

# PROTOCOLO DE GLAUCOMA

Protocolo: .....  
HC: .....

## I. Filiación

Nombre: .....  
Sexo M - F Edad: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....  
Raza: .....  
Referido por: .....  
Fecha de examen: ..... / ..... / .....

## II. Antecedentes personales

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TBC                  | <input type="checkbox"/> Asma bronquial      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Cirugía             |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal  | <input type="checkbox"/> Medicación          |
| <input type="checkbox"/> Reacciones a drogas  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Alergias             | <input type="checkbox"/> Enfer. venéreas     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> Migraña y/o cefalea |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión         | <input type="checkbox"/> Hipermetropía       |
| <input type="checkbox"/> Enfer. severa: ..... | <input type="checkbox"/> Miopía              |

## III. Antecedentes oculares

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma          | <input type="checkbox"/> Ojo rojo        |
| <input type="checkbox"/> Visión de halos | <input type="checkbox"/> Lagrimeo        |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa  | <input type="checkbox"/> Fotofobia       |
| <input type="checkbox"/> Cirugía         | <input type="checkbox"/> Dolor           |
| <input type="checkbox"/> Infecciones     | <input type="checkbox"/> Moscas volantes |
| <input type="checkbox"/> Diplopía        | <input type="checkbox"/> Fotopsias       |
| <input type="checkbox"/> Tropías         | <input type="checkbox"/> Sombras         |

## III. Antecedentes familiares

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma            | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Catarata            | <input type="checkbox"/> Diabetes     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad retinal  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Asma bronquial      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |                                       |

## V. Medicación

- ☐ Sistémica .....  
.....  
.....  
  
☐ Tópica .....  
.....  
.....

## VI. Motivo de consulta

.....  
.....  
.....

## VII. Resumen de la enfermedad actual

.....  
.....  
.....  
.....

## VII. Agudeza visual

Fecha: / /

	S/C	CAE	C/C	J
O.D.				
O.I.				

## IX. Refracción objetiva

Fecha: / /

	Esfera	Cilindro	Eje
O.D.			
O.I.			

## IX. Refracción objetiva

Fecha: / /

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
O.D.				
O.I.				

## IX. Refracción objetiva

Fecha: / /

	Pre-operatorio	Eje
O.D.		
O.I.		
	Post-operatorio	Eje
O.D.		
O.I.		

## XII. Curva de presión ocular

Fecha: / /

	Promedio	Des. Estándar
O.D.		
O.I.		



### XIII. Campo Visual

- ☐ Computarizado ☐ FDT  
☐ Goldman



Escotoma aislado  
Escalón nasal  
Escotoma arc. sup.  
Escotoma arc. inf.  
Isla central visión  
Discordancia D/C



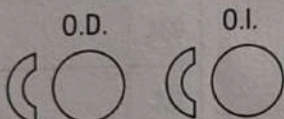
Apariencia general:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### XIV. Examen con lámpara de hendidura

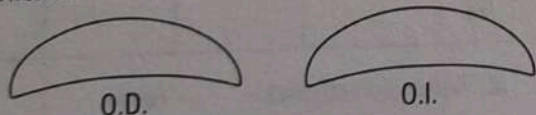
Cejas y Pestañas: \_\_\_\_\_  
Conjuntiva: \_\_\_\_\_  
Esclera: \_\_\_\_\_  
Córnea: \_\_\_\_\_

- ☐ Edema  
☐ Precipitados queráticos  
☐ Huso de kruckemberg  
☐ Guttata



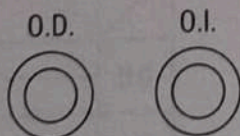
Cámara anterior:

- ☐ Normal ☐ Amplia  
☐ Central ☐ Estrecha  
☐ Periférica



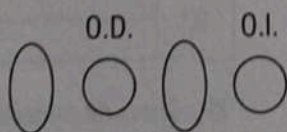
Iris:

- ☐ Atrofia  
☐ Heterocromía  
☐ Neovascularización  
☐ Sinequias pupilares  
☐ Nódulos  
☐ Reflejo pupilar

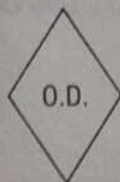


Cristalino:

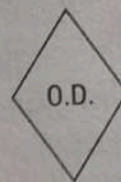
- ☐ Sudo Exfoliación  
☐ Afaquia  
☐ Seudofaquia  
☐ Glaukomflecken  
☐ Sub-luxación  
☐ Luxación  
☐ Opacidad nuclear  
☐ Opacidad cortical  
☐ Opacidad subcapsular



### XV. Gonioscopia



Pigmento  
Recesión  
Sinequias  
Procesos indianos  
Neovasos  
Sangre  
Línea de Sanpaulesi  
Otros



Si - No

Ángulo ocluíble

Si - No

Clasificación:

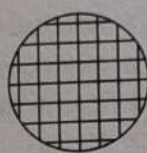
O.D. Grado: \_\_\_\_\_

O.I. Grado: \_\_\_\_\_

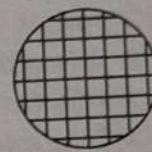
### XVI. Fondo de Ojo

Disco óptico

Dilatación: Si - No



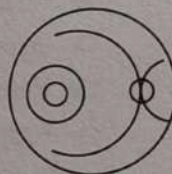
Asimetría  
Atrofia peripapilar  
Palidez  
Neovasos  
Rechazo de vasos  
Profundidad  
Hemorragias  
Angulación



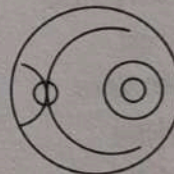
O.D R E/D: \_\_\_\_\_

O.I R E/D: \_\_\_\_\_

Retina



O.D.



O.I.

- ☐ Desprendimiento  
☐ Agujeros  
☐ Degeneración macular  
☐ Edema

- ☐ Neovasos  
☐ Hemorragias  
☐ Exudados  
☐ Cicatrices

### XVII. Diagnóstico

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### XVIII. Plan terapéutico

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### XIX. Exámenes Auxiliares

- ☐ OCT  
☐ HRT  
☐ Paquimetría  
☐ Contaje ecélulas endoteliales