



INFORMACION OFTALMOLOGICA

PUBLICACIÓN DESTINADA A TODOS LOS OFTALMÓLOGOS • AÑO 5 • NÚMERO - 6 • NOVIEMBRE - DICIEMBRE - 1998

Reunión anual de la Sociedad Oftalmológica de Madrid y Homenaje al Dr. Gustavo Leoz



(páginas 3, 4, 6 y 8)

El acto contó con la presencia de los ministros de Sanidad y
Administraciones Públicas y el Presidente de la Xunta de Galicia

Concesión del Premio ASOMEGA al Prof. Sánchez Salorio



(páginas 17-21)

SUMARIO

<u>Pág.</u>	<u>Pág.</u>
● Más de 400 especialistas debaten en Barcelona sobre el glaucoma, el diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos 10-11	Destacada presencia española en la Reunión de la Academia Americana de Oftalmología 1998 22
● Tribuna: «Implicarse y tener una mentalidad de colaboración» 14	● I Curso Internacional de Cirugía Refractiva 23
● Noticias:	● Noticias:
Publicación de «Guiones de Oftalmología» 22	25 Aniversario de la Fundación Visión Indo 24
Premios al IOBA y al Servicio del Hospital de la Universidad de Valladolid 22	Curso de Especialista Universitario en Retina 24
	● Calendario de Congresos 26-27





Coincidencia entre los panelistas respecto al aumento progresivo que viene registrando en los últimos años esta patología binocular

Las diplopías postquirúrgicas y postraumáticas

por la Dra. Pilar Gómez de Liaño

«Las diplopías postquirúrgicas y postraumáticas» se configuró como uno de los temas de mayor interés abordados en la Reunión Anual de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, celebrada a finales de noviembre. Como describe en el presente artículo la directora de este Curso y Mesa Redonda, la Dra. Pilar Gómez de Liano, los panelistas participantes coincidieron tanto en la absoluta actualidad del tema como en el aumento progresivo en los últimos años de esta patología de la visión binocular.

El pasado 27 y 28 de noviembre se celebró la Reunión Anual de la Sociedad Oftalmológica de Madrid. Durante esta reunión se realizaron varios Cursos y Mesas Redondas, una de las cuales tuvo el honor de poder dirigir.

El tema elegido fue «Las diplopías postquirúrgicas y postraumáticas». Un tema de absoluta actualidad en donde todos los panelistas que participaron coincidieron en el aumento progresivo en los últimos años de esta patología de la visión binocular.

El Curso fue impartido por los Dres. Julio Yangüela y el Dr. Fer-



La Dra. Pilar Gómez de Liaño en un momento de su intervención durante la Mesa Redonda.

“

Durante el Curso se analizaron las causas por las que una diplopía aparece, y se discutieron por parte de los ponentes algunos conceptos básicos de la visión binocular. Se hizo un estudio detallado del diagnóstico diferencial con otras entidades, tales como la confusión, la alternancia rápida, y otros procesos que en ocasiones simulan una visión doble.

“

nando Beteré de la Fundación Hospital Alcorcón; la Dra. Rosario Gómez de Liaño del Instituto de Investigaciones Oftalmológicas «Ramón Castroviejo»; el Dr. Valentín Jiménez de la Clínica de la Zarzuela; y la Dra. Pilar Gómez de Liaño del Hospital General Universitario «Gregorio Marañón», todos de Madrid.

Durante el Curso se analizaron las causas por las que una diplopía aparece, y se discutieron por parte de los ponentes algunos conceptos básicos de la visión binocular. Se hizo un estudio detallado del diagnóstico diferencial con otras entidades, tales como la confusión, la alternancia rápida, y otros procesos que en ocasiones simulan una visión doble. El Dr. Fernando Beteré clasificó las diplopías en función de la aparición en el tiempo, de la etiología de la mono o binocularidad, etc., haciendo especial hincapié en las causas básicas en las que se debe etiquetar una diplopía.

La Dra. Pilar Gómez de Liaño presentó los diferentes métodos de diagnóstico, destacando la importancia de los estudios multidisciplinarios y las revisiones periódicas en los casos en los que la etiología no es evidente. Todavía existe alrededor de 20% de casos idiopáticos en los cuales se debe mejorar los métodos de diagnóstico.

La Dra. Rosario Gómez de Liaño analizó sucesivamente los casos más frecuentes de diplopías postraumáticas (parálisis del III, IV, y VI par), las fracturas de la órbita y, sobre todo, y debido a su actualidad, las diplopías producidas como consecuencia de otra cirugía del segmento anterior, de la catarata y del glaucoma, y la cirugía de vítreo retina.

Por último el Dr. Valentín Jiménez, destacó la gran variedad de métodos terapéuticos, entre los que destacan la Toxina Botulínica como tratamiento de elección en los casos agudos, antes de los tres meses, de parálisis oculomotoras. Señaló la importancia en algunos

casos de realizar una consulta con el psicólogo-psiquiatra para mejorar la sintomatología.

COMPORTAMIENTO DEL OFTALMÓLOGO FRENTE A UNA DIPLOPÍA

En la Mesa Redonda, se contó con la participación de otros panelistas. En primer lugar, el Dr. Hugo Liaño, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Puerta de Hierro, de Madrid, hizo una aportación, desde mi punto de vista importante, en cuanto al comportamiento del Oftalmólogo frente a una diplopía y desde el punto de vista neurológico. En principio la diferencia entre parálisis y paresia, como sucede en Oftalmología, es un concepto en ocasiones difícil de distinguir, dado que no existe una metodología perfecta que permita separar totalmente estas dos entidades. Sugirió la necesidad de consultar con el Departamento de Neurología en todos aquellos casos que tienen diplopía, salvo en los casos traumáticos y yatrogénicos. Subrayó la necesidad de contrastar con otros especialistas incluso en los casos con aparente etiología microvascular para descartar cuadros asociados.

La Dra. Pilar Gómez de Liaño, del Hospital General «Gregorio Marañón» de Madrid, hizo una introducción destacando la importancia real del problema, señalando que el 15% de los pacientes tratados en la Sección de Motilidad Ocular acuden por diplopía. Aproximadamente el 50% de los pacientes adultos operados en el Hospital lo hacen para corregir la visión doble. Por último hizo una

clasificación etiológica que permitió dar paso al resto de panelistas oftalmológicos.

El Dr. Fernando Gómez del Liaño, Primer Presidente de la Sociedad Española de Estrabología, analizó las diplopías secundarias a la cirugía de estrabismo. Destacó la posibilidad de realizar pruebas que puedan prever la aparición de diplopía postoperatoria, aunque señaló que ninguna es exacta, existiendo tanto falsos positivos como negativos. Él aconsejó la intervención de todo paciente estrábico, independientemente de la edad simplemente por motivos estéticos, pues la posibilidad de diplopía postoperatoria es pequeña, alrededor del 8%, y en pocos casos la diplopía secundaria es intolerable.

INFORMACION OFTALMOLOGICA

EDITA:

AUDIOVISUAL Y MARKETING, S.L.
E-mail: avpm@oftalmo.com

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN
PUBLICIDAD

C/ Donoso Cortés, 73. 1.º Izda.
28015 MADRID
Tels.: 91 544 58 79 • 91 544 80 35
Fax: 91 544 18 47

REALIZACIÓN,
DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

MAC LINE, S.L.
Telf.: 91 544 75 94

IMPRESIÓN:
A.G. FERRARI

COLABORACIÓN TEXTOS:
CENTRA COMUNICACION
Y SERVICIOS, S.L.

Telf.: 91 326 50 97

Depósito Legal: M-29528-1994

Ref. S.V. 94045 R
ISSN: 1134-8550

Quedan reservados todos los derechos. Se prohíbe la reproducción total o parcial de este periódico sin autorización expresa. La empresa editora no se hace responsable de las opiniones y afirmaciones de sus colaboradores.



La Dra. M.L. de Andrés, del Hospital de Alcalá de Henares, realizó una interesante exposición sobre la patogenia de la diplopía secundaria a la cirugía de la catarata. Señaló la posibilidad de diplopias como consecuencia de problemas de la visión binocular (ambliopías profundas, estrabismos, anisometropías, cataratas de largo tiempo de evolución) y las de causa provocada por la propia cirugía (sobre los rectos verticales). Es difícil prever qué casos van a desarrollar una diplopía secundaria y tampoco existen pruebas que aseguren su aparición. Actualmente se sabe que cuando existe una catarata y un estrabismo asociado las posibilidades de diplopía son de alrededor del 20%.

La Dra. Pilar Merino, del Hospital General «Gregorio Marañón» de Madrid, analizó las causas que provocan diplopía en la cirugía refractiva, encontrando que tanto en la Queratotomía radial, como en la PRK, y en el Lasik se han encontrado diplopias postoperatorias. Es una patología muy reciente sobre la que merece la pena realizar un estudio prospectivo y más completo. Aconseja realizar un estudio previo motor y sensorial en todos los casos que van a ser sometidos a cirugía refractiva pues los miopes altos generalmente presentan problemas de visión binocular y en algunos casos la cirugía refractiva puede estar desaconsejada. En cualquier caso es importante señalar la posibilidad de esta complicación en el consentimiento informado.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE FRACTURAS DE ÓRBITAS

El Dr. Felipe Gómez Villaescusa, del Hospital de la Fe en Valencia, y Vicepresidente Actual de la Sociedad Española de Estrabología, destacó las causas así como las formas de tratamiento en los casos de diplopía como consecuencia



Participantes en la Mesa Redonda sobre Baja Visión, moderada por la Dra. Elvira Martín.

de cirugía de retina. Indicó que las diplopias horizontales son, según su opinión, las más frecuentes y en sus manos con buen pronóstico. Cuando el compromiso afecta a múltiples músculos, los resultados son desastrosos.

La Dra. Clara Jiménez, del Hospital del Niño Jesús de Madrid,

Vocal de la Sociedad Española de Estrabología, hizo un estudio minucioso de la Parálisis del VI par craneal, tanto congénita como la forma más frecuente la adquirida y la importancia de la precocidad del tratamiento con toxina botulínica una vez descartada la causa etiológica.

“

Todos los panelistas que participaron coincidieron en el aumento progresivo en los últimos años de esta patología de la visión binocular

”

Fue uno de los actos principales desarrollados por la Sociedad Oftalmológica de Madrid en su último Congreso Anual

Mesa Redonda sobre Ojo Seco

por el Prof. Juan Murube del Castillo

El pasado 27 de noviembre tuvo lugar, durante el Congreso Anual de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, una mesa redonda sobre «Ojo Seco», en la que actuaron como panelistas oftalmólogos de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid cuyos servicios de Oftalmología tienen una Sección de Dacriología: Arias Puente, Alfonso (Hospital de Alcorcón), Balado Vázquez, Pilar (H. Gregorio Marañón), Beneyto Martín, Pedro (H. Severo Ochoa), ChenZhuo, Lucía (H. Ramón y Cajal), García Sáenz, M.^a Carmen (H. Alcorcón), García Sandoval, Blanca (Cl. La Concepción), Grande Baos, Carlos (H. Getafe), Hidalgo Barrero, M.^a Ventura (H. La Paz), López García, Santiago (H. Cruz Roja), Manyari, Amparo (H. Ramón y Cajal), Martínez Garchitorena, Juan (H. Cruz Roja), Montes Mollón, M.^a Angeles (H. Príncipe de Asturias), Rivas Jara, Luis (H. Ramón y Cajal), Rodríguez Ausín, M.^a Paz (H. G^o Marañón), Sánchez Torrero, Carmen (H. de la Princesa), Sanz López, Andrea (H. Ramón y Cajal), Sanz, Ana (H. Ramón y Cajal), Shalaby, Osama (H. Ramón y Cajal) y Zaragoza García, Pablo (H. Clínico). Actuó como moderador el Prof. Juan Murube, de la Universidad de Alcalá de Henares

En las estadísticas de incidencia de la enfermedad se apreció que el ojo seco es actualmente la enfermedad oftalmológica más frecuente en sus formas leves y moderadas, y que ocasionalmente alcanza gravedad o incapacitante para la visión.

Se desarrolló la mesa en 3 partes: Etiología, diagnóstico y tratamiento del ojo seco.

En la parte de ETIOLOGÍA, se determinó que todo diagnóstico de ojo seco debe ir seguida de tres anotaciones: gravedad, subsistema afectado y etiología. La

gravedad debe señalarse como leve o de una cruz (síntomas de sequedad sin signos físicos), moderado o de 2 cruces (síntomas y signos reversibles, como queratopatía punctata y tisc/but corto) y grave o de 3 cruces (síntomas de ojo seco y signos irreversibles como leucomas y neovascularización corneal).

La anotación del subsistema afectado debe seguir la clasificación AMLEI (a=acuodeficiente, m=mucodeficiente, l=lipodeficiente, e=epitelopático e i=incongruencia párpado-ojo). Tras las

cruces indicando la gravedad, puede escribirse la palabra «amlei», y en ella subrayar el o los subsistemas que participan en el ojo seco en cuestión.

La tercera anotación debe hacer referencia a la etiología: inmunológico, hormonal, medicamentoso, lesional glandular, neurológico, senil, ambiental, tantálico, etc.

La etiología inmunológica es debida, ya a autoagresión a las glándulas exocrinas (síndromes de Sjögren tipo 1), ya a éstas y al sistema conectivo (síndromes de Sjögren tipo 2), o ya a mucodermatitis cicatrizantes (penfigoide ocular benigno, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell).

El Dr. José María Rodríguez, del Hospital Ramón y Cajal, y Presidente actual de la Sociedad Española de Estrabología, analizó la parálisis del IV par craneal, destacando que es la causa más frecuente de tortícolis ocular. Indicó la necesidad de tratar con toxina botulínica (en el oblicuo inferior, recto superior del mismo lado y recto inferior del otro lado) y sobre todo muy precoz. Es importante remitir en general a todos los pacientes con parálisis aguda al especialista correspondiente de motilidad ocular para que la inyección sea llevada a cabo lo más rápido posible. En ocasiones la Toxina sirve para simplificar y reducir la cantidad de cirugía.

De nuevo el Dr. Felipe Gómez Villaescusa nos habló sobre el tratamiento tan decepcionante de la POM del III par craneal. Las técnicas de suplencia en estos casos no proporcionan una excelente estática ocular, dado que los músculos no paralizados son escasos (recto lateral y oblicuo superior). Animó para seguir investigando en este tema.

El Dr. Miguel Ángel Alonso, de la Clínica de la Concepción de Madrid, analizó los problemas cada día más importantes de fracturas de órbitas. Señaló que pocas veces los músculos (rectos y oblicuos) están incluidos en los bordes de las fracturas y suele ser la grasa la que puede provocar las limitaciones en las ducciones. En general el tiempo de operación depende de cada caso particular, siendo aconsejable desde pocos días hasta meses después del traumatismo. La Toxina Botulínica en estos casos no suele ser eficaz, dado que con frecuencia existen fibrosis imposible de vencer.

La segunda y última parte de la Mesa Redonda consistió en la aportación de la experiencia personal de cada uno de los panelistas respondiendo a preguntas concretas sobre los temas tratados en la primera parte.



drogas sistémicas (antihipertensivos arteriales, ansiolíticos, antidepresivos, tranquilizantes, antiparkinsonianos, antihistamínicos, anticolinérgicos, anticonceptivos) o tópicos oculares (beta-bloqueantes, alfa-adrenérgicos, anticolinérgicos).

Los ojos secos por disfunción inflamatoria afectan poco a las glándulas acuosas, más a las glándulas mucosas (conjuntivitis crónicas, penfigoides con borramiento precoz de los surcos lacunares), y mucho a las glándulas lípidas (blefaritis).

Los ojos secos por destrucción o ausencia glandular se deben a ausencia de las glándulas acuosas (tumores, inflamaciones, extracciones), mucosas (quemaduras, traumas, agenesias, aniridias) o lípidas (destrucciones, ablaciones, agenesias, ectropiones)

Los ojos secos por déficits neurológicos incluyen los por déficit de la aferencia trigeminal sensitiva (hipostesia por lentillas de contacto, denervación trigeminal, gasserectomía) o por déficit de la eferencia motora (lesiones pontobulbares, parálisis facial pregeniculada, lesión de la vía lacrimosecretora post-geniculada)

“

En las estadísticas de incidencia de la enfermedad se apreció que el ojo seco es actualmente la enfermedad oftalmológica más frecuente en sus formas leves y moderadas, y que ocasionalmente alcanza gravedad o incapacitante para la visión

“

Los ojos secos carenciales tienen su forma más característica en la xeroftalmia por avitaminosis A, que es rara en nuestro ambiente. Más frecuente, pero de incidencia decreciente, es el alcoholismo.

Los ojos secos por involución senil están aumentando con la longevidad progresiva. Si a ello se añade que en la senectud es frecuente el uso de fármacos con acción colateral hiposecretora, se comprende que el ojo seco sea hoy la patología ocular más frecuente.

Los ojos secos ambientales se deben en ambientes abiertos a los polutantes atmosféricos (fábricas, motores de coches), y en ambientes cerrados a humo de tabaco, aires acondicionados y emisiones de implementos domésticos. El síndrome de ojo seco oficinario o el del «edificio enfermo» pertenecen a este grupo. Las blefaritis



Participantes en la Mesa Redonda moderada por el Prof. Murube del Castillo.

favorecen grandemente la evaporación de la película en estas circunstancias.

Los ojos secos tántálicos son aquellos en que aún habiendo producción normal de lágrima, el ojo no puede aprovecharla. Ocurre esto por dos causas: epitelopatía (distrofias, denervaciones, descompensaciones corneales) o incongruencia de la aposición del párpado sobre la superficie ocular (colobomas, ectropión, entropión, lagofthalmos).

DIAGNÓSTICO DEL OJO SECO

En la segunda parte de la mesa redonda se trató sobre el DIAGNÓSTICO del ojo seco. Se destacó la importancia de una buena anamnesis, que detecte la circunstancia del ojo seco (condiciones del lugar de trabajo, enfermedades asociadas, consumo medicamentoso, etc.).

En el diagnóstico se concluyó que la prueba más fácil para determinar el estado de las dacrioglándulas es para las glándulas acuosas, la prueba de Schirmer, que aún dentro de sus limitaciones, orienta aceptablemente sobre una disminución de la secreción lacrimal. Para las glándulas mucíparas el tisc/but corto, el borramiento parcial de los surcos lacunares y el exceso de grumos mucínicos en fórnix inferior. Y para las glándulas lípidas, la observación de una blefaritis marginal.

La exploración a la lámpara de hendidura puede detectar como signos importantes un tiempo de ruptura de la película lacrimal, determinado por la aparición del primer islote de desecación de la película lacrimal que ocurre de 0 a 5' tras parpadear en los ojos secos +++, de 6 a 10' en los ++, de 11 a 15' en los +, y sobre 15' en los normales.

Otro signo fentobiomicroscópico importante es la tinción con colorantes vitales, que manifiesta el sufrimiento epitelial en forma de queratopatía puntata. La fluoresceína tiñe los puntos donde falta el epitelio; el rosa bengala y el verde indocianina tiñen las células epiteliales dañadas y sin cobertura mucínica.

De gran importancia es también el determinar al biomicroscopio el estado del borde palpebral que precisar si hay una disfunción meibomiana. En este último caso hay pérdida de la línea gris, vascularización en trazos anteroposteriores del borde palpebral, retención de

lípidos en las glándulas, dificultad del vaciamiento glandular por compresión, irregularidad de la arista posterior del borde palpebral, y presencia de pestañas ralas, escasas y de dirección irregular.

El estudio de la película lípida por interferometría requiere el uso del tearscope de Guillon, pero también puede hacerse por simple inspección fentobiomicroscópica sobre el reflejo de la bombilla de la

“

En la parte de ETIOLOGÍA, se determinó que todo diagnóstico de ojo seco debe ir seguida de tres anotaciones: gravedad, subsistema afectado y etiología

“

lámpara de hendidura sobre la córnea. La interpretación de esta prueba no está aún bien definida.

No menor importancia tiene el borramiento de los surcos plicobulbar y plico-caruncular del lago lacrimal. El borramiento precoz de estos dos surcos indica una retracción de la conjuntiva, se acompaña siempre de una disminución de las células caliciformes, y puede deberse a un proceso primario (penfigoides, síndromes de Sjögren) o secundario a un ojo seco de otra causa. Se determinan estos surcos instilando una gota de fluoresceína y observando a la lámpara de hendidura con luz ultravioleta con qué grado de abducción se borran los pliegues. Normalmente se borran a los 55° o no se borran con la abducción máxima de 60°. En los casos patológicos se borran a los 50° ó 40°, y si el cuadro es muy avanzado ni siquiera existen en la posición primaria de la mirada.

De las pruebas biofísicas de laboratorio, la más importante es la

determinación de la osmolaridad lacrimal, que según los criterios de Pisa, de la Unión Europea, es normal entre 300 y 310 miliosmoles/litro, e indica sequedad leve cuando es de 320, moderada de 330 y grave de 340 miliosmoles/litro. La determinación de componentes proteicos lacrimales es importante, pues la lisozima, la lactoferrina y la IgA están disminuidas en el ojo seco. El estagograma o prueba de cristalización de la lágrima por desecación a temperatura ambiente indica tanta mayor anomalía cuanto más escasas son las arborizaciones en hoja de helecho de los cristales. Otras determinaciones bioquímicas, como el proteinograma por electroforesis se usan en investigación, pero no en clínica.

De las pruebas citológicas de laboratorio, la citología de impresión de la conjuntiva muestra en los ojos secos la escasez de las células epiteliales caliciformes, y la metaplasia escamosa de las células epiteliales no caliciformes. En ojos secos +++ el epitelio corneal puede estar invadido por células conjuntivales. La biopsia de conjuntiva puede determinar por inmunofluorescencia directa e indirecta la presencia de agresión inmunológica en el epitelio, su membrana basal o en el corion mucoso. La biopsia de glándula lacrimal o de glándula salival labial sirve para determinar la agresión linfocitaria a glándulas exocrinas

El análisis hematológico puede detectar alteraciones celulares y séricas. Entre estas últimas destaca en los síndromes de Sjögren tipo 1 la frecuencia de los antígenos HLA B8 y DR3, y de anticuerpos anti-Ro, anti-La y anti-alfa-fodrina; y en los síndromes de Sjögren tipo 2 la frecuencia de DR4, anticuerpos ANA y factor reumatoide.

TRATAMIENTO DEL OJO SECO

La tercera parte de la mesa redonda estuvo dedicada al TRATAMIENTO del ojo seco. El factor ambiental debe ser prevenido evitando las corrientes de aire (ventiladores, ventanas), la sequedad

“

En la segunda parte de la mesa redonda se trató sobre el DIAGNÓSTICO del ojo seco. Se destacó la importancia de una buena anamnesis, que detecte la circunstancia del ojo seco (condiciones del lugar de trabajo, enfermedades asociadas, consumo medicamentoso, etc.)

“



ambiental (humidificadores) y los polutantes atmosféricos (humos, polvo, gases). La protección con gafas de escudo o herméticas es una medida importante.

El tratamiento higiénico tiene su máxima aplicación en la limpieza de los bordes palpebrales tras calentarlos unos segundos con una compresa mojada con el agua caliente del grifo, y aplicada después durante unos segundos a los párpados para calentar las glándulas de Meibomio, seguido ello del masaje de los párpados con los dedos para vaciar los lípidos meibomianos. Esto debe completarse con la limpieza del borde palpebral con una toallita mojada con poloxámeros o plurónicos (Cilclar, Lephagel).

El tratamiento médico etiológico se hará si la causa es tratable sin riesgo, y en la medida que se pueda: vitamina A en su carencia, pomada de terramicina en el tracoma, andrógenos en su déficit endocrino, ciclosporina A en las enfermedades inmunológicas, etc.

El tratamiento médico hipersecretante tiene su máximo uso en la aplicación tópica de eleoisisina, y en los comprimidos de pilocarpina.

El tratamiento médico substitutivo usa lágrimas artificiales que buscan la tríada físico-química de: una osmolaridad idónea (isoosmolar o hipoosmolar); una tensión superficial baja que tienda al ideal teórico de 38 dinas/centímetro (cosa que no consigue ninguna) y

“

La tercera parte de la mesa redonda estuvo dedicada al TRATAMIENTO del ojo seco. El factor ambiental debe ser prevenido evitando las corrientes de aire (ventiladores, ventanas), la sequedad ambiental (humidificadores) y los polutantes atmosféricos (humos, polvo, gases)

”

que facilite su extensión sobre la superficie corneal; y una viscosidad de 9 mP (la de la lágrima natural) o ligeramente superior que facilite su retención en la cuenca lacrimal sin dificultar el parpadeo.

Esto se consigue con tópicos de soluciones, geles y pomadas que contienen sales (NaCl, KCl, bicarbonatos, etc), polímeros de la celulosa (hidroxi-propil-metilcelulosa, carboximetilcelulosa), polímeros vinílicos (polivinil-alcohol, polivinil-pirrolidona, carboxi-polivinil), polímeros de glucosa (dextrán), y más raramente con mucopolisacáridos, gelatinas y etilenglicoles. Mención aparte merecen los productos de lípidos y ceras (lanolina, lecitina, vaselina).

En el mercado español hay lágrimas artificiales isoosmolares

(Larmabak), hipoosmolares (Hypotears, Vislube), de HPMC (Colircu-sí Humectante, Dacrolux y Tears Humectante), carboximetilcelulosa (Cellufresh y Celluvisc), polivinil-alcohol (Hypotears, Liquifilm Lágrimas y Liquifresh) polivinil-pirrolidona (Liquifresh y Oculotect), carboxi-polivinil (Lacryvisc, Siccafluid y Viscotears), dextrán (Dacrolux y Tears Humectante), hialuronato sódico (Vislube), y lanolina y vaselina (Lacrilube, Lubrifilm y Tears Gel).

Especial mención merecen los fluidos biológicos, como la leche y el colostro. El único de estos fluidos que tiene uso actualmente es el autosuero sanguíneo, introducido en solución al 10% en solución Ringer por Hamilton en 1940, y más tarde usado por Bisantis, Gar-

cía Gómez y otros en formas varias.

Como los preservantes (cloruro de benzalconio, cetrimida, tiomersal, clorobutanol) pueden dañar el epitelio cuando se aplica varias veces al día durante tiempo indefinido, cada vez se emplean más las lágrimas artificiales sin ellos, para lo que es necesario usar envases monodosis o paucidosis.

El tratamiento quirúrgico empieza para los casos leves por la oclusión de los canaliculos lacrimales para mantener en la cuenca lacrimal tanto la lágrima natural como las artificiales que se instilan. La oclusión de los canaliculos lacrimales puede hacerse de 3 formas: Por cauterización, por oclusión con tapones de plástico, y por parcheo con un cuadrado de conjuntiva autóloga colocado sobre su epitelio denudado. Para los casos de gravedad media se aconseja añadir una cisternoplastia, es decir, una técnica que crea en el canto lateral un pequeño receso que permite retener en el ojo de una a dos gotas de lágrima artificial. Finalmente, para los casos graves se pueden hacer blefarorrafias amplias que disminuyen la anchura de la hendidura palpebral, y blefaroptosis provocadas, que disminuyen su altura. También se hace suministro de saliva al ojo, bien por derivación del conducto de Stenon, bien por trasplante de glándulas salivales autólogas o heterólogas, siendo la más usada la de glándula salival labial.

HOMENAJE AL DR. GUSTAVO LEOZ

Coincidiendo con la Reunión Anual de la Sociedad Oftalmológica de Madrid se tributó un merecido homenaje al Dr. Gustavo Leoz. Dicho homenaje se dividió en dos partes: primeramente, en la sede de la Reunión, en el Centro de Convenciones de Mapfre de Madrid, se desarrollaron diversas intervenciones de reconocimiento a cargo de algunos de sus antiguos alumnos, entre ellos la Dra. María Teresa Dapena Crespo, el Prof. Jorge L. Alió Sanz y el Dr. José Luis Pérez Salvador. Seguidamente el Prof. Alfredo Domínguez, ex-presidente de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, realizó una glosa de la figura del homenajeado.

Con posterioridad tuvo lugar una cena en el hotel Mindanao, en cuyo transcurso se dedicaron unas palabras al Dr. Leoz por parte de sus amigos y compañeros los Doctores José Belmonte Martínez, Francisco Clement Casado, Manuel Quintana Casany, José Luis Munoa Roiz, Emiliano Hernández Benito, Alfredo Arruga Forgas y Cosme Lavin, y los Profesores Miguel A. Zato —su sucesor en la Jefatura de Servicio de la Clínica de Nuestra Sra. de la Concepción—, José Luis Menezo Rozalén, José María Barahona Hortelano y Julián García Sánchez, Presidente de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, que cerró el acto e hizo entrega de una placa dedicada al Dr. Leoz.



El Prof. García Sánchez haciendo entrega de la placa al Dr. Gustavo Leoz.



El Dr. Leoz dirige unas palabras de agradecimiento a los presentes al término de la cena.



El Dr. Leoz expresando su agradecimiento por el homenaje ante la Junta Directiva de la Sociedad Oftalmológica de Madrid.

Con la participación de 20 de los más reconocidos expertos internacionales en glaucoma

Más de 400 especialistas debaten en Barcelona sobre el glaucoma, el diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos

Barcelona acogió el 28 de noviembre a más de 400 oftalmólogos procedentes de diversos países europeos y de Estados Unidos que debatieron sobre la importancia del diagnóstico precoz y los últimos avances en el tratamiento del glaucoma. Esta enfermedad, que afecta entre el 1% y el 4% de la población, es una de las principales causas de la ceguera. El simposio, patrocinado por PHARMACIA & UPJOHN, reunió, por primera vez en España, a 20 de los especialistas en glaucoma con mayor prestigio internacional. La reunión estuvo dirigida por los profesores Francisco Honrubia, Jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, y Gunther Krieglstein, director de la Clínica Oftalmológica de la Universidad de Colonia.

Durante el encuentro, los expertos presentaron los últimos datos sobre la prevalencia del glaucoma y trataron sobre la importancia de un diagnóstico precoz. Actualmente, casi un millón de españoles padece glaucoma y se estima que esta cifra aumentará de forma sensible en los próximos años. Este rápido avance se debe en gran parte a la dificultad de



Vista parcial de la Mesa de Presidencia en el transcurso de una de las intervenciones. De Izda. a Dcha., T. Brunet, Director de Comunicación de Pharmacia & Upjohn; el Prof. A. Alm; y el Prof. Francisco Honrubia.

“
Casi un millón de españoles padecen esta enfermedad

“

“
Sólo se consiguen diagnosticar el 33% de los casos, debido a que el glaucoma no presenta síntomas

“

detención por parte del propio paciente, ya que no presenta síntomas. Sólo están diagnosticados un 33% de los casos.

«Se trata de una enfermedad que no avisa y que puede ocasionar graves consecuencias, que van desde una pérdida parcial de visión, con carácter irreversible, hasta la

LAS PROSTAGLANDINAS: EL HECHO FARMACOLÓGICO MÁS RELEVANTE

En la mayoría de los países, el tratamiento del glaucoma es fundamentalmente de carácter farmacológico (monoterapia o terapia combinada) o mediante láser y cirugía. Hasta ahora los principales tratamientos se basaban en el uso tópico de gotas oftálmicas conteniendo fármacos betabloqueantes, agonistas colinérgicos y agonistas adrenérgicos.

En la actualidad, con la reciente aparición de las prostaglandinas, el tratamiento farmacológico del glaucoma está cambiando substancialmente. Los tratamientos basados en las prostaglandinas controlan con eficacia la enfermedad con una sola gota al día si ésta es diagnosticada a tiempo.

El humor acuoso —un fluido producido constantemente en el interior del ojo— cumple la función de mantener la forma del ojo y de nutrir algunas de sus estructuras. En la gran mayoría de glaucomas, el humor acuoso se produce con normalidad, pero se elimina demasiado lentamente debido a una obstrucción en la vía de salida, de manera que el resultado es un aumento de la presión intraocular.

El mecanismo de acción de las prostaglandinas actúa incrementando el drenaje del humor acuoso a través de la vía úveoescleral y no reduciendo su producción, que es lo que hacen la mayoría de tratamientos actuales.

De este modo, se ofrece una alternativa fisiológica y más natural para el control del glaucoma. Según el Dr. Francisco Honrubia, «uno de los aspectos más destacados en la acción de las prostaglandinas es su eficacia en la reducción de la presión intraocular y su facilidad de aplicación, porque al administrarse una sola vez al día facilitan el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes».

Efectivamente, la falta de cumplimiento del tratamiento ha sido identificada como una de las principales causas del control inadecuado de la presión intraocular, contabilizándose hasta un 50% de los pacientes con fracasos en la correcta administración de los tratamientos tradicionales para el glaucoma.

20 EXPERTOS INTERNACIONALES PARTICIPANTES EN EL SIMPOSIO

Prof. Robert Weinreb
Universidad de California (USA)

Dr. Bertil Lindblom
Hospital Sahlgrenska
Gotemburgo (Suecia)

Dr. Karl Heinrich Emmerich
Staedtische Kliniken
Darmstadt (Alemania)

Dr. Clive Migdal
St Mary's The Western Eye Hospital
Londres (Reino Unido)

Dr. Clemens Vass
Univ-Klinik fur Augenheilkunde
Viena (Austria)

Dr. Roberto Carassa
Clínica Oculística. Hospital s Raffaele.
Milán (Italia)

Dr. Pieter Zibrandtsen
Eye Clinic Barner & Zibrandtsen
Lyngby (Dinamarca)

Dr. Francisco Honrubia
Hospital Miguel Servet
Zaragoza

Dr. Pedro Fernández Vila
Complejo Hospitalario Provincial-
Rebullon

Prof. Albert Alm
Hospital Universitario Uppsala
Uppsala (Suecia)

Prof. Metzner Serra
Portugal

Prof. Gunther Krieglstein
Universitäts-Augenklinik
Colonia (Alemania)

Prof. Ian Grierson
University of Liverpool
Liverpool (Reino Unido)

Dr. Anton Hommer
Krankenanstalt Sanatorium Hera
Viena (Austria)

Prof. Carlo Traverso
Ospedale San Martino
Génova (Italia)

Dr. Andreas Petounis
Hospital General de Patissia
Atenas (Grecia)

Dr. Niels Otland
Hospital Universitario de Odense
Odense (Dinamarca)

Dr. Miguel Teus
Hospital Príncipe de Asturias
Madrid

Dr. Alfons Anton
España

Dr. Jan-Erik Jakobsen
Ullevål Hospital
Oslo (Noruega)

ceguera absoluta», afirmó el Dr. Francisco Honrubia. En su opinión, «existe una importantísima cifra oculta de personas que no son diagnosticadas hasta que la enfermedad está en un avanzado estadio», por lo que insiste en la necesidad de que las personas mayores de 35 años realicen un chequeo cada año con su oftalmólogo sobre todo de la presión intraocular.

Asimismo, los especialistas en Oftalmología reunidos en Barcelona discutieron sobre los avances más significativos en el tratamiento farmacológico de esta enfermedad. Entre ellos, el desarrollo de las prostaglandinas, considerado ya como el hecho farmacológico más relevante de los últimos tiempos. Los nuevos tratamientos basados en las prostaglandinas han demostrado que controlan con eficacia el glaucoma con una aplicación sencilla —una sola gota al día—, realizando un diagnóstico a tiempo.

Importante Grupo de Oftalmólogos

Con más de 20 años de experiencia y con actuación en Guipúzcoa, Navarra y Francia, desea contactar con **Oftalmólogos** jóvenes que hayan terminado recientemente la especialidad y estén interesados en desarrollar su actividad en dicha zona geográfica.

Interesados

Enviar urgentemente Curriculum Vitae al Apartado de Correos n.º 1794 de San Sebastián acompañado de expediente académico y fotografía reciente.

“

Los nuevos tratamientos, basados en las prostaglandinas, están mostrando una gran eficacia en el control de la enfermedad, con una sola gota al día

“

Recomendaciones para negociar las condiciones con las compañías aseguradoras

Implicarse y tener una mentalidad de colaboración

Comisión de Oftalmólogos de la Vocalía de Asistencia Colectiva
Colegio de Médicos de Madrid

El presente artículo trata de explicar la situación actual de las negociaciones que desarrolla el colectivo médico con las compañías aseguradoras para delimitar las condiciones de su relación habitual. Se describen también las líneas de acción al respecto propuestas desde la Sociedad Española de Oftalmología, aunque, como se concluye, es básico que exista una mentalidad de colaboración y un espíritu de mayor implicación por parte de los oftalmólogos.

Todos los oftalmólogos conocéis la crisis por la que pasa este colectivo. De una parte los altos costes de equipamientos debidos al desarrollo tecnológico de la especialidad; de otra parte los bajos honorarios contemplados en los baremos de cualquier compañía; de otra la altísima responsabilidad que hoy asume el profesional, reflejada claramente en el crecimiento exagerado del número de demandas judiciales.

A lo anteriormente expuesto, añadamos que la escasa unión del colectivo nos hace sumamente vulnerables ante las compañías de asistencia sanitaria, que aprovechan la situación en beneficio propio, con negociaciones individualizadas con los profesionales, en las que más bien se puede hablar de condiciones impuestas que el profesional se ve obligado a aceptar.

Se da también el caso de compañeros que, ante esta situación de trato individual con cada profesional, pactan o se ven obligados a pactar con las compañías honorarios sumamente bajos, para poder, a cambio de un mayor volumen de pacientes, mantener el mismo rendimiento económico que antes obtenían con menos.

Los profesionales de la medicina debemos tener muy presente que existe un límite en las retribuciones, por debajo del cual no es posible hacer una buena práctica médica con todas las garantías para nuestros pacientes, y ese límite está superado ya.

Imaginad un profesional que acabe de obtener su título de oftalmólogo y que quiera establecerse en el sector de asistencia a compañías de seguro (Asistencia Colectiva). Pagar un local, amortización de material y el mínimo personal auxiliar, además de los consumos de electricidad, teléfono, material de curas, impuestos municipales, retención del 20% de la base imponible, etc. ... **no es posible**, no salen los números.

El ejemplo anterior quiere decir que si los números no salen, el profesional ha de recurrir a obtener sus emolumentos por otras vías: o son profesionales con años de antigüedad, con infraestructuras ya amortizadas, o son profesionales sin costo de infraestructuras (ejemplo de aquellos que trabajan para ópticas), o existen otras vías de financiación de la especialidad atípicas (caso de las prótesis o técnicas no incluidas en los baremos de la especialidad).

Como miembros de un colectivo en el que debe prevalecer la Deontología Profesional, pero que a la vez debe tener la retribución adecuada para no tener que recurrir a algunos de los argumentos expuestos, hemos de emprender ya otros caminos con la convicción de la fuerza que como grupo tenemos, siempre argumentando sobre la base de razonamientos lógicos y bien documentados, y en ese sentido se os propone desde la Sociedad Española de Oftalmología la siguiente línea de actuación.

1. Adopción por las Compañías del NOMENCLATOR. Después de dos o tres años de muchos esfuerzos y múltiples y complejas negociaciones y votaciones en el seno de la Organización Médica Colegial y de sus diferentes Colegios Provinciales, se ha llegado a obtener un modelo de documento único a nivel nacional, denominado Nomenclator Nacional de Asistencia Colectiva, para negociar con las Compañías.

CARACTERÍSTICAS DEL NOMENCLATOR

El Nomenclator es un documento en el que vienen recogidos, por especialidades, todos los actos médicos que se refieren a la especialidad, teniendo en cuenta:

- La consulta, en sus distintas modalidades.
- Las pruebas diagnósticas.
- Los actos terapéuticos.

d) Los actos quirúrgicos.

A cada uno de estos actos se le ha asignado un código alfanumérico en el que se recogen varios parámetros: la especialidad, el número de orden dentro de la especialidad, y cabe destacar aquellos dígitos que se refieren al tipo de acto y a su nivel de complejidad, expresado este último numéricamente en puntos.

Por tanto, a la hora de la negociación y actualización económica de baremos para todas las especialidades, lo único que hay que acordar es la equivalencia en pesetas, o próximamente en euros, del punto.

No cabe duda que el Nomenclator es muy mejorable respecto a cómo está redactado ahora, pero la urgencia de tenerlo para todas las especialidades, con el objeto de poder negociar con las Compañías para el año 99, nos ha obligado a adoptar, con algunas variantes que nos favorecen, el modelo del Colegio de Médicos de Barcelona, que ya venían utilizando los catalanes hace años y que consideramos superior al de la Organización Médica Colegial, que tenían adoptado las Compañías más representativas del sector. Está en nuestro ánimo el formar comisiones de expertos en las distintas áreas oftalmológicas para mejorar el modelo actual de Nomenclator.

2. Consideramos importantísimo efectuar un estudio económico de la especialidad, con el fin de negociar con las compañías unos precios más razonables,

para consultas y cirugías, pues resulta injusto pagar igual que a otras especialidades con menores gastos. De hecho, una compañía (ASISA), ya nos pidió un estudio de costes de la especialidad para estudiar nuestras quejas de que no era posible subsistir con los bajos honorarios, al haber incluido gratuitamente las lentes intraoculares, que eran para muchos el soporte económico de la especialidad.

3. Por último, es muy importante que desde la Sociedad Española de Oftalmología se proceda a formar grupos de trabajo para la elaboración de **protocolos mínimos recomendables** para cada proceso oftalmológico. Consideramos que con dichos protocolos:

— Se mejorará el estándar de calidad asistencial.

— Se podrá cuantificar el gasto por proceso (muy importante para las compañías).

— Situará al oftalmólogo en una posición mejor de cara a la defensa de sus honorarios con las compañías, ya que ahora en alguna de ellas (SANITAS) te suben o no en función del gasto ocasionado por enfermo.

— Se reducirá la responsabilidad civil por mal praxis.

Con este artículo queremos llamar la atención de los Oftalmólogos, para que, con mentalidad de colaboración, os impliquéis en la medida en la que cada uno pueda a través de los colegios provinciales a los que pertenecáis. Si en la correspondiente vocalía de asistencia colectiva no hay representante de nuestra especialidad con conocimientos suficientes de la misma para defender nuestros intereses, proponedle al vocal vuestra participación en temas oftalmológicos, seguro que agradecerá vuestra ayuda. Colaborad también a través de cuantas Sociedades Científicas tengáis oportunidad de hacerlo, en las sesiones administrativas de los Congresos, en fin, en cualquier foro en el que podáis aportar algo y consolidar nuestros comunes objetivos.

En Madrid hemos recibido la oferta del Presidente del Colegio de Médicos de realizar gestiones personalmente en relación con la problemática del sector oftalmológico, ante los directivos de las Compañías de Asistencia Sanitaria, siempre y cuando sea respaldado por una mayoría del colectivo de oftalmólogos de Madrid, mediante compromiso firmado de los mismos.

“

**Consideramos importantísimo
efectuar un estudio económico
de la especialidad,
con el fin de negociar
con las compañías unos precios
más razonables,
para consultas y cirugías**

”

Revisión de la trayectoria vital de un oftalmólogo

El Currículum revisitado

por el Prof. Manuel Sánchez Salorio

El Profesor Manuel Sánchez Salorio ha aprovechado el acto en el que ASOMEGA le entregó un reconocido Premio para realizar una muy interesante revisión de su trayectoria vital, desde sus primeros estudios, hasta su ingreso en la Universidad, su posterior doctorado y acceso a la Cátedra de Oftalmología de la Universidad de Santiago de Compostela. Lógicamente —y bajo la atenta mirada de personalidades asistentes tan insignes como el presidente de la Xunta de Galicia, Manuel Fraga Iribarne—, Sánchez Salorio rememora también su actividad al frente de la en su día bautizada como «Baby-School of Santiago de Compostela», el Servicio de Oftalmología del Hospital Xeral de Galicia y el innovador Instituto Galego de Oftalmoloxía (INGO), agradeciendo la extraordinaria labor de sus múltiples colaboradores.

Las bases de este Premio dicen textualmente que en este acto el galardonado debe exponer públicamente los méritos y los trabajos por los que el Premio le ha sido concedido. Pero como resulta que yo no sé muy bien por qué me han concedido tan importante distinción me permití preguntar a nuestro Presidente de qué debería yo hablar concretamente aquí y ahora. Me contestó que lo que yo tenía que hacer era, nada más y nada menos, que contarles a ustedes mi vida. Y, además, que debía hacerlo en el plazo improrrogable de veinte minutos.

Sin poder detenerme a explicarles las resistencias interiores que encuentro para constituirme en biógrafo e intérprete de mí mismo voy a intentar cumplir lo mejor posible ese mandato.

DE LOS RETOS Y MODELOS

Nací en La Coruña el 22 de enero de 1930. Estudié el bachillerato en un colegio mesocrático, el de los Hermanos Maristas, en el que fui un estudiante irregular.

En octubre de 1946 me matriculé —o quizás, para decirlo mejor, me matricularon— en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela.

En aquel tiempo el gran reto para todo aquel que llegaba a la Facultad era aprobar las Anatomías al primer envite. Dado el carácter casi exclusivamente memorístico de las enseñanzas y de los exámenes aquello era un absurdo



En la imagen, un momento de la apertura de la Sesión a cargo del Dr. Aniceto Charro, Presidente de ASOMEGA.

pedagógico. Pero en toda docencia los efectos son como los designios del Señor: inescrutables e impredecibles. Lo políticamente incorrecto puede provocar resultados correctos. El estímulo es siempre más importante que el método. Y en mi caso funcionó. El esfuerzo y la autodisciplina necesarios para afrontar el reto fueron interiorizados con tal intensidad que me transformaron para siempre en lo que pudiera considerarse como una persona estudiosa. A partir de entonces creo que no ha pasado ni un sólo día de mi vida en que yo no haya dedicado algún momento a alguna forma de estudiar. El resultado del absurdo pedagógico y de esa

tan obsesiva interiorización fue bastante espectacular: no sólo obtuve sobresaliente y matrícula de honor en las anatomías sino también en todas las asignaturas de la carrera con la honrosa excepción de la Terapéutica Física. Fui Premio extraordinario de licenciatura y Premio Nacional de Medicina, cosa que ocurría por primera vez en un licenciado de Santiago de Compostela. Pero, por si alguno de ustedes no lo sabe, le aclararé que en la Universidad sucede con las matrículas de honor algo parecido a lo que ocurre con las cerezas: sacas una y con ella vienen cuatro o cinco más.

Pero pienso que eso no fue lo más importante que me ocurrió en la Facultad en mis años de estudiante. Lo que ahora voy a contarles no figura en mi currícu-

“

En la Baby School no teníamos especialistas titulados pero teníamos un responsable de glaucoma, de retina, de estrabismo, de anatomía patológica ocular. Era un equipo “amateur”, pero el organigrama era tan ambicioso como el de Moorfields de Londres y lo cierto es que el diseño se adelantó en veinte años a lo que después se generalizó en la mayoría de los servicios eficaces

“

lum, pero no quisiera omitirlo porque lo considero muy importante y porque además quisiera aprovechar esta ocasión para intentar reconocer una deuda personal.

Estudiando segundo curso, en Enero de 1948, al volver de las vacaciones de Navidad, en clase de Fisiología apareció un nuevo profesor. Venía de Madrid, tenía 29 años, se sentaba sobre la gran mesa que había en el estrado y hablaba y fumaba sin parar. Cuando el profesor nos explicaba la fisiología del corazón, del sistema nervioso o de la visión lo veíamos discurrir en voz alta. Discutía consigo mismo. Sin citar apenas a autores ni recurrir a argumentos de autoridad iba y venía de los problemas a las soluciones, de las dudas a las certezas. Daba la sensación de que aquello que estaba diciendo lo decía por pri-

“

Simbólicamente la llegada a la universidad significa “cambiar el vientre de la madre por el vientre de la tribu”. Y pienso que el modelo de tribu que se ofrezca es importantísimo para aquellos que se encuentran en el trance de empezar a diseñar un modelo de vida personal

“

mera vez. Frente a la quietud de la Anatomía allí todo estaba vivo y se movía.

Para algunos el impacto producido por la llegada de Ramón Domínguez fue muy importante. Y no sólo lo fue por haber troquelado en nosotros una mentalidad fisiopatológica sino por algo mucho más valioso. Por primera vez teníamos un modelo. Alguien a quien admirar e intentar imitar.



En la imagen, de Izda. a Dcha. el Prof. Manuel Sánchez Salorio, el ministro de Administraciones Públicas, Mariano Rajoy Brey; el presidente de la Xunta de Galicia, Manuel Fraga Iribarne; el ministro de Sanidad, José Manuel Romay Beccaria y D. Domingo García-Sabell.

Una referencia sobre la que podía empezar a cuajar el entramado de un proyecto vital personal. Gracias a Ramón Domínguez yo supe muy precozmente lo que quería hacer en mi vida: ser de algún modo como él. Llegar a ser profesor universitario. Esta vivencia se reforzó después por el contacto con otros dos profesores: D. Manuel Suárez Perdiguero en Pediatría y D. Ángel Moreu González Pola en Oftalmología quien fue definitivamente mi maestro. Aquellos profesores tenían entre sí una condición común: venían de fuera y no participaban del victimismo general que por aquel entonces imperaba en la Universidad de Santiago. Frente a la coartada del «aquí no puede hacerse nada» fueron capaces de generar y de contagiar entusiasmo.

Cuento todo esto porque pienso que la actual endogamia es un fenómeno nefasto y porque creo que la Universidad no es muy consciente de lo que ocurre en los alumnos cuando llegan a los primeros cursos. Desde que existen los departamentos todo el mundo quiere dar cursos de postgrado y que otros «desasnen» a los recién llegados.

Simbólicamente la llegada a la universidad significa «cambiar el vientre de la madre por el vientre de la tribu». Y pienso que el modelo de tribu que se ofrezca es importantísimo para aquellos que se encuentran en el trance de empezar a diseñar un modelo de vida personal.

(Probablemente la vivencia de la necesidad de ese proyecto estuvo en mi caso reforzada por el impacto de una lectura que todavía recuerdo con absoluta nitidez. Para rastrear esa pista hace unos

días busqué en mi biblioteca un pequeño libro de la colección Austral y ahora verán ustedes algunos de los párrafos que por aquel entonces yo había subrayado:

«La vida es una operación que se hace hacia adelante. Se vive desde el porvenir porque vivir consiste inexorablemente en un hacerse la vida de cada cual a sí misma». «Vida es la inexorable forzosidad de realizar el proyecto de existencia que cada cual es».

Se trata, algunos ya lo habrán adivinado, del «Buscando a

“

La clave de toda gestión creativa consiste siempre en ser capaz de establecer relaciones operativas entre uno mismo y sus propios sueños y en el INGO podemos hacerlo sin apenas intermediarios

“



En la fotografía, el Prof. Manuel Sánchez Salorio durante la intervención de agradecimiento y reflexión por el premio recibido.

Goothe desde dentro» del gran maestro de la razón vital: D. José Ortega y Gasset. El texto está incluido en su famoso tríptico (Mirabeau, Kant, Goethe). El libro costaba siete pesetas y en la primera página escribí la fecha de su adquisición: jocho de Enero de 1948!).

Puesto que mi proyecto vital pasaba ya tan claramente por asumir el estilo, los valores y la forma de vida propios de la Universidad, me dediqué a cumplir los rituales que por aquel entonces se consideraban necesarios para acceder a la Institución. Me fui a Alemania, maté unas cuantas docenas de conejos, hice la Tesis, fui premio extraordinario del doctorado y publiqué varios trabajos, dos de los cuales gracias a la amabilidad de Sir Steward Duke-Elder aparecieron reseñados en su gran biblia oftalmológica. Se convocó una plaza de profesor adjunto, me presenté y la gané.

Pero en aquella época en la universidad o eras catedrático o eras bedel o no eras nada. Y como a mí lo de dar la hora no me hacía demasiada ilusión por tres veces subí a la meseta a por uvas. A la fiesta, sin duda bárbara pero excitante, de las oposiciones a cátedras.

Y como a la tercera va la vencida, en enero de 1963 fui nombrado por unanimidad Catedrático de Oftalmología de la Universidad de Santiago de Compostela.

DE LA BABY SCHOOL A LA NOMENKLATURA

En aquel momento toda la dotación de la Cátedra y del Servicio de Oftalmología consistía en tres habitaciones de un Hospital desvalido y sin dueño conocido, de una plaza de catedrático, otra

de profesor auxiliar y una de alumno interno. Esa era la situación.

Y ahí fue donde creo me hice persona adulta. Porque uno no se hace verdaderamente hombre hasta que tiene que afrontar sin tutelas el riesgo real que supone la necesidad de enfrentarse a la realidad y de transformarla. La incertidumbre real de ese toma y daca en que consiste la vida y del que surgen inevitablemente entreveradas las frustraciones y la autoafirmación personal.

La clave consiste siempre, tal como ha dicho Salvador Paniker, en conocer los naipes que a uno le han dado y en ser capaz de diseñar un espacio propio de expresividad y de realización; el margen propio. Siempre hay un margen donde poder escribir. Ese espacio consistió en lo que Giambatista Bietti, el gran profesor de Roma, en ocasión para nosotros memorable llamó «la Baby-School of Santiago de Compostela».

Porque lo cierto es que la operación resultó sorprendentemente sencilla. Pronto empezaron a llegar a la clínica alumnos y recién licenciados. Unos querían hacer la especialidad y otros, los más, no sabían lo que querían. Probablemente lo único que buscaban era un lugar en el que alguien les hiciese caso y en el que pudiesen sentirse importantes. El que les hacía caso era yo y lo que hacía que se sintieran importantes era un famoso organigrama. En la Baby School no teníamos especialistas titulados pero teníamos un responsable de glaucoma, de retina, de estrabismo, de anatomía patológica ocular. Era un equipo «amateur», pero el organigrama era tan ambicioso como el de Moorfields de Londres y lo cierto es que el diseño se adelan-

tó en veinte años a lo que después se generalizó en la mayoría de los servicios eficaces. Y teníamos también el Seminario. De modo nunca interrumpido desde hace ahora treinta y ocho años los segundos jueves de cada mes funcionó lo que creo ha sido el principal acicate de la gente que pasó por la Cátedra. Fue realmente el «Seminario».

Antes de llegar a ser una organización capaz de cumplir objetivos externos importantes y bien determinados fuimos una comunidad donde cada uno podía realizarse con casi absoluta libertad. La clínica era, claro está, un lugar de aprendizaje pero fue, sobre todo, un elemento básico de identificación, de pertenencia y de inserción social. Todos grupo humano con personalidad produce siempre símbolos, razones y significados que le son peculiares. Segrega una cultura especial. Por los años sesenta y setenta «los de ojos» fueron capaces de segregar un modo lúdico, informal y extraordinariamente solidario de entender el trabajo. Fueron los años del estilo «comuna».

Los tiempos y los modelos han ciertamente cambiado —«lo que separa no es la distancia sino el crecimiento»— pero yo creo que lo más propio del grupo de Santiago ha sido y sigue siendo la firme determinación de hacer coincidir e integrar en la vida personal el gusto por la clínica y por la asistencia con el pathos de la curiosidad propio de la investigación y de la docencia. Esa erótica del saber que acoge la novedad como la tierra acoge a la semilla.

“
Cuando ya pudimos ser una “organización” el objetivo principal consistió en intentar conseguir que ningún paciente oftalmológico de Galicia tuviese que abandonar el país para ser atendido
 ”

Eso es lo que explica la bien nutrida representación de los que han llegado a ser catedráticos y profesores. Porque a ellos les pertenece el Premio tanto como a mí, quisiera ahora recordar sus nombres. Tanto el de aquellos que ejercen la docencia en la diáspora —Julián García Sánchez en Madrid, Demetrio Pita en Barcelona, José Carlos Pastor en Valladolid, José García Campos en Málaga, Juan Durán en Bilbao, José Fernández Vigo en Badajoz— como el de quienes lo hacen en

“
La actual endogamia es un fenómeno nefasto y porque creo que la Universidad no es muy consciente de lo que ocurre en los alumnos cuando llegan a los primeros cursos. Desde que existen los departamentos todo el mundo quiere dar cursos de post-gradado y que otros “desasnen” a los recién llegados
 ”

Santiago como profesores titulares: Carmela Capeáns— probablemente la persona con dedicación más intensa y generosa al Servicio de Oftalmología en toda su historia—, Francisco Gómez-Ulla, José Pérez Moreiras, M.^a Teresa Rodríguez Ares, Elio Díez-Feijóo, Francisco González.

Cuando ya pudimos ser una «organización» el objetivo principal consistió en intentar conseguir que ningún paciente oftalmológico de Galicia tuviese que abandonar el país para ser atendido. El Servicio de Oftalmología del Hospital Xeral ha funcionado desde hace mucho tiempo como referencia regional indiscutida y en algunas parcelas también como referencia nacional.

LA GESTIÓN DEL PROPIO IMAGINARIO

No puedo ser yo, claro está, quien valore el nivel de eficacia y calidad con que se ha cumplido ese objetivo. Pero sí me gustaría decirles que, desde hace algunos años, el sistema dispone de un instrumento organizativo extraordinariamente innovador: el Instituto Galego de Oftalmoloxía. Desde el punto de vista asistencial el INGO representa la primera institución en la que se aplica la doctrina de la reforma sanitaria: la provisión de servicios mediante la autogestión y su financiación a través del coste por servicio prestado. El Instituto es una Fundación Pública que vive de lo que hace y ofrece en un espacio cada vez más competitivo (me permitirán que no diga en un «mercado» competitivo porque la medicina se «remunera» pero no se «vende» nunca).

Autogestión quiere decir que en el INGO podemos y tenemos que gestionar nuestro propio imaginario. La clave de toda gestión creativa consiste siempre en ser capaz de establecer relaciones

operativas entre uno mismo y sus propios sueños y en el INGO podemos hacerlo sin apenas intermediarios.

Esa es la nueva ilusión: la «comuna organizada». Algo que sólo es posible en una micro-organización autogestionada en la que el cerebro y el corazón no se resientan ni se bloqueen por la inercia que siempre impone el esqueleto. La gente del Instituto tiene que ganarse el pan de cada día transplantando córneas, emetropizando miopes, limpiando vítreos, haciendo ecografías, adaptando lentes de contacto o rehabilitando bajas visones. O innovando la asistencia oftalmológica de un hospital comarcal como es el del Barbanza. Y dedicando su jornada de tarde a la investigación. A ellos pertenece también el Premio.

Desde el punto de vista de la investigación el Instituto ha permitido ya un cierto grado de profesionalización, haciendo posible por primera vez una investigación internacionalmente competitiva. La integración de la Biología molecular en Galicia en el Instituto es un experimento que acaba de iniciarse y del que pronto oirán ustedes muchas cosas. La autoridad de Ángel Carracedo y de Fernando Domínguez lo garantizan.

También quisiera recordar a los «adoptados». A aquellos que, trabajando en otros centros, colaboran con nosotros —o nosotros con ellos— en publicaciones y trabajos: Manolo Díaz Llopis, Alfonso Arias, José Manuel Benítez del Castillo, Julián García Feijóo.

Queridos amigos, tiempo es ya de rematar. Desconozco si después de esta exposición ustedes ya conocen cuáles han sido los méritos por los cuales me ha sido concedido este Premio. Yo no lo sé con certeza pero empiezo a adivinarlo. Porque después de haber reflexionado estos días sobre lo que ha ocurrido a mi alrededor durante estos últimos 35 años pienso que mi único mérito ha consistido en ejercer sobre la gente que me ha rodeado una constante incitación para que diesen lo mejor de sí mismos. Pienso también que ahí radica el pathos esencial de toda docencia. Algo que no se encuentra en los manuales de pedagogía pero sí en otros lugares especialmente hoy muy alejados... ¿Recuerdan «La voz a ti debida»?

«Es que quiero sacar
de ti tú mejor tú.
Ese tú que no ves y que yo veo
nadador por tu fondo, preciosísimo
y cogerlo
y tenerlo yo en lo alto como tiene
el árbol la luz última
que le encontrado al sol.
Y entonces tú
en su busca, vendrás a lo alto»

¿Poesía erótica? Ciertamente y de la mejor calidad. Pero, por favor, no se asusten ni sorprendan. Ya lo he dicho muchas veces: en la educación todo lo que no es erotismo es burocracia.

Pero toda esta operación —ese juego— de conseguir para cada uno un espacio propio de expresividad y de realización personal no se nutre del aire. Consume «energía». El problema consiste entonces en encontrar dónde poder «chupar energía» de modo continuado. Y cuando las fuentes pro-

“

**Yo creo que lo más propio
del grupo de Santiago ha sido y sigue
siendo la firme determinación
de hacer coincidir e integrar en la vida personal
el gusto por la clínica y por la asistencia
con el pathos de la curiosidad
propio de la investigación
y de la docencia**

“

pías se agotan hay que tener abiertas otras vías. Y una de esas vías es la del «reconocimiento social». Si quieren ustedes la de la autoestimación que es el nombre moderno de la vanidad.

Por eso yo agradezco tan profundamente a los compañeros de ASOMEGA este Premio. Porque para mí representa la más importante inyección de energía que yo pueda recibir en este momento para proseguir el intento de que el Instituto Galego de Oftalmoloxía llegue a ser lo que Galicia, los pacientes oftalmológicos y ustedes mismos se merecen.

Muchas gracias pues a todos y muy especialmente a D. Manuel Fraga Iribarne, quien honra este acto con su presencia y a cuya iniciativa y apoyo constante el Instituto Gallego de Oftalmología debe tantas cosas.

Es la obra colectiva más importante de la Oftalmología Universitaria de España

Publicación de «Guiones de Oftalmología»

Se acaba de publicar el libro «Guiones de Oftalmología», manual de texto para los alumnos de la Licenciatura de Medicina, editado bajo la coordinación del catedrático de Oftalmología de la Universidad de Valladolid, Prof. José Carlos Pastor Jimeno por la Editorial McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 274 páginas.

Este libro supone un hito en la Oftalmología académica española por varios motivos:

1. Es uno de los elementos de un sistema de enseñanza de la Oftalmología, basado en la competencia, compuesto por este manual, donde se exponen, al principio de cada unidad, los objetivos educativos que debe alcanzar el alumno. Un programa informático de gestión de exámenes, de respuesta múltiple, desarrollado en colaboración con el Departamento de Informática de la Universidad, y un cuaderno de prácticas, también basado en la competencia que se está completando con material

audiovisual. Que sepamos es el único sistema de estas características no solo de la Oftalmología española, sino de la de habla hispana.

2. Supone un cambio cualitativo importante de una labor editorial que comenzó en 1984 con la publicación por parte del Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.

La buena acogida de la obra hizo que se realizaran nuevas ediciones corregidas y aumentadas en los años 1985, 86, 87, 88, 89, 90, 91 y 93. En estos momentos es un manual bastante completo, con abundante iconografía en color de muy buena calidad, con una calidad de impresión excelente y en un formato muy adecuado para los alumnos.

3. Supone el esfuerzo de convergencia, en unas enseñanzas comunes, de las siguientes cátedras de Oftalmología: Miguel Hernandez, Elche (Prof. J. Alió y Sanz), Salamanca (Prof. J. M. Barahona

Hortelano), Oviedo (Prof. L. Fernández Vega Sanz) Extremadura (Prof. J. Fernández Vigo López), Complutense de Madrid (Prof. J. García Sánchez), Murcia (Prof. J. Miralles de Imperial Mora Figueroa), Valladolid (Prof. J. C. Pastor Jimeno), Sevilla (Prof. A. Piñero Bustamante), Barcelona (Prof. D. Pita Salorio), País Vasco (Prof. J. Durán de la Colina), Málaga (Prof. J. García Campos), Alcalá de Henares (Prof. J. Murube del Castillo), Madrid (Prof. M. A. Zato Gómez de Liaño) y con la colaboración de profesores de la Universidad de Navarra, de Palma de Mallorca y de las Universidades antes mencionadas.

Es, por lo tanto, la obra colectiva más importante de la Oftalmología Universitaria de España y puede llegar a ser un buen punto de referencia para el establecimiento de conocimientos mínimos comunes necesarios para aspectos tan diversos como el examen MIR o los futuros programas de certificación de médicos.

Premios al IOBA y al Hospital de la Universidad de Valladolid

El Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) ha sido distinguido con el Premio «Norte de Castilla» en la versión de investigación.



Por otra parte, el Servicio del Hospital de la Universidad de Valladolid ha recibido, hace unas semanas, el premio de la Clínica San Francisco de León, por votación popular entre los médicos de Castilla y León (a través del «Diario Médico») como Institución Socio-Sanitaria del año.



UNIVERSIDAD de VALLADOLID

Se celebró en noviembre, en la ciudad norteamericana de New Orleans

Destacada presencia española en la Reunión de la Academia Americana de Oftalmología 1998

El pasado mes de noviembre la Academia Americana de Oftalmología celebró su reunión anual, esta vez en la ciudad de New Orleans. Como viene siendo habitual desde hace varios años, la asistencia de oftalmólogos españoles fue muy nutrida, estimándose en un número aproximado de 300, desarrollando una intensa actividad en los diversos eventos científicos que tuvieron lugar durante la reunión.

Dentro de esta participación merece la pena destacar, por el interés que suscitó y por la repercusión que tuvo a lo largo del meeting, la comunicación de la **Dra. M.T. Rodríguez Ares, del Instituto Gallego de Oftalmología (INGO)**, quien, en colaboración con el **Profesor M. Sánchez Salorio**, presentó en la Reunión de la Sociedad Panamericana de Córnea su trabajo sobre «**Transplante de membrana amniótica en la reconstrucción de la superficie ocular**». En este estudio, según indicó la Dra. Rodríguez Ares, «la eficacia de la membrana amniótica en el tratamiento de enfermedades de la superficie ocular quedó definitivamente demostrada, reconociendo como efectos favorables de su transplante: la rápida epitelización, la adherencia reforzada de células epiteliales, la disminución de la inflamación, la prevención de la apoptosis celular y el favorecimiento de la restauración del fenotipo epitelial». Fueron presentados los resultados de los transplantes de membranas amnióticas conservadas, realizados en el INGO en diversas patologías del segmento anterior (Foto 0): melanosis conjuntivales, simblefaron, pterigium, ampollas de filtra-



Dra. M.T. Rodríguez Ares.



Dr. Pablo Gili Manzanaro.

Academy of Ophthalmology 1998:

- 1.º Premio «Fundus Stereo Photography» con Astrocyt Hamartoma (Foto 1),
- 2.º Premio «Monochromatic Photography» con Optic Disc pit with serous retinal detachment (Foto 2)
- Mención de Honor «Retinal Angiogram» con Autofluorescence (Foto 3).



Foto 1.

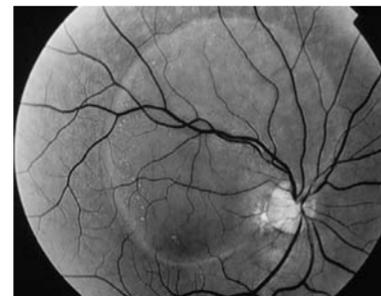


Foto 2.



Foto 0.



Foto 3.

Entrevista con el director y coordinador, el Dr. Carlos Ortíz Casas

I Curso Internacional de Cirugía Refractiva

Organizado por la Clínica Quirón de Barcelona y el Departamento de Cirugía Refractiva, el 25 y 26 de marzo de 1999 se va a celebrar en Barcelona el «Primer Curso Internacional de Cirugía Refractiva». El director y coordinador del Curso, el Dr. Carlos Ortíz Casas, detalla seguidamente tanto los objetivos de la convocatoria como los panelistas invitados, entre otros aspectos.



INFORMACION OFTALMOLOGICA.- Dr. Carlos Ortíz Casas, ¿qué objetivos tiene la celebración del Primer Curso Internacional de Cirugía Refractiva?

DR. CARLOS ORTIZ CASAS.- En primer lugar, quisiera dar las gracias a la Sociedad Española de Oftalmología por la acogida del Primer Curso Internacional de Cirugía Refractiva que organiza la Clínica Quirón de Barcelona y el Departamento de Cirugía Refractiva. He tenido el honor de ser designado Director y Coordinador del curso. Tiene como objetivo principal hacer un repaso de las técnicas quirúrgicas que actualmente venimos desarrollando para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, por medio del láser-excimer de última generación y concretamente la técnica Lasik. Como también de otras técnicas quirúrgicas refractivas.

INFORMACION OFTALMOLOGICA.- ¿Quiénes son los panelistas invitados?

DR. CARLOS ORTIZ CASAS.- Hemos invitado al Profesor Julián García Sánchez, Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología y Director del Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, quien en el año 1988 tuvo gran acierto de organizar los primeros cursos de Cirugía Refractiva en España, en el Aula de este Instituto, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Tuve la ocasión de asistir como docente invitado durante tres años consecutivos y hacer una revisión de las técnicas refractivas quirúrgicas que se utilizaban en estos años, como la Queratotomía Radial, Queratomileusis in situ, Excimer Láser PRK, con asistencia de otros destacados colegas de Madrid y otras regiones de España.

Pero debo destacar que también asistió el Profesor José Ignacio Barraquer Moner, Director del Instituto Barraquer de América, como conferenciante invitado para hablarnos personalmente de la Queratomileusis in situ. El Profesor Barraquer Moner falleció este año en Colombia después de ejercer en mi País la Oftalmología desde el año 1950. La Clínica Quirón ha considerado oportuno dedicar un apartado del curso a la memoria del Profesor José Ignacio Barraquer Moner por los múltiples aportes a la Oftalmología Mundial y como reconocimiento a su fructífera labor docente desde el Instituto Barraquer de América.

Están también invitados el Dr. Zato, el Dr. Hernández Matamoros, el Dr. Arias y la Dra. Iradier. La Dra. Carmen Barraquer, el Dr. Barraquer y el Dr. Luis Antonio Ruiz de Colombia.

De Italia el Dr. Buratto. De Alemania el Dr. Neuman, Presidente de la Sociedad Europea de Cirugía Refractiva. De Creta el Dr. Pallkaris y de Barcelona el Dr. Barraquer Compte, Dr. Coret, Dr. Güell y Dr. Castanera.

FECHAS Y CARACTERÍSTICAS DEL CURSO

INFORMACION OFTALMOLOGICA.- ¿Cuándo se celebrará el Curso?

DR. CARLOS ORTIZ CASAS.- Se celebrará los días 25 y 26 de Marzo de 1999. Las sesiones científicas se llevarán a cabo en el Hotel Rey Juan Carlos I de Barcelona. En el mes de enero os llegará el programa científico y social.

Habrà cirugía en directo desde la Clínica Quirón, con circuito cerrado de televisión.

También proyección de vídeos y los Profesores invitados nos hablarán de los diferentes aspectos pasados y actuales de las técnicas quirúrgicas refractivas.

Se entregará un Diploma a todos los médicos asistentes.

El precio de la inscripción es de 30.000 pesetas para los Oftalmólogos en ejercicio y de 15.000 pesetas para los médicos residentes que acrediten su formación. La inscripción incluye dos comidas de trabajo y la invitación al cóctel de bienvenida el jueves 25. La cena de gala del viernes 26 tiene carácter opcional.

INFORMACION OFTALMOLOGICA.- En el apartado social, ¿qué se tiene previsto?

DR. CARLOS ORTIZ CASAS.- En el apartado social está previsto un tour por la ciudad y los alrededores para las esposas acompañantes de los médicos que nos visitarán en Barcelona durante los días 25 y 26 de Marzo, semana anterior a la Semana Santa del próximo año.

Estáis todos cordialmente invitados para que este encuentro Oftalmológico sea fructífero en el apartado científico, como también, en el apartado social.

Para cualquier pregunta, podéis contactar directamente a los teléfonos: 93.488.01.79 y 93.488.36.72 y Fax: 93.487.48.70. E-Mail: 19527 coc@comb.es y preguntar por la Srta. Yolanda Díez.

25 ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN VISIÓN INDO

Se dice que sólo las personas tienen edad, las instituciones se limitan a cumplir años.

En consecuencia, es bueno celebrar los 25 años de la Fundación Visión Indo que se han cumplido a finales de 1998.

Desde su creación en 1973, sus estatutos dirigen los fondos de la Fundación hacia cualquier persona sin medios económicos dentro del territorio nacional que pueda necesitar ayuda en relación con la visión.

Se creó en 1973 dentro del Grupo de Empresas Indo, aunque totalmente independiente. Siendo entonces res-

ponsables del Patronato los Sres. Cottet, Garrigosa y Cusó.

En sus orígenes, las ayudas se dirigieron prioritariamente a equipar los Dptos. de Oftalmología en aquellos Centros Benéficos que no podían sufragárselos. Más tarde gracias a la evolución social, la S.S. pasa ya a cubrir estos casos. En consecuencia, la Fundación Visión Indo evoluciona su ayuda económica hacia personas físicas, de cualquier condición, que no puedan sufragarse ayudas visuales.

La Fundación Visión Indo, como cualquier otra asociación benéfica sin

ánimo de lucro, tiene un capital propio que es gestionado por un Patronato formado por un grupo de personas que dirigen las líneas maestras de la Fundación.

En la actualidad son Patronos vitalicios los Sres. Jorge Cottet, Narcís Tusell, Javier Cañamero, Francisco Ponz y como Presidente, el Sr. Antonio Cusó.

Felicitamos a la Fundación Visión Indo por su gran labor durante estos 25 años y les emplazamos para celebrar los 50 con, por lo menos, tanta ilusión y generosidad como hasta ahora.



CURSO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN RETINA

Bajo la Dirección del Prof. José Carlos Pastor Jimeno, el Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) ha convocado un Curso de Retina dentro del Programa de Títulos Propios de Postgrado Cursos 1998-99 convocado por el Vicerrectorado de Ordenación Académica de la Universidad de Valladolid.

El Curso, que otorga un total de 20 créditos, tiene como objetivo formar a un especialista en Oftalmología en el campo específico de la Retina, creando las bases de una subespecialidad. Se desarrollará entre enero y diciembre de 1999 (de lunes a viernes, de 9h. a 14h. y de 16h. a 20h.). El importe de la matrícula asciende a 10.000 pesetas para los alumnos con beca.

Para más información dirigirse a: M.^a Angeles Quevedo. IOBA. Facultad de Medicina. C/. Ramón y Cajal, 7 47005-Valladolid Tfno.: 983 42 32 74 Fax: 983 42 32 74.

E-mail:
ioba@ioba.med.uva.es

Horario:
9h.-14h. y 16h.-20h.

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
CURSO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN RETINA	Valladolid, Enero-Diciembre, 1999	Información: M. ^a Ángeles Quevedo. IOBA. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid C/. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid. Tfno.: 983 42 32 74. Fax: 983 42 32 74 E-mail: ioba@ioba.med.uva.es
3rd ESCRS WINTER REFRACTIVE SURGERY MEETING	Atenas, del 29 al 31 de Enero, 1999	Información: ESCRS. 10, Hagan Court, Lad Lane Dublin 2 (Irlanda) Tfno.: 353 1 661 8904. Fax: 353 1 678 5047 E-mail: escrs@agenda-comm.ie
SIMPOSIUM K.M.S.G.	Febrero, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
CURSO MONOGRÁFICO DE INICIACIÓN A LA OFTALMOLOGÍA	Madrid, del 1 al 26 de Febrero, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
FACO TOTAL'99	Elche (Alicante), 5 y 6 de Febrero, 1999	Información: Servicio de Oftalmología. Hospital General Universitario de Elche Tfno. y Fax: 965 42 48 02 www.oftasoler.es/faco 99 E-mail: faco99@oftasoler.es
PRIMER CURSO PRÁCTICO DE CIRUGÍA DE LA PRESBICIA	Valencia, 6 de Febrero, 1999	Información: IMEX CLINIC C/. Moratín, 14, 11.º B 46002 Valencia Tfno.: 963 94 38 82. Fax: 963 51 60 95 E-mail: imex@imexclinic.com
IV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RETINA Y VÍTREO	Madrid, 19 y 20 de Febrero, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
PAN ARAB-AFRICAN COUNCIL OF OPHTHALMOLOGY & THE EGYPTIAN OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY	El Cairo, del 1 al 5 de Marzo, 1999	Información: Pan Arab African Council of Ophthalmology 13, Abdel Khalek Tharwat Street. El Cairo, Egipto Tfno.: 20 2 574 4440. Fax: 20 2 574 4411
IX JORNADA DE RETINA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	Madrid, 5 de Marzo, 1999	Información: H.G.U. Gregorio Marañón Secretaría de la IX Jornada de Retina C/. General Arrando, 17. 28010 Madrid Tfnos.: 91 586 73 00 y 91 586 73 01. Fax: 91 586 73 34
17th CONGRESS OF THE ASIA PACIFICA ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY	Manila, del 7 al 12 de Marzo, 1999	Información: Philippine Academy of Ophthalmology 3rd Floor, Philippine College of Surgeons Building 992 North EDSA, 1105 Quezon City. Metro Manila, Filipinas Tfno.: 632 927 2317. Fax: 632 924 6550
ACTUALIZACIÓN EN NEURO-OFTALMOLOGÍA Salón de Actos Hospital Ramón y Cajal Director: Prof. Juan Murube del Castillo Coordinadores: Dr. Francisco J. Muñoz Negrete Dra. Gemma Rebolleda	Madrid, 12 y 13 de Marzo, 1999	Información: M. ^a Ángeles García (ALLERGAN) Tfno.: 91 807 61 81. Fax: 91 807 62 00 E-mail: Garcia-MA-Angeles@Allergan.com Alicia Fernández de la Reguera (Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal) Tfno.: 91 336 88 53
12th ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF THE SAUDI OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY	Riyadh (Arabia Saudi), del 13 al 15 de Marzo, 1999	Información: Ophthalmology'99 P.O. Box 67951. Riyadh - 11517. Arabia Saudi Tfno. y Fax: 9661 1 463 4283
ACTUALIDADES EN MICROCIURUGÍA OCULAR (II)	Salamanca, 26 y 27 de Marzo, 1999	Información: Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen de la Vega. P.º San Vicente, 58. 37007 Salamanca Tfno.: 923 29 14 73. E-mail: oftvega@gugu.usal.es Web: http://www.usal.es/oftalmologia

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
AMERICAN SOCIETY OF CATARACT & REFRACTIVE SURGERY (ASCRS)	Seattle, del 10 al 14 de Abril, 1999	Información: American Society of Cataract & Refractive Surgery Meeting Department 4000 Legato Road, Suite 850 Fairfax, Virginia 22033-9925. U.S.A. Tfno.: 1 703 591 2220. Fax: 1 703 591 0614
III CURSO INTERNACIONAL DE RETINA MÉDICA Y DIABETES Organiza: Dr. Francisco Gómez-Ulla de Irazazábal	Santiago de Compostela, 23 y 24 de Abril, 1999	Información: CYEX Congresos C/. Horreo, 19 bajo. 15702 Santiago de Compostela Tfno.: 981 56 42 00. Fax: 981 56 39 24
XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULAR IMPLANTO REFRACTIVA (S.E.C.O.I.R.)	Zaragoza, del 5 al 8 de Mayo, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
XVI CURSO BÁSICO DE ESTRABOLOGÍA	Salamanca, 15 y 16 de Mayo, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
V JORNADAS DE CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA EN DIRECTO	Madrid, 21 y 22 de Mayo, 1999	Información: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73. 1.º Izda. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GLAUCOMA	Río de Janeiro, del 3 al 5 de Junio, 1999	Información: LK Assessoria e Promoções Rua General Argolo, 113 Sao Cristovao 20921-390 Rio de Janeiro RJ, Brasil Tfno.: 55 021 580 9297. Fax: 55 021 589 6751 E-mail: lk@antares.com.br
XVI CONGRESO ARGENTINO DE OFTALMOLOGÍA	Buenos Aires, del 6 al 11 de Junio, 1999	Información: Secretaría del Congreso. Casilla de Correos n.º 37. Surc. 48B. 1448 Buenos Aires (Argentina) Tfno.: 54 1 953 3512. Fax: 54 1 953 6801 E-mail: alezzand@ssdnet.com.ar
THE VI INTERNATIONAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF DAKRYOLOGY	Jerusalem, del 6 al 11 de Junio, 1999	The VI International Congress of the International Society of Dakryology. P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel Tfno.: 972 3 514 000. Fax: 972 3 517 5674 y 514 0077 E-mail: dakryology@kenes.ccmil.compuserve.com
XII CONGRESS EUROPEAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY	Estocolmo, del 27 de Junio al 1 de Julio, 1999	Información: Congress Secretariat. Congrex (Sweden) AB. P.O. Box 5619. S-114 86 Stockholm (Suecia) Tfno.: 46 8 612 69 00. Fax: 46 8 612 62 92 E-mail: soe@congrex.se
INTERNATIONAL AGENCY FOR THE PREVENTION OF BLINDNESS (IAPB) 6th ASSEMBLY	Beijing (China), del 5 al 10 de Septiembre, 1999	Información: Secretary General, IAPB. L.V. Prasad Eye Institute L.V. Prasad Marg, Banjara Hills. Hyderabad 500 034 INDIA Tfno.: 91 40 215389. Fax: 91 40 248272 E-mail: IAPB@lvpeye.stph.net
XVIIIth CONGRESS OF THE ESCRS	Viena, del 5 al 8 de Septiembre, 1999	Información: ESCRS. 10, Hagan Court, Lad Lane Dublin 2 (Irlanda) Tfno.: 353 1 661 8904. Fax: 353 1 678 5047 E-mail: escrs@agenda-comm.ie
75 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA	Torremolinos (Málaga), del 22 al 26 de Septiembre, 1999	Información: Facultad de Medicina. Colonia Sta. Inés, s/n. 29071 Málaga Prof. José Manuel García Campos
XXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE OFTALMOLOGÍA Y 103 REUNIÓN ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE OFTALMOLOGÍA	Orlando, del 24 al 28 de Octubre, 1999	American Academy of Ophthalmology. Meeting and Exhibits Divison P.O. Box 7424. San Francisco, CA 94120-7424, U.S.A. Tfno.: 1 415 561 8500. Fax: 1 415 561 8576
3rd INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON EXPERIMENTAL AND CLINICAL OCULAR PHARMACOLOGY AND PHARMACEUTICS	Lisboa, Febrero, 2000	Información: The Secretariat/ISOPP Kenes, Organizers of Congresses and Tours Ltd. Tfno.: 972 3 514 0000. Fax: 972 3 5175674 E-mail: ocp@kenes.