

Conselho Internacional de Oftalmologia Cirúrgica Avaliação de Competência Rubrica de Oftalmologia (ICO-OSCAR)

O Conselho Internacional de Oftalmologia "Rubricas de Avaliação de Competências Cirúrgicas de Oftalmologia" (ICO-OSCARs) foi concebido para facilitar a avaliação e o ensino da habilidade cirúrgica. Os procedimentos cirúrgicos são divididos em etapas individuais e cada etapa é classificada numa escala de novato, iniciante, iniciante avançado e competente. É dada uma descrição do desempenho necessário para atingir cada grau em cada etapa. O avaliador simplesmente circula a descrição de desempenho observada em cada etapa do procedimento. O ICO-OSCAR deve ser concluído no final do processo e imediatamente discutido com o aluno para dar feedback de desempenho oportuno, estruturado e específico. Essas ferramentas foram desenvolvidas por painéis de especialistas internacionais e são avaliações válidas da habilidade cirúrgica.

Instruções do Instrutor ICO-OSCAR

1. Observe a cirurgia do residente.
2. Idealmente, imediatamente após o caso, circule cada caixa de descrição de rubrica que observou. Algumas pessoas gostam de deixar o residente encerrar a caixa por conta própria primeiro. Se o caso for filmado, pode ser revisado e marcado mais tarde, mas isso faz com que o feedback imediato atrase.
3. Registe quaisquer comentários relevantes não abrangidos pela rubrica.
4. Revise os resultados com o residente.
5. Desenvolva um plano de melhoria (por exemplo, prática de laboratório molhado / dicas para o próximo caso imediato).

Sugestões:

- Se casos anteriores foram feitos, reveja os dados do ICO-OSCAR para observar as áreas que precisam de ser melhoradas.
- Se diferentes instrutores estiverem a classificar os mesmos residentes, seria bom que antes de começarem a usar a ferramenta classficassem várias cirurgias a partir de gravações, assim certificam-se de que todas estão a classificar da mesma maneira.

Atribuição ICO. Acesse e faça o download ICO-OSCARs em icoph.org/ico-oscar.

ICO-Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric Extracapsular Cataract Extraction (ICO-OSCAR: ECCE)

<p align="center">ICO-Rubrica de Avaliação de Competência Cirúrgica Oftalmológica-Extração Extracapsular Programada de Catarata (ICO-OSCAR:ECCE)</p>						
Data _____						
Interno _____		Sem Experiência (Pontuação = 2)	Principiante (Pontuação = 3)	Principiante Avançado (Pontuação = 4)	Competente (Pontuação = 5)	NA. Efectuado pelo Tutor (score= 0)
Tutor _____						
1	Campo Cirúrgico Colocação	Incapaz de iniciar colocação sem ajuda. É necessária a recolocação	Coloca o campo cirúrgico sob indicação verbal mínima. Cílios parcialmente cobertos.	Cílios na sua maioria cobertos. Campo operatório parcialmente coberto pelo campo cirúrgico.	Cílios completamente cobertos e fora do campo operatório. Campo cirúrgico não obstrui a visualização do campo operatório.	
2	Posição do Globo Ocular e estabilidade	Incapaz de uma boa estabilização do globo ocular	Consegue um posicionamento aceitável e estabilidade do globo ocular com alguma dificuldade	Consegue um bom posicionamento e estabilidade do globo ocular	De forma precisa e consistente estabiliza o globo ocular em boa posição.	
3	Acesso Escleral e Cauterização	Incapaz de aceder à esclera com sucesso. Cauterização insuficiente ou excessiva na intensidade e localização.	Acede à esclera mas com dificuldade e hesitação. Cauterização insuficiente ou excessiva em localização e intensidade	Consegue um bom acesso à esclera com dificuldade mediana. Cauterização adequada	Acede à esclera de forma precisa e exata. Cauterização apropriada e precisa.	
4	Incisão escleral ou córneo- escleral	Incisão com profundidade, localização e dimensão inapropriadas	Uma das seguintes é efetuada corretamente: profundidade, localização ou dimensão da incisão	Apenas duas das seguintes são efetuadas corretamente: profundidade, localização ou dimensão da incisão	Boa profundidade, localização e dimensão da incisão	
5	Viscoelástico Utilização apropriada e Injeção segura	Insegurança acerca do momento, da qualidade e da quantidade de viscoelástico a usar. Tem dificuldade ou efetua múltiplas tentativas mal sucedidas de aceder à câmara anterior através da paracentese	Necessita de instruções mínimas. Sabe quando o usar mas injeta o tipo ou a quantidade incorretos.	Necessita de instruções mínimas. Usa-o na altura adequada. Injeta a quantidade e tipo adequados. Cânula em posição correta.	O viscoelástico é administrado na quantidade e nos momentos apropriados sem compromisso da cápsula do cristalino ou do endotélio sem necessidade de instruções.	
6	Capsulotomia anterior	Movimento grosseiro ou desajeitado do cystótomo, entrada muito profunda ou muito superficial, movimento do cristalino pressiona a zónula, o reduzido controlo dificulta a circunferencialização,. Dificuldade em iniciar e manter o retalho evertido	Movimento desajeitado ou grosseiro do cystótomo mas não os dois; tentativas de iniciar na profundidade adequada mas não óptima, algum movimento do cristalino, fraco controlo intermitente da capsulotomia. Eversão do retalho com dificuldade mínima	Movimento suave mas impreciso do cystótomo; tentativas de iniciar na profundidade adequada mas não ótimas, algum movimento do cristalino, controlo intermitente fraco da capsulotomia	Movimento suave e preciso do cystótomo; profundidade e controlo corretos para obter a dimensão apropriada da capsulotomia .	
7	Alargamento da ferida cirúrgica	Arquitetura e ou dimensão inapropriadas da ferida, lesão da íris durante a manobra. Alargamento incompleto, perda do plano tecidual, falso trajeto	Prolapso da íris, ausência de estanquicidade sob pressão, Permite acesso e visibilidade difíceis à capsula e saco capsular	Pode existir alguma falta de estanquicidade, permite extração adequada do núcleo. Bordos da incisão paralelos	Bordos biselados precisos e paralelos, Permite extração facilitada do núcleo	
8	Hidrodissecção do	Hidrodissecção grosseira e	Hidrodissecção grosseira e incompleta	Hidrodissecção e mobilização imprecisa	Hidrodissecção precisa e controlada	

	núcleo	incompleta das adesões cristalino-capsula impedindo a rotação ou extração do núcleo, não reconhecido pelo cirurgião	mas capaz de reconhecer e corrigir recorrendo a várias tentativas	do cristalino mas conseguida em uma ou várias tentativas sem assistência		
9	Extração do núcleo	Tentativa da qual resulta radicalização da capsulorrexix ou rasgadura na cápsula posterior; incapaz de prensão e extração do núcleo	Movimentos coordenados mas ainda incapazes de extrair o núcleo	Extração bem sucedida do núcleo apesar de movimentos descoordenados e imprecisos.	Remoção hábil do núcleo, movimentos e técnica bem controlados	
10	Técnica de Irrigação e Aspiração Com remoção adequada de córtex	Grande dificuldade na introdução da ponta de aspiração sob a cápsula anterior, não controlo da posição do orifício de aspiração, incapaz de controlar o fluxo de aspiração de acordo com o necessário, incapaz de adequadamente descolar material cortical, envolve a cápsula ou frís no orifício de aspiração	Dificuldade moderada na introdução da ponta de aspiração sob a cápsula anterior e na manutenção da posição do orifício de aspiração, tentativa de aspiração sem oclusão da ponta, mostra fraca compreensão da dinâmica de aspiração, descolamento do córtex mal controlado, desajeitado e lento, cápsula potencialmente comprometida. Tentativas prolongadas resultam em material cortical remanescente mínimo	Dificuldade mínima na introdução da ponta de aspiração sob a cápsula anterior, orifício de aspiração geralmente em posição superior, córtex aspirado nos 360°, descolamento cortical lento, poucos erros técnicos, material cortical residual mínimo. Alguma dificuldade na remoção do córtex subincisional	Ponta de aspiração introduzida sob o bordo livre da cápsula anterior em modo de irrigação com o orifício de aspiração voltado para cima. Aspiração ativada apenas no fluxo necessário de forma a ocluir o orifício de aspiração e remoção eficiente de todo o córtex. O material cortical é suavemente descolado em direção ao centro da pupila, tangencialmente em casos de fragilidade zonular. Sem dificuldade de remoção do córtex subincisional	
11	Implantação, Rotação e Posicionamento Final da lente intraocular (LIO)	Incapaz de implantar a LIO	Implantação e manipulação difíceis da LIO, mobilização grosseira do globo ocular, instabilidade da câmara anterior, tentativas repetidas resultando numa incisão desadequada para o tipo de LIO. Tentativas hesitantes resultam na colocação do háptico inferior no saco capsular, háptico superior colocado por rotação na devida posição.	Implantação e manipulação da LIO são conseguidas com instabilidade mínima da câmara anterior, incisão adequada ao tipo de LIO, háptico inferior colocado no saco capsular com a alguma dificuldade, háptico superior posicionado por rotação no devido local.	Implantação e manipulação da LIO efetuadas numa câmara anterior e saco capsular profundos e estáveis com a incisão apropriada ao tipo de LIO. O háptico inferior é suavemente colocado no saco capsular, o háptico superior é posicionado por rotação ou suavemente dobrado no devido local.	
12	Encerramento da ferida cirúrgica: realização e localização da sutura	Incapaz de efetuar a sutura de forma fiável, São necessárias instruções e pontos de sutura efetuados de forma desajeitada, lenta e não radiária com muita dificuldade, de forma consistente no plano tecidual errado, tem que repetir o mesmo ponto	Alguma dificuldade em efetuar a sutura, frequentemente no plano tecidual errado, pode ser necessário ressuturar. Pontos de sutura não radiários ou adequadamente espaçados	Consegue efetuar a sutura de forma consistente. Pontos de sutura efetuados com dificuldade mínima habitualmente no plano tecidual correto. Pontos de sutura na sua maioria radiários, de dimensão e espaçamento adequados	Ausência de dificuldade em efetuar ou espaçar os pontos de sutura, de forma consistente no plano tecidual correto. Todos os pontos de sutura radiários, de dimensão e espaçamento adequados	
13	Encerramento da ferida cirúrgica: realização e eversão de nós	Incapaz de obter a tensão correta, múltiplas estrias corneanas presentes, numero incorreto de passagens, nós frequentemente não evertidos	Tensão mal distribuída na sutura, algumas estrias corneanas presentes, numero habitualmente correto de passagens, maioria dos nós evertidos	Pontos de sutura suficientemente apertados para manter o encerramento e a estanquicidade da ferida cirúrgica, pode existir leve distorção da córnea, raros pontos de sutura não evertidos adequadamente. Ausência de estrias da córnea	Pontos de sutura suficientemente apertados para manter o encerramento e a estanquicidade da ferida cirúrgica mas não de forma a induzir astigmatismo. Todos os pontos de sutura evertidos.	
14	Encerramento da ferida cirúrgica: remoção do viscoelástico, hidratação da ferida cirúrgica e estanquicidade	Incapaz de remover convenientemente o viscoelástico. Incapaz de realizar uma sutura estanque ou não verifica se esta permite a	Remoção completa e cuidadosa questionável da totalidade do viscoelástico. São necessárias manobras adicionais para conseguir uma sutura estanque. Pode existir uma PIO	Remoção adequada mas com alguma dificuldade do viscoelástico após este passo. Verificação da estanquicidade da sutura ou necessário apenas um ajustamento mínimo no final da cirurgia.	Remoção cuidadosa e completa do viscoelástico após este passo, incisão verificada e estanque no final da cirurgia. PIO final adequada	

		estanquicidade. PIO final desadequada	desadequada, mas reconhece essa possibilidade	Pode existir uma PIO desadequada mas reconhece e trata		
Índices Globais						
15	Ferida cirúrgica neutra / globo ocular estabilizado Distorção mínima da córnea	Movimento praticamente constante do globo ocular e distorção da córnea.	Globo ocular frequentemente fora da posição primária, pregas de distorção frequentes.	Globo ocular frequentemente em posição primária, presença de discretas pregas de distorção.	Globo ocular mantido em posição primária durante a cirurgia. Ausência de produção de pregas de distorção. A dimensão e localização das incisões previnem a distorção da córnea.	
16	Globo ocular centrado na imagem do microscópio	Reposicionamento constantemente necessário	Reposicionamento ocasionalmente necessário.	Flutuação média na posição pupilar relativamente ao eixo do microscópio.	Pupila centrada durante a cirurgia.	
17	Manipulação do tecido conjuntival e corneano	Manipulação tecidual grosseira da qual resulta dano.	Manipulação tecidual por vezes grosseira da qual resulta dano mínimo.	Manipulação tecidual apropriada com dano potencial mínimo.	Tecido manipulado não danificado nem em risco à sua manipulação.	
18	Sentido de tridimensionalidade intraocular	Instrumentos cirúrgicos frequentemente em contacto com a cápsula, íris e endotélio.	Contacto acidental ocasional com a cápsula, íris e endotélio.	Contacto acidental raro com a cápsula, íris e endotélio.	Ausência de contacto acidental com a cápsula, íris e endotélio.	
19	Proteção da Iris	Íris constantemente em risco, manipulada de forma grosseira.	Íris ocasionalmente em risco, Necessidade de ajuda na decisão do momento e do modo de usar ganchos retractores, de anel ou outros métodos de proteção da íris.	Íris geralmente bem protegida. Discreta dificuldade com ganchos de íris, anel ou outros métodos de proteção da íris.	Íris preservada. Ganchos de íris, anel ou outros métodos de proteção da íris são usados de acordo com a necessidade	
20	Velocidade e fluidez geral do procedimento Cirúrgico	Hesitante, inícios e interrupções frequentes. Procedimento com duração superior a 60 minutos	Inícios e interrupções ocasionais Manipulações ineficazes, desnecessárias frequentes. Procedimento com duração de cerca de 60 minutos.	Manipulações ineficazes ou/ e desnecessárias ocasionais. Procedimento com duração de cerca de 45 minutos.	Manipulações ineficazes ou/ e desnecessárias são evitadas. Duração do procedimento de acordo com a sua dificuldade inerente. Geralmente cerca de 30 minutos deverá ser a duração adequada.	

Comentários:

Fonte: Golnik et al

Tradução: Dra. Helena Filipe e Dr. Eduardo Silva