

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

Grelha 1

ICO – Rubrica de Avaliação de Competência Cirúrgica Oftalmológica – SICS (ICO-OSCAR: SICS)						
Data _____						NA. Realizado pelo tutor (pontuação = 0)
Orientando _____	Sem Experiência (Pontuação = 2)	Principiante (Pontuação = 3)	Intermédio (Pontuação = 4)	Competente (Pontuação = 5)		
Avaliador _____						
1	Preparação dos campos cirúrgicos	Incapaz de iniciar a preparação do campo cirúrgico sem ajuda.	Prepara o campo cirúrgico com um mínimo de instrução verbal. Cobertura dos cílios incompleta.	Cobertura quase completa dos cílios, preparação da cirurgia com mínima obstrução visual.	Cílios completamente cobertos e afastados do local da incisão, campos cirúrgicos não obstruem a vista.	
2	Acesso escleral & cauterização	Incapaz de ter acesso a esclera com sucesso. Cauterização insuficiente ou excessiva tanto em intensidade como em localização.	Acede à esclera, mas com dificuldade e alguma hesitação. Cauterização insuficiente ou excessiva em intensidade ou localização.	Consegue bom acesso escleral com pouca dificuldade. Cauterização adequada.	Acesso escleral realizado com precisão e habilidade. Cauterização precisa e adequada.	
3	Túnel esclerocorneal	Profundidade, localização e tamanho incorretos da incisão com dissecação muito hesitante. Pode ocorrer prolapso da íris.	Um dos critérios seguintes está correto: profundidade, localização ou tamanho da incisão. Capaz de dissecar para frente, mas incapaz de perceber a profundidade.	Dois dos critérios seguintes estão corretos: profundidade, localização ou tamanho da incisão. Entende que a profundidade do túnel está incorreta, mas é incapaz de corrigi-la.	Profundidade, localização e tamanho da incisão corretos. Construção do túnel no plano correto, se estiver incorreto, é capaz de retificar.	
4	Entrada da córnea	Entrada hesitante na CA com o ceratótomo. Incapaz de estender a válvula interna. Aplanamento significativo da câmara anterior. Requer extensão ou sutura da incisão cirúrgica.	Entra na CA, mas tem dificuldade na extensão. Segue um plano diferente. Entrada anterior ou posterior no sítio de dissecação. Aplanamento leve na CA. Requer extensão ou sutura da incisão cirúrgica.	Entrada no plano correto. Capaz de estender, mas com utilização repetida do viscoelástico. Válvula interna irregular. Requer extensão ou sutura da incisão cirúrgica.	Entra com facilidade no plano correto. Extensão adequada da incisão sem precisar de alargar. Conserva o viscoelástico durante a extensão. Autovedante; fornece acesso adequado à manobra cirúrgica.	
5	Paracentese & inserção do viscoelástico	Colapso da câmara ao realizar a paracentese. Largura, comprimento e localização incorretos. Perfura a cápsula anterior ao entrar. Inseguro em relação a quando, a que tipo e a quanto usar de viscoelástico. Apresenta dificuldade no acesso à câmara anterior pela paracentese.	Largura, comprimento e localização da incisão corretos. Câmara anterior levemente aplanada. Requer um mínimo de instrução. Sabe quando usar, mas administra a quantidade ou o tipo incorretos de viscoelástico.	Largura, comprimento e localização incorretos. Câmara anterior quase estável. Não requer instruções. Tempo de administração, tipo e quantidade do viscoelástico corretos com correta posição da cânula.	Largura, comprimento e localização da incisão corretos. Administra o viscoelástico na quantidade correta, no tempo correto com a ponta da cânula afastada da cápsula da lente e do endotélio.	
6	Capsulorrexix: início da abertura da aba & acabamento do retalho	Requer instrução, tentativas, persegue em vez de controlar a rexis, pode provocar rompimento.	Instrução mínima, perda ocasional do controle da rexis, pode ocorrer ruptura do córtex.	Sob controle; alguns movimentos desajeitados ou de reposicionamento, ausência de ruptura do córtex.	Abordagem delicada e controle confiante da rexis, sem ruptura do córtex.	
7	Capsulorrexix: confecção e finalização circular	Tamanho e posição inadequado em relação à densidade do núcleo, pode ocorrer laceração.	Tamanho e posição raramente adequados em relação à densidade do núcleo, dificuldade em realizar uma rexe circular, pode ocorrer laceração.	Tamanho e posição quase exatos em relação à densidade do núcleo, demonstra controle e requer apenas instrução mínima.	Tamanho e posição adequados em relação à densidade do núcleo, ausência de laceração, controle rápido da radialização sem ajuda, mantém controle do retalho e da profundidade da CA durante a capsulorrexix.	

8	Hidrodissecção: onda líquida visível e prolapso livre de um polo do núcleo	Fluido de hidrodissecção não injetado no sítio ou em quantidade para obter rotação ou prolapso do núcleo.	Necessidade de várias tentativas, capaz de deslocar o polo nuclear após vários ensaios. Força manualmente o deslocamento nuclear antes da hidrodissecção correta; efeito “cheese-wiring”.	Fluido injetado no sítio apropriado, capaz de provocar deslocamento num polo do núcleo, mas encontra mais do que uma resistência mínima.	Observa a onda líquida livre, adequada ao hidroprolapso nuclear livre ou deslocamento mecânico com resistência mínima. Consciente das contraindicações da hidrodissecção.
9	Rotação completa do núcleo na CA	Incapaz de produzir a rotação do núcleo na CA. Engancha a superfície nuclear anterior ou posterior, roda o núcleo no saco, toca a íris e a córnea, constrição pupilar, pode danificar a cápsula ou zônula.	Rotação do núcleo após várias tentativas falhadas, necessita de instrução, agita o córtex, provocando redução da visibilidade; toca a íris ou a córnea; ausência de danos na cápsula ou zônula.	Desloca o núcleo na CA com mais do que uma resistência mínima. Não toca na córnea.	Rotação com resistência mínima. Ausência de danos na pupila e íris.
10	Extração do núcleo	Danifica o endotélio, a íris ou a cápsula, incapaz de segurar e extrair o núcleo, movimentos não coordenados.	Movimentos coordenados, mas incapaz de extrair o núcleo, danos na córnea ou íris, incapaz de avaliar o tamanho da incisão em relação à densidade do núcleo.	Remove o núcleo após várias tentativas, mais de um fragmento, talvez necessite estender a incisão antes da extração.	Extração do núcleo em uma ou duas tentativas; tamanho da incisão apropriado em relação à densidade do núcleo.
11	Técnica de irrigação e aspiração com adequada remoção do córtex	Grande dificuldade ao introduzir a ponta de aspiração sob a borda da capsulorrexe, não controla a posição do orifício da aspiração, incapaz de regular o fluxo de aspiração conforme necessário, incapaz de remover o material cortical de forma adequada, retira a cápsula ou íris com a cânula de aspiração.	Dificuldade moderada ao introduzir a ponta de aspiração sob a capsulorrexe e ao manter a posição do orifício para cima, tentativas de aspirar sem provocar oclusão da ponta, demonstra pouca compreensão sobre a dinâmica da aspiração, remoção cortical não está bem controlada, desajeitado e lento, cápsula potencialmente comprometida. Tentativas prolongadas que resultam em material cortical residual mínimo.	Dificuldade mínima ao introduzir a ponta de aspiração sob a capsulorrexe, orifício de aspiração geralmente voltado para cima, córtex engatado a 360 graus, remoção cortical lenta, poucos erros técnicos, material cortical residual mínimo. Pouca dificuldade na remoção do córtex sob a incisão.	Ponta de aspiração é introduzida sb a borda livre da capsulorrexe no modo de irrigação com o orifício de aspiração para cima, aspiração ativada apenas no fluxo necessário para ocluir a ponta, remove de forma eficiente todo o córtex, material cortical é removido cuidadosamente em direção ao centro da pupila e tangencialmente nos casos de fragilidade zonular. Sem dificuldade na remoção do córtex subincisional.
12	Implantação, rotação e posicionamento final das lentes intraoculares (LIO)	Incapaz de implantar a LIO.	Dificuldade para implantar, manipular a LIO, manipulação agressiva, câmara anterior instável. Tentativas repetidas e relutantes na colocação do háptico ou tacto inferior na cápsula, tentativas repetidas para rotar o háptico ou tacto superior na posição com força excessiva.	Implantação e manipulação da LIO realizadas com instabilidade mínima da câmara anterior, háptico ou tacto inferior colocado com a alguma dificuldade, háptico ou tacto superior posicionado por rotação com certa pressão.	Implantação e manipulação da LIO realizadas em câmara anterior e saco capsular profundos e estáveis, com incisão apropriada para o tipo de implante. O háptico ou tacto inferior é colocado delicadamente no saco da cápsula; o háptico ou tacto superior é posicionado por rotação ou delicadamente dobrado e inserido no sítio sem exercer pressão demasiada sobre a capsulorrexe ou as fibras da zônula.

13	Encerramento da incisão (inclusive sutura, hidratação e verificação da segurança quando necessário)	Caso a sutura seja necessária, precisa de receber instruções e os pontos são dados de forma desajeitada e lenta com muita dificuldade; provável ocorrência de astigmatismo, agulhas dobradas, rotação incompleta das suturas e vazamento das incisões; incapaz de remover completamente o viscoelástico. Incapaz de realizar a incisão estanque ou de verificar se a incisão está estanque. PIO final incorreta.	Caso a sutura seja necessária, os pontos são dados com pouca dificuldade, pode ser necessário fazer nova sutura, encerramento duvidoso da incisão com provável astigmatismo, pode precisar de instrução, remoção completa do viscoelástico duvidosa, manobras adicionais são necessárias para tornar a incisão estanque no final da cirurgia. PIO pode estar incorreta.	Caso a sutura seja necessária, os pontos são dados com pouca dificuldade, com tensão suficiente para manter a incisão fechada, pode resultar em astigmatismo discreto, remoção adequada do viscoelástico após esta etapa com alguma dificuldade. A incisão é verificada e está estanque ou necessita de pouco ajustamento no final da cirurgia. PIO pode estar incorreta.	Caso a sutura seja necessária, os pontos são dados com tensão suficiente para manter a incisão fechada, mas não tão apertados para induzir o astigmatismo, remoção completa do viscoelástico após esta etapa, a incisão é verificada e está estanque no final da cirurgia. PIO final correta.
14	<b>Índices globais</b> Neutralidade da incisão e rotação ocular mínima e distorção da córnea	Movimento ocular praticamente constante e distorção da córnea.	Olho com frequência fora da posição primária, pregas de distorção frequentes.	Olho em geral na posição primária, presença discreta de pregas de distorção da córnea.	Olho mantido na posição primária durante a cirurgia. Falta de pregas de distorção. A extensão e localização das incisões evitam a distorção da córnea.
15	Olho centralizado ao microscópio	Requer reposicionamento constante.	Requer reposicionamento ocasional.	Leve flutuação na posição da pupila.	Pupila mantida em posição centralizada durante a cirurgia.
16	Manipulação do tecido corneano e conjuntival	Manipulação tecidual grosseira e ocorrência de danos.	Manipulação tecidual limítrofe e ocorrência mínima de danos.	Manipulação adequada do tecido, mas com risco potencial de danos.	Tecido não danificado nem em risco pela manipulação.
17	Consciência espacial intraocular	Instrumentos frequentemente em contacto com a cápsula, íris, endotélio corneano; instrumento auxiliar fora da posição correta.	Contacto ocasional com a cápsula, íris, endotélio corneano; às vezes, instrumento auxiliar na posição correta.	Contacto raro com a cápsula, íris, endotélio corneano. Com frequência, instrumento auxiliar na posição correta.	Sem contacto com a cápsula, íris, endotélio corneano. Instrumento auxiliar na posição correta.
18	Protecção da íris	Íris constantemente em risco, muito mal protegida.	Íris ocasionalmente em risco. Precisa de ajuda para decidir quando e como utilizar ganchos, anéis e outros métodos de protecção da íris.	Íris geralmente bem protegida. Dificuldade discreta na utilização dos ganchos de íris, anéis ou outros métodos de protecção da íris.	Íris sem lesão. Ganchos de íris, anéis e outros métodos de protecção da íris utilizados quando necessário.
19	Velocidade e fluidez globais do procedimento	Muito hesitante, incícios e interrupções frequentes, não apresenta fluidez.	Incícios e interrupções ocasionais, manipulações corriqueiras desnecessárias e ineficientes, duração do procedimento ao redor de 60 minutos.	Manipulações ocasionais desnecessárias e/ou ineficientes, duração do procedimento ao redor de 45 minutos.	Manipulações desnecessárias e/ou ineficientes são evitadas, duração do procedimento de acordo com o grau de dificuldade. Em geral, 30 minutos deveriam ser suficientes.

Comentários: \_\_\_\_\_