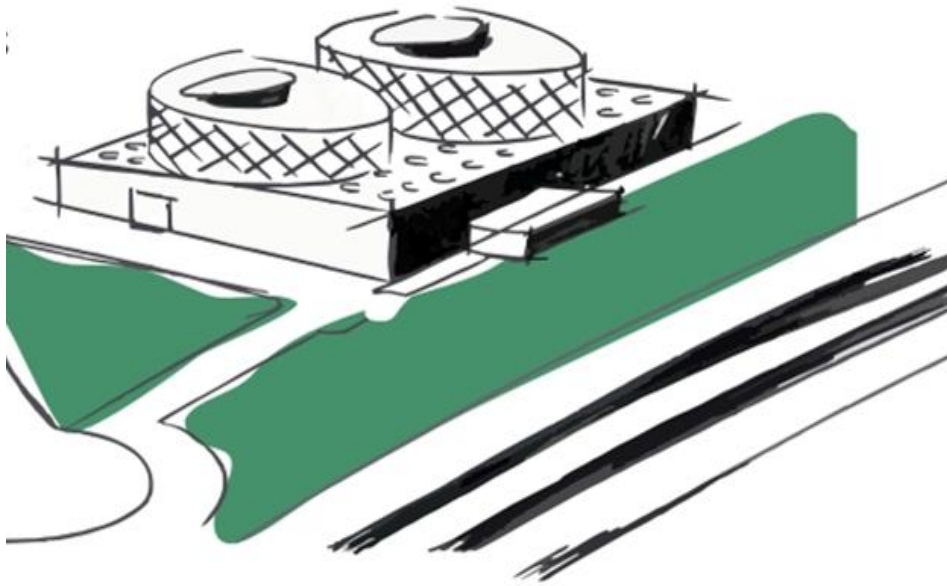


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA



Aprobado por la Comisión de Docencia en su reunión de 14 de octubre
2021.

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2014	Versión Inicial
1	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
2	Abril 2019	Revisión del Documento.
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento
4	Abril 2026	Actualización documento

INDICE

1.INTRODUCCIÓN	2
2. NORMATIVA APLICABLE	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	4
4.1. Definición de los niveles de Supervisión	4
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización	5
4.3 Asistencia a pacientes en consulta externa	5
4.4 Asistencia a pacientes en el quirófano	5
4.5 Supervisión decreciente durante la residencia.....	6
Supervisión de residentes de primer año.....	6
Supervisión a partir del segundo año de residencia	7
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	7
6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO	8
7. ANEXOS.....	10
7.1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en (<i>Indicar el área asistencial</i>).....	10

1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los residentes que se formen en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Por ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó el **Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un **descenso** progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero**, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, contempla en su artículo 15 (punto primero), que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “*asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad y un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista*”.
- **ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

- **REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre**, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- **LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.
- **Orden SAS/3072/2009**, de 2 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oftalmología.
- **Orden SSI/81/2017, de 19 de enero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Oftalmología se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva**: “Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista”.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
4. **La supervisión de residentes de primer año será de presencia física** y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro por los que el personal en formación esté 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.**
5. **La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo**. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, instrucciones específicas sobre el grado de

responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicos habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

4.1. Definición de los niveles de Supervisión

En la tabla aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Niveles de supervisión establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del HURJC.

Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión	Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y, posteriormente, informa.
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor supervisión	Actividades realizadas por el facultativo especialista observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad y, exclusivamente actúa como observador o asistente

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.

4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización

El Servicio de Oftalmología no dispone de una planta de hospitalización propia. El residente pasará visita a los pacientes hospitalizados, si los hubiere, junto con el facultativo que le esté supervisando en su rotación por la subespecialidad correspondiente.

4.3 Asistencia a pacientes en consulta externa

El residente dedicará un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo a enfermos nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico de plantilla al que esté adscrito, bajo la supervisión del mismo, lo que le permitirá rotar por todas las consultas generales y monográficas existentes en la especialidad de Oftalmología. Las actividades que deberá realizar derivarán directamente de la entrevista personal con el paciente y se recogerán en la historia clínica incluyendo el interrogatorio clínico, examen con lámpara de hendidura y funduscopía, valoración de exámenes complementarios, formalización de la historia clínica, plan de actuación y si la actividad implica el desarrollo quirúrgico del proceso, solicitará el estudio preoperatorio incluyendo la consulta preanestésica e inclusión en lista de espera. Cumplimentará el documento del consentimiento específico y será explicado detenidamente al paciente que a continuación lo formalizará por escrito. La inclusión en lista de espera quirúrgica ha de ser supervisada y firmada por el oftalmólogo adjunto responsable de esa agenda con independencia del año de residencia. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa.

La asistencia a consultas externas será supervisada y compartida con un médico adjunto del servicio hasta el último año de residencia y se encuentra detallada en el anexo 7.

4.4 Asistencia a pacientes en el quirófano

El residente participará de forma activa en las intervenciones urgentes cuando esté de guardia y en la programación quirúrgica del servicio con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Dicha responsabilidad será evaluada por el Tutor y Jefe de Servicio y siempre será supervisado por un oftalmólogo del equipo. El residente asumirá las funciones de cirujano o ayudante en base a la experiencia acumulada en función del año de residencia y a las directrices marcadas por el Tutor y Jefe de Servicio.

Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la cumplimentación de los informes quirúrgicos y de alta, la solicitud de estudios anatomo-patológicos o de otro tipo y la información a familiares.

Durante el primer año, actuará como primer o segundo ayudante de los diferentes procedimientos. Posteriormente irá desarrollando progresivamente una mayor independencia, pasando a ser cirujano principal de ciertos procedimientos, en función de su año de formación y sus habilidades, siempre bajo la indicación y tutela del Tutor o del especialista responsable en el quirófano. Para más detalle consultar Anexo 7.

4.5 Supervisión decreciente durante la residencia

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 en la especialidad de Oftalmología
- 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 de especialista en Oftalmología.

En aplicación de ambos principios, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicio en los distintos dispositivos del HRJC o de las rotaciones externas aprobadas, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

Principios generales para observar, son:

- En todas las rotaciones los residentes contarán con un profesional de plantilla que supervisará su trabajo.
- Los residentes en el primer y segundo año serán objeto de un nivel de supervisión alto o medio (3 y 2 respectivamente).
- A partir del tercer año de residencia se deberá ir alcanzando el nivel de supervisión más bajo (1) en ciertos puntos especificados en cada área.
- Por otro lado, le corresponde al tutor
 - orientar al residente durante toda su formación, estableciendo un sistema de seguimiento periódico, continuado y estructurado
 - analizar el proceso continuado de aprendizaje del residente, evaluando la adquisición e incorporación de las competencias definidas en el programa de la especialidad (informes de evaluación formativa e informe anual), utilizando el libro del residente entre otros instrumentos de evaluación.

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 del centro o unidad en 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.

Supervisión a partir del segundo año de residencia

El mencionado Real Decreto indica que los residentes, a partir de su segundo año de formación, tendrán una supervisión progresivamente decreciente observando los principios siguientes:

- En todas las rotaciones los residentes contarán con un profesional de plantilla que supervisará su trabajo. Los residentes en el primer y segundo año serán objeto de un nivel de supervisión alto o medio (3 y 2 respectivamente). A partir del tercer año de residencia se deberá ir alcanzando el nivel de supervisión más bajo (1) en ciertos puntos especificados en cada área.
- Por otro lado, le corresponde al tutor orientar al residente durante toda su formación, estableciendo un sistema de seguimiento periódico, continuado y estructurado. También es el tutor el encargado de analizar el proceso continuado de aprendizaje del residente, evaluando la adquisición e incorporación de las competencias definidas en el programa de la especialidad (informes de evaluación formativa e informe anual), utilizando, entre otros instrumentos de evaluación, el libro del residente.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los pasos a seguir en su formación, así como indicarle las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor del facultativo pasa a ser de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente en ese momento.
- Durante los primeros años de formación, el especialista debe supervisar de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo éste experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita de los pacientes ingresados o en la atención del paciente en Consultas Externas. El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente. Igualmente debe contactar con él en caso de duda diagnóstica o terapéutica.
- En caso de circunstancias especiales el residente tendrá que estar supervisado durante toda su residencia, en situaciones de especial gravedad, traslado de centro, cuando procede informar a las autoridades judiciales... etc.

6. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES

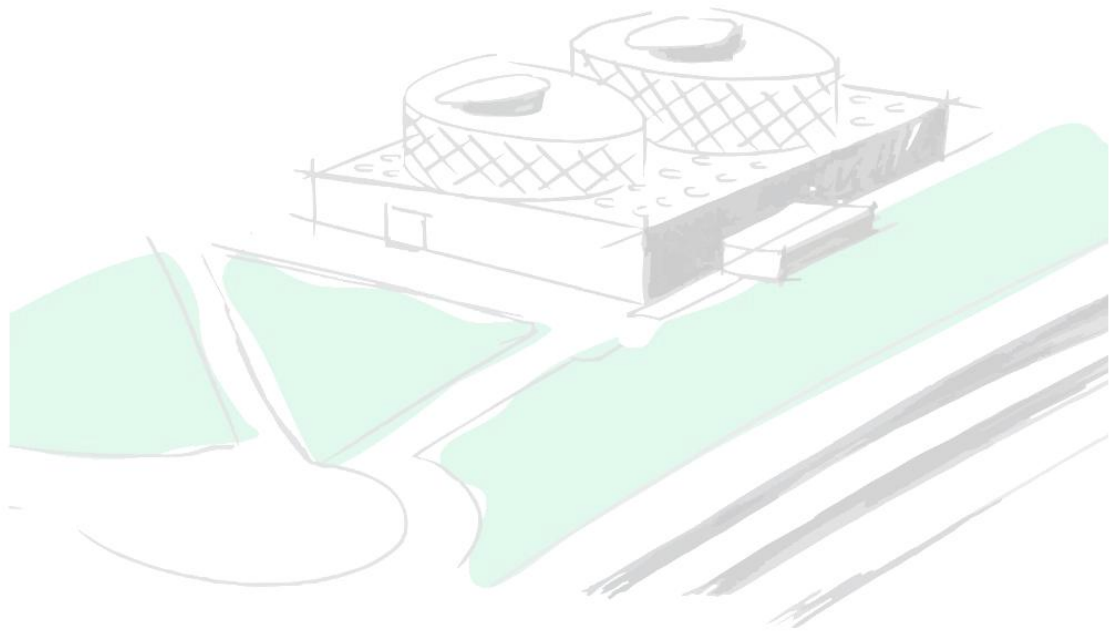
- Recepción y bienvenida a los residentes cuando inician la residencia junto con el jefe de servicio; información general del servicio, entrega del plan de formación y de las rotaciones individuales a cada residente.
- Organización del plan de rotaciones cumpliendo las directrices del plan de formación del ministerio y adecuándolo al número de residentes y a las características de nuestro servicio.
- Redacción del Plan de Formación de Oftalmología adecuado para nuestro hospital siguiendo las directrices del plan de formación del ministerio y las recomendaciones de la comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Así mismo, los tutores son responsables de la actualización periódica del plan.
- Supervisión de las evaluaciones de las rotaciones de los residentes y de la memoria anual del residente, antes de que sea evaluada por la Comisión de Docencia. Los tutores avalan que la información recogida en las mismas es correcta.
- Supervisión de las sesiones clínicas que organizan los residentes.
- Supervisión de la distribución de las guardias que hacen los residentes.
- Reuniones de tutoría bimensuales con el colectivo de los residentes; duración media de 30 minutos. En ellas se tratan en grupo temas referentes a la formación.
- Sesiones de tutorización individual, de duración aproximada de 20 minutos, con frecuencia deseable trimestral. En ellas se tratan de forma individual aspectos relacionados con la formación.
- Estar a la disposición de los residentes para intentar solucionar cualquier problema concreto que surja en relación con su formación y servir de nexo con el colectivo de facultativos, así como con el jefe de servicio cuando se precise.

7. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

El residente de Oftalmología estará siempre supervisado a lo largo de todo su periodo formativo en las siguientes situaciones especiales:

- En todas las intervenciones quirúrgicas que realice de forma electiva o urgente.
- En la información a familiares en situaciones de gravedad o fallecimiento.
- Información a autoridades judiciales o pacientes que requieren la intervención del Jefe de Hospital.
- Exploración física de pacientes que han sido sometidos a abusos o agresiones sexuales.
- Solicitud de consentimiento informado para estudios que hayan precisado autorización previa por el Comité de Bioética.
- En situaciones en las que exista un evidente deterioro de la relación médico-paciente, pacientes en situación de conflicto o reclamación.
- Pacientes que solicitan segunda opinión.
- Pacientes que por situación clínica son de riesgo para realizar técnicas intervencionistas.

- Cuestiones éticas que afecten al paciente o la familia del paciente de forma directa o indirecta.
- Decisión sobre la necesidad de traslado de pacientes a otro hospital, o admisión de pacientes desde otro centro



ANEXOS

Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo

Detallar actos asistenciales en esta área asistencial más relevantes indicando el nivel de supervisión teniendo en cuenta que en los residentes de Primer año se debe garantizar la supervisión de presencia física del residente (Niveles 2 ó 3).

AREA ASISTENCIAL	R1	R2	R3	R4
ACTIVIDADES GENERALES				
Presentarse e informar al paciente y familiares	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	1	1	1
Anamnesis e historia clínica, orientación global del paciente y valoración de su gravedad	2-3	1	1	1
Utilización racional de las pruebas complementarias (análisis e imagen básica) e interpretación de las mismas	3	2	1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	2-3	1-2	1	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	2-3	2	1	1
Decisión de ingreso o alta hospitalaria	2-3	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
RCP básica y avanzada soporte ventilatorio no invasivo	3	2	1	1
Checklist	3	1	1	1
Anestesia retrobulbar	3	2	1	1
Facoemulsificación + implante de LIO	2	2	1	1
Sección POLO ANTERIOR				
Realización de pruebas complementarias (topografía, biometría, microscopía especular, OCT, Schirmer)	3	2	1	1
Toma de muestras microbiológicas	3	2	1	1
Capsulotomía posterior laser YAG	3	2	1	1
Colocación de lentes de contacto terapéuticas	3	2	1	1
Indicación terapéutica médica	3	2	2	1
Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata, pterigión)	3	2	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	2	1	1
Suturas corneales / conjuntivales	3	2	1	1
Extirpación simple de lesiones córneo-conjuntivales	3	2	1	1

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Extirpación de pterigión + 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	3	2	1	1
Implante secundario de LIO	3	3	2	2
Queratoplastia penetrante o lamelar	3	3	2	2
Sección GLAUCOMA				
Realización de pruebas complementarias (Gonioscopía, biometría, OCT)	3	2	1	1
Iridotomía laser YAG	3	2	1	1
Colocación de lentes de contacto terapéuticas	3	2	1	1
Indicación terapéutica médica	3	2	2	1
Indicación quirúrgica procedimientos comunes (catarata)	3	2	1	1
Indicación quirúrgica procedimientos especiales (implante Ex - Press, EPNP, trabeculectomía, implante DDG)	3	2	2	2
Goniopunción 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 DDG	3	3	2	2
Implante de parche escleral / membrana amniótica	3	3	2	2
Sección: Oftalmología infantil y Neurooftalmología				
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	3	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 nistagmo. 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

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Exploración y diagnóstico de la diplopía: parálisis oculomotoras y descompensación de heteroforias	3	2	1	1
Realización de pruebas complementarias (OCT, pantalla de Lancaster...)	2-3	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, nistagmo y torticolis de causa ocular	3	3	2	2
Facoemulsificación + implante de LIO	3	2	1	1
Sección RETINA				
Exploración retiniana (polo posterior y periferia) con oftalmoscopia directa, indirecta y biomicroscopía. Haciendo uso de los diferentes tipos de lentes y de la técnica de indentación escleral	3	2	1	1
Indicación, realización e interpretación de tomografía de coherencia óptica (OCT)	3	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	3	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 heredodegenerativas 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 ^{SEP} flash, PEV pattern, EOG)	3	2	2	2
Inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos y fármacos intraoculares.	3	2	1	1
Retinopexia neumática	3	3	2	2

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Cirugía escleral del desprendimiento de retina	3	3	2	2
Vitrectomía vía pars plana	3	3	2	2
Facoemulsificación + implante de LIO	3	2	1	1
Sección: OCULOPLÁSTICA				
Exploración palpebral y orbitaria (Hertel)	3	2	1	1
Exploración vías lagrimales	3	2	1	1
Interpretación pruebas de imagen	3	2	1	1
Indicación quirúrgica trastornos palpebrales	3	2	1	1
Indicación quirúrgica vías lagrimales	3	2	2	1
Indicación quirúrgica orbitaria	3	2	2	2
Cirugía /biopsia lesiones menores sala curas	3	2	1	1
Colocación tapones dilatadores	3	2	1	1
Suturas eversoras, tarsorrafia, drenaje, traumas menores	3	2	1	1
Inyección toxina botulínica	3	2	1	1
Electrolisis pestañas	3	2	1	1
Cirugía menor en quirófano	3	2	1	1
Cirugía mayor palpebral	3	2	2	2
Cirugía mayor vías lagrimales	3	2	2	2
Cirugía mayor orbitaria	3	2	2	2