



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.**

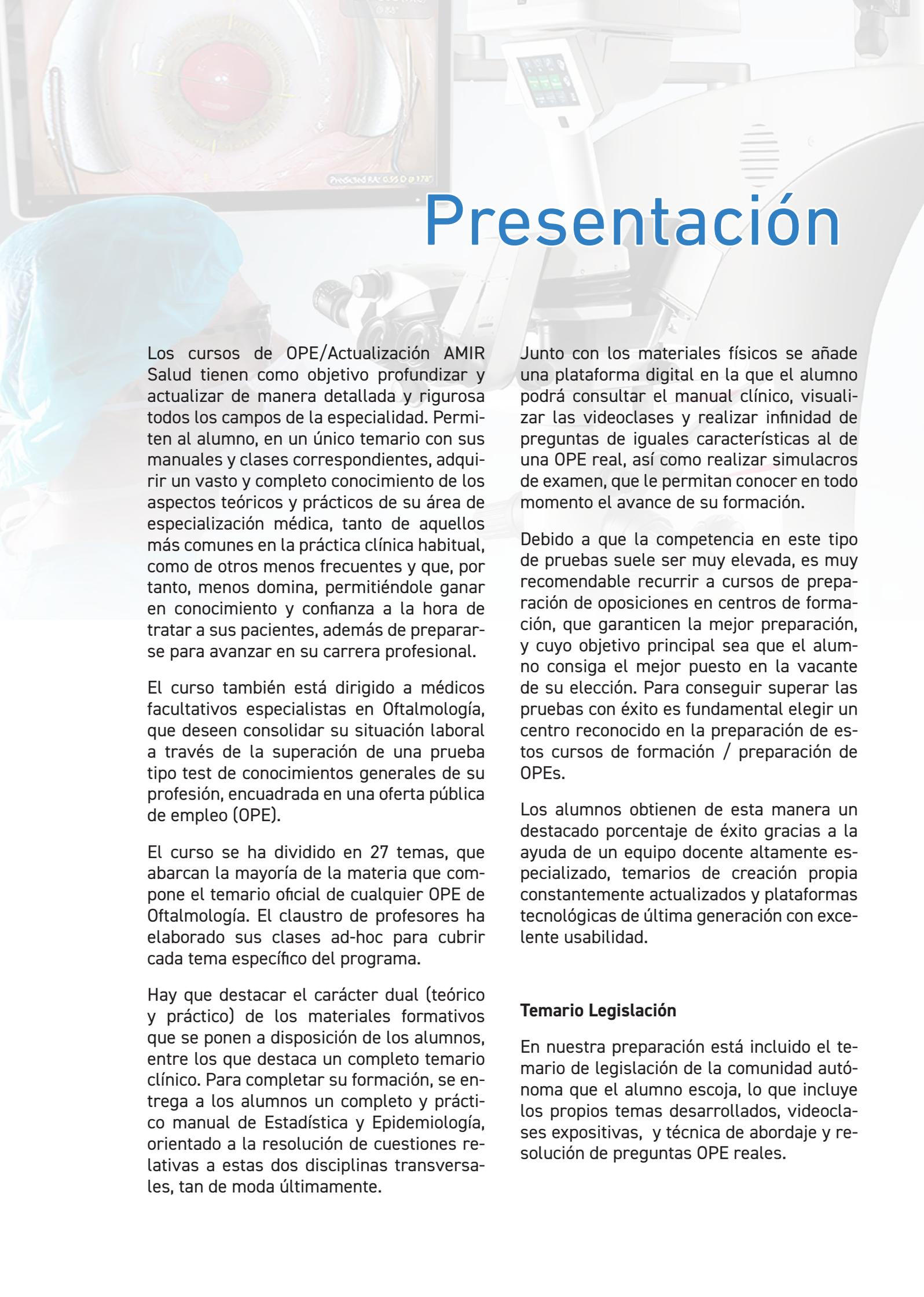
[www.academiamir.com](http://www.academiamir.com)

[opes@academiamir.com](mailto: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 garanticen 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 **28 créditos ECTS**, los cuales podrán ser baremables para una OPE.

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, 28 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, Ibizá

## 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*

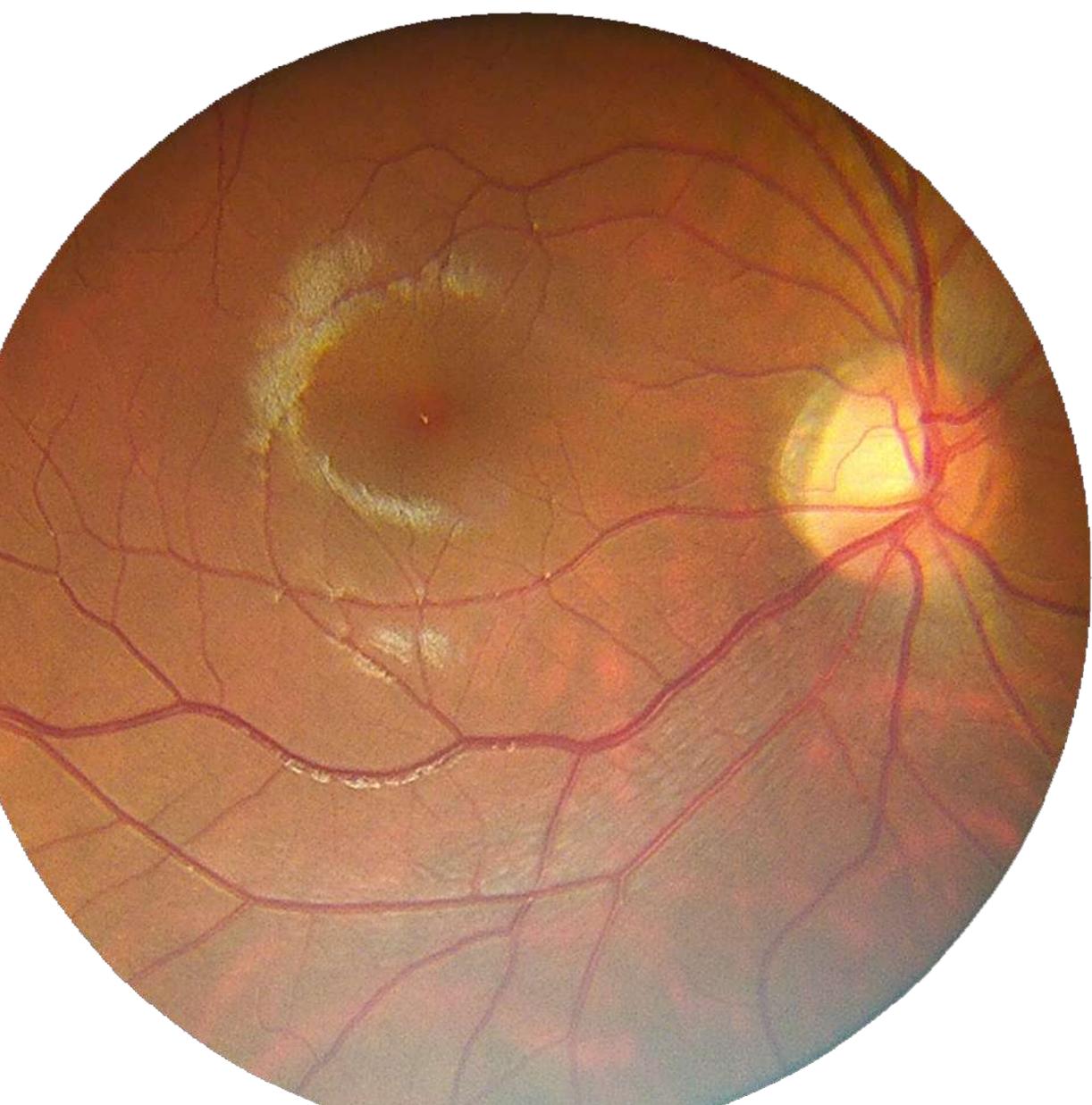
**18.3. Neoplasias del nervio óptico y de la vía óptica**

*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*





# Manuales



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

**Sistemas Venturi**

Las bombas Venturi... 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 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... bloque capsular. La hidrodelineación consiste en introducir líquido en el núcleo para separar las distintas capas del núcleo (no se puede realizar en cataratas bandas 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-

os en el que se necesita... la fase previa con una... igual o menor... aspiración de los... restantes se necesita una... y un vacío y flujo de aspira... fase previa... se cambia el terminal... irriga y aspira sin producir... esta fase el vacío y el flujo de aspiración serán muy altos.

- ✓ Pulido: 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: *carousselling, 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, 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,  $\sigma$ )**

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 ( $\sigma^2$ )**, 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.

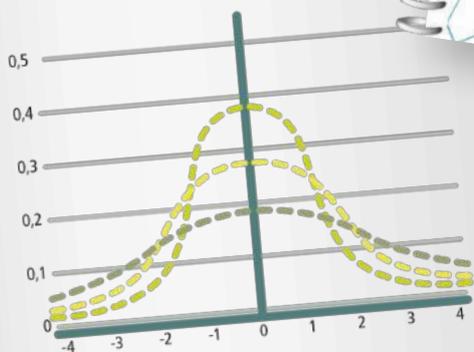


Figura 2. Dispersión de distribuciones. Cuanto más "estrecha" y más "alta" sea la distribución, menor dispersión existirá.

## 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... se comparan... res ideales... normal... se utilizan... el apun...

### Asimetría

Estu...

torne...

traci...

mida...

de es...

distr...

cuil...

res...

qu...

c...

TEMARIO OPE  
ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

AMIR OPEs

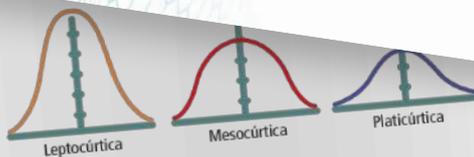
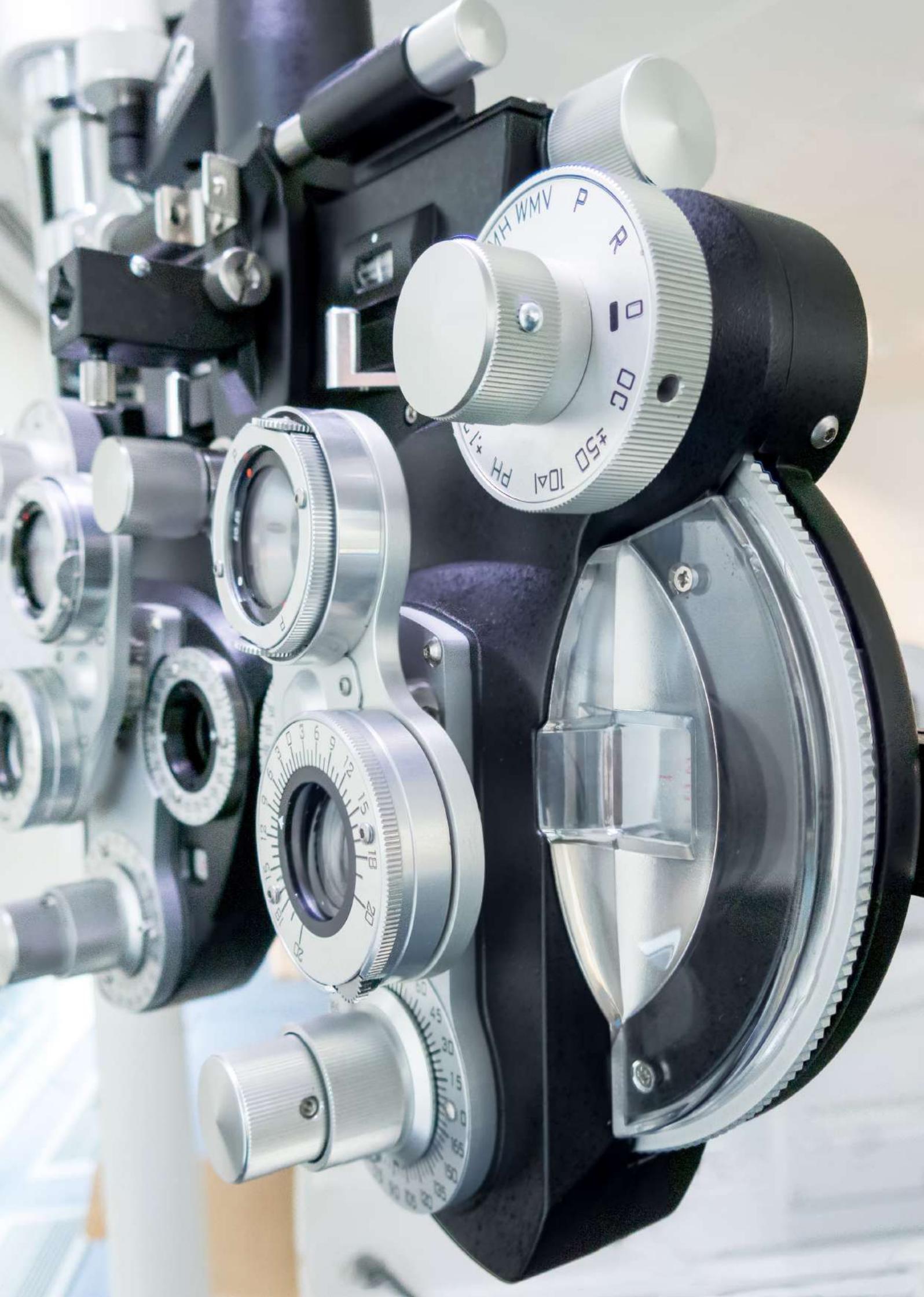


Figura 4. Curtosis.

### 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

The screenshot displays the AMIR OPEs digital platform interface. On the left is a navigation menu with options like 'Inicio', 'Autoevaluación', 'Simulacros', 'Mis preguntas', 'Histórico de examen', 'Histórico de fallos', 'Temario', and 'AMIRTV'. The main content area is titled 'TEMARIO' and features a search bar and a list of digital manuals. The selected manual is 'Tema 1 - Anatomía de la Órbita y el Globo Ocular'. A large preview image of the manual cover is shown, featuring a woman's face and the text 'TEMARIO OPE OFTALMOLOGÍA TEMA 01 ANATOMÍA DE LA ÓRBITA Y EL GLOBO OCULAR'.

This screenshot shows the detailed content of the 'Anatomía de la Órbita y el Globo Ocular' manual. It includes a detailed anatomical diagram of the orbit with various structures labeled in Spanish, such as 'Agujero supraorbitario', 'Apéndice cigomático del hueso frontal', 'Fisura orbitaria superior', 'Canaleta del nervio oftálmico', 'Fisura orbitaria inferior', 'Hueso cigomático', 'Surco infraorbitario', 'Agujero infraorbitario', 'Hueso frontal', 'Canales orbitarios del hueso frontal', 'Agujeros etmoidales anterior e posterior', 'Canales ópticos', 'Hueso nasal', 'Apéndice frontal del hueso frontal', 'Placa lagrimal', 'Placa orbitaria de hueso etmoides', 'Canaleta orbitaria del maxilar', and 'Maxilar superior'. Below the diagram, there is a list of key terms and their definitions, including 'Anatomía orbitaria', 'Fisura orbitaria superior', 'Fisura orbitaria inferior', 'Hueso cigomático', 'Surco infraorbitario', 'Agujero infraorbitario', 'Hueso frontal', 'Canales orbitarios del hueso frontal', 'Agujeros etmoidales anterior e posterior', 'Canales ópticos', 'Hueso nasal', 'Apéndice frontal del hueso frontal', 'Placa lagrimal', 'Placa orbitaria de hueso etmoides', 'Canaleta orbitaria del maxilar', and 'Maxilar superior'. The page number '3 / 18' is visible in the top right corner.

# Videoclases

AMIR OPEs

https://academiamir.com/amiropes/web/tema/

Contenido

Bienvenido Álvaro Frías

Ménu

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

© 2020 AMIR OPEs  
Version: 1.9.0

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 >

AMIR SALUD

https://academiamir.com/amirsalud/web/rtm/

Contenido

Bienvenido Álvaro USER ...

Ménu

- Inicio
- Autoevaluación 100
- Autoevaluación 50
- Simulacros
- Mis preguntas
- Histórico de examen
- Histórico de fallos
- Temario
- AMIRTV

© 2020 AMIR OPEs  
Version: 1.9.5

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

AMIR

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	Dada la respuesta	Descripción
A	<input type="checkbox"/>	Endodermo.
B	<input checked="" type="checkbox"/>	Cresta neural.
C	<input type="checkbox"/>	Mesodermo.
D	<input type="checkbox"/>	Ectodermo.

% Neto global pregunta: 50.00

Resultados globales de pregunta

Categoría	Contador
Correctas	50
Fallos	17
Blancos	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 disminuye gradualmente. En el nacimiento, la densidad celular oscila entre 3.500 y 4.000 células/mm<sup>2</sup>, mientras que la córnea del adulto tiene densidades entre 1.400 a 2.500 células/mm<sup>2</sup>. 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, Responder, Comentar

Legend: Preguntas: Acertar (verde), Fallos (rojo), Dudas (naranja), Marcadas (púrpura), Blancos (gris)

**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	Dudas: 0	Anuladas: 3

Botones: Repasar preguntas, Conocimiento Subyacente

Resultado (Gráfico de sectores)

Distribución por asignaturas

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

Gráfico de barras: Fallos (rojo), Aciertos (verde), Resultado (gris)

Botones: Volver a menú principal, Repasar, Ver Presentar

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

**REALIZAR TEST POR TEMA**

**Mis Preguntas**

Pregunta 1 / 10 (Año 2020)

Marcar

37 minutos

¿Cuál de las siguientes afecciones de la superficie ocular produce lesiones dendríticas además del VHS? del VHS?

Letra	Duda	Respuesta	Descripción
1	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Virus Varicela Zoster
2	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Virus Epstein Barr
3	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Linea de regeneración epitelial
4	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Todas ellas

Comentarios

Entre las lesiones dendriformes también se incluyen: Adenovirus, queratopatía neurotrófica, medicamentos tópicos (betabloqueantes, antiviricos), acanthamoeba, queratitis, Trypanosoma, LC, timorosal

[Siguiente](#) [Quitar selección](#) [Pregunta y comentario](#) [Final](#)

© 2020 AMIR OPEs  
Versión: 1.9.0

**HISTÓRICO DE FALLOS**

**Asignaturas**

- ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO [0]
- QUIRURGA REFRACTIVA [0]
- CRISTALINO [0]
- FARMACOLOGÍA OCULAR [0]
- MIOPIA, CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES [0]
- OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA [0]
- PARPADOS [0]
- SIMULACIÓN EN OFTALMOLOGÍA [0]
- UVERTIS [0]
- APARATO LAGRIMAL [0]
- CONJUNTIVA [0]
- ESCLERA [0]
- GLAUCOMA [0]
- NEUROOFTALMOLOGÍA [0]
- ÓPTICA Y REFRACCIÓN [0]
- PRUEBAS ELECTROFISIOLÓGICAS [0]
- TRAUMATOLOGÍA OCULAR [0]
- ASPECTOS GENERALES DEL APARATO DE LA VISIÓN [0]
- CÓRNEA [0]
- FACOMATOSIS [0]
- LASER EN OFTALMOLOGÍA [0]
- OFTALMOLOGÍA LABORAL. PERITAJE [0]
- ÓRBITA [0]
- RETINA [0]
- TUMORES INTRAOCULARES [0]

**Donde se produjeron los fallos**

Simulacro [0]  Autoevaluación [0]  Examen largo generado [0]

Examen corto generado [0]

**Selección**

Elegir una modalidad

Repaso  Autoevaluación

Borrado acertadas

[Iniciar](#)

[Volver al menú principal](#)

© 2020 AMIR OPEs  
Versión: 1.9.0

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

**OFTALMOLOGÍA**

**AMIR SALUD**