración o hernia de iris^(*).
 2. Transparencia de medios.
 - Para descartar endoftalmitis o hifemas.
 3. Estroma corneal.
 - Para descartar edema^(**).
 4. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.

5. Fulgor pupilar.

- Para descartar endoftalmitis o hifemas.

- Se prescribirá medicación tópica (F.E.A.) y se hará hincapié en las medidas higiénicas que debe seguir durante el mes siguiente a la intervención:
 1. Lavados de suero fisiológico frío.
 2. Instilación de medicación tópica (esteroides).
 3. Protector, siempre que vaya a dormir.
 4. Identificación y adiestramiento del cuidador principal.
- Se dejará el ojo destapado y se citará en la consulta a los siete o diez días (salvo criterio médico) para nueva revisión.
- Se consultará con el F.E.A. asignado a la consulta siempre que se tenga la más mínima duda del estado del ojo intervenido en el momento de la exploración.
- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)(**).
- Identificación de las limitaciones del propio usuario o del cuidador principal para llevar a cabo los cuidados necesarios y, en su caso, la solicitud de ayudas de la asistencia social.

2. La segunda revisión se llevará a cabo a los siete o diez días de la intervención, salvo criterio médico.

Dicha revisión la realizará el F.E.A. y la Enfermera (preferentemente) y se seguirán los siguientes criterios:

- Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.
- Se determinará el estado refractivo con refractómetro automático.

(*) No consideraremos límite marginal cuando un paciente presente un desplazamiento pupilar (sin atrapamiento de la lente) que no cause disminución significativa de su agudeza visual (con o sin compensación óptica).

(**) No consideraremos límite marginal a los edemas corneales (grado I), aunque se acortará el tiempo de revisión (según criterio médico).

(***) Aunque el responsable del proceso seguirá a los pacientes complicados hasta el límite final, los datos que deben ser incorporados a nuestro sistema evaluador seguirán siendo registrados en la historia clínica.

- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Herida de la intervención.
 - Para descartar hernias de iris^(*).
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Cámara anterior.
 - Para descartar endoftalmitis.
 4. Fulgor pupilar.
 - Para descartar endoftalmitis.
 5. Tensión ocular por aplanación.
 - Para descartar hipertensiones secundarias.

- Se citará al mes para nueva revisión (salvo criterio médico).

- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el FE.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)^(***).

- Se comprobará que el cuidador principal haya realizado su misión de modo satisfactorio. De lo contrario, se solicitará ayuda de la asistencia social.

3. La tercera revisión se llevará a cabo al mes de la intervención, salvo criterio médico. Dicha revisión la realizará el FE.A. y la Enfermera, y se seguirán los siguientes criterios:

- Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico.

- Se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:
 1. Herida de la intervención.
 - Para descartar hernias de iris^(*).
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Fulgor pupilar.
 - Para descartar opacificaciones de la cápsula.
 4. Tensión ocular por aplanación.
 - Para descartar hipertensiones secundarias.

- Se dilatará la pupila para ver el fondo de ojo (FE.A.).

- Se reducirá de modo paulatino los esteroides hasta su retirada completa, según criterio médico (FE.A.).

- Se citará a los cuatro meses para nueva revisión (salvo criterio médico).

- Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad, será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que le haga un seguimiento personalizado (límite marginal)^(***).

4. □ **La cuarta revisión se llevará a cabo a los cuatro meses de la intervención, salvo criterio médico, en los C.RE.**

Dicha revisión la realizará el F.E.A. y la Enfermera, y se seguirán los siguientes criterios:

- **Se determinará la agudeza visual sin y con estenopeico, se determinará el estado refractivo con el refractómetro automático, se explorará en la lámpara de hendidura observando, especialmente, la normalidad de:**
 1. Herida de la intervención.
 - Para retirada de sutura, si ello fuese necesario.
 2. Situación de la lente intraocular (retroiridiana).
 - Para descartar dislocación y/o atrapamiento.
 3. Fulgor pupilar.
 - Para descartar opacificaciones de la cápsula.
- **Si la cápsula posterior estuviese opaca, se valorará la práctica de una capsulotomía, siempre que sospechemos que sea la causa de la disminución o no recuperación de la agudeza visual (F.E.A.).**
- **Todo aquel paciente que no cumpla con la normalidad será evaluado por el F.E.A. y, si presenta alguna complicación quirúrgica, será derivado al Cirujano que lo intervino para que haga de él un seguimiento personalizado (límite marginal).**
- **Si el curso post-operatorio ha sido satisfactorio, se procederá al alta médica.**

En cualquiera de las visitas médicas establecidas para el seguimiento de los operados de cataratas, según la técnica quirúrgica utilizada y posterior evolución, el F.E.A. puede proceder al alta médica del paciente, con informe, para el Óptico Optometrista (óptica concertada) para compensación óptica de lejos y cerca, si ello fuese necesario (límite de salida) (F.E.A.).

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN DE LA CATARATA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las cualidades de la visión que más comúnmente cuantificamos para la valoración de patologías o disfunciones oculares son:

- El poder resolutivo o agudeza visual (visión central).
- El sentido luminoso diferencial o campo visual (visión periférica).

Existen algunas patologías que, pudiendo afectar al sistema visual, y más concretamente al órgano receptor periférico (globo ocular), no se manifiestan como una alteración de las cualidades visuales que podemos cuantificar, o no lo hacen durante las fases iniciales de dichos procesos. Por ello, no podemos llegar a un diagnóstico precoz de las mismas esperando encontrar en el síntoma “disminución progresiva de la agudeza visual” una ayuda válida. El paciente debe consultar con el profesional por otros síntomas y signos y/o la administración sanitaria debe articular campañas de detección precoz de patologías determinadas (como en el caso de la hipertensión ocular y el glaucoma). Pero el signo capital de la mayor parte de los procesos patológicos que afectan al globo ocular es la disminución del poder resolutivo o agudeza visual, y es posible una valoración inicial del paciente por parte del Médico de Familia para la clasificación de su patología y la correspondiente asistencia que de ello pueda derivarse: tanto en el nivel primario como para su derivación al nivel especializado. Para ello, es necesario:

- Establecer las pruebas que deben ser realizadas, en Atención Primaria, a todo paciente aquejado de disminución progresiva de la agudeza visual.
- Definir criterios para la clasificación de patologías en función de las pruebas determinadas.
- Diseñar el flujo de pacientes desde un nivel a otro de la asistencia, al tiempo que definir las competencias de los profesionales que intervienen en ello.
- Garantizar una continuidad asistencial en la que se establezcan filtros de calidad que puedan retroalimentar el sistema.

1. Procedimiento de examen

Se ha de cuantificar la visión central en cada ojo por separado sin corrección o con su corrección óptica, según lleve o no gafas el paciente; después se ha de hacer con el agujero multiestenopeico (si ésta no es la unidad); y, por último, se ha de observar el fulgor pupilar (reflejo rojo) con el oftalmoscopio de imagen directa a medio metro de distancia (con un ángulo de unos 30º sobre el eje visual). La agudeza visual puede ser determinada por cualquier miembro del E.B.A.P.

Mediante este sencillo proceder clasificamos a la gran mayoría de pacientes aquejados de disminución progresiva de la visión, que acuden a consulta en los centros de Atención Primaria, en tres grandes grupos:

- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual por ametropía no compensada, o no lo suficientemente, y que mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como defecto de refracción).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual asociada con opacidad de medios (patología clasificada como catarata).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual no asociada con opacidad de medios (patología clasificada como otras patologías).

Si en el Centro de Salud no se dispusiese de oftalmoscopio directo, o su utilización no fuese posible por falta de habilidad de alguno de sus facultativos, se determinaría sólo la agudeza visual sin corrección o con su corrección óptica y con el agujero multiestenopeico (si ésta no es la unidad).

Así, clasificamos a la gran mayoría de pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud en dos grandes grupos:

- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual por ametropía no compensada, o no lo suficientemente, y que mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como defecto de refracción).
- Pacientes que presentan una disminución progresiva de la agudeza visual que no mejoran con el agujero multiestenopeico (patología clasificada como patología ocular, incluida la catarata).

2.1 Clasificación clínica

Si se utilizan como criterios evaluadores la agudeza visual y el fulgor pupilar, clasificamos la patología encontrada en:

- Defecto de refracción.
- Sospecha de catarata.
- Sospecha de otra patología.

Si se emplea como criterio evaluador solamente la agudeza visual, clasificamos la patología encontrada en:

- Defecto de refracción.
- Sospecha de otra patología (incluida la catarata).

3. Conducta clínica que se debe seguir

Tras la exploración básica realizada al paciente que nos consulta, se actuará, en cada caso, según el grupo en el que hayamos clasificado al mismo.

Si el procedimiento de examen utilizado ha consistido en la determinación de la agudeza visual y la observación del fulgor pupilar:

- **Defecto de refracción:** si la agudeza visual no es de un minuto de arco y ésta mejora ostensiblemente mediante el agujero multiestenopeico (teniendo como referente las A.V. medias en función de la edad de la tabla 1) se procederá, una vez concluida la exploración oftalmológica, a la derivación del paciente al Óptico Optometrista (óptica concertada) para que éste mida y compense su defecto de refracción. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la petición de examen optométrico completo.

Valores medios normales en función de la edad

EDAD	AGUDEZA VISUAL MEDIA
<70	5/5
70 - 80	5/7.5
80 - 85	5/10
85 - 90	5/20
>90	5/50

- **Opacidad de medios (catarata):** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver tabla 1), se procederá a la valoración de la transparencia de los medios ópticos mediante la oftalmoscopia directa (reflejo rojo). Si el reflejo rojo está disminuido, se derivará al paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de catarata. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la disminución del reflejo rojo.
- **No opacidad de medios (otras patologías):** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver tabla 1), se procederá a la valoración de la transparencia de los medios ópticos mediante la oftalmoscopia directa (reflejo rojo). Si el reflejo rojo no está disminuido, se derivará al paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de otra patología ocular. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la conservación del reflejo rojo.

Si el procedimiento de examen utilizado ha consistido en la determinación de la agudeza visual sin observar el fulgor pupilar:

- **Defecto de refracción:** si la agudeza visual no es de un minuto de arco y ésta mejora ostensiblemente mediante el agujero multiestenopeico (ver Tabla 1) se procederá, una vez concluida la exploración oftalmológica, a la derivación del paciente al Óptico Optometrista (óptica concertada) para que éste mida y compense su defecto de refracción. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada y la petición de examen optométrico completo.
- **Patología ocular:** si con el agujero multiestenopeico no se consigue una agudeza visual satisfactoria, aunque ésta mejore (ver Tabla 1), se procederá a la derivación del paciente a los C.PE. (Consultas de Oftalmología) con la sospecha de otra patología ocular. La derivación irá acompañada de un informe en el que se haga constar la agudeza visual determinada.

TEST VF14

El test VF14^(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) consta de 18 preguntas y de 14 a 18 posibles respuestas, según la actividad. Cada pregunta del test se valora numéricamente del siguiente modo:

- 4 puntos, si el paciente no tiene ninguna dificultad para realizar dicha actividad
- 3 puntos, si el paciente tiene una dificultad mínima para realizar dicha actividad
- 2 puntos, si el paciente tiene una dificultad moderada para realizar dicha actividad
- 1 punto, si el paciente tiene una dificultad manifiesta para realizar dicha actividad
- 0 puntos, si el paciente no puede realizar dicha actividad por causa visual, si no la realizaba con anterioridad, o si no sabe responder^(3,4,5,6).

El paciente sólo puede elegir una respuesta entre las cuatro posibles y, una vez valorada cada pregunta, se halla la media de la puntuación obtenida y se multiplica por 25. El resultado final, para cada cuestión planteada, oscila entre 0 (incapacidad total para desarrollar dicha actividad) y 100 (posibilidad de desarrollar dicha actividad sin limitación).

Este test mide mejor el impacto sobre la visión binocular que sobre la visión unioocular: un paciente con opacidad subcapsular posterior moderada en ambos ojos presentará una puntuación más baja que otro paciente con opacidad densa del cristalino en un ojo y ausencia de catarata en el otro ojo⁽⁷⁾.

En España, el test VF14 ha sido validado por, al menos, dos grupos de investigadores^(6,7), si bien se le encuentran una serie de limitaciones:

- Algunas preguntas no se adaptan del todo a nuestra cultura (conducción, deporte).
- No es útil cuando el número de respuestas es inferior a diez, lo que suele suceder en personas de mayor edad con poca actividad física.
- Existe una clara influencia del entrevistador⁽⁶⁾.
- La pertenencia a un sexo determinado condiciona algunas de las respuestas⁽⁶⁾.

TEST VF14. - traducción español⁽¹⁰⁾

1) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letras pequeñas como: la guía telefónica, los nombres de los medicamentos, o las etiquetas de artículos de comida?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

2) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer un periódico o un libro?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

3) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letras grandes de un libro o de un periódico, o los números del teléfono?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

4) **¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para reconocer a personas cuando están cerca de usted?**

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

5) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para ver escalones, peldaños, o el bordillo de la acera?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

6) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para leer letreros de las calles y tiendas, los números de las casas o ver los semáforos?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

7) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para hacer trabajos manuales finos como coser, arreglar un enchufe o clavar un clavo?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

8) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para hacer crucigramas, rellenar un impreso, o hacer una quiniela?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

9) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para jugar a las cartas, al dominó, o al bingo?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

10) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para participar en actividades tales como la petanca, buscar setas, cuidar plantas, mirar escaparates?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

11) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para cocinar?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

12) ¿Tiene usted alguna dificultad, incluso con sus gafas, para ver la televisión?

..... **SÍ**; **NO**;

si la respuesta es sí, qué dificultad suele tener:

- 1.- Poca.
- 2.- Moderada.
- 3.- Grande.
- 4.- ¿Está usted incapacitado para realizar dicha actividad?

13) ¿Conduce usted un coche normalmente?

..... **SÍ** (pasar a la pregunta 15); **NO** (pasar a la pregunta 17)

14) ¿Cuánta dificultad tiene usted para conducir de día debido a su disminución de la visión?

- 1.- No tiene dificultad.
- 2.- Poca dificultad.
- 3.- Moderada dificultad.
- 4.- Gran dificultad.

15) ¿Cuánta dificultad tiene usted para conducir de noche debido a su disminución de la visión?

- 1.- No tiene dificultad.
- 2.- Poca dificultad.
- 3.- Moderada dificultad.
- 4.- Gran dificultad.

16) ¿Alguna vez ha conducido usted un coche?

..... **SÍ** (pasar a la pregunta 18); **NO** (fin del cuestionario)

17) ¿Cuándo dejó usted de conducir?

- 1.- Hace menos de seis meses.
- 2.- Entre seis y doce meses.
- 3.- Hace más de doce meses.

18) ¿Por qué dejó usted de conducir?

- por la visión.
- por otra enfermedad.
- por otras razones.

Otras preguntas que se deben hacer al paciente para valorar su estado funcional previo y a los cuatro meses de la cirugía^(3,4) son: □

Dificultad global con la visión

- Ninguna.
- Poca.
- Moderada.
- Gran dificultad.

Satisfacción global con la visión

- Muy satisfecho.
- Satisfecho.
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho



procesos
asistenciales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

En el interior del ojo existe una lupa transparente llamada cristalino que sirve para enfocar las imágenes de los objetos en la retina y poder verlos con nitidez. Con la edad, o ciertas enfermedades, el cristalino se opacifica progresivamente y a ello se le conoce con el nombre de **catarata**. La velocidad con la que avanza la catarata es distinta de unos pacientes a otros.

El tratamiento de la catarata no consiste en “limpiar” el cristalino, ni existen medicinas que consigan detener el avance de la opacificación una vez que ésta se inicia. El tratamiento consiste en extraer parcialmente el cristalino no transparente, todo menos la cápsula posterior del mismo, y sustituirlo por una lupa artificial (de plástico), si ello es posible, durante el acto operatorio. Para ello, hemos de medir la potencia de la lente intraocular (L.I.O.) que precisa cada persona. En esa medición puede existir una desviación, normalmente de pocas dioptrías, debido al error instrumental de los medios técnicos de medida. Por ello, es frecuente que, después de la cirugía, y a pesar de llevar puesta la lente intraocular correctamente indicada, sea necesario el uso de una gafa adicional para completar el enfoque del ojo y obtener así una buena visión tanto central como periférica.

Es importante que usted sepa que toda cirugía entraña un riesgo. Lo más frecuente es obtener la mejoría esperada, tal y como lo planea el Cirujano. Pero también puede ocurrir que tenga desde pequeñas complicaciones, sin mayores consecuencias para la visión, hasta graves complicaciones, que pueden incluso ser mortales. De cada cien pacientes que se intervienen de cataratas, aproximadamente cuatro sufren complicaciones, aunque no todas las complicaciones son importantes para el resultado final. Las complicaciones más usuales, en orden de frecuencia, son:

1. Complicaciones de la cirugía de catarata:

- Rotura de la cápsula posterior durante el acto operatorio, en cuyo caso, y dependiendo de la extensión de la rotura, puede no ser posible la colocación de la lente intraocular. En ocasiones, cuando sucede esta complicación, puede ponerse la lente intraocular por delante del iris (aunque esta segunda opción no es la ideal).
- Dehiscencia de la sutura (apertura de la herida), normalmente por maniobras inadecuadas del enfermo. En estos casos, la herida puede precisar ser suturada de nuevo (reintervención)
- Luxación del cristalino en la cámara vítrea (muy poco frecuente, pero puede ser grave para la visión y requerir otra intervención para extraerlo).

- Hemorragia expulsiva durante el acto operatorio (muy poco frecuente, pero muy grave para la visión).
- Endoftalmitis o infección intraocular (muy poco frecuente, pero extremadamente grave para la visión).

2. Complicaciones de la anestesia:

- Complicaciones locales:
 - 1) Hemorragia retrobulbar (se produce al inyectar el anestésico y obliga a posponer la cirugía).
 - 2) Oclusión de la arteria central de la retina, lesión tóxica del nervio óptico y perforación del globo ocular (todas ellas graves pero muy poco frecuentes).
- Complicaciones generales:
 - 1) Depresión cardiovascular y respiratoria (es rarísima y, por lo general, sus efectos son reversibles aunque ocasionalmente pueden originar graves secuelas generales y, excepcionalmente, la muerte).

Por todo ello, es el propio paciente el que debe decidir en qué momento debe ser intervenido. Los riesgos de la intervención son los mismos si se opera antes o después pero, en caso de que el resultado no sea bueno, el paciente puede lamentar haber decidido operarse demasiado pronto: cuando la catarata aún le quitaba poca visión.

El resultado final de la intervención viene determinado no sólo por la presencia o ausencia de las complicaciones descritas, sino también por la situación previa del ojo operado. El porcentaje global de complicaciones es relativamente bajo y, por lo tanto, las posibilidades de éxito quirúrgico son muy grandes.

Si usted ha decidido operarse de catarata en algunos de sus ojos sepa que:

- La intervención le será practicada con carácter ambulatorio, es decir, no será encamado (salvo condiciones excepcionales).
- La intervención le será practicada bajo anestesia local (salvo condiciones excepcionales).

Yo,, con D.N.I. reconozco haber sido informado convenientemente, de forma oral y escrita, del proceso patológico que padezco (catarata) y deseo ser intervenido del mismo en el ojo..... por los facultativos del Servicio de Oftalmología del Hospital de..... . Así mismo, doy mi consentimiento para que en el tratamiento participen médicos residentes de Oftalmología.

Fdo.: El paciente

Fdo.: El facultativo

..... Dr.

A de de 200

La catarata debe ser intervenida si el paciente quiere intentar ganar visión (no existe tratamiento médico que pueda solucionarla). Como toda cirugía (en ocasiones mal llamada “sencilla”), puede complicarse y el resultado final no ser satisfactorio.

El Oftalmólogo responsable de su consulta le aclarará cualquier duda que le suscite esta información cada vez que usted lo solicite.



procesos
asistenciales

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES OPERADOS DE CATARATA

Paciente Hª.Cª.

Ha sido Vd. intervenido de catarata en el ojo mediante la técnica quirúrgica de, por el Cirujano Dr., el día El acto quirúrgico ha cursado.....complicaciones y..... se ha podido implantar una lente intraocular que sustituye a su cristalino opaco (catarata), tal y como estaba previsto. Si la intervención le ha sido practicada bajo anestesia loco-regional (local), el efecto analgésico de la misma (calmante del dolor) durará varias horas, de tal manera que, a lo largo del primer día, Vd. puede sentir alguna molestia pero no dolor intenso. No obstante, en ocasiones, puede aparecer dolor leve o moderado, para lo cual puede tomar algún calmante (incluso cada seis horas) que, en ningún caso, será ácido acetilsalicílico o derivados (Aspirina). Puede hacer una vida normal hasta que acuda a la primera visita al día siguiente de la operación, sin realizar grandes esfuerzos ni tocarse en el ojo operado.

Sólo debe acudir a nuestras consultas si, antes de la primera cura, apareciere dolor intenso. En ese caso, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado por el facultativo de guardia.

Si el post-operatorio transcurre con normalidad, Vd. puede necesitar, después de la operación, hasta cuatro visitas médicas antes del alta definitiva:

- Al día siguiente.
- A la semana (aproximadamente).
- Al mes (aproximadamente).
- A los cuatro meses (aproximadamente).

La existencia, incluso algún tiempo después de la operación, de molestias ligeras como picor, escozor, sensación de arenilla, etc. son normales y no deben causar alarma ni al paciente ni a los familiares. Conforme pase el tiempo, después de la operación, Vd. notará cómo su visión va mejorando, debiendo acudir a nuestras consultas, fuera de las citas concertadas, sólo si su visión empeorase o apareciere dolor y enrojecimiento en el ojo operado. En estos casos, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado por el facultativo de guardia.

El Oftalmólogo responsable de su consulta le aclarará cualquier duda que le suscite esta información cada vez que usted lo solicite.

El familiar responsable de los cuidados del paciente intervenido de catarata (o el cuidador del mismo) debe tener presente que:

- Es imprescindible poner, durante un mes, el protector ocular (sin gasas), siempre que el paciente vaya a dormir (incluso cuando lo vaya a hacer en un sillón después de comer). Cuando se duerme, el paciente no sabe lo que hace y, si tuviera pequeñas molestias en el ojo, como picor o escozor, de modo inconsciente se tocaría y podría abrir la herida y expulsar la lente que lleva en el interior del mismo.
- Es posible eliminar, o minimizar, las pequeñas molestias a las que antes nos hemos referido lavando con suero fisiológico frío el fondo de saco conjuntival varias veces al día. Para ello, tiraremos suavemente del párpado inferior, sin apoyarnos en el ojo, diciéndole al paciente que mire hacia arriba. En la zona de ojo expuesta, por encima del borde del párpado inferior, dejaremos caer un pequeño chorro de suero durante algunos segundos (el tiempo necesario como para que el ojo se lave y a la vez se enfríe).
- Para conseguir el lavado ocular se perfora, con una aguja fina, el bote de suero de irrigación (que ha de ser de plástico) en un costado de su parte alta. De ese modo, apretando el bote, saldrá un chorro de suero fino que no molesta al ojo durante el lavado y enfriado del mismo.
- Es imprescindible, para el buen resultado final, que al paciente se le ponga la medicación prescrita, en la dosis indicada y durante todo el tiempo (hasta la siguiente cita médica). Si se acaba el bote de colirio, debe solicitar otro y seguir con el tratamiento (salvo orden médica en contra).
- En cada una de las curas, abriremos el ojo del paciente del mismo modo que para su lavado y dejaremos caer dos gotas del colirio que se ha prescrito. Si en el momento de la cura, por error, ponemos más medicación de la indicada (más de dos gotas) no pasa nada.
- Durante el día, el paciente debe llevar protegido de posibles golpes el ojo intervenido. Ello se consigue mediante una gafa. Como, al principio de la operación, la luz molesta utilizaremos una gafa algo oscura (gafas de sol muy claras). Pero, si el paciente era portador de gafas antes de la intervención, puede seguir usándolas después de la misma, aunque con el ojo operado vea peor que sin ellas (eso no perjudica al ojo operado)
- El paciente puede hacer una vida normal evitando hacer esfuerzos importantes y permanecer en ambientes contaminados (polvo). Puede ver la televisión, escribir, coser, cocinar, etc. si su visión se lo permite.

BIBLIOGRAFÍA (ANEXO 1)

1. British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines. Treatment of Cataract in adults. Quick Reference. 1996; last revised 17 may 2000: 1-2.
2. Oyster C. Time and Change. In: Oyster C: The Human Eye. Structure and Function. Synauer: Sunderland-Massachusetts. 1ª ed. 1999: 753-765.
3. He M, Xu J, Li S, Wu K, Muñoz SR, Elwein LB. Visual acuity and quality of life. in patients with cataract in Doumen County, China Ophthalmology. 1999; 106: 1609-1615.
4. Wescott MC, Tuft SJ, Minassian DC. Effect of age on visual outcome following cataract extraction. Br J Ophthalmol 2000; 84:1380-2.
5. Van der Pols JC, Bates CJ, McGraw PV, Thompson JR, Reacher M, Prentice A, Finch S. Visual acuity measurements in a national sample of British elderly people. Br J Ophthalmol 2000; 84:1380-2.
6. Desai P, Minassian DC Reidy A. National cataract surgery survey 1997-8: a report of the results of the clinical outcomes. Br J Ophthalmol 1999; 83:1336-40.
7. Lundstrom M, Stenevi U, Thorburn W. Cataract surgery in the very elderly. J cataract Refract Surg 2000; 26(3):408-414.
8. Jay JL, Mammo RB, Allan D. Effect of age of visual acuity after cataract extraction. Br J Ophthalmol 1987; 71 (2): 112-115.
9. Lihneova I, Rozsival P. Clinical Index for prediction of visual acuity after cataract personal experience. Cesk Oftalmol. 1992; 48(1): 28-31.
10. Shuttleworth GN, Luhishi EA, Harrad RA. Do patients with age related maculopathy and cataract benefit from cataract surgery?. Br. J. Ophthalmol. 1998; 82: 611-616.
11. Norregaard JC, Petersen PB, Alonso J, et al. Variations in indications for cataract surgery in the EEUU, Denmark, Canada and Spain results from the international cataract surgery outcomes study. Br. Ophthalmol. 1998; 82: 1007-1111.
12. Schein OD, Steinberg EP, Cassard SD, Tielsch JM et al. Predictors of outcome in patients who underwent cataract surgery. Ophthalmology 1995; 102:817-23.
13. Lundström M, Stenevi U, Thorburn W. Outcome of cataract surgery considering the preoperative situation: a study of possible predictors of the functional outcome. Br J Ophthalmol 1999; 83:1272-76.
14. Tien YW. Cataract surgery in patients with cataract and age related macular degeneration: do the benefits outweigh the risks? Editorials. Br J Ophthalmol 2000; 84: 1337-41.
15. Klein R, Klein BE, Jensen SC, et al. The relationship of ocular factors to the incidence and progression of age-related maculopathy. Arch Ophthalmol 1998; 116:506-513.
16. Pollack A, Bukelman A, Zalish M, et al. The course of age related degeneration following bilateral cataract surgery. Ophthalmic Surg Lasers 1998; 29:286-94.

17. □ Van der Schaft TL, Moomy CM, de Bruijn WC, et al. Increased prevalence of disciform macular degeneration after cataract extraction with implantation of an intraocular lens. *Br J Ophthalmol* 1994; 78:441-5.
18. □ Wang JJ, Mitchell PG, Cumming RG, et al. Cataract and age related maculopathy: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol.* 1999;6:317-326.
19. □ Vingerling JR, Klaver CCW, Hofman A, et al. Cataract extraction and age related macular degeneration the Rotterdam Study (abstract). *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1997; 38:S472.
20. □ Ambrecht AM, Findlay C, Kaushal S, et al. Is cataract surgery justified in patients with age related macular degeneration? A visual function and quality of life assessment. *Br J Ophthalmol* 2000;84: 1343-1348.
21. □ Pivetti-Pezzi P, Accorinti M, La Cava M, Abdulaziz MA, Pantaleoni FB. Long – Term follow-up of anterior uveitis after cataract extraction and intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg* 1999; 25:1521-6.
22. □ O´Neill D, Murray PI, Patel BC et al. Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuchs heterocromic cyclitis. *Ophthalmology* 1995, 102:1362-8.
23. □ Okravi N, Lightman S, Toulser H. Assessment of visual outcome after cataract surgery in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1999; 106:710-712.
24. □ Bodaghi B, Terrada C, Burtin T et al. Evaluation des complications associées à la chirurgie de la cataracte avec implantation en chambre postérieure chez les patients atteints d´uvéïtis. Programme Congrès SFO 5-9 Mai 2001:222 (54 40b).
25. □ Benezra D, Ohno S, Secchi A, Alió J. Anterior Segment Intraocular inflammation guidelines. I.O.I.S. Martin Dunitz: London. 1ª ed. 2000: 99-100; 179-180.
26. □ Heger H, Drolsum L, Haaskjold E. Cataract surgery with implantation of IOL in patients with uveitis. *Acta Ophthalmol.* 1994; 72: 478-482.
27. □ Jurjo C, Sánchez C, Asenjo J, Huerva V. Cirugía de la catarata en pacientes con retinopatía diabética. *Arch Soc Esp Oftal.* 1998; 73:17-20.
28. □ Cunliffe JA, Flanagan DW, George ND et al. Extracapsular cataract surgery with lens implantation in diabetes with and without proliferative retinopathy. *Br J Ophthalmol* 1991; 75:9-12.
29. □ Zaczek A, Olivested G, Zettertröm Ch. Visual Outcome After phacoemulsification IOL implantation in diabetic patients. *Br J Ophthalmol* 1999; 83: 1036-1041.
30. □ Bonafonte S, García Ch, Ruiz R. Cap. 10. Cataratas y retinopatía diabética. In: Bonafonte. S. *Retinopatía Diabética.* Madrid: Harcourt. 1ª ed. 1999: 195-210.
31. □ Chew E, Benson W, Remaley N, et al. Results after lens extraction in patients with Diabetic retinopathy. Early treatment Retinopathy Study report Number 25. *Arch. Ophthalmol.* 1999; 117:1600-6.
32. □ Straatsma BR, Pettit TH, Wheeler N, Mayamasu W. Diabetes Mellitus and intraocular lens implantation. *Ophthalmology.* 1983; 90:336-43.
33. □ Hykin PG, Gregson RM, Stevens JD, Hamilton PA. Extracapsular cataract extraction in proliferative diabetic retinopathy. *Ophthalmology* 1993; 100:394-99.
34. □ Merad BZ, Hartani D. Chirurgie de la cataracte chez le diabétique. Programme Congrès SFO 5-9 Mai 2001:162 (54 35).

35. García Serrano JL, Domínguez I, Márquez J, Sánchez D, Martos J, Cisternas M. Agudeza visual tras tratamiento en glaucoma crónico simple. *Revista D'OR de Oftalmología*. 2001; 1º tri.:27-38.
36. Muñoz FJ; Rebolleda G, García G, Reche JA. Evolución de la Presión Intraocular después de la faecoemulsificación en ampollas filtrantes. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2000; 75:757-764.
37. Dłakowska A, Pecold K, Boduch K. Cataract extraction and lens implantation in glaucomatous trabeculectomy. *Klin Oczna* 2000; 102:125-128.
38. The AGIS Investigators. The advanced glaucoma Intervention Study, 6: Effect of Cataract on Visual Field and Visual Acuity. *Arch Ophthalmol* 2000; 118:1639-1652.
39. Rockwood EJ, Larive B, Hahn J. Outcomes of combined cataract extraction, lens implantation and trabeculectomy surgeries. *Am J Ophthalmol* 2000; 130:704-11.
40. Bobrow JC. Prospective inpatient comparison of extracapsular cataract and lens implantation with and without trabeculectomy. *Am J Ophthalmol* 2000; 129:291-6.
41. Nielsen PJ. Combined small-incision cataract surgery and trabeculectomy prospective study with 1 year of follow-up. *Ophthalmic Surg Lasers* 1997; 28:21-9.
42. Lázaro G, García FJ, Castillo GA, Macías BJ, García Sánchez J. Efecto de la cirugía de la catarata sobre función de la trabeculectomía en el glaucoma crónico simple. *Microcirugía ocular* 1999; 7(3):123-128.
43. El-Sayyad FF, Helal MH, Khalil MM, El-Maghraby MA. Phacotrabeculectomy versus two-stage operation a matched. *Ophthalmic Surg Lasers* 1999; 30(4):260-5.
44. Urban V, Kammann MT, Sturmer JP. Glaucoma and cataract: combined operation or trabeculectomy extraction later?. *Klin Monatsbl Augnheild* 2000; 216(2):105-111.
45. Berthon L, Bron A, Creuzot C. La sclérectomie profonde non perforante dans le traitement chirurgical du glaucome primitif à angle ouvert seule ou combinée à une chirurgie de la cataracte. *Programme Congrès SFO 5-9 Mai 2001*:214 (61 81).
46. Sparrow JM, Bron AJ, Brown N, et al. The Oxford Clinical Cataract classification and grading system. *Int Ophthalmol*. 1986; 9:207.
47. Management of functional impairment due to cataract in adults. *Cataract Management guideline panel. Ophthalmology*. 1993; 100, S.: 1-345.
48. Norregaard JC, Hinsberger Ch, Alonso J, et al. Visual Outcomes of cataract surgery in the United States, Canada, Denmark and Spain. Report from the International Cataract Surgery Outcomes Study. *Arch Ophthalmol* 1998; 116: 1095-1100.
49. NHS Centre for reviews and dissemination University of York. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. *Management of cataract. Effective health care*. 1996; Vol. 2; nº 3:1-12.
50. Management of cataract. *Effective Health Care Bulletins from the Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Reviews*. Bandolier. 1996; May: 26-27.
51. Alberta. *Guideline for surgical & Nonsurgical management of Cataract in the Otherwise Healthy adult eye*. 1999: 1-11.
52. Anterior Segment Panel; Preferred Practice Patterns Committee. *Cataract in the adult eye (AAO) 1996, valid for 5 years*: 1-25.

53. □Murril C, Stanfield D, VanBrocklin M, Bailey I, Denbeste B, et al. Optometric Clinical practice guideline care of the adult patient with cataract . Rewiewed by AOA Clinical guidelines Coordination Committee. Amos J, Barresi B, Beebe K, Cavallerano J, Cahr J, Mills D. 2ª ed. 1996.
54. □Thomas R, Muliyl J. The incidence of cataract in India is an overestimate. Natl Med J India 1998; 11:182-4.
55. □Miller D. Physical Optics for the Clinician. In: Miller D. Optics and refraction. A User-Friendly Guide. Gower Medical Publishing: New York, 1ª ed. 1991; Chap 3: 1-33.
56. □ Chylack LT, Leske MC, Sperduto R, et al. Lens opacities classification system. Arch Ophthalmol. 1988; 106:330-4.
57. □ Chylack LT, Leske MC, MacCarthy D, et al. Lens opacities Classification system II (LOCS II). Arch Ophthalmol 1989; 107: 991-7.
58. □Chylack LT, Wolfe JK, Singer DM, et al. The lens opacities classification system III. Arch Ophthalmol 1993; 111: 831-6.
59. Espallargues M, Alonso J. Effectiveness of cataract surgery in Barcelona, Spain site results of an international study. Barcelona I-PORT investigators. International patients Outcomes Research Team. J Clin Epidemiol 1998; 51:843-52.
59. □Frost NA, Sparrow JM. Use of Vision test in clinical decision making about cataract surgery: results of a national survey. Br J Ophthalmol 2000; 84:432-434.
60. □Risse JF Exploration de la fonction visuelle. Applications au domaine sensoriel de l'oeil normal et en pathologie. Masson: Paris, 1ª ed. 2000:5-753.
61. □Elliot DB, Hurst MA, Weatherill J. Comparign Clinical test of visual function in cataract with the patient´s perceived visual disability. Eye. 1990; 4: 712-7.
62. □Fletcher A, Ellwein LB, Selvaraj S. at al. Measurements of vision function and quality of life in patients with cataratact in Southern India. Report of instrument developpment. Arch Ophthalmol 1997; 115: 767-74.
63. □MacCarthy C, Keefe J, Taylor H. The need for cataract surgery: projections based on lens opacity, visual acuity, and personal concern. Br J Ophthalmol 1999; 83: 62-65.
64. □Steinberg EP, Tielsch JM, Shein OD, et al. The VF-14. An Index of funcional impairment in patients with cataract. Arch. Ophthalmol. 1994; 112: 630-638.
65. □Cassard SD, Patrick DL, Damiano AM, et al. Reproducibility and responsiveness of the VF-14. An index of funcional impairment in patients with cataract. Arch. Ophthalmol.1995; 113: 1508-13.
66. □ Gresset J, Boisjoly H, Nguyen TQ, Boutin J, Charest M. Validation of french language versions of the visual Functioning Index (VF-14) and the Cataract symptom Score. Can J Ophthalmol 1997; 32(1):31-7.
67. □Steinberg P, Tielsch JM, Schein OD, et al. National study of cataract surgery outcomes: variation in 4-month postoperative outcomes as reflected in multiple outcome measures. Ophthalmology. 1994; 101: 1131-1141.
68. □Moreno Montañés J, Sainz Gómez C, Moya Molina D, Vázquez López G. Utilidad del test VF-14. Valoración en nuestros pacientes como test preoperatorio de la catarata. Arch Soc Esp Oftalmol 1998; 73: 249-254.

BIBLIOGRAFÍA (ANEXO 2)

1. Mc Closkey, J.; Bulechek, G.M.: "Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE)". Ed Síntesis.1999.
2. NANDA. "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación". Ed. Harcourt. 2001.

BIBLIOGRAFÍA (ANEXO 4)

1. Fletcher A, Ellwein LB, Selvaraj S, et al. Measurements of vision function and quality of life in patients with cataract in Southern India. Report of instrument development. Arch Ophthalmol 1997; 115: 767-774.
2. Steinberg P, Tielsch JM, Schein OD, et al. National study of cataract surgery outcomes: variation in 4-month postoperative outcomes as reflected in multiple outcome measures. Ophthalmology. 1994; 101: 1131-1141.
3. Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, et al. The VF-14. An Index of functional impairment in patients with cataract. Arch. Ophthalmol. 1994; 112: 630-638.
4. Cassard SD, Patrick DL, Damiano AM, et al. Reproducibility and responsiveness of the VF-14. An index of functional impairment in patients with cataract. Arch. Ophthalmol.1995; 113: 1508-13.
5. Gresset J, Boisjoly H, Nguyen TQ, Boutin J, Charest M. Validation of french language versions of the visual Functioning Index (VF-14) and the Cataract symptom Score. Can J Ophthalmol 1997; 32(1):31-7.
6. Moreno Montañés J, Sainz Gómez C, Moya Molina D, Vázquez López G. Utilidad del test VF-14. Valoración en nuestros pacientes como test preoperatorio de la catarata. Arch. Soc. Esp. Oftal. 1998; 73: 249-254.
7. Espallargues M, Alonso J. Effectiveness of cataract surgery in Barcelona, Spain site results of an international study. Barcelona I-PORT investigators. International patients Outcomes Research Team. J Clin Epidemiol 1998; 51:843-52.
8. Norregaard JC, Hinsberger Ch, Alonso J, et al. Visual outcomes of cataract surgery in the United States, Canada, Denmark, and Spain. Report from the International Cataract Surgery outcomes Study. Arch. Ophthalmol. 1998; 116: 1095-1100.
9. Castells X, Alonso J, Ribó C, Casado A et al. Comparisons of the results of first and second cataract surgery. Ophthalmology 1999; 106: 676-682.
10. Alonso J, Espallargues M, Andersen T et al. International applicability of the VF-14. An Index of visual Function in patients with cataracts. Ophthalmology 1997; 104:709-807.

