

## **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.

**ICO-Rúbrica de Evaluación de Competencias Quirúrgicas Oftalmológicas: Tira Tarsal Lateral  
(ICO-Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric: Lateral Tarsal Strip) (ICO-OSCAR: LTS)**

Fecha _____ Residente _____ Instructor _____		Novato (puntuación = 2)	Principiante (puntuación = 3)	Intermedio (puntuación = 4)	Avanzado (puntuación = 5)	No aplicable. Realizado por el Instructor (puntuación = 0)
1	<b>Administración de anestesia local:</b>  Localización y volumen	Cantidad inadecuada. Infiltración muy profunda o muy superficial (ej.: rasca el hueso o periostio, o se blanquea el tejido).  Localización incorrecta que hace que el paciente sienta dolor durante el procedimiento.	Cantidad excesiva de anestésico generando quemosis e interfiriendo en la disección, o cantidad insuficiente/ localización subóptima.	Cantidad apropiada de anestésico aplicado en ubicaciones casi óptimas. No interfiere hasta completar la cirugía.	Infiltración de anestésico local (con epinefrina) que se extiende desde el ángulo cantal lateral hacia abajo hasta el borde perióstico orbitario sin dañar grandes vasos. Volumen suficiente para lograr analgesia y ayudar a la hemostasia sin inducir quemosis.	
2	<b>Preparación y Colocación de Campos:</b>  Colocación de campo quirúrgico estéril	Posición inadecuada del campo. No cubre todo el cabello. Envoltura insuficiente que se abre durante el procedimiento. El campo interfiere con el acceso quirúrgico.  Repentino y enfoque de la lámpara directo a la cara del paciente.	El campo se coloca adecuadamente, pero la exposición no es óptima y el campo se desajusta durante el procedimiento.  El ángulo de la luz no es óptima.	El campo se coloca adecuadamente, pero la exposición no es óptima.  El ángulo de la luz es apropiado.	Buen acceso del canto lateral y reborde orbitario lateral.  La luz viene desde arriba de la cabeza del paciente, permitiendo un ajuste gradual del brillo.  Cara expuesta de la línea del cabello hasta debajo de la nariz, que permite comparar la posición de los cantos derecho e izquierdo durante la cirugía.	

3	<b>Incisión:</b>  Localización, longitud, dirección, orientación	Incisión mal construida. Demasiado largo/ corto o contra la línea de tensión relajada de la piel. Profundidad inadecuada. La anatomía no se expone apropiadamente.	La incisión es demasiado larga con poco respeto de las líneas de tensión relajada de la piel.	La incision es pequeña, pero se da cuenta y la alarga. La incision sigue la línea de tensión relajada de la piel.	La incision se extiende desde el ángulo cantal aproximadamente 5-10mm lateralmente a lo largo de la línea de tensión relajada de la piel exponiendo el reborde orbitario.	
4	<b>Preparación de Tira tarsal:</b>  Liberación de adherencias palpebrales	Mala hemostasia durante todo el procedimiento complicando la vista de disección. Liberación inadecuada del cruce lateral del tendón cantal lateral/ falla para identificar y exponer adecuadamente el tendón. Pérdida del plano de disección.	Liberación incompleta del cruce lateral del tendón cantal lateral.  Tiene que revisar este paso más adelante en el procedimiento después de haber sido instruido.  Alguna dificultad con la hemostasia.	Liberación incompleta del cruce lateral del tendón cantal lateral.  Se da cuenta del error sin la instrucción y luego lo revisa.  La hemostasia es adecuada.	Liberación e identificación del cruce lateral del tendón cantal lateral con disección mínima asegurando la liberación completa del párpado inferior del periostio orbitario.  La hemostasia lograda permite visualizar las estructuras.	
5	<b>Preparación de Tira tarsal:</b>  Formación de Tira tarsal	Insuficiente comprensión de objetivos anatómicos.  Tira demasiado corta (causando tensión indeseable/ no llegando al periostio). Resección insuficiente de conjuntiva/músculo/pestañas de la tira.	Remoción excesiva de tejido.  La tira es finita, haciendo dificultoso el anclaje de suturas.	La tira es finita, pero mantiene las suturas adecuadamente.	El tamaño de la tira es adecuada con remoción correcta de piel y conjuntiva tarsal.  Los retractores inferiores y la conjuntiva son seccionados desde el margen inferior del tarso. La línea gris se divide de la lamela posterior.	

6	<b>Disección:</b>  Creación del acceso al reborde orbitario	Exposición insuficiente de periostio.  Técnica de disección inadecuada que lesiona el tejido incluyendo el periostio.  Sangrado excesivo.	El músculo orbicular cubre el periostio.  Difícil acceso al sitio de fijación. Incapaz de manejar el prolapso de grasa orbitaria al campo quirúrgico.	La disección excesiva conduce a algún prolapso de grasa orbitaria. La grasa se contrae adecuadamente con cauterio bipolar.	Periostio orbitario lateral expuesto alrededor del sitio de anclaje del tendón. La disección permite un fácil acceso y visualización del aspecto interno del reborde orbitario lateral.	
7	<b>Sutura:</b>  Tira tarsal suturado a la cara interna del periostio del reborde orbitario	Las suturas no anclan adecuadamente la tira. Falla en asegurar dos puntos, puntos no paralelos/ en el mismo plano dando una tensión asimétrica/ rotación de la tira. Gran dificultad en el anclaje de la sutura al periostio - aguja doblada o tejido desgarrado.	Las suturas se colocan adecuadamente luego de múltiples intentos con agarre deficiente del periostio orbitario.	Las suturas se colocan en el segundo intento.  Fijación al periostio adecuada.	Utiliza material de sutura apropiado.  Las suturas pasan a través de la tira para asegurar una buena aposición al periostio.  La sutura se coloca en la cara interna del periostio del borde interno orbitario para asegurar una buena aposición al globo.	
8	<b>Sutura:</b>  Altura y posición del párpado	Asimetría de los dos cantos laterales y/o no coincide la altura con el canto contralateral.  Ajuste excesivo/ sutura perióstica lábil resultando en medialización/ arrastre del canto lateral.  Los cantos laterales colocados/ reformados están demasiado bajos, a la misma altura o menor a la altura de los cantos mediales.	Asimetría leve de la altura cantal o estimación inexacta de la altura cantal requerida.  Tensión excesiva/ insuficiente.	Estimación precisa de la altura cantal requerida.  Tensión excesiva/ insuficiente.	Se alcanzan la altura y la posición deseada.  La tira está adherida al periostio con suficiente tensión.  Suturas posicionadas de tal manera que no se palpa el nudo de los puntos en el borde orbitario.	

9	<b>Sutura:</b>  Cierre del canto, músculo y piel	No reforma los cantos laterales.  Deficiente técnica de sutura y/o resultado. Dificultad para montar suturas, múltiples intentos de colocación, deficiencia en alineamiento de suturas.	El ángulo cantal no está alineado.  Cierre de herida inadecuado o excisión inadecuada del orbicular.	El ángulo cantal está en su lugar pero no perfectamente alineado.  Se da cuenta del error y lo corrige.	Ángulo cantal lateral reformado con o sin sutura reabsorbible. El orbicular se conserva y se ubica en el reborde orbitario para el sostén palpebral inferior. El exceso de piel se recorta y se cierra sin tensión sobre la herida.	
<b>Índices globales</b>						
10	Mantenimiento de la hemostasia	Poco conocimiento anatómico de la vasculatura.  Los ajustes incorrectos o el mal uso del electrocauterio causa quemaduras, daño colateral o falla para lograr una adecuada hemostasia.	Tiene dificultad para identificar el origen del sangrado. El cauterio es aplicado en el área en lugar del punto de sangrado.	La hemostasia es buena en general, pero tiene problemas en manejar un sangrado mayor.	Electrocauterio utilizado eficazmente para lograr la hemostasia durante cada paso del procedimiento que permite una visualización clara de la anatomía.	
11	Visualización adecuada del tejido	Falla en encontrar los planos quirúrgicos.  No expone el tejido adecuadamente durante la disección.	Incapaz de lograr consecuentemente una buena exposición quirúrgica.  Corrige los errores con instrucción.	Exposición quirúrgica razonable pero no respeta los planos quirúrgicos de manera consistente.  Se da cuenta de los errores e intenta corregirlos.	Tamaño de la incisión suficiente. La hemostasia y la retracción permite consistentemente a una buena exposición del tejido.	

12	Manipulación de los tejidos	Manipulación innecesaria repetida del tejido. Crea lesiones mediante el uso inapropiado de pinzas. Daño al tejido por colocación repetida de suturas.	Algún manejo innecesario de tejido con leve daño del mismo.	Manejo innecesario del tejido mínimo sin daño del mismo.	Buen conocimiento de la anatomía regional con manipulación eficiente de los tejidos y disección mínima requerida para crear y suturar la tira.  Conocimiento espacial demostrado dentro del campo quirúrgico.	
13	Conocimiento del instrumental quirúrgico	Poco o ningún conocimiento de los instrumentos. Combinaciones inadecuadas de porta agujas, tijeras y pinzas que resultan en cirugía insegura o daño colateral.	Uso inapropiado del instrumental ocasional y no se da cuenta de ello.	Uso inapropiado del instrumental ocasional pero se da cuenta del error y lo corrige.	Uso apropiado del instrumental en toda la cirugía.	
14	Técnica de montaje de la aguja de la sutura	Gran dificultad en el montaje de la sutura que requiere múltiples intentos. La aguja no se coloca en la posición correcta en el porta agujas. Daño a la aguja/ redondeamiento de la punta/ aguja doblada.	Capaz de montar la sutura pero en una ubicación incorrecta. Mala estabilidad de la aguja dentro del porta agujas.	Capaz de montar y colocar la aguja en el porta agujas, pero todavía permite la rotación y la inestabilidad de la aguja.	Aguja semicircular montada 2/3 a lo largo de su longitud en el porta agujas que permite un agarre firme de la aguja sin permitir la rotación de la misma mientras que se sostiene.	

15	Velocidad y eficacia de los movimientos	Movimientos repetidos innecesarios. Lento y vacilante. Múltiples intentos en la misma maniobra. Manos mal posicionadas y/ o la postura del cuerpo para ayudar con el procedimiento.	Varios movimientos ineficientes que requieren instrucción.	Mínimos movimientos innecesarios pero alguna vacilación.	Disección y sutura decididas y eficientes.  Tiempo quirúrgico menor a 45 minutos por lado.	
16	Flujo general del procedimiento	Mala planificación adelantada. Falta de fluidez. Vacilante. Múltiples tareas repetidas.	Detiene y comienza durante todo el procedimiento.	Flujo razonable pero ocasionalmente indeciso o vacilante.	Estructuración y secuencia lógica al procedimiento con movimientos decisivos y sin vacilación.	
17	Comunicación con el paciente y el equipo quirúrgico	Inseguro o poco comunicativo con el paciente o el equipo quirúrgico resultando en una mala respuesta a las necesidades quirúrgicas.	Comunicación inconsistente con el paciente o el equipo quirúrgico.	Se comunica con el paciente y el equipo quirúrgico de manera consistente pero no siempre clara o inequívoca.	Comunicación clara e inequívoca con el paciente y el personal durante el procedimiento para garantizar un procedimiento coordinado y eficiente.	

---

Comentarios

---



---

Traducido al español por: Dra. Moon Young Sin. Sección Oculoplástica, Servicio de Oftalmología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Golnik KC, Gauba V, Saleh GM, Collin R, Naik MN, Devoto M, Nerad J. Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric for Lateral Tarsal Strip Surgery. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2012 Sep;28(5):350-4.

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](http://icoph.org/ico-oscar)