



INFORMACION OFTALMOLOGICA

PUBLICACIÓN DESTINADA A TODOS LOS OFTALMÓLOGOS • AÑO 13 • NÚMERO - 4 • JULIO - AGOSTO - 2006

82 Congreso de la SEO

La más rotunda expresión de la vitalidad de la Oftalmología española

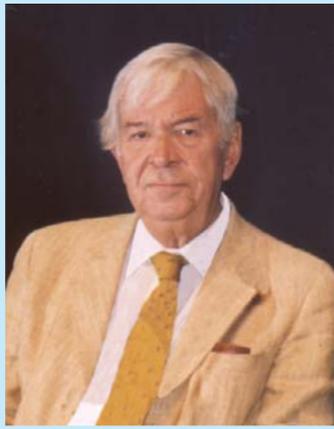
Como explica en este número el presidente del Comité Organizador, el Prof. Manuel Sánchez Salorio, todo indica que el 82 Congreso de la SEO volverá a configurarse como «la expresión más rotunda y explosiva de la vitalidad de la Oftalmología española», sin por ello dejar de ser lo que siempre fue: una gozosa y enriquecedora ocasión de encuentros personales.

Con todo, la convocatoria volverá a ser una muy notable sucesión de actividades científicas. A las conocidas y esperadas Ponencia Oficial, Mesa Redonda y Comunicación Solicitada se añadirán más de cien cursos, diez simposios y una muchedumbre de posters y de comunicaciones libres. A todos ellos se sumarán las múltiples actividades científicas que paralelamente se desarrollarán en el marco del Congreso y el gran número de iniciativas previstas por las firmas comerciales asistentes, todas ellas presentando sus últimas novedades para el colectivo oftalmológico.

A este denso y cuidado programa científico se une el atractivo que tanto a nivel paisajístico como cultural y gastronómico representa una ciudad como A Coruña, una localidad alegre como pocas y en la que, como recuerda el Prof. Sánchez Salorio, «nadie es forastero». Todas estas cuestiones se analizan en este número, en el que se incluyen además resúmenes de:

- ✓ Ponencia Oficial sobre «Retinopatía Diabética», a cargo del Prof. José Cunha Vaz
- ✓ Comunicación Solicitada sobre «Cirugía del Pterigión», a cargo de la Dra. María Teresa Iradier y colaboradores
- ✓ Mesa Redonda sobre «Profilaxis y tratamiento de la infección quirúrgica en Oftalmología»
- ✓ Conferencia Solicitada sobre «Epidemiología y patogénesis de la queratitis por lentes de contacto», del Dr. John Dart
- ✓ Conferencia sobre «Técnicas quirúrgicas de vitrectomía en retinopatía diabética», del Dr. Hugo Quiroz
- ✓ Conferencia sobre «Centenario de un Premio Nobel. D. Santiago Ramón y Cajal y la Oftalmología», del Dr. Carlos Belmonte Martínez
- ✓ Conferencia sobre «Consideraciones terapéuticas en la patología de la superficie ocular», del Dr. John Dart
- ✓ Reunión Anual de la Sociedad Ergoftalmológica Española

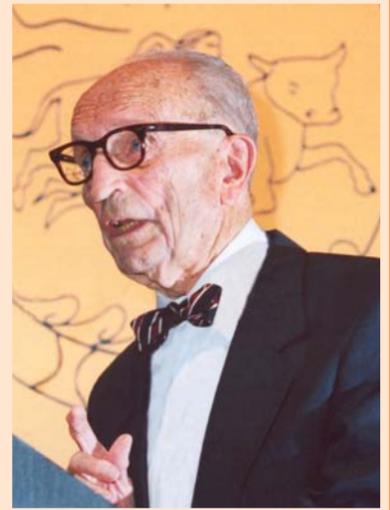
(Págs. 6-18)



In Memoriam

Charles L. Schepens, un belga universal

La Oftalmología mundial ha sufrido a finales de marzo la irreparable pérdida de uno de sus más ilustres miembros: Charles Schepens. Luchador infatigable, entusiasta de la innovación y virtuoso en la precisión de sus palabras, Schepens ha impulsado muchas aportaciones a la Oftalmología, así como innovaciones en instrumentos y dispositivos para mejorar la cirugía de retina cuya lista sería inacabable. Uno de sus mejores conocedores en la Oftalmología española, el Prof. Alfredo Domínguez, glosa la obra y figura de un profesional sin duda irrepetible.



(sigue en pág. 3)

SUMARIO

	Pág.		Pág.
● Ernst Carl Abbe, científico, empresario y reformador social	20	● El II Forum Quirúrgico permitió conocer las últimas novedades de la cirugía oftalmológica en directo	30
● Más de 300 personas se miden la presión intraocular para prevenir el glaucoma en el «Día de la ceguera evitable»	22	● Noticias	31
● Exitosa presentación del Prof. Barraquer en el Congreso de la Asia-Pacific Academy of Ophthalmology	22	● Entrevista: Dr. Francisco Poyales Galán	32
● Entrega del «I Premio de Investigación MSD - Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo para Residentes de Oftalmología de la Comunidad de Madrid 2005-2006»	25	● Barraquer realiza el Primer Injerto de Queratoprótesis de España	34
● TOPCON, excelentes resultados en el ejercicio 2005-2006	25	● Barraquer abre nueva clínica en Portugal	34
● El 80% de la ceguera en el mundo se podría evitar	28	● El Curso de Actualización de Enfermería en Terapia Fotodinámica (TFD) con Visudyne	36
		● IX Congreso Anual de Enfermería en Oftalmología	38
		● 10 Años de Mondariz y PROA 4 Bilbao acogió las «3.ª Jornadas de Actualización Oftalmológica»	40
		● Calendario de Congresos	42-43

In Memoriam

Charles L. Schepens, un belga universal

por el Prof. Alfredo Domínguez

(viene de portada)

Charles Schepens falleció de un infarto cerebral, el 28 de marzo de 2006, con 94 años cumplidos. Hijo de médico, nace en Mouscron en 1912, estudia el bachillerato con los Jesuitas y la carrera de Medicina en la Universidad de Gante, donde obtuvo el título de médico en 1935. Trabaja después en Bruselas con el Dr. L. Hambresin y asiste, en fechas que no hemos podido determinar, al Servicio del Prof. Webe en Ámsterdam, que, junto a Arruga y Amsler, fue uno de los más destacados seguidores iniciales de Gonin.

Movilizado como capitán médico de la fuerza aérea belga, con motivo de la 2.ª guerra mundial, en la que Bélgica fue ocupada en mayo de 1940, en octubre de ese mismo año es encarcelado durante 10 días, acusado de ser propietario de un autobús que había sido usado en el transporte y fuga de pilotos aliados derribados. Ese corto encarcelamiento lo motivó para entrar en la resistencia belga, pudiendo ayudar, desde su posición en la fuerza aérea, a transferir a los aliados documentos de interés bélico, como mapas, diagramas de movimiento de tropas y listas de huidos.

En 1942, de nuevo bajo sospecha, huye a Francia, donde se integra en la resistencia francesa, tomando primero el nombre de Jaques Perot-Spengler (simplificado después como Jaques Perot). Junto con otros, compra, en julio de 1942, una empresa maderera quebrada, situada en un pueblo del pirineo francés, Mendive, y que era propietaria de un aserradero abandonado en un valle que limita con el bosque de Iraty. Como director del aserradero, lo repara y contrata la plantilla necesaria para hacerlo funcionar, lo que consigue a finales de 1942. Obtuvo para sus trabajadores documentos con identidad en regla, para evitar problemas con los agentes que patrullaban la frontera.

El aserradero tenía un sistema, tirado por cable, para transportar los troncos desde el bosque de Iraty, lo que constituyó una magnífica vía de escape para personas. Con ayuda de un pastor del pueblo (Jean Sarochar), facilitó la huida a España de numerosas personas, en su mayor parte jóvenes franceses enfrentados con el dilema de ir a trabajar a una fábrica manejada por los alemanes o ir a la cárcel. También altos funcionarios, militares y pilotos aliados derribados escaparon así de los alemanes. Conseguió pasar a España a un centenar de personas que, imagino, a través de Portugal llegaron a Inglaterra. Por este logro recibió, días antes de morir, la Legión de Honor.

Ese mismo camino hubo de tomarlo él, pasando a pie la frontera franco-española, cuando la policía alemana, tuvo conocimiento de tales fugas. Él mismo, hace ya muchos años, me contó en Madrid (con su hoy conocido hermetismo) solamente la parte de su periplo que se refería a Madrid: tras su huida (di por supuesto entonces que huía directamente desde Bélgica), estuvo escondido en una pensión en la calle Atocha, hasta que el novio de la muchacha de la pensión, que era oriundo de la raya seca frontera de Extremadura, lo llevó a su pueblo y lo pasó de noche al país vecino. Ya en el pro-aliado Portugal, viajó de Lisboa a Londres, trabajando en el Hospital Moorfields algunos años.

OFTALMOSCOPIO BINOCULAR

En lo que se refiere a sus aportaciones científicas, no cabe duda que su oftalmoscopio binocular ha sido la piedra angular de sus innovaciones,

aunque a ello se añaden numerosos hallazgos médicos y quirúrgicos. Dicho oftalmoscopio binocular se exhibe ahora en el museo Smithsonian de Washington, compartiendo protagonismo con inventos, artefactos y dispositivos técnicos, que se supone han colaborado más al progreso de la Humanidad.

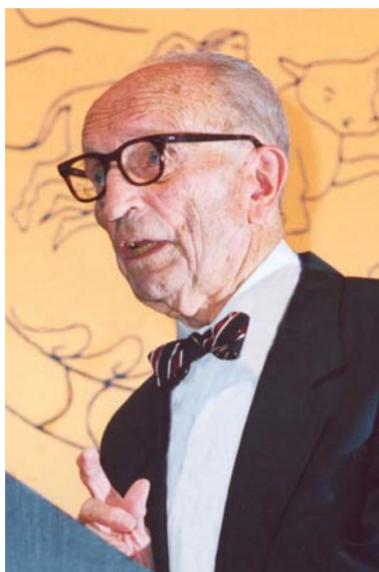
No he oído nunca a Schepens hablar de las raíces de la invención de su Oftalmoscopio; por eso lo que voy a decir a continuación mezcla hechos con supuestos. Es posible que Schepens, en Bruselas

o en su período con Weve, en Ámsterdam, haya podido ver físicamente un oftalmoscopio binocular de Giraud-Teulon; después ciertamente vio muchos, pues cuando vino años atrás a Madrid y yo le enseñé instrumentos antiguos conservados en el Instituto Oftálmico Nacional, al ver el Giraud-Teulon dijo al instante: es el mejor conservado del mundo. Inmediatamente sugirió una truca para un láser de argón al Instituto (tentadora pues entonces un láser de argón era más caro que un piso en la calle Serrano), oferta a la que no di pie, explicándole que a cada década transcurrida el Giraud-Teulon sería más valioso y el láser lo contrario; argumento que comprendí muy bien. Ese comentario me hizo saber que era el mejor conservado del mundo.

Por otra parte, en el antiguo edificio del Institute of Ophthalmology de la calle Judd de Londres, había un oftalmoscopio binocular parecido, de autor inglés cuyo nombre no puedo recordar, de finales del XIX o comienzos del XX, sin duda posterior, pero parecido al de Giraud-Teulon. Estaba en lugar preferente, en una vitrina en el descansillo de la escalera, al lado de la entrada de la Biblioteca. Schepens, en su período londinense, debe haberlo visto y ello puede haberle sugerido el mejorarlo.

Personalmente utilicé el oftalmoscopio de Giraud-Teulon cuando ya tenía considerable experiencia previa con el monocular de imagen invertida y también en curso con el binocular de Schepens, lo que me daba cierta ventaja en su valoración. Sabía, por un lado, cómo burlar en lo posible los reflejos y dificultades de la iluminación externa, y por otro sabía lo que aportaba la percepción binocular a la imagen de fondo de ojo. Aún así tuve dificultad para analizar las dificultades en el uso del Giraud-Teulon.

En este oftalmoscopio (como en el monocular de imagen invertida de Ruede, en que se basa) la luz proviene de una fuente externa y se refleja en un espejo cóncavo antes de pasar, en ida y vuelta, por la lupa interpuesta. No siempre resulta útil incrementar la intensidad de la fuente de luz, pues con ello también aumentan los reflejos del borde del agujero central del espejo, de hecho más que en el monocular, pues tiene dos sistemas ópticos de observación, cercanos pero diferentes. La imagen que se ve del fondo de ojo no es la mayor parte del tiempo estereoscópica, pues para ello es necesario que el ojo del paciente no se mueva,



Charles L. Schepens.

que la incidencia y reflexión de la luz externa en el espejo no varíen y los cambios de posición de la lupa sean mínimos, lo que se cumple solo a veces.

Es difícil por tanto, que la imagen virtual creada mantenga nitidez e intensidad de luz parecidas en ambos ojos del observador o éste no conseguirá estereopsis estable. Dicho de otro modo, la imagen del fondo se mantiene, pero en la mayor parte del tiempo la imagen es monocular y solo a veces binocular. Guiñando uno y otro ojo con rapidez, el obser-

vador puede tener evidencia de cuando pierde la estereopsis, pero se necesita considerable virtuosismo, para mantener la binocularidad por tiempo suficiente como para realizar observaciones con calidad estereoscópica; por eso ninguno de los oftalmoscopios binoculares de entonces llegó a tener aceptación en la clínica.

Schepens, estando en Londres en 1943, hace un oftalmoscopio binocular auto-iluminado (dice la leyenda que con trozos de metal y lentes que encontró en las ruinas del Moorfields bombardeado), oftalmoscopio que, conocido hoy por la abreviatura BIO, continuó mejorando a lo largo de los años. Con él, la imagen que llegaba a cada ojo del observador mantenía una iluminación intensa, constante e igual para ambos ojos del observador y con pocos reflejos. Además, sujeto a un gorro en la cabeza del oftalmoscopista, liberó la mano que hasta entonces había de sujetarlo, lo que permitió simultáneamente la maniobra de Trantas (la depresión escleral), con la oftalmoscopia. Así consiguió una constante visualización estereoscópica de la retina, con el plus del análisis dinámico por delante del ecuador, precisamente el área retiniana en la que se producen los más de los desgarros causales del desprendimiento de retina y, en la cirugía, estimación más precisa del líquido residual y de la indentación necesaria, para apoyar bien la retina, en torno al desgarró causal.

MUCHÍSIMAS APORTACIONES OFTALMOLÓGICAS

Schepens fue siempre un entusiasta de la innovación. En reunión de retina celebrada en Roma (a pesar de haber tenido allí, previamente, puntos de vista encontrados en referencia a la frecuencia de agujeros maculares en los desprendimientos de retina), cuando yo presenté una película mostrando la entonces novedosa oftalmomicroscopia binocular (después bautizada con la sigla: BIOM), me dijo al instante: tienes que buscar la manera de fijar la lente al microscopio. Algo que yo no tomé en consideración pues eso permitiría operar con ambas manos, pero con imagen invertida, (al modo de Malbrán con el panfunduscopio), lo que me parecía, en mis manos, peligroso. Spitznas, después de haber visto mis películas en Sevilla, tuvo la inspiración de realizar la inversión con un aditamento ópticamente clásico ¡un prisma

de Abbe!, idea que a mí ciertamente no se me ocurrió; la inspiración surge de la perseverancia y esta es alimentada por el entusiasmo.

Virtud de Schepens fue también el cuidado en la precisión de sus palabras. Más de una vez le oí reprender a los muchos que dicen "edema macular quístico": no es un quiste, decía, es una cavidad cistoide y por tanto «edema macular cistoide». En lo que se refiere a mí, es el único autor americano que por escrito dice lo que todos saben, algunos dicen verbalmente, pero muchos escriben torciendo en el texto lo que dicen las fechas de sus propias referencias bibliográficas. Schepens no; en su libro del año 2000, «Schepens Retinal Detachment and Allied Diseases» pone nuestras dos referencias de 1985 y la de Hilton de 1986 (pag 21) y su texto es congruente con ello diciendo en la página 13: «This finding allowed Domínguez to develop pneumatic retinopexy in 1985. In 1986, Hilton and Sanderson Grizzard popularized the technique in the United States».

Muchas son las aportaciones traídas por Schepens y su grupo a la Oftalmología: desde la descripción princeps de la Vitreoretinopatía Hereditaria Familiar, hasta sus varios métodos de indentación en 1957 y la vitrectomía a cielo abierto en 1977. Introdujo innovaciones en instrumentos y dispositivos, para mejorar la cirugía de retina, cuya lista sería inacabable. Más de 350 artículos y cuatro libros, escritos sobre enfermedades de la retina, dan fe de que él y su grupo han estado en el corazón del progreso acaecido en estos años. Uno de sus más útiles logros fue preocuparse por la popularización de la oftalmoscopia binocular, a través de sus habituales cursos en la Academia Americana, y otros foros, que sembraron esos conocimientos en los EE.UU. primero, y solo más tarde en el mundo entero. Cuando inicié, en 1966, por consejo de mi buen amigo Raúl Rodríguez Barrios, la oftalmoscopia binocular, sobaban los dedos de una sola mano para contar los colegas que la utilizaban en una Europa, que entonces todavía no se lo creía.

Desde 1947 se estableció en Boston, ciudad en la que trabajó incansablemente durante el último medio siglo. Allí fundó la Retina Associates, grupo de sub-especialistas de retina dedicado al tratamiento de pacientes y a la formación de colegas con «fellowships de retina», que hoy ha pasado a ser una fundación sin interés financiero. También establece en 1950 la Retina Foundation para el estudio y la investigación en retina, que después evolucionó a ser el Schepens Eye Research Institute, afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. En 1988, un grupo de sub-especialistas que completaron sus fellowships de retina con él, en el Massachusetts Eye and Ear Infirmary de Boston, organizaron la Schepens International Society, que ya se ha reunido desde entonces 10 veces en ciudades de Europa, América y Asia.

Una vida, en fin, llena de aventuras bélicas y científicas. De las primeras, ciertamente, se han beneficiado unos pocos, de las segundas, por supuesto, toda la Humanidad. El destino endureció su carácter en la guerra, luchando por causa noble, con ingenio, astucia y espíritu empresarial en tiempos difíciles. Virtudes que luego emplearía en tiempos de paz para el progreso de la Oftalmología, en beneficio todos los pacientes con enfermedades de la retina.

De todo corazón, hacemos llegar a su familia nuestro pesar, por tan sensible pérdida.

Mensaje del presidente del Comité Organizador

Congreso en A Coruña

Cristal y Sonrisa. Y el Mar. Tranquilo en la Bahía y enfurecido en el Orzan siempre y por todos lados el mar. Esas son, queridos amigos, las claves de la ciudad que este año nos reúne y nos acoge. A Coruña, Cabeza, Guarda, Llave y Antemural del Reino de Galicia y de modo indiscutible a todo lo largo de la historia su ciudad más abierta y liberal.

Porque la ciudad no surgió al conjuro de un sepulcro, a la sombra de un castillo o alrededor de una catedral. No fueron nobles, ni guerreros ni eclesiásticos quienes la inventaron ni quienes la hicieron ser tal como es.

Aquella pequeña península que en las cartas antiguas figura como Portus Artaborum y en la que alrededor del gran Faro faenaban unos cuantos pescadores y mercaderes se convirtió en villa de realengo por una carta puebla que le otorgó en 1208 Alfonso IX y en la que establece un pacto entre el monarca y unos ciudadanos libres. La carta prohíbe incluso que se avvicinen monjes y militares para prevenir clases sociales con privilegios y fueros especiales que puedan limitar la capacidad jurisdiccional del Concejo.

Pero la ciudad surge mucho más tarde como conjunción de dos hechos que la marcaron para siempre. Uno fue la importancia del comercio con ultramar y con el Norte de Europa derivado del descubrimiento de América. El otro fue la decisión de la Casa de Austria de instalar en A Coruña la Real Audiencia y la Capitanía General, lo que supuso la llegada de la más alta y variada burocracia de la época. Los corregidores, jueces y oidores venían directamente de la Corte. Frente a la Galicia rural de abades, hidalgos, señores y labradores fue surgiendo una importante burguesía que en el siglo XVIII se completa con la llegada de empresarios vascos, catalanes, bercianos y riojanos, que venían atraídos por las posibilidades del comercio ultramarino.

Esa ciudad de mareantes, comerciantes y funcionarios que llegaban y salían hacia todas partes se encuentra a sí misma con la llegada de la Ilustración. Es en A Coruña donde aparecen las Reales Academias de Náutica, de Comercio, de Dibujo, de Hilazas, las Sociedades Económicas y de Amigos del País o el Real Consulado Marítimo Terrestre.

Esa burguesía, en gran parte foránea, asume el liberalismo como sistema para modernizar la sociedad y en 1808, después de la gran crisis de la monarquía, A Coruña aparece con Cádiz y Barcelona como uno de los tres baluartes de liberalismo político español.

Después pasaron muchas, y algunas no muy felices, cosas. La burguesía perdió el tren de la industrialización, parasitó la administración y apenas tuvo oídos para las demandas identificadoras de la Galicia más profunda. El desarrollismo inundó la ciudad de gentes de aluvión y de bloques de hormigón.

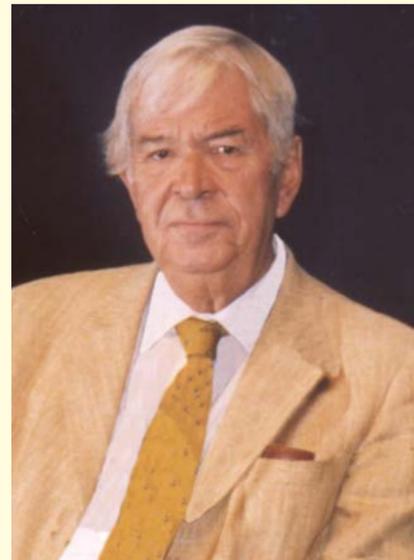
Pero A Coruña resistió. Siguió siendo esa ciudad alegre y confiada que a lo largo de la historia fue creando —o al menos así lo creen sus habitantes— un modo coruñés de entender y muy particularmente de gozar la vida.

Ese es el perfil, quizás idealizado, de la ciudad en la que ahora la vocación itinerante de la SEO monta su reunión anual. El Congreso constituye la expresión más rotunda y explosiva de la vitalidad de la Oftalmología española. Sin dejar de ser lo que siempre fue —gozosa y enriquecedora ocasión de encuentros e intercambios personales— el Congreso anual se ha ido convirtiendo en cada vez más y más diferentes cosas. Es, en primer lugar, una agobiante sucesión de actividades científicas. Al entramado clásico de la Ponencia, de la Mesa Redonda y de la Comunicación Solicitada se añaden ahora más de cien cursos, diez simposia y una muchedumbre de posters y de comunicaciones libres. Pero es también, de modo rápidamente progresivo, plataforma del business oftalmológico, cada día más potente e influyente. Palestra para la libre competición de firmas comerciales, de productos, famas y prestigios. Es nuestro «meeting point», pero también nuestra pasarela.

Y no resulta fácil conseguir un equilibrio entre lógicas y estrategias tan diferentes como las que son propias del rigor científico y las del mercado. Pero esa misma dificultad da testimonio de que la Oftalmología española está viva y en movimiento. El problema no consiste ya en que el Congreso sea un «Show» sino que el Show valga la pena.

Y también, claro está, una Fiesta. Un tiempo y un espacio en los que se rompe la rutina de lo cotidiano para mostrar lo que somos y lo que queremos ser.

En mi propio nombre, y en el del grupo de oftalmólogos que han aceptado el desafío de conseguir en A Coruña una reunión que para todos resulte a la vez útil y festiva, sed bienvenidos a la ciudad en la que nadie es forastero.



Manuel Sánchez Salorio
 Presidente del Comité Organizador

Síntesis de la Ponencia Oficial, a cargo del Prof. José Cunha Vaz

Retinopatía Diabética

El 28 de septiembre, a partir de las 12,00 h., se presentará la Ponencia Oficial del Congreso de la SEO 2006. Llevará por título «Retinopatía Diabética», y tendrá como ponentes al Prof. J. Cunha Vaz, que hará la «Introducción Clínica»; al Dr. P. Pereira, que hablará sobre «Fisiopatología»; al Dr. J. R. Faria de Abreu, que se centrará en «Epidemiología»; al Prof. F. Gómez-Ulla de Irazazabal, que se referirá al «Tratamiento Láser»; al Prof. J. C. Pastor Jimeno, que analizará la «Vitrectomía»; y al Prof. J. Cunha Vaz, que abordará el tema «Perspectiva Integrada de Retinopatía Diabética». La Presidencia del acto corresponderá a los Prof. Juan Murube del Castillo y José L. Menezo Rozalén y a los Dres. Carlos Cortés Valdés y José L. Encinas Martín.

En síntesis, la Ponencia Oficial se centrará en:

<<Bajo el tema general de Retinopatía Diabética, una de las causas principales de pérdida de visión en el mundo desarrollado, se repasa la situación actual del tema, aportándose en los diferentes capítulos posteriores: Recomendaciones generales, presentación clínica de la retinopatía, diferentes métodos diagnósticos que se pueden utilizar para seguir la evolución de esta enfermedad, mecanismos básicos de su patogénesis, epidemiología, ensayos clínicos y pruebas oftalmológicas, procedimientos para el tratamiento de la fotocoagulación, indicacio-

nes de vitrectomía y papel de la Dirección Médica en el tratamiento de la Retinopatía.

>> Después de repasar todo aquello que se conoce y acepta para el tratamiento adecuado de la retinopatía diabética, se presenta además una perspectiva integrada de la retinopatía en la diabetes tipo 2, la forma más común. Esta perspectiva integrada permite un



Prof. José Cunha Vaz.

acercamiento original a la retinopatía diabética y especialmente a las etapas iniciales, cuando la enfermedad es todavía reversible y permite un tratamiento apropiado, que puede prevenir tanto la progresión en la pérdida

de visión, como otro posible edema macular o de neovascularización.

>>La combinación de los diversos métodos examina-

dos muestra que hay diferentes fenotipos de retinopatía diabética y que los mismos muestran tipos de progresión bastantes diferentes. Esto hecho conocido tiene no obstante variables de progresión singulares en función de cada paciente. El concepto de fenotipos diferentes de retinopatía diabética y la identificación de marcadores de riesgo en las etapas iniciales abre la puerta a estrategias de dirección más adecuadas y otro tipo de terapias ya apuntadas, haciendo en sentido pleno uso de esas nuevas medicinas que se espera estén disponibles en un futuro próximo>>.

La Comunicación Solicitada será presentada por la Dra. María Teresa Iradier y colaboradores

«Cirugía del Pterigión»

La Comunicación Solicitada del 82 Congreso de la SEO lleva por título «Cirugía del Pterigión». Será presentada, el 29 de septiembre, de 13 a 14 h., por la Dra. María Teresa Iradier y los colaboradores, el Prof. José M. Benítez del Castillo Sánchez y los Dres. Pedro Arriola Villalobos, Ricardo Cuiña Sardina, David Díaz Valle, Rosalía Méndez Fernández, Consuelo López Abad y M.^a Teresa Rodríguez Ares. El acto contará con la Presidencia de los Prof. Alfredo Domínguez Collazo, Julián García Sánchez y Manuel Sánchez Salorio y del Dr. Gustavo Leoz de la Fuente.

Durante el 82 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, que se celebrará en A Coruña del 27 al 30 de septiembre, se presentará la Comunicación Solicitada, que este año tratará sobre un tema que ha cobrado gran actualidad e importancia en los últimos años: la "Cirugía del Pterigión". Este trabajo, coordinado por la Dra. María Teresa Iradier, ha reunido la experiencia de expertos nacionales y extranjeros.

La obra, prologada por el Profesor Julián García Sánchez, reúne 11 capítulos que proporcionan una excelente

puesta al día no solo en el tratamiento quirúrgico del pterigión (con auto injerto libre y trasplante de limbo, Mitomicina C y sutura con pegamento biológico), la solución de complicaciones y el tratamiento de las recidivas, sino también en sus aspectos epi-



Dra. M.^a Teresa Iradier.

demiológicos, etiológicos, histopatológicos y exploratorios.

En la elaboración de este trabajo han participado los Dres. Pedro Arriola, Eva Ayala, José Manuel Benítez del Castillo, Jorge Castellano, Ricardo Cuiña, David Díaz Valle, Ignacio Cerván, Rosario

Gómez de Liaño, Yolanda Fernández, Ricardo Herrera, Consuelo López Abad, Teresa Martín Orte, Rosalía Méndez, Miguel A. Pérez Silguero, David Pérez Silguero, María Teresa Rodríguez Arés, Ángel Romo, Enrique Santos, y Rosario Touriño, de España; así como los Dres. Eduardo Arenas, Alejandro de La Torre y Federico Serrano, de Colombia.

La Comunicación Solicitada será presentada por su autora, Dra. María Teresa Iradier y colaboradores, el día 29 de septiembre de 13 a 14 h en Auditorio «Gaviota» del Palacio de Congresos de A Coruña.

Aspectos más destacados de la Mesa Redonda

Profilaxis y tratamiento de la infección quirúrgica en Oftalmología

La Mesa Redonda del 82 Congreso de la SEO tendrá lugar el 30 de septiembre, de 12,00 a 13,30 h., bajo el título: «Profilaxis y tratamiento de la infección quirúrgica en Oftalmología». Moderada por el Dr. Alfonso Arias Puente, tendrá como panelistas a los Dres. José A. Abreu Reyes, Eduardo Alfonso, Josefina Bañuelos Bañuelos, Antonio N. Duch Samper, M.^a José Fresnadillo Martínez, M.^a del Carmen García Sáenz y José A. Menéndez de Lucas.

La Mesa Redonda del 82 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología trata sobre la *Profilaxis y Tratamiento de la Infección Quirúrgica en Oftalmología*. La elección no ha sido casual ya que en estos momentos existe entre los oftalmólogos un gran interés y preocupación por este tema.

En un contexto donde la cirugía ocular está condicionada casi en su totalidad por el resultado visual final, la existencia de posibles complicaciones quirúrgicas es por lo general poco comprendida y muy mal tolerada por los pacientes y por la sociedad en general.

Cuando estas complicaciones, son de la magnitud de las infecciones oculares postquirúrgicas, con su posible efecto devastador para la función visual y en ocasiones para la anatomía ocular, el problema se acrecienta.

Por ello, a pesar de su limitada incidencia, representa un área de

interés prioritario para la comunidad científica oftalmológica.

El objetivo de esta Mesa Redonda es ofrecer al oftalmólogo una actualización de la etiología, epidemiología, prevención, tratamiento, y repercusión médico legal de esta patología, así como establecer unas pautas científicas, modernas, claras y ordenadas para el manejo de la misma.

En los 10 capítulos de la publicación se ha realizado una puesta al día de los métodos microbiológicos



Dr. Alfonso Arias Puente.

actuales para el diagnóstico de la infección y la identificación del agente causal; se han descrito las características propias de las distintas formas clínicas de la infección postquirúrgica; se han diseñado unas guías de actuación en la profilaxis, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico de la endoftalmitis; y, por último, también se ha tratado el marco legal y las repercusiones médico-legales.

En la elaboración de este texto, dirigido por el Dr. Alfonso Arias

Puente, han colaborado autores de reconocido prestigio en la materia: el Prof. José A. García Rodríguez y la Dra. M.^a José Fresnadillo, de la Cátedra y Departamento de Microbiología de la Universidad de Salamanca; el Dr. Eduardo Alfonso, del Bascom-Palmer Eye Institute de Miami; el Dr. José Augusto Abreu, del Hospital Universitario de Tenerife; el Dr. Antonio Duch Samper, del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia; el Dr. José A. Menéndez de Lucas, Médico Forense Oftalmólogo de la Clínica Médico Forense de Madrid; y las Dras. M.^a Carmen García Sáenz y Josefina Bañuelos, del Servicio de Oftalmología de la Fundación Hospital Alcorcón de Madrid.

La Mesa Redonda sobre Profilaxis y Tratamiento de la Infección Quirúrgica en Oftalmología, moderada por el Dr. Alfonso Arias Puente, tendrá lugar el día 30 de septiembre, de 12,00 a 13,30 h., en el Auditorio Gaviota.

Aspectos más destacados de la Conferencia Solicitada, que presentará el Dr. John Dart

Epidemiología y patogénesis de la queratitis por lentes de contacto

Bajo la Presidencia de los Dres. José Belmonte Martínez, Victoria de Rojas Silva y Pilar Turbón Borrega, el 28 de septiembre, a partir de las 10,00 h., se presentará la Conferencia Solicitada. Bajo el título "Epidemiología y patogénesis de la queratitis por lentes de contacto", será impartida por el Dr. John Dart (Reino Unido), que amablemente nos ha remitido un resumen de la misma, que reproducimos.

<<La Epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades en una población (en otras palabras, quién es afectado por una enfermedad y por qué). Esta ponencia demostrará la forma en que los estudios epidemiológicos nos han informado sobre la incidencia y los riesgos de infección de distintas modalidades de uso de Lentes de Contacto (LC) y también cómo estos estudios han identificado factores de predisposición y potenciales mecanismos patogénicos. Estos datos han sido la base para el desarrollo de nuevos sistemas de LC más seguros.

>>El uso de las Lentes de Contacto es la principal causa de infección corneal en los países desarrollados donde predomina el uso de las LC (5%-10% de la población). Por afortunada mayoría, la *Pseudomonas aeruginosa* ha sido la causa más común de la queratitis de lentes de contacto en los últimos 30 años. En la última década, la *Acanthamoeba* se ha hecho relativamente común en el Reino Unido, pero no tanto en otros países. Se ha demostrado que los factores que influyen en el desarrollo de la queratitis en los usuarios de Lentes de Contacto son numerosos y difieren entre queratitis bacteriana y por acantoameba, respectivamente.

>>>Con respecto a la queratitis

bacteriana, el uso durante la noche ha sido el principal factor de predisposición en el uso de las lentes de contacto con hidrogel. Diversos estudios experimentales han sondeado las causas de la mayor susceptibilidad a la infección de la córnea de los usuarios de las lentes de contacto y éstos incluyen hipoxia, trauma y el menor espacio para los organismos de la superficie ocular, entre otros factores. El uso continuado de las lentes blandas de hidrogel ha aumentado esta susceptibilidad. Como respuesta a la hipótesis de que la hipoxia era la causa principal de las complicaciones derivadas del uso de las lentes (incluyendo las infecciones), se desarrollaron lentes de hidrogel de silicona (SiH). Los datos iniciales contenidos de series de casos indicaban que la utilización de SiH podría tener una asociación menor con las infecciones. Desafortunadamente, los recientes



Dr. John Dart.

estudios de cohortes y casos de control han demostrado que los índices de infección son los mismos para las lentes SiH que para las de hidrogel, tanto en el uso diario como de largo plazo. Esto sugiere que la transmisión de oxígeno podría no ser tan relevante como se pensaba en el desarrollo de las infecciones.

>>En cuanto a los factores (aparte del tipo de lente) asociados a un mayor riesgo de queratitis, se ha demostrado que la menor frecuencia de desinfección por parte de los usuarios de las lentes reutilizables tiene un efecto mucho menor que el previsto. Esto se debe a la contaminación de las cajas de las lentes por biopelículas bacterianas mixtas resistentes a los sistemas actuales de desinfección de lentes. Las biopelículas bacterianas también pueden desarrollarse en la superficie de la

lente de contacto mientras está en uso. Se han introducido lentes desechables para gestionar estos riesgos, pero los nuevos estudios han demostrado también que esta medida no ha proporcionado los beneficios previstos en cuanto a menor incidencia de infecciones. Esto indica que el aumento de la susceptibilidad a la infección es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la queratitis de lentes de contacto en el uso diario y de largo plazo de las lentes blandas.

>>>La queratitis por acantoameba tiene una epidemiología diferente de la queratitis bacteriana debido a la influencia del uso extendido de los sistemas de desinfección de lentes carentes de actividad contra las amebas, la exposición de los usuarios de lentes a las acantoamebas en piscinas y el agua corriente, así como cambios en los patrones de cumplimiento de los procedimientos de desinfección recomendados por parte de los pacientes.

>>>La epidemiología de la queratitis de lentes de contacto cambia continuamente con la introducción de nuevos sistemas de lentes, nuevas soluciones y cambios en los patrones de uso. La Epidemiología es una herramienta importante en la evaluación de los nuevos sistemas de lentes y en el desarrollo de lentes de contacto más seguras>>>.

Resumen de la Conferencia del Dr. John Dart

Consideraciones terapéuticas en la patología de la superficie ocular

Aparte de desarrollar la Conferencia Solicitada, el Dr. John Dart (Reino Unido) presentará una conferencia sobre «Consideraciones terapéuticas en la patología de la superficie ocular», que se sintetiza a continuación. La pronunciará el 29 de septiembre, a partir de las 18,30 h., bajo la Presidencia de los Prof. Joaquín Barraquer Moner, Juan Durán de la Colina y José M. Benítez del Castillo Sánchez.

<<La enfermedad de superficie ocular es un término que describe "un grupo de desórdenes, de patogénesis diversa, en los cuales surge la enfermedad por fallos de los mecanismos responsables de mantener una superficie ocular sana". Estas enfermedades incluyen algunas tan diversas como trauma químico, membrana mucosa pemfigoide, queratoconjuntivitis atópica, neoplasia intraepitelial, queratopatía neurotrófica y síndrome de ojo seco. Si bien estas enfermedades comprenden un grupo dispar de desórdenes con patogénesis diferentes, producen problemas comunes: queratopatía punctata, queratopatía filamentaria, erosión corneal recurrente, conjuntivitis y queratitis infecciosa, conjuntivitis cicatrizante, defecto epitelial persistente, corneal melt y fallo de la superficie ocular.

>>Esta conferencia analizará las herramientas de gestión disponibles para tratar con esta gama de problemas, junto con indicaciones para su utilización. Estas incluyen las siguientes:

— Principios terapéuticos: poner límites realistas a las expectativas de los pacientes, acordar una estrategia de tratamiento con los mismos, disponer medidas para su tratamiento de emergencia y evitar enfermedades iatrogénicas.

— Terapia tópica: El valor de la terapia continuada, la utilización de medicaciones tópicas no preservadas y de gotas antiinflamatorias, incluyendo ciclosporina y esteroides tópicos.

— Lentes terapéuticas: el valor de definir un objetivo claro, la utilización de lentes de uso diario y las indicaciones para utilizar lentes rígidas o de hidrogel de silicona en ojos más secos.

— Queratectomía fototerapéutica con láser Excimer: su utilización en erosiones corneales recurrentes, distrofias estromales anteriores e indicaciones de menor valor.

— Cirugía: la importancia de controlar la enfermedad inflamatoria antes de la

cirugía, el tratamiento inmediato de la triquiasis y la exposición, el uso de ptosis protectora de toxina botulínica o tarsorapia central, colgajos conjuntivales

locales o totales, injertos de membrana amniótica, transplantes lamelares, adhesivo de cianoacrilato para perforaciones e indicaciones para la

reconstrucción de la superficie. >>Dichos principios se ilustrarán describiendo la gestión de defectos epiteliales persistentes>>.

Potencia
combinada para encarrilar la PIO

¡NUEVO!

BRIMONIDINA
TIMOLOL

- **COMBIGAN[®]** redujo la PIO significativamente hasta un 33% (7.6 mm Hg) respecto a la basal¹
- **COMBIGAN[®]** proporciona un mecanismo de acción dual
- **COMBIGAN[®]** cómoda administración, dos veces al día
- 98% de los médicos calificaron a **COMBIGAN[®]** como bueno o excelente²

Nuevo **Combigan[®]**
(tartrato de brimonidina, 2 mg/ml y timolol, 5 mg/ml)

ALLERGAN
ophthalmology

CONTROL CONFORT COMODIDAD

Conferencia del Prof. Carlos Belmonte Martínez

Centenario de un Premio Nobel. D. Santiago Ramón y Cajal y la Oftalmología

Bajo la Presidencia de los Prof. Manuel Sánchez Salorio, Manuel Vidal Sanz y Carmela Capeans Tomé, el 29 de septiembre, a partir de las 12,30 h., el Prof. Carlos Belmonte Martínez desarrollará una interesante conferencia bajo el título: «Centenario de un Premio Nobel. D. Santiago Ramón y Cajal y la Oftalmología». El propio autor avanza seguidamente las claves de la misma.



<<En el Siglo XXI, el estudio del cerebro se plantea como el gran desafío para la investigación biomédica. Las repercusiones que un mejor conocimiento del cerebro pueden tener en la vida humana, individual y colectiva, son inmensas, no solo por la importancia social de las enfermedades del cerebro (enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas) sino también por la influencia que la comprensión de este órgano va a tener en aspectos tan variados como la respon-

sabilidad penal, el aprendizaje infantil, la drogadicción, etc. Cajal se erige, a los 100 años de la obtención del Premio Nobel, como el gran pionero de la neurociencia moderna. Sus trabajos e hipótesis han marcado hasta hoy la evolución de la investigación neurobiológica. >>La Doctrina de la Neuron, por cuya aceptación tuvo que luchar hasta su muerte, la Ley de Polarización Dinámica de la Neuron, su descubrimiento del cono de crecimiento, de los con-

ceptos de plasticidad sináptica, neurotropismo y neurotrofismo o sus descripciones de los circuitos cerebrales han servido de base e inspiración a todo el trabajo posterior sobre la biología molecular y celular de la neurona, la neurofisiología de los sistemas complejos y la neurobiología del desarrollo, que fundamenta el progreso de la moderna neurociencia. >>La retina del ojo fue uno de los modelos preferidos de Cajal para entender la organización de

los circuitos nerviosos y a este tema dedicó una atención especial, con su clásico análisis comparado de cómo se estructuran los elementos celulares de la retina en los vertebrados. Además, Cajal acogió en su laboratorio, y estimuló, el interés científico de un destacado grupo de oftalmólogos (Fernández Balbuena, López Enríquez, Leoz, Márquez), que ejercieron a su vez una influencia decisiva en el enfoque científico de la moderna Oftalmología española>>.

Conferencia del Dr. Hugo Quiroz

Técnicas quirúrgicas de vitrectomía en retinopatía diabética

El Dr. Hugo Quiroz presentará, en el marco del Congreso de la SEO, la conferencia «Técnicas quirúrgicas de vitrectomía en retinopatía diabética». Amablemente nos ha hecho llegar el resumen siguiente.

<<La cirugía de vítreo y retina en pacientes diabéticos, en algunos casos representa un verdadero desafío



para el cirujano. Las técnicas quirúrgicas incluyen una gama de procedimientos que van desde la más simple, como una vitrectomía con calibre 25-G (sin suturas) en pacientes con hemorragia vítrea sin desprendimiento de retina, hasta la cirugía bimanual en pacientes con desprendimiento de retina traccional en configuración de meseta y con extensas áreas de retinosis.

>>En la conferencia se analizarán las principales técnicas, se mencionarán los nuevos sistemas de iluminación que permiten la cirugía bimanual, el uso de perfluorocarbonados, así como las ventajas y riesgos de la terapia antiangiogénica preoperatoria y postoperatoria como adyuvante en la prevención de hemorragias>>.

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Combitagen®. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Un ml de solución contiene 2,0 mg de bromidina, equivalente a 1,3 mg de bromidina, 0,0 mg de timolol, como 0,8 mg de malato de timolol. Excipientes ver 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Gotas en solución. Solución clara ligeramente amarilla verdosa. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Reducción de la presión intraocular (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto crónico o hipertensión ocular en los que la terapia con beta-bloqueantes tópicos no es suficiente. **4.2 Posología y forma de administración. Dosis recomendada en adultos (incluidas las personas de edad avanzada):** La dosis recomendada es de una gota de Combitagen® en el ojo(s) afectado(s) dos veces al día, con 12 horas de diferencia aproximadamente. Si se está utilizando más de un producto oftálmico tópico, éstos se han de administrar con un intervalo de al menos 5 minutos. **4.3 Contraindicaciones:** • Enfermedad reactiva aguda (incluye el asma bronquial o antecedentes de asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa). • Bradicardia sinusal, bloqueo aurículo-ventricular de segundo o tercer grado no controlado con marcapasos, insuficiencia cardíaca manifiesta, shock cardiogénico. • Uso en neonatos. • Pacientes en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). • Pacientes en tratamiento con antihipertensivos que afectan la liberación noradrenérgica (p.ej. antihipertensivos hidroxal y metoprolol). • Hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Al igual que otros agentes oftálmicos de acción tóxica, Combitagen® puede ser absorbido sistémicamente. No se ha observado ningún aumento de la absorción sistémica de los principios activos individuales. En ensayos clínicos con Combitagen®, algunas personas presentaron reacciones adversas de tipo alérgico (conjuntivitis alérgica y nefritis alérgica). La conjuntivitis alérgica se presentó en el 0,2% de los pacientes. Apareció entre los 3 y 6 meses desde el inicio de un porcentaje de interrupción del tratamiento del 0,1%. La nefritis alérgica se presentó en raras ocasiones (1/10). Si se observan reacciones alérgicas, se deberá suspender el tratamiento. Debido al componente beta-adrenérgico, timolol, pueden presentarse los mismos tipos de reacciones adversas cardiovasculares y pulmonares que los que se observan con los beta-bloqueantes sistémicos. Debe procederse con cuidado al tratar pacientes con enfermedad cardiovascular severa o inestable y no controlada. La insuficiencia cardíaca debe monitorizarse de manera adecuada antes de comenzar la terapia. Los pacientes con antecedentes de cardiopatía severa deben vigilarse por si aparecen signos de insuficiencia cardíaca y compensarse la frecuencia cardíaca. Se han observado reacciones cardíacas y respiratorias, incluida la muerte súbita o bradicardia en pacientes con asma, y rara vez muerte asociada a insuficiencia cardíaca, después de la administración del malato de timolol, en pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a diálisis. El tratamiento con timolol no se asoció a hipertensión pulmonar. El timolol usado con anestésicos, puede alterar la toxicidad letal y aumentar el riesgo de hipotensión. Debe informarse al anestesiólogo de que el paciente está en tratamiento con Combitagen®. Los beta-bloqueantes pueden también enmascarar los signos de hipertroidismo y causar el agravamiento de la angina de Pírrame. Los trastornos oculares periféricos y centrales severos e hipertensión. Se deberá tener precaución al tratar con Combitagen® a pacientes que padecan acidosis metabólica y fosforaturia. Los agentes hipotensivos beta-adrenérgicos se deben administrar con cuidado en pacientes con hipoglucemia espontánea o en pacientes diabéticos en tratamiento hipoglucémico regular con insulina (HI) debido a que los beta-bloqueantes pueden enmascarar los signos y síntomas de una hipoglucemia aguda. En concreto la hipoglucemia, los palpitaciones y el sudor. Combitagen® se debe usar con cuidado en pacientes con depresión, insuficiencia coronaria o coronaria, síndrome de Raynaud, hipertensión arterial, o tromboangiitis obliterante. Mientras reciben beta-bloqueantes, los pacientes con antecedentes de atropia o de reacción alérgica severa a una variedad de alérgenos es posible que no respondan a la dosis usual de atropina usada para tratar las reacciones alérgicas. Al igual que con los beta-bloqueantes sistémicos, si es necesario la suspensión del tratamiento en los pacientes con cardiopatía coronaria, se ha de retirar la terapia de una manera gradual a fin de evitar trastornos cardíacos, infarto de miocardio o muerte repentina. Se han producido casos de desprendimiento coroideo tras llevar a cabo procesos de filtración con administración de terapia supratentorial (por ej. timolol, acetazolamida). El tratamiento con Combitagen®, el uso de betabloqueantes puede causar irritación ocular. Retirar las lentes de contacto antes de la aplicación y esperar por lo menos 15 minutos antes de la reinsertación. Es conocido que el uso de betabloqueantes durante las lentes de contacto puede causar el contacto con lentes de contacto. No se ha estudiado el uso de Combitagen® en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Aunque no se han realizado estudios específicos de interacciones farmacológicas con Combitagen®, se debe considerar la posibilidad técnica de un efecto activo o potenciador con depresores del SNC (alcohol, barbitúricos, opiáceos, sedantes, o anestésicos). Cuando colinas con timolol se administran concomitantemente con bloqueantes de los canales de calcio, guanetidina, o agentes beta-bloqueantes, antiarrítmicos, glucocorticoides o parasympathomiméticos orales, existe la posibilidad de que se produzcan efectos aditivos que causen hipotensión, ya una bradicardia marcada. Después de la aplicación de bromidina, se han comunicado casos muy raros (1:1 en 10000) de hipotensión. Por consiguiente, se aconseja tener cuidado al usar Combitagen® con antihipertensivos sistémicos. Aunque timolol sería absorbido sobre el tejido de la pupila, no necesariamente se han descrito casos de miopía cuando se ha utilizado timolol con agentes miopícos tales como la atropina. Los beta-bloqueantes pueden aumentar el efecto hipoglucémico de los agentes antihipertensivos. Los beta-bloqueantes pueden enmascarar el efecto hipoglucémico de los agentes antihipertensivos. Los beta-bloqueantes pueden enmascarar los signos y síntomas de hipoglucemia (ver 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). La reacción hipotensiva a la interrupción súbita de dobutamina puede verse potenciada durante la administración de beta-bloqueantes. Se ha comunicado el uso de beta-bloqueante sistémico (p.ej. disipiridamida) durante el tratamiento con timolol combinado con quinidina y amilof, posiblemente porque la quinidina interfiere el metabolismo de timolol por vía de la enzima P450, CYP2D6. El uso concomitante de un beta-bloqueante con atresis puede alterar la latencia y aumentar el riesgo de hipotensión (ver sección 4.4), por ello debe informarse al anestesiólogo de que el paciente está en tratamiento con Combitagen®. Se deberá tener precaución al utilizar Combitagen® concomitantemente con productos de contraste yodados y con isotocina administrada por vía intravenosa. La combinación de timolol y el alcohol pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de timolol. No se dispone de datos sobre el nivel de esteroides corticoides después de la administración de Combitagen®. No obstante, se aconseja tener cuidado en pacientes recibiendo medicación que pueda

afectar el metabolismo y la liberación de aminas circulares, p.ej. dopamina, norepinefrina, epinefrina. Se aconseja tener cuidado al usar el uso (o cambiar la dosis) de un agente simpático concomitante (independientemente de la forma farmacéutica) que pueda interactuar con agonistas α -adrenérgicos o interferir con su actividad, es decir, agonistas α -adrenérgicos del receptor adrenérgico, p.ej. isoprenalina, prazosina. Aunque no se han realizado estudios de interacciones farmacológicas específicas con Combitagen®, se debe considerar la posibilidad técnica de un efecto inductor activo de la PIO con uracilaminas, prostaglandinas, inhibidores de la anhidrasa carbónica y pilocarpina. Esta combinación con el uso de inhibidores de MAO (ver sección 4.3). Los pacientes que hayan sido tratados con IMAO deberán esperar 14 días tras suspender la administración de estos, antes de iniciar la terapia con Combitagen®. **4.6 Embarazo y lactancia. Embarazo:** No hay datos adecuados para el uso de Combitagen® en mujeres embarazadas. **4.7 Lactancia:** En estudios farmacológicos no se han detectado efectos de transferencia por leche materna. Sin embargo, un riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino con la administración de beta-bloqueantes por vía oral. Se han observado también signos y síntomas de hipoglucemia por vía oral. **4.8 Fecundidad:** Hipoglucemia, insuficiencia respiratoria e hipoglucemia en neonatos cuando se han administrado beta-bloqueantes hasta el momento del parto. En caso de administrar Combitagen® hasta el final del embarazo, se deberá monitorizar estrechamente al neonato durante los primeros días de vida. En estudios con animales tratados con timolol se ha observado toxicidad reproductiva a dosis significativamente más altas que las utilizadas en la práctica clínica (ver sección 5.3 Datos de seguridad preclínica). **4.9 Datos de farmacología:** No se dispone de datos clínicos adecuados en mujeres embarazadas tratadas con timolol. Estudios en animales han demostrado toxicidad reproductiva a dosis tóxicas elevadas para la madre (ver sección 5.3 Datos de seguridad preclínica). Combitagen® no debe usarse durante el embarazo a menos que sea claramente necesario. **Lactancia:** Timolol se excreta por la leche humana. Se desconoce si timolol se excreta en la leche humana pero se excreta en la leche de la rata lactante. No se debe usar Combitagen® en mujeres en período lactante. **4.10 Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Combitagen® tiene poca influencia sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Combitagen® puede causar visión borrosa, pesadez, fatiga y somnolencia que puede reducir la capacidad para conducir o operar máquinas. El paciente deberá esperar hasta que estos síntomas desaparezcan antes de conducir o utilizar maquinaria. **4.11 Reacciones adversas:** En base a datos clínicos de 12 meses, las reacciones farmacológicas adversas que se han observado con mayor frecuencia son hipotensión (conjuntivitis) (aproximadamente en 10% de los pacientes) y sensación de ardor en el ojo (aproximadamente un 11% de los pacientes). La mayoría de estos casos fueron leves y condujeron a tasas de suspensión de sólo un 3,1% y 0,5%, respectivamente. Durante los ensayos clínicos con Combitagen®, se describieron las siguientes reacciones adversas: **Trastornos oculares:** Muy frecuentes (1/10): hipotensión conjuntival, sensación de ardor. Frecuentes (1/100, 1/10): sensación de picor en el ojo, prurito ocular, conjuntivitis alérgica, fotorreflejo conjuntival, parálisis visual, nefritis alérgica, eritema corneal, queratitis porfiria, queratitis superficial, sequedad del ojo, edema corneal, dolor ocular, infección ocular, sequedad de cuerpo ocular. Poco frecuentes (1/1000, 1/100): eritema corneal, inflamación ocular, edema corneal, conjuntivitis folicular, inflamación alérgica, conjuntivitis, nefritis vítreo, astenopia, fotofobia, hipotensión pupilar, dolor pupilar, blanqueamiento conjuntival, edema corneal, inflamación corneal, desprendimiento vítreo. **Trastornos psiquiátricos:** Frecuentes (1/100, 1/10): depresión. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes (1/100, 1/10): somnolencia, cefalea. Poco frecuentes (1/1000, 1/100): mareos, síncope. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes (1/1000, 1/100): insuficiencia cardíaca congestiva, palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Frecuentes (1/100, 1/10): hipertensión. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes (1/1000, 1/100): náusea, sequedad nasal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes (1/100, 1/10): sequedad oral. Poco frecuentes (1/1000, 1/100): alteración de sabor. **Trastornos de la piel y tejido subcutáneo:** Frecuentes (1/100, 1/10): edema parietal, prurito parietal, eritema parietal. Poco frecuentes (1/1000, 1/100): dermatitis alérgica por contacto. **Trastornos generales y condiciones del lugar de administración:** Frecuentes (1/100, 1/10): eritema, eritema alérgico sistémico. **Trastornos de la audición:** Frecuentes (1/100, 1/10): 1 ETS alérgicas. **Reacciones adversas relacionadas que se han visto con uno de los componentes o que pueden tener potencialmente producción con Combitagen®:** **Bronquitis:** Trastornos oculares: ins, mias, Trastornos psiquiátricos: insomnio. **Trastornos cardíacos:** arritmias (incluidas bradicardia y taquicardia). **Trastornos vasculares:** hipotensión. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** síntomas respiratorios superiores, disnea. **Trastornos gastrointestinales:** Síntomas gastrointestinales. **Trastornos generales y condiciones del lugar de administración:** reacciones alérgicas sistémicas. **Timolol:** Trastornos oculares: disminución de la sensibilidad corneal, alopexia, prurito, desprendimiento coroideo (después de cirugía de filtración), cataratas refractivas (en algunos casos, debido a la retirada de terapia médica). **Trastornos psiquiátricos:** insomnio, pesadillas, disminución de la libido. **Trastornos del sistema nervioso:** parálisis de la mirada, aumento de las náuseas y síntomas de intolerancia grave, parálisis, hipotensión corneal. **Trastornos del oído y del laberinto:** pérdida. **Trastornos cardíacos:** bloqueo cardíaco, paro cardíaco, síncope, taquicardia. **Trastornos vasculares:** hipertensión, vasculitis periférica, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome de Raynaud, manos y pies fríos. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** bronquitis (propiamente en pacientes con enfermedad broncoespástica preexistente), disnea, tos, talco respiratorio. **Trastornos gastrointestinales:** náuseas, diarrea, dispepsia. **Trastornos de la piel y tejido subcutáneo:** alopexia, erupción porfiriforme o escarificadas de prurito. **Trastornos músculo esqueléticos del tejido conectivo y otros:** hueso eritematoso sistémico. **Trastornos renales y urinarios:** enfermedad de Peyronie. **Trastornos generales y condiciones del lugar de administración:** edema, dolor postural. **4.12 Soluciones:** No se dispone de datos de sobretosis con Combitagen®. **Bromidina:** Un caso en el que se ha usado bromidina como parte del tratamiento médico del glaucoma congénito, se han descrito síntomas de sobretosis con bromidina, como hipotensión, bradicardia, hipotermia y apnea; en algunos neonatos que estaban recibiendo bromidina. Se ha descrito que los síntomas oculares de rima alta-Tugenberg causan síntomas como hipertensión, edema, síncope, atropia, sedación, taquicardia, irritación, insomnio, apnea, hipotensión, hipotermia, depresión respiratoria y atropia. **Timolol:** Los síntomas de sobretosis sistémica con timolol son: bradicardia, hipotensión, bronquiospasma, cefalea, mareos y paro cardíaco. Un estudio de pacientes mostró que timolol no se absorbe fácilmente. Si se produce sobretosis, el tratamiento debe ser sintomático y de soporte. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de Excipientes:** Cloruro de benzalconio. Fosfato sódico monohidrato monohidratado. Fosfato sódico dibásico heptahidratado. Agua destilada o tratada con ósmosis para quitar el pH. Agua purificada. **5.2 Indicaciones:** Ninguna aplicable. **5.3 Instrucciones de uso y manipulación:** Ninguna en especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Allergan Pharmaceuticals Ireland - Castellar Road - Westport - Co. Mayo - Irlanda. **7. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Noviembre 2005. **8. Presentación y precio:** Frasco de 5 ml. PVP: 16,79€ - PVP IVA: 16,89€. **9. Condiciones de prescripción y dispensación:** Sin receta médica. Financiada por el Sistema Nacional de Salud. Consultar la Ficha Técnica completa antes de prescribir.

1) Cirven LH, et al. One year comparison of efficacy and safety of bromidina tartrato 0.2% / timolol 0.5% fixed combination (bid) with timolol 0.5% (bid) or bromidina tartrato 0.2% (tid). Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Ophthalmology, October 20-23, 2005, Orlando, Florida.
2) Cirivan ACS. Timolol/bromidina combination therapy in glaucoma management. Clinical & Surgical Journal of Ophthalmology 2005;23(11):356-359.



La sesión, patrocinada por A.M.O., tendrá lugar el día 28, de 15 a 17 horas, en la Sala Areo

«Lo Mejor del Año Oftalmológico» será, de nuevo, una de las estrellas del Congreso de la SEO

Como en años anteriores, todo apunta a que la sesión dedicada a «Lo Mejor del Año Oftalmológico» volverá a ser una de las actividades de mayor relieve en el Congreso de la S.E.O. que se celebrará en A Coruña. Gracias al patrocinio de A.M.O., permitirá, de manera dinámica y participativa, repasar los adelantos y novedades registradas durante el año en todos los campos de la Oftalmología, así como conocer de primera mano los temas más importantes de congresos internacionales como los de la ASCRS, ARVO, WOC o la ESCRS.

Este evento, dirigido por los Dres. Oscar Asís y Fernando Soler y coordinado por el Dr. Javier Pascual, es desde hace ya años uno de los grandes atractivos de los Congresos de la S.E.O., refrendado por ser una de las sesiones con mayor poder de convocatoria en los mismos.

Como en años precedentes tendrá lugar el jueves del congreso, en este caso el día 28, por la tarde, de 15 a 17 horas en la Sala Areo. En el mismo, y de una manera muy dinámica y participativa, se dará repaso a la mayor parte de los adelantos y novedades producidas a lo largo de este año en todos los campos de la Oftalmología. Asimismo, brindará la oportunidad, una vez más, de conocer de primera mano los temas más importantes de congresos internacionales tan importantes como los de la ASCRS, ARVO, WOC, sin faltar por supuesto el de la ESCRS, que tendrá lugar escasos días antes.

Se podrá asistir a las controversias más actuales y novedosas, siendo de especial interés para este año la discusión entre el uso de calibres 23G y 25G en vitrectomía, o la ya clásica lucha entre lentes refractivas y difractivas, cuya última tendencia es el maridaje de las mismas mediante el «Mix and Match».

En «Lo Mejor del Año Oftalmológico» se han presentado siempre primicias absolutas, como fue en 2005, en Zaragoza, la introducción del Avastín como terapia antiangiogénica en Oftalmología, o como lo fueron, en Córdoba, en 2004, las modernas lentes multifocales, como Rezoom y el resto de lentes difractivas, así como el láser de Femtosegundo.

Para la edición de este año, y con el formato de mesa redondas cambiantes, está previsto contar con la presencia de muchos de los líderes nacionales de opinión en los diferentes campos de la Oftalmología, participando asimismo en la misma una de las estrellas internacionales invitadas al Congreso, como es el Dr. Hugo Quiroz, retinólogo de Méjico y autoridad mundial en el campo de los antiangiogénicos.

Cabe resaltar finalmente el esfuerzo realizado por A.M.O. para poder brindar a todos los

oftalmólogos de España la oportunidad de asistir a un evento como es «Lo Mejor del

Año Oftalmológico», donde, por encima de sus intereses corporativos directos, está la oportu-

nidad de servicio a la colectividad para la mejora del conocimiento.

LO MEJOR DEL AÑO OFTALMOLÓGICO

82 CONGRESO DE LA S.E.O.

JUEVES 28-09-06

SALA ARAO

de 15:00 a 17:00 h.

A CORUÑA

DIRIGEN:

DR. ÓSCAR ASÍS
DR. FERNANDO L. SOLER

COORDINA:

DR. JAVIER PASCUAL

PATROCINADO POR:

AUSPICIADO POR:

Todas las actividades buscan ayudar al oftalmólogo en su permanente actualización de conocimientos

ALCON, completo programa para la actualización del oftalmólogo

ALCON volverá a desplegar un intenso programa de actividades en el Congreso de la SEO. Así está previsto el desarrollo de los prestigiosos Speakers, un Foro de Retina, los simposios "Nuevas perspectivas en cirugía del cristalino" y "Avances en el tratamiento médico-quirúrgico de la patología macular", una nueva edición del premio Custom-Pak y un Foro de Enfermería. Como en ediciones anteriores, todas las actividades buscan ayudar al oftalmólogo en su permanente actualización de conocimientos. Además, en su stand, presentará un servicio único de interconsulta digital, que permite intercambiar; de forma sencilla y en tiempo real, información asociada a imágenes.

Apoyándose en el Instituto ALCON, este año durante el 82 Congreso de la SEO se celebrarán los simposios "Nuevas perspectivas en la cirugía del cristalino" y "Avances en el tratamiento médico-quirúrgico de la patología macular". El primero tendrá lugar el viernes 29 de septiembre, de 11 a 12,30 horas, y estará moderado por los Doctores Ramón Lorente y Javier Mendicute. Los ponentes invitados son los Doctores: José Alfonso, Jorge Alió, Jaime Aramberri, Laureano Álvarez-Rementería, Francisco Argüeso, Alfredo Castillo, José Ángel Cristóbal, Daniel Elies, Renata Fau, Joaquín Fernández, Luis Fernández-Vega, Fernando Martínez-Sanz, Javier Moreno, Javier Orbegozo, Francisco Poyales, Gema Rebollada, J. L. Rodríguez Prats y Fernando Soler. Cabe resaltar que el simposio estrenará una nueva estructura, enfocada al debate, que permitirá a los asistentes participar en el desarrollo y conclusiones con su voto. El formato de este simposio/debate estará dividido en tres apartados: Controversias, en las que se tratarán la "Cirugía incisional vs lentes tóricas", la "Micro-Coaxial vs MICS" y "Perforante vs no perforante"; Mesas redondas, en las que se debatirán temas como "Lentes multifocales" o "Implantes secundarios"; y Casos Clínicos, en los que se desarrollarán temas como "Síndrome IFIS", "Pseudoexfoliación" y "Cataratas negras".

Por su parte, el simposio "Avances en el tratamiento médico-quirúrgico de la patología macular" estará coor-

dinado por el Dr. José García Arumí y se celebrará también el 29 de septiembre, de 15,00 a 17,30 horas. Contará como ponentes con los Dres. Alfredo Adán, Anna Boixadera, Álvaro Fernández-Vega, José García Arumí, Alfredo García Layana, Francisco J. Gómez-Ulla, Vicente Martínez Castillo, Carlos Mateo, Jordi Monés, José Carlos Pastor, José María Ruiz Moreno y Miguel Ángel Serrano. Los temas previstos para esta reunión son: Cirugía macular con tecnología 25G, Agujero macular, Membrana epirretiniana macular, Patología macular del miope, Patología traumática macular, Nuevas terapias en el tratamiento de la DMAE, Genética de la DMAE, Edema Macular, Cirugía combinada en patología macular, Tratamiento quirúrgico de la patología macular, Tratamiento quirúrgico de la patología macular pediátrica, Análisis macular con OCT en pacientes intervenidos de desprendimiento de retina y Trata-



miento del desprendimiento macular diabético.

FORO ALCON DE RETINA

El día 28, de 16,00 a 18,00 horas, en la Sala Loft, en la 3ª planta del Palacio de Congresos, se celebrará la reunión anual del Foro Alcon de Retina, dirigido a retinólogos y coordinado por el Dr. Jeroni Nadal, donde se tratará de forma monográfica un tema relativo a la cirugía vitreoretiniana.

SPEAKERS

Como cada año, el stand de ALCON acogerá los Speakers, es decir, presentaciones de máxima actualidad y corta duración, impartidas por profesionales expertos, que proponen ideas y trucos prácticos sobre los avances y técnicas quirúrgicas más novedosos de la Oftalmología. Además, se dedicará un tiempo a la reflexión sobre las relaciones médico-paciente como valor añadido a la práctica de la Oftalmología.

PREMIO CUSTOM-PAK 2006

Un año más, y coincidiendo con el VI Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oftálmica, se entregará el Premio Custom-Pak 2006 a la mejor comunicación en el área quirúrgica. El premio consiste en una beca para asistir al Congreso Europeo de Enfermería Oftalmológica que se celebrará en Estocolmo en 2007.

Dentro de la apuesta de ALCON por el desarrollo de la Enfermería Oftalmológica, y como parte del Foro Alcon de Enfermería Oftalmológica, los profesionales de Enfermería Oftalmológica podrán asistir a un Speakers específico sobre los cambios que suponen las nuevas técnicas quirúrgicas de cristalino.

NUEVO SERVICIO DE INTERCONSULTA DIGITAL

En su constante búsqueda de herramientas que faciliten la actualización de conocimiento de los profesionales, ALCON ESPAÑA ha creado un servicio único en el mercado de interconsulta digital, que presentará por primera vez en su stand. Esta nueva herramienta permite a los oftalmólogos intercambiar, de forma sencilla y rápida, información asociada a imágenes, que pueden ser editadas y comentadas en vivo por ambas partes. Se trata de un servicio muy útil, seguro y sin especiales requisitos técnicos que va a permitir facilitar la resolución de dudas entre profesionales.

El 28 de septiembre, de 15,00 a 18,00 horas

Simposium sobre Anillos de Ferrara, organizado por BLOSS GROUP

Seguindo con su filosofía de innovación, BLOSS GROUP aprovechará su participación en el Congreso de la SEO —en el que estará presente con el stand número 34-35— para ofrecer actividades de máxima actualidad relacionadas con los últimos avances en tecnología y equipamiento oftalmológico. Entre los diferentes cursos y coloquios previstos, destaca el Simposium sobre los Anillos de Ferrara y Técnicas de Imagen de Alta Resolución de la Córnea. Se celebrará el día 28, de 15,00 a 18,00 horas, en la sala número 8 del Palacio, y, por su interés, está incluido entre las actividades programadas por el propio congreso.

El simposium se estructurará en dos partes: en primer lugar, una exposición teórica sobre el tratamiento de la imagen y posteriormente una puesta en común y un coloquio participativo de los usuarios de los Anillos de Ferrara para intercambiar experiencias, en el que podrán participar además todos los asistentes al evento.

BLOSS GROUP celebrará, además, el Curso de Angiografía Dinámica por Láser Confocal, de Heidelberg (HRA II) y una mesa redonda sobre el tema. Este curso tendrá lugar el día 29, de 17,00 a 18,00 horas. El último modelo de angiógrafo HRA II se caracteriza por su tecnología de escaneo por láser confocal, cuyas características proporcionan un mayor detalle y contraste en las imágenes de angiografía de la retina y de la coroides. Las ventajas del HRA II son múltiples: es más preciso y más cómodo y ofrece nuevas maneras de identificar diversas manifestaciones de enfermedades de la retina. Además, optimiza tiempo y coste ya que evita innecesarias repeticiones, y es más seguro y cómodo para el paciente. El curso estará dirigido por el Prof. Gómez-Ulla, del Hospital de Santiago de Compostela.



HRT3, última versión del popular tomógrafo de Heidelberg.

Al mismo tiempo, los asistentes al Congreso podrán conocer, en el stand de BLOSS, otros equipos de alta tecnología, como la lámpara de hendidura de Haag-Streit, el biómetro Axis II o el campímetro Octopus 301, así como las últimas novedades en implantes y fungibles. Como productos estrella, se mostrará el HRT3, última versión del popular tomógrafo de Heidelberg, el Aviso, nuevo ecógrafo de Quantel Medical y la Copa de Prager para biometría de inmersión de ESI Inc., que BLOSS distribuye para Europa.

El Aviso es un ecógrafo de alta resolución con sonda lineal UBM de 50MHZ y es el primero en incorporar las nuevas fórmulas para el cálculo de lentes intraoculares en pacientes inter-

venidos de cirugía refractiva. Su capacidad modular permite conectar cualquiera de las sondas para ecografía disponibles, que van desde los 10 hasta los 50MHZ.

La Copa para biometría de inmersión de Prager incorpora un nuevo diseño que coloca automáticamente la sonda de ultrasonidos perpendicularmente dentro de la copa y a la distancia correcta del ojo para asegurar una biometría óptima. Fabricada con tolerancias de precisión, su procedimiento de inmersión es sencillo y más seguro para el paciente gracias a la entubación estéril de un sólo uso.



BLOSS realizará en su stand demostraciones de su Tienda On-Line.

La firma ha previsto asimismo el lanzamiento del novedoso implante reabsorbible para trabeculectomías y pterigium OculusGen, ya anunciados en Congresos anteriores.

Además, en el stand de la firma, todos los asistentes podrán ver demostraciones de su Tienda Online, que permite una cómoda y práctica compra y es la primera y única dedicada a dar este servicio al oftalmólogo español. En ella, los usuarios encuentran un inagotable surtido de productos (más de 3.400 y creciendo), e interesantes descuentos por la compra online.

Todas las actividades previstas se describen a través de la web www.blossgroup.com que se irá actualizando para recoger las últimas informaciones sobre cursos, wetlabs y eventos. Es importante recordar la necesidad de inscribirse en aquellos eventos o cursos que se consideren de interés pues las plazas normalmente son muy limitadas. Para cualquier tipo de duda, solicitar información o inscripciones, los interesados pueden ponerse en contacto con BLOSS, llamando al número 93 303 65 65 (Sra. Rosa Cabecerán) o bien enviando un e-mail a la dirección de correo bloss@blossgroup.com.

El 29 de septiembre, a las 15,30 horas

Presentación del Postgrado Oficial en Ciencias de la Visión

El Postgrado Oficial en Ciencias de la Visión, aprobado por la Junta de Castilla y León y con validez en todo el territorio de la Unión Europea, se presentará en el marco del 82 Congreso de la S.E.O.; será el viernes 29 de septiembre, a las 15,30 horas, en el stand de ALCON. El Profesor José Carlos Pastor, de la Universidad de Valladolid, el Profesor Manuel Vidal Sanz, de la Universidad de Murcia, y el Profesor Julián García Sánchez, de la Universidad Complutense de Madrid, serán los encargados de explicar en qué consisten los tres masters profesionalizadores y el master de investigación en Ciencias de la Visión, todos englobados en el Postgrado en Ciencias de la Visión, que se impartirá el próximo curso.

El programa de Postgrado en Ciencias de la Visión es el resultado de la evolución de los planes anteriores para adaptarse el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, por lo que son los primeros estudios de Oftalmología especializada de Postgrado aprobados en España. Esta oferta permitirá a los profesionales de la Oftalmología el reto de la subespecialización, e intentará paliar el problema de la falta de médicos de la visión.

Las Ciencias de la Visión son el conjunto de disciplinas que estudian las bases físicas, biológicas y neurofisiológicas del fenómeno de la visión, de las alteraciones que pueden conducir a la ceguera y el desarrollo de formas de prevención, tratamiento y recuperación de la visión.

El Master en Investigación en Ciencias de la Visión es heredero de los actuales cursos interuniversitarios de doctorado; se puede cursar en un año (60 créditos) o dos (120 créditos) y se propone para formar a investigadores y futuros docentes en el campo de las Ciencias de la Visión de forma multidisciplinar, combinando aspectos biológicos, físicos y clínicos de la visión. Tiene dos módulos, uno de iniciación a la investigación y otro de doctorado.

Los otros tres masters son equivalentes a los «fellowship», una estancia reglada para adquirir una formación de postgrado de alto nivel para profesionales. El Master en Retina, con una duración anual, pretende formar oftalmólogos expertos en el manejo de enfermedades de la retina y desarrollar las bases de esta subespecialidad, al igual que el Master en Oncología Ocular, Órbita y Oculoplástica, que tiene por objeto la formación de oftalmólogos expertos en el manejo de la patología oculoplástica, orbitaria y de tumores oculares. El Master en Inmunología y Superficie Ocular busca la formación de oftalmólogos en enfermedades inmunes oculares, tanto intraoculares —uveítis (inflamación dentro del ojo)— como de la superficie ocular.

Para ello se aprovecharán los recursos clínicos y de investigación de las universidades participantes para ofrecer una enseñanza de calidad y con perspectivas de integración en el mercado laboral. Para acceder a

los master es necesario estar en posesión del título de Especialis-

ta en Oftalmología. Toda la información está ampliada en la

página web del IOBA (www.ioba.es).

Doctor Pedro Fernández de la Fuente, presidente de la Sociedad Ergo oftalmológica Española

«Vamos a tratar todos los ámbitos de la traumatología ocular»

La Sociedad Ergo oftalmológica Española celebrará su Reunión Anual, en la mañana del 29 de septiembre, dentro del marco del Congreso de la SEO. Su presidente, el Doctor Pedro Fernández de la Fuente, avanza en esta entrevista los principales temas que se analizarán en esta nueva convocatoria, que se abrirá con la Sesión Administrativa y que luego contará con una exposición comentada de la legislación actual sobre Oftalmología y Tráfico y una muy interesante Mesa Redonda sobre «Traumatismos Oculares».

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Porqué se ha elegido a los «Traumatismos Oculares» como tema de la próxima reunión en A Coruña?

DR. FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.- Pensamos que es un tema de la suficiente importancia como para dedicarle una Mesa Redonda. Con los traumatismos oculares, o bien con sus secuelas, se ven confrontados casi todos los oftalmólogos a nivel hospitalario o de consulta externa.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Los traumatismos son importantes en el contexto de la Oftalmología actual?

DR. FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.- Los traumatismos oculares son de una gran trascendencia en Oftalmología dada su alta prevalencia y también por sus consecuencias o secuelas. El trauma ocular aparece en los ámbitos de la vida diaria. Actualmente estamos constatando un aumento de los accidentes domésticos con tendencia a disminuir la accidentalidad laboral. También aumentan los accidentes en la práctica del deporte.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Qué subespecialidades de la Oftalmología se ven involucradas en los traumatismos oculares?

DR. FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.- Prácticamente a todas las subespecialidades les afecta la traumatología ocular. Es necesaria la intervención tanto del especialista en polo anterior como en retina-vítreo, glaucoma, estrabología y visión binocular, neurooftalmología o cirugía oculoplástica, y en muchas ocasiones se hará necesaria la colaboración entre los distintos especialistas.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- Bajo el punto de vista laboral, ¿es la traumatología ocular una cuestión importante?

DR. FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.- Efectivamente lo es, y mucho. Pensemos, en primer lugar, en la prevención. Seguimos aún luchando por las medidas de protección ocular, por la necesidad de la concienciación de los trabajadores y de las empresas. Desgraciadamente muchos accidentes suceden por desidia o por exceso de confianza en uno mismo. En los accidentes domésticos la siniestralidad es muchas veces consecuencia del desconocimiento del peligro o de la rutina o falta de concentración.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Qué temas va a abarcar la Mesa Redonda?

DR. FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.- Dentro del espacio de tiempo de que disponemos, vamos a tratar todos los ámbitos de la traumatología ocular, inclusive la epidemiología y la prevención. No debemos olvidar que los traumatismos oculares encierran también temas legales, indemnizaciones y minusvalías por incapacidad y que, con frecuencia, conllevan un problema social a nivel individual que puede, incluso, llegar a la necesidad del cambio de profesión o la incapacidad para el trabajo.

RESUMEN DE LOS TEMAS A ABORDAR EN LA MESA REDONDA SOBRE «TRAUMATISMOS OCULARES»

INTRODUCCIÓN EPIDEMIOLÓGICA
 Dr. Francisco A. León Hernández



Los traumatismos oculares son una importante causa de pérdida visual en todo el mundo. Aunque en las últimas décadas los avances en métodos diagnósticos y terapéuticos ha permitido mejorar el pronóstico en la mayoría de los casos, la variabilidad del daño que causan y la multilesionalidad les convierten en un campo aún por estudiar y mejorar en su tratamiento. La mayoría de los traumatismos oculares graves se presentan de urgencia en la guardias, por lo que el aprendizaje y la preparación para afrontarlos ha de hacerse con la experiencia, y no por el estudio teórico de los mismos. Desde hace unos años se ha venido poniendo de manifiesto la necesidad, no solo del estudio epidemiológico, lesional y preventivo de estas patologías, sino la constante puesta al día de los conceptos y técnicas que permitan mejorar su tratamiento. Esta mesa redonda quiere ayudar a enfrentarse con ellos, aprovechando la experiencia de una serie de compañeros y, poniendo al día el tema, colaborar a la formación continuada del profesional.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRAUMATISMOS OCULARES

Dr. José Gálvez Torres-Puchol



Los traumatismos oculares representan una de las principales causas de la pérdida de visión en los países industrializados, sobre todo en pacientes jóvenes, considerándose la primera causa de pérdida anatómica

del globo ocular, provocando en muchos casos un defecto visual permanente. Todo ello provoca una enorme repercusión no solo económica, sino también social y laboral.

La OMS, en su programa para la prevención de la ceguera, considera que el impacto global de los traumatismos oculares es superior a los 50 millones de personas al año, de los cuales 750.000 requerirán hospitalización, y de ellos 200.000 serán por perforaciones oculares; 1,6 millones de pacientes quedarán ciegos de un ojo y en 19 millones se producirá una pérdida permanente de visión en un ojo, mientras que en 2,3 millones la pérdida será en los dos ojos.

Según el National Center for Health Statistic, en Estados Unidos se producen anualmente 2,4 millones de traumatismos oculares; 3,1 herida ocular perforante/100.000 habitantes y pérdida de visión permanente en más de 1 millón de personas. Son la primera causa de ingreso hospitalario oftalmológico, la primera causa de ceguera monocular y la principal causa de enucleación por encima de los 3 años de edad. Para el Prevent Blindness of America, el 90% de los traumatismos oculares se pueden evitar o prevenir.

Los principales datos epidemiológicos en España provienen de los resultados obtenidos por el Grupo Español Multicéntrico de Traumatismos oculares (GEMTO), cuyo estudio, realizado entre diciembre de 1988 y noviembre de 1991, en una muestra de 1.378 ojos, correspondientes a 1.14 pacientes, puso de manifiesto una prevalencia en el sexo masculino (83%), siendo el accidente laboral (23%) la causa más frecuente, seguida del accidente doméstico (22%); en el 61,6% de los casos el traumatismo ocular se presentaba en personas de menos de 30 años de edad. Igualmente hay que señalar que, en los casos de accidentes laborales, solo en el 1,6% se estaban utilizando medidas de protección ocular.

Una muestra más amplia la podemos encontrar en el United States Eye Injury Registry (USEIR), que en el periodo de 1988-2000 estudia un total de 10.456 casos de traumatismos oculares. Los datos más relevantes de este estudio fueron: edad media 29 años; relación hombre/mujer de 4,6/1; causa más frecuente, los accidentes domésticos, con un 40% de los casos, seguidos de los laborales y deportivos (13%); solo en un 3% de los accidentes laborales se estaban utilizando medidas protectoras.

Con todos estos datos, y aunque los avances en las técnicas microquirúrgicas y en los preparados farmacológicos han mejorado el pronóstico de las lesiones oculares secundarias a los traumatismos oculares, la OMS recomienda, para disminuir su incidencia, un sistema único de registro de datos y una clasificación común de las diferentes lesiones que puedan producirse, consiguiendo de esta forma una estandarización en la terminología empleada para definir las, y, sobre todo, incidir en la importancia de las medidas de protección y prevención.

En cuanto al registro de datos, existen dos organismos: International Society Of Ocular Trauma (ISOT), que patrocina la World Eye Injury Registry (WEIR; www.weironline.org), y American Society of Ocular Trauma (ASOT), que patrocina la United States Eye Injury Registry (USEIR; www.useironline.org).

En relación a la clasificación de las lesiones ocasionadas por los traumatismos oculares, actualmente la terminología más utilizada internacionalmente es la Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT), auspiciada por la ISOT, que surge en Estados Unidos con objeto de establecer unas definiciones Standard. La BETT, hoy día, está aprobada por la mayoría de las Sociedades Oftalmológicas Internacionales y son de uso obligado en la redacción de trabajos científicos en las revistas oftalmológicas de mayor impacto.

Se va a celebrar el VII International Symposium on Ocular Trauma en Roma, del 29 de Junio al 1 de Julio (www:isot2006rome.org).

TRAUMATISMOS DE LOS ANEJOS OCULARES. RECONSTRUCCIÓN

Dr. Pedro Fernández de la Fuente y Dra. Pilar Rojo



Los párpados forman parte del sistema de protección del globo ocular. Por ello son frecuentemente asiento de lesiones en los traumas oculares. Recalcamos la importancia del perfecto conocimiento de la anatomía y la fisiología para poder reparar convenientemente las lesiones de los anejos oculares. En caso contrario nos podemos encontrar con alteraciones secundarias de difícil manejo.

En las lesiones palpebrales distinguiremos las laceraciones superficiales de las heridas profundas. Consideraremos la posible lesión de los músculos protractores y refractores, la posible inclusión de cuerpos extra-

ños en la herida y la protusión de grasa orbitaria por abertura del septo orbitario. Especial cuidado merecen las laceraciones del borde palpebral. Su reparación será minuciosa en evitación de complicaciones como distiquiasis.

Las lesiones que afectan a los ángulos palpebrales requieren especial atención. Tendremos en cuenta las posibles desinserciones de los tendones cantales o la afectación del saco lagrimal.

La cirugía reparadora de los canaliculos lagrimales debe ser realizada con gran meticulosidad a fin de conseguir la recanalización de los conductos lagrimales.

En los casos de pérdida de sustancia palpebral habrá que recurrir a injertos libres o a colgajos de piel. Consideración especial se ha de prestar a las heridas por mordedura.

CÓRNEA

Dr. Manuel Luque Arellano



Nos centramos en el estudio de las lesiones traumáticas corneales, haciendo un análisis general de las mismas sin realizar, en principio, distinciones por su origen (laboral, deportivo, etc.).

Realizamos un resumen de sus tipos (contusiones, abrasiones, causticaciones, laceraciones, etc.) en el que se incluyen características clínicas, factores de riesgo, epidemiología y aspectos sobre diagnóstico y tratamiento.

Hacemos especial hincapié, por su relevancia, en cuanto al compromiso de la función visual, en los traumatismos perforantes, con mayor atención a su tratamiento quirúrgico, tanto de urgencias como de sus secuelas.

HIFEMA TRAUMÁTICO

Dr. Francisco A. León Hernández

El hifema traumático es una de las patologías que nos encontramos con cierta frecuencia en la práctica clínica. En la mayoría de las ocasiones es consecuencia de un traumatismo ocular contuso. Repasaremos las principales causas, el origen del sangrado, la frecuencia del resangrado, las lesiones acompañantes y las pautas de tratamiento. Repasaremos algunas complicaciones importantes como el glaucoma traumático.

CATARATAS TRAUMÁTICAS

Dr. Juan Taboada Esteve

La catarata traumática es relativamente frecuente como complicación o hallazgo asociado a un traumatismo ocular, especialmente si es perforante con o sin cuerpo extraño intraocular, pero también puede verse tras contusiones y deberse a agentes físicos o químicos y, según su etiología, habrá diferentes lesiones o hallazgos asociados que es imprescindible



Dr. Juan Taboada Esteve.

conocer y valorar antes de su abordaje quirúrgico, para así trazar una estrategia terapéutica de forma individualizada para cada caso.

Se analizan las diferentes técnicas quirúrgicas (vía anterior o vía pars plana) para el abordaje de la catarata y de las lesiones asociadas y se dan nuestras pautas terapéuticas tanto para el tratamiento de urgencia en fase aguda como para el programado con implantación de lente intraocular de diferentes tipos (monofocales, multifocales, acrílicas, etc.) y preferimos siempre que sea posible la implantación en la cámara posterior (saco capsular o sulcus), aunque no siempre está indicado y ocasionalmente hemos implantado lentes de soporte angular o de soporte iridiano con buenos resultados.

Se estudia la multiplicidad de factores que pueden influir en el pronóstico de la catarata traumática, especialmente en los niños (edad a la que ocurrió el trauma y su etiología, intervalo hasta la opacificación cristalina y su cirugía, las condiciones preoperatorias ópticas y ortópticas del paciente, la presencia o no de complicaciones o lesiones asociadas, etc.) y algunos de ellos nos hacen planificar o realizar la cirugía con implantación precozmente para evitar o tratar la posible la ambliopía.

Se analizan las complicaciones post-operatorias precoces y tardías y se concluye afirmando que el pronóstico del ojo traumatizado deberá ser siempre reservado por las complicaciones que pueden aparecer a medio y largo plazo (edemas corneales, desprendimiento de retina, glaucoma post-traumático, etc.) y que se deben controlar periódicamente a estos pacientes.

POLO POSTERIOR

Dr. Lorenzo López Guajardo

El trauma ocular supone uno de los grandes retos para el cirujano oftal-



mólogo, pues une a su diversidad de presentación la habitual necesidad de su solución en un contexto de urgencias, y, además, requiere combinar técnicas quirúrgicas de segmento anterior y posterior junto con grandes dosis de improvisación.

En lo referente a la patología traumática desde la óptica vítreo-retiniana podemos considerar el cuadro de traumatismo contuso frente a los traumas penetrantes (herida de entrada y no salida), perforantes (herida de entrada y salida) y el cuerpo extraño intraocular (CEIO).

El traumatismo contuso puede traducirse en hemorragia vítrea, edema (conmoción) retiniano, rotura corioides, agujero macular, retinitis esclerpetaria o rotura escleral.

Las heridas penetrantes suponen una solución de continuidad en la pared ocular producida por objeto punzante. Su tratamiento inicial se basa en el cierre de la herida y en ocasiones vitrectomía, pudiendo realizarse esta de forma inmediata o diferida.

En el caso de las heridas perforantes, las heridas posteriores (generalmente de salida) pueden dejarse a su cierre espontáneo (aproximadamente 7 días), especialmente en casos de pequeño diámetro, para luego considerar la necesidad de vitrectomía.

Para el tratamiento de los cuerpos extraños intraoculares (CEIO) el dato fundamental a obtener en el historial es su naturaleza, pues ello determinará el tipo de exploración a realizar (TAC/RNM), así como la oportunidad de su extracción.

Por último trataremos el tema del manejo de la endoftalmitis postraumática y del síndrome del niño zarandeado (shaken baby) por su importancia médico-legal.

NEUROPATÍAS ÓPTICAS TRAUMÁTICAS

Dr. Juan F. Ramos López



La importancia del tema radica en que son traumatismos que sufren fundamentalmente personas jóvenes y laboralmente activas, de difícil diagnóstico y tratamiento. Como consecuencia de su baja incidencia existen pocas publicaciones y protocolos de actuación para poder mejorar el pronóstico visual de estos pacientes.

En primer lugar realizaremos una clasificación de los mismos, atendiendo al tipo de traumatismo, a la localización del traumatismo, o, la que nos parece más útil, una clasificación mixta, que divide a estos traumatismos en:

- Directos del nervio óptico.
- Indirectos anteriores del nervio óptico.
- Indirectos posteriores del nervio óptico.

La patogenia de las neuropatías ópticas traumáticas se divide en dos, en un mecanismo primario inmediato como consecuencia de la lesión axonal directa y un mecanismo secundario como consecuencia de los fenómenos de vasoespasmio y edema a nivel del nervio óptico.

A continuación profundizaremos en los diferentes tipos de traumatismos; en los traumatismos directos distinguiremos los que se producen

como consecuencia de una herida abierta facial, orbitaria o cerebral y los que se producen de forma iatrogénica (anestesia retrobulbar,...). Los traumatismos indirectos anteriores son aquellos que se producen por delante de la penetración de la arteria central de la retina en el nervio óptico, mientras que los traumatismos indirectos posteriores se producen por detrás de la penetración de la arteria central de la retina en el nervio óptico.

Repasaremos las diferentes peculiaridades clínicas de las diferentes formas clínicas, la dificultad añadida de pacientes muchas veces politraumatizados, con pérdida de conciencia,... la exploración pupilar, los hallazgos del fondo de ojo, la utilidad de diferentes pruebas electrofisiológicas (PEV), así como las diferentes pruebas de imagen (TC, RM) para el correcto diagnóstico de estos traumatismos.

Seguiremos con el difícil y controvertido tratamiento de estas neuropatías, el uso de corticoides, dosis, duración,... y cuándo indicar cirugía como cantotomías laterales, fenestración del nervio óptico,...

Para finalizar comentaremos y discutiremos diferentes casos clínicos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS OCULARES

Dr. José Luis Pérez Salvador



Un alto número de traumatismos oculares que ocupan sin duda un lugar destacado en cuanto a la incidencia de pérdida visual grave, ceguera o pérdida anatómica del globo ocular, estamos seguros que hoy día podrían prevenirse tomando, por una parte, medidas de ámbito general basadas en la educación del individuo desde la infancia y, por otra parte, medidas preventivas más concretas. Así, conociendo la actividad laboral de cada sujeto, sus aficiones y los deportes que practica, se podrían realizar programas preventivos para cada caso individualizado, evaluando el riesgo de cada actividad, evitando situaciones potenciales de peligro y dotando al sujeto de medidas de protección adecuada.

De ahí que consideramos deben tomarse las medidas de prevención de acuerdo con la posible etiología del traumatismo, desde el laboral a las cada vez más frecuentes agresiones, pasando por los accidentes deportivos, juegos y ocio, del hogar y por supuesto los relacionados con el tráfico.

Sólo así conseguiremos disminuir estos accidentes, que además suelen afectar con mayor frecuencia a niños y pacientes jóvenes en su plena actividad laboral, lo que por lógica lleva aparejado además de un importante problema sanitario y un alto coste tanto económico como social.

ASPECTOS MÁS DESTACADOS DE LA EXPOSICIÓN SOBRE OFTALMOLOGÍA Y TRÁFICO

Dr. José M.^o Pérez y Pérez



Dr. José M.^a Pérez y Pérez.

Se expondrá, desde la perspectiva legal nacional y europea, la relación entre la Oftalmología y el Tráfico, aceptando los informes y propuestas que en relación con el tema cada oftalmólogo considere oportunos. En concreto se ha previsto:

1. Presentación del Grupo de Expertos a iniciativa de la Sociedad Ergoofthalmológica Española.
2. Exploración de la capacidad visual para el conductor y el peatón.
3. Obligatoriedad de emisión de informe externo a solicitud del Centro de Reconocimiento.
4. Medicamentos y conducción.
5. Situación de la Oftalmología en el nuevo Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Centros de Conductores***
6. Estudio de los informes y propuestas presentados.
- 7.- Conclusiones básicas de trabajo para el Grupo de Expertos: OftalmoGETRA.

***El Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Centros de Reconocimiento de Conductores (versión 7 abril 2006) en su extracto dice:

CAPÍTULO III

«Elementos de los Centros de Reconocimiento de Conductores»

Artículo 6. *Elementos personales*

1. Los Centros de Reconocimiento de Conductores deberán contar para su funcionamiento con los elementos personales mínimos siguientes:

- a) Titular
- b) Director
- c) Y un equipo integrado por los siguientes facultativos: un médico general, un médico oftalmólogo y un psicólogo colegiados.

No obstante, *el centro podrá no disponer entre su personal, de un oftalmólogo colegiado.* En este supuesto deberá justificar, en el momento de presentar la solicitud para su acreditación e inscripción en el registro de la Dirección General de Tráfico, que ha concertado los servicios de una clínica con Servicio de Oftalmología.

En todo caso, se deberá realizar la exploración por un especialista en Oftalmología cuando, a juicio de los demás facultativos sea preciso su dictamen.***

Puntualizaciones de la Sociedad Ergoofthalmológica

- La exploración de la Capacidad Visual de los aspirantes a la obtención o prórroga del permiso de conducir es absolutamente imprescindible, tanto desde el punto de vista científico como el del sentido común.
- Es imposible determinar la Capacidad Visual (Agudeza visual, campo visual, fondo ocular, presión intraocular, sensibilidad retiniana, etc.), y por tanto la aptitud para la conducción, examinando solamente la agudeza visual.
- El único profesional capacitado para explorar la Capacidad Visual y determinar la aptitud para la conducción es el oftalmólogo.
- El oftalmólogo examinador deberá conocer tanto los requisitos legales para la obtención del permiso como los procedimientos de exploración de la Capacidad Visual previstos en la propia ley.
- De otro modo pasarían inadvertidos la mayoría de los trastornos y enfermedades visuales que precisen de un consejo específico por parte del médico oftalmólogo.
- La Sociedad Ergoofthalmológica Española, haciéndose eco de las inquietudes expresadas por prestigiosos colegas, organizará próximamente un curso de acreditación en Oftalmología y Tráfico (Diploma de experto).



SOCIEDAD ERGOFTALMOLÓGICA ESPAÑOLA

propone la creación de un «Grupo de Expertos de oftalmología en relación con el Tráfico y la seguridad vial» (OftalmoGETRA)

Estimado compañero/a:

Tradicionalmente el asesoramiento oficial sobre la oftalmología del tráfico ha sido realizado, en colaboración con el Prof. Julián García Sánchez, Director del Instituto Castroviejo.

Dicha colaboración ha mostrado sus frutos en el orden legislativo: RD 772/97, de 30 de mayo; RD 1598/04, de 02 de julio; y el Protocolo de Exploración médico-psicológica en centros de reconocimiento de conductores; Guía para la historia clínica BÁSICA y ESPECÍFICA; esta última editada por la Dirección General de Tráfico (Asesoría Médica).

La Junta permanente de la SEO ha recibido con agrado la propuesta de la Junta Directiva de la Soc. Ergof. Esp. para la creación de un «grupo de expertos de oftalmología en relación con el tráfico y seguridad vial», cuya iniciativa, ratificada por su Junta Directiva del pasado día 30 de junio, bajo la Presidencia del Dr. Pedro Julio Fdez. de la Fuente, parte de nuestro vocal en esta área: Dr. José M.^a Pérez y Pérez.

Este grupo estará integrado por representantes de cada sociedad científica oftalmológica a nivel nacional, de representantes de las sociedades del mismo tipo de cada Comunidad Autónoma, y un grupo mixto que estaría compuesto por los oftalmólogos que a título personal desearan estar integrados en el mismo.

José María Pérez y Pérez
 Gestor Grupo Expertos
 Vocal «oftalmología y tráfico»

José María Aguilar Ortiz
 Secretario General

Pedro Fdez. de la Fuente
 Presidente

Tras su estudio, rogamos se realice la inscripción en el siguiente formulario, por el que se solicita la adhesión al «Grupo de Expertos» OftalmoGETRA:

El Dr./Dra.
 en calidad de (*)
 de la SOCIEDAD
 Propone al Dr./Dra.
 e-mail Tfno.:

Como su representante en el GRUPO DE EXPERTOS «OftalmoGETRA»

(*) Presidente, secretario general... a título personal

Fecha Firma

Sede social: C/. Donoso Cortes, 73, 1.º 28015 Madrid
 E-mail: marilyn@oftalmo.com www.oftalmo.com/ergo
 Tfnox.: 91 544 58 79 / 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47

Algunas recomendaciones de visita y... para el disfrute del paladar

A Coruña, el balcón del Atlántico

La justamente calificada como 'Balcón del Atlántico', aunque muchos prefieren llamarla como 'ciudad de cristal por sus fachadas acristaladas, de arquitectura modernista, A Coruña será sin duda un marco inigualable para el 82 Congreso de la SEO. Con un clima suave, la cuna de la famosa Torre de Hércules es además el punto de partida privilegiado para descubrir las no menos conocidas Rías Altas o para acercarse a las Rías Bajas y a la zona limítrofe de Portugal. Si a todo ello se añade una gastronomía selecta como ninguna en cuanto a pescados y mariscos, regados con los excelentes vinos de la zona, ¿se puede pedir más?

A Coruña es una ciudad que cada uno ha de descubrir a su manera. Ahora bien, una opción de referencia podría determinar 3 posibles rutas para paseo:

Ciudad vieja

El primer asentamiento tuvo como emplazamiento la denominada «la ciudad», para diferenciarla de la zona extramuros, la Pescadería (donde se pueden encontrar cientos de locales en los que tomar unas «tazas» de vino de Ribeiro acompañadas de exquisitas tapas y que los fines de semana son el punto de encuentro de los coruñeses), situada en el istmo coruñés, y acoge todos los monumentos históricos construidos con anterioridad al siglo XIX y algunos con posterioridad a ese siglo, principalmente, los relacionados con las instalaciones militares y las casas de la nobleza coruñesa. Algunos se han convertido en museos y centros culturales con solera, como el Arqueológico (Castillo de San Antón), el de Arte Sacro (La Colegiata), el Militar, el dedicado a la escritora y noble coruñesa Emilia Pardo Bazán, la casa-palacio del erudito José Cornide, la Casa de Rosalía de Castro y Manuel Murguía y el Archivo del Reino de Galicia y la Real Academia Gallega, colindantes con el Jardín de San Carlos, donde se encuentra la tumba del general inglés Sir John Moore. A lo largo de sus estrechas calles y pequeñas plazas, entre las que destaca la Plazuela de las Bárbaras, se pueden vislumbrar, por los nombres de sus vías, el pasado judío que ha tenido La Coruña en su vertiente comercial.

Ciudad modernista

Una de las características más singulares de La Coruña, con respecto a la oferta de otras ciudades, es su pasado arquitectónico relacionado con las corrientes progresistas de finales del siglo XIX y principios del XX. En 1883 el Ayuntamiento acomete la ampliación de la ciudad con el Ensanche, que ocupa las calles actuales de Juana de Vega, Picavía, Feijoo, Plaza de

Lugo y Plaza de Pontevedra. La burguesía local, enriquecida con el comercio ultramarino, construyó en este espacio lujosas residencias que imitan las de Viena, París y Berlín, y que mostraban su prosperidad económica y cultural al exterior. Así, esta clase social se diferenciaba de la vieja aristocracia herculina, que seguía habitando la Ciudad Vieja en vetustos caserones sin galerías y con habitaciones oscuras y mal aireadas, de espaldas al mar. La mayoría de los edificios modernistas pueden encontrarse en el primer Ensanche de la ciudad, pero existen también muestras de este estilo situadas en alguna de las calles históricas de la ciudad, como la Calle Real, la Calle de San Andrés, la Avenida de la Marina, los Jardines de Méndez Núñez, Panaderas y Orzán.

Paseo Marítimo

El Paseo Marítimo de A Coruña ha sido un proyecto largamente deseado por la ciudad. Como muchas ciudades costeras españolas, había construido su espacio urbano de espaldas al mar posiblemente por razones higiénicas o culturales, pero también por motivos militares. Es precisamente la desactivación de espacios militares lo que facilita una operación que comenzó en 1986 y que continuará hasta rodear prácticamente todo el contorno marítimo del municipio coruñés, 13 kms en total. Los que están actualmente en funcionamiento suman cerca de 9 km y ya han cambiado las pautas de comportamiento de muchos coruñeses. El Paseo se ha convertido en un nuevo espacio de encuentro y disfrute. Es un paseo cultural en un enclave natural ya que sobre él se han construido numerosos atractivos culturales y turísticos en esta última década: grupos escultóricos, el espacio natural de la península de la Torre, la Casa del Hombre (Domus), la Casa de los Peces (Aquarium Finisterrae), el Obelisco del Milenium, etc., al margen de los ya existentes, como la milenaria Torre de Hércules y el complejo deportivo de Riazor.

Excursiones para descubrir la zona y la ciudad

El Comité Organizador del 82 Congreso ha previsto asimismo un completo programa de excursiones, con el fin de que los asistentes que lo deseen puedan conocer A Coruña y sus alrededores. Aunque en el hall de la planta 0 del propio Palacio de Congresos habrá, los días 28 y 29 de septiembre, un mostrador de información para realizar consultas y en la web de la SEO se pueden ampliar los detalles, los recorridos previstos son:

28 DE SEPTIEMBRE

Rías Altas: Cedeira y San Andrés de Teixido (excursión día completo). Se saldrá con dirección Ferrol y el recorrido hacia el norte, una vez dejado atrás Valdoviño y su espectacular playa, llevará a Cedeira, pueblo lleno del encanto marinero. Desde allí se subirá a San Andrés de Teixido, en plena Sierra de A Capelada, donde se encuentran los acantilados más altos de Europa y uno de los santuarios romeros más importantes de Galicia, al que llegan miles de romeros durante el mes de septiembre que se llevan de recuerdo figuritas de miga de pan y roscas de la suerte y del amor. Aquí el paisaje cambia y el mar se estrella contra acantilados como los de Herbeira. El regreso pasará por Cariño y Cabo Ortegal, continuando la carretera hacia San Sadurniño y Moeche.

Santiago de Compostela (excursión medio día). Con el preámbulo, según el autobús cruce el corazón de Galicia, de la historia de alguna de las regiones a cargo del guía, Santiago de Compostela impresionará a los excursionistas. A la llegada, se explicará con detalle la historia de Santiago y la importancia de la ciudad y su catedral desde la Edad Media, como uno de los puntos más importantes de peregrinaje de la Cristiandad. Antes de visitar la Catedral, se recorrerán las tranquilas calles y las plazas pintorescas, donde se podrá disfrutar de tiempo libre: Plaza de Platerías, Plaza de la Quintana, Pazo de Fonseca, entre otros. A las 12,00 de la mañana, coincidiendo con la celebración de la Misa del Peregrino en la Catedral, se podrá admirar el funcionamiento del Botafumeiro.

29 DE SEPTIEMBRE

Norte de Portugal: Valença do Minho y a Fortaleza (excursión día completo). Se recorrerá por la zona conocida como Baixo Miño, localizada en el extremo suroeste de la provincia de Pontevedra, y que debe su nombre, su paisaje y su personalidad a la presencia del río Miño, el más importante de los cursos fluviales gallegos, que sirve además de frontera con Portugal. La comarca fusiona de forma armo-

niosa tres tipos de paisaje: el de mar, el de monte y el de río. Valença está salpicada de pequeñas iglesias y hornacinas de estilo barroco. Años atrás, este encantador y colorido enclave histórico-artístico fue la meca comercial a la que los españoles acudían a comprar artículos, sobre todo textiles, muy económicos. Hoy sigue siendo un precioso gran bazar, que ha ampliado la variedad de sus productos y también la gama de precios, que se han aproximado a los españoles.

Costa da Morte (excursión día completo). La "Costa da Morte" representa uno de los grandes atractivos de Galicia: una región en la que la naturaleza presenta grandes contrastes: se dan cita las costas atlánticas batiendo contra sus arrecifes y acantilados y las agrestes montañas o los verdes valles del interior. De camino a la costa se hará una primera parada en Vimianzo para visitar uno de los castillos mejor conservados de Galicia, la fortaleza de Vimianzo, edificada en el siglo XIII y convertida actualmente en museo etnográfico de la comarca. A continuación se visitará Muxía, localidad célebre gracias al Santuario de Nosa Señora da Barca, de gran valor por su antigüedad y a donde acuden miles de romeros a balancear la famosa «Piedra de Abalar» (restos de la barca de piedra de la Virgen), que según la leyenda solo los inocentes consiguen mover. La última parada será Finisterre y su faro, el punto más occidental de la Península.

30 DE SEPTIEMBRE

A Coruña con recorrido en barco (excursión medio día). La visita panorámica comienza en el Puerto, desde donde se irá hacia el Paseo Marítimo. Lo primero que se podrá contemplar son las fachadas acristaladas, de arquitectura modernista, que han dado a Coruña el nombre de «ciudad de cristal». A continuación, se dejará a la derecha el Castillo de San Antón, fortaleza construida en el siglo XVI, que alberga el Museo Arqueológico e Histórico. Bordeando el mar, se llegará a la Torre de Hércules, faro romano que sigue en funcionamiento en la actualidad y cuya luz ha sido punto de referencia para los navegantes desde el siglo II. Desde allí, continuará el paseo, a lo largo del cual se podrá ver la playa del Orzán y de Riazor. Al final del mismo, se subirá al Monte de San Pedro, desde donde se podrá disfrutar de una vista magnífica de toda la península coruñesa. De regreso, se cruzará la ciudad por la zona nueva hasta la dársena del puerto para ver la ciudad y la ría que lleva su mismo nombre desde el mar: se realizará un recorrido en barco que permitirá descubrir A Coruña desde el otro lado.

MIL SABORES, MIL PLACERES

A Coruña tiene una amplia tradición culinaria, algo que se puede comprobar en los cientos de restaurantes, tascas y tabernas en los que degustar los mejores manjares de la tierra. Pescados y mariscos de gran calidad, recién sacados del mar: rape, lenguado, percebes, nécoras y cigalas. Ternera gallega preparada de mil formas y el cerdo, presente en gran cantidad de fiestas gastronómicas. Y estas materias primas se pueden encontrar preparadas de una gran variedad de formas y con los estilos más diversos, desde la cocina tradicional del pulpo «á feira», el cocido y las filloas a la cocina más innovadora y creativa que estimula todos los sentidos. Además, todos ellos se pueden acompañar de los exquisitos vinos de las denominaciones de origen gallegas: Monterrey, Rías Baixas, Ribeiro Sacra, Ribeiro o Valdeorras.



Perspectiva biográfica de un científico excepcional, de quien se ha conmemorado el centenario de su fallecimiento

Ernst Carl Abbe, científico, empresario y reformador social

El 14 de enero de 2005 marcó el centenario de la muerte de Ernst Abbe. Para celebrar este acontecimiento, las empresas CARL ZEISS y SCHOTT desarrollaron una exposición y un libro conmemorativo, celebrándose eventos a lo largo de toda Alemania en honor a uno de los físicos más importantes para la Universidad y la ciudad de Jena, para los científicos y para toda la comunidad.

Ernst Carl Abbe nació el 23 de enero de 1840 en Eisenach, Alemania. Fue el primero de los dos hijos de Georg Adam Abbe, maestro hilandero y posterior asistente de fábrica, y de su mujer Elisabeth Christina. Abbe vivió su infancia en relativas condiciones de pobreza, que condicionaron su posterior compromiso con las causas sociales. Sus días escolares estuvieron marcados por acontecimientos políticos como la Revolución de 1848 de Alemania, un periodo que le impresionó.

Teniendo en cuenta las circunstancias económicas de su familia, Abbe no podía pensar en ir a la universidad, por lo que primero asistió a una escuela superior, donde recibió una educación centrada en la ciencia y en las lenguas modernas. Tenía muchas ganas de aprender y una gran habilidad para los idiomas. Aprendió inglés, francés y latín.

Trabajó muy duro y se graduó un año antes de lo previsto, obteniendo la mayor calificación posible y demostrando que sus conocimientos en muchas asignaturas eran incluso superiores a los requeridos. Preparó los exámenes de graduación, que lo calificaron para asistir a la universidad. Estaba interesado, sobre todo, en las matemáticas y la ciencia, y física en particular, pero tampoco despreció las artes y las humanidades. Como estudiante, también frecuentaba los seminarios de ZEISS. Allí, en el seminario ofrecido por los hermanos Meyerstein, centró su atención en el trabajo mecánico, y también llevó a cabo cálculos matemáticos.

Ernst Abbe recibió su doctorado en Göttingen el 23 de marzo de 1861 por su excepcional trabajo sobre «La justificación empírica del principio básico de la teoría de calor mecánico».

El 12 de mayo de 1863, presentó su trabajo basado en «las leyes en la distribución de errores en las series de observación» en la facultad de Filosofía, para la cual había sido recomendado. Ese mismo año se unió a la Asociación de Medicina y Ciencias de Jena. En el periodo hasta 1894, ofreció 45 conferencias para esta asociación, con gran acogida por parte del público.

En 1878 tomó una decisión muy importante: no centrar su trabajo en la investigación y en la enseñanza, y volcar su tiempo en actividades emprendedoras y científicas en ZEISS.

Ernst Abbe comenzó a trabajar para CARL ZEISS en noviembre de 1863, uniéndose a ZEISS como científico el 3 de julio de 1866, inicialmente con la intención de aprender técnicas de trabajo utilizadas por los ópticos. Dedicó la mayor parte de su tiempo a estudiar textos en alemán y otras lenguas sobre la fabricación de lentes del objetivo del microscopio, elaborando un sistema para la división de trabajo de producción de microscopios.

En septiembre de 1871 completó sus cálculos para el diseño de lentes en la producción de un microscopio, fabricándose las «lentes de agua» de gran calidad, siendo premiado por este logro en 1872.

Por otra parte, como reformador social, en 1887 instituyó las pensiones por jubilación para todo el staff; en 1890 introdujo las 9 horas de trabajo diarias y en 1896 el salario mínimo para todos los trabajadores, el cual no debería ser reducido en el tiempo de menos beneficios para la compañía. CARL ZEISS y SCHOTT fueron las primeras firmas en Alemania que pagaron vacaciones a todos sus empleados.

EL CIENTÍFICO ABBE

El nombre de Ernst Abbe se asocia siempre con logros pioneros en el campo de la Óptica y la Tecnología, donde innumerables invenciones e instrumentos técnicos se atribuyen a este experto. Uno de sus primeros inventos fue su aparato de iluminación para microscopios, que pronto alcanzó gran popularidad.

Abbe no afrontó los cálculos de los microscopios hasta febrero de 1869. Fue una labor complicada y sin resultados durante mucho tiempo. Para facilitar sus cálculos, pidió que se produjera un refractómetro, con el cual establecer propiedades básicas ópticas sobre cuerpos sólidos y semilíquidos.

Su mayor logro fue la creación de una fundación científica para el diseño de microscopios. Esto permitió la expansión de las posibilidades disponibles en el campo de la Óptica.

También dedicó su tiempo al estudio de aberraciones provocadas durante el proceso de formación de la imagen e intentó corregirlas. El desarrollo de lentes Achromat y la compensación ocular, así como la introducción de la inmersión homogénea,

establecieron bases pioneras en el diseño de microscopios. En 1880 se creó el microscopio binocular. Su teoría sobre la formación de imágenes

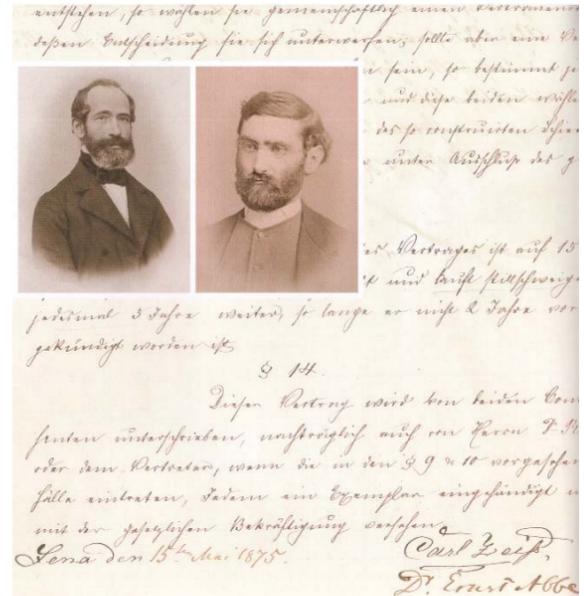
en el microscopio, que tenía en cuenta la difracción de la luz, es uno de los descubrimientos más importantes en óptica técnica. El diseño y la construcción de un gran número de herramientas auxiliares y de medición, objetivos de cámara, telescopios unidos a la expansión de la línea de producto de ZEISS también son atribuidos a Abbe. Esto incluye calibres de espesor, el comparador de Abbe, esferómetros, apertómetros, focímetros, espectrómetros, refractómetros, refractómetros de cristal, una herramienta de dibujo y muchos más.

LA FUNDACIÓN

El objetivo de Ernst Abbe de crear una Fundación se enmarca dentro de su compromiso con la justicia y las causas sociales. En la cumbre de su carrera científica y de negocio, hizo todo lo posible para salvaguardar sus logros con una base duradera. Como resultado, creó la Fundación para asegurar el futuro de CARL ZEISS y SCHOTT. Los estatutos se publicaron en 1896 y se encuentran entre los documentos más importantes de la historia económica y social de Alemania.

La Fundación Carl Zeiss sufrió un cambio importante el año pasado para enfrentarse a los desafíos del siglo XXI. Con la conversión de las empresas de la Fundación en corporaciones legalmente independientes, ambas empresas recibirían un reconocimiento legal a nivel internacional acorde a su importancia internacional. Esto potenció su flexibilidad corporativa, su posición estratégica competitiva y sus oportunidades de crecimiento internacional.

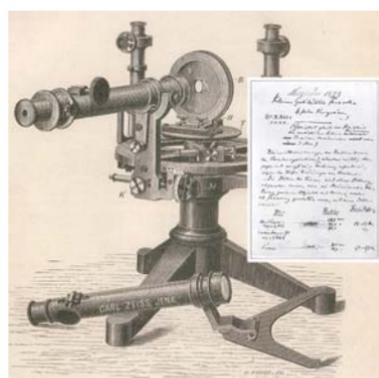
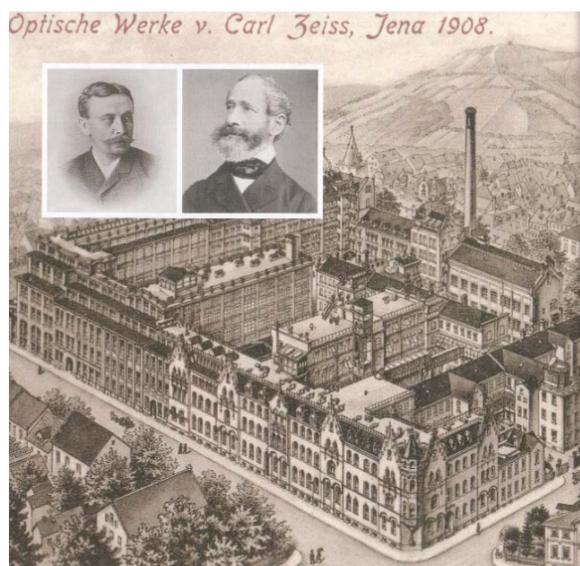
CARL ZEISS y SCHOTT tienen una historia muy exitosa y son líderes a nivel mundial en sus correspondientes ámbitos. CARL ZEISS ofrece productos pioneros para microscopía, sistemas médicos, tecnología semiconductora, óptica de consumo, metrología industrial y sistemas opto-electrónicos. Está presente en más de 100 países, ofreciendo servicios a nivel local



para los clientes de los productos de ZEISS. Y, con sus propias sucursales y filiales, la compañía se encuentra en más de 30 países. CARL ZEISS posee instalaciones de producción en Europa, Norte América, América Central y Asia. Durante el año fiscal 2003/04 la fuerza global de aproximadamente 14.000 empleados generaron unos ingresos de 2,1 billones de euros.

En la actualidad, SCHOTT es una compañía internacional de tecnología, dividida en cinco áreas estratégicas de negocio que desarrollan y producen materiales especiales, componentes y sistemas bajo el lema «el cristal hecho de ideas». Su línea central se centra en aplicaciones de hogar, óptica, electrónica, industrias de energía solar y farmacéutica. Con instalaciones de producción y distribución en 37 países, está presente en todos los mercados importantes, con unos ingresos mundiales de 2 billones de euros.

Sin duda Ernst Abbe estaría muy satisfecho con las tecnologías ofrecidas por ambas compañías en la actualidad. Estaría muy orgulloso de que hubieran sido capaces de fabricar productos de categoría mundial durante más de 100 años. Asimismo, estaría muy satisfecho de que todos los empleados en Alemania disfruten de los beneficios sociales que él mismo estableció.



Concienciar y educar a la población en la prevención del glaucoma, objetivo prioritario de esta campaña formativa

Más de 300 personas se miden la presión intraocular para prevenir el glaucoma en el «Día de la ceguera evitable»

PFIZER ha unido esfuerzos con la Consejería de Sanidad de La Rioja y el Servicio de Oftalmología del Hospital de San Pedro en Logroño para poner en marcha el 'Día de la Ceguera Evitable', el mayor programa de concienciación y educación para luchar contra el glaucoma desarrollado hasta ahora en nuestro país. Esta campaña de prevención permitió instalar a finales de junio una carpa en la Plaza del Ayuntamiento de Logroño, donde los oftalmólogos de la zona realizaron revisiones de la presión ocular de más de 300 ciudadanos. También permitió desarrollar una iniciativa similar en un centro geriátrico y diversas sesiones formativas.

La Consejería de Sanidad de La Rioja, el Servicio de Oftalmología del Hospital de San Pedro en Logroño y la compañía biomédica Pfizer han coordinado sus esfuerzos para poner en marcha el 'Día de la Ceguera Evitable', una campaña de educación sanitaria y concienciación para prevenir las cegueras causadas por el glaucoma, una enfermedad que se considera podría afectar a cerca de un millón de españoles. Para hacer llegar este mensaje a la población, se instaló, en la Plaza del Ayuntamiento de Logroño, una carpa que hizo las veces de improvisada consulta, en la que oftalmólogos de la zona revisaron, de forma gratuita y sin petición de hora previa, la presión intraocular de más de 300 riojanos que decidieron hacerse una revisión ocular. Además, allí mismo, pudieron recoger información detallada sobre el glaucoma, los síntomas, los factores de riesgo, la necesidad de revisiones periódicas,...

Teniendo en cuenta que la población de más edad es la

más afectada por esta enfermedad, otro de los puntos fuertes de la campaña fue el desplazamiento de oftalmólogos de la zona al Centro Geriátrico Santa Teresa Jornet, donde se midió la presión intraocular de los residentes con posible riesgo de padecer glaucoma.

Como colofón de estas actividades dirigidas a prevenir el riesgo de glaucoma y educar a la población en la prevención, se celebraron sesiones formativas tanto para los ciudadanos como para los profesionales. De este modo, por la mañana, en el Colegio Oficial de Médicos de Logroño, tuvo lugar una charla dirigida a los ciudadanos en la que el doctor Fontecha, jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital de Logroño explicó en detalle la gravedad de padecer glaucoma y la necesidad de acudir al médico a revisiones periódicas, a partir de una cierta edad, para poder prevenir la aparición y evolución de esta dolencia.

Por la tarde, la charla, que en esta ocasión corrió a cargo del

doctor Villacampa, oftalmólogo de Avilés (Asturias), estuvo dirigida a un auditorio formado por médicos de Atención Primaria y geriatras, así como a farmacéuticos; profesionales claves a la hora de realizar una detección precoz de la enfermedad y seguimiento de los pacientes susceptibles de padecer ceguera que pasan por sus consultas o entran habitualmente a la misma oficina de farmacia.

UN ENEMIGO SILENCIOSO

En todas las ocasiones se recordó que el glaucoma es una enfermedad que no presenta síntomas en sus estadios iniciales. El diagnóstico precoz y la rápida actuación, con un tratamiento adecuado, es esencial para minimizar el daño y la consiguiente pérdida de visión. La enfermedad se caracteriza por la pérdida de visión como consecuencia de un daño en el nervio óptico. La causa más frecuente es el aumento de la presión intraocular, por lo que los

tratamientos encaminados a reducir esta presión son muy eficaces para prevenir la pérdida de visión. El principal grupo de riesgo lo componen las personas con antecedentes familiares de haberlo padecido, las personas mayores, las diabéticas, las miopes, aquellas que hayan recibido un tratamiento prolongado con corticosteroides, las que padezcan enfermedades cardiovasculares y las que hayan sufrido traumatismos u operaciones oculares.

También se hizo hincapié en el hecho de que el glaucoma es la segunda causa de ceguera en los países industrializados y que, a pesar de lo alarmante de las cifras de personas que lo padecen, el verdadero problema reside en aquellas que aún están por diagnosticar. Se calcula que más del 50% de los enfermos que lo padecen, lo desconoce, por lo que no han recibido ningún diagnóstico concreto. En España, se estima que en esta situación se encuentran unas 500.000 personas.

Exitosa presentación del Prof. Barraquer en el Congreso de la Asia-Pacific Academy of Ophthalmology

El Profesor Joaquín Barraquer ha logrado una gran acogida, en el Congreso de la Asia-Pacific Academy of Ophthalmology, celebrado en Singapur, del 10 al 14 de junio pasado, con su presentación sobre la trabeculectomía no penetrante para el tratamiento del glaucoma simple o de cierre angular que precise una nueva vía de salida del humor acuoso. Como explicó, las grandes ventajas de esta técnica, al no ser penetrante, es que se evitan muchas complicaciones postoperatorias, tales como el desprendimiento de coroides, hemorragia intraocular, colapso de la cámara anterior, etc. El Profesor Barraquer presentó además un DVD de la técnica actual, realizado en Barcelona en colaboración con la Dra. M.ª Isabel Canut.



La distinción recayó en la Dra. Elena Martín Giral, del Hospital de Fuenlabrada; el accésit fue para el Dr. Enrique Santos Bueso, del Hospital La Paz de Madrid

Entrega del «I Premio de Investigación MSD – Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo para Residentes de Oftalmología de la Comunidad de Madrid 2005-2006»

La Dra. Elena Martín Giral, del Hospital de Fuenlabrada, ha sido distinguida con el 'I Premio de Investigación MSD – Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo para Residentes de Oftalmología de la Comunidad de Madrid 2005-2006'. El Dr. Enrique Santos Bueso, del Hospital La Paz de Madrid, ganó el accésit. Estos galardones son consecuencia del acuerdo firmado en diciembre pasado entre los laboratorios Merck Sharp & Dohme, la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos y el Departamento de Oftalmología de la Universidad Complutense de Madrid, para potenciar la investigación clínica en la Comunidad de Madrid y contribuir al avance en la investigación en Oftalmología, así como al desarrollo de las iniciativas científicas de los jóvenes investigadores.

En concreto, la Dra. Elena Martín Giral se ha alzado con el 'I Premio de Investigación MSD – Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo para Residentes de Oftalmología de la Comunidad de Madrid 2005-2006' por su trabajo "Estudio comparativo de 6 meses de duración sobre eficacia y seguridad de Bimatoprost frente a Timolol en pacientes con Glaucoma e Hipertensión Ocular". Por su parte el Dr. Enrique Santos Bueso obtuvo el accésit por su trabajo "Prevalencia de retinopatía diabética en Extremadura. Proyecto Extremadura para prevención de la ceguera".

La Dra. Martín Giral ha reconocido que el Premio "significa un gran apoyo a la investigación clínica de los residentes de Oftalmología de la Comunidad de Madrid, a la vez que supone un reto que ayuda a impulsar la iniciativa investigadora de los residentes". El Dr. Santos Bueso, por su parte, afirma que "estos Premios suponen el reconocimiento al esfuerzo de un trabajo de 9 años, lo que supone para un residente un incentivo que anima a seguir investigando y a esforzarse".

Esta voluntad de apoyo de los laboratorios Merck Sharp & Dohme, la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos y el Departamento de Oftalmología de la Universidad Complutense de Madrid hacia la investigación clínica en Oftalmología ha producido hasta



De Izda. a Dcha. Prof. Julián García Sánchez, Carmen López-Lavid (MSD), Dra. Elena Martín Giral, Dr. Enrique Santos Bueso y Paolo Cortinovis (MSD).

el momento la comunicación y presentación de más de 40 investigaciones a lo largo del curso 2005-2006 en el Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo. Al galardón optaron finalmente 9 trabajos de residentes en formación en la especialidad de Oftalmología de hospitales de la Comunidad de Madrid que habían sido publicados y/o presentados en un congreso nacional o internacional entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de mayo de 2005.

El jurado estaba compuesto por 5 miembros destacados de la Oftalmología española, un repre-

sentante de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos y un miembro de MSD: el Dr. Julián García Sánchez, Catedrático de Oftalmología de la Universidad Complutense y director del Instituto Castroviejo; el Dr. Ricardo González Corzo, Director de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos; el Dr. Julián García Feijoo, Profesor Titular Universidad Complutense Hospital Clínico San Carlos; la Dra. Rosario Gómez de Liaño, Profesor Titular Universidad Complutense Hospi-

tal Clínico San Carlos; el Dr. David Díaz Valle, Facultativo Especialistas Hospital Clínico San Carlos; el Dr. José Luis Encinas, del Hospital Puerta de Hierro, Profesor titular y Jefe de Servicio; y Paolo Cortinovis responsable del Área de Oftálmicos de MSD.

“

MSD, el Hospital Clínico San Carlos y el Instituto Oftalmológico Ramón Castroviejo pretenden potenciar con estos premios la investigación clínica en Oftalmología en la Comunidad de Madrid y contribuir al desarrollo de las iniciativas científicas de los residentes de dicha especialidad

”

TOPCON, excelentes resultados en el ejercicio 2005-2006

Con unas ventas a nivel mundial de más de 772 millones de euros, que representan un incremento del 25% respecto al ejercicio anterior, TOPCON se ha posicionado un año más como líder en equipos de diagnóstico, tratamiento y posicionamiento PID.

En lo que se refiere a la filial española, el crecimiento ha sido de un 15% gracias a la consolidación de las nuevas tecnologías digitales que ofre-

ce la marca, así como la incorporación de nuevas líneas de negocio, tales como la División de Cirugía o el nuevo Departamento de Interiorismo, los cuales han tenido una excelente aceptación.

Desde sus inicios, en 1932, TOPCON ha tomado la responsabilidad de proveer a los especialistas de la visión con un completo rango de instrumentos, incluyendo equipos de diagnóstico, de

refracción y software producidos bajo la misma tecnología de fabricación. De esta manera, todos los procesos tienen los mismos principios de funcionamiento para obtener unos resultados más exactos. En su comunicado de prensa, la compañía ha reiterado su agradecimiento, «una vez más, a todos los clientes por la confianza que éstos depositan en nosotros».



Edificio de TOPCON.

EL EXPERTO OPINA

Y después de 2 años con Intralase...

Dr. Jordi Gatell

Institut Oftalmològic de Barcelona

Fue en mayo de 2004 cuando fui, representando al Institut Oftalmològic de Barcelona, junto con otros oftalmólogos españoles, a los Estados Unidos para conocer el funcionamiento de un nuevo microqueratomo que prescindía de la cuchilla y realizaba el corte mediante láser.

El destino fue en concreto Florida, donde pudimos descubrir y empezar a conocer, con el Dr. Filutowsky y en el Bascom Palmer, con el Dr. Culbertson, el nuevo láser Intralase.

Esto era realmente novedoso, y a la vez excitante, por la posibilidad de reactivar la cirugía refractiva LASIK después del desengaño ocasionado con las ablaciones basadas en frente de onda. Las expectativas pues que suscitaba dicho láser eran muy altas, abonadas por las ganas de vender de la casa comercial, y porque se vislumbraba la posibilidad de realizar la lamela corneal sin ningún riesgo. Esto, obviamente, era muy atractivo, ya que ¿quién es el cirujano refractivo que no ha tenido ningún problema relativamente serio con un microqueratomo mecánico? La respuesta es evidente: el que nunca ha operado. Debido a esto, y a mis dotes de persuasión (que dudo que las tenga), se compró el Intralase en el Institut Oftalmològic de Barcelona.

El hecho de comprarlo no eximía, ni a mí ni al resto de cirujanos que hacíamos cirugía refractiva LASIK en ese momento, y ni mucho menos a los Doctores Coret, entonces dueños de la clínica, y a los que quiero agradecer públicamente el haber apostado por esta nueva tecnología, de tener unos miedos inherentes a la compra. En primer lugar, el hecho que era mucho dinero a invertir en una tecnología en la que, aunque probada y aprobada por la FDA en EE.UU., no se tenía demasiada experiencia, ni unos resultados a largo plazo; por lo tanto podía ser que al final se demostrara que no era conveniente para la córnea cortarla con láser. En segundo lugar, el hecho de que se requiere un fungible específico para cada corte que hace incrementar el precio del procedimiento. El miedo fundamental era que si los pacientes no entendían el avance tecnológico no estarían dispuestos a desembolsar una mayor cantidad de dinero, con el consiguiente riesgo de perder pacientes.

A pesar de esto empezamos a proponer a los pacientes el uso del Intralase, y la aceptación del paciente fue muy buena. Hemos aprendido que el paciente entiende enseguida que, con esta nueva tecnología, se pretende mejorar en seguridad, y acepta un precio mayor. Por lo tanto uno de los temores que teníamos, que era la pérdida de pacientes, quedó desvanecido, y poco a poco hemos pasado de realizar Intralase en algunos pacientes seleccionados, a realizar Intralase por defecto a todos nuestros pacientes.

¿SE HAN CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS?

Pero, ¿Intralase realmente ha sido capaz de cumplir todas sus expectativas? En primer lugar hablaremos de los desengaños, si así se pueden llamar, que nos hemos llevado. En primer lugar, se ha aumentado mucho el tiempo que dedicamos a cada intervención, por el cambio de circuito del paciente. Con la nueva tecnología de 60Khz se conseguirá realizar el corte más rápido pero siempre será más lento realizar el flap con el Intralase que con un microqueratomo convencional. Otro problema que tenemos es que cuando el Intralase se estropea, porque lo hace, tenemos que anular la sesión quirúrgica, ya que, debido a su precio, no tenemos uno de repuesto, como sí tene-

mos con los mecánicos. Tampoco hemos visto una gran mejoría en la calidad visual referida por los pacientes, aunque sí que la tasa de micropliegues es inferior a los cortes realizados con microqueratomo mecánico. Y para finalizar que no hemos visto disminuida nuestra tasa de retoques en general, aunque en casos de altos astigmatismos es posible que sí.

En cuanto a los éxitos, son más numerosos. En primer lugar hablar de SEGURIDAD, y lo pongo en mayúsculas adrede. No hemos tenido ninguna complicación importante o irreversible con el Intralase. Entre ellas hemos tenido pérdida de succión en la cual se puede realizar el corte de inmediato, doble side cut, que altera el margen pero no la zona óptica, DLK leve, fotofobias reversibles,... Lo que me gustaría comentar es lo sorprendente de la curva de aprendizaje, que literalmente no existe, ya que fuimos 5 cirujanos en utilizar el Intralase desde su inicio y nadie tuvo complicaciones, cosa impensable con un microqueratomo mecánico. Lo único que se mejora en la curva de aprendizaje es el tiempo que se tarda en realizar el procedimiento. En términos de seguridad hemos estudiado si había daño en las fibras del nervio óptico por el mayor tiempo de succión y no se ha visto ningún daño en la capa de fibras nerviosas de la retina al cabo de tres meses del procedimiento.

En términos de precisión hemos estudiado los cortes mediante microscopía electrónica, comparándolos con microqueratomos mecánicos, y la calidad del corte es espectacular. Además, tenemos la certeza que cortamos realmente lo que programamos, con una desviación estándar de 12 micras, y lo hemos comprobado mediante paquimetría intraoperatoria. Esto realmente no nos ha hecho operar un mayor número de pacientes, pero nos ha hecho operar con mayor seguridad.

Otras cosas a comentar es que hemos cambiado un poco la técnica de la cirugía, ya que las marcas no son tan necesarias, ya que no hay el riesgo de free cap, solo las necesitamos para reposicionar el flap, el cual nos ofrece otra satisfacción con Intralase en que se centra muy bien al recolocarlo, aunque en el postoperatorio se aprecia una mayor retracción que en los cortes mecánicos. Otra cosa es que, al levantar el flap, encuentras una interfase seca, por lo que no requiere que se seque, de forma que no hay riesgo de dejar una zona más húmeda que otra. En ojos con pannus la diferen-

cia es sustancial, ya que al realizar el corte no hay tanto sangrado como en los cortes mecánicos, así como también nos ayuda el hecho de poder recentrar el flap mediante el software del láser. Otro aspecto importante a comentar es el tema de los retoques. Al principio lo pasamos mal, hasta que cambiamos la técnica. Una vez hecho esto, los retoques no entrañan mayor problema que antes; el único problema es encontrar el plano real de disección.

Respecto al resto de procedimientos que se pueden realizar con Intralase sólo tengo experiencia con los anillos intracorneales, y creo que el Intralase ha facilitado mucho la realización de esta intervención, mejorando en seguridad y tolerancia del paciente. Los resultados refractivos están por comprobar, aunque estudios preliminares indican similar eficacia a los introducidos mecánicamente. Sobre el resto de procedimientos no tengo experiencia pero las expectativas depositadas en ellos son muchas; espero que el Intralase las cumpla como lo ha hecho en la cirugía LASIK.

CONCLUSIONES

Como conclusión me gustaría comentar dos cosas. En primer lugar, que cuando hoy en día realizo un procedimiento con un microqueratomo mecánico de pacientes de médicos externos que así lo solicitan, mi nivel de ansiedad es muy alto a pesar que sé que las complicaciones son muy bajas, pero existen y pueden suceder en cada caso. En estos casos me doy cuenta de cómo ha aumentado mi tranquilidad en las sesiones de cirugía LASIK que realizo.

En segundo lugar me pregunto, ¿Cuál es el objetivo de cualquier cirujano? La respuesta es el realizar una cirugía que sea de procedimiento fácil y que no dé complicaciones, ni durante ni después de la intervención. También me pregunto, ¿cuál es el objetivo de cualquier paciente que se opera? Que sea una intervención fácil, sin riesgos, rápida, sin dolor y que salga bien, sin complicaciones. La respuesta a estas dos preguntas la tenemos con Intralase, ¿porqué pues continuar con los microqueratomos mecánicos?

INTRALASE - FS 60 KHz



IntraLase FS 60 KHz

Un nuevo concepto de precisión y seguridad en Cirugía Corneal.

Ahora Intralase aporta una frecuencia de repetición de disparo de 60 KHz, permitiendo un menor tiempo de tratamiento (20 segundos), obteniendo una mejor calidad del lecho estromal y mejores resultados.

Aplicaciones disponibles:

- ▲ Cirugía Lasik
- ▲ Queratoplastia Lamelar
- ▲ Anillos Intracorneales

Perspectiva sobre la labor humanitaria en los países pobres de la Fundación Ojos del Mundo

El 80% de la ceguera en el mundo se podría evitar

En los países pobres las personas se quedan ciegas por cataratas, pero con una intervención relativamente sencilla podrían recuperar la visión. A esta situación se enfrenta, día tras día, desde hace ya 5 años, la Fundación Ojos del Mundo, tratando de garantizar el derecho universal a la visión de los más pobres. En palabras de su vicepresidente, Borja Corcóstegui, la premisa en este sentido es clara: «devolverles la vista es devolverles la vida, pues son personas sin recursos, que viven en condiciones muy precarias y a quienes la ceguera les sentencia a la pobreza. Hay que tener en cuenta que poder trabajar, atender a la familia o estudiar son actividades que no pueden realizar las personas con enfermedades de los ojos y que las hacen totalmente dependientes».

El mismo Dr. Corcóstegui se lamenta: «es triste porque son problemas oculares de fácil solución en nuestro entorno» pero estos países no disponen de los medios necesarios para gestionar sus programas sanitarios. Por eso, Ojos del Mundo, que este año celebra su quinto aniversario (2001-2006), se ha propuesto llegar a los países pobres donde no existen recursos oftalmológicos y, por tanto, los problemas oculares son muy

“

Cada 5 segundos una persona se queda ciega en el mundo y un niño cada minuto

”

frecuentes. En la actualidad, tiene proyectos en marcha en los campamentos de refugiados saharauis de Tindouf, Argelia, en Mozambique y en Bolivia; territorios que, según Naciones Unidas, están entre los que tienen el Índice de Desarrollo Humano más bajo del mundo. En Mozambique, según el supervisor médico del programa, Andrés Müller-Thyssen, «las operaciones que realizamos se consideran pequeños milagros». Hace pocas semanas que ha vuelto de Inhambane, donde ha estado quince días operando a la población de esta provincia: «allí se ven muchos casos de cataratas congénitas y hay muchos niños que, por este problema, nunca han podido ver». Y es que en estos lugares las condiciones sanitarias e higiénicas son muy precarias. «Por ejemplo, vemos gonococia, una infección que allí deja ciegos a los niños y que aquí se previene aplicando una gota de antiséptico a los recién nacidos», se lamenta el Dr. Müller-Thyssen. Incluso la gente joven se queda ciega por cataratas.

La Fundación cuenta ya con más de 500 profesionales, entre oftalmólogos, anestelistas, enfermeros y ópticos interesados en colaborar, voluntariamente, en las actividades de cooperación oftalmológica que se llevan a cabo. Desde que nació el proyecto el número de profesionales dispuesto a dedicar más de quince días de sus vacaciones a pasar consulta y operar en lugares remotos no ha dejado de crecer. Decenas de catalanes, vascos, sevillanos, madrileños, valencianos, y también portugueses, se han sumado ya a las comisiones médi-



La Fundación cuenta ya con más de 500 profesionales, entre oftalmólogos, anestelistas, enfermeros y ópticos interesados en colaborar, voluntariamente, en las actividades de cooperación oftalmológica que se llevan a cabo.

cas que se han desplazado a estos territorios, atendiendo alrededor de 20.000 personas y devolviendo la visión a más de 3.000. Pero, «todavía quedan muchas personas por consultar, muchos ojos por explorar, muchas cataratas por operar, muchos tracomas por curar y muchas personas por capacitar», repite incansable el Dr. Corcóstegui, y anima a todos los que quieran participar a ponerse en contacto con la Fundación (www.ojosdelmundo.org / 93 451 51 52).

FORMACIÓN, APUESTA INELUDIBLE DE FUTURO

Aunque son experiencias duras: de trabajo intenso y de muchos contrastes, a los voluntarios les queda la sensación de haber podido hacer mucho más y éste es un aliciente para volver. Si ellos no lo hicieran, a estas personas no las operaría nadie. Josep Maria Rafart, quien ya ha viajado tres veces a los campamentos de refugiados saharauis como supervisor médico del proyecto Ojos del Sáhara, cree que «después de todo, es una gran satisfacción personal cuando ves que, gracias a tu acción, otras personas pueden volver a ver o conservar la visión que tienen, sin otro intercambio que la sincera solidaridad del que da a quien no tiene».

Además del impacto inmediato de las intervenciones médicas, Ojos del Mundo trabaja a largo plazo y aboga por la formación del personal sanitario de estos países para que, en colaboración con las autoridades locales de salud, puedan desarrollar sus servicios oftalmológicos. En El Alto (Bolivia), por ejemplo, ciudad de casi un millón de habitantes, aluvión de indígenas del altiplano, no había ningún Servicio de Oftalmología para atender las necesidades de la población, pero en los tres años que lleva la Fundación trabajando allí se ha

conseguido crear una unidad oftalmológica completa, dotada de los equipos y los materiales necesarios para la práctica oftalmológica.

Un programa Ojos de Bolivia que, como reconoce su supervisor médico, José Juan Martínez Toldos, «ha ganado sostenibilidad con la subespecialización en Barcelona de una oftalmóloga nativa que se ha puesto al frente del Servicio de Oftalmología del

Hospital Municipal Boliviano Holandés». Ahora los alteños pueden ser operados de cataratas, mediante la técnica de la facoemulsificación, por profesionales bolivianos.

En total, desde el año 2002, Ojos del Mundo ha facilitado ya tres becas de formación para que profesionales de estos países se hayan desplazado al estado español para especializarse en Oftalmología o bien subespecializarse en las patologías del polo anterior o posterior del ojo. En estos momentos, «también estamos trabajando en un proyecto de formación a través de videoconferencia en colaboración con el Instituto Nacional de Oftalmología Boliviano con el objetivo de llegar a más profesionales y elevar el nivel oftalmológico del país», cuenta el Dr. Martínez Toldos.

Ojos del Mundo cuenta, asimismo, con un proyecto en la Franja de Gaza, Palestina, que tiene muy condicionadas sus actividades. La compleja situación político-militar de la zona está paralizando el apoyo de la Fundación a la población de este territorio; sin embargo, como explica Isabel Nieto, supervisora médica del programa Ojos de Gaza, «este año esperamos traer a Barcelona a un oftalmólogo palestino para que se subespecialice en retina. Ya está la beca dotada, ahora sólo falta conseguir que esta persona alcance nuestro país».

Porque ésta es la misión de la Fundación: que sean ellos mismos quienes puedan atender con calidad las necesidades oftalmológicas de su población.



En la actualidad, la Fundación tiene proyectos en marcha en los campamentos de refugiados saharauis de Tindouf, Argelia, en Mozambique y en Bolivia

lógicas de su población. «Ahora garantizamos la atención y el tratamiento en muchas zonas pero apostamos porque a medio o largo plazo ellos anden por su propio pie», confirma convencido Ricardo Casaroli y «empleando las técnicas que se utilizan en nuestros hospitales», añade este oftalmólogo brasileño afincado en la Ciudad Condal y secretario del Comité Médico de la Fundación.

Para Ojos del Mundo lo importante son las personas y todos los miembros del Comité Médico se pronuncian sobre la emoción que les produce la reacción de los pacientes operados. Para Paco Poyales, por ejemplo, fue realmente estremecedor estar cerca de Mateo, un paciente de El Alto que, cuando le quitaron la venda, reconoció a quienes estaban a su alrededor, entre ellos su hijo, al que hacía muchos años que no veía; «qué mayor te has hecho», le dijo.

Estos oftalmólogos y otros muchos profesionales que han colaborado con la Fundación son conscientes de la importancia de su trabajo sobre el terreno y de cómo sus actividades tienen un impacto real en la población con problemas oculares. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, los tratamientos para la prevención y curación de la ceguera son los más efectivos y eficaces de todas las intervenciones en salud. Una lucha que merece la pena.



Bolivia ha sido uno de los países donde más acciones ha desarrollado la Fundación.

La convocatoria, que fue todo un éxito, estuvo organizada por el Institut Català de Retina, que este año celebra su 20 Aniversario

El II Forum Quirúrgico permitió conocer las últimas novedades de la cirugía oftalmológica en directo

La cirugía oftalmológica en directo tuvo de nuevo en Barcelona su cita bianual en el II Forum Quirúrgico, congreso organizado los días 9 y 10 de junio por el Institut Català de Retina, que este año conmemora su 20 Aniversario. La convocatoria, en la que participaron más de 350 oftalmólogos, procedentes de toda la Península, se desarrolló en el emblemático Museo de la Ciencia de Barcelona, el Cosmocaixa. Los invitados, los participantes, los medios audiovisuales y la propia sede hicieron de este II Forum Quirúrgico una experiencia inolvidable, volviendo a ser una oportunidad única de observar en directo y durante dos días las últimas novedades quirúrgicas de las distintas subespecialidades de la Oftalmología.

El acto fue un foro abierto de debate sobre el estado actual y las últimas novedades de la cirugía oftalmológica en sus distintas subespecialidades: desde la cirugía vitreoretiniana con instrumental de 23 G y 25 G, pasando por la cirugía del glaucoma, los últimos avances en la cirugía de la catarata y por supuesto la cirugía refractiva. También tuvo su protagonismo la cirugía pediátrica, los estrabismos y la cirugía oculoplástica, orbitaria, lagrimal y la estética. Se mostraron tanto las últimas novedades como las técnicas que el tiempo ha ido consolidando dentro de los algoritmos terapéuticos actuales. Fueron dos días de cirugía en directo, en los que se operó simultáneamente en tres quirófanos, para que el seguimiento de las cirugías fuera ágil y para fomentar la participación y el debate.

El Dr. Ignasi Jürgens, director médico del Institut Català de Retina y director del congreso, destacó que «el objetivo de organizar un congreso basado en la cirugía en directo y que abarque las distintas subespecialidades quirúrgicas dentro de la Oftalmología es ofrecer la oportunidad de acercarse a los asistentes el día a día del quirófano para poder conocer de forma interactiva el estado actual de la cirugía en nuestra especialidad».

El programa se dividió en las distintas subespecialidades. Al finalizar cada sesión quirúrgica se abrió una mesa redonda para discutir sobre distintos aspectos y controversias de cada tipo de la cirugía. La cirugía se realizó en la Clínica Bonanova de Cirugía Ocular y fue retransmitida en directo al auditorio del Museo.

INVITADOS Y RETRANSMISIÓN

El evento contó con la presencia de los siguientes invitados extranjeros: Dr. Paolo Fantaguzzi, Dr. Erik L Mertens y Dr. Félix Gil Carrasco. Los participantes nacionales, en orden alfabético, fueron: Dr. Toni Alomar Sitjar, Dr. Juan Alvarez de Toledo, Dr. Alfonso Antón López, Dr. Jordi Arruga Ginebreda, Dr. Justo José Artusi Irfan, Dr. Javier Bardavío Ara, Dr. Salvador Bofill Querol, Dr. José Antonio Buil Calvo, Dr. Luis Cadarso Suárez, Dr. Amadeo Carceller Guillaumet, Dra. Ester Casas Gimeno, Dra. Marta Castany Aregall, Dra. Pilar Castrillo Pérez, Dr. Jaume Català Mora, Dr. Borja Corcóstegui Guraya, Dr. Francesc Duch Mestres, Dr. Javier Elizalde Montagut, Dra. Estrella Fernández Martínez, Dr. Joaquín Fernández, Dra. Núria Ibañez Flores, Dra. Mireia Jornet Paulí, Dr. Ignasi Jürgens Mestre, Dr. Tomás Martí Huguet, Dra. Mercè Martí



Julià, Dra. Guadalupe Martínez Gómez, Dr. Ferran Mascaró Zamora, Dr. Ramón Medel Jiménez, Dra. M.^a Dolores Mosqueira Zamora, Dra. Silvia Muñoz Quiñones, Dr. Gonzalo Muñoz Ruiz, Dr. Emeterio Orduña Domingo, Dr. Josep M.^a Pedrell Pedrola, Dra. Patricia Pera Román, Dr. Joan Prat Bartomeu, Dr. Guillermo Roca Linares, Dra. Alicia Serra Castanera, Dr. Gabriel Simon Solano, Dr. Fernando Soler Ferrández y Dra. Rosa Viñas Trullàs

Los medios audiovisuales utilizados para las retransmisiones fueron los más avanzados, consiguiendo, en el auditorio, una calidad de imagen

igual a la que se obtiene en el propio quirófano. En el auditorio se utilizaron tres pantallas de proyección: una gran pantalla central y dos laterales. En la central se veía la cirugía que se comentaba directamente con el cirujano en el momento seleccionado y en las pantallas laterales se podían visualizar otras cirugías; cuando se creía oportuno, desde ellas se pasaba a la pantalla central, y también datos clínicos del caso que se comentaba. Durante la cirugía los asistentes realizaban las preguntas que creían oportunas, creando así un ambiente más participativo. De esta forma, los asistentes pudieron experimentar cómo el gran avance tecnológico disponible hoy en día permite acercarnos al quirófano y vivir la cirugía como si estuviéramos al lado del cirujano, viviéndola a tiempo real y compartiendo las decisiones que se adoptan en cada caso.

Ayudó sobremanera a todo ello las magníficas instalaciones del Museo de la Ciencia de Barcelona, cuya primera sede fue el edificio modernista construido por el arquitecto Josep Domènech i Estapà en el año 1904 para dar acogida al asilo Amparo de Santa Lucía, que atendía a pacientes ciegos. Desde el año 1980 es sede del Museo de la Ciencia y en el año 2004 se inauguró la espectacular ampliación del nuevo museo. El pasado mes de mayo el Cosmocaixa recibió el premio al Mejor Museo Europeo del año.

LA PRÓXIMA CITA, EL 13 Y 14 DE JUNIO DE 2008

Fuentes del Institut Català de Retina han confirmado ya que, dado el éxito de la última convocatoria, la organización tiene la intención de mantener esta cita bianual con la cirugía oftalmológica en directo. Incluso se han avanzado las fechas del III Forum Quirúrgico: el 13 y 14 de junio de 2008.

Implantación del primer sistema de LIO para Degeneración Macular IOL-VIP en Barcelona

Un paciente con DMAE recibió, el 11 de julio, un novedoso implante de dos LIO especiales modelo IOL-Vip (Intraocular Lens for Visually Impaired Person) de la casa italiana LenSpecial (www.lenspecial.com). Es la primera vez que se hace esta cirugía en Barcelona. El cirujano fue el Dr. Adolfo Vivar Badía y la cirugía se realizó en la Clínica Bonanova.



Lente BCX en cámara anterior.



Lente BCC en cámara posterior.

El sistema consta de una lente bicóncava de cámara posterior y una lente biconvexa de cámara anterior. Junto con la córnea forman un telescopio de Galileo que proporciona una moderada magnificación de la imagen, a la vez que la dirige hacia el área perimacular, gracias al efecto prismático que incluye. Combinando una selección adecuada del paciente con la implantación quirúrgica del sistema y un entrenamiento visual posterior, para habituar al paciente a usar su nueva pseudofovea, se obtiene una considerable mejora de la agudeza visual previa. Las ventajas que aporta el sistema IOL-Vip son una excelente estabilidad y tolerancia en el ojo y una cirugía simple y habitual. Debido al modesto aumento de 1,3x, el sistema IOL-Vip apenas altera el campo visual del paciente y permite su implantación en ambos ojos, con el consiguiente aumento de agudeza visual. En Italia se han implantado ya más de 250 IOL-Vip, un 20% de ellas binocularmente.

El SERVASA ha autorizado la implantación inicial del sistema IOL-Vip en un grupo de pacientes y en Madrid, en el Hospital de Día Pío XII, se han implantado 20 IOL-Vip con excelentes resultados. El distribuidor oficial para España de LenSpecial es BLOSS GROUP.

ESSILOR recibe el «Grand Prix du Gouvernement d'Entreprise» por la calidad de su gestión empresarial

El jurado reunido por el semanal económico 'Agefi' ha decidido otorgar este año el «Grand Prix du Gouvernement d'Entreprise» al Grupo ESSILOR, que ha recibido todos los votos del jurado por «la constancia de sus esfuerzos para mejorar la gestión empresarial».

«Entre las empresas estudiadas por el jurado, ESSILOR es la que presenta el mejor posicionamiento en todos los criterios de desarrollo durable. Su perfil de dirección no tiene ningún fallo», comentó Pascal Bello, director general de BMJ Ratings. «Los accionistas están contentos por la constancia, la precisión y la claridad del mensaje de la

Dirección en las Asambleas Generales. Xavier Fontanet y Philippe Alfroid se complementan a la perfección y respetan con las normas éticas», aseveró Viviane Neiter, copresidente de la Asociación para la Promoción del Accionariado Individual (APAI). Cabe recordar que el grupo posee una particularidad poco común entre las sociedades del CAC 40, cuenta con tres empleados administradores entre los 13 miembros del Consejo de Administración. Uno de ellos es presidente de la asociación de empleados accionistas (Valoptec Association), el segundo representa a los mandos y el tercero a los técnicos de la empresa. Así, quedan representa-

dos todos los sectores de empleados en el Consejo.

La participación de los empleados constituye una de las marcas de fábrica de ESSILOR. «Una de las dimensiones de la gestión es la anticipación; nosotros dedicamos a ello mucho tiempo a través de nuestros equipos», dice Xavier Fontanet, presidente director general de ESSILOR. Los empleados están informados de la política de empresa a través de su asociación. «Los empleados, durante la asamblea, votan sobre la política general, la política de recursos humanos y hacen muchas preguntas», añade Philippe Alfroid, director general adjunto de ESSILOR.

Dr. Francisco Poyales Galán, director médico del Instituto de Oftalmología Avanzada

«Si tenemos la confianza de nuestros pacientes, tenemos que disponer de los mejores equipos»

El Instituto de Oftalmología Avanzada es una Clínica Multidisciplinar Integral de Oftalmología dotada de la última tecnología, tanto en el área de consultas y diagnóstico, como en el área quirúrgica. Dirigida por el Dr. Francisco Poyales Galán, ofrece todos los servicios oftalmológicos que el paciente precisa y cuenta con departamentos sub-especializados en todo tipo de enfermedades oculares (departamento de polo anterior; departamento refractivo; departamento vítreo-retina; departamento vías lacrimales, órbita, párpados; departamento glaucoma; departamento pediatría ocular, neurooftalmología). De esta forma, puede estudiar cada caso individualmente, buscando la solución idónea. El uso de nuevas tecnologías ha sido además un pilar fundamental en su desarrollo, estando a la vanguardia en técnicas quirúrgicas y avances científicos. En el caso concreto de la cirugía refractiva, la constante evolución tecnológica les ha permitido utilizar técnicas específicas para cada tipo de defecto refractivo y localizar la solución idónea para eliminar la dependencia de gafas o lentes de contacto. En el IOA, todas las técnicas se realizan utilizando la plataforma ZEISS MEL 80 y el CRS Master II, el «equipo más moderno y eficaz del mercado».

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Cuándo se creó la clínica? ¿Cuál era el objetivo?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- En el año 2000 surgió la idea de crear la clínica. Nos habíamos dado cuenta de que había clínicas especializadas en cirugía refractiva, pero queríamos ir más allá. Consideramos que no debían extraerse segmentos concretos de la Oftalmología y apostamos por crear un servicio integral y multidisciplinar, tanto de diagnóstico como quirúrgico. Hasta la apertura del IOA, yo desarrollaba la parte diagnóstica en mi consulta privada y la parte quirúrgica en otras clínicas, por lo que la unión de ambos espacios me permitía poder ofrecer un servicio integral al paciente. Por otro lado, la evolución en la Oftalmología en aquella época fue tan rápida que los oftalmólogos necesitábamos trabajar en equipo y «subespecializarse» en campos concretos (polo anterior, polo posterior, refractiva, retina, glaucoma...), por lo que la creación del IOA nació también como una idea de equipo en el cual cada especialista tuviera «su subespecialidad» y, de esta forma, poder ofrecer una Medicina basada en la evidencia y de alta calidad, con todos los medios tecnológicos disponibles para dar una mejor asistencia, tanto diagnóstica como quirúrgica, al paciente. En la actualidad, somos ya 31 personas.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Qué mejoras se han producido en el campo de la cirugía refractiva en los últimos años?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Es completamente diferente, la verdad. La cirugía láser es más eficaz, pero también más limitada. Por ejemplo, en el caso de la miopía se ha recortado hasta las 8 dioptrías, mientras que en la hipermetropía se ha ampliado hasta las 6 dioptrías. En estos últimos años también han aparecido las lentes fáquicas y las lentes multifocales y los láseres son más sofisticados. Por otra parte, el índice de retratamientos ha pasado del 15% al 2% en los últimos 4 años. Asimismo, se han producido muchos avances en el reconocimiento del iris. Eso hace imposible la confusión de los pacientes y es una herramienta fundamental a la hora de localizar el láser en una posición determinada del ojo.

EL APOYO DE ZEISS, FUNDAMENTAL

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- En el Instituto de Oftalmología Avanzada utilizáis el láser de Excímero MEL 80, ¿qué os decantó a adquirir este equipo?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Era la mejor opción en el



Personal del Instituto de Oftalmología Avanzada, clínica multidisciplinar dirigida por el Dr. Francisco Poyales Galán.

mercado, por las propiedades que ofrecía. El MEL 80 es capaz de corregir las propias aberraciones en el sistema que producen los láseres. Me refiero a la aberración esférica, es decir, errores que provocan los láseres al tallar la córnea y que tenían como principal síntoma la mala visión nocturna. El MEL 80 desarrolla un perfil que permite calcular la cantidad de aberración esférica que va a producir el láser y la corrige previamente. Esto deriva en unas visiones magníficas. Otras funcionalidades importantes es que permite hacer tratamientos guiados por aberrometría, es decir, es capaz de corregir deficiencias en el sistema óptico mucho más sofisticadas que las que se pueden corregir con una gafa (miopía, astigmatismo e hipermetropía). Asimismo, permite hacer tratamientos guiados por topografía, mapas de elevación de la córnea, para reparar tratamientos previos que no tuvieron éxito o irregularidades en la superficie corneal.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- El MEL 80 se completa con el CRS-Master. ¿Qué posibilidades le ofrece?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Es el equipo que aúna la aberrometría y la topografía. Hace los cálculos que se trasladan al láser, vía pendrive, para corregir las alteraciones detectadas por el CRS.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- Aprender a manejar un equipo de estas características, ¿exige un periodo largo de formación?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- El apoyo de ZEISS es fundamental desde el primer momento. Un grupo de investigadores de ZEISS a nivel internacional y el personal de España nos han dado asesoramiento y nos están informando continuamente. Lo importante es contar con apoyo permanente. De

esta forma, si en cualquier momento surge alguna duda, les puedes llamar. Es una relación muy directa y personal

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Ya habíais trabajado con la tecnología de ZEISS?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Contamos ya con otros equipos de ZEISS: los sistemas de medición de lentes intraoculares (IOL Master), el microscopio quirúrgico, el retinógrafo, el láser... La tecnología de ZEISS siempre nos ha funcionado muy bien, tanto desde el punto de vista técnico como del equipo humano. De todas maneras, la decisión no fue a la ligera. Cuando el precio es elevado, hay que ver si la inversión merece la pena. En este caso, la respuesta fue afirmativa.

«VAMOS HACIA LA PERSONALIZACIÓN»

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Cuál es la clave del éxito del Instituto de Oftalmología Avanzada?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- El equipo humano, el servicio y atención al paciente con una gran profesionalidad y formación. En nuestro trabajo es fundamental la selección del paciente. Nuestra clínica ofrece una oferta de servicios muy amplia, de tal forma que se puede personalizar el tratamiento, ya sea con láser o con cualquier otro procedimiento quirúrgico o terapéutico. Lo fundamental es atender todas las necesidades de cada paciente.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Los pacientes reconocen vuestra apuesta por la tecnología?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Sí, los pacientes detectan durante todo el proceso diagnóstico

y quirúrgico la preparación técnica de todo nuestro equipo humano, así como la dotación tecnológica que la clínica dispone

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Hacia dónde se dirige la cirugía refractiva?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- No hay duda de que vamos hacia la personalización. La tendencia es pasar de la mera corrección de los defectos estándar a la corrección de cada defecto concreto.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Es fundamental la tecnología para avanzar?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- Hemos pasado de la óptica paraxial a trabajar en óptica de frente de ondas, gracias a la informática. Sin embargo, hay que ser cauto con las nuevas tecnologías.



El Dr. Poyales durante una intervención.

No sabemos si es interesante corregir todas las aberraciones de nuestro sistema óptico o si incluso es necesario un cierto grado de imperfección para nuestro sistema óptico. Llegará un día en que seremos capaces de eliminar cualquier aberración, pero tenemos que saber hasta dónde podemos llegar. La tecnología va rápido y hay que ir analizando los resultados.

‘ INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA’.- ¿Qué nuevas inversiones está previsto realizar próximamente?

DR. FRANCISCO POYALES GALÁN.- El Visante OCT sería nuestra siguiente apuesta. Es uno de los equipos más sorprendentes, por lo que puede ofrecer. Se trata de un escáner de segmento anterior de tomografía de coherencia óptica que permite medir la cámara anterior con rapidez y exactitud. Son imágenes espectaculares. Este equipo da más información de la que precisamos en el día a día.

Por otra parte, el Instituto de Oftalmología Avanzada se hace eco de todas las tecnologías que surgen en el campo oftalmológico para su evaluación y posibilidad de implementación en su plataforma tecnológica.

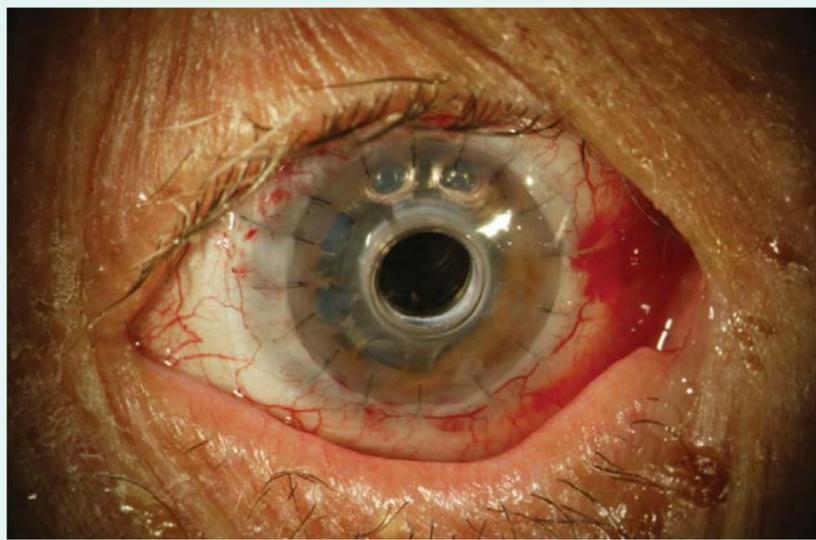
Permite recuperar la visión en pacientes ciegos, aunque por ahora no sustituirá a las biológicas y debe aplicarse en casos graves y muy seleccionados

Barraquer realiza el Primer Injerto de Queratoprótesis de España

Según se ha informado el 30 de junio, el Centro de Oftalmología Barraquer ha realizado la primera implantación en España de la queratoprótesis de Boston, una lente artificial que se introduce en el injerto. Como señaló Juan Álvarez de Toledo, del Centro de Oftalmología Barraquer y coordinador del Banco de Ojos para Tratamientos de la Ceguera, la queratoprótesis permite recuperar la visión en pacientes ciegos, aunque por ahora no sustituirá a las biológicas y debe aplicarse en casos graves y muy seleccionados. Explicó asimismo que aunque su centro ha implantado la primera de estas queratoprótesis en España, es posible que, en paralelo, otros grupos estén trabajando con otros modelos de prótesis.

Álvarez de Toledo detalló igualmente que, «en ciertos casos, los trasplantes de córnea tienen una vida corta y se debe realizar otro trasplante a los seis meses o un año después del primero. Aunque esto sucede muy pocas veces, estos pacientes precisan una solución. Desde los años cincuenta o sesenta se ha estado trabajando en el diseño de una córnea artificial. Surgió alguna, pero los resultados obtenidos no fueron los deseados, ya que, tras colocarlas, la mayoría se expulsaban. Para resolver este problema, se comenzó a practicar una intervención consistente en la colocación de un cilindro óptico dentro de un diente, con la intención de unirlo al ojo y, de este modo, evitar la expulsión de la prótesis. Esta intervención es traumática, pero tiene un alto porcentaje de éxitos, de entre el 50% y el 60% de los casos a los cinco años de la cirugía y se seguirá practicando en casos desesperados».

En aquellos en que tanto la lágrima como los párpados estén bien preservados, prosi-



guió, «existe una nueva alternativa. Dentro del injerto corneal se puede colocar una lente plástica. Ésta se sutura al ojo y, en su interior, en el centro, figura esa lente que permite recuperar la visión al paciente. Esta queratoprótesis ha sido diseñada por Claus Dohman, del Massachusetts Eye and Ear Infirmary de la Universidad de Harvard. Y, aunque también

existe el riesgo de complicaciones, puesto que puede ser expulsada, los resultados son prometedores respecto a los de otros modelos con éxitos más anecdóticos. El diseño de Boston K-pro logra un 95% de retención de prótesis después de tres años de seguimiento y una experiencia de 300 casos. Esta prótesis plástica, de polimetacrilato,

se atornilla por detrás y se introduce en el interior del trasplante de córnea. Es como un tornillo transparente». Álvarez de Toledo apuntó no obstante que, «por ahora, esta queratoprótesis debe restringirse a pacientes ciegos de los dos ojos y que reúnan esa condición de retener la lágrima y el párpado funcionantes, para asegurar la correcta estabilidad de la prótesis en el ojo, evitar la formación de úlceras y la expulsión de las prótesis».

El trasplante es sencillo y el postoperatorio del paciente, rápido. «Dependiendo del estado de la retina —señaló—, puede recuperar el 100% de la visión (así ocurre con la intervención del diente), aunque con un campo visual reducido. La lente artificial tiene 3 milímetros, mientras que la córnea humana mide 8 milímetros. Debido a ello, el paciente sólo puede ver hacia adelante y no tiene visión periférica. Pero debemos recordar que estas personas pasan de no ver a ver y que son casos muy seleccionados y de gravedad muy notable».

Se ubica en una solemne torre de estilo colonial, en el Paseo Marítimo de Oporto

Barraquer abre nueva clínica en Portugal

Con la inauguración de la nueva Clínica Oftalmológica Ribeiro-Barraquer, el pasado 28 de abril, ha cristalizado la colaboración mutua entre los Doctores Ribeiro, de Portugal, y los Doctores Barraquer, de España y de Colombia. Constituye la primera experiencia de internacionalización del modelo altamente especializado que representa el Centro de Oftalmología Barraquer.

Desde que el Dr. Rufino Ribeiro y más tarde su hijo Paulo realizaron su formación oftalmológica en el Centro de Oftalmología Barraquer, se mantenían fraternales lazos de amistad y de colaboración profesional que han fructificado finalmente con la constitución de la nueva Clínica Ribeiro-Barraquer. Tradicionalmente Portugal ha sido uno de los países emisores de enfermos con destino a Barcelona. La nueva Clínica pretende evitar despla-



zamientos de pacientes, ya que los oftalmólogos especializados del Centro de Oftalmología Barraquer de Barcelona podrán visitar de forma programada Oporto, para pasar consulta y operar todos aquellos casos que no sea

preciso derivar a Barcelona. La Clínica Ribeiro-Barraquer nace con la vocación de ser un centro de referencia no sólo para los pacientes de todo Portugal, sino también para dar asistencia a los ciudadanos de las antiguas colo-

nias portuguesas (Brasil, Angola, etc.), pues mantienen estrechos lazos con la metrópolis.

A la inauguración oficial, además de destacadas personalidades del país vecino y especialmente de la ciudad de Oporto, asistieron, en nombre de la familia Barraquer, el Dr. Rafael I. Barraquer acompañado por Ignacio Elizalde, gerente del Centro, y Alberto Madrigal, coordinador general.

La Clínica Oftalmológica Ribeiro-Barraquer se encuentra ubicada al final del Paseo Marítimo de Oporto, con espectaculares vistas marinas, y en una solemne torre de estilo colonial, totalmente reformada y actualizada. Alberga tanto las consultas externas como el área de diagnóstico por la imagen y los quirófanos, así como los boxes ambulatorios. El cuadro facultativo del Centro abarca todas las subespecialidades oftalmológicas.

Tuvo lugar en Córdoba el 4 de junio

II Curso de Actualización de Enfermería en Terapia Fotodinámica (TFD) con Visudyne

El 4 de junio se celebró en Córdoba, patrocinado por NOVARTIS OPHTHALMICS, el II Curso de Actualización de Enfermería en Terapia Fotodinámica (TFD) con Visudyne. La convocatoria permitió a más de 50 enfermeras y una decena de médicos actualizar los conocimientos producidos en TFD aplicada a DMAE y Miopía Patológica, analizar el impacto de la TFD en los pacientes y su calidad de vida desde la perspectiva enfermera y conocer la opinión de los pacientes sobre el impacto de la TFD y el procedimiento en su calidad de vida.

Manuel Solórzano

Enfermero Servicio de Oftalmología del Hospital Donostia de San Sebastián

La Ciudad de las tres culturas — Cristiana, Musulmana y Judía—, con todo su esplendor (fue la más grande que han conocido los tiempos de Adderraman III, llamada La Córdoba Musulmana), nos recibió el 4 de junio, con un calor rondando los 45°, a más de 50 enfermeras y una decena de médicos (especialistas en retina) para asistir al II Curso de Actualización de Enfermería en Terapia Fotodinámica (TFD) con Visudyne. Nos reunimos en el Hotel Las Adelfas, siendo la convocatoria patrocinada por NOVARTIS OPHTHALMICS.

Llevaron el peso del evento, organizándolo perfectamente, como hicieron con el Congreso Nacional de Enfermería Oftalmológica, celebrado en el año 2004, Feliciano Santos (experto enfermero y presidente del Congreso Nacional); M.^a Isabel Pérez (experta en TFD y en Hematología y Coagulación), ambos enfermeros del Servicio de Oftalmología H. U. «Reina Sofía», de Córdoba; y Antonio Rañó (delegado de NOVARTIS OPHTHALMICS).

El objetivo del curso era triple: Actualizar los conocimientos producidos en TFD aplicada a DMAE y Miopía Patológica. Analizar el impacto de la TFD en los pacientes y su calidad de vida desde la perspectiva enfermera. Y conocer la opinión de los pacientes sobre el impacto de la TFD y el procedimiento en su calidad de vida. La presentación corrió a cargo de Feliciano Santos, que veía por fin cumplido uno de sus pequeños sueños, que era realizar este evento; aunque su sueño era realizarlo a nivel nacional, ha sido a nivel andaluz. De todos modos, ello no quita el mérito de haberlo realizado muy bien. Resulta obligado por ello felicitar públicamente al Comité Organizador, y sobre todo a Feliciano, Isabel y Antonio, por haber hecho realidad lo que muchos enfermeros y enfermeras nos hubiera gustado hacer. También se debe reconocer el hecho de que en todo momento estuvieron respaldados por sus médicos, y sobre todo por el Jefe del Servicio de Oftalmología del H. U. Reina Sofía de Córdoba.

La primera intervención correspondió a la doctora Carmen Luque, del Servicio de Oftalmología del H. U. «Reina Sofía», de Córdoba. Disertó magníficamente sobre la DMAE y la Miopía Patológica. Fisiopatología MNVSR, recordando lo que ya habíamos estudiado y haciendo especial mención en lo más importante. Habló de la evolución, de los síntomas, de las causas, lo que es la enfermedad y su prevalencia. Toda su presentación estuvo acompañada de múltiples imágenes.

Siguió la disertación del Jefe del Servicio de Oftalmología del H. U. «Reina Sofía», de Córdoba, el Doctor José M.^a Gallardo, que analizó los Avances en MNVSR: Antiangiogénicos. Habló de los costes de la enfermedad, de los resultados que hasta ahora había, de los nuevos antiangiogénicos —como el macugen, lucentis y avastin— y los resultados que empezaban a llegar sobre los estudios que hay sobre los tres fármacos. Todo ello perfectamente expuesto.

Seguimos con una de las organizadoras del evento y sobre una preo-



Integrantes del Comité Organizador del Curso: Feliciano Santos (enfermero), Isabel Pérez (enfermera) y Antonio Rañó (delegado de Novartis Ophthalmics).

cupación que ella personalmente tiene y está investigando: M.^a Isabel Pérez, enfermera del H. U. «Reina Sofía», de Córdoba, que se centró en los Protocolos: Anticoagulación, Antiagregantes y Diabetes Mellitus en TFD. Búsqueda de consenso. Nos comentó su preocupación sobre los antiagregantes y el visudyne, su mecanismo de acción, su interacción con otros medicamentos, como las sulfamidas o los barbitúricos, llegando a las siguientes interrogantes: ¿Podrían los antiagregantes disminuir la eficacia de la terapia fotodinámica? ¿Deberían suspenderse los antiagregantes antes de someter a los pacientes a este tipo de tratamiento? Y retó al siguiente estudio: ¿Sería conveniente realizar previamente un estudio prospectivo doble ciego para dilucidarlo?

TFD: LOS PACIENTES ¿QUÉ OPINAN?

A las 12 en punto tuvimos la suerte de oír una ponencia magistral a cargo de un enfermero fotógrafo, Alfonso Margalef, del IMO de Barcelona, que habló de Protocolo de Fotografía en la Angiografía (AGF), en el Verde de Indocianina (ICG) y en la TFD. Innovaciones. Su excelente exposición, sus perfectas fotografías, sus vídeos y cómo hay que hacer los trabajos en Enfermería, dejó un fabuloso sabor de boca del bien hacer. Fue uno de los mejores trabajos presentados, aunque hay que reconocer que todos fueron muy buenos y no se puede destacar ninguno.

A este excelente trabajo siguió el mío, Manuel Solórzano, enfermero del Servicio de Oftalmología del Hospital Donostia, de San Sebastián. A quien no me conozca le diré que me gusta leer los trabajos después de los congresos, resumirlos y ponerlos en las listas de Enfermería, como son METAS y SEEI (Sociedad Española de Enfermería e Internet), para que los compañeros con menos suerte que nosotros y no hayan podido acudir a dicha Jornada y/o Congresos puedan compartir sus experiencias y poder solicitar alguno de los trabajos expuestos que les puedan ser interesantes. Diserté sobre «Estudio descriptivo 2003-2006 de Terapia Foto Dinámica», presentando los datos de los que somos poseedores, hablando de los pacientes y tratamientos realizados en estos años y

cómo lo hacemos nosotros. Cómo llegan los pacientes, cómo se les trata y da el tratamiento, llegando a las siguientes conclusiones: las mejorías han sido muy discretas, por lo que la sensación de mejoría es escasa. La TFD ha cambiado la historia natural de entender y tratar la DMAE y la Miopía. Y tener confianza en los nuevos tratamientos. Desde aquí quiero dar las gracias a todo el personal de mi Servicio, a la Dirección de mi hospital y a la Jefa de enfermeras, ya que sin su ánimo no podría haber estado en esta jornada. Y muy en especial a Silvia Martín (delegada de NOVARTIS OPHTHALMICS del País Vasco), que en todo momento ha estado interesada para que estuviese en esta Jornada. A primeros de julio tendrá su primer hijo. Desde aquí le damos la enhorabuena. También quiero dar las gracias a Marian Olano por apostar siempre por la Enfermería (gerente de NOVARTIS OPHTHALMICS).

Seguimos con OCT en DMAE. El trabajo realizado por M.^a Ángeles Sebastián, enfermera, y expuesto por Rubén Cuadrado, óptico, ambos del IOBA de Valladolid. Siempre que hay una buena jornada o congreso, no pueden faltar sus excelentes trabajos. Su brillante exposición y su trabajo abrió nuevas expectativas de trabajo para la enfermería.

Para terminar, Rafael Martínez Sierra, catedrático de Farmacología del H. U. Reina Sofía, acudió como paciente y habló sobre: TFD: Los pacientes ¿qué opinan? Con oratoria brillante, lo primero que dijo fue que le había impresionado estar toda la mañana viendo y escuchando los trabajos realizados, pero lo que más le había llamado la atención era ver el alto nivel profesional de los enfermeros y enfermeras que estaban en la sala y su preocupación para mejorar en su trabajo. Habló de la humanidad y el tratamiento que había recibido y cómo lo había pasado él como paciente. Su conferencia fue muy entretenida y en muchos momentos nos hizo reír; fue un rato muy agradable, dada ya la hora que era.

NUEVAS TÉCNICAS DE INFORMACIÓN EN TFD

Tras la comida, M.^a Carmen Martínez, Remedios Lozano, M.^a Gracia Martínez y Delia Fernández, todas ellas enfermeras del H. U. Carlos Haya, de Málaga, hablaron sobre los efectos secundarios y complicaciones en la TFD. Como conclusiones decían que la experiencia y el trabajo en equipo han sido fundamentales en nuestra auto-formación. La información que damos al paciente es mejor, porque nos creemos lo que decimos y estamos más seguros al afrontar las complicaciones. La asistencia que prestamos es de más calidad, y esto se traduce en una mayor satisfacción del paciente y en nosotros mismos pues ha aumentado la motivación.

La siguiente conferencia fue sobre «Efectos Psicológicos en los pacientes en tratamiento con TFD», a cargo de Rosa Santos y Cecilia Hernández, enfermeras del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Explicaron cómo realizaban ellas la TFD y el después de ella, la rehabilitación visual, ayuda visual óptica y no óptica. Cecilia en cambio nos contó como conclusiones que la NVC es un problema socio sanitario de primer orden con un alto costo; la labor de información al paciente es vital y ayuda a realizar la prueba mejor, y la enfermera juega un papel crucial en el manejo de estas personas.

Seguimos con otra excepcional conferencia de las enfermeras del IOBA Inés Orcha, Eva M.^a Sobas e Inmaculada Pérez. Disertaron sobre «Otras opciones terapéuticas del Visudyne». Contaron sus experiencias en los tratamientos en las NVC, en el Hemangioma Coroideo y en la Serosa Central. Es una buena alternativa en estas dos patologías. Han tratado todavía pocos pacientes y su trabajo todavía está en estudio, por lo que siguen investigando.

Aunque ya un poco cansados, pero con mucho interés, asistimos a la conferencia de Aurora Egido, enfermera del H. U. La Paz, de Madrid. Su trabajo «Nuevas técnicas de información en TFD», fue Primer Premio en el Congreso Nacional celebrado en 2005 en Zaragoza. Su nueva forma de información con un DVD, para que lo vea el paciente rodeado de su familia, para entender el tratamiento que le van a realizar, ha abierto una nueva forma de información con las nuevas técnicas de hoy en día. Es una presentación agradable y de duración precisa de seis a ocho minutos. Dramatiza la información, pone nombre a su enfermedad y se les explica en qué consiste. Visualiza, paso a paso, sus síntomas y tratamiento. Y ve cómo se debe preparar y los cuidados necesarios.

Como en todo buen congreso, siempre hay alguna polémica. Aquí no se pusieron nadie de acuerdo, si en su casa el paciente con las gafas especiales pueden tener una luz tenue o tiene que estar a oscuras y con la luz que emerge de la televisión es suficiente. Aquí retomamos a los responsables del Visudyne para que nos comuniquen la forma de hacerlo perfectamente, ya que en la mayoría de los hospitales a los pacientes se les dan las instrucciones para que estén 48 horas a oscuras en su habitación viendo la televisión.

Para terminar, Feliciano Santos, nos deleitó y dejó su preocupación sobre el trabajo «El índice de masa corporal IMC en TFD». Él es enfermero del H. U. Reina Sofía de Córdoba y anfitrión. Su pregunta y su reto es: ¿Influye el IMC en la DMAE y la Miopía tratadas con TFD? Sus conclusiones nos dicen que el IMC no está relacionado con la evolución de la lesión ni de la agudeza visual. Tampoco depende del tipo de patología, ni está relacionado con la edad y el sexo. La edad sí está relacionada con la patología. Hay una modificación significativa del IMC de la primera sesión a la segunda. Llegando a la conclusión que la Enfermería es importantísima en la educación para la salud.

Bajo la organización de la Sociedad Andaluza de Oftalmología, se celebró en Marbella del 22 al 24 de junio

IX Congreso Anual de Enfermería en Oftalmología

Manuel Solórzano Sánchez

Servicio de Oftalmología del Hospital Donostia de San Sebastián

El Hotel «El Fuerte» de Marbella (Málaga) acogió, los días 22, 23 y 24 de junio, el IX Congreso Anual de Enfermería en Oftalmología, que contó un año más con una excelente organización de la Sociedad Andaluza de Oftalmología. La convocatoria volvió a distinguirse por la importante participación y el interés y alta calidad de los trabajos presentados.

El Congreso Anual de Enfermería que se realiza todos los años en Marbella (Málaga) se gestó en 1998; este año ha cumplido pues 9 años, lleno de alegría, interés científico y una buena organización. Cada año, cuando se termina un Congreso, a los pocos días un grupo de enfermeras comienza a organizar el siguiente, que, aunque parezca fácil implica muchísimo trabajo para la Sociedad Andaluza de Oftalmología, encabezada por su presidente, Jesús Montero, su secretario general, Julián Castro y M.^a Angeles Hernández, encargada de dar la cara para que todo esté en su sitio. Cabe resaltar además la labor del Comité Científico y Organizador, que este año ha recaído, como en años anteriores, en Concepción García Carrera (presidenta), Francisca Suárez Guerrero (secretaria) y Petra Mozo Durán, Adela Jiménez Romero, Isabel María de Torres Fernández, Dolores Cabezas Fernández y Maite Osorno Romero, todas ellas enfermeras de Sevilla, como vocales.

Queremos expresar también nuestro especial agradecimiento al Consejo Andaluz de Enfermería; al Colegio de Enfermería de Sevilla; al Colegio de Enfermería de Málaga y a la Sociedad Andaluza de Oftalmología. Debe hacerse asimismo una mención a los laboratorios que han colaborado con el Congreso, ya que cada vez más se implican con la Enfermería, favoreciéndonos datos, trabajos y asistencia a los Congresos; ellos han sido: ALCON; ALLERGAN; BAUSCH & LOMB; FARMA LÉPORI; IMEX CLINIC; MEDICAL MIX; MSD; NOVARTIS; PFIZER; DISAMED; BLOSS; TOPCON y AMO. También quiero agradecer personalmente a Silvia Martín, Antonio Raño y a Marian Olano (NOVARTIS), por su preocupación y ayuda.

El Congreso comenzó el 22 de junio con el «Curso de Actualización: Satisfacción de los pacientes con lentes multifocales», impartido por Silvia Javier, de ALCON. Le siguió José Manuel García, con el «Curso de Actualización: Instrumentación de vítreo – retina 25 Galgas», también patrocinado por ALCON. Y para terminar el «Curso de Actualización: Retos de enfermería en el siglo XXI ante las nuevas tecnologías», impartido por Enrique Márquez Mariscal, de BAUSCH & LOMB. Para terminar la jornada impartió el «Curso de Actualización: OCT» el Dr. Julio León Carrión, Jefe de la Unidad de Vítreo-Retina del Hospital Virgen Macarena.

COMUNICACIONES PREMIADAS

Con más de 150 enfermeras de diferentes provincias esperando la primera comunicación científica, la jornada del 23 de junio se abrió con un hecho luctuoso, el fallecimiento del padre del Dr. Jesús Montero Marchena, co-fundador desde sus comienzos, pionero y un gran impulsor de estos Congresos de Enfermería Oftalmológica dentro de la Socie-

dad Andaluza de Oftalmología; desde estas líneas, un fuerte abrazo en estos momentos tan delicados para él y su familia. Él tenía que estar en una mesa redonda y rápidamente fue sustituido por su compañero.

Posteriormente se presentó la comunicación «Creación de la unidad de Oftalmología y Endocrinología. ¿Por qué juntos?», a cargo de Juan José Martín Peña (La Laguna), que estuvo arropado por su supervisora, Pilar Fernández-Ardisana Gabarre, y sus compañeras de planta, Verónica Elías Jorge, Tayra Díaz de la Rosa y Anyeli Pérez Alberto. Fue el Premio a la Mejor Comunicación, concedido por el Consejo Andaluz de Enfermería. En ella contó que su unidad, la segunda central A del Hospital Universitario de Canarias, es pionera en España en unir estos dos servicios. En su trabajo comentó que hacen una Valoración del paciente, un Diagnóstico Enfermero (NANDA), unos Objetivos (NOC), unos Planes de Cuidados (NIC) saliendo el paciente con un Informe de Continuidad de Cuidados para llevarlo a su médico de familia o a su enfermera del Centro de Salud. Como conclusión dijo que una buena educación diabetológica y un buen control metabólico mejora o retrasa las complicaciones oculares.

El siguiente conferenciante, Feliciano Santos Blanco, habló sobre la «Normalización del Proceso de Atención de Enfermería en AGF» y se llevó el Premio Custom Pak, financiado por ALCON y que consiste en un viaje para dos personas a Esot (Londres). Santos Blanco se ha distinguido por su trayectoria como enfermero de Oftalmología, siempre preocupado en buscar soluciones a problemas que se encuentra en su trabajo diario y estando siempre al pie del cañón. Fue Presidente del Congreso Nacional celebrado en Córdoba en 2004, artífice de que se haya realizado la II Jornada Andaluza de Terapia Fotodinámica el 3 de junio de 2006 y su mayor reto es conseguir hacer una jornada a nivel nacional para que las conclusiones sean para todos los enfermeros y realizar un grupo de trabajo para sacar adelante un protocolo único para toda España. ¿Lo conseguirá? Estuvo arropado por sus compañeras M.^a José Rodríguez, Paqui Rivas y Paqui Ortega, enfermeras de quirófanos del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba. Explicó cómo realizar un trabajo científico haciendo una Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación de la AGF.

A continuación se desarrolló la Mesa Redonda: «Exploración con HRT en el globo ocular». Participaron el Dr. Jesús Hernández Barahona, del Hospital Universitario Valme de Sevilla, que detalló en qué consiste la prueba y cómo funciona la máquina, es parecida a una tomografía y estudia el nervio óptico, la córnea y la retina, y la Dra. Dolores Sosa, del mismo hospital.



Premio a la mejor Comunicación concedido al Hospital Universitario de Canarias.

La presidenta del Congreso, Concha García Carrera, presentó la comunicación «Intervenciones de Enfermería en el Paciente Quirúrgico», en la que hablaba del contacto con el paciente y su importancia. En las conclusiones se ve la importancia de dar la mano al paciente mejorando su estado de ánimo.

Le siguió la comunicación «¿Cómo realizamos los campos visuales hoy?», impartida por Manuel Solórzano, del Servicio de Oftalmología del Hospital Donostia de San Sebastián. Presentó un trabajo de investigación, muy técnico, sobre 220 pacientes; en una de las conclusiones decía que casi la mitad de los pacientes que realizan la prueba del campo visual dicen que están nerviosos, el 36% de los hombres y el 64% de las mujeres. Hay diferencia significativa ($p < 0,05$), el doble son mujeres. Casi la mitad de los pacientes creen que es difícil realizar el campo visual; de ellos, el 43% son hombres y el 58% mujeres. El 40% de los pacientes creen que es cansado la realización del campo visual, siendo el mismo número de hombres que de mujeres (50%).

El día se cerró con la comunicación «La enfermera ante el reto europeo», impartida por Soledad Vázquez Santiago, de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Sevilla. Habló de la historia de nuestra profesión, de las leyes que la han regulado, de la Declaración de Bolonia y de cómo está hoy en día la carrera profesional, cómo va a quedar el grado y el post-gradado y en el ámbito de la investigación, el máster y el doctorado de enfermería. Terminó con una frase de Florence Nightingale que dice: «Las profesiones, como las naciones, sólo pueden prosperar con un sentido individual de la responsabilidad colectiva».

PREVISIONES PARA EL X CONGRESO

En su último día, el Congreso empezó con la entretenida ponencia «Distintos tipos de lentes intraoculares», impartida por la Doctora Beatriz Mataix, del Servicio de Oftalmología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Empezó recordando la anatomía ocular, para luego poder decir cuál es la función de las lentes intra-

oculares, su clasificación, su localización, sus características, su consistencia y su cuerpo.

Siguió la conferencia «A propósito de un caso», a cargo de Esperanza Valderrama, del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Acto seguido, Juan Manuel Fernández Sarmiento, del Centro de Salud de Cama (Sevilla), habló sobre «Evaluación de la implantación de retinógrafo en la consulta de enfermería»; en sus conclusiones habló de la importancia de poder leer los datos del retinógrafo por parte del médico de familia ante la sospecha presencia/ausencia de retinopatía diabética, abriendo una vía de investigación para la enfermería en este campo. Luego, el supervisor de Calidad del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, José Ávila Pinto, habló en su ponencia sobre «El lenguaje de los ojos» de la esclera, de la córnea, del iris, de la pupila, del cristalino y de la retina; una ponencia extraordinaria y espectacular y diferente a todas las anteriores.

Tras un breve descanso, en la conferencia sobre «Actuación ante el paciente diabético», impartida por el Doctor José Moreno Galdó, del Servicio de Oftalmología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, se habló de la diabetes mellitus, de la retinopatía diabética, ¿cómo pierde la visión el paciente diabético?, factores de riesgo, su clasificación y tratamiento. Terminó con la rehabilitación visual del paciente diabético. Todo ello expuesto con fotografías, angiografías y OCT.

Manuel Solórzano se centró posteriormente en «Ciencia de la visión», un trabajo de historia sobre uno de los períodos más bonitos del esplendor médico andalusí, la edad de oro de la medicina hispanoárabe, que abarca el período que comprenden los siglos X al XII, entre ellos Rhazes, Avicena, Abulcasis, Avenzoar, Ibn Tufayl, Averroes, Al-Gāfiqí y Maimónides; el sangrador o alfage-me, el cirujano, al que Averroes llama médico con hierro, el practicante, la comadrona, el boticario y el veterinario o albéitar. Le arroparon en su exposición los Doctores Juan Marchesi, José Ignacio Ostolaza y Teresa Paraíso y las enfermeras Mariví Zubizarreta y Pilutxi Sánchez de San Sebastián.

Para terminar se presentó la comunicación «Montaje del quirófano y campo quirúrgico en cirugía oftalmológica, cataratas, Faco + Lio», por M.^a del Pilar Martín Fernández, de Ceuta.

Posteriormente se reunió el Comité Científico que eligió a los premiados ya apuntados y se cerró el Congreso con la clausura. Como se apuntó, se espera que en 2007, en el que ya será décimo Congreso Anual de Enfermería de la Sociedad Andaluza, se puedan superar los 200 profesionales inscritos.

Recordar finalmente la celebración del Congreso Nacional de Enfermería Oftalmológica, a finales de septiembre en A Coruña.

Gran aceptación del Curso de Protocolos Clínicos y Quirúrgicos para Residentes de Oftalmología de cuarto año, organizado por el Instituto Alcon

10 Años de Mondariz y PROA 4

Con la participación de 69 residentes y 25 ponentes, el Instituto Alcon celebró en junio, en Mondariz, la décima edición del Curso de Protocolos Clínicos y Quirúrgicos para Residentes de Oftalmología de cuarto año. Con esta edición, el Instituto ha conseguido alcanzar, bajo la dirección del Dr. Pedro Corsino Fernández Vila, una importante meta formativa: 10 años seleccionando los temas más candentes y a los mejores ponentes para hacer del PROA un curso clave para los futuros especialistas en Oftalmología.

En esta ocasión el Curso reunió, durante el pasado mes de junio, a 69 residentes y 25 ponentes. Los temas que se abordaron fueron:

— El Glaucoma, que contó, como ponentes, con el mismo director del PROA 4, el Dr. Pedro Corsino Fernández, y con los Doctores Miguel Ángel Teus, Alfonso Antón, José M.^a Urcelay, Maribel Canut, Susana Duch, Alfredo Mannelli y Francisco Muñoz Negrete.

— Oculoplástica, Órbita, Neurooftalmología y Retina, contenidos desarrollados de la mano de los Profesores Francisco Gómez-Ulla y Carmela Capeans; y de los Doctores José M.^a Herreras, Gorka Martínez, Consuelo Prada, Andrea Sanz, José Pérez Moreiras, Gema Rebolledo, Jeroni Nadal y Carlos Mateo.



Participantes en el Curso.

— Polo Anterior, Tumores y Uvea, temas tratados por los Doctores Ramón Lorente,

Daniel Elies, M.^a Antonia Saornil, Nieves Martín, Antonio Segura, M.^a Teresa Rodríguez

Ares, Juan Álvarez de Toledo y Tomás Martí.

PROA 4 tuvo, como epílogo, la proyección de un vídeo homenaje a los ponentes y a su director, que han hecho realidad la 10^a edición del Curso. Además, el Dr. Pedro Corsino Fernández Vila entregó a los ponentes los hórreos conmemorativos preparados para recordar una ocasión tan especial.

La reunión concluyó de la mano del grupo musical Cámara 4, integrado por María De la Paz Dalisay, Santiago Abengoechea, Juan Álvarez de Toledo, Gorka Martínez Grau y Borja Salvador Cullà, quienes demostraron que, además de ser grandes oftalmólogos, también tienen mucho que decir en el mundo de la música.

En las mismas se constató que la combinación de fármacos antiangiogénicos con la terapia fotodinámica proporcionará mejores resultados en el tratamiento de la DMAE húmeda

Bilbao acogió las «3.ª Jornadas de Actualización Oftalmológica»

Las lesiones que aparecen en la retina debido a la DMAE húmeda crecen una media de 15 a 20 micras al día, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad son fundamentales para conseguir un mejor pronóstico para el paciente.

La combinación de fármacos antiangiogénicos con la terapia fotodinámica proporcionará mejores resultados en el tratamiento de la DMAE húmeda. Estos fueron dos de los mensajes lanzados en las «3.ª Jornadas de Actualización Oftalmológica», celebradas en junio en Bilbao.

La terapia fotodinámica con verteporfina ha sido el tratamiento específico utilizado durante los últimos 10 años para tratar la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) húmeda, una enfermedad que suele aparecer después de los 55 años y supone una pérdida de la visión central, no total, pero que impide la posibilidad de ver con nitidez las caras e incluso leer, lo que supone una ceguera legal importante en personas por encima de los 65-70 años. «Durante los últimos cinco años hemos utilizado la terapia fotodinámica, que es un tratamiento muy específico de la DMAE húmeda. Ha sido muy útil y lo sigue siendo en procesos degenerativos, sobre todo si iniciamos el tratamiento en un estadio inicial de la lesión», afirmó al respecto el Profesor Antonio Piñero Bustamante, catedrático de Oftalmología Universidad de Sevilla y Jefe de Servicio del Hospital Universitario de Valme. A su juicio,

«los antiangiogénicos (anti-VEGF-A) pueden potenciar la acción de la terapia fotodinámica, lo que en un futuro puede proporcionar aún mejores resultados y mejores perspectivas para los pacientes con esta enfermedad. En este sentido los resultados de los estudios que se están haciendo en el mundo con el antiangiogénico ranibizumab son espectaculares».

Ésta fue una de las novedades presentadas durante las '3.ª Jornadas de Actualización Oftalmológica', en las que se dieron cita oftalmólogos de toda España. En la misma se recordó que la DMAE es una enfermedad degenerativa de la retina que causa la pérdida de la visión central y el detalle de las imágenes manteniendo intacta únicamente la visión lateral o periférica. El envejecimiento de la población española hace que esta patología tenga un impacto importante, ya que afecta al 4% de la población mayor de 55 años y su incidencia aumenta con la edad, de

tal forma que a partir de los 75 años la prevalencia es del 8%. «Precisamente en una etapa de la vida en que leer o escribir pueden ser actividades importantes para las personas, aparece esta patología, empeorando enormemente la calidad de vida de estos pacientes», recalcó el Profesor Piñero.

PAPEL DE LA OFTALMOLOGÍA PRIMARIA

Durante la Jornada también se puso de relieve la importancia que tiene la Oftalmología Primaria para que el paciente sea diagnosticado inmediatamente. Para eso, «hay que educar a las personas mayores y en el momento en que noten cualquier anomalía, como ver las líneas torcidas, los marcos de las puertas torcidos, las caras deformes o las cosas más pequeñas de lo habitual, acuda inmediatamente al médico. El oftalmólogo que ejerce a nivel de Atención Primaria

debe derivar a ese paciente de forma inmediata al oftalmólogo de hospital, porque esas lesiones que aparecen en la retina tienen un crecimiento medio de 15 a 20 micras al día, lo que supone un crecimiento muy importante», subrayó el Profesor Piñero, constatando asimismo que «cuanto antes se diagnostica y trata la enfermedad, más eficacia y mejor pronóstico se consigue con el tratamiento».

Para la detección precoz, el Profesor Piñero advirtió sobre la importancia de que el especialista tenga en cuenta los grupos de riesgo de DMAE. En su opinión, «el factor de riesgo más importante de la DMAE es la edad. Además, la presencia de colesterol y el hábito tabáquico influyen en su aparición. Por otra parte, en los primeros estudios epidemiológicos de DMAE se llegó a la conclusión de que las personas rubias, con ojos claros y de piel muy clara, un patrón más anglosajón que mediterráneo, estaban más predispuestas a padecer esta enfermedad».

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
XXIV CONGRESO DE LA ESCRS	Londres, del 9 al 13 de Septiembre, 2006	Información: ESCRS Temple House, Temple Road Blackrock, Co Dublin, Irlanda Tfno.: +353 1 209 1100. Fax: +353 1 209 1112 E-mail: escrs@agenda-comm.ie
82 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA	La Coruña, del 27 al 30 de Septiembre, 2006	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
III CONGRESO ALACCSA CONO SUR	Buenos Aires, del 28 al 30 de Septiembre, 2006	Información: Congresos & Reuniones Cerrito, 307 - C.P. 11000 Tfno.: (598-2) 9160900. Fax: (598-2) 9168902 E-mail: alacsa2006@congresos-rohr.com www.congresos-rohr.com/alacsa2006
PROGRAMA DOCENTE DE POSTGRADO 2006-2007 Directores: Prof. Joaquín Barraquer, Dr. Rafael I. Barraquer	Barcelona, Octubre 2006 - Junio 2007	Información: Instituto Barraquer C/. Alforja, 88. 08021 Barcelona Tfno.: 93 414 67 98. Fax: 93 414 12 28 E-mail: instituto@barraquer.com www.barraquer.com
REFRACTIVA BIARRITZ 2006	Biarritz, 6 y 7 de Octubre, 2006	Información: Association Oeil Espace Hélios, Layatz II. 64500 St. Jean de Luz Tfno.: +33 5 59 85 11 02. Fax: +33 5 59 51 86 14 E-mail: lgauthier@ophtaluz.com / asso.oeil@wanadoo.fr www.asso-oeil.com
CURSO DE REFRACCIÓN PARA RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA Sede: Salón de actos del Instituto Oftálmico	Madrid, 20 y 21 de Octubre, 2006	Información: ESSILOR: Enrique Martín Tfno.: 91 334 32 18. E-mail: martinae@essilor.es www.essilor.es
XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE OFTALMOLOGÍA Tema monográfico: Iatrogenia en Oftalmología	Zaragoza, 27 y 28 de Octubre, 2006	Información: Secretaría Técnica SAO P&P Proyectos y Personas Alberto García Serrano. Tfno.: 976 29 12 99 Plaza San Miguel, 3. 50001 Zaragoza E-mail: proyectos@personas.e.telefonica.net
XVIII CURSO DE ESTRABISMO	Bilbao, del 2 al 4 de Noviembre, 2006	Información: Organizado por: Dra. M. Anguiano Jiménez, Dr. J.C. Castiella y Dr. J. López Garrido Colabora el Dr. Enrique Chipont Benabent Secretaría del Curso: Tfnos.: 944 16 73 00 - 944 16 72 11
REUNIÓN ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE OFTALMOLOGÍA	Las Vegas, del 11 al 14 de Noviembre, 2006	Información: Academia Americana de Oftalmología P.O. Box 7424 San Francisco, California 94120-7424 Tfno.: +1 415 561 8500. Fax: +1 415 561 8533 E-mail: meetings@aao.org
III VÍDEO CURSO DE ESTRABISMO. CURSO BÁSICO Sede: OFTALICA Clínica Oftalmológica de Alicante Director: Enrique Chipont	Alicante, 17 y 18 de Noviembre, 2006	Información: OFTALICA Avda. Padre Esplá, 58. 03013 Alicante Tfno.: 902 92 92 06 E-mail: info@oftalica.com Website: www.oftalica.com
FORUM ARRUFZAFA 2006 OCULOPLASTIA AL ALCANCE DE TODOS Organiza: Instituto de Oftalmología La Arruzafa Fundación La Arruzafa	Córdoba, 17 y 18 de Noviembre, 2006	Información: E-mail organización: secretaria@hospitalarruzafa.com E-mail secretaria: tempotours@telefonica.net
37 CONGRESO DE LA SOCIEDAD CATALANA DE OFTALMOLOGÍA	Barcelona, del 23 al 25 de Noviembre, 2006	Información: Secretaría: Laura Solvas L'Acadèmia - Departament d'Activitats i Congressos C/. Major de Can Caralleu, 1-7 08017 Barcelona Tfno.: 93 203 13 18. Fax: 93 212 35 69 E-mail: laurasolvas@acmcb.es www.acmcb.es/societats/oftal/index.html
REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID	Madrid, del 14 al 16 de Diciembre, 2006	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
XXXIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE OFTALMOLOGÍA	Santiago de Compostela, 27 de Enero, 2007	Información: E-mail: info@sogalicia.com Website: sogalicia.com

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
XX CURSO MONOGRÁFICO DE INICIACIÓN A LA OFTALMOLOGÍA Director: Prof. Julián García Sánchez	Madrid, del 29 de Enero al 22 de Febrero, 2007	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RETINA Y VÍTREO	Madrid, 16 y 17 de Febrero, 2006	Información: Paloma Robles Trebol Comunicaciones y Eventos C/. Puerto de Canencia, 20. 28220 Majadahonda (Madrid) Tfno. y Fax: 91 639 56 29. Tfno. móvil: 687 49 24 93 E-mail: paloma-robles@lyco.es
VI CONGRESO DE LA SOCIEDAD EXTREMEÑA DE OFTALMOLOGÍA	Llerena (Badajoz), 23 y 24 de Febrero, 2007	Información: Servicio de Oftalmología Complejo Hospitalario Llerena-Zafra Tfno.: 924 87 71 23. E-mail: juanruizoft@gmail.com
2.º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GLAUCOMA	Madrid, 2 y 3 de Marzo, 2007	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
IX ALICANTE REFRACTIVA INTERNACIONAL 2007 Director: Prof. Dr. Jorge L. Alió	Alicante, del 8 al 10 de Marzo, 2007	Información: Secretaría: Bárbara Pérez / Silvia Hernández Avda. de Denia, s/n. Edificio VISSUM. 03016 Alicante Tfno.: +34 96 525 40 62. Fax: +34 96 515 15 01 E-mail: refractiva@vissum.com http://www.alicanterefractiva.com
6th INTERNATIONAL GLAUCOMA SYMPOSIUM — I.G.S.	Atenas, del 28 al 31 de Marzo, 2007	Información: Kenes International — Global Congress Organizers and Association Management Services 17 Rue du Cendrier, PO Box 1726 CH-1211 Geneva 1, Switzerland Tfno.: +41 22 908 0488. Fax: +41 22 732 2850 E-mail: glaucoma@kenes.com Website: www.kenes.com/glaucoma
AMERICAN SOCIETY OF CATARACT & REFRACTIVE SURGERY (ASCRS)	San Diego, del 27 de Abril al 1 de Mayo, 2007	Información: American Society of Cataract & Refractive Surgery Meetings Department 400 Legato Road, Suite 850 Fairfax, Virginia 22033-9925 (USA) Tfno.: 1 703 591 2220. Fax: 1 703 591 0614 Website: www.ascrs.org
113 CONGRESO DE LA SOCIEDAD FRANCESA DE OFTALMOLOGÍA	París, del 5 al 9 de Mayo, 2007	Información: Société Française d'Ophthalmologie 17 Villa d'Alesia. F-75014 Paris (Francia) Tfno.: +33 1 44 126042. Fax: +33 1 44 122300 E-mail: sfo@sfo.asso.fr Website: www.sfo.asso.fr
22 CONGRESO DE LA SECOIR	Benidorm, del 9 al 12 de Mayo, 2007	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN RETINA Y VÍTREO	Oviedo, 25 y 26 de Mayo, 2007	Información: Secretaría General: Audiovisual y Marketing, S.L. C/. Donoso Cortés, 73, 1.º 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 58 79 y 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47 E-mail: avpm@oftalmo.com
XXVII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE OFTALMOLOGÍA	Cancún (México), del 31 de Mayo al 3 de Junio, 2007	Información: Servimed, S.A. de C.V. Barranca del Muerto no. 520, Col. Alpes. 01010, México D.F. Tfno.: (52-55) 9171-9570. Fax: (52-55) 5660-1903 E-mail: smo@servimed.com.mx
JOINT CONGRESS OF SOE & AAO 2007	Viena (Austria), del 9 al 12 de Junio, 2007	Información: SOE Secretariat P.O. Box 5619 SE-114 86 Stockholm (Sweden) Tfno.: +46 8 459 66 50. Fax: +46 8 661 91 25 E-mail: secretariat@soevision.org www.soevision.org
XIII KERATOMILEUSIS STUDY GROUP INTERNATIONAL CONGRESS	Cartagena de Indias (Colombia), del 14 al 17 de Junio, 2007	Información: www.kmsg2005@kmsg.org
V ENCUENTRO LA TOJA FACO-REFRACTIVA	Isla de La Toja O Grove (Pontevedra), 16 y 17 de Junio, 2007	Información: Instituto ALCON Tfno.: 901 12 03 03 E-mail: institutoAlcon@alconlabs.com Website: www.InstitutoAlcon.com