



CURSO DE PREPARACIÓN DE **OPE** / ACTUALIZACIÓN EN
OFTALMOLOGÍA

AMIR SALUD

TEMARIO **AMIR SALUD**
OPE /ACTUALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA

ISBN

978-84-18278-03-7

ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR, S.L.

www.academiamir.com

opes@academiamir.com

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



Este manual ha sido impreso con papel ecológico, sostenible y libre de cloro, y ha sido certificado según los estándares del FSC (Forest Stewardship Council) y del PEFC (Programme for the Endorsement of Forest Certification).



Presentación

Los cursos de OPE/Actualización AMIR Salud tienen como objetivo profundizar y actualizar de manera detallada y rigurosa todos los campos de la especialidad. Permiten al alumno, en un único temario con sus manuales y clases correspondientes, adquirir un vasto y completo conocimiento de los aspectos teóricos y prácticos de su área de especialización médica, tanto de aquellos más comunes en la práctica clínica habitual, como de otros menos frecuentes y que, por tanto, menos domina, permitiéndole ganar en conocimiento y confianza a la hora de tratar a sus pacientes, además de prepararse para avanzar en su carrera profesional.

El curso también está dirigido a médicos facultativos especialistas en Oftalmología, que deseen consolidar su situación laboral a través de la superación de una prueba tipo test de conocimientos generales de su profesión, encuadrada en una oferta pública de empleo (OPE).

El curso se ha dividido en 27 temas, que abarcan la mayoría de la materia que compone el temario oficial de cualquier OPE de Oftalmología. El claustro de profesores ha elaborado sus clases ad-hoc para cubrir cada tema específico del programa.

Hay que destacar el carácter dual (teórico y práctico) de los materiales formativos que se ponen a disposición de los alumnos, entre los que destaca un completo temario clínico. Para completar su formación, se entrega a los alumnos un completo y práctico manual de Estadística y Epidemiología, orientado a la resolución de cuestiones relativas a estas dos disciplinas transversales, tan de moda últimamente.

Junto con los materiales físicos se añade una plataforma digital en la que el alumno podrá consultar el manual clínico, visualizar las videoclases y realizar infinidad de preguntas de iguales características al de una OPE real, así como realizar simulacros de examen, que le permitan conocer en todo momento el avance de su formación.

Debido a que la competencia en este tipo de pruebas suele ser muy elevada, es muy recomendable recurrir a cursos de preparación de oposiciones en centros de formación, que garantizan la mejor preparación, y cuyo objetivo principal sea que el alumno consiga el mejor puesto en la vacante de su elección. Para conseguir superar las pruebas con éxito es fundamental elegir un centro reconocido en la preparación de estos cursos de formación / preparación de OPEs.

Los alumnos obtienen de esta manera un destacado porcentaje de éxito gracias a la ayuda de un equipo docente altamente especializado, temarios de creación propia constantemente actualizados y plataformas tecnológicas de última generación con excelente usabilidad.

Temario Legislación

En nuestra preparación está incluido el temario de legislación de la comunidad autónoma que el alumno escoja, lo que incluye los propios temas desarrollados, videoclases expositivas, y técnica de abordaje y resolución de preguntas OPE reales.



Nuestro curso de OPE / Actualización en Oftalmología está reconocido por la UDIMA con **30 créditos ECTS**.

El European Credit Transfer and Accumulation System es un sistema utilizado por las universidades europeas para convalidar asignaturas y, dentro del denominado proceso de Bolonia, cuantificar el trabajo relativo al estudiante que trabaja bajo los grados auspiciados por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

En España está regulado en el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre. En él se establece que el crédito ECTS es la unidad de medida del haber académico, y que representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos de la titulación. En esta asignación deberán estar comprendidas las horas correspondientes a las clases lectivas, teóricas o prácticas, las horas de estudio, las dedicadas a la realización de seminarios, trabajos, prácticas o proyectos, y las exigidas para la preparación y realización de los exámenes y pruebas de evaluación.

En el caso de los cursos homologados, estos créditos reconocen el número de horas de un curso. En el apartado de Méritos de una convocatoria de oposiciones, el alumno podrá presentar y acreditar, por haber superado este curso, 30 ECTS, un número de créditos muy elevado en comparación con otros cursos.





Claustro de profesores

Coordinación docente

Elena López Tizón

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla,
Madrid

Jaime Campos Pavón

Hospital 12 de Octubre. Madrid

Sara Gallo Santacruz

Hospital Can Misses
y Policlínica Nuestra Señora del Rosario, Ibiza

Autores

Nieves Alonso Formento

Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Hospital de Madrid Torrelodones, Madrid

Mónica Asencio Durán

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Teresa Colás Tomás

Hospital Universitario Infanta Leonor. Cirugía Ocular
de Madrid. Hmvisionmadrid, Madrid

Fernando Cruz González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Clínica
Vissum Miranza, Madrid

Pablo de Arriba Palomero

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
Clínica Rementería (Madrid)

Elisabet de Dompablo Ventura

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Elena del Fresno Valencia

Hospital Universitario del Tajo, Madrid

Elena López Tizón

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid

Ana Dorado López-Rosado

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Amanda García Tirado

Hospital Universitario del Tajo, Madrid

Marta Gómez Mariscal

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Estíbaliz Ispizua Mendivil

Hospital de Urduliz, Bizkaia

Julio José González López

Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Clínica Baviera, Madrid

Lucía Gutiérrez Martín

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

Paula Hernández Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Clínica Rementería, Madrid

Silvia López-Plandolit Antolín

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

David Mingo Botín

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Mercedes Molero Senosiáin

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid

Rafael Montejano Milner

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid
Clínica Novovisión, Madrid

María Nieves Moreno

Hospital Universitario La Paz, Madrid
Hospital La Luz, Madrid

Susana Noval Martín

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Laura Porrúa Tubío

Instituto Oftalmológico Gómez Ulla. Santiago
de Compostela

Mar Prieto del Cura

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

Marta Rodríguez Piñero

Clínica Oftalvist, Madrid

Nerea Sáenz Madrazo

Hospital Gral Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Mercedes Serrador García

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Gonzalo Velarde Rodríguez

Fundación Jiménez Díaz. Hospital Ruber, Madrid

Haery Won Kim

Hospital de La Princesa. Clínica Rementería, Madrid

20/200 1

E

1 20/200

20/100 2

F P

2 20/100

20/70 3

T O Z

3 20/70

20/50 4

L P E D

4 20/50

20/40 5

P E C F D

5 20/40

20/30 6

E D F C Z P

6 20/30

20/25 7

F E L O P Z D

7 20/25

20/20 8

D E F P O T E C

8 20/20

9

L E F O D P C T

9

10

F D P L T C E O

10

11

P E Z O L C F T D

11



Plan de estudios

1. Anatomía de la órbita y el globo ocular

Paula Hernández Martínez

2. Óptica y refracción

Gonzalo Velarde Rodríguez

3. Cirugía refractiva

Slivia López-Plandolit Antolín

4. Órbita

Nieves Alonso Formento · Haery Won Kim · Laura Porrúa Tubío

5. Párpados

Marta Rodríguez Piñero

6. Aparato lagrimal

Ana Dorado López-Rosado

7. Conjuntiva

David Mingo Botín · Elisabet de Dompablo Ventura

8. Epiesclera y esclerótica

Mercedes Serrador García

9. Córnea

Nerea Saénz Madrazo

10. Cristalino

Fernando Cruz González

11. Glaucoma

11.1. Terminología y epidemiología

Teresa Colás Tomás

11.2. Presión intraocular y dinámica del humor acuoso

Teresa Colás Tomás

11.3. Evaluación clínica. Métodos diagnósticos

Teresa Colás Tomás

11.4. Glaucomas de ángulo abierto

Teresa Colás Tomás

11.5. Glaucoma por cierre angular

Teresa Colás Tomás

11.6. Glaucoma en la infancia

Teresa Colás Tomás

11.7. Tratamiento médico del glaucoma

Teresa Colás Tomás

11.8. Tratamiento láser en glaucoma

Teresa Colás Tomás

11.9. Tratamiento quirúrgico del glaucoma

Teresa Colás Tomás

12. Neuro-oftalmología

Susana Noval Martín

13. Retina**13.1. Técnicas de exploración vítreo-retiniana**

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

13.2. Patología vascular

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

13.3. Retinopatía diabética

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

13.4. Desprendimiento de retina

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

13.5A. DMAE

Mónica Asencio Durán • Amanda García Tirado

13.5B. Alteraciones maculares

Mónica Asencio Durán • Amanda García Tirado

13.6. Patología coroidea

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

13.7. Distrofias hereditarias de la retina

Mónica Asencio Durán • Amanda García Tirado

14. Uveítis

Julio José González López • Rafael Montejano Milner

15. Oftalmología pediátrica

María Nieves Moreno

16. Traumatología ocular

Pablo de Arriba Palomero

17. Facomatosis

Marta Gómez Mariscal

18. Tumores intraoculares**18.1. Tumores de la úvea**

Mónica Asencio Durán • Amanda García Tirado

18.2. Linfomas y leucemias

Mónica Asencio Durán • Amanda García Tirado

18.3. Neoplasias del nervio óptico y de la vía óptica

Amanda García Tirado • Mónica Asencio Durán

19. Vías de administración terapéutica de fármacos en oftalmología. Tratamientos farmacológicos con potencial toxicidad oftalmológica y neurooftalmológica

Elena del Fresno Valencia

20. Simulación en oftalmología

Mar Prieto del Cura

21. Peritaje y oftalmología laboral

Mar Prieto del Cura

22. Aplicación del láser en oftalmología

Mar Prieto del Cura

23. Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo

Lucía Gutiérrez Martín

24. Migrañas, cefaleas y algias faciales

Lucía Gutiérrez Martín

25. Pruebas electrofisiológicas

Lucía Gutiérrez Martín

26. Trastornos del nervio facial

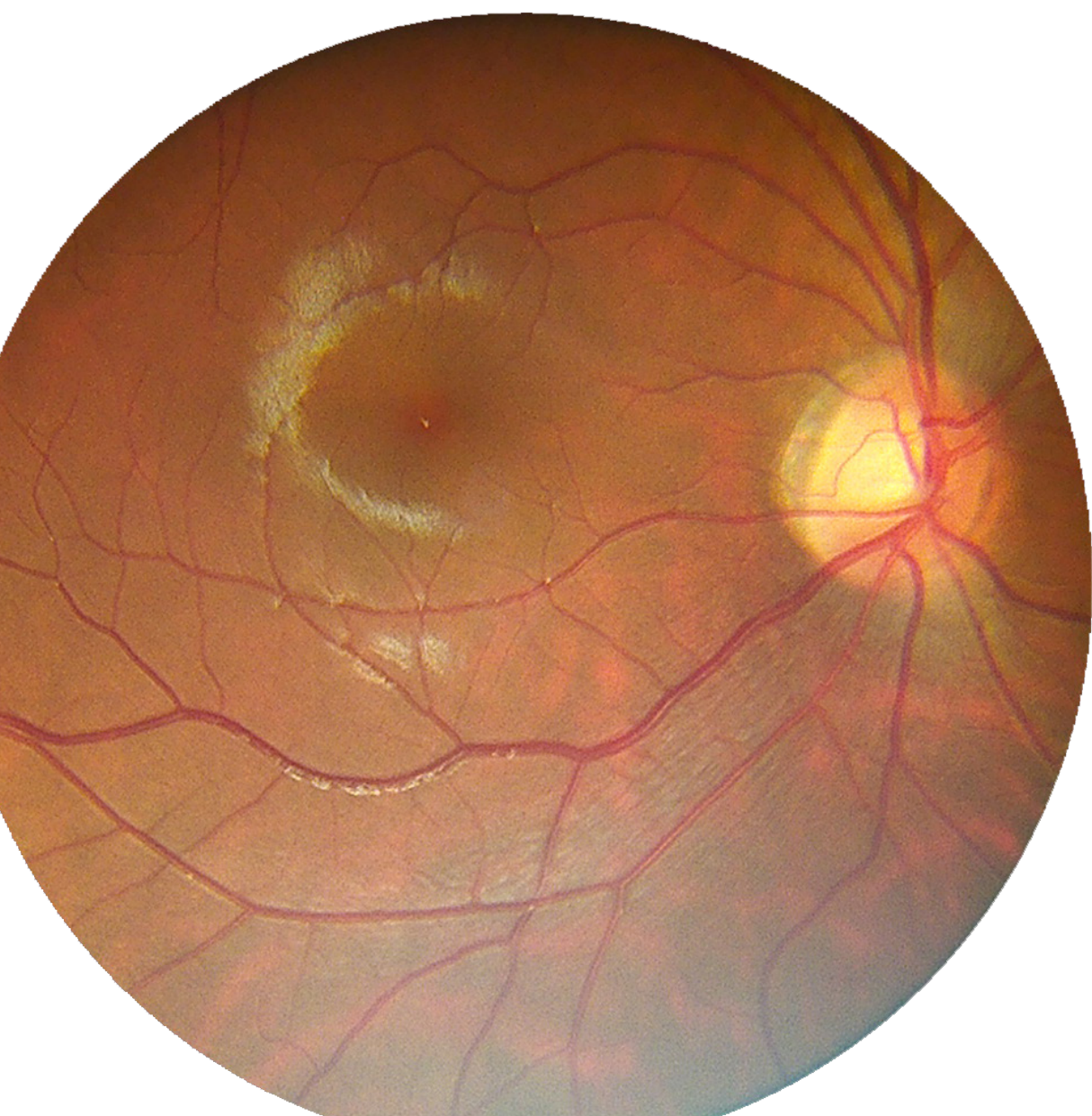
Rafael Montejano Milner

27. Análisis preguntas OPEs previas (recurso online)

Elena López Tizón • Estibaliz Ispizua Mendivil • Silvia Pérez Trigo • Mercedes Molero Senosiain

+ Temario Legislación





Manuales



que se produce un líquido en la aguja. E... diversos dispositivos reducir este fenómeno.

Sistemas Venturi

Las bombas Venturi... táticas por el hecho de presión negativa en el... ración y el vacío se pro... dependen totalmente del flujo de aire por la abertura de la bomba Venturi. Esta abertura es lo que se controla con el pedal en la posición 2. Estas bombas se llaman también bombas de vacío. Se dice que la atracción con estas bombas es mejor. Ciertamente tienen un tiempo de subida del vacío más rápido, lo que acelera el proceso de aspiración de fragmentos, pero, como contrapartida, en manos inexpertas hay peligro de que todo vaya demasiado rápido y sea menos controlable la situación en la cámara anterior. Para alcanzar las altas tasas de flujo a través de una bomba Venturi para que ésta funcione, se necesita un compresor o un cilindro de aire comprimido.

Bomba diafragmática

El movimiento de líquido en estas bombas se genera por el movimiento vertical de un diafragma deformable. La dinámica de fluidos típica de estas bombas estaría en una posición intermedia entre los sistemas Venturi y peristálticos.

Bomba de espirales

Presente en algunos aparatos modernos, se trata de una bomba que puede funcionar de forma parecida tanto a un sistema peristáltico como a un Venturi. Se basa en la rotación de una espiral interna respecto a una espiral externa fija. Para funcionar como una bomba de flujo o peristáltica, se mantiene constante la velocidad de rotación de la espiral interna a un valor prefijado, pero, si se varía la velocidad, se obtendrá un vacío variable, similar a una bomba Venturi.

El propósito de las tecnologías de bombas presentadas es producir un flujo controlable en una cámara anterior estable durante la extracción de la catarata. En cualquier técnica de esculpido, el parámetro más útil es la entrada de suero a través del manguito de infusión y su salida a través de la aguja hueca de faco. Es este flujo continuo el que elimina los fragmentos nucleares que van siendo esculpidos: en un sistema peristáltico es la velocidad de aspiración la que controla el flujo, mientras que en un Venturi, el vacío y la aspiración se combinan en un parámetro, produciendo el mismo efecto. Cuando se extraen los fragmentos nucleares, el vacío se utiliza para sujetar los trozos de catarata mientras son emulsificados. Durante esta fase de la operación, se emplean flujos más rápidos y mayores vacíos para atraer y sujetar los fragmentos nucleares mientras la aguja del faco rompe. El movimiento de la aguja de faco gene-



6.4.3. Pasos de la Facoemulsificación

Dilatación
Todos los pacientes deben ser dilatados previamente con colirios midriáticos y/o cicloplejicos.

Incisión
La longitud de la incisión principal debe ser de 2,75-3,2 mm dependiendo del tipo de LIO a implantar, las LIO's plegables pueden insertarse a través de incisiones de 2,75 a 3,2 mm. El efecto sobre el astigmatismo preexistente con este tipo de incisiones resulta mínimo o nulo.

Capsulorrexia
Se debe realizar una capsulorrexia curvilínea continua (CCC) dado que evita desgarros radiales, estabiliza el núcleo durante la cirugía y ayuda a estabilizar y centrar la lente implantada. Se puede hacer de forma manual o en la actualidad con laser de femtosegundo. La capsulorrexia debe estar centrada idealmente en ecuador y tener un tamaño de 5 mm, que puede variar en función de la LIO que vamos a implantar y sus características. Capsulorrexia demasiado grandes pueden provocar la inestabilidad y descentrado de la LIO y capsulorrexia demasiado pequeñas pueden llevar a fimosis capsular. En ocasiones, cuando no se ve bien el fulgor retiniano por cataratas hiper maduras o cataratas corticales es necesario hacer una tinción de la capsula anterior con azul tripan (Figura 8) que se inyecta en cámara anterior y después se lava con BSS.

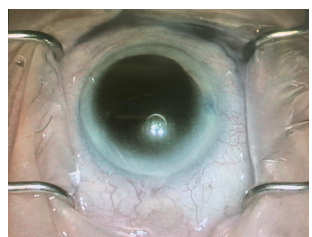


Figura 8. Cápsula anterior teñida con azul tripan durante cirugía de catarata

la capsulorrexia... epinúcleo y salida del fluido atrapado... de la capsulorrexia al deprimir el núcleo y deshacer el bloque capsular. La hidrodelineación consiste en introducir líquido en el núcleo para separar las distintas capas del núcleo (no se puede realizar en cataratas blandas ni en cataratas hiper maduras). Se procede después a la rotación del núcleo y epinúcleo dentro del saco capsular, lo que facilita las distintas técnicas de emulsificación.

Facoemulsificación

En el programa del faco se dispone de distintas fases con parámetros diferentes para la realización de la cirugía (Figura 9).

- ✓ Prefaco: muchos cirujanos no lo usan. Se utiliza para aspirar las masas corticales y mejorar la visualización del núcleo. Necesita una aspiración y vacío intermedios sin potencia de faco.
- ✓ Esculpido: se realiza el esculpido del núcleo para su posterior fragmentación según las diferentes técnicas. Necesita una potencia alta de ultrasonidos (dependiendo del grado de catarata) con un vacío bajo para que no se atraiga el núcleo cristalino.
- ✓ Aspiración de fragmentos: una vez fragmentado el núcleo se procede a la aspiración y emul-

los en el que se necesita... en la fase previa con una... dos igual o menor. ... rizar la aspiración de los... restantes se necesita una... y un vacío y flujo de aspi... fase previa.

- ✓ Pulido: se cambia el terminal de la capsulorrexia para que irriga y aspira sin producir vacío. En esta fase el vacío y el flujo de aspiración serán muy altos.
- ✓ Aspiración: para retirar pequeños restos de cortex y realizar limpieza de la capsula del cristalino para evitar opacificación posterior, tiene tanto un vacío como un flujo de aspiración muy bajos para evitar dañar la capsula.
- ✓ Viscoclastico: para retirar el viscoelástico remanente en la cámara anterior. Se realiza con el mismo terminal de irrigación/aspiración y es el paso final de la facoemulsificación después de introducir la LIO.

Técnicas de Facoemulsificación

Existen múltiples técnicas de faco y variaciones dentro de las mismas técnicas.

1. Sin fractura: *carouselling, chip and flip, slow flow y slow vacuum.*
2. Con fractura:
 - a) Prechop: femto, Akaoshi prechop, Esclaf ultrachopper.
 - b) Chop: *stop and chop, vertical chop, Horizontal chop, Quick chop, Slice and chop, Snap chop, Step by step, Microchop.*



Figura 9. Ejemplo de pantallas con las diferentes fases de la cirugía en un facoemulsificador Centurion® (Alcon)

tra, indicando dónde se encuentra el centro de la distribución.

Media aritmética

La más utilizada, principalmente en distribuciones **simétricas**. Es el "centro de gravedad" del conjunto de valores. No debe usarse en distribuciones asimétricas ya que, al ser un cálculo matemático, los valores de los extremos influirán más que los centrales pudiendo artificialmente desplazar el valor de la media hacia ellos (en cuyo caso la media dejará de indicar dónde está el centro).

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

Mediana

Es el valor de la variable que presenta el individuo que ocupa la posición central si ordenamos las observaciones de menor a mayor, esto es, que divide el conjunto de observaciones en dos partes iguales (deja la mitad de las observaciones por encima y la mitad por debajo). Si la distribución de valores es simétrica por debajo). Si la distribución de valores es simétrica, coincide con la media. Es la más indicada si los datos a analizar tienen una distribución **asimétrica** o presentan valores extremos.

Moda

Es el valor más repetido de todos los valores de la variable. Puede ser un valor único o haber varias. Es útil para distribuciones con varios "picos" de frecuencia, esto es, con varias modas.

3.2. Medidas de dispersión

Cuando analizamos los resultados, una variable cuantitativa en una muestra de sujetos, no sólo nos interesa en torno a qué valor se agrupan los resultados obtenidos (medida de tendencia central), sino también si las observaciones se encuentran "cerca" o "lejos" del centro de la distribución. Este dato lo indican las medidas de dispersión.

Para las variables de distribución **simétrica** se utiliza la **desviación típica**, y para las variables de distribución **asimétrica** el **rango intercuartílico**.

Ejemplo: la media de presión arterial sistólica de una muestra de pacientes puede ser de 130 mmHg porque la mitad tiene 129 mmHg y la otra mitad 131 mmHg (esta muestra tiene una PAS muy bien controlada), pero también puede ser 130 mmHg porque la mitad de pacientes tenga 90 mmHg y la otra mitad 170 mmHg (a pesar de tener la misma media, esta muestra es muy diferente de la otra, ya que los valores individuales están muy "alejados" del centro).

Las principales medidas de dispersión son:

Desviación típica (desviación estándar, σ)

Es la media de la diferencia que existe entre cada observación individual realizada y la media aritmética de la distribución. Se obtiene a partir de la raíz cuadrada de la **varianza (σ^2)**, que es la media del **cuadrado** de dichas diferencias.

$$\sigma^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n} \quad \sigma = \sqrt{\sigma^2}$$

Para calcular la desviación típica es necesario realizar una argucia matemática, ya que si calculamos sin más la media de la diferencia o "separación" mencionada, al sumar la separación de los valores menores a la media (a la "izquierda"), que dará números negativos, más la separación de los valores mayores a la media (a la "derecha"), que dará números positivos, los números positivos se anularán con los negativos y obtendremos un resultado = 0.

Dicha argucia matemática es la **varianza**, que es la media del **cuadrado** de la separación mencionada. Al elevar al cuadrado las separaciones "negativas", se vuelven números positivos y ya no se anulan con las separaciones positivas.

Rango (recorrido)

Es la diferencia entre el valor máximo que toma la variable y su valor mínimo.

Rango intercuartílico

Es la diferencia entre el valor que ocupa el cuartil 3 (C3) de la distribución y el valor que ocupa el cuartil 1 (C1). Esto es, es el "rango" existente entre los individuos que se sitúan en el 50% central de la distribución.

Coefficiente de variación

Se utiliza para comparar la dispersión de varias distribuciones, ya que **no tiene unidades** (es adimensional). Indica qué porcentaje respecto de la media supone la desviación típica de una distribución.

Ejemplo: no es lo mismo separarse (DT) 10 kg respecto a 50 kg de media (un 20% de separación) que respecto a 100 kg de media (un 10% de separación).

$$CV = \sigma / \bar{x}$$



Recuerda...

En variables cuantitativas de **distribución simétrica**, los resultados se expresan con la media y la desviación típica. En variables cuantitativas de **distribución asimétrica**, los resultados se expresan con la mediana y el rango intercuartílico.

Estadística y Epidemiología

AMIR

3.3. Medidas de posición (localización)

Se basan en la ordenación de las observaciones de menor a mayor, y la posterior división de la distribución obtenida en grupos que contienen el mismo número de observaciones. A cada grupo se le asigna un número que indica el número de grupos situados a su "izquierda", esto es, que tienen valores de la variable **menores o iguales** a él. En general a estos grupos se les denomina "**centiles**", pero en función del número de grupos que se utilicen existen distintos nombres:

Cuartiles

Se divide a la distribución en cuatro partes iguales.

Deciles

Se divide a la distribución en 10 partes iguales.

Percentiles

Se divide a la distribución en 100 partes iguales.

La **mediana** ocupa la posición central de una distribución, por lo que también es una medida de localización. Al situarse en el centro, equivale al cuartil 2 (C2), decil 5 (D5) o percentil 50 (p50).

Ejemplo: el percentil 75 (p75) será el valor de la variable obtenido por aquél individuo tal que el 75% de las observaciones hayan sido menores o iguales a dicho valor, y el 25% de las observaciones hayan sido mayores a dicho valor. El p75 equivale al C3 y al D7,5.

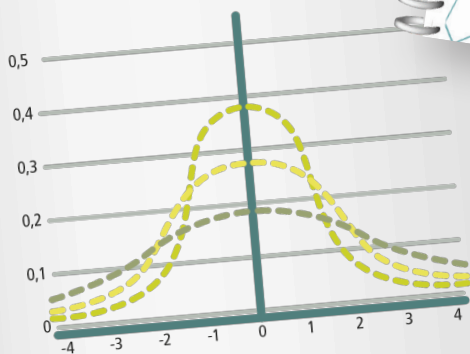


Figura 2. Dispersión de distribuciones. Cuanto más "estrecha" y más "alta" sea la distribución, menor dispersión existirá.

3.4. Medidas de forma de una distribución

Cuando dos distribuciones coinciden en sus medidas de posición y dispersión, se hace difícil su com-

paración. Una forma de la s se comparan res ideales normal que se utilizan el apun

Asimetría

Estu

torne

tración

mida

de es

distr

cuil

res

nu

c

TEMARIO OPE
ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

AMIR OPEs

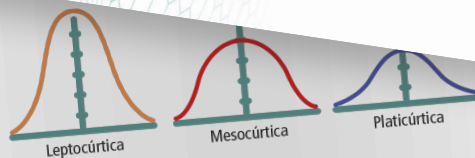
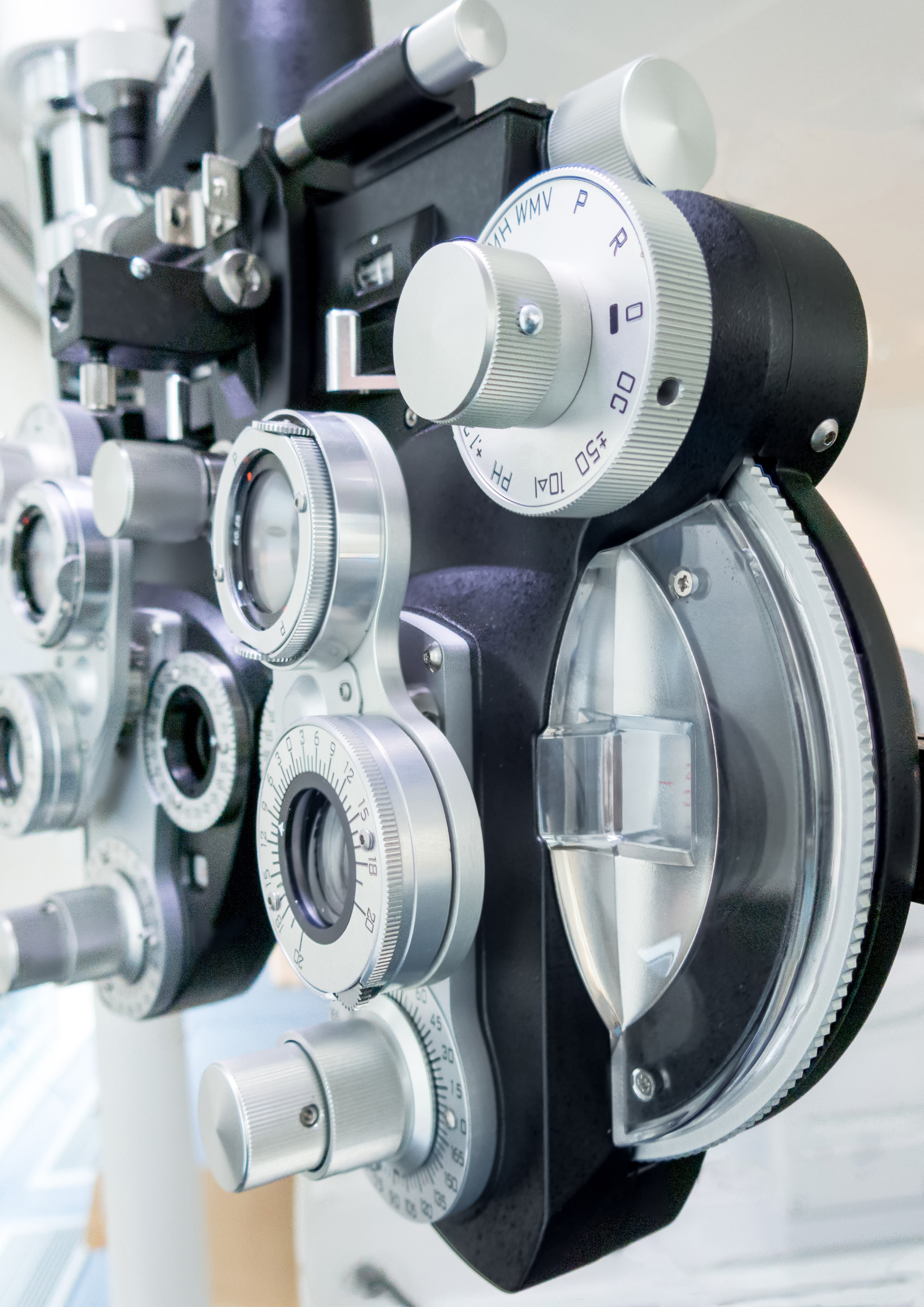


Figura 4. Curtosis.

Curtosis o apuntamiento

La curtosis mide el grado de agudeza o achatamiento de una distribución en relación a la distribución normal (determina cuán puntiaguda es una distribución). Se mide con el coeficiente de curtosis de Fisher (g_2). Se dice que una curva es mesocúrtica cuando posee un grado de apuntamiento igual a la distribución normal ($g_2 = 0$). Se denomina leptocúrtica si es más apuntada ($g_2 > 0$). Se denomina platicúrtica si es más achatada ($g_2 < 0$).



Plataforma digital

Temario actualizado

AMIROPEs

CONTACTO

Datos Personales

Bienvenido Alvaro Frias

Cerrar sesión

Menú

- Inicio
- Autoevaluación
- Simulacros
- Mis preguntas
- Histórico de examen
- Histórico de fallos
- Temario
- AMIRTV

TEMARIO

Manuales Digitales

Buscar...

Nombre

- Tema 1 - Anatomía de la Órbita y el Globo Ocular
- Tema 2 - Óptica y Refracción
- Tema 3 - Cirugía Refractiva
- Tema 4 - Órbita
- Tema 5 - Párpados
- Tema 6 - Aparato Lagrimal
- Tema 7 - Conjuntiva
- Tema 8 - Epiesclera y Esclerótica
- Tema 9 - Córnea
- Temario Legal

1 / 18

TEMARIO OPE OFTALMOLOGÍA

TEMA 01

ANATOMÍA DE LA ÓRBITA Y EL GLOBO OCULAR

AMIROPEs

© 2020 AMIROPEs

Version: 1.9.0

AMIROPEs

CONTACTO

Datos Personales

Bienvenido Alvaro Frias

Cerrar sesión

Menú

- Inicio
- Autoevaluación
- Simulacros
- Mis preguntas
- Histórico de examen
- Histórico de fallos
- Temario
- AMIRTV

TEMARIO

Manuales Digitales

Buscar...

Nombre

- Tema 1 - Anatomía de la Órbita y el Globo Ocular
- Tema 2 - Óptica y Refracción
- Tema 3 - Cirugía Refractiva
- Tema 4 - Órbita
- Tema 5 - Párpados
- Tema 6 - Aparato Lagrimal
- Tema 7 - Conjuntiva
- Tema 8 - Epiesclera y Esclerótica
- Tema 9 - Córnea

3 / 18

2 AMIR OPE: Oftalmología

AMIROPEs

Figura 1. Vistas de la órbita.

FORAMEN DUAL: V3 (mandibular)
 FORAMEN ROTUNDUM: V2 (maxilar)
 FORAMEN LACRIMUM: Arteria carótida interna
 CANAL NASOLACRIMAL: desde la fosa del seno lagrimal, hueso etmoides inferior. Contiene el conducto nasolacrimal.
 CANALES ZIGOMÁTICOFRONTAL Y ZIGOMÁTICOETMOIDAL: En la pared lateral de la órbita transmiten vasos y ramas del nervio trigémino a la mejilla y a la fosa temporal respectivamente.
 AGUJEROS ETMOIDALES ANTERIOR Y POSTERIOR: en la pared medial. Transmiten la arteria etmoidal anterior y posterior. Previene rta de hematoma de una infección en senos o neoplasia.
 AGUJERO PONTIPESENGUINAL: puente anatómico entre la arteria meningea media y la arteria lacrimal, que aportan colaterales a la vascularización de la órbita.
 SENO CAVERNOSO: fuera de la órbita, a ambos lados del hueso esfenoides. Contiene: III, IV, V1 y V2 en la pared lateral y atravesando el seno la arteria carótida interna e infraorbitaria a esta el V3.

1.1.3. Inervación y irrigación de la órbita

ARTERIA OFTÁLMICA: Primera rama de la A. carótida interna. Da las siguientes ramas:
 ✓ Arteria central de la retina vasculatura los 2/3 internos de la retina.

✓ Arterias ciliares posteriores:
 * Largas segmento anterior
 * Cortas: coroides (COP). La cabeza del nervio óptico está vascularizada por el círculo arterial de Zimmerman (anastomosis de las arterias ciliares posteriores cortas).

DRENAJE VENOSO no tienen válvulas
 ✓ Vena vertical: 4-8 por ojo de 1-2 por cuadrante. Salida posterior al occipital del ojo. Drenaje de la carótida.
 ✓ Vena oftálmica superior: sale a través de la fisura orbitaria superior para entrar en el seno cavernoso.
 ✓ Vena oftálmica inferior: sale a través de la fisura orbitaria inferior.
 ✓ Vena central de la retina: se une a la vena oftálmica superior e inferior.

INERVACIÓN
 4 de los 12 pares craneales (II-VII) intervienen en la inervación del ojo y estructuras perioculares. La inervación sensorial proviene de V1 y V2.
 ✓ División oftálmica (V1):
 * N. nasociliar: ramas cortas para el ganglio ciliar y ramas largas para el iris, córnea y músculo ciliar.
 * N. frontal: rama supraorbitaria y supraocular. Cuello externo, párpado superior y frente.
 * N. lacrimal: párpado superior y glándula lagrimal.

© 2020 AMIROPEs

Version: 1.9.0

Videoclases

AMIROPEs

https://academiamir.com/amiropes/webhtml/

VideoClases disponibles

OPE Oftalmología 2020

Clase	Duración	Acceder >
Tema 1 · Aspectos generales del aparato de la visión	0 horas y 24 minutos	Acceder >
Tema 4 · Órbita	0 horas y 43 minutos	Acceder >
Tema 5 · Párpados	0 horas y 33 minutos	Acceder >
Tema 6 · Aparato lagrimal	0 horas y 32 minutos	Acceder >
Tema 7 · Conjuntiva	0 horas y 38 minutos	Acceder >
Tema 8 · Epiesclera y esclerótica	0 horas y 16 minutos	Acceder >
Tema 11 · Glaucoma	0 horas y 25 minutos	Acceder >

© 2020 AMIR OPEs
Version: 1.9.0

AMIR SALUD

https://academiamir.com/amirsalud/webhtml/

AMIRTV

Tema 18 - Tumores intraoculares

TUMORES DE LA ÚVEA: melanocíticos

- **Nevus:** iris, cuerpo ciliar, coroides*
- **Melanocitosis ocular**
- **Melanocitoma**

Nevus parafoveolar superior en OI

Melanocitoma de nervio óptico OD

Melanocitoma de nervio óptico OD

AMIR

© 2020 AMIR OPEs
Version: 1.9.5

Volver al menú principal | Volver a la lista de videoclases

Simulacros de OPEs reales y estadísticas por alumno

Exámenes para valorar el conocimiento adquirido a lo largo del curso.
 Simulacros de OPEs reales para entrenar nuestra capacidad a la hora de enfrentarnos a este tipo de pruebas.

REPASO DE SIMULACRO

Pregunta 1 (ASPECTOS GENERALES DEL APARATO DE LA VISION)

Marcar

¿De qué estructura embrionaria deriva el endotelio corneal?

Letra	Dudada	Respuesta	Descripción
A	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Endodermo.
B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cresta neural.
C	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Mesodermo.
D	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Ectodermo.

% Neto global pregunta: 50.00

Resultados globales de pregunta

Resultado	Cantidad
Correcto	50
Falso	17
Blanco	33

Comentario

El endotelio corneal deriva de la cresta neural y consta de una única capa de células hexagonales. Desempeña una función vital en el mantenimiento de la turgencia de la córnea. Con la edad, el número de células endoteliales desciende gradualmente. En el nacimiento, la densidad celular oscila entre 3 500 y 4 000 células/mm², mientras que la córnea del adulto tiene densidades entre 1 400 a 2 500 células/mm². Cuando las células endoteliales están sometidas a estrés, especialmente si se pierden algunas células, las células restantes pierden su forma hexagonal y se vuelven irregulares en forma (pleomorfismo) y en tamaño. Estos cambios pueden ocurrir con la edad, tras traumatismos y con el uso prolongado de lentes de contacto.

Botones: [Siguiente](#) [Repasar](#) [Comentario](#)

Legendario: Preguntas (Correctos, Fallos, Dudadas, Marcadas, Blancos)

RESULTADO

Descripción: Simulacro 1 OFT | Fecha inicio: 06/04/2020 11:00 | Fecha finalización: 06/04/2020 11:00

Resultado Neto: 0.00	Aciertos: 0	Fallos: 0
Blancos: 150	Dudadas: 0	Anuladas: 3

Botones: [Repasar preguntas](#) [Conocimiento Subyacente](#)

Distribución por asignaturas

Asignatura	Preguntas	Resultado Neto	Resultado %
Tema 1 OFT	150	0.00	0.00

Legendario: Fallos (rojo), Aciertos (verde), Resultado (gris), Anuladas (negro)

Preguntas de autoevaluación divididas por temas y estadísticas de fallos /aciertos

CURSO DE PREPARACIÓN DE OPE / ACTUALIZACIÓN EN

OFTALMOLOGÍA

AMIR SALUD