|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROTOCOLO DE SALUD VISUAL **En el marco de salud integral para los escolares**  Principio del formulario    Final del formulario 1. OBJETIVOS.  1.1. Objetivo general. Desarrollar un programa integral de Salud Visual que contemple actividades de prevención, promoción, educación y atención a los escolares de grado cero (preescolar) del sector oficial de Malambo. Esto, dentro del contexto familiar y educativo y en el marco del programa de salud integral para el escolar. 1.2. Objetivos específicos.    |  | | --- | | **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | | * El énfasis educativo busca generar cambios actitudinales de la población, promover el autocuidado, desarrollar acciones de salud en la familia y el medio educativo. | |  El énfasis preventivo busca por el desarrollo de estrategias y procesos que mejoren la salud visual del infante antes de que se presenten las enfermedades. | |  El énfasis promocional desarrolla actividades de atención primaria, consulta externa y primeras atenciones, para los niños de grado cero, la familia, la comunidad y los profesionales de la salud y la educación. | |  Fortalecer la Red de Salud Ocular de Malambo para que garantice un servicio de alta Calidad que resuelva los problemas de la población más vulnerable: Niños en edad preescolar. | |  Disminuir los índices de morbilidad y deserción por causas prevenibles o tratables como los problemas oculares. |  2. METAS.    |  | | --- | | **METAS** | | * Cubrir el 100% de la población objetivo del programa. Canalizar a través de la Red todos los casos que resulten positivos, para darles el tratamiento que necesiten, a un costo que puedan pagar sus familias. | |  Canalizar todos los casos, a través de los funcionarios de salud, la comunidad y los docentes. | |  Subsidiar el valor de las gafas, en todos los casos en que se requieran, a través de un Banco de Lentes. | |  Utilizar el excedente del Banco de Lentes para hacer los tratamientos de ambliopía, blefaritis o recurrencia de orzuelos. También para subsidiar costos en cirugías de estrabismo, vías lagrimales, párpados u otros problemas oculares. | |  Se subsidiará, a precios de la Fundación, el 100% de las cirugías de niños remitidos a través del programa. | |  Institucionalizar el programa de Toma de Agudeza Visual entre todos los niños que ingresan a la escuela, a través del Programa del Escolar. Dado que todas las instituciones de salud de nivel 1 quedan con material básico para detección, éste puede emplearse en la Toma de Agudeza Visual de niños que asisten a Crecimiento y Desarrollo. |   **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL** 3. ESTRATEGIA.    |  | | --- | | **ESTRATEGIA** | | * Tener completa coordinación intersectorial para el logro de los objetivos, ya que se requiere de una participación activa tanto del sector salud, como del educativo, de los comités comunitarios y de los medios de comunicación. | |  Dotar los centros de atención de primer y segundo nivel con material básico para detección y remisión garantizando un desarrollo tecnológico para el crecimiento institucional y la continuidad del programa. | |  El desarrollo organizacional debe establecer responsables de las actividades, para medir cumplimiento de objetivos. Estos deben participar en la planeación y organización de las actividades de sensibilización, motivación, compromiso y en la concertación intersectorial. |  4. METODOLOGÍA.    |  | | --- | | METODOLOGÍA | | * Es necesario escoger una escuela de cada una de las veinte comunas donde haya grado cero o preescolar (cuya proyección es a cinco años). | |  Se aprovecharán las reuniones de comité intersectorial para hacer la presentación de la estrategia, lograr el compromiso, trazar el plan de acción y un posible cronograma por comuna. | |  Se dará al personal seleccionado, una capacitación que involucre un curso de problemas oculares prevenibles en los niños y un taller sobre problemas infantiles. | |  Se entregará material a escuelas y puestos de salud para que docentes, educadores en salud, auxiliares de enfermería y promotores de salud, hagan la detección mediante la Toma de Agudeza Visual y la inspección de signos externos que indiquen problema ocular. | |  El material quedará en las instituciones para que dentro de la programación escolar se valore y se haga un seguimiento anual de los niños que ingresan a grado cero. | |  Se entregará material de apoyo que sirva de consulta a funcionarios capacitados y que permita hacer proceso educativo a las comunidades. Se diseñará afiche promocional del programa. | |  De igual forma se capacitará a los docentes involucrados en el programa. La sensibilización hacia el programa se hará a través de los jefes de núcleo y los directores de las escuelas. | |  Se realizará una reunión por comuna para planear las actividades de implementación del programa en cada escuela, asignar responsabilidades, coordinar las acciones educativas y de intervención. | |  Los coordinadores del programa serán los responsables de cumplir con las actividades de barrido visual, una vez termine la capacitación. Deben acopiar las fichas de registro para analizar la información, evaluar resultados y hacer las recomendaciones respectivas para mejorar la estrategia. | |  Los casos que resulten positivos al primer examen, pasarán por un segundo examen con técnica de oftalmología. Aquellos casos cuyo resultado se ratifique, serán remitidos al oftalmólogo. |     **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL** 5. BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS.  5.1. Beneficiarios directos. La población escolar del sector oficial de Malambo es de 74.526 alumnos. El número de niños que cursa primero de primaria es de 17.895 alumnos. Esto corresponde al 24.01% de la población de estudiantes. Son educados por 449 docentes, en 238 escuelas distribuidas en los 7 SILOS.  El grupo de beneficiarios es de 800 niños que cursan grado cero en aproximadamente 20 escuelas.  20 centros de salud y 20 escuelas, con 5 funcionarios por cada sitio, serían beneficiarios de la capacitación y de dotación con material básico. Esto representa 100 personas, distribuidas entre promotores de salud, educadoras en salud, enfermera jefe, auxiliares de enfermería y otro funcionario escogido de acuerdo con las circunstancias. Este grupo también lo integran diez docentes por cada una de las 20 escuelas, es decir 200 maestros.  La comunidad se beneficiará a través de los padres de familia que participen de la capacitación y los talleres sobre salud escolar. 5.2. Beneficiarios indirectos. En general todos los escolares que puedan ser examinados por los docentes capacitados o que sean referidos a través de la Red de Salud Visual para Malambo. Los niños que asistan a Crecimiento y Desarrollo, pues el personal de salud estará mejor capacitado para detectar sus problemas. 6. POLÍTICA NACIONAL QUE RESPALDA EL PROYECTO. El marco legal del Proyecto está enmarcado dentro de los lineamientos y disposiciones, amparados en las siguientes leyes, decretos o acuerdos:   |  | | --- | | **POLÍTICA NACIONAL** | | * Acuerdo 23 de 1993, que ordena adelantar anualmente una valoración nutricional, coordinar acciones tendientes a solucionar las problemáticas encontradas, crear una tarjeta escolar de salud y proveer en forma gratuita las acciones correspondientes a la atención básica. | |  Ley 100 de 1993 y el decreto 1938 de 1993, que establecen los lineamientos del Plan de Atención Básica en Salud. |   **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL**  Para el desarrollo de este protocolo, cada una de las personas debe recibir una carpeta con folletos sobre los siguientes temas:   |  | | --- | | **CARPETA** | | * Oftalmología Pediátrica. Prueba simple de visión. Ojo rojo. | |  Trauma Ocular. | |  Enfermedades oculares externas. | |  Córnea. | |  Cataratas. | |  Glaucoma. | |  Defectos refractivos. | |  Manual de atención básica en salud ocular. | |  Un test de agudeza visual. | |  Un oclusor. | |  Fichas de registro de todos los estudiantes. | |  Fichas de remisión. |   También se contará con un video educativo en salud ocular que contendrá temas de los folletos y un video acerca de la retinopatía diabética, para realizar el proceso educativo con la comunidad.  Es importante contar con la papelería para el control de asistencia a la capacitación, entrega de material y plan de trabajo. En las capacitaciones se utilizará material audiovisual (videos, diapositivas), una maqueta del ojo y una evaluación pre y post test.       7. COSTO / BENEFICIO SOCIAL. Los problemas en la visión son la tercera causa de consulta médica en el país y una de las causas de deserción escolar o repitencia en los niños. Muchos de los llamados problemas de aprendizaje son realmente dificultades para ver el tablero o realizar trabajo de cerca. El costo social  de estos problemas es alto y debe ser asumido por la familia y el niño en proceso de formación.  Como éste es un programa continuo e integral, se inicia con un grupo de niños a quienes se les puede hacer seguimiento y evaluación en relación con la disminución de la deserción escolar y mortalidad académica. Es importante conocer que el costo mínimo invertido por los padres de niños escolares del sector público es de $300.000. Esto, por concepto de matricula, útiles escolares, uniformes, transporte y otros gastos relacionados con la actividad escolar. Por otra parte, la tasa de deserción o repitencia académica enel Valle del Cauca es de 3.162 niños, de acuerdo con la información consignada en el Anuario Departamental de 1994. El 10% de dicha cifra le corresponde a Malambo. Es decir, 316 niños cuyas causas de deserción escolar están relacionadas con problemas orgánicos no detectados o tratados tardíamente. De otro lado, para esta población la inversión anual en la educación fue de $94.800.000.  Teniendo en cuenta la relación costo-beneficios educativos, podemos ver que es menor la inversión que se puede hacer en un programa continuo y altamente resolutivo de salud integral para el escolar, que el costo de matrícula, útiles y otros. Es decir, el total ahorrado para los sectores de salud, educación y la comunidad, representada por los padres de familia, es de un 50%.  Es importante destacar que de esta forma se optimizaría también la inversión que hacen estos sectores, especialmente el de educación, cuyos objetivos no siempre se logran puesto que los niños no están en condiciones de aprender por unas razones físicas que en muchos casos son prevenibles o tratables si se detectan a temprana edad.       8. INDICADORES DE EVALUACIÓN.    |  | | --- | | **INDICADORES** | | * Evaluar la agudeza visual de cada uno de los niños que cursan grado cero y hacer una inspección externa para detectar problemas de párpados, vías lagrimales o cualquier otro signo externo que indique una afección ocular. | |  Realizar, en compañía de una auxiliar de enfermería o la promotora de salud, una primera revisión técnica y posteriormente un chequeo oftalmológico de todos los casos que resulten positivos en el examen hecho por el docente. | |  Entregar gafas, a un 50% del costo real, a todos los niños que las requieran. | |  Sistematizar toda la información con el fin de presentar informes con los índices de morbilidad para cada sector. | |  Dar las cirugías con tarifas adecuadas para garantizar un costo mínimo en el procedimiento necesario. | |  Dar capacitación a todos los beneficiarios del programa: 1.000 personas. Entregar dotación básica para detección y educación comunitaria, a todas las instituciones que participen del programa. |     **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL** 9. GUÍA PRÁCTICA PARA EL DOCENTE. Muchas veces es el maestro del escolar quien está más tiempo en contacto con los niños; a veces más que los mismos padres. Él tiene la oportunidad de observar permanentemente el desempeño de los menores en sus funciones visuales. Es por ello que se constituye en uno de los agentes más importantes en la salud visual de los escolares. La sola observación le permite al maestro darse cuenta de que existe alguna falla en la visión de un niño. Es por eso que incluimos aquí esta guía para que los docentes detecten posibles problemas visuales en sus escolares.   |  | | --- | | **GUÍA PARA EL DOCENTE** | | * Los alumnos que permanentemente se acercan al tablero para ver mejor o que se distraen cuando la actividad se desarrolla a más de tres metros de distancia de ellos, pueden tener problemas refractivos (como miopía) que les disminuyen la visión lejana. | |  Los niños que constantemente están entrecerrando sus ojos para ver bien, también pueden tener defectos refractivos, ya que al entrecerrar los ojos aclaran su visión. | |  Niños que no logran interesarse por la lectura o se les dificulta la escritura porque no logran enfocar bien de cerca: Pueden ser hipermétropes. | |  Si se saltan renglones o palabras cuando están leyendo, pueden tener problemas con la convergencia ocular. | |  Si persistentemente deprimen o elevan el mentón, inclinan la cabeza o miran de lado, pueden tener desviaciones oculares que los llevan a optar por esta postura para tener una visión más cómoda y evitar ver doble. | |  Aquellos que guiñan o cierran un ojo (en el patio de recreo o al aire libre) pueden tener una desviación latente de sus ojos hacia afuera. | |  Niños con los ojos enrojecidos, llorosos y con rasquiña, pueden tener una alergia que debe tratarse. Se debe recomendar lavado de manos, cara y ojos después de jugar o al finalizar la jornada escolar. | |  Párpados colorados y con descamación, generalmente acompañados de ojos congestionados, indican infección del borde de los párpados. | |  Niños que comienzan a parpadear de forma continua, pueden presentar una descamación exagerada del borde palpebral que no les permite una buena lubricación de los ojos. Igualmente puede deberse a procesos alérgicos. No se debe pensar que es un tic o que el niño está nervioso | |  Niños que colorean los dibujos de una forma muy rara (cielos rojos, prados violetas) o que se visten con ropa que no combina, cuando ellos mismos la escogen, pueden tener problemas en la visión de colores. | |  Niños que realizan con dificultad tareas como ensartar agujas o cuentas en un hilo, pueden tener afectada la coordinación de la visión de ambos ojos o de la estereopsis. | |  Hay muchos casos en los que no se observa ninguna anomalía, el niño no se queja, los padres no refieren ningún problema y sin embargo el niño no ve por un ojo. Puede haber una desviación imperceptible de los ojos o un defecto refractivo que no se detectó a tiempo. |   **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL** 10. NORMA TECNICA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL \*  10.1 Definición En los niños son frecuentes los problemas de agudeza visual que repercuten en el rendimiento escolar. A partir de los 45 años los problemas de órganos de los sentidos, tales como trastornos de la refracción, motilidad ocular y cataratas son la causa de morbilidad más frecuentes.  Los problemas de agudeza visual pueden ser detectados y corregidos incluso en los preescolares con acciones de tamizaje en las escuelas. Los problemas de vicios refractivos son la tercera causa de morbilidad por consulta externa en toda la población. 10.2 Estados Refractivos Dentro del contexto de las propiedades del sistema visual encontramos aquella que permite a la luz tener uno o varios puntos de lo cual se define como un estado óptico.  Antes de hablar de los estados ópticos del ojo, es necesario contemplar la diferencia entre emetropía y ametropía. 10.1.1 Emetropía Cuando la luz proveniente del infinito (seis metros) entra al sistema óptico visual y se foza en la retina. 10.1.2 Ametropía Cuando la luz entra al sistema óptico y se lo focaliza a en uno o varios puntos diferentes de la retina. En la ametropía se encuentran cuatro estados ópticos:  **1. Miopía:** Cuando la luz proveniente del infinito se focalizaren un punto antes de la retina.  **2. Hipermetropía:** Cuando la luz proveniente del infinito se foac **MALENEIDE SUMALABE LACHE**  aliza en un punto después de la retina.  Es importante resaltar la hipermetropía facultativa ya que ésta puede ser compensada por la acomodación, por lo tanto la persona reporta una buena visión.  **3. Astigmatismo:** Cuando la luz proveniente del infinito se loMalamboza en dos puntos diferentes dentro del sistema óptico del ojo.  **4. Presbicia:** Condición visual donde el sistema óptico pierde la capacidad de enfocar de cerca la luz sobre la retina. Es un proceso dado por el agotamiento fisiológico de¡ ojo que empieza aproximadamente a los cuarenta años de edad, y se estabiliza hacia los sesenta años.    10.3 Limitación Visual Entiéndase como limitación visual la alteración del sistema visual que trae como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. En el contexto de la limitación visual se encuentran las personas ciegas y con baja visión, considerando con baja visión, a aquellas que después de la mejor corrección óptica convencional o quirúrgica en el mejor ojo no superan una agudeza visual de 20/60 hasta la percepción de luz y un campo visual no mayor a 10 grados desde el punto de fijación, pero que usa o es potencialmente capaz de usar la visión para la ejecución de tareas visuales. Ciega es aquella persona que no percibe luz por vía óptica 10.4 Catarata Es una opacidad del cristalino ocasionada por problemas sistémicos y ambientales, hereditarios o adquiridos, produciendo una disminución de la agudeza visual y/o del campo visual. 10.5 Estrabismo lmbalance muscular caracterizado por la desviación de los ejes visuales, sin posibilidad de compensación, causando problemas de convergencia o divergencia en la visión binocular. 10.6 Rehabilitación Funcional Se entiende por rehabilitación funcional el proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, acordes a las características y condiciones de la persona con discapacidad, orientados a permitir que la persona con deficiencia o discapacidad mantenga, optimice o restaure un nivel físico, mental, sensorial, que te permitan desempeñarse adecuadamente en un ambiente físico, familiar social y laboral.  De esta forma se puede concluir que consiste en aprovechar al máximo todas las habilidades y remanentes de la persona con discapacidad, para llegar a obtener un nivel de adaptación y funcionalidad que permita su independencia a nivel psicosocial, laboral, económico, familiar y otros. 10.7 Estimulación Visual Conjunto de procesos encaminados a lograr el desarrollo de funciones visuales. 10.8 Entrenamiento Visual Conjunto de procesos encaminados a desarrollar habilidades y destrezas en la utilización del residuo visual que permitan un mejor desempeño en las habilidades diarias de orden visual. 10.9 Universo La población objeto es toda la población. En todos los grupos de edad son frecuentes los vicios de refracción, agudeza visual, motilidad ocular y cataratas.          10.10 Detección Precoz  La detección precoz se hace mediante la toma de agudeza visual, el examen de motilidad ocular y la perímetro a los menores de 12 años. Si estos exámenes son normales se realizan nuevamente al año.  PROTOCOLO DE SALUD VISUAL  Si el resultado del tamizaje refleja alteración se debe remitir al optómetra o al oftalmólogo para el diagnóstico y disposición. 10.11 Toma de la Agudeza Visual La agudeza visual es un indicador del estado de salud visual, debe asumirse como una técnica para determinar el estado de la cantidad y Calidad de la visión. Se debe entender que la salud visual no se termina en la toma de agudeza visual.      |  |  | | --- | --- | | **De 5 a 14 años** | * El examen debe realizarse en condiciones adecuadas de iluminación. * La distancia habitual debe ser de 6 metros, en caso diferentes se debe compensar la distancia. * Se evalúa cada ojo por separado comenzando por el derecho. El ojo que no es examinado debe ser ocluido. * Los resultados del examen se registran en forma numérica de fraccionarios, expresada en pies. * Los pacientes con agudeza visual inferior a 20/20 en cualquiera de los ojos deben ser remitidos a examen completo.   **Para visión Próxima**   * La técnica empleada es la misma que la anterior pero utilizando una cartilla para visión próxima a una distancia de 33 a 40 cms. | | **De 15 a 40 años** | **Para visión lejana**   * **El examen debe realizarse en condiciones adecuadas de iluminación.** * **La distancia habitual debe ser de 6 metros, en caso diferente se debe compensar la distancia.** * **Se evalúa cada ojo por separado comenzando por el derecho. El ojo que no es examinado debe ser ocluido.** * **Los resultados del examen se registran en forma numérica de fraccionarlos, expresada en pies.** | | **De 15 a 40 años**  **(continuación)** | * Los pacientes con agudeza visual inferior a 20/20 en cualquiera de los ojos deben ser remitidos a examen completo.   **Para visión Próxima**   * La técnica empleada es la misma que la anterior pero utilizando una cartilla para visión próxima a una distancia de 33 a 40 cms. |     10.12 Motilidad Ocular Se evalúa el funcionamiento de los músculos extraoculares de la siguiente manera:   * Posiciones diagnosticas de mirada utilizando una fuente de luz o un objeto real en visión próxima monocular y binocularmente. * Cover-test a 6 mts. a 40 cms. y 20 cms. con el uso de una fuente de luz u objeto real y un oclusor.  10.13 Perimetría Se evalúa el campo visual de la siguiente manera:  Monocularmente, utilizando un indicador real o luz, el paciente debe fijar derecho al frente un punto fijo. El indicador se desplaza de la periferia hacia el centro y la persona reporta el momento en el que aparece o desaparece el indicador. Esta prueba debe realizarse en los diferentes planos cartesianos (horizontal, vertical y oblicuo). 10.14 Diagnóstico Se debe remitir al optómetra toda persona con resultado del examen de la agudeza visual menor o mayor de 20/20. El tratamiento para los vicios de refracción consiste en prescribir la corrección óptica. Esta actividad la realiza el optómetra.  Cuando la persona no presenta una mejoría de visión en ambos ojos con la prescripción óptica convencional, se remite al oftalmólogo y posteriormente a la unidad de rehabilitación funcional.  Si el resultado del examen de motilidad ocular es estrabismo, se remite al optómetra. Él estrabismo diagnosticado recibirá tratamiento de ortóptica y preoperatorio por un optómetra y tratamiento quirúrgico por un oftalmólogo.  Una persona con diagnóstico de catarata se remite al oftalmólogo para tratamiento quirúrgico o control de la misma según su evolución.  Se debe remitir al oftalmólogo y posteriormente a la unidad de rehabilitación funcional toda persona con resultado del examen de perimetría alterado.  Numero de personas con vicios de refracción por grupo de edad  Número de personas por grupo de edad  Numero de personas con cataratas  Número de personas por grupo de edad  Numero de personas con estrabismo  Número de personas por grupo de edad  Numero de personas con compromiso del campo visual  Número de personas por grupo de edad 10.15 Cobertura Para alcanzar metas de cobertura, los recursos disponibles deben ser utilizados prioritariamente en el grupo de población donde las alteraciones son más frecuentes.  La cobertura para el año 2. 000 será del 20% del universo. 10.16 Concentración Las actividades de tamizaje, diagnostico y tratamiento para corregir los vicios de refracción cataratas y estrabismo son:   * ·"Tamizaje en salud visual en niños y niñas escolares menores de 12 años, en establecimientos públicos y de beneficencia y coordinar el acceso de la población con sospecha de alteración a las entidades pertinentes para el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno."   **PROTOCOLO DE SALUD VISUAL**   * Control de agudeza visual una vez al año. * Control de vicios de refracción una vez al año. * Control de optometría una vez al año para examen de motilidad ocular. * Control de perimetría una vez al año para examen del campo visual. * Persona con diagnostico de catarata se remite a oftalmología para tratamiento. * Persona con diagnostico de estrabismo se remite a ortóptica para tratamiento u oftalmología para tratamiento quirúrgico.  10.17 Actividades, Recurso Humano por Niveles de Complejidad. Las actividades de tamizaje, diagnostico y tratamiento por niveles de  complejidad se describen en el siguiente cuadro:     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **NIVEL DE COMPLEJIDAD** | **ACTIVIDAD** | **RECURSO HUMANO** | **INSUMOS** | | NIVEL I | TAMIZAJE           ASISTENCIA OPTOMÉTRICA | OPTÓMETRA           OPTÓMETRA | * Optotipo * Linterna * Oclusor   Equipo de optometría:   * Optotipo VL y VP * Oclusor * Linterna * Estuche de diagnóstico * Queratometro * Lensometro * Foropter o caja de pruebas * Caja de prismas * Tonometro | | NIVEL II | ASISTENCIA EN ORTOPTICA                 ASISTENCIA OFTALMOLOGICA | ORTOPTISTA                       OFTALMOLOGO | * Amblioscopio * Caja de pruebas * Oclusor * Set para convergencia * Set para divergencia * Oftalmoscopio indirecto * Lámpara de hendidura * Lente de +20.00 DPTS * Lente de +90.00 DPTS * Lente de tres espejos * Caja de prismas * Tonómetro | | NIVEL III | CIRUGIA | OFTALMOLOGO | * Pinzas y tijeras de conjuntiva * Ganchos de estrabismo * Ganchos para reparar músculos * Porta agujas * Cauterio bipolar * Sutura simple reabsorbible * Vicril 5.0 * Sedas negras 7.0 * Pinzas de fijación de músculos | |