

Rúbrica de Evaluación de la Competencia Quirúrgica Oftalmológica del International Council of Ophthalmology (International Council of Ophthalmology's "Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric" - ICO-OSCAR)

Las Rúbricas de Evaluación de la Competencia Quirúrgica Oftalmológica del International Council of Ophthalmology (ICO-OSCARs) han sido diseñadas para facilitar la evaluación y enseñanza de la habilidad quirúrgica. Los procedimientos quirúrgicos han sido desglosados en pasos individuales, y cada paso se califica en una escala de novato, principiante, principiante avanzado y competente. Se entrega una descripción del desempeño necesario para alcanzar cada calificación en cada paso. El evaluador simplemente rodea con un círculo la descripción del desempeño observado en cada paso del procedimiento. El ICO-OSCAR debe completarse al final del caso y discutirse inmediatamente con el estudiante para brindarle una devolución oportuna, estructurada y específica del desempeño. Estas herramientas fueron desarrolladas por un panel de expertos internacionales y son evaluaciones válidas de la habilidad quirúrgica.

Indicaciones para el instructor sobre el uso del ICO-OSCAR

1. Observe la cirugía realizada por el residente.
2. Idealmente, inmediatamente después del caso, rodee con un círculo cada caja de la rúbrica que contenga la descripción del paso que usted hubiese observado. Algunos instructores prefieren dejar que el residente por sí mismo dibuje primero el círculo. Si el caso se graba en vídeo, puede revisarse y calificarse más tarde, pero esto retrasa más la devolución inmediata efectiva.
3. Registre cualquier comentario relevante que no esté contemplado en la rúbrica.
4. Repase los resultados con el residente.
5. Desarrolle un plan de mejora (ej. práctica en laboratorio húmedo/pautas para el caso que sigue).

Sugerencias:

- Si se han hecho otros casos, revise los datos del ICO-OSCAR para fijarse qué áreas necesitan mejorarse.
- Si diferentes instructores calificarán a los mismos residentes sería conveniente que, antes de comenzar a utilizar la herramienta, califiquen juntos varias cirugías grabadas para asegurarse de que todos califican de la misma manera.

**Lista de Cotejo para Evaluación de la Competencia Quirúrgica Oftálmica del ICO para Extracción Extracapsular de Catarata
(ICO-Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric Extracapsular Cataract Extraction: ICO-OSCAR: ECCE)**

Fecha _____ Residente _____ Evaluador _____		Novato (puntaje = 2)	Principiante (puntaje = 3)	Principiante Avanzado (puntaje = 4)	Competente (puntaje = 5)	No aplicable. Hecho por el instructor (puntaje=0)
1	Colocación de campos quirúrgicos	Incapaz de comenzar a colocar los campos sin ayuda. Los campos necesitan recolocarse.	Coloca los campos con mínima instrucción verbal. Cobertura incompleta de las pestañas.	Pestañas mayormente cubiertas, los campos pueden obstruir mínimamente la visión.	Pestañas completamente cubiertas y alejadas del sitio de la incisión, los campos no obstruyen la visión.	
2	Posición y estabilidad del ojo	Incapaz de estabilizar el ojo en una buena posición.	Logra con cierta dificultad posición y estabilidad del ojo aceptables.	Logra buena posición y estabilidad del ojo.	Estabiliza el ojo en una buena posición de manera precisa y consistente.	
3	Acceso y cauterización escleral	Incapaz de acceder a la esclera exitosamente. Cauterización insuficiente o excesiva tanto en intensidad como en localización.	Accede a la esclera pero con dificultad y duda. Cauterización insuficiente o excesiva en localización o intensidad.	Logra buen acceso escleral con leve dificultad. Cauterización adecuada.	Accede a la esclera con precisión y destreza. Cauterización apropiada y precisa.	
4	Incisión escleral o córneo-escleral	Profundidad, localización y tamaño inadecuados de la incisión.	Sólo uno de los siguientes se realiza correctamente: profundidad, localización o tamaño de la incisión.	Sólo dos de los siguientes se realizan correctamente: profundidad, localización o tamaño de la incisión.	Buena profundidad, localización o tamaño de la incisión.	
5	Viscoelástico: Uso apropiado e inserción segura	Inseguro de cuándo, qué tipo y cuánto viscoelástico usar. Tiene dificultades o realiza múltiples intentos para acceder a la cámara anterior a través de la paracentesis, sin éxito.	Requiere mínima instrucción. Sabe cuándo utilizar pero administra la cantidad o tipo incorrectos.	Requiere mínima instrucción. Utiliza en el momento apropiado. Administra cantidad y tipo adecuados. Punta de la cánula en buena posición.	Los viscoelásticos son administrados en cantidad apropiada y en el momento apropiado con la punta de la cánula lejos de la cápsula cristalina y el endotelio, sin instrucción.	

6	Capsulotomía anterior	Movimientos torpes o toscos del quistítomo, enterrándolo demasiado profundo o demasiado superficial, el movimiento del cristalino pone las zónulas en peligro, control pobre que pone en riesgo la radialización. Dificultad para iniciar y mantener el flap evertido.	Movimientos ya sea torpes o toscos del quistítomo pero no ambos; los intentos tienen profundidad adecuada pero no óptima, algunos movimientos del cristalino, control pobre intermitentemente de la capsulotomía. Dificultades leves para evertir el flap.	Movimientos suaves pero imprecisos del quistítomo; la profundidad de los intentos es adecuada pero puede no ser óptima O algunos movimientos del cristalino O control pobre de la capsulotomía intermitentemente.	Movimientos suaves y precisos del quistítomo; profundidad y control correctos para una capsulotomía de tamaño apropiado.	
7	Agrandamiento de la herida	Arquitectura y/o tamaño inadecuados de la herida, el iris es dañado durante la maniobra. Agrandamiento incompleto, pérdida del plano del tejido, bandas residuales a lo largo de la incisión.	Prolapso del iris, filtración con la presión local. Ofrece acceso quirúrgico y visibilidad pobres de la cápsula y el saco.	Puede haber leve filtración, permite extracción adecuada del núcleo. Los bordes de la incisión no son paralelos.	Bordes de la incisión paralelos y biselados con precisión, no hay prolapso del iris, permite fácil extracción del núcleo.	
8	Hidrodissección del núcleo	Hidrodissección tosca e incompleta de las uniones cristalino-capsulares que impiden la rotación o extracción del núcleo, no reconocidas por el cirujano.	La hidrodissección es tosca o incompleta pero es capaz de reconocerlo y corregirla con múltiples intentos.	La hidrodissección y movilización del cristalino es imprecisa pero lograda en uno a varios intentos sin ayuda.	Hidrodissección precisa y controlada.	
9	Extracción del núcleo	El intento causa radialización de la capsulorrexis o desgarro en la cápsula posterior; incapaz de sostener y extraer el núcleo cristalino.	Movimientos coordinados pero aún incapaz de extraer el núcleo.	Movimientos incoordinados e imprecisos pero con extracción exitosa del núcleo cristalino.	El núcleo es extraído con destreza, movimientos y técnica bien controlados.	

10	Técnica de irrigación y aspiración con extracción adecuada de la corteza	Gran dificultad para introducir la punta de aspiración debajo de la cápsula anterior, el orificio de aspiración no es controlado, no puede regular el flujo de aspiración de acuerdo a lo necesario, no puede pelar el material cortical adecuadamente, compromete la cápsula o el iris con el instrumento de aspiración.	Moderada dificultad para introducir la punta de aspiración debajo de la cápsula anterior y mantener el orificio hacia arriba, intenta aspirar sin ocluir la punta, muestra poca comprensión de la dinámica de aspiración, el peeling cortical no es bien controlado, es entrecortado y lento, la cápsula se compromete potencialmente. Intentos prolongados resultan en material cortical residual mínimo.	Mínima dificultad para introducir la punta de aspiración debajo de la cápsula anterior, el orificio de aspiración está generalmente hacia arriba, atrapa la corteza en 360 grados, peeling cortical lento, pocos errores técnicos, material cortical residual mínimo. Alguna dificultad para extraer la corteza sub-incisional.	La punta de aspiración es introducida debajo del borde libre de la cápsula anterior en el modo irrigación con el orificio de aspiración hacia arriba. La aspiración es activada con el flujo justo como pata ocluir la punta, extrae toda la corteza eficientemente. El material cortical es pelado suavemente hacia el centro de la pupila, tangencialmente en casos de debilidad zonular. No presenta dificultad para extraer la corteza sub-incisional.	
11	Inserción, rotación y posición final del lente intraocular	Incapaz de insertar LIO.	La inserción y manipulación del LIO es dificultosa, el ojo es manipulado bruscamente, la cámara anterior no es estable, intentos repetidos resultan en incisión límite para el tipo de implante. Intentos repetidos, dubitativos, resultan en la colocación de la háptica inferior en el saco capsular, la háptica superior es rotada hacia su lugar.	La inserción y manipulación del LIO es lograda con mínima inestabilidad de la cámara anterior, la incisión es adecuada para el tipo de implante, la háptica inferior es colocada dentro del saco capsular con cierta dificultad, la háptica superior es rotada hacia su lugar.	La inserción y manipulación del LIO es realizada en una cámara anterior y saco capsular profundos y estables, con una incisión apropiada para el tipo de implante. La háptica inferior es colocada suavemente dentro del saco capsular; la háptica superior es rotada o suavemente curvada e insertada en su lugar.	
12	Cierre de la herida: manejo y colocación de las suturas	No puede confiarse en que cargue la sutura. Requiere instrucción y los puntos son colocados de manera torpe, lenta, no radial, con mucha dificultad, consistentemente en el plano tisular incorrecto, necesita repetir la misma sutura.	Alguna dificultad cargando y colocando las suturas, frecuentemente en el plano tisular incorrecto, puede requerir resuturar. Las suturas no son radiales o espaciadas apropiadamente.	Capaz de cargar las suturas consistentemente. Los puntos son colocados con dificultad mínima, generalmente en el plano tisular correcto. Las suturas son mayormente radiales y de largo y espacio entre suturas adecuado.	No tiene dificultades para cargar o colocar las suturas consistentemente en el plano tisular correcto. Todas las suturas son radiales y de largo y espacio entre suturas adecuado.	

13	Cierre de la herida: anudado de la sutura y rotación del nudo	Incapaz de lograr la tensión correcta, se evidencian múltiples estrías corneales, número incorrecto de pasadas, los nudos con frecuencia no son enterrados.	Tensión de las suturas desapareja, algunas estrías corneales, número de pasadas generalmente correcto, la mayoría de los nudos son enterrados.	Las suturas son ajustadas con el ajuste necesario como para mantener la herida cerrada, puede haber leve distorsión corneal, algún punto puede no estar enterrado adecuadamente. No hay estrías corneales.	Las suturas son ajustadas con el ajuste necesario como para mantener la herida cerrada, pero no demasiado como para inducir astigmatismo. Todos los nudos son enterrados.	
14	Cierre de la herida: extracción de viscoelásticos, hidratación de la herida, seguridad de la herida	Incapaz de extraer los viscoelásticos completamente. Incapaz de hacer que la incisión no filtre o no controla que la herida esté sellada. PIO final inadecuada.	Es dudoso si todos los viscoelásticos son extraídos en su totalidad. Se requieren maniobras extra para hacer que la incisión no filtre al final de la cirugía. Puede haber PIO inadecuada, pero reconoce esta posibilidad.	Los viscoelásticos son extraídos adecuadamente después de este paso con alguna dificultad. Se controla que la incisión no filtre o necesita ajuste mínimo al final de la cirugía. Puede haber PIO inadecuada pero reconoce y trata la PIO.	Los viscoelásticos son completamente extraídos después de este paso, la incisión es controlada y no filtra al final de la cirugía. PIO final adecuada.	
Índices Globales						
15	Neutralidad de la herida y minimización del movimiento ocular y la distorsión corneal	Movimiento del ojo y distorsión corneal casi constantes.	El ojo frecuentemente no está en posición primaria, frecuentes pliegues de distorsión.	El ojo está generalmente en posición primaria, pueden presentarse pliegues leves de distorsión corneal.	El ojo se mantiene en posición primaria durante la cirugía. No se forman pliegues de distorsión. El largo y localización de las incisiones impide la distorsión de la córnea.	
16	Ojo posicionado centralmente dentro de la visualización del microscopio	Requiere reposicionamiento constantemente.	Requiere reposicionamiento ocasional.	Leve fluctuación en la posición de la pupila.	La pupila se mantiene centrada durante la cirugía.	
17	Manipulación del Tejido Conjuntival y Corneal	La manipulación del tejido es tosca y ocurre daño.	Manipulación del tejido límite, ocurre daño mínimo.	Manipulación apropiada del tejido pero existe potencial de daño.	El tejido no es dañado ni está en riesgo a causa de la manipulación.	
18	Conciencia Espacial Intraocular	Los instrumentos están frecuentemente en contacto con la cápsula, iris o endotelio corneal.	Contacto accidental ocasional con la cápsula, iris y endotelio corneal.	Contacto accidental raro con la cápsula, iris y endotelio corneal.	No hay contacto accidental con la cápsula, iris o endotelio corneal.	

19	Protección del iris	Iris constantemente en riesgo, manipulado toscamente.	Iris ocasionalmente en riesgo. Necesita ayuda para decidir cuándo y cómo usar ganchos, anillo u otros métodos de protección del iris.	Iris generalmente bien protegido. Leve dificultad con los ganchos de iris, anillo u otros métodos de protección del iris.	El iris no es lesionado. Se utilizan ganchos de iris, anillo u otros métodos según sea necesario para proteger el iris.	
20	Rapidez general y fluidez del procedimiento	Dubitativo, comienzos y detenciones frecuentes, no es para nada fluido. Duración del caso mayor de 60 minutos.	Comienzos y detenciones ocasionales, son frecuentes las manipulaciones ineficientes e innecesarias, la duración del caso es de alrededor de 60 minutos.	Ocurren manipulaciones ineficientes y/o innecesarias ocasionalmente, la duración del caso es de alrededor de 45 minutos.	Son evitadas las manipulaciones ineficientes y/o innecesarias, la duración del caso es apropiada para la dificultad del mismo. En general, 30 minutos debería ser adecuado.	

Comentarios:

Traducido por: Dra. Ana Gabriela Palis. Médica Oftalmóloga, Profesora en Medicina. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Golnik KC, Beaver H, Gauba V, Lee AG, Mayorga E, Palis G, Saleh GM. Cataract surgical skill assessment. Ophthalmology. 2011 Feb;118(2):427.e1-5.

Adapt and translate this document for your non-commercial needs, but please include ICO attribution. Access and download ICO-OSCARs at icoph.org/ico-oscar