

Protocolo de Supervisión de los Residentes de la Especialidad de Oftalmología

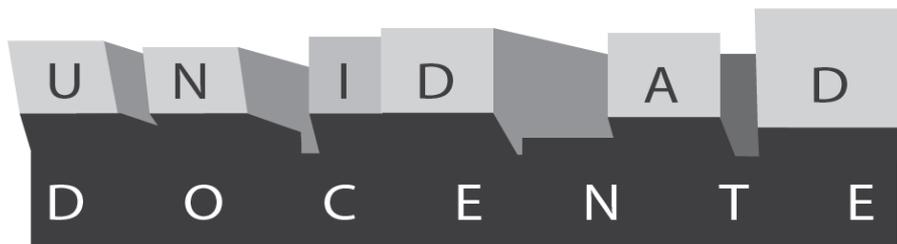
Hospital Universitario General de Villalba

Madrid, 2020

Dr. Felipe Navarro
Jefe de estudios

Dra. Esther Santos Vicente
Tutora de médicos residentes servicio de Oftalmología

Cristina Camarillo Gómez
Jefe de servicio de Oftamología



**Hospital Universitario
General de Villalba**

Índice

| | |
|--|---|
| Preámbulo | 3 |
| Observaciones para los colaboradores docentes | 3 |
| Supervisión durante la residencia: consideraciones generales | 3 |
| Niveles de supervisión de las actividades asistenciales | 4 |
| Supervisión de residentes de primer año | 4 |
| Residentes de segundo año | 5 |
| Residentes de tercer año | 5 |
| Residentes de cuarto año | 5 |
| Niveles de supervisión en guardias y atención continuada (habilidades generales) | 6 |
| Niveles de supervisión de la especialidad | 7 |
| Actividades generales | 7 |
| Sección de polo anterior | 7 |
| Sección de Glaucoma | 8 |
| Sección de Estrabismo y Neuroftalmología | 8 |
| Sección de Retina | 9 |
| Sección de Oculoplastia | 9 |
| Protocolo de supervisión | 9 |

Preámbulo

El presente documento recoge las recomendaciones establecidas por la **Comisión de Docencia del Hospital Universitario General de Villalba, el jefe de servicio y la tutora de Oftalmología** para supervisar tareas asistenciales significativas desempeñadas por los residentes en el área de urgencias y en otras localizaciones específicas de la especialidad.

Este protocolo debe ser conocido por **todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes** en áreas del hospital en las que los residentes del servicio de **Oftalmología** han de desempeñar su actuación tanto en la jornada ordinaria, como durante los periodos de atención continuada. Los tutores del servicio de **Oftalmología** harán llegar este documento a sus residentes y a todos los especialistas del hospital que puedan participar en su formación.

Observaciones para los colaboradores docentes

Cada residente, durante las distintas rotaciones, tendrá asignado un colaborador docente responsable. El colaborador docente es un especialista de la plantilla que tendrá asignadas las tareas siguientes durante la duración de la rotación del residente en cuestión:

- programar las actividades del residente en el servicio, contemplando los objetivos establecidos por los tutores de **Oftalmología** para esta rotación que constan en la guía docente de la especialidad
- evaluar cualitativamente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para esta rotación por la guía docente del servicio la especialidad
- evaluar cuantitativamente una serie de aptitudes y actitudes profesionales y de aprovechamiento del residente durante su rotación
- fomentar la integración del residente en las actividades asistenciales, docentes y eventualmente de investigación desarrolladas en el servicio correspondiente durante el periodo de rotación
- hacer cumplir al residente el régimen de jornada laboral y de descansos que están previstos por la legislación vigente
- establecer una supervisión del residente, adecuada al año de residencia

Supervisión durante la residencia: consideraciones generales

El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, **implica la prestación profesional de servicios** por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. La formación especializada de residentes contempla:

- la asunción progresiva de responsabilidades
- un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta finalmente alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria

El residente deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones por donde estén rotando sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un facultativo, siendo su derecho recibir docencia y supervisión; pero su deber será prestar una labor asistencial. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

Niveles de supervisión de las actividades asistenciales

Nivel de supervisión alto (3): el residente sólo tiene conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/ asistidas en su ejecución por el residente.

Nivel de supervisión medio (2): el residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto de plantilla.

Nivel de supervisión bajo, a demanda (1): las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

| nivel | supervisión | autonomía |
|-------|------------------------------|--|
| 3 | realización por especialista | sólo conocimiento teórico; actividad observada o asistida por el residente |
| 2 | supervisión directa | sabe cómo actuar, experiencia insuficiente para ser autónomo |
| 1 | supervisión a demanda | actuación de manera independiente por parte del residente, salvo dudas puntuales |

Supervisión de residentes de primer año

Hacemos hincapié en este punto por cuanto la normativa vigente indica que:

- la supervisión de residentes de primer año **será de presencia física**
- se llevará a cabo por **especialistas**, es decir miembros de plantilla, que presten servicio en los distintos dispositivos por los que los residentes estén rotando o prestando servicios de atención continuada
- los mencionados especialistas **visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales** en las que intervengan los residentes de primer año

Residentes de segundo año

La responsabilidad de los residentes irá aumentando de manera progresiva de forma que les serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional. Los residentes de segundo año

- en las tareas que incluyen competencias propias de la especialidad, precisan una supervisión de presencia física de un especialista, esto aplica muy especialmente a las guardias de especialidad
- en tareas más generales cuyas competencias han debido ser adquiridas durante el primer año de residencia, no necesitarán una supervisión de presencia física de un especialista sino comentar con los colaboradores docentes sus actuaciones para que las validen a posteriori; en guardias generales, por tanto, no precisan supervisión de presencia física de un especialista

Residentes de tercer año

La responsabilidad de los residentes irá aumentando de manera progresiva de forma que les serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

Residentes de cuarto año

Los residentes de cuarto y quinto año actúan con un nivel de **autonomía máximo (1)** salvo para aquellas tareas que precisan cierto grado de subespecialización que deben ser llevadas bajo la supervisión directa de especialistas capacitados.

Los residentes de último año, en los últimos seis meses de residencia, deben tener las competencias que se esperan de un especialista recién graduado. Estas competencias no incluyen aquellas actuaciones para las que se precisaría una capacitación específica.

Niveles de supervisión en guardias y atención continuada (habilidades generales)

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Presentarse e información a familiares y enfermo | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Comunicación de malas noticias | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta; | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Exploración física general y específica según la orientación clínica | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Valoración de la gravedad de un paciente | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Evaluación del estado mental de paciente | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas (analítica, ECG, radiografías simples) | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación de pruebas diagnósticas especiales | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Solicitud de interconsulta a especialistas | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Monitorización de un paciente urgente | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Utilización de principales fármacos de la urgencia | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Uso de antibióticos | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Valoración inicial del politrauma | 3 | 3 | 2 | 1 |
| RCP básica | 3 | 1 | 1 | 1 |
| RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Decisión del destino del enfermo de urgencias: alta, ingreso convencional, ingreso en unidades especiales (UCC, UCI, UCIR) | 3 | 3 | 2 | 1 |

Niveles de supervisión de la especialidad

Actividades generales

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|---|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Presentarse e informar al paciente y familiares | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Anamnesis e historia clínica, orientación global del paciente y valoración de su gravedad | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas especiales | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Solicitud de interconsulta con otros especialistas | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Decisión de ingreso o alta hospitalaria | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Checklist | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Anestesia retrobulbar | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 2 | 2 | 1 | 1 |

Sección de polo anterior

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Realización de pruebas complementarias (topografía, biometría, microscopía especular, OCT, Schirmer) | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Toma de muestras microbiológicas | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Capsulotomía posterior laser YAG | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Colocación de lentes de contacto terapéuticas | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación terapéutica médica | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata, pterigion) | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación quirúrgica procedimientos especiales (implante de anillos, cross-linking, membrana amniótica, queratoplastia) | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Extracción de córnea / esclera de donante | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Suturas corneales / conjuntivales | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Extirpación simple de lesiones córneo-conjuntivales | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Extirpación de pterigion + autoinjerto | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Implante de membrana amniótica o parche escleral | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Inserción de anillos intracorneales | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Implante secundario de LIO | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Queratoplastia penetrante o lamelar | 3 | 3 | 2 | 2 |

Sección de Glaucoma

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Realización de pruebas complementarias (gonioscopia, biometría, OCT,) | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Iridotomía laser YAG | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Colocación de lentes de contacto terapéuticas | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación terapéutica médica | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata) | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación quirúrgica procedimientos especiales (implante Ex - Press, EPNP, trabeculectomía, implante DDG) | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Goniotomía laser YAG | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Iridoplastia laser Argon | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Implante de Ex – Press | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Esclerectomía profunda no perforante | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Trabeculectomía | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Implante de parche escleral / membrana amniótica | 3 | 3 | 2 | 1 |

Sección de Estrabismo y Neuroftalmología

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración de la motilidad ocular intrínseca (MOI). Realización de test farmacológicos de diagnóstico diferencial. | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Exploración de la MOE (cover test, estudio de ducciones, versiones y vergencias), pruebas de fusión y estereopsis. | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Diagnóstico de estrabismos esenciales horizontales (endotropía, exotropía) | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Diagnóstico de estrabismos verticales (paresia de oblicuos y/o rectos verticales, DVD...) | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Exploración y estudio del nistagmus. Diagnóstico diferencial etiológico. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Exploración y manejo diagnóstico del tortícolis de causa ocular. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Exploración y diagnóstico de la ambliopía. | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Exploración y diagnóstico de la diplopía: parálisis oculomotoras y descompensación de heteroforias. | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Realización de pruebas complementarias (OCT, pantalla de Lancaster...) | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Estudio y orientación diagnóstica de la patología del nervio óptico (neuritis, papiledema, atrofia óptica, otras neuropatías...) | 3 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Valoración y orientación anatómica de manifestaciones oftalmológicas de lesiones neurológicas en vías visuales y del control de la MOI, MOE. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Inyección de botox en estrabismos esenciales y parálisis oculomotoras. | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Cirugía muscular en estrabismos, nistagmus y torticolis de causa ocular. | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 3 | 2 | 2 | 1 |

Sección de Retina

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración retiniana (polo posterior y periferia) con oftalmoscopiadirecta, indirecta y biomicroscópica. Haciendo uso de los diferentes tipos de lentes y de la técnica de indentación escleral | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación, realización e interpretación de tomografía de coherencia óptica (OCT). | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación, realización e interpretación de retinografía, angiografía fluoresceínica y verde indocianina. | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación, realización e interpretación de ecografía ocular | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Fotocoagulación retiniana. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Estudio y diagnóstico de uveítis anteriores, medias y posteriores | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Estudio de enfermedades heredo degenerativas de la retina y conocimientos de genética de las enfermedades retinianas. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Indicación, realización e interpretación de pruebas de electrofisiología ocular (ERG, ERG multifocal, ERG pattern, PEV flash, PEV pattern, EOG) | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos y fármacos intraoculares. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Retinopexia neumática | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Cirugía escleral del desprendimiento de retina. | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Vitrectomía vía pars plana. | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 3 | 2 | 2 | 1 |

Sección de Oculoplastia

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración palpebral y orbitaria (Hertel) | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Exploración vías lagrimales | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Interpretación pruebas de imagen | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación quirúrgica trastornos palpebrales | 3 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Indicación quirúrgica vías lagrimales | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación quirúrgica orbitaria | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía /biopsia lesiones menores sala curas | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Colocación tapones dilatadores | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Suturas eversoras, tarsorrafia, drenaje, traumas menores | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Inyección toxina botulínica | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Electrolisis pestañas | 3 | 3 | 1 | 1 |
| Cirugía menor en quirófano | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Cirugía mayor palpebral | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía mayor vías lagrimales | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía mayor orbitaria | 3 | 3 | 2 | 2 |

Protocolo de supervisión

De acuerdo con el Real Decreto 183/2008, artículo 15, “las comisiones de docencia deben elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”. Así, se determinará el nivel de responsabilidad de los especialistas en formación, de acuerdo con la etapa formativa, conocimientos y habilidades adquiridas.

Además, dichos protocolos deben elevarse a los órganos de dirección del centro o unidad correspondiente para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

Especial atención a las situaciones en las que el residente debe avisar siempre al adjunto de alerta con independencia de su año de residencia (no excluyen los avisos por otros motivos):

- Sospecha de traumatismo ocular perforante / cuerpo extraño intraocular
- Sospecha de infección intraocular aguda
- Sospecha de infección o celulitis orbitaria, trombosis del seno cavernoso
- Hemorragia retrobulbar
- Glaucoma agudo incontrolable
- Complicaciones postquirúrgicas graves
- Traslado de pacientes a otro centro

El objetivo del presente protocolo es establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral, de acuerdo a los siguientes niveles:

Nivel 1: Responsabilidad mínima: actividades realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas / asistidas en su ejecución por el residente.

Nivel 2: Responsabilidad media/supervisión directa: el residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto.

Nivel 3: Responsabilidad máxima / supervisión a demanda: las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin

necesidad de tutorización directa. Por tanto el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Asimismo, el Decreto 183/2008, Art. 14 establece el “deber General de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”. Por ello, los miembros del Servicio asumirán funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad.

Por su parte, el residente debe asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes secciones por donde esté rotando. No debe considerarse al residente como un estudiante, sino un médico en formación, con el derecho de recibir docencia y supervisión, y la obligación de realizar su labor asistencial. Asimismo, no todos los residentes adquieren las mismas habilidades a la vez, ni todos tienen una programación de rotaciones exactamente igual, por lo que con excepción de los r1, las siguientes consideraciones deben aplicarse de forma flexible e individualizada, siendo este documento la base para ello. En cualquier caso, siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

El presente documento es aplicable a los residentes que estén desarrollando su programa de formación especializada en nuestro Servicio, mediante una plaza obtenida en nuestro centro, y a aquellos que habiendo obtenido plaza en otra unidad docente, se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestro Servicio

Actividades generales

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|---|--------------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Presentarse e informar al paciente y familiares | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Anamnesis e historia clínica, orientación global del paciente y valoración de su gravedad | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas especiales | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Solicitud de interconsulta con otros especialistas | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Decisión de ingreso o alta hospitalaria | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Checklist | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Anestesia retrobulbar | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 2 | 2 | 3 | 3 |

Sección: Polo anterior

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|--|--------------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Realización de pruebas complementarias (topografía, biometría, microscopía especular, OCT, Schirmer) | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Toma de muestras microbiológicas | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Capsulotomía posterior laser YAG | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Colocación de lentes de contacto terapéuticas | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Indicación terapéutica médica | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata, pterigion) | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Indicación quirúrgica procedimientos especiales (implante de anillos, cross-linking, membrana amniótica, queratoplastia) | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Extracción de córnea / esclera de donante | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Suturas corneales / conjuntivales | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Extirpación simple de lesiones córneo-conjuntivales | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Extirpación de pterigion + autoinjerto | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Implante de membrana amniótica o parche escleral | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Inserción de anillos intracorneales | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Implante secundario de LIO | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Queratoplastia penetrante o lamelar | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | | | | |

Sección: Glaucoma

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|
| | | | | |
| Realización de pruebas complementarias (gonioscopia, biometría, OCT,) | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Iridotomía laser YAG | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Colocación de lentes de contacto terapéuticas | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Indicación terapéutica médica | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata) | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Indicación quirúrgica procedimientos especiales (implante Ex - Press, EPNP, trabeculectomía, implante DDG) | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Goniopunción laser YAG | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Iridoplastia laser Argon | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Implante de Ex – Press | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Esclerectomía profunda no perforante | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Trabeculectomía | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Implante DDG | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Implante de parche escleral / membrana amniótica | 1 | 1 | 2 | 3 |
| | | | | |
| | | | | |

Sección: Oftalmología infantil y Neurooftalmología

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|--|--------------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración de la motilidad ocular intrínseca (MOI). Realización de test farmacológicos de diagnóstico diferencial. | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Exploración de la MOE (cover test, estudio de ducciones ,versiones y vergencias), pruebas de fusión y estereopsis. | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Diagnóstico de estrabismos esenciales horizontales (endotropia,exotropia) | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Diagnóstico de estrabismos verticales(paresiadeoblicuosy/o rectos verticales, DVD...) | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Exploración y estudio del nistagmus. Diagnóstico diferencial etiológico. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Exploración y manejo diagnóstico del tortícolis de causa ocular. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Exploración y diagnóstico de la ambliopía. | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Exploración y diagnóstico de la diplopía: parálisis oculomotoras y descompensación de heteroforias. | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Realización de pruebas complementarias (OCT, pantalla de Lancaster...) | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Estudio y orientación diagnóstica de la patología del nervio óptico (neuritis, papiledema, atrofia óptica, otras neuropatías...) | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Valoración y orientación anatómica de manifestaciones oftalmológicas de lesiones neurológicas en vías visuales y del control de la MOI, MOE. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Inyección de botox en estrabismos esenciales y parálisis oculomotoras. | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Cirugía muscular en estrabismos, nistagmus y torticolis de causa ocular. | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 1 | 2 | 2 | 3 |
| | | | | |

Sección: Retina

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|--|--------------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración retiniana (polo posterior y periferia) con oftalmoscopiadirecta, indirecta y biomicroscópica. Haciendo uso de los diferentes tipos de lentes y de la técnica de indentaciónescleral. | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Indicación, realización e interpretación de tomografía de coherencia óptica (OCT). | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Indicación, realización e interpretación de retinografía, angiografía fluoresceínica y verde indocianina. | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Indicación, realización e interpretación de ecografíaocular. | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Fotocoagulación retiniana. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Estudio y diagnóstico de uveítis anteriores, medias y posteriores | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Estudio de enfermedades heredodegenerativas de la retina y conocimientos de genética de las enfermedades retinianas. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación, realización e interpretación de pruebas de electrofisiología ocular (ERG, ERG multifocal, ERG pattern, PEV flash, PEV pattern, EOG) | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos y fármacos intraoculares. | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Retinopexia neumática | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Cirugía escleral del desprendimiento de retina. | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Vitrectomía vía pars plana. | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Facoemulsificación + implante de LIO | 2 | 2 | 2 | 3 |
| | | | | |

Sección: Oculoplástica

| Actividad | Nivel de Responsabilidad | | | |
|--|--------------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Exploración palpebral y orbitaria (Hertel) | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Exploración vías lagrimales | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Interpretación pruebas de imagen | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Indicación quirúrgica trastornos palpebrales | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Indicación quirúrgica vías lagrimales | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Indicación quirúrgica orbitaria | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía /biopsia lesiones menores sala curas | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Colocación tapones dilatadores | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Suturas eversoras, tarsorrafia, drenaje, traumas menores | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Inyección toxina botulínica | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Electrolisis pestañas | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Cirugía menor en quirófano | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Cirugía mayor palpebral | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía mayor vías lagrimales | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugía mayor orbitaria | 1 | 2 | 2 | 2 |
| | | | | |