



Se celebró en Madrid, el 2 y 3 de marzo, con un elevado nivel científico

2.º Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma

La Sociedad Española de Glaucoma celebró en Madrid, el 2 y 3 de marzo, su 2.º Congreso, que se caracterizó por el alto nivel científico del programa desarrollado y la participación de los asistentes. Entre los actos desarrollados destacaron la Mesa Redonda sobre «Recientes aportaciones en la cirugía del glaucoma», la sesión de A Fondo centrada en el tema «Cirugía de primera elección en el glaucoma», los «Highlights'07 del Congreso Anual de la Academia Americana de Oftalmología», la sesión de Pros y Contras y la Conferencia Solicitada, con el título «Aspects of how to define success in glaucoma surgery: A worldwide consensus initiative», presentada por el Prof. Franz Grehn (Alemania). En el transcurso de la Sesión Administrativa con la que se cerró el Congreso se eligió la nueva Junta Directiva para el período 2007-2010, encabezada por el Prof. Francisco M. Honrubia López como presidente.



Imagen de la primera Junta Directiva de la Sociedad Española de Glaucoma una vez finalizado el Congreso.

(páginas 3, 4 y 6)

Tuvo lugar en Murcia, el 20 y 21 de abril

XX Curso Básico de la Sociedad Española de Estrabología

El XX Curso Básico de la Sociedad Española de Estrabología (SEE), que este año se celebró, el 20 y 21 de abril, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, volvió a caracterizarse por su alta asistencia. La convocatoria, excelentemente organizada por los Dres. Eduardo Fernández Muñoz y Abelardo Mínguez Rives se centró en «Tratamientos del Estrabismo». En la misma se desarrollaron un buen número de Cursos Avanzados y se presentaron también 22 comunicaciones en panel, entregándose premios a las 3 mejores.



De Izda. a Dcha.: Dras. Alicia Galán, Sagrario Maroto, Rosario Gómez de Liaño, Dr. Enrique Chipont, Dra. Pilar Gómez de Liaño y Dr. Diego Puertas Bordallo, miembros de la Junta Directiva

(páginas 22)

SUMARIO

	<i>Pág.</i>
● El experto opina	8
● Cross-Linking Corneal	10-11
● Tribuna: «Esperpento: igualdad, paridad, deportividad»	12
● El IOBA participa en el Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular creado en Castilla y León	14
● El Museo de Oftalmología del IOBA enriquece su colección	14
● Noticias: «El Curso de glaucoma cambia para ser más interactivo»	15
● 6.ª edición de las Perlas Facio-Refractiva	16
● Bloss Group, 10 años de éxito de la lente ICL	16
● «VICANTE OCT permite conocer mejor las estructuras que forman el segmento anterior»	18
● II Curso de Actualización en Retina y Vítreo	20
● El Instituto Barraquer entregó sus prestigiosos Diplomas de Cooperador de Mérito	20
● X Curso de Oftalmología Tropical	24
● Actividades sobre la OCT de la Carl Zeiss Academy	24
● Presentación en España de 'AcrySof Toric'	26
● Instituto Alcon refuerza su apuesta formativa en 2007	28
● El 8.º Curso de Cirugía Refractiva superó sus cotas de asistencia	30
● Paradojas de la censura en años de postguerra	34
● V Reunión Anual del GESOC	35
● Entrega de los Premios Fundaluce 2007	35
● 9.º Symposium Internacional Alicante Refractiva	36
● Crítica razonada médico oftalmológica (1.ª parte)	38-40
● Calendario de Congresos	42-43

Se celebró en Madrid, el 2 y 3 de marzo, con un elevado nivel científico

2.º Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma

Este 2.º Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma se abrió, a primera hora de la mañana del viernes, 2 de marzo, tras la correspondiente entrega de documentación a los asistentes, con una Mesa Redonda bajo el título «Recientes aportaciones en la cirugía del glaucoma». Patrocinada por BLOSS GROUP y moderada por el Prof. Francisco Honrubia López, contó con intervenciones de la Dra. Susana Duch Tuesta, sobre «Endociclotocoagulación»; el Dr. Julián García Feijóo, sobre «Válvula supracoroidea»; el Dr. Luis E. Pablo Júlvez, sobre «Microstent trabecular»; y la Dra. Gema Rebolledo Fernández, sobre «Novedades en implantes en cirugía no penetrante».

De forma simultánea, durante la mañana se presentaron dos Sesiones de Comunicaciones Orales. En la de PIO y Tonometría, que tuvo como presidente a la Dra. Susana Duch Tuesta y como secretario al Dr. José M.ª Martínez de la Casa, se habló de: «El glaucoma experimental en el estudio de la neuroprotección» (Dres. Elena Vecino, Alejandro Bayón, María Hernández, Ramón Almela, Agnesse Cozzi y David Rodríguez); «Comparando tres métodos de medición de PIO: ICare, Goldmann, Aire (Dres. Patricia Udaondo, Luis Amselem, David Salom, Manuel Díaz Llopis, Javier Montero y Salvador García Delpech); «Curva diurna de presión intraocular y flujo sanguíneo ocular pulsátil en pacientes normales (Dres. Elvira López Arroquia, Javier Benítez del Castillo Sánchez, Esteban Molina Lepe y Teresa Regí Puertas); «Estudio de reproducibilidad y exactitud del «Ocular Response Analyzer»» (Dres. Pío García Gómez, Javier Moreno Montañés, Miguel Maldonado, Noelia García y Loreto Mendiluce); «Estudio comparativo de flujo sanguíneo ocular pulsátil en una población de glaucomas, hipertensos y controles normales (Dres. Esteban Molina Lepe, Javier Benítez del Castillo Sánchez, T. Elvira López Arroquia y Teresa Regí Puertas); y «Protocolos de valoración y seguimiento de los pacientes sospechosos de glaucoma» (Dres. Ignacio Vinuesa Silva, M.ª Victoria Cobos Solo de Zaldívar,

Catalina Barrera Campanario y M.ª Dolores Pinazo y Durán)

En la Sesión de Métodos Diagnósticos, que tuvo como presidente al Dr. José A. Abreu Reyes y como secretario al Dr. Vicente Polo Llorens, se habló de: «Glaucoma Probability Score» en ojos glaucomatosos, hipertensos oculares y normales: comparación con el análisis de regresión de Moorfields y el campo visual» (Dres. Javier Moreno Montañés, Alfonso Antón, Marta Pazos, Noelia García, Loreto Mendiluce y Eleonora Ayala); «Capacidad diagnóstica para el glaucoma del análisis automático del HRT3 mediante el Glaucoma Probability Score» (Dres. Antonio Ferreras, José Manuel Larrosa, Vicente Polo, Luis Emilio Pablo, Victoria Pueyo y Francisco Manuel Honrubia); «Capacidad diagnóstica de la polarimetría láser y de la tomografía de coherencia óptica en la detección de sospechosos de glaucoma» (Dres. Ana I. Sánchez Cano, Begoña Baraibar Azcárraga y Luis E. Pablo Júlvez); «Valor pronóstico de Stratus OCT en sujetos con hipertensión ocular» (Dres. Concepción Larena Gómez, Elena Millá Griñó y Elena Bitrián Satorra); «Evaluación de los programas Threshold Noiseless Trend y Glaucoma Progression Analysis respecto al criterio de varios expertos (Dres. V.T. Díaz Alemán, M. A. González de la Rosa, A. Azuara Blanco, S. MacLeod, Z. Johnson, A. Anton, J. Abreu y J.J. Aguilar Estévez); y «Rendimiento del software GPA para detección de progresión en glaucoma» (Dres. Francisco Arnalich Montiel, Pilar Casas, Francisco Muñoz Negrete y Gema Rebolledo).

A media mañana, después de un pequeño receso, se desarrolló la sesión A Fondo, patrocinada por IMEX CLINIC y centrada en el tema «Cirugía de primera elección en el glaucoma», que tuvo como moderador al Dr. Alberto Martínez Compadre. En ella, el Dr. Alfonso Antón López habló sobre «Trabeculectomía»; el Dr. Javier Moreno Montañés se refirió a «EPNP» y la Dra. Susana Duch Tuesta se centró en «Implantes de drenaje clásicos». A continuación se celebró la Sesión Administrativa Informativa.

HIGHLIGHTS'07 DEL CONGRESO ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE OFTALMOLOGÍA

Tras el almuerzo, comenzó la presentación de nuevas Comunicaciones Orales. La sesión, sobre Cirugía No Perforante, tuvo como presidente al Dr. Gonzalo Muñoz Ruiz y como secretario al Dr. Jesús M.ª Hernández-Barahona Palma. Los temas presentados fueron: «Valor pronóstico de la presión intraocular a las 24 horas tras facoemulsificación y esclerectomía profunda no perforante» (Dres. Jorge García Pérez, Gema Rebolledo y F. J. Muñoz Negrete); «Efecto de la cirugía de glaucoma filtrante no penetrante en la agudeza visual. Estudio piloto a un año de seguimiento» (Dres. Esther Arranz Márquez, Miguel Ángel Teus, Celeste Marina Verde y Montserrat García);



Mesa Redonda. De izquierda a derecha: Dras. Gema Rebolledo y Susana Duch, Profesores Francisco Honrubia (moderador) y Julián García Feijóo y Dr. Luis E. Pablo Júlvez.



A FONDO. De izquierda a derecha: Dra. Susana Duch, Dres. Alfonso Antón, Alberto Martínez Compadre (moderador) y Javier Moreno Montañés.

«Resultados a largo plazo de la esclerectomía profunda no penetrante (EPNP) suplementada con 5-Fluorouracilo (5-Fu) sin implante: estudio prospectivo» (Dres. Consuelo Gutiérrez, Miguel Teus, Gema Bolívar y Ruth Sánchez); «Resultados a largo plazo de la faco-esclerectomía profunda no penetrante (Faco-EPNP) suplementada con 5-Fluorouracilo (5-Fu) sin implante: estudio prospectivo» (Dres. Consuelo Gutiérrez, Miguel Teus, Gema Bolívar, Miguel Castejón y Yanira Gómez); «Anestesia tópica más subconjuntival versus retrobulbar en la esclerectomía profunda no perforante suplementada con 5-Fu» (Dres. Consuelo Gutiérrez, Miguel Castejón, Gema Bolívar, Isabel Dapena y Miguel Teus); y «Protocolo de manejo de terapias antiemostáticas en torno a la cirugía filtrante de glaucoma» (Dres. Gonzalo Bartolomé, José Luis Urcelay y Teresa Cuesta).

Seguidamente hubo una Sesión Miscelánea, bajo la Presidencia de la Dra. M.ª José Vinuesa Silva y con el Dr. Javier Benítez del Castillo Sánchez como secretario. En ella se presentaron las exposiciones: «Estudio macular mediante tomografía óptica de coherencia y maculometer en pacientes glaucomatosos» (Dres. Javier Moreno

Montañés, Ana Fernández Hortelano, Loreto Mendiluce, Noelia García y Pío García Gómez); «Resultados y complicaciones de la cirugía de cataratas en ojos con longitud axial menor de la media» (Dres. Consuelo Gutiérrez, Miguel Castejón, María Castro, Gema Bolívar y



Prof. J. García Sánchez, moderador de los Highlights'07 del Congreso Anual de la Academia Americana de Oftalmología.

JUNTA DIRECTIVA 2007-2010

Presidente:

Prof. Francisco M. Honrubia López

Vicepresidente:

Dr. Alfredo Mannelli

Secretario General:

Prof. Julián García Feijoo

Vicesecretario:

Dr. Luis Emilio Pablo Julvez

Tesorero:

Dr. Francisco Muñoz Negrete

Vocales:

Dr. José Juan Aguilar Estévez
Dra. Susana Duch Tuesta
Dr. Gonzalo Muñoz Ruiz
Dr. Ignacio Vinuesa Silva

Miguel Teus); «¿Modifica la PIO la inyección intravítrea de Bevacizumab en la Retinopatía Diabética Proliferativa?» (Dres. J. A. Abreu Reyes, J. J. Aguilar Estévez, V. T. Díaz Alemán y M. A. Serrano García); «Reporte de dos casos de síndrome de fluido en la interfase (IFS) tras LASIK, con diferente forma clínica de presentación» (Dres. Esther Arranz Márquez, Miguel Ángel Teus y Gema Bolívar); «Análisis de supervivencia de Células Ganglionares de la Retina en ratas sometidas a glaucoma experimental» (Dres. Javier Haritz Urcola, María Hernández y Elena Vecino); y «Cambios en la expresión de Proteínas Ligantes de Calcio en retinas con glaucoma experimental» (Dres. María Hernández, Javier Haritz Urcola y Elena Vecino).

La última parte de la tarde se centró en los «Highlights'07 del Congreso Anual de la Academia Americana de Oftalmología», que tuvo como moderador al Prof. Julián García Sánchez. Bajo el patrocinio de PFIZER OPHTHALMICS, los ponentes fueron el Prof. Francisco Honrubia López («Novedades en trabeculoplastia láser»); el Dr. Pedro Corsino Fernández Vila («Factores de riesgo»); la Dra. Concepción Larena Gómez («Novedades en campimetría»); el Dr. Alfonso Arias Puentes («Novedades en el tratamiento médico»); el Dr. Alberto Martínez Compadre («El papel de las combinaciones fijas. Novedades»); la Dra. Susana Duch Tuesta («Novedades en cirugía»); el Dr. Francisco Muñoz Negrete («Actualidad en cirugía no perforante»); y el Dr. José María Martínez de la Casa («Microválvulas»).

PROS Y CONTRAS

El programa científico se abrió, el 3 de marzo, con un interesante panel de Pros y Contras, patrocinado por BLOSS GROUP, sobre «Diagnóstico Precoz y Valoración de la Progresión del Glaucoma con HRT». Tuvo como moderadores a los Dres. Javier Moreno Montañés y José Juan Aguilar Estévez, actuando como coordinadores los Dres. Alfredo Mannelli y José L. Urcelay Segura. En el tema «Los analizadores computerizados de papila y capa de fibras nerviosas de la retina en la práctica clínica», los Pros estuvieron a cargo del Dr. Francisco Muñoz Negrete y las Contras correspondieron a Dr. Francisco J. Goñi Foncillas. En el tema «Las combinaciones fijas de análogos de prostaglandinas» los Pros los presentó el Dr. José I. Belda Sánchez y las Contras estuvieron a cargo de la Dra. Mercé Guarro Miralles. En el tema de «La cirugía filtrante no perforante», con el patrocinio de PFIZER OPHTHALMICS, los Pros los presentó el Dr. Gonzalo Muñoz Ruiz y las Contras el Dr. Jesús Hernández-Barahona Palma.

Durante la mañana prosiguió la presentación de Comunicaciones Orales. Así, en la sesión sobre «Tratamiento Médico», presidida por el Dr. Pedro Corsino Fernández Vila y con el Dr. Francisco J. Muñoz Negrete como secretario, se habló de: «Utilidad de los tests monoclulares en glaucoma primario de ángulo abierto» (Dres. Olga Seijas Leal, José Luis Urcelay y Teresa Cuesta); «Efecto a corto plazo del tratamiento con Latanoprost en la profundidad de la cámara anterior en pacientes con presión intraocular alta» (Dres. Consuelo Gutiérrez, Miguel Teus y Gema Bolívar); «Ede- ma macular quístico postquirúrgico en pacientes en tratamiento con

NUEVA TÉCNICA EN CIRUGÍA NO PENETRANTE

En la discusión celebrada en la mañana del viernes, 2 de marzo, «A Fondo», patrocinada por IMEX CLINIC participaron el Dr. Alfonso Antón López, el Dr. Javier Moreno Montañés, la Dr. Susana Duch Tuesta y el Dr. Alberto Martínez Compadre como moderador del mismo. Trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante (EPNP), implantes de drenajes clásicos y la cirugía de primera elección en el glaucoma respectivamente, fueron los temas tratados.

En otra de las comunicaciones, presentada por el Dr. Francisco Muñoz Negrete (Hospital Ramón y Cajal, Madrid), «Actualidad en cirugía no perforante», se presentó una nueva técnica quirúrgica en la cirugía de glaucoma: un implante supracoroideo sin sutura de T-Flux en EPNP. Una técnica de la que el Dr. Gonzalo Muñoz (Vissum, Alicante) también habló en su comunicación «La cirugía filtrante no perforante». La técnica presentada por el Dr. Muñoz Negrete consiste en la introducción del pie del T-flux en el espacio supracoroideo mediante una incisión

creada por detrás del espolón escleral. Como ambos brazos del implante T-flux se introducen también en los agujeros laterales creados quirúrgicamente en el canal de Schlemm, 3 puntos de fijación hacen innecesaria la sutura del implante. La comunicación directa creada entre el lago intraescleral y el espacio supracoroideo permite que el implante supracoroideo de T-flux aumente la vía de filtración uveoscleral para la reabsorción de humor acuoso tras EPNP.

El implante T-flux (fabricado por Carl Zeiss y distribuido por ImexClinic) es de material acrílico hidrofílico no reabsorbible altamente biocompatible, de manera que no es colonizado por células; impide la cicatrización excesiva y promueve la formación de nuevos vasos acuosos. El diseño del implante en forma de T permite la fácil implantación, con un brazo de 4-mm de longitud y un cuerpo de 2.75 mm de largo por 0.1 a 0.3 mm de anchura. También posee un canal central de evacuación, y en su extremo posterior existe un agujero para su sutura.



Figura 1: Se crea una incisión de 2.5-3 mm justo por detrás del espolón escleral mediante cuchillito metálico de 30°.



Figura 2: Se utiliza una espátula roma para separar esclera de coroides.



Figura 3: El pie del implante T-flux se introduce en el espacio supracoroideo y ambos brazos en el canal de Schlemm, dejando el implante sin suturar.

prostaglandinas. Nuestra experiencia» (Dres. Miguel A. Castejón Cervero, Gema Bolívar de Miguel, Pilar Drake Rodríguez-Casanova, Consuelo Gutiérrez Ortiz y Miguel A. Teus Guezala); «Efectos a corto plazo del tratamiento tópico con dorzolamida sobre la presión intraocular corneal en ojos de conejo «in vivo»» (Dres. Gema Bolívar de Miguel, Miguel A. Teus Guezala, Consuelo Gutiérrez Ortiz, Miguel A. Castejón Cervero y Jesús Pareja

Esteban); «Efectos de incrementos agudos de presión intraocular en la paquimetría en ojos tratados con Travoprost. Un estudio animal» (Dres. Gema Bolívar de Miguel, Miguel A. Teus Guezala, Miguel A. Castejón Cervero, Consuelo Gutiérrez Ortiz y Eduardo Vleming Pinilla). En otra sesión posterior, sobre «Implantes de drenaje y casos clínicos», que tuvo como presidente al Dr. Ignacio Vinuesa Silva y como secretario al Dr. Miguel A. Teus

Guezala, se habló de: «Resultados de los dispositivos de drenaje para glaucoma según la experiencia del cirujano» (Dres. Enrique Mencía Gutiérrez, Esperanza Gutiérrez Díaz, Elena López Tizón y Marta Montero Rodríguez); «Resultados visuales a largo plazo en implantes de drenaje» (Dres. Esperanza Gutiérrez Díaz, Marta Montero Rodríguez, Antonio Clariana Martín y Enrique Mencía Gutiérrez); «Tratamiento de la erosión conjuntival

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. OPATANOL 1 mg/ml colirio en solución. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada ml contiene 1 mg de olopatadina (como hidrocloreto). Lista de excipientes, en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Colirio en solución. La solución es incolora y transparente. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de los signos y síntomas oculares de la conjuntivitis alérgica estacional. **4.2 Posología y forma de administración.** La dosis es de una gota de OPATANOL dos veces al día (con un intervalo de 8 horas) en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). El tratamiento puede mantenerse hasta un máximo de cuatro meses, si se considera necesario. Para evitar una posible contaminación de la punta del cuentagotas y de la solución, debe tenerse la precaución de no tocar los párpados, áreas circundantes ni otras superficies con la punta del frasco. Mantener el envase bien cerrado cuando no se utiliza. Si se emplea más de un fármaco por vía oftálmica, las aplicaciones deben espaciarse entre 5 y 10 minutos. Uso en ancianos. No es necesario un ajuste de la dosis en pacientes ancianos. Uso en niños y adolescentes. OPATANOL se puede utilizar en pacientes pediátricos (de 3 años o mayores) a la misma dosis que en adultos. Uso en insuficiencia hepática y renal. No se ha estudiado la olopatadina en forma de colirio (OPATANOL) en pacientes con insuficiencia hepática o renal. No obstante, no se espera que sea necesario un ajuste de la dosis en insuficiencia hepática o renal (ver apartado 5.2). **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la olopatadina o a cualquiera de los excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** OPATANOL es un agente antialérgico/antihistamínico, que se absorbe a nivel sistémico aunque se administre por vía oftálmica. Debe interrumpirse el tratamiento si aparecen signos de reacciones graves o de hipersensibilidad. Se ha notificado que el cloruro de benzalconio, que se emplea frecuentemente como conservador en productos oftálmicos, es causa de queratopatía puntata y/o queratopatía ulcerativa tóxica. Puesto que OPATANOL contiene cloruro de benzalconio, se aconseja un seguimiento cuidadoso de aquellos pacientes con ojo seco o con trastornos de la córnea, que utilicen el producto con frecuencia o durante un período prolongado. Lentes de contacto. Debe indicarse a los pacientes que esperen de 10 a 15 minutos después de la administración de OPATANOL y antes de colocarse las lentes de contacto. OPATANOL no debe administrarse mientras se llevan puestas las lentes de contacto. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios clínicos de interacción con OPATANOL. Los estudios in vitro han mostrado que la olopatadina no inhibe reacciones metabólicas que involucran el citocromo P-450 isoenzimas 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4. Estos resultados indican que es improbable que se produzcan interacciones metabólicas al administrar olopatadina conjuntamente con otras sustancias activas. **4.6 Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se dispone de datos clínicos sobre el riesgo de la utilización de la Olopatadina durante el embarazo. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre el embarazo, desarrollo embrio-fetal, parto o desarrollo postnatal (véase 5.3). Debe utilizarse con precaución en mujeres embarazadas. Lactancia. No se recomienda la administración de OPATANOL en mujeres en período de lactancia. La olopatadina se ha detectado en la leche de ratas después de la administración oral. Estudios en animales han mostrado una reducción en el crecimiento de las crías lactantes de hembras que recibieron dosis sistémicas de olopatadina muy superiores al nivel máximo recomendado para el uso oftálmico en humanos. Se desconoce si la administración oftálmica en humanos puede dar como resultado una absorción sistémica suficiente como para producir cantidades detectables en la leche materna humana. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Como con cualquier colirio, la visión borrosa transitoria y otras alteraciones visuales pueden afectar la capacidad de conducir o utilizar máquinas. Si aparece visión borrosa durante la instilación, el paciente debe esperar hasta que la visión sea nítida antes de conducir o utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas.** En estudios clínicos realizados aproximadamente en 950 pacientes, OPATANOL se administró de una a cuatro veces al día, en ambos ojos hasta un máximo de cuatro meses como monoterapia o como terapia coadyuvante a loratadina 10 mg. Cabría esperar que aproximadamente un 5,0% de los pacientes experimentaran reacciones adversas, no obstante sólo un 1,4% de los pacientes abandonaron los ensayos clínicos debido a reacciones adversas relacionadas con OPATANOL. Durante los estudios clínicos no se registraron reacciones adversas graves oftálmicas ni sistémicas relacionadas con OPATANOL. La reacción adversa relacionada con el tratamiento registrada con más frecuencia consistió en molestias oculares con una incidencia del 0,9%. Durante los estudios clínicos con OPATANOL se han descrito las siguientes reacciones adversas, que se relacionaron de una forma definitiva, probable o posible con el tratamiento. Todas las reacciones adversas mostraron una incidencia calificada de no habitual (0,1 - 1%). Oculares. No habituales: Molestias oculares. Prurito ocular. Hiperemia ocular. Secreción ocular. Queratitis. Ojo seco. Edema palpebral. Sensación de cuerpo extraño. Fotofobia. Sistémicas. No habituales: Generales: cefalea, astenia. Sistema nervioso: mareo. Aparato respiratorio: sequedad nasal. Durante la experiencia post comercialización con OPATANOL se ha informado en muy raras ocasiones (<0,01%) de las siguientes reacciones adversas adicionales que se consideran habitualmente relacionadas con el uso de agentes antialérgicos/antihistamínicos: visión borrosa, sequedad de boca, rinitis y eritema. **4.9 Sobredosis.** No existen datos disponibles en humanos en relación con la sobredosis por ingestión deliberada o accidental. La olopatadina tiene una toxicidad aguda baja en animales. La ingestión accidental del contenido completo de un frasco de OPATANOL daría lugar a una exposición sistémica máxima de 5 mg de olopatadina. De esta exposición resultaría una dosis final de 0,5 mg/kg en un niño de 10 kg, asumiendo una absorción del 100%. En perros, la prolongación del intervalo QTc se observó solamente tras exposiciones bastante superiores a la exposición máxima en humanos, de lo que se deduce poca significación clínica. No se observó prolongación significativa del intervalo QTc comparado con placebo, tras la administración de una dosis oral de 5 mg dos veces al día, durante 2,5 días, a 102 voluntarios sanos, jóvenes y ancianos de ambos sexos. El intervalo de concentraciones plasmáticas pico de olopatadina en estado estacionario (35 a 127 ng/ml) observadas en este estudio representan al menos un margen de seguridad de 70 veces para la olopatadina oftálmica con respecto a los efectos sobre la repolarización cardíaca. En el caso de sobredosis debe monitorizarse y tratarse adecuadamente al paciente. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1 Lista de excipientes.** Cloruro de benzalconio, cloruro sódico, fosfato disódico dodecahidratado (E339), ácido clorhídrico (E507) / hidróxido sódico (E524) (para ajustar pH), agua purificada. **5.2 Incompatibilidades.** Ninguna conocida. **5.3 Período de validez.** 3 años. Desechar 4 semanas después de la primera apertura del envase. **5.4 Precauciones especiales de conservación.** No son necesarias precauciones especiales de conservación. **5.5 Naturaleza y contenido del recipiente.** OPATANOL se presenta en frascos de 5 ml de polietileno de baja densidad y tapón de rosca de polipropileno (DROPTAINER). Formatos de presentación: envase que contiene 1 frasco de 5 ml y envase que contiene 3 frascos de 5 ml. Puede que no se comercialicen todas las presentaciones. **5.6 Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Alcon Laboratories (UK) Ltd, Pentagon Park, Boundary Way, Hemel Hempstead, Herts., HP2 7UD, Reino Unido. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/02/217/001. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 15.05.2002. **Condiciones de dispensación.** Con receta médica. **Condiciones de la prestación farmacéutica.** Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Presentación y PVP IVA.** Opatanol, envase con 5 ml, 11,07 €. Alcon Cusi S.A. **Bibliografía:** 1. Yanni JM, Stephens DJ, Miller ST, Weimer LK, Graff G, Parnell D, Lang LS, Spellman JM, Brady MT, Gamache DA. The in vitro and in vivo ocular pharmacology of olopatadine (AL-4943A), an effective anti-allergic/antihistaminic agent. J Ocul Pharmacol Ther. 1996 Winter;12(4):389-400. 2. Abelson MB, Spitalny L. Combined analysis of two studies using the conjunctival allergen challenge model to evaluate olopatadine hydrochloride, a new ophthalmic antiallergic agent with dual activity. Am J Ophthalmol. 1998 Jun;125(6):797-804. 3. Leonardi A, Abelson MB. Double-masked, randomized, placebo-controlled clinical study of the mast cell-stabilizing effects of treatment with olopatadine in the conjunctival allergen challenge model in humans. Clin Ther. 2003 Oct;25(10):2539-52. 4. Berdy GJ, Spangler DL, Bensch G, Berdy SS, Brusatti RC. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&db=AbstractPlus&list_uids=10945509&query=hl=8&tool=pubmed_docsum: A comparison of the relative efficacy and clinical performance of olopatadine hydrochloride 0.1% ophthalmic solution and ketotifen fumarate 0.025% ophthalmic solution in the conjunctival antigen challenge model. Clin Ther. 2000 Jul;22(7):826-33. 5. Lanier BQ, Finegold I, D'Arienzo P, Granet D, Epstein AB, Ledgerwood GL. Clinical efficacy of olopatadine vs epinephrine ophthalmic solution in the conjunctival allergen challenge model. Curr Med Res Opin. 2004 Aug;20(8):1227-33. 6. Ficha técnica Opatanol. 7. Lanny et col. Efecto estabilizador y antihistamínico de olopatadina en solución oftálmica: revisión de las investigaciones clínicas y preclínicas. Current Medical Research and Opinión 2005; 21(9):1377-1387. **Revisión del Material:** Enero de 2007.



Dres. Javier Moreno Montañés y José J. Aguilar Estévez moderadores de la sesión sobre «Diagnóstico precoz y valoración de la progresión del glaucoma con HRT».



Dres. José L. Urcelay y Alfredo Manelli, coordinadores de «Pros y contras».



Prof. Franz Grehn (Alemania) durante la Conferencia Solicitada.

recurrente en implantes de drenaje con injerto de mucosa bucal» (Dres. Marta Montero Rodríguez, Enrique Mencía Gutiérrez, Esperanza Gutiérrez Díaz y Juan Monsalve Córdoba); «Evaluación del Pars Plana Clip en el implante de la Válvula de Ahmed vía pars plana en pacientes con glaucoma refractario» (Dres. Javier Montero, David

Salom, Manuel Díaz Llopis, Baltasar Moratal, Salvador García Delpech, Patricia Udaondo, Luis Amselem y Paula Palomares); «Crisis hipertensivas de repetición secundaria a contacto irido-lenticular mantenido» (Dres. Daniel Pérez Formigó, Rodrigo Abreu González y M.^a Isabel Canut Jordana); «Glaucoma por cierre angular secundario a desprendimiento coroideo circular anular» (Dres. Amelia Robles Sánchez, Rodrigo Abreu y M.^a Isabel Canut Jordana); y «Melanocitoma de iris simulador de Síndrome de Cogan-Reese con diseminación pigmentaria monocular» (Dres. Consuelo Gutiérrez Ortiz, Jesús Pareja, Gema Bolívar, María T. Cedazo, Jose I. Busteros y Miguel A. Teus).

El Congreso tuvo como colofón la presentación de la Conferencia Solicitada, con el título «Aspects of how to define success in glaucoma surgery: A worldwide consensus initiative», por el Prof. Franz Grehn (Alemania). La Presidencia de la misma correspondió a los Profs. Julián García Sánchez y Manuel Sánchez Salorio. Finalmente se desarrolló la Asamblea General.



Sesión administrativa y clausura. De izquierda a derecha: Dres. A. Antón, A. Manelli, F. Honrubia, J. García Sánchez, A. Martínez Compadre y J. Aguilar Estévez.

COMUNICACIONES EN PÓSTER PRESENTADAS

PANELES 1-6

Presidente: Dra. Esperanza Gutiérrez Díaz
Secretaria: Dra. Esperanza López Mondéjar

- Panel 1:** «¿Es fiable el Tonómetro de rebote ICare en la Medición de la PIO?» (Dres. Patricia Udaondo, Luis Amselem, David Salom, Manuel Díaz Llopis, Javier Montero y Salvador García Delpech)
- Panel 2:** «Correlación entre paquimetría y presión intraocular en pacientes diabéticos» (Dres. Ramón Bringas Calvo, Hortensia Sánchez Tocino, Elena Vallejo Vicente y Darío Iglesias Cortiñas)
- Panel 3:** «Relación entre asimetrías paquimétrica y tonométrica» (Dres. Soledad Jiménez Carmona, Pedro Alemany Márquez, Inmaculada Failde Martínez, Lourdes Oriente Guarido y Antonio Domínguez Llorente)
- Panel 4:** «Reproducibilidad interobservador de la medida de flujo retrobulbar con Eco Doppler en glaucoma» (Dres. Luis Miguel Gallardo Sánchez, María Luisa Luque Valentín, Ana Martín Bravo y Paulino García Benedito)
- Panel 5:** «Estudio de 3 pacientes con glaucoma. Flujo vascular menor, caídas bruscas de flujo y aumento de resistencia en arterias ciliares finales» (Dres. José Luis García Serrano, Fermín Garrido Pareja, Antonio Martínez García, María Angustias Sánchez Rejón y Rosa María Bellido Muñoz)
- Panel 6:** «Estudio del flujo vascular en pacientes con glaucoma crónico simple y controles» (Dres. José Luis García Serrano, Antonio Martínez García, Fermín Garrido Pareja, Daniel Serrano Labora y María del Mar Briebe López del Amo)

PANELES 7-13

Presidente: Dra. Concepción Larena Gómez
Secretario: Dr. Muhsen Samaan Sabagh

- Panel 7:** «Avastin en glaucoma neovascular (Dres. Óscar Buchacra Castellano, Susana Duch Tuesta y Elena Milla Griñó)
- Panel 8:** «Uso intracamerular de Pentagapnib en glaucoma neovascular. A propósito de un caso» (Dres. M.^a Ángeles Ibáñez Ruiz, Beatriz de Andrés-Luna Bureo, M.^a Angeles Leal González, M.^a José Fernández García García, M.^a Carmen Fernández, Javier Guzmán, Pilar Ortega Campos y M.^a Teresa Pérez Martínez)
- Panel 9:** «Implante de Oculogen en la cirugía filtrante del glaucoma congénito» (Dres. V. T. Díaz Alemán, J. A. Abreu Reyes y J. J. Aguilar Estévez)
- Panel 10:** «Eficacia y seguridad de la goniopunción en la esclerectomía profunda no perforante (EPNP) y faco-EPNP suplementada con antimetabolitos sin implante escleral» (Dres. Consuelo Gutiérrez Ortiz, Isabel Dapena, Miguel Castejón, Gema Bolívar y Miguel Teus)
- Panel 11:** «Edema corneal e iritis secundarias a procedimiento de Needling con mitomicina C en un caso de fracaso de ampolla filtrante» (Dres. Consuelo Gutiérrez Ortiz, Jesús Pareja, Miguel A. Teus, Javier Guzmán, Miguel A. Castejón y María T. Cedazo)
- Panel 12:** «Tratamiento de la maculopatía por hipotonía mediante ciclofotocoagulación transescleral con láser diodo» (Dres. Francisco J. Muñoz Negrete, M.^a Carmen Díaz de Cerio Rasdem, Gema Rebolleda, German Ancochea y Jorge García Pérez)
- Panel 13:** «Análisis comparativo del espesor corneal central en pacientes con glaucoma pseudoexfoliativo, glaucoma crónico simple de ángulo abierto y controles en la población de Toledo» (Dres. Alfredo García Martín, Javier Guzmán Blázquez, Carmen Fernández González, Teresa María Pérez Martínez y María Pilar Ortega Campos)

PANELES 14-18

Presidente: Dr. Emilio Vila Mascarell
Secretario: Dra. Gema Rebolleda Fernández

- Panel 14:** «Glaucoma inducido por corticoides tópicos intranasales: a propósito de un caso» (Dres. Belén Gutiérrez Partida, Nélida Muñoz Sanz, María Alarcón Tomás, Gonzalo Bartolomé García, Teresa Cuesta Rodríguez y José Luis Urcelay Segura)
- Panel 15:** «Glaucoma con dilatación de los vasos episclerales en una paciente con microftalmos posterior» (Dres. Diana Mesa Varona, Soledad Jiménez Carmona y Pedro Alemany Márquez)
- Panel 16:** «Síndrome de apnea obstructiva del sueño y glaucoma» (Dres. Yolanda Fernández Barrientos, José María Martínez de la Casa, Julián García Feijóo, Carmen Méndez Hernández, Ana Fernández Vidal, Federico Sainz Francés, Carmen Martín Valdizán y Julián García Sánchez)
- Panel 17:** «Glaucoma facotópico por luxación traumática de cristalino» (Dres. M.^a Inmaculada Gascón Ginel, Juan F. Ramos López y Santiago Medialdea Marcos)
- Panel 18:** «Síndrome uveítis-ifema-glaucoma: a propósito de 3 casos» (Dres. M.^a Inmaculada Gascón Ginel, Juan F. Ramos López y Santiago Medialdea Marcos)

EL EXPERTO OPINA

El Gran Secreto de la DCR

Dr. Salvador García-Delpeche
Hospital General Universitario de Valencia

Hay secretos que siguen sin ser desvelados a la Humanidad y mantienen así el interés a lo largo de los tiempos; uno de ellos es el de las pirámides de Egipto. Es increíble cómo una civilización tan antigua y poco evolucionada podía construir esas estructuras tan desconocidas. Otro ha pasado a ser el de la Dacriocistorrinostomía (DCR); es increíble cómo una civilización tan moderna y tan evolucionada puede seguir realizando unas cirugías tan agresivas, cómo un simple lagrimeo puede desencadenar una cirugía tan desconocida.

De hecho, será una de las pocas cirugías que el oftalmólogo en la consulta procura evitar o no indicar. Si el paciente acude con epífora y la vía lagrimal no es permeable, puede que tendamos a mantener en secreto la existencia de una posibilidad quirúrgica. «Es normal que le llore», «tampoco le molesta tanto».

Esto ha hecho que al final seamos sólo unos pocos oftalmólogos, por osados o por no quedarnos otro remedio, los que nos venimos dedicando a hacer las DCR en los diversos hospitales y clínicas de este país. Y, mientras tanto, primero con los láseres YAG y luego con láseres de diodo, la tecnología ha seguido buscando una solución a esta incongruencia mantenida en el tiempo. La cirugía que duraba un mínimo de 45 minutos a horas pasa a ser de 7 a 15 minutos; los láseres vienen a ser pequeños y portátiles; los sistemas de endoscopia permiten «asomarse» por la cavidad nasal o por el canalículo lagrimal. Empiezan así a aparecer artículos en revistas, como 'Ophthalmology', 'Rhino-logy', 'Orbit' o 'Arch Soc Esp Oftalmol.', con series de pacientes tratados y resultados que van desde los 70,24% (Piaton JM) a los 78,1% (Ressiniotis T) o 94,11% (Alanon MA). Los que nos veníamos dedicando a tratar estos pacientes hemos pasado a realizar DCR láser en la mayor parte de nuestros casos, hemos mejorado así nuestros tiempos quirúrgicos y no hemos empeorado nuestros porcentajes de éxito. La posibilidad de que el paciente con epífora pueda operarse deja así de ser el secreto mejor guardado y pasa a ser una indicación más en nuestra consulta.

En concreto, nosotros estamos utilizando el sistema Flexiscope MCS con el láser ARC FOX de 980 nm. Con eso conseguimos realizar la exploración endoscópica de la vía lagrimal, la DCR láser asistida con endoscopio

nasal o canalicular, y los terminales del endoscopio nos permiten también obtener imágenes intraoculares. Si queréis **podréis verlo en la jornada de cirugía en directo que se realizará en Valencia el 14 de junio** (dentro del marco del Congreso Nacional de Oculoplastia).

Hace 7 días la agencia Efe emitía un comunicado diciendo

que un arquitecto francés, Jean Pierre Houdin, había encontrado la explicación al secreto de cómo se construyen las pirámides, explicación que podemos ver en tres dimensiones en la página (<http://khufu.3ds.com/introduction/>). Sin embargo, puede que la mayor parte de la gente lo desconozca, que piense que sigue siendo un gran secreto.

Es posible que la mayor parte de nosotros sigamos explicándole al paciente que la cirugía de la vía lagrimal es algo muy sucio, muy sangrante, muy complicado, un gran secreto, y que seguir utilizando un pañuelo es lo mejor que pueden hacer,... pero no podremos mantener esta tesis por mucho tiempo...

ARC FOX 980 NM

• Todo lo que esperas de un láser para la DCR

Láser listo para usar con un solo gesto.

▲ Permite realizar osteotomías de forma rápida, sencilla y segura.

▲ Aplicaciones: Dacriocistorrinostomía transcanalicular.



Atención al cliente: 902 901 514 - info@imexclinic.com - www.imexclinic.com
SEDE CENTRAL: C/ Charles Robert Darwin, 22 - Parque Tecnológico - Paterna (Valencia)
DELEGACIÓN: Gran Vía Carlos III, 84 - Planta 9 - Pta 3 - Barcelona

Cross-Linking Corneal

El Cross-Linking corneal es una técnica para el tratamiento del queratocono y de la queratectasia iatrogénica post-Lasik.

El **Cross-Linking** es una nueva técnica para el tratamiento del queratocono y la queratectasia iatrogénica post-lasik, resultado de más de 13 años de investigación por parte del Prof. Dr. Theo Seiler y el PD. Dr. E. Spoerl en Suiza y, posteriormente, por parte del equipo del Prof. Dr. Aldo Caporossi de la Universidad de Siena en Italia, que dirige los estudios multicéntricos en Italia, en los cuales participan más de 10 hospitales del país.

ver el epitelio corneal, se aplicarán varias gotas de Vitamina B2 (Ricrolin) cada 5 minutos, durante 20 minutos.

En la segunda fase se combina una gota de Rocrolin y 5 minutos de exposición UV y así sucesivamente durante 30 minutos.

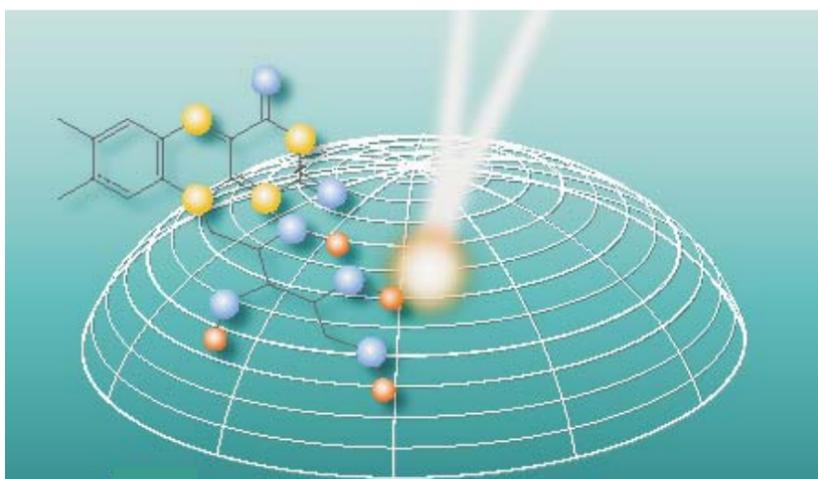
EL **CBMXLinker/VEGA** es un equipo médico diseñado y realizado por **CSO** para **SOOFT Italia**.

Se compone de un cabezal óptico con 5 leds, punto de fijación para el paciente, brazo

oftalmólogo el perfecto centrado y visualización del proceso, durante todo el tratamiento.

El **RICROLIN** es el nombre comercial de la Riboflavina (vitamina B2), que se suministra en jeringa de cristal de 1 ml y cánula, todo ello en formato estéril y con marcado CE. El Ricrolin no contiene conservantes. Está elaborado por el laboratorio italiano SOOFT Italia. El Ricrolin se suministra en un pack de 5 cajas.

El pasado 30 y 31 de marzo se realizó, en las instalaciones de Oftaltech en Barcelona, la «**Reunión Científica de Cross-Linking Corneal**», con la participación de: Prof. Dr. Aldo Caporossi, el Dr. Stefano Baiocchi y el Dr. Cossimo Mazzota de Italia, e integrantes del Siena Eye-Cross Project. también participaron los Doctores Luis Cadarso, Julián Cezón y Mohamed Shabayek (en



“

La intención del Cross-Linking es retrasar, e incluso eliminar el trasplante corneal

”

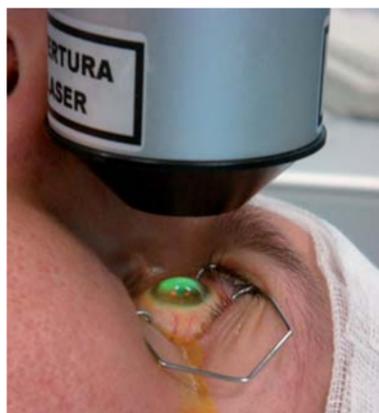
Este nuevo tratamiento para el queratocono está basado en el Cross-Linking molecular del colágeno corneal mediante rayos UV y riboflavina como cromóforo y como filtro protector de todos los medios oculares, reduciendo y/o deteniendo el adelgazamiento corneal progresivo e incrementando la resistencia biomecánica de la córnea.

Esta técnica quirúrgica se puede realizar como tratamiento inicial o incluso combinar con anillos intracorneales INTACS, ya que se trata de una técnica mini-invasora.

El tratamiento consta de dos partes: la primera, tras remo-

articulado para mejor centrado, sistema de vídeo integrado, monitor de TV y calibrador de energía.

El tratamiento se controla en todo momento a través de un monitor de televisión, ya que el cabezal emisor de rayos UV lleva incorporada una cámara de vídeo, garantizando al



“

El Cross-Linking es una técnica capaz de incrementar la rigidez y resistencia de la córnea y del cono un 70%

”

representación del Prof. Dr. Jorge Alió), que expusieron sus primeras experiencias con la técnica del Cross-Linking Corneal en nuestro país.

Dentro del programa del «8.º Curso Sevilla Refractiva» (CIMO), se realizó el «1.º Curso de Certificación de Cross-Linking Corneal», que había suscitado grandes expectativas e interés y que fue todo un éxito, además de obtener una alta participación, confirmando el interés que despierta esta nueva técnica dentro de la Oftalmología española.



Vista general de la sala durante el Curso de Cross-Linking en CIMO 2007.

Curiosa reflexión en torno a cuestiones hoy permanente presentes en la vida pública

Esperpento: igualdad, paridad, deportividad

Ramón Castro Inclán

Este artículo trata de llamar la atención, de forma original y recurriendo al esperpento, sobre una cuestión muy presente en los últimos tiempos en la opinión pública: la paridad. Tomando como base su posible aplicación al deporte, y por ejemplo, de forma directa al fútbol, el autor muestra situaciones que podrían llegar a producirse. Sobre esta base, y teniendo en cuenta los «ríos de tinta» que se han vertido sobre el tema, su pregunta final —«¿Qué sucedería si los políticos utilizasen una parte de su tiempo y nuestro dinero a buscar soluciones inteligentes a los verdaderos problemas que nos preocupan a todos los españoles?»— induce al lector a la reflexión y a su respuesta.

Cuando la fruta está madura, cae sin necesidad de sacudir el árbol (Observación personal)

Para que la gran mayoría del pueblo sea capaz de comprender el significado de paridad, sería conveniente iniciarla en aquellos aspectos que facilitasen una más rápida educación de todas las personas que más dificultades van a tener para entenderlo, y sobre todo para aceptarlo; por ello, para intentar lograr un procedimiento que permita alcanzar a corto plazo el éxito, tendríamos que hacer una aproximación al tema a través de la lógica.

La primera cuestión podría ser:
¿Quiénes son, a priori, los que probablemente van a presentar más resistencia a estos cambios y transformaciones fundamentales para el futuro estatus de sociedad desarrollada?

La respuesta es evidente: sin ningún género de dudas, los aficionados al deporte, y al decir deporte en España quiere decir fútbol, aunque también los aficionados al baloncesto, balonmano, hockey sobre patines, voleibol y un largo etcétera, podrían ser incluidos en la lista de los que, en mayor o menor medida, necesitan un plan especial de reeducación.

Como consecuencia de ello, se nos plantea una segunda cuestión:

¿Qué problemas tendríamos que resolver para que los deportes sean verdaderamente paritarios?

Quizá el primero y más importante: el número de jugadores, pues, con excepción del voleibol, en casi todos los deportes de equipo, el número de participantes es impar. En el fútbol se podrían adoptar dos soluciones, o bien incrementar el número de jugadores a 12 o, como veremos más adelante, tener simultáneamente dos porteros; del mismo modo, el baloncesto pasaría a tener 6 jugadores, el balonmano 8 (o 7 con dos porteros) y así sucesivamente. El problema de los árbitros hace años que se ha solucionado en el baloncesto, por lo que el resto de deportes asumirían esa regla, con la ventaja de que cada uno de los dos árbitros

tendría que encargarse únicamente de la mitad del campo y eso les permitiría estar más cerca de la jugada. También habría que contratar dos entrenadores (entrenador y entrenadora, por supuesto) lo que supondría una clara mejora pues, al tener que atender a un número menor de jugadores cada uno, se lograría que los entrenamientos fuesen más personalizados, lo que sin duda redundaría en una mejora de la calidad del juego.

Indirectamente estas medidas también podrían contribuir a disminuir la tasa de desempleo pues el incremento de plantillas iba a suponer un mayor número de jugadores titulares y suplentes, así como duplicar el número de árbitros y entrenadores; lamentablemente, en el voleibol únicamente se incrementaría el número de árbitros y entrenadores, pero también supondría un número significativo de aumento en las expectativas de empleo.

NECESIDAD DE ALGUNAS REFORMAS

Un pequeño problema, aunque no insoluble, es la necesidad de introducir algunas reformas en los reglamentos, nada que suponga un grave inconveniente pues, al fin y al cabo, a lo largo de la historia, todos los deportes han ido sufriendo transformaciones que, inicialmente suscitaban numerosas críticas pero finalmente se fueron aceptando, y hasta los más reacios han tenido que aceptar que supusieron una mejora en la dinámica del juego. Como sugerencias se tendría que contemplar que una mujer que hiciese una entrada violenta a un hombre tendría que ser castigada, lógicamente, con tarjeta amarilla o roja, según la gravedad de la agresión, tal y como regula el reglamento actual; sin embargo, si la agresión se produce de un hombre a una mujer, y merece cartulina amarilla, para no entrar en conflicto con la ley de violencia de género, habría que castigar al agresor con la correspondiente orden de alejamiento que, por ser una medida emblemática del fútbol a la hora de establecer barreras y distancias al ejecutar una falta, podrían ser los 9

metros; es decir, durante el resto del encuentro, el agresor no podría acercarse a menos de esa distancia de la agredida.

Otra redacción posible para este apartado del reglamento, podría ser que únicamente las mujeres pudiesen hacer entradas a las mujeres y los hombres a los hombres, lo que permitiría a los entrenadores idear nuevas tácticas de juego, que supondrían un incremento en el interés de los espectadores por el nuevo espectáculo ante la variedad de jugadas tácticas en los saques de esquina, saques de banda, jugadas a balón parado, etc. En este mismo sentido, se podría determinar que hubiese, como apuntábamos previamente, una portera y un portero, que serían los encargados de detener los balones de una u otra procedencia; de ese modo también se respetaría la igualdad de oportunidades entre porteros, y supondría también un incremento en el número de goles posibles, pues si el portero interviene en un balón desviado o golpeado por un jugador del sexo contrario se castigaría con penalti, que, a su vez, tendría que ser lanzado por un jugador del mismo sexo que el autor de la falta.

Si logramos convencer a los hinchas de las ventajas de estas modificaciones, la paridad, como mancha de aceite, se iría expandiendo en todos los órdenes de la vida cotidiana y evitaría a los partidos políticos la pérdida de tiempo que supone intentar convencer a sus votantes de las ventajas de la paridad, que incomprensiblemente algunos rechazan sin darse cuenta de que todo cuanto hacen nuestros representantes es única y exclusivamente por nuestro bienestar, y en ningún caso para provecho del partido, y mucho menos por interés personal.

La paridad de espectadores es otra cuestión, que quizá va tener mucho que ver con la educación que los niños reciben de padres y maestros, y es posible que exija más de una generación; pero, para alcanzarlo, también sería necesario empezar a trabajar ahora mismo en esa dirección si queremos ver la luz al final del túnel.

Estas meditaciones se han escrito con el ánimo de que lle-

guen a manos de los responsables del deporte y la política nacional para que se pongan manos a la obra y pongan en marcha esta idea, que generosamente pongo a su disposición sin reclamar derechos ni «copyright». Se la ofrezco para que la pongan en marcha como propia y la utilicen en sus campañas electorales si lo consideran conveniente, lo que va a suponer un aumento de la participación y, como valor añadido, el logro seguro de alcanzar la añorada mayoría absoluta.

“

La paridad de espectadores es otra cuestión, que quizá va tener mucho que ver con la educación que los niños reciben de padres y maestros, y es posible que exija más de una generación; pero, para alcanzarlo, también sería necesario empezar a trabajar ahora mismo en esa dirección si queremos ver la luz al final del túnel

”

Meditación final

¿Qué sucedería si los políticos utilizan una parte de su tiempo y nuestro dinero a buscar soluciones inteligentes (como ejemplo, esta que propongo, sin ir más lejos) a los verdaderos problemas que nos preocupan a todos los españoles?

Lamentablemente, no se me ocurre una respuesta, aunque imagino que cada lector tiene la suya propia.

Este nodo científico y telemático regional pretende estudiar la capacidad terapéutica de las células madre con el objetivo de impulsar la investigación traslacional

EL IOBA participa en el Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular creado en Castilla y León

El Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid forma parte de un Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular que se ha creado recientemente en Castilla y León y que integra a otros seis grupos de investigación: el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL), el Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM), el Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca (CIC), el Grupo de Terapia Celular Aplicada al Miocardio del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), en el que participan el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el de León y la Facultad de Veterinaria de León, y el Grupo BIOGORCE de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Técnicos Industriales de Valladolid. Ello ha sido posible gracias al acuerdo firmado por la Junta de Castilla y León y el Instituto de Salud Carlos III.

Se trata de un proyecto a cuatro años y con un presupuesto de 8 millones de euros



El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, César Antón, presentó el Centro en Red con los grupos de investigación participantes.

cofinanciado por ambas instituciones, cuyo fin es investigar la capacidad terapéutica de las células madre adultas. Para ello, los distintos grupos involucrados en el proyecto, se coordinarán en red, e impulsarán la investigación traslacional, buscando los fines terapéuticos y procurando que los resultados tengan aplicación práctica para curar a los pacientes. En la Comunidad ya se han eje-

cutado diversos ensayos clínicos en materia de medicina regenerativa y terapia celular, pero hasta ahora cada centro ha trabajado de forma aislada.

Las áreas prioritarias del Centro en Red serán la regeneración cardiovascular, el sistema nervioso, la terapia celular en hemopatías y la patología oftalmológica, lo que representa una buena noticia para el director del IOBA, José Carlos Pastor Jimeno: «Es importante que Castilla y León haya apostado fuerte por las enfermedades oculares, que aumentan cada día debido al envejecimiento de la población. La posibilidad de trabajar en red con otros grupos punteros, es motivo de esperanza para aquellos pacientes con problemas de visión». El IOBA centrará sus investigaciones en la reconstrucción de la superficie ocular y la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE).

El convenio permitirá la adquisición de nuevo equipamiento científico, la contratación de 41 nuevos investigadores, y la colaboración de más de 200 investigadores, además de situar a Castilla y León a la vanguardia de la investigación biomédica nacional.

El convenio permitirá la adquisición de nuevo equipamiento científico, la contratación de 41 nuevos investigadores, y la colaboración de más de 200 investigadores, además de situar a Castilla y León a la vanguardia de la investigación biomédica nacional.

Gracias a la donación de un oftalmólogo de Cádiz

El Museo de Oftalmología del IOBA enriquece su colección

El Museo de Oftalmología Dr. Saracíbar del IOBA ha recibido una donación de la familia del Dr. Jaime Pérez-Llorca, oftalmólogo de Cádiz, que falleció el pasado mes de septiembre. La viuda, M.^a Rosa Torecillas, ha querido donar el instrumental al Museo, que actualmente se está «reorganizando con vistas al traslado al nuevo edificio del Instituto, al tiempo que se está haciendo un exhaustivo inventario», explicó su director, el Profesor Anastasio Rojo, Doctor en Medicina y especializado en Historia de la Ciencia. Entre el instrumental recibido, que consta de más de 30 piezas, se encuentran aparatos de proyección, oftalmoscopios, tonómetros, lámparas de hendidura, refractómetros, campímetros, etc. «El Museo está actualmente enriqueciendo su colección gracias a las donaciones de oftalmólogos ilustres, como ésta que acabamos de recibir, y otras pendientes de llegar en breve», añadió Rojo. Entre los proyectos iniciados está el de digitalizar las revistas antiguas de Oftalmología españolas y ponerlas a disposición de todos a través de internet. Caja España ha financiado el traslado de todo el material del Dr. Pérez-Llorca desde Cádiz a Valladolid, y patrocinará la exposición que tendrá lugar del 8 al 23 de octubre en Valladolid, en la sede central de dicha institución, para presentar el Museo Dr.



Parte del instrumental recibido por el Museo de Oftalmología procedente de la donación del Dr. Pérez-Llorca.

Saracíbar y su contenido, y que llevará por título «Los ojos y la ciencia: manos e instrumentos para una buena visión».

El Dr. Jaime Pérez-Llorca nació en Cádiz, en 1930, en una familia de médicos, en la que su abuelo fue investigador médico y jefe de la Sanidad Española, y su padre catedrático de Oftalmología en Sevilla y Cádiz, además de tener varias clínicas oftalmológicas. Se licen-

ció en 1954 y realizó su tesis sobre el tema «Desarrollo de las vías lagrimales en el hombre». En 1959 empezó a trabajar como oftalmólogo de las factorías navales de la bahía de Cádiz y obtuvo plaza por oposición como oftalmólogo de los servicios provinciales de Sanidad Nacional. Sus investigaciones, centradas en la determinación objetiva de la agudeza visual y sus prácticas con el dispositivo de proyección oftalmológica de Kotowsky, únicas en España, fueron publicadas por la 'Gaceta Médica de España' en 1970 y posteriormente por los 'Archivos de la Sociedad Oftalmológica Española'. En su faceta como político, fue parlamentario andaluz y senador hasta 1995. El Museo de Oftalmología del IOBA, inaugurado en 1995, reúne unos 200 instrumentos y aparatos relacionados con la práctica de la Oftalmología, mayoritariamente empleados a finales del siglo XIX y principios de éste. La donación del Dr. Pérez-Llorca llena en alguna

medida el vacío que va desde después de la Guerra Civil hasta aproximadamente los años setenta. Gran parte del material fue donado por el Dr. José María Saracíbar, oftalmólogo vallisoletano. También cuenta con más de 500 libros y revistas especializadas, películas, fotografías, diapositivas antiguas e incluso algunos dibujos originales de D. Santiago Ramón y Cajal.

El Curso de Glaucoma cambia para ser más interactivo

El IOBA y el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario preparan la XXVII edición del Curso de Glaucoma, que este año tendrá lugar del 28 al 30 de noviembre. Los responsables del mismo, los Doctores Maquet y Ussa, consideran necesario incidir más aún en el carácter de formación continuada, en consonancia con las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior. «En los últimos años, al curso han asistido principalmente Residentes durante su período de formación, y hemos notado una escasa asistencia de oftalmólogos en ejercicio. En un intento de atraer a estos últimos vamos a realizar una serie de cambios haciendo el curso más interactivo, más participativo», explicó el Dr. Maquet, Jefe de Sección de Glaucoma del Hospital Clínico de Valladolid, y dedicado a esta patología desde casi tres décadas. «En los cursos pasados las comunicaciones abarcaban todos los aspectos del glaucoma, métodos diagnósticos, clínica, tratamientos, etc. Sin dejar de aportar la información imprescindible, este año queremos un curso más práctico, discutir más casos clínicos, y comentar dudas surgidas a los asistentes en su práctica diaria, demanda recibida en las encuestas realizadas por los alumnos en cada edición», añadió el Dr. Ussa, responsable de la Unidad de Glaucoma del IOBA.

Entre las novedades destaca que dentro de la página web del IOBA (www.ioba.es) se ha reservado un espacio de consultas para que los alumnos inscritos hagan llegar sus casos y problemas, tanto para discutir los más dudosos durante las jornadas, como para dar una respuesta corta de forma inmediata por parte de los organizadores del curso. «El glaucoma es una patología con una cirugía complicada. Por muy bien que se desarrolle todo en el quirófano, es difícil predecir el post-operatorio. A menudo, unos buenos resultados van a depender

más de la actitud del cirujano en los primeros días tras la cirugía», recordó el Dr. Maquet. «Aunque la incidencia sigue siendo la misma —alrededor del 2% de la población— cada vez tenemos más pacientes, porque hay más concienciación de la sociedad. Los años de trabajo nos han permitido investigar y

conocer mejor el problema», aseguró el Dr. Ussa.

El Curso, por el que han pasado ya más de 2.000 alumnos, ha pretendido desde el principio ser un lugar de encuentro y de intercambio de información, y está ya plenamente consolidado entre las ofertas de formación de residentes, por lo que ahora se va

a enfocar más hacia la actualización de conocimientos prácticos en un entorno más participativo. Los laboratorios ALCON, que patrocinan el Curso, colaboran además facilitando la información a manejar desde la página web a aquellos profesionales que no tengan posibilidad de acceso a Internet.



Universidad de Valladolid



PATÓLOGO

PARA EL LABORATORIO Y REGISTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA OCULAR DEL IOBA

En el IOBA existe una Unidad de Patología Ocular, que se considera uno de los programas básicos del Instituto, con una faceta de diagnóstico clínico y otra de investigación traslacional.

El Laboratorio tiene personal técnico y administrativo, dispone de técnicas de Inmunohistoquímica y mantiene estrecha colaboración con el Laboratorio de Biología Molecular del IOBA.

El Laboratorio tiene como finalidad:

- Optimizar el diagnóstico en Patología Ocular.
- Colaborar con otros laboratorios y grupos de investigación del IOBA.
- Realizar investigación traslacional.
- Conseguir autofinanciación mediante facturación de diagnósticos, convenios con empresas y proyectos de investigación.
- Mantener y desarrollar el Registro de Patología Ocular.
- Dar formación posgraduada en Patología Ocular, tanto a oftalmólogos como a patólogos.

Para ello necesita:

- Mantener la oferta de una cartera de productos: diagnóstico, inmunohistoquímica...
- Coordinar la investigación en Patología del IOBA.
- Desarrollar proyectos de investigación.
- Proponer, dirigir y coordinar actividades docentes específicas tanto en Formación Continuada como en el Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Visión.

Se requiere:

- Médico, con título español o europeo de especialista en Anatomía Patológica.
- Conocimiento de inglés elevado.
- Interés por el diagnóstico.
- Interés por la investigación.
- Interés por la docencia.
- Capacidad de trabajo en equipo y habilidades de comunicación.

Se ofrece:

- Incorporación inmediata al Instituto.
- Autonomía de gestión clínica, de diagnóstico e investigación.
- Remuneración competitiva.
- Estancias periódicas para formación específica en laboratorios de Patología Ocular internacionales.
- Posibilidad de realizar la tesis doctoral si no se posee.

Solicitudes:

Los interesados deberán enviar el CV, indicando la referencia "PATOLOGO" al correo electrónico: berta@ioba.med.uva.es.

Más información en www.ioba.es

En Benidorm, en el marco del 22 Congreso de la SECOIR

6.ª edición de las Perlas Faco-Refractivas

Durante la próxima edición del 22 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto Refractiva (SECOIR), ALCON organizará, como cada año, cirugías de catarata en directo, que se realizarán en el Hospital de la Marina Baixa, en Benidorm. Las cirugías, que contarán con la dirección de la Doctora Carmen Vivó, se realizarán en el quirófano del Hospital y serán retransmitidas en directo en el auditorio del Gran Hotel Bali, sede del Congreso. En el mismo se presentará también un vídeo de información médico-paciente y la aplicación práctica de EYEDIT, la nueva herramienta de teleconsulta entre especialistas, para consultas sobre Glaucoma.

La pasada edición de las Perlas Faco-Refractivas contó con la asistencia de más de seiscientos especialistas. Las cirugías en directo tienen por objetivo formar a los oftalmólogos asistentes y brindarles la oportunidad de extraer las «perlas» más interesantes (los trucos y habilidades de los cirujanos para poderlas aplicar en su práctica diaria). Esta vez, para la realización de las cirugías, se utilizará la última tecnología de ALCON, Infniti Vision System –un equipo que, además de aportar al cirujano un gran control y estabilidad durante la cirugía, ofrece la posibilidad de utilizar, dependiendo del tipo de intervención, el sistema Aqualase de licuefacción de la catarata por micropulsos de agua o la última generación de ultrasonidos torsionales OZil-. Estas tecnologías permiten una menor incisión ocular, así como un menor uso de energía en el ojo, lo que redundará en una mayor seguridad para el paciente y una mejor y más rápida recuperación.

El cristalino se sustituirá por la lente de última generación,



PERLAS
F A C O
REFRAC
T I V A S

BENIDORM 2007

‘Acrysof ReSTOR’, única lente intraocular que utiliza la tecnología apodizada difractiva para proporcionar a los pacientes intervenidos de catarata, con o sin vista cansada, una visión de calidad para ver de lejos, de cerca y a media distancia sin la necesidad del uso de las gafas en un 80% de los casos.

En esta edición se implantará, por primera vez, la lente ‘Acrysof Toric’, una lente monobloque natural que proporciona corrección para el astigmatismo de hasta dos dioptrías y media. Ha demostrado, además, en el estudio clínico multicéntrico poseer una rotación inferior a 4°, lo que la define como la opción más fácil para el astigmatismo con la máxima precisión.

Las cirugías serán comentadas por un panel de expertos bajo la moderación, como años anteriores del Dr. Javier Menticute. Integrarán el panel: el Prof. José Belmonte, que también realizará la ponencia de apertura; el Prof. Luis Fernández Vega; la Dra. Ana Martínez Palmer; el Dr. Carlos García Vte; el Dr. Francisco Poyales; el Dr. Humberto Carreras; el Dr. José Ángel Cristóbal Bescos; el Dr. Laureano Álvarez-Rementaría; y el Dr. Pere Villalonga. Las cirugías serán realizadas por los doctores Luis Cadarso; José Alfonso; Jaime Aramberri; y Juan Álvarez de Toledo. Contarán además con la colaboración especial de Abhay R. Vasavada, prestigioso oftalmólogo Indio.

VÍDEO DE INFORMACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y VERSIÓN GLAUCOMA DE EYEDIT

También en el marco del Congreso, ALCON presentará un nuevo servicio que ofrecerá al oftalmólogo: una película de Información al Paciente para la Sala de Espera. En formato DVD, y con una duración de 45 minutos, la película alterna explicaciones educativas breves para contribuir a mejorar el conocimiento que los pacientes tienen sobre la visión y las enfermedades oculares más frecuentes. Los temas que se tratan en la película son: anat-



mía del ojo; ametropías; «qué es la catarata»; «qué es el glaucoma»; «el ojo y la diabetes»; «qué es el desprendimiento de retina»; «la sequedad ocular»; «cómo ponerse un colirio» y «cómo administrarse una pomada».

Por otro lado, y en el stand de ALCON, se podrán realizar pruebas en vivo con EYEDIT, la nueva herramienta de teleconsulta entre especialistas desarrollada por el Instituto Alcon. EYEDIT facilita y simplifica la resolución de dudas en tiempo real entre profesionales que se encuentran alejados entre sí. En el stand se podrán realizar prácticas con la nueva herramienta para consultas de casos de glaucoma, en los que las imágenes de fondo de ojo, o de campimetría pueden ser compartidas por dos oftalmólogos desde sus ordenadores respectivos.

En el Congreso de la SECOIR

presentará además un novedoso equipo para Cross-Linking corneal

BLOSS GROUP, 10 años de éxito de la lente ICL

BLOSS GROUP tendrá una presencia activa en el Congreso de la SECOIR. Así, contará con un amplio stand, núm. 13-15 y 21-24, en el que los visitantes podrán ver y comentar productos consolidados y de reconocido prestigio, como la lente ICL o el ecógrafo Aviso, ponerse al día en el instrumental más novedoso para cirugía de catarata y conocer las ventajas y prestaciones de los últimos avances en alta tecnología al servicio del oftalmólogo español. En el mismo presentará el Sistema Emisor de UV diseñado por Dr. Theo Seiler, el equipo UV-X para Cross-Linking corneal, fabricado en Suiza bajo los parámetros más innovadores y, a la vez, de fácil uso. También aportará amplia información sobre el microscopio endotelial, el endoscopio ocular con láser IR de Endo-Optics, el módulo de córnea HRT-3 de Heidelberg y una extensa gama de productos específica para la prevención, detección precoz, seguimiento y tratamiento efectivo del glaucoma que BLOSS GROUP trae de la mano de las marcas más prestigiosas del mercado internacional. Otra de las novedades a destacar es la matriz de colágeno ‘Oculus-Gen’, que ofrece la ventaja de promover y controlar el bombeo dinámico del humor acuoso y de mantener bien formada y permeable la ampolla de fijación.

Y como evento de máximo interés, el viernes 11 de mayo, se organizará la III Reunión de Usuarios de la lente refractiva ICL, ahora también tórica. Este año la convocatoria es especial ya que se cumplen 10 años desde el inicio de su comercialización en España, con más de 10.000 lentes implantadas.

Para ampliar información consultar la web www.bloss-group.com, que irá ofreciendo las últimas noticias de forma actualizada.



Los Dres. Fernández-Vega y Alfonso presentan en SECOIR un estudio sobre el tomógrafo de coherencia óptica para segmento anterior de CARL ZEISS

«VISANTE OCT permite conocer mejor las estructuras que forman el segmento anterior»

Los Dres. Luis Fernández-Vega y José F. Alfonso han elaborado un exhaustivo estudio sobre VISANTE OCT —instrumento de tomografía de coherencia óptica de alta resolución sin contacto para uso específico en el segmento anterior del ojo— que se presenta en el 22º Congreso de la SECOIR. En este artículo detallan los avances que aporta respecto a otras tecnologías de tomografía computerizada en Oftalmología.

El Dr. Luis Fernández-Vega Sanz nació en Oviedo, en 1952. Miembro de la cuarta generación de una saga familiar de especialistas en Oftalmología, comenzó a ayudar en la profesión a su padre, Luis Fernández-Vega Diego, a una edad muy temprana. Estudió Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid, alcanzando el grado de Doctor en 1979. Es titular de la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo desde 1982, fecha en la que fue el catedrático de esta especialidad más joven de España. Desde 1983 es jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General de Asturias y en la actualidad es también director médico del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, centro que reúne a grandes especialistas en todas las ramas de la Oftalmología. Es autor de más de 125 publicaciones de la Especialidad, varios capítulos de libros, así como de numerosas presentaciones a Congresos Nacionales e Internacionales, habiendo dictado conferencias en casi todas las Universidades del país. Está en posesión de numerosos premios de la Especialidad, destacando entre ellos el Arruga, el Castroviejo, etc. Es miembro de las Sociedades Oftalmológicas más importantes del mundo, habiendo sido Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva, (SECOIR). En octubre de 2005 fue nombrado Académico de Número por la Academia Médico-Quirúrgica Española.

Por su parte, el Dr. José F. Alfonso Sánchez se doctoró en Medicina y Cirugía en 1987. Se especializó en Oftalmología, obteniendo la plaza de Profesor Titular de esta especialidad en la Universidad de Oviedo en 1991. Dentro de la rama oftalmológica, es especialista en Cirugía Refractiva. En la actualidad trabaja en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, en el que actúa como jefe del Departamento de Cirugía Refractiva y como coordinador científico. Es autor de múltiples publicaciones, destacando las basadas en cirugía refractiva, así como numerosas presentaciones en Congresos Nacionales e Internacionales. Es miembro de las Sociedades Oftalmológicas más importantes del mundo, siendo actualmente Secretario de SECOIR.

ESTUDIO SOBRE VISANTE OCT

Ambos especialistas han elaborado un exhaustivo estudio sobre VISANTE OCT —instrumento de tomografía de coherencia óptica de alta resolución sin contacto para uso específico en el segmento anterior del ojo— que se presenta en el 22º Congreso de la SECOIR. Como explica el Dr. Fernández-Vega, «el objetivo de este estudio es determinar la aplicación práctica del VISANTE en la cirugía del segmento anterior, principalmente en tres aspectos concretos: cirugía de la córnea —

queratoplastias—; cirugía refractiva mediante láser excimer y cirugía refractiva mediante lentes epicapsulares (ICLs), lentes de fijación iridiana (Artisan) y lentes de apoyo angular».

En este contexto, el Dr. Alfonso se refiere a los avances que VISANTE OCT aporta respecto a otras tecnologías de tomografía computerizada en Oftalmología: «Su



El Dr. José F. Alfonso junto al Prof. Luis Fernández-Vega.

CIRUGÍA REFRACTIVA

Por otro lado, el Dr. Alfonso explica la aportación de este tomógrafo de coherencia óptica para segmento anterior a la cirugía refractiva: «En la cirugía refractiva, tanto corneal como intraocular, contribuye en la valoración preoperatoria y en el seguimiento postoperatorio haciendo posible

puede contribuir a la planificación quirúrgica y al tratamiento postoperatorio en la cirugía refractiva con ICL. Sobre el primer punto, el Dr. Fernández-Vega afirma que «preoperatoriamente el VISANTE nos ayuda en la correcta selección del paciente, al valorar, además de la morfología corneal, la ACD, el ángulo iridocorneal y la distancia ángulo iridocorneal-ángulo iridocorneal. Esta distancia en un futuro podrá relacionarse, quizás de una forma más exacta que el blanco-blanco, con la distancia surcus-surcus, fundamental para el cálculo de estas lentes».

En lo que se refiere a la evaluación postoperatoria del paciente, el Dr. Alfonso explica que el tomógrafo de coherencia óptica para segmento anterior «permite valorar con exactitud la separación de la ICL con respecto al cristalino y con respecto al iris (vault), además del grado de compromiso del ángulo irido-corneal. Esta medida es muy importante en el seguimiento de los pacientes, ya que nos puede modificar los criterios de actuación y actualmente no pueden ser valorados de otra manera. La medida exacta del vault favorece la elaboración de nomogramas que nos permitan evitar complicaciones por un vault anómalo, como son la catarata o el glaucoma agudo. Además, permite valorar los cambios que se producen en cristalino e iris cuando se estimula la acomodación y determinar si existe o no un contacto intermitente con la ICL».

CIRUGÍA CORNEAL

Acercas de los criterios clínicos y oportunidades de aplicación en cirugía corneal, el Dr. Fernández-Vega explica que VISANTE OCT posibilita «programar la técnica quirúrgica con más precisión, especialmente en los casos de queratoplastias lamelares o en aquellos otros en los que utilizamos el láser de femtosegundos. Ahora es posible la planificación exacta de las dimensiones del injerto corneal que vamos a trasplantar. Además, facilita el diseño y ejecución de nuevas técnicas de queratoplastia penetrante».

Un componente esencial de este avanzado equipo es su software; sobre este aspecto, el Dr. Alfonso opina que, «a nivel de usuario, el software nos merece una valoración muy buena. Es sencillo, rápido e intuitivo. Es importante la facilidad que proporciona a la hora de realizar estudios, permitiendo hacer búsquedas sencillas y rápidas en función de categorías o parámetros». Otro aspecto crucial es el nivel de dificultad que conlleva el manejo de esta tecnología por parte de los profesionales, sobre lo cual el Dr. Fernández-Vega sostiene que VISANTE «permite un aprendizaje sencillo, rápido y cómodo por parte del profesional que lo realice; la rapidez con la que se realiza la prueba, unida a la facilidad y comodidad de ésta para el paciente, permite que pueda ser una práctica habitual en la clínica diaria».



En la imagen la entrada al Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, Oviedo.

ventaja, en la práctica clínica diaria, es que, de una forma no invasiva, sencilla y rápida, se pueden obtener imágenes del segmento anterior que ayudan a mejorar el conocimiento de las estructuras que lo forman, pudiendo cuantificar ciertas medidas que hasta ahora eran mucho más complejas de realizar».

En esta misma línea, el Dr. Fernández-Vega detalla cómo esta moderna tecnología «ayuda y facilita el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías del segmento anterior»; en lo que se refiere a las alteraciones corneales, este eminente especialista resalta cómo el VISANTE «contribuye a la evaluación de la morfología corneal»; respecto al glaucoma, este instrumento «permite la evaluación de la cámara anterior y la medida del ángulo iridocorneal, así como el seguimiento de cirugías de glaucoma, como trabeculectomías y trabeculoplastias»; acerca del iris, VISANTE OCT posibilita «la evaluación de su morfología, alteraciones o patologías, daños post-traumáticos, etc.»; además —continúa el Dr. Fernández-Vega— «nos facilita la valoración de la posición del cristalino y los cambios que se producen con la acomodación».

medir objetivamente parámetros muy importantes en estas cirugías».

Sobre las novedades que aporta VISANTE OCT a la cirugía LASIK, indica: «En casos primarios de cirugía con láser excimer, nos permite valorar la uniformidad de la paquimetría corneal, poniendo de manifiesto las zonas localizadas de adelgazamiento o engrosamiento, sospechosas de patología»; en lo que se refiere a los procedimientos secundarios, comenta que «nos permite valorar con suficiente fiabilidad el espesor de la lamela y el espesor del estroma residual; de ésta forma se puede valorar un nuevo tratamiento con láser si la relación de espesores es la adecuada». Y añade: «VISANTE OCT permite realizar mapas paquimétricos comparativos previos y posteriores a la cirugía que permiten valorar de forma exacta la cantidad de ablación, su centrado, la regularidad del corte,... a la vez que posibilita hacer comparaciones entre los distintos métodos: microqueratomo / láser de femtosegundo. También es posible el estudio de la interfase en la cirugía Lasik, importante en el seguimiento de pacientes con alteraciones a este nivel».

Otro aspecto de interés lo constituye la forma en que esta tecnología

Se desarrollará el 25 y 26 de mayo, en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, de Oviedo

II Curso de Actualización en Retina y Vítreo

Dr. Álvaro Fernández-Vega

Los próximos días 25 y 26 de mayo se va a celebrar, en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, de Oviedo, el II Curso de Actualización en Retina y Vítreo. Como en la primera edición, la convocatoria volverá a tener como director al Dr. Álvaro Fernández-Vega, coordinador de la Unidad de Retina y Vítreo de dicho centro, que explica seguidamente cuáles son los contenidos y objetivos del Curso.

Todos los años, en el Instituto, organizamos unos cursos relacionados con las distintas especialidades dentro de la Oftalmología al objeto de comentar y discutir las últimas novedades que se han producido en estos campos. Este año consideramos de verdadero interés dedicarlo a la retina pues son muchos, y muy importantes, los avances que, tanto desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento como del quirúrgico, se han producido durante este periodo de tres años transcurrido desde la realización del primer curso, celebrado en 2004.

El Curso está planteado en forma de discusiones muy activas, ya que en la anterior edición pudimos constatar que tuvieron una gran acogida por parte de los asistentes y se desarrollará durante dos días. Contará con la participación de los más prestigiosos retinólogos, con un total de 22 ponentes.

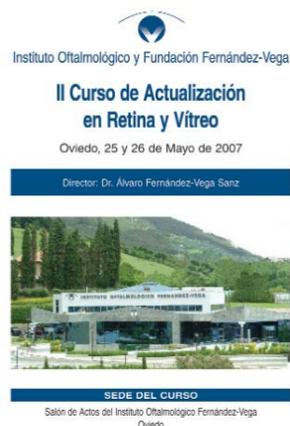


Dr. Álvaro Fernández-Vega.

Comienza con un simposium de vídeo-complicaciones de la cirugía de vítreo y retina, para continuar tratando diversos temas de actualidad en retina médica, que vamos a abordar planteándonos una serie de preguntas sobre cada uno de los temas, a las que trataremos de dar respuesta en las distintas ponencias, que se com-

pletarán con sendas mesas redondas, tras las exposiciones. Terminaremos, ya el sábado 26, con la presentación y discusión de diversos casos clínicos complicados, didácticos y a modo de problema y solución del mismo.

En cuanto a la organización, que gestiona la firma Audiovisual y Marketing, tengo que decir que ya en los primeros días de apertura de inscripciones se ha completado el aforo de nuestro salón de actos, lo que pone de manifiesto el gran interés entre los oftalmólogos por conocer lo último en lo que se refiere a esta superespecialidad.



En el marco de su Junta General Ordinaria

El Instituto Barraquer entregó sus prestigiosos Diplomas de Cooperador de Mérito

El Instituto Barraquer celebró, el 6 de marzo, su Junta General Ordinaria, bajo la presidencia del Profesor Joaquín Barraquer. En su transcurso se entregaron los prestigiosos Diplomas de Cooperador de Mérito, así como un Accésit Especial con motivo del 60 aniversario del Instituto y el Premio Joaquín Rutllán 2005.

Durante ella, el coordinador general, Alberto Madrigal, presentó la Memoria Anual de 2006, haciendo un recorrido por los premios y distinciones de sus miembros durante ese año, por la actividad docente del Instituto, etc., dando especial importancia a los cambios que se han producido en la Junta Rectora con la incorporación de los Dres. Ignacio García (Vocal), Juan P. Álvarez de Toledo (Vicesecretario), Mari-bel Canut (Vocal) y Francesc Duch (Vocal), que completan la Junta compuesta por el Prof. Joaquín Barraquer (Presidente), el Dr. Rafael I. Barraquer (Vicepresidente), la Dra. Elena Barraquer (Secretario), Ignacio Elizalde (Tesorero) y el Dr. Jeroni Nadal (Interventor).

Como en las ediciones precedentes, durante la Junta se hizo entrega de los Diplomas de Cooperador de Mérito del Instituto, que en esta ocasión recayeron en:

— OCATT, en el apartado correspondiente de 'Entidades': por su labor al servicio de la comunidad, en el control de la calidad y en la promoción de la obtención y distribución de órganos y tejidos para trasplante, y como homenaje a todos los profesionales que, con ilusión y desde su fundación, la han hecho posible. Recogió la distinción su Directora, la Dra. Rosa Deulofeu.

— Fundación Jorge Alió, en el apartado correspondiente de 'Acción Social o Política': por su política de desarrollo de la Oftalmología, mediante el fomento de la investigación, las campañas de prevención y las acciones asistenciales en zonas deprimidas. La distinción fue recogida por el Profesor Jorge Alió.

— Grupo Godó, en el apartado correspondiente a 'Medios de Comunicación': con motivo del 125 aniversario de 'La Vanguardia' y atendiendo a la relevancia concedida en su publicación a los temas que afectan a la Sanidad y en especial por el suplemento «Salud y Vida». Recogió la distinción el Director de Comunicación, Marius Carol.

— Laboratorios Esteve, en el apartado correspondiente a 'Industria Far-



Parlamento del Profesor Joaquín Barraquer.

macéutica o de Material Quirúrgico': por su destacada dedicación a la investigación y al desarrollo de nuevos productos farmacéuticos, y por su apoyo a la labor docente y divulgativa del Instituto Barraquer. La distinción la recogió su Director de Marketing, Xavier Pagés.



Dr. Jorge Alió y esposa, recogiendo el diploma con el Prof. Barraquer, Dra. Elena Barraquer y Dr. Rafael Barraquer.



Sr. Marius Carol, Grupo Godó, agradeciendo el premio.

PREMIO JOAQUÍN RUTLLÁN 2005

Como es habitual, también se entregó el Premio Joaquín Rutllán 2005, dotado con 3.000 euros, y dos accésits de 1.500 euros, al mejor trabajo sobre un tema de libre elección en relación con la Oftalmología. En esta convocatoria el Premio fue concedido al Dr. Fabiano Brandao, por su trabajo "La hidrofacoemulsificación mediante el sistema Aqualase: Una nueva alternativa en la cirugía del cristalino". El Primer Accésit fue para el Dr. Rodrigo Abreu, por su trabajo "Estudio comparativo de la vitrectomía vía pars plana 25G y 20G en la cirugía de la membrana epirretiniana", del que es coautor el Dr. Javier Elizalde. El Segundo Accésit correspondió a la Dra. Ana María Piñero, por



Sra. Rosa Deulofeu, Directora Organización Catalana de Trasplantes.



Dra. Ana M. Piñero, recogiendo su premio de manos del Prof. Barraquer.

su trabajo «Alteraciones fundoscópicas en pacientes miopes. Estudio de los hallazgos evidenciados mediante exploración clínica y topográfica de coherencia óptica».

Cabe destacar que este año, con motivo del 60 Aniversario de la constitución del Instituto Barraquer, fundado el 15 de abril de 1947 por el Profesor Ignacio Barraquer (1884-1965), se decidió dar un premio especial, que recayó en el Dr. César Alejandro Recancof, por su trabajo "Preparación, preservación y uso de la membrana mniótica. Reemplazo conjuntival en conejos", del que es coautor el Dr. Carlos René León.



Sr. Xavier Pages, Director de Marketing de Laboratorios Esteve.

Como colofón a estos actos, el Banco de Ojos para Tratamientos de la Ceguera, dirigido por el Profesor Joaquín Barraquer, distinguió como entidad colaboradora, por su labor de concienciación a favor de la donación de ojos durante 2006, a Pompas Fúnebres de Badalona, en la persona de su Gerente, Anna Gasió, quien destacó la gran respuesta social que encuentran en las familias al recordar la posibilidad de dar los ojos del difunto.

Previo a estos actos, en la Sala de Juntas del Instituto, tuvo lugar la Reunión de la Comisión Mixta de la "Cátedra de Investigación en Oftalmología Joaquín Barraquer", fruto de un acuerdo entre la UAB y el IB para potenciar el desarrollo de la Investigación Oftalmológica.

Se celebró en Murcia, los días 20 y 21 de abril, con una alta asistencia

XX Curso Básico de la Sociedad Española de Estrabología

El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, ha acogido, los días 20 y 21 de abril, el XX Curso Básico de la Sociedad Española de Estrabología (SEE), que este año ha tenido como actos científicos el XX Curso Básico de la SEE, que se centró en «Tratamientos del Estrabismo», y un buen número de Cursos Avanzados. La convocatoria volvió a caracterizarse por una elevada asistencia.

Organizado por los Dres. Eduardo Fernández Muñoz y Abelardo Mínguez Rives, el XX Curso Básico de la Sociedad Española de Estrabología se abrió, el viernes 20 de abril, con la preceptiva entrega de documentación, a primera hora de la mañana. Inmediatamente comenzaron las exposiciones. Las primeras abordaron los siguientes temas: «Ambliopía. Tratamiento», por el Dr. Diego Puertas Bordallo; «Conceptos básicos del tratamiento no quirúrgico», por la Dra. A. Serra Castanera; «Insuficiencia de la convergencia. Tratamiento», por la Dra. R. Gómez de Liaño; y «Toxina botulínica. Su empleo», por la Dra. R. Gómez de Liaño. Tras una pequeña pausa, la mañana se completó con ponencias sobre: «Conceptos básicos del tratamiento quirúrgico», por el Dr. J. Visa Nasarre; «Endotropías y su tratamiento», por el Dr. J. M. Rodríguez Sánchez; y «Exotropías. Tratamiento», por la Dra. T. Dapena Crespo y el Dr. C. Lavin Dapena.

Por la tarde se desarrollaron Cursos Avanzados sobre: «Estrabismo restrictivo», por los Dres. R. Gómez de Liaño, P. Gómez de Liaño, J. Visa, P. Merino y E. Chipont; «Patología palpebral infantil. Diagnóstico y tratamiento», por los Dres. M. Harto, E. España, I. Serra y J. Aviño; y «Diagnóstico diferencial de bebé aparentemente ciego», por los Dres. N. Martín Begué, C. Wolly-Dod y A. Wert Espinosa. La tarde se completó con el «Curso básico de videooculografía videonistagmografía», dirigido por el Dr. C. Laría Ochaita y que tuvo como colaboradores a los Dres. J. M. Rodríguez Sánchez y J. Torres Morrón.

MESA REDONDA SOBRE «COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO»

En la mañana del 21 de abril se presentaron las siguientes ponencias: «Ayer y hoy del tratamiento del estrabismo», por el Dr. E. Fernández Muñoz; «Tratamiento D.V.D.», por el Dr. E. Chipont Benabent; «Tratamiento D.H.D.», por el Dr. A. Mínguez Rives; «Incomitan-



Asamblea General de la S.E.E.



El presidente del Comité Organizador Dr. Eduardo Fernández Muñoz.

COMITÉ ORGANIZADOR DE LA REUNIÓN

Presidente: Eduardo Fernández Muñoz
Vocales: Abelardo Mínguez Rives, Enrique Chipont Benabent y Javier Rodríguez Sánchez

cias verticales. Tratamiento», por el Dr. A. Castanera; «Tratamiento de parálisis oculomotoras», por la Dra. P. Gómez de Liaño; «Tratamiento de síndromes especiales (DUANE y BROWN)», por el Dr. J. Rodríguez Sánchez; y «Reintervenciones», por la Dra. S. Maroto García.

En su parte científica, la reunión de la SEE se completó, por la tarde, con uno de sus 'platos fuertes': una Mesa Redonda sobre «Complicaciones de la cirugía del estrabismo». Estuvo moderada por la Dra. Alicia Galán y contó con unas muy interesantes exposiciones, desarrolladas por los Dres. Sagrario Maroto, José Visa Nasarre, Diego Torres García, Juan García de Oteyza y Felipe Villaescusa.

Finalmente tuvo lugar la Asamblea General de SEE, en la que se acordó que el próximo año se celebrará en la ciudad de Alicante el 19 Congreso de la Sociedad Española de Estrabología, organizado por el Dr. Enrique Chipont.

Cabe destacar asimismo que durante la reunión de la SEE se pre-

JUNTA DIRECTIVA S.E.E

Presidenta: Alicia Galán Terraza
Vicepresidenta: Sagrario Maroto García
Secretaria General: Rosario G. de Liaño Sánchez
Tesorera: Pilar G. de Liaño Sánchez
Vocales: Enrique Chipont Benabent, José A. López Garrido, Javier Rodríguez Sánchez y José Visa Nasarre
Director 'Acta Estrabológica': Diego Puertas Bordallo

sentaron también 22 comunicaciones en panel, entregándose premios a los 3 mejores, que correspondieron a:

1.º Premio a la Comunicación en Panel, titulada «Coriorretinopatía serosa central como complicación de multicirugía de estrabismo», de las Dras. Rosario Gómez de Liaño Sánchez, Ana Escalada Ferrándiz y Elena Piedrahita (Madrid).

1.º Accésit a la Comunicación en Panel, titulada «Síndrome de Duane bilateral: Revisión de 6 casos», de las Dras. Esther Santos Blanco, Alicia Galán Terraza y Ana Wert Espinosa (Barcelona).

2.º Accésit a la Comunicación en Panel titulada «Triamcinolona en el Síndrome de Brown», de las Dras. Emma García Ben y Carmen Gordón Bolaños (Burgos).



El Dr. Juan García de Oteyza en su intervención durante la Mesa Redonda.



El Dr. Enrique Chipont hace entrega del premio al mejor panel 2.º accésit a la Dra. García Ben.



La Presidenta de la S.E.E. Dra. Alicia Galán hace entrega de la placa al Dr. Eduardo Fernández Muñoz, por la organización del curso.

Se distinguió por el gran interés de los temas abordados

X Curso de Oftalmología Tropical

Por décimo año consecutivo, el 9 de marzo se ha celebrado, en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona), bajo la dirección del Dr. Julio de la Cámara y con la colaboración de los laboratorios Farma-lepori, el Curso de Oftalmología Tropical. Contó con más de 50 asistentes.

La reunión estaba prevista en su desarrollo para la mañana pero, debido al enorme interés de la mayoría de los temas abordados, se prolongó hasta bien entrada la tarde. Dichos temas se agruparon en 6 grandes apartados: Conjuntiva, Córnea, Cristalino, Glaucoma, Retina y Epidemiología.

Todos los temas fueron presentados por ponentes especializados y procedentes de diversos puntos de España. Así, el apartado de Conjuntiva fue desarrollado por la Dra. Amparo Berral (Córdoba) y por el Dr. Vito Mariel.ia (Manresa, Barcelona) y se ha centró en el Tracoma, tanto su clínica como su tratamiento, médico y quirúrgico. Sobre la Córnea hablaron el Dr. Tomás Martí (Barcelona) y el Dr. Abel Salas (Lleida), que abordaron la Patología Corneal en los Países en desarrollo y también la lepra. También se trataron, dentro del apartado dedicado al Cristalino, la Cirugía extracapsular y la Facoeulsificación; estas ponencias estuvieron a cargo de los Dres. M^a José Vinuesa (Salamanca), Rafael Rodríguez Infante (Barcelona) e Ignacio Vinuesa (Cádiz). En Glaucoma, el Dr. Jorge Loscos (Badalona, Barcelona) trató de Laser ciclococoagulación transescleral y en Retina se profundizó en Oncocercosis, por parte de la Dra. Eulàlia Rusiñol (Barcelona), y en SIDA, por la Dra. Beatriz Ponte (Sevilla) Por su parte el Dr. Joan Prat (Barcelona) expuso su experiencia en Tumores Oculares. Finalmente, el Dr. Javier Jiménez (Burgos), y en el apartado de Epidemiología, habló de la distribución



El Dr. Julio de la Cámara acompañado por varios ponentes del X Curso de Oftalmología Tropical.

mundial de la ceguera y del Programa 20/20 y el Dr. Julio de la Cámara se refirió a los últimos logros de Proyecto Visión. La conferencia de clausura correspondió al Dr. Jordi Gómez i Prat (Barcelona), quien, como responsable de los Servicios de Medicina Tropical de Barcelona, hizo una "aproximación a nuestro trabajo en el trópico".

PROYECTO VISIÓN

El éxito de esta reunión hay que buscarlo en el hecho de que se aprovecha la experiencia de los ponentes en su trabajo en Etiopía y

otros países del área subsahariana, pues todos forman parte de Proyecto Visión. Cabe recordar que Proyecto Visión desarrolla su actividad en Etiopía, y no se refiere únicamente a la cirugía pues va mucho más allá. Tiene como objetivo sentar las bases de un mejor futuro para las personas que atienden en sus desplazamientos. Para ello han fundado una Escuela para la formación de personal local de enfermería. Hasta ahora han sido 46 los que han realizado un Curso de Formación Especializada en Oftalmología durante un año, Ophthalmics Medical Assistants, OMA's, y son capaces de tratar las patologías más

habituales de la zona e intervenir a los pacientes con tracoma. Están ya trabajando en Centros de Salud del Tigray seleccionados por el Health Bureau del Tigray (HBT). Esta actividad formativa se ha visto reforzada, el pasado año, con la inauguración de una Residencia destinada a poder ofrecer un centro donde se pueda alojar a estudiantes y profesores e impartir esta formación en un medio cómodo, que combina un área de formación propiamente dicha con las áreas residenciales.

Proyecto Visión también lleva a cabo un programa de erradicación del tracoma en el distrito de Wucro, en colaboración con el Gobierno de Etiopía, siguiendo el programa de la OMS. Afortunadamente, Proyecto Visión ha ido expandiendo por toda España y ahora cuenta con el empuje de Proyecto Visión Sur, que está impulsando de forma importantísima y aportando fondos imprescindibles para que pueda mantenerse esta evolución en los próximos años.



Aspecto de la sala durante las sesiones.

En Santiago de Compostela y Madrid

Actividades sobre la OCT de la Carl Zeiss Academy

El Área de Formación de CARL ZEISS, Carl Zeiss Academy, continúa apostando por los cursos y seminarios de profesionalización en la División Médica; Carl Zeiss Academy se creó hace siete años en Alemania y comenzó a ser operativa en España hace cinco años. En este contexto, el 23 de marzo se celebró, en el Hotel Araganey de Santiago de Compostela, con gran éxito de asistencia, el 'Curso Teórico-Práctico de OCT en Retina y Glaucoma', impartido por los Dres. Moreno, Méndez y Saavedra.

Como ha destacado en distintas ocasiones el Dr. Javier Moreno Manresa —miembro del Departamento de Retina del Centro Oftalmológico Moreiras, en Santiago de Compostela—, «la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) es una tecnología con la que ya contamos desde hace diez años y que ha venido a ocupar un papel muy importante en todo lo que es la evaluación, tanto para diagnóstico como seguimiento de las enfermedades reti-

nianas, sobre todo aquellas que afectan a la mácula»; en este sentido, añade que la OCT «también es importante en la evaluación del nervio óptico y, específicamente, en la medición del espesor de la capa de fibras nerviosas peripapilares, que contribuye mucho al diagnóstico y seguimiento del glaucoma».

En este sentido, el tomógrafo de coherencia óptica 'Stratus OCT', desarrollado por CARL ZEISS, proporciona un nivel más alto de criterios de diagnóstico, lo que constituye una notable contribución a la confianza terapéutica para un amplio espectro de patologías oftálmicas. Haciendo uso de una luz de longitud de onda cercana al infrarrojo, el Stratus OCT genera imágenes de corte en vivo con una resolución axial de 10 µm y un análisis cuantitativo de las capas retinianas.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Un mes antes, el 16 de febrero, la Carl Zeiss Academy, en el



En la imagen el Dr. Javier Moreno.

marco del XI Congreso de la Sociedad Española de Retina y Vitreo, celebrado en Madrid, organizó —con gran éxito de audiencia—, el Simposio «Pasado, Presente y Futuro de la OCT». La ponencia fue llevada a cabo por el Dr. Javier Moreno, que destacó que la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) «es una tecnología con la que ya contamos desde hace diez años y que ha venido a ocupar un papel muy importante en todo lo que es la evaluación, tanto para diagnóstico como seguimiento de las enfermedades retinianas,

sobre todo aquellas que afectan a la mácula». En este sentido, añadió, la OCT «también tiene cabida en la evaluación del nervio óptico y, específicamente, en la medición del espesor de la capa de fibras nerviosas peripapilares, que contribuye mucho al diagnóstico y seguimiento del glaucoma».

De cara al futuro, el Dr. Moreno expresó su confianza en poder contar con sistemas informáticos que permitan realizar mediciones más precisas, y comparaciones en el tiempo que permitan tener una mayor información de la evolución de la enfermedad de un determinado paciente; «con las nuevas tecnologías —prosiguió— y, dado que el equipo de OCT es ahora capaz de obtener más datos de la retina en menor cantidad de tiempo, permitiendo así realizar reconstrucciones en tres dimensiones, habrá que ver si con esos mapas tridimensionales se pueden hacer también mediciones volumétricas que sean de utilidad en la práctica clínica».

Entrevista con los Dres. Jaime Aramberri y Javier Mendicute

Presentación en España de 'AcrySof Toric'

Durante el Congreso de la SECOIR se va a realizar la presentación oficial en España de la lente intraocular 'AcrySof Toric'. Los Dres. Jaime Aramberri y Javier Mendicute, de la clínica Begitek de San Sebastián, analizan en esta entrevista sus principales características y ventajas. Como concluyen, la lente «es una evolución más de la lente intraocular más implantada en el mundo, lo que ya es una garantía en sí» y «proporcionará mucha satisfacción a pacientes y cirujanos».

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Qué novedad aporta 'AcrySof Toric' en el mercado de las lentes intraoculares?

JAIME ARAMBERRI.- Es una herramienta más para responder a la fuerte demanda de emetropía que percibimos los cirujanos del cristalino en nuestros pacientes. Este hecho se ha disparado en los últimos años tras la incorporación de las lentes difractivas, la práctica rutinaria de técnicas incisionales intraoperatorias para el astigmatismo y la realización de LASIK/PRK para «rematar» el resultado. Se puede decir que la emetropía llama a la emetropía. Los nuevos pacientes quieren lo que sus familiares y amigos han obtenido.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- Si ya corrigen el astigmatismo con técnicas incisionales y/o láser excimer, ¿qué sentido tiene una LIO tórica?

JAIME ARAMBERRI.- Simplicidad. Las técnicas incisionales son un tanto engorrosas y muy cirujano-dependientes. Además la predictibilidad es baja, incluso en manos expertas con una dispersión significativa en los resultados. El tratamiento posterior con láser implica una segunda intervención, con asunción de nuevos riesgos y un evidente encarecimiento del proceso. La LIO tórica supone corregir el astigmatismo haciendo lo mismo de siempre.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Hay que modificar de alguna manera el proceso diagnóstico incorporando nuevas pruebas?

JAIME ARAMBERRI.- No. Quizás se hace más necesaria la práctica de la topografía corneal, que nos permite una valoración cuantitativa y cualitativa del astigmatismo corneal, pero creo que no es imprescindible. Se puede calcular la toricidad de la LIO a partir de la queratometría con una precisión aceptable.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- Ya que mencionan el cálculo del astigmatismo de la LIO, ¿es un proceso complicado?

JAIME ARAMBERRI.- En absoluto. Quiero destacar lo fácil que resulta gracias a la iniciativa de ALCON de habilitar una página Web (www.acrysoftoriccalculator.com) en donde se puede calcular la LIO. El cirujano tiene que calcular con su método habitual el equivalente esférico y el programa calcula la toricidad a partir de las Ks. El programa permite, además, imprimir una hoja con un diagrama de implantación que podemos llevar al quirófano.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Es amplio el rango de potencias y astigmatismos de estas LIOs?

JAIME ARAMBERRI.- ALCON ha querido asegurar una entrada progresiva en el mercado, habiendo visto la experiencia positiva de



Dr. Jaime Aramberri.



la Restor, por lo que en un primer paso hemos implantado LIOs desde +16 a +25 dioptrías con astigmatismos desde 1,5 a 3 dioptrías en el plano de lente. A partir de junio será incrementado el rango en esfera y progresivamente también en cilindro.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Se ha modificado de alguna manera el diseño de la 'AcrySof' que todos conocemos?

JAIME ARAMBERRI.- No. Se trata de la misma lente monobloque con hápticos Stableforce y el cromóforo que filtra la luz azul de la 'AcrySof Natural'. De hecho, la nomenclatura es SN60, con un apéndice TT que identifica a la 'AcrySof Tórica'. El material es el mismo acrilato hidrófobo con las virtudes por todos conocidas: alta adhesividad tisular, baja adherencia bacteriana, etc. La toricidad está en la superficie posterior de la óptica con el eje de referencia marcado con 3 puntos fácilmente identificables durante la cirugía.

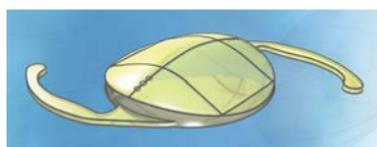
IMPLANTACIÓN Y ALINEAMIENTO

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Es difícil la implantación y el alineamiento?

JAIME ARAMBERRI.- Estamos implantándola con el inyector Monarch II por incisión de 2.75 mm. El punto clave es el alineamiento con el eje curvo corneal. Para identificarlo deberemos haber marcado preoperatoriamente el eje de 3 a 9 horas con un rotulador antes de tumbar al paciente con el objeto de evitar errores por ciclotorsión de decúbito. Si queremos una precisión absoluta se puede realizar una topografía tras marcar para estar seguros del eje rotulado. Poste-



Dr. Javier Mendicute.



riormente, ya tumbado en el microscopio y tomando como referencia el eje horizontal señalado, marcamos el eje curvo con una regla goniométrica (p.e. Méndez).

JAIME ARAMBERRI.- Es importante el momento final de la cirugía. Un detalle práctico es alinear la LIO con una leve rotación antihoraria con respecto al eje deseado, p.e. 5-10°, para que con la punta de irrigación-aspiración, al aspirar el viscoelástico, terminemos de alinear correctamente rotando la LIO en su sentido natural, es decir, en sentido horario. Otra posibilidad es mantener la LIO contra la cápsula posterior con un manipulador como mientras finalizamos la aspiración. Son maniobras sencillas y si al terminar aún queda una rotación, la recolocación apenas nos va a llevar uno o dos minutos.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Es tan importante alinear correctamente la LIO?

JAIME ARAMBERRI.- Es crítico. Piense que un offset de 10° implica la pérdida de un 33% del efecto. Es decir, si tiene un astigmatismo de 3 dioptrías a 75° y la LIO queda orientada a 65°, va a quedar un astigmatismo residual de 1 dioptría. Si el offset es de 30° el astigmatismo residual es de 3 dioptrías y a partir de ahí el astigmatismo resultante va a ser mayor que el preoperatorio.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- Siendo este punto tan importante, ¿cuál es la estabilidad rotacional de 'AcrySof Toric' en el postoperatorio tardío?

JAIME ARAMBERRI.- Nuestra experiencia es muy buena, si bien sólo con 3-4 meses de seguimiento. Los estudios de la FDA arrojan una rotación media de 3° a 6 meses y un trabajo independiente a punto de publicarse en JCRS, presenta una rotación media menor que 1° a 6 meses. Creo que son cifras excelentes que nos permiten augurar una buena esta-

bilidad rotacional de este modelo. Personalmente opino que va a ser la clave de su éxito.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Han observado diferencias en la estabilidad rotacional en función del grado de toricidad de la LIO o del eje de implantación?

JAIME ARAMBERRI.- En nuestra serie no se ha producido ningún caso de rotación significativa. En el estudio FDA se analizaron estas variables y el resultado fue negativo, es decir, el comportamiento rotacional fue igualmente bueno en las 3 toricidades y en cualquiera que fuera el eje de implantación.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Qué resultados refractivos han obtenido?

JAIME ARAMBERRI.- El equivalente esférico ha sido similar al obtenido con 'AcrySof' normal. En nuestra práctica obtenemos casi un 100% de ojos en ± 1 dioptría de equivalente esférico en el rango de +16 a +25 que es el probado en 'AcrySof Toric'. En cuanto a astigmatismo, sin entrar en mucho detalle, hemos obtenido el resultado buscado, ratificando la lente las expectativas en este sentido.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- ¿Han observado algún fenómeno indeseado con mala calidad visual: halos, deslumbramiento...?

JAIME ARAMBERRI.- En ningún caso. La lente se comporta en este sentido como una monofocal más, sin un incremento significativo en el deslumbramiento ni percepción de halos nocturnos. La experiencia nos dirá si la incidencia de disfopsias pseudofácicas es similar a otras monofocales no tóricas hidrófobas. De momento la percepción de calidad visual que nos transmiten los pacientes es muy positiva, aunque como siempre es importante señalar que la experiencia es corta.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- Con una experiencia tan positiva como refieren, supongo que habrán incorporado esta LIO a sus opciones terapéuticas...

JAIME ARAMBERRI.- No lo dude. 'AcrySof Toric' es una evolución más de la lente intraocular más implantada en el mundo, lo que ya es una garantía en sí. Pienso que es una lente intraocular que ha venido a quedarse y que proporcionará mucha satisfacción a pacientes y cirujanos.

'INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA'.- Den un motivo importante para implantar esta lente a un paciente con astigmatismo corneal significativo

JAIME ARAMBERRI.- Se trata de una vieja conocida que ahora, además, corrige el astigmatismo. Yo le respondería: Déme usted un motivo poco importante para no implantarla.

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. GANFORT® 300 microgramos/ml + 5 mg/ml colirio en solución. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Un ml de solución contiene 0,3 mg de bimatoprost y 5 mg de timolol (como 6,8 mg de maleato de timolol). Contiene cloruro de benzalconio 0,05 mg/ml. Para la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Colirio en solución. Solución incolora a ligeramente amarilla. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Reducción de la presión intraocular (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto o hipertensión ocular que no son suficientemente sensibles a beta-bloqueantes tópicos, o a análogos de prostaglandinas. **4.2 Posología y forma de administración.** *Dosificación recomendada en adultos (incluidas las personas de edad avanzada).* La dosis recomendada es de una gota de GANFORT® en el(los) ojo(s) afectado(s), administrada una vez al día por la mañana. Si se olvida una dosis, debe continuar el tratamiento con la siguiente dosis según lo previsto. La dosis no debe exceder de una gota en el(los) ojo(s) afectado(s) una vez al día. Si se ha de utilizar más de un producto oftálmico tópico, los diferentes productos deben instilarse con un intervalo de al menos 5 minutos. *Uso en la insuficiencia renal y hepática.* GANFORT® no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática o renal. Por lo tanto deberá aplicarse con cautela en el tratamiento de tales pacientes. *Uso en niños y adolescentes.* Sólo se han realizado estudios con GANFORT® en adultos, por consiguiente no se recomienda su aplicación en niños o adolescentes. **4.3 Contraindicaciones.** • Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes. • Enfermedad reactiva de las vías respiratorias, incluida asma bronquial o antecedentes de esta afección, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa. • Bradicardia sinusal, bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado, insuficiencia cardíaca manifiesta, shock cardiogénico. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Al igual que otros agentes oftálmicos aplicados por vía tópica, GANFORT® puede ser absorbido sistémicamente. No se ha observado ningún aumento de la absorción sistémica de los principios activos individuales. Debido al componente betaadrenérgico, timolol, pueden producirse los mismos tipos de reacciones adversas cardiovasculares y pulmonares que los observados con los betabloqueantes sistémicos. Antes de comenzar la terapia con GANFORT® se deberá controlar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. Se deberá supervisar a los pacientes con antecedentes de cardiopatía severa en caso de aparición de signos de insuficiencia cardíaca y verificar la frecuencia cardíaca. Se han comunicado reacciones cardíacas y respiratorias, incluido el fallecimiento debido a broncoespasmo en pacientes con asma, y, rara vez, fallecimiento asociado a insuficiencias cardíacas, después de la administración de maleato de timolol. Los betabloqueantes también pueden enmascarar los signos de hipertiroidismo y provocar empeoramiento de la angina de Prinzmetal, trastornos circulatorios periféricos y centrales severos e hipotensión. Los agentes bloqueantes betaadrenérgicos deben administrarse con cautela en pacientes que presenten hipoglucemia espontánea o a pacientes diabéticos (especialmente los que padecen de diabetes lábil) porque los betabloqueantes pueden enmascarar los signos y síntomas de hipoglucemia aguda. Mientras que reciben betabloqueantes, los pacientes con antecedentes de atopía o de reacción anafiláctica severa puede que no respondan a la dosis usual de adrenalina que se utiliza para tratar las reacciones anafilácticas. En pacientes con antecedentes de hepatopatía leve o niveles basales anómalos de alanino aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST) y/o bilirrubina, bimatoprost no causó ninguna reacción adversa sobre la función hepática durante 24 meses. No hay reacciones adversas conocidas de timolol ocular en la función hepática. Antes de iniciar el tratamiento se deberá informar a los pacientes de la posibilidad de que se produzca crecimiento de las pestañas, un oscurecimiento de la piel de los párpados y un aumento de la pigmentación del iris, ya que se han observado estos cambios durante el tratamiento con bimatoprost y GANFORT®. Algunos de estos cambios pueden ser permanentes y pueden dar lugar a diferencias de aspecto entre los ojos cuando el tratamiento se aplica sólo a uno de ellos. Después de la interrupción de GANFORT®, puede ser permanente la pigmentación del iris. A los 12 meses de tratamiento con GANFORT®, la incidencia de pigmentación del iris fue del 0,2%. A los 12 meses de tratamiento con el colirio de bimatoprost solo, la incidencia fue del 1,5% sin que aumentara después de un tratamiento de 3 años. No se han dado casos de edema macular cistoide con GANFORT®, pero se han dado casos poco frecuentes (>0,1% a <1%) después del tratamiento con bimatoprost. Por consiguiente se deberá usar GANFORT® con precaución en pacientes con factores de riesgo conocidos de edema macular (por ejemplo, pacientes afáquicos, pacientes pseudofáquicos con desgarro de la cápsula posterior del cristalino). El conservante en GANFORT®, cloruro de benzalconio, puede causar irritación ocular. Se deben retirar las lentes de contacto antes de la aplicación, dejando al menos un intervalo de 15 minutos antes de volverlas a insertar. Se sabe que el cloruro de benzalconio altera el color de las lentes de contacto blandas. Debe evitarse el contacto con las lentes de contacto blandas. Se ha comunicado que el cloruro de benzalconio provoca queratopatía puntata y/o queratopatía ulcerativa tóxica. Por lo que se requiere controlar a los pacientes que reciben tratamiento frecuente o prolongado con GANFORT® y que padezcan de ojo seco o tengan la córnea comprometida. GANFORT® no ha sido estudiado en pacientes con afecciones inflamatorias oculares, glaucoma neovascular, inflamatorio, glaucoma de ángulo cerrado, glaucoma congénito o glaucoma de ángulo estrecho. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios de interacción. Existe posibilidad de que se produzcan efectos aditivos resultando en hipotensión, y/o bradicardia marcada cuando un colirio que contiene timolol se administra concomitantemente por vía oral con bloqueantes de canales de calcio, guanetidina, o agentes betabloqueantes, antiarrítmicos, glucósidos digitales o parasimpaticomiméticos. Los betabloqueantes pueden aumentar el efecto hipoglucémico de los agentes antihipertensivos. Los betabloqueantes pueden enmascarar los signos y síntomas de hipoglucemia (ver sección 4.4). La reacción hipertensiva a la suspensión repentina de clonidina puede verse potenciada cuando se están tomando betabloqueantes. **4.6 Embarazo y lactancia.** Embarazo. No existen datos suficientes sobre la utilización de GANFORT® en mujeres embarazadas. *Bimatoprost.* No se dispone de datos clínicos adecuados sobre embarazos de riesgo. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a altas dosis maternotóxicas (ver sección 5.3). *Timolol.* Los estudios epidemiológicos no han revelado efectos relativos a malformaciones pero muestran un riesgo de retardo del crecimiento intrauterino cuando se administran betabloqueantes por la vía oral. Además, se han observado signos y síntomas de betabloqueo (p.ej., bradicardia, hipotensión, dificultades respiratorias e hipoglucemia) en el neonato cuando se han administrado betabloqueantes hasta el parto. Si se administra GANFORT® hasta el parto, deberá vigilarse cuidadosamente al neonato durante los primeros días de vida. Los estudios en animales con timolol han mostrado que se produce toxicidad reproductiva a dosis significativamente mayores que las que se usaban en la práctica clínica (ver sección 5.3). En consecuencia, GANFORT® no debería utilizarse durante el embarazo excepto si fuese claramente necesario. *Lactancia.* Timolol se excreta en la leche materna. No se sabe si bimatoprost se excreta a través de la leche materna humana pero se elimina en la leche de la rata lactante. GANFORT® no debería utilizarse por mujeres en el periodo de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** GANFORT® tiene una influencia insignificante sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Al igual que con todas las medicaciones oculares, si se produce visión borrosa transitoria durante la instilación, el paciente deberá esperar hasta que se aclare su visión antes de conducir o de utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas.** No se han observado en los estudios clínicos reacciones adversas a medicamentos (RAMs) específicas para GANFORT®. Las RAMs se han limitado a las comunicadas previamente para bimatoprost y timolol. La mayor parte de las RAMs fueron oculares, de intensidad leve y ninguna de ellas fue severa. En base a los datos clínicos de 12 meses, las RAMs comunicadas con más frecuencia fueron hiperemia conjuntival (principalmente del orden de traza a leve, y se piensa que no es de origen inflamatorio) en aproximadamente un 26% de los pacientes y condujo a la discontinuación en un 1,5% de los pacientes. Las siguientes RAMs fueron comunicadas durante los ensayos clínicos con GANFORT® (dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden de severidad decreciente): *Trastornos del sistema nervioso.* Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): dolor de cabeza. *Trastornos oculares.* Muy frecuentes (>1/10): hiperemia conjuntival, crecimiento de las pestañas. Frecuentes (>1/100, <1/10): queratitis puntata superficial, erosión corneal, sensación de ardor, prurito ocular, sensación de escozor en el ojo, sensación de cuerpo extraño, sequedad ocular, eritema palpebral, dolor ocular, fotofobia, secreción ocular, alteración de la visión, prurito palpebral. Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): iritis, irritación ocular, edema conjuntival, blefaritis, epifora, edema palpebral, dolor de los párpados, empeoramiento de la agudeza visual, astenopia, triquiiasis. *Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.* Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): rinitis. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.* Frecuentes (>1/100, <1/10): pigmentación blefaral. Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): hirsutismo. Con uno de los componentes se han visto acontecimientos adversos adicionales y pueden también producirse potencialmente con GANFORT®: *Bimatoprost.* *Infecciones e infestaciones:* infección (principalmente resfriados y síntomas en el tracto respiratorio superior). *Trastornos del sistema nervioso:* vértigo. *Trastornos oculares:* conjuntivitis alérgica, cataratas, oscurecimiento de las pestañas, aumento de la pigmentación del iris, blefaroespasmo, edema macular cistoide, retracción palpebral, hemorragia retinal, uveítis. *Trastornos vasculares:* hipertensión. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* astenia, edema periférico. *Exploraciones complementarias:* valores anómalos de las pruebas de la función hepática (LFT). *Timolol.* *Trastornos psiquiátricos:* insomnio, pesadillas, disminución de la libido. *Trastornos del sistema nervioso:* vértigo, pérdida de la memoria, aumento de los signos y síntomas de miastenia grave, parestesia, isquemia cerebral. *Trastornos oculares:* disminución de la sensibilidad corneal, diplopía, ptosis, desprendimiento coroidal (después de cirugía de filtración), cambios refractivos (debido a la suspensión de terapia miótica en algunos casos), queratitis. *Trastornos del oído y del labirinto:* tinitus. *Trastornos cardíacos:* bloqueo cardíaco, paro cardíaco, arritmia, síncope, bradicardia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva. *Trastornos vasculares:* hipotensión, accidente cerebrovascular, claudicación, fenómeno de Raynaud, manos y pies fríos, palpitaciones. *Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:* broncoespasmo (predominantemente en pacientes con enfermedad broncoespástica preexistente), disnea, tos. *Trastornos gastrointestinales:* náuseas, diarrea, dispepsia, sequedad de la boca. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:* alopecia, erupción psoriasisiforme o exacerbación de la psoriasis. *Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:* lupus eritematoso sistémico. *Trastornos renales y urinarios:* enfermedad de Peyronie. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* edema, dolor pectoral, fatiga. **4.9 Sobredosis.** No se ha descrito ningún caso de sobredosis, y no es probable que se produzca después de la administración ocular. *Bimatoprost.* En caso de ingestión accidental de GANFORT®, puede ser útil la siguiente información: en estudios de dos semanas de duración efectuados en ratas y ratones que recibieron bimatoprost por vía oral, dosis de hasta 100 mg/kg/día no produjeron toxicidad. Expresada como mg/m² la dosis mencionada es como mínimo 70 veces superior a la dosificación que recibiría un niño de 10 kg de peso al ingerir accidentalmente el contenido de un envase de GANFORT®. *Timolol.* Los síntomas de una sobredosis sistémica de timolol son: bradicardia, hipotensión, broncoespasmo, dolor de cabeza, vértigo, falta de aliento y paro cardíaco. Un estudio de pacientes mostró que timolol no se dializa fácilmente. Si se produce sobredosis, el tratamiento debería ser sintomático y de apoyo. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1 Lista de excipientes.** Cloruro de benzalconio. Cloruro sódico. Fosfato sódico dibásico heptahidratado. Ácido cítrico monohidratado. Ácido clorhídrico o hidróxido de sodio (para ajustar el pH). Agua purificada. **5.2 Incompatibilidades.** No procede. **5.3 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Allergan Pharmaceuticals Ireland, Castlebar Road, Westport, Co. Mayo, Irlanda. **7. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 19 de mayo de 2006. **8. PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Envase de 3 ml. PVP: 22,32€; PVP IVA: 23,21€. **9. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica y financiado por el Sistema Nacional de Salud. **Consulte la Ficha Técnica completa antes de prescribir.** **Referencias:** 1. Estudio 192024-026T GANFORT European Public Assessment Report. Disponible en la página web de EMEA. 2. Ficha técnica de Ganfort®.

INFORMACIÓN OFTALMOLÓGICA

Este año cuenta con 200 profesores y una oferta de cerca de 2.000 nuevas plazas

INSTITUTO ALCON refuerza su apuesta formativa en 2007

Un año más, el INSTITUTO ALCON ha reforzado su apuesta formativa. Así, su programa de formación 2007 cuenta con 200 profesores y una oferta de cerca de 2.000 nuevas plazas, repartidas entre sus instalaciones de Madrid, Barcelona y esta edición también en Valencia y Badajoz.

El Instituto ha decidido seguir ampliando su programa de formación con la finalidad de cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de la Oftalmología y ofrecer al profesional la formación más actualizada en esta especialidad. Este año ofrece más de 60 cursos presenciales y una novedad en cuanto a los escenarios para su celebración: las ciudades de Valencia y Badajoz se suman a las de Madrid y Barcelona, fruto de la voluntad de la compañía de acercarse al máximo número de profesionales posible.

En 2006 el Instituto acogió más de 1.800 asistentes en las actividades presenciales de sus instalaciones, laboratorios y cursos de auditorio y más de 600 en las cirugías en directo que tuvieron lugar en el Congreso de la SECOIR.

AULA PRESENCIAL

Los cursos teóricos se impartirán este año en las ciudades de Valencia y Badajoz, junto a las Madrid y Barcelona; los cursos prácticos seguirán realizándose en los dos quirófanos prácticos que ALCON tiene en Alcobendas (Madrid) y El Masnou (Barcelona). Para todo ello cuenta con la participación de 200 formadores entre los más reconocidos especialistas que imparten el programa, como cada año, de forma altruista.

El nivel de inscripciones, y la lista de espera generada durante los primeros días del periodo de inscripción, demuestran el alto interés y la excelente acogida por parte de los profesionales de la Oftalmología hacia el programa formativo ofertado.

Este año, todos los cursos del Aula Presencial están en proceso de acreditación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Consell Català de la Formació Mèdica Continuada, por lo que respecta a los cursos dirigidos a oftalmólogos, y por el Consejo General de Enfermería, a través de la Comisión de Formación Continuada para créditos CFC y CIE, para los dirigidos a la enfermería.

AULA ABIERTA

La formación presencial se complementa a través de Internet, siendo también una eficaz herramienta para la formación continuada. En la web del Instituto se encuentra un permanente apoyo formativo en forma de cursos breves 'on line' (eCursos), Animaciones multimedia interactivas, Simuladores de pruebas exploratorias o diagnósticas, Información para el paciente (Médico - Paciente) y Contenidos para sus presentaciones. Además, este año se presenta como novedad Eyedit (www.eyedit.com), una herramienta de teleconsulta entre profesionales que facilita y simplifica la resolución de dudas entre especialistas alejados geográficamente.

AULA ITINERANTE

El INSTITUTO ALCON se desplaza hasta los congresos oftalmológicos más relevantes que tienen lugar en España ofreciendo la formación más actualizada de la mano de reconocidos expertos dentro del stand de ALCON (Speaker's) o mediante reuniones sobre temas específicos en diferentes lugares de nuestra geografía (reuniones satélite como encuentro Facorefractivo, el Taller de Glaucoma o Las Perlas Faco - Refractivas).

P.R.O.A.

Por cuarto año consecutivo y con el objetivo de acompañar a los residentes en su formación, INSTITUTO ALCON les ofrece la oportunidad de participar en las cuatro convocatorias desarrolladas específicamente para ellos. Ofrece su soporte a los residentes, desde los primeros días en los que se inician en la Oftalmología hasta el final de su formación como especialistas de la visión.

P.R.O.A. 1: En esta ocasión será el Prof. Juan Murube quien reciba en la planta de El Masnou (Barcelona), a los residentes de primer año en el mes de septiembre.

P.R.O.A. 2: Los residentes que se incorporaron durante 2006 a la especialidad de Oftalmología tienen la oportunidad de participar, los días 18 y 19 de octubre, en la tercera reunión diseñada específicamente para ellos en Madrid bajo la dirección de Prof. Julián García Sánchez.

P.R.O.A. 3: Sevilla acogerá a los residentes de tercer año bajo la dirección del Prof. Antonio Piñero durante los días 29 y 30 de noviembre.

P.R.O.A. 4: Finalmente, el Instituto invita a todos los residentes de último año al curso de Protocolos Clínicos y Quirúrgicos en su décimo primera edición bajo la dirección del Dr. Pedro Corsino Fernández Vila del 31 de mayo al 3 de junio en Mondariz.

MEDIATECA

A través de un servicio personalizado y en múltiples soportes, en forma de préstamo y/o cesión gratuita, también pone al alcance del oftalmólogo los contenidos formativos de mayor relevancia publicados tanto en España como fuera del país. El Instituto cuenta con un Centro de Documentación, Cdteca, Biblioteca y DVDteca que pretenden facilitar, en la medida de lo posible, el proceso de búsqueda y localización de bibliografía científica. El profesional también puede encontrar cualquier número de las revistas especializadas, y se realiza una permanente labor de investigación para detectar y poner a su disposición aquellos contenidos formativos, en forma de libro, CDROM o DVs, que pueden ser de mayor interés.

Organizado por el Centro Internacional de Microcirugía Ocular (CIMO) se celebró en Sevilla del 19 al 21 de abril.

El 8.º Curso de Cirugía Refractiva superó sus cotas de asistencia

Más de 400 inscritos asistieron a la celebración de la octava edición del Curso de Cirugía Refractiva con cirugía en directo Sevilla 2007 durante los días 19, 20 y 21 de abril. Participaron más de 60 ponentes de prestigio nacional e internacional y se presentaron varias novedades mundiales. El Curso, declarado de interés científico-sanitario por la Junta de Andalucía, fue presidido por el Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología, el Prof. Dr. Juan Murube del Castillo.

Dirigido por el Dr. Julián Cezón Prieto, director del CIMO de Sevilla, en su edición de 2007 el Curso se celebró en las lujosas instalaciones del hotel Al-Andalus Palace de Sevilla; contó con un panel de ponentes y cirujanos de máximo nivel nacional e internacional. El Comité de Honor estuvo presidido por el Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología, el Prof. Dr. Juan Murube del Castillo.

La primera jornada, el jueves 19, se dedicó a dos cursos novedosos: el I.º Curso de Acreditación en técnicas de cross-linking corneal y «Todo lo que un cirujano de polo anterior debe saber sobre tratamiento de la DMAE». El primero, dirigido por los Dres. Luis Cadarso y Julián Cezón, y esponsorizado por Oftaltech, es el primero de este tipo que se realiza en España. La afluencia fue masiva, con más de 150 asistentes. El segundo, dirigido por los Dres. Luis Emilio Abad y Julio León, contó con la participación del Presidente de la Sociedad Española de Retina, el Dr. Francisco Gómez-Ulla. Como invitado de honor el Dr. Rubens Siqueira, de Sao Paulo (Brasil), hizo una presentación espectacular de técnicas de trasplante retiniano. El Dr. Abad presentó, por primera vez en España y ante 155 asistentes, el nuevo láser i-MP. Por la noche hubo una recepción oficial privada en los monumentales Alcázares de Sevilla.

El viernes 20 de abril se inició la jornada con la primera sección: «Actualización en técnicas de imagen...», dirigida por el Dr. Jaime Aramberri. En ella se presentaron las nuevas plataformas de Pentacam, Orbscan, así como los últimos avances en BMU, VHF y OCT. A continuación el Dr. Javier Benítez del Castillo dirigió brillantemente una sesión esperada: «glaucoma y cirugía refractiva». Tras el descanso, comenzó la primera sesión quirúrgica. Los Dres. Ruiz Mesa, Rodríguez-Prats, Orduña, Elíes, Aramberri y Cezón fueron los cirujanos designados en esta edición para mostrar el funcionamiento de la nueva pieza de mano de facoemulsificación OZIL (ALCON), el software CustomPulse de la plataforma Inifiniti (ALCON), las nuevas técnicas de facoemulsificación coaxial a través de 2,2 mm con implantación de lente intraocular multifocal ResTOR (ALCON) o la lente esférica Acrysof IQ (ALCON). Se mostró la técnica de implantación de la lente ICL Tórica (Staar, BLOSS)



Intervención del Dr. Julián Cezón durante el 8.º Curso de Cirugía Refractiva.



Los Dres. Soler y Cezón en distendida discusión.



El Prof. Don Joaquín Barraquer durante la conferencia magistral.

y se realizó cirugía MICS con la plataforma Megatron S3 (Geuder) e implantación de lente intraocular Superflex Asférica (Rayner). Hay que destacar la primera implantación mundial de la nueva lente intraocular M-Flex Tórica (Rayner) a manos del Dr. Cezón.

PRESENTACIÓN DE UNA NOVEDAD MUNDIAL

Tras el almuerzo, el Prof. Dr. Joaquín Barraquer impartió una conferencia magistral sobre «Corrección de errores refractivos astigmáticos y esféricos con lentes intraoculares». Seguidamente comenzó la sección «Cirugía facorretractiva de mínima incisión y lentes fásicas». El Prof. Alió presentó la nueva lente intraocular de pequeña incisión de Bausch & Lomb Akreos MI60 y acto seguido se mostró una cirugía MICS con la plataforma Millennium (B&L) implementada con el nuevo sistema de compensación de cámara e implantación de la lente Akreos MI60. El Dr. Alfonso mostró su amplia casuística con la lente Acritec 366 D y el Prof. Menezo expuso su dilatada experiencia con las lentes fásicas Artisan y Artiflex. En la sección sobre «Nuevas aproximaciones a la corrección de la presbicia», dirigida por el Dr. Vergés destacaron las charlas del Prof. Alió, sobre la lente intracorneal Acufocus, y del Dr. Rodríguez-Prats, sobre la lente intraocular NuLens. Muy interesante fue la presentación de la Dra. Anne-Marie Hips-

ley sobre la nueva teoría VisioDynamics, seguida de la cirugía escleral con LaserACE a cargo del Dr. Dimitri Dementiev.

La larga jornada del viernes finalizó con una sesión que bien se puede calificar de memorable: «Actualización en LASIK y ASA», dirigida por el Dr. Soler. El Dr. Llovet mostró, de forma magistral, cómo realizar un flap fino con microqueratomo y láser de femtosegundo. El Dr. Duch enseñó técnicas de epilasik con la plataforma XP de B & L y el Dr. Vergés comparó resultados con PRK y Epilasik. La Dra. De Rojas Silva enseñó cómo combatir el dolor tras cirugía ASA y el Dr. Giménez de la Linde expuso un precioso estudio comparativo con microscopía electrónica de cortes con microqueratomo y láser de femtosegundo. El Dr. Lovisolo mostró la nueva tecnología CT en de la plataforma IRES (Liggi). Como colofón, el Dr. Soler presentó una novedad mundial: técnica ASA con cepillo de Amoils asistido, una forma deslumbrante por su sencillez y eficacia de realizar una desepitelización circular perfecta. Para relajar



tantos ánimos los ponentes fueron invitados a una cena y baile en una típica Hacienda Andaluza del siglo XVIII y Museo de Carruajes.

LA 9.ª EDICIÓN, DEL 3 AL 5 DE ABRIL DE 2008

El sábado 21 se dedicó íntegramente a Técnicas de Remodelamiento corneal y, como novedad este año, a Técnicas de crosslinking. En el primero destacó la presentación del Dr. Cadarso de los nuevos anillos intracorneales Intacs SK, y la brillante charla del Dr. Ferrara sobre más de diez años de experiencia con anillos de Ferrara. La sesión fue amenizada con cirugía a manos del Dr. Alonso, implantando anillos Keraring con láser de femtosegundo, y del Dr. Cezón implantando manualmente los nuevos anillos Intacs SK. El Simposio sobre Cross-linking causó enorme expectación por ser el primero de estas características en nuestro país. A destacar las exposiciones del Dr. Mazzotta, sobre técnicas según la escuela de Siena (Italia) y microscopía confocal; del Dr. Iseli del IROC (Zürich) o del Dr. Álvarez de Toledo, sobre ortoqueratología y cross-linking. Se mostró por primera vez en directo y al completo en España el procedimiento quirúrgico de cross-linking con la nueva plataforma de CSO (Oftaltech) a manos del Dr. Mazzotta.



Para cerrar el evento, y como viene siendo habitual, el Dr. Cezón y su esposa, Feli Echarrí, coordinadora y organizadora del Curso, obsequiaron a los ponentes, en la tarde-noche del sábado, con una fiesta flamenca en el Real de la Feria de Mairena del Alcor. Ya se está preparando el 9º Curso, ¡cómo no!, con cirugía en directo. Se celebrará los días 3, 4 y 5 de abril de 2008, como siempre el fin de semana previo a la feria de abril.

Simpática reflexión sobre esta cuestión que marcó la vida de millones de españoles

Paradojas de la censura en años de posguerra

A. Arruga

Haciendo gala nuevamente de su conocimiento y de las experiencias personales vividas, enriquecidas con unos excelentes recursos bibliográficos, el autor reflexiona en este simpático artículo sobre las circunstancias singulares que marcaron la presencia de la censura en el largo periodo de la posguerra en España. Además de su efecto en las publicaciones oftalmológicas, el más evidente posiblemente el retraso que acumulaban, se aporta la visión de lo que implicó en el ámbito cinematográfico.

En su disertación con motivo del Centenario de «Archivos», nos recordaba Gustavo Leoz que toda publicación —incluso las meramente científicas (ignoro si también las tablas de logaritmos)— debía pasar la censura. No sé qué podrían incluir trabajos sobre temas oftálmicos ¿Proclividad izquierdoide? ¿Evocar conspiración judeomasónica-bolchevique? ¿Nombre malsonante de ciertas afecciones (glaucoma rojo)? ¿Mención a un trabajo por un rojo exiliado?

Total: entre la demora que implicaba, a veces la flema, otras la duda, del censor y la penuria, carestía, escasez, de aquellos años imperiales, los números de la revista aparecían con descomunal retraso. Así, más tarde, en las bibliotecas los trabajos figuraban

“

Toda publicación - incluso las meramente científicas (ignoro si también las tablas de logaritmos)- debía pasar la censura. No sé qué podrían incluir trabajos sobre temas oftálmicos ¿Proclividad izquierdoide? ¿Evocar conspiración judeomasónica-bolchevique? ¿Nombre malsonante de ciertas afecciones (glaucoma rojo)? ¿Mención a un trabajo por un rojo exiliado?

”

como redactados en fecha muy anterior a la en la cual lo fueron.

Pero la censura que más intrigaba a la mayoría era la del cine. Aunque comparados con lo que hoy nos sirve, incluso la televisión, los filmes osados de antaño parecen para adolescentes, la obsesión por la censura los años 40 y 50 era notable. Muchos se desplazaban de Barcelona a Perpiñan (175 kilómetros de, entonces, pésimas carreteras), donde como gran cosa podían ver las nalgas de Brigitte.

Los cortes en las películas eran famosos. Valentín Castanys escribió: —«Estas películas se metamorfosean de tal modo que las madres más escrupulosas pueden autorizar a sus hijas para que las vean: En el instante en que los labios van a unirse ¡zas! Aparece un paisaje. ¿Qué fuerza misteriosa es la de esos besos que, antes de producirse, provocan la aparición de paisajes?».

Pero si los cortes por la censura eran frecuentes, no es menos cierto que la imaginación de algunos alcanzó proporciones demenciales. La creencia de muchos era que el censor le había hurtado cosas inverosímiles: La imaginación se desbordaba. Hubo quien, convencidísimo, aseguraba que, en la escena de «Marabunta» —donde aparecen miles de hormigas gigantes volando— en la versión original no eran hormigas: Eran putas.

Me contó Nicolás Belmonte que, recién puesta en pantalla en Valladolid la película «Franco; ese hombre», un tipo, siempre en apariencia muy serio, aseguró, con aires de persona enteradísima: —«Me he enterado de que en la versión para el extranjero sale desnudo»— Y que hubo un patán que, por unos instantes, lo creyó.

A veces no salen escenas que precisen de la tijera del censor. Pero, por el argumento (concubinaje) es preciso recurrir al doblaje. A veces se hizo con tan poca fortuna que,

como señala Díaz-Plaja, la versión española resultó mucho más impúdica que la original. Como en «Su Vida Íntima» (con Margaret Sullivan y Charles Boyer) y «Mogambo» (con Grace Kelly, Ava Gardner y Clark Gable): Al intentar arreglarlo con el doblaje, el argumento resultaba mucho más inmoral: Ya no había concubinato; pero para el espectador la sensación no era ya de amancebamiento, sino de incesto, al convertirse la «amiguita» en hermana.

Es curioso que en aquellos años de severísima censura hubo quien la negaba. Recuerdo uno que, al ser preguntado por un joven visitante italiano, si en España había ya libertad de prensa, respondió fulminante: —«Total y absoluta»— Quizás conocía aquel consejo del «Senyor Esteve» a su hijo: —«Cuando tengas

razón, grita; para que se enteren. Y si no la tienes, grita más: —¡Así te creerán!».

La obsesión por lo subversivo alcanzó niveles curiosos. La dirección del cine Kursaal, de Barcelona, decidió ofrecer una proyección especial (previa a la del estreno), gratuita, de la película «Madame Curie», para los estudiantes de la Facultad de Medicina. Al decano lo le pareció oportuno «porque Madame Curie era un poco rojilla...».

BIBLIOGRAFÍA

- Castanys V. Nuevos episodios de la familia Sistachs 1943. Dalmau. Barcelona.
- Díaz-Plaja F. El español y los siete pecados capitales. 1966. Alianza Editorial. Madrid.
- Leoz G. Arch. Soc. Esp. Oftalm. Ed. Centenario. 2001. Madrid.

SOCIEDAD ERGOFTALMOLÓGICA ESPAÑOLA

1.º Curso de Oftalmología y Seguridad Vial

Madrid, 15 y 16 de junio 2007
Plaza de Las Cortes, 11

¿conduce tu paciente...?

Colabora: Grupo de Expertos OftalmoGETRA

Tuvo lugar en Córdoba, con una elevada participación

V Reunión Anual del GESOC

Con un inesperado éxito de participación, el 2 de marzo se celebró la V Reunión Anual del GESOC, en el Parador Nacional de La Arruzafa de Córdoba. Contó con la brillante organización y el patrocinio de los laboratorios ALCON, siendo coordinada por el Dr. Alberto Villarrubia, perteneciente al Instituto de Oftalmología La Arruzafa. La edición estuvo centrada en el estudio de las degeneraciones y distrofias de la córnea y a ella asistieron 500 especialistas de toda España.

La primera sesión, dedicada a las distrofias corneales anteriores y estromales, estuvo moderada por los Doctores José M.^a Herreras, Jesús Merayo, M.^a Teresa Sainz de la Maza y José M.^a Gallardo. Después de la presentación por parte del coordinador de la reunión, el Dr. Alberto Villarrubia, se hizo un repaso a la anatomía corneal a cargo del Dr. José M.^a Herreras. Luego, el Dr. David Galarreta comunicó los últimos avances en el campo de la genética en el estudio y etiopatogenia de las distrofias y degeneraciones corneales. La clasificación de estas patologías fue desarrollada por el Dr. Ramón Quintana. A continuación, el Dr. Juan José Pérez Santonja hizo un repaso a las distrofias y degeneraciones anteriores y los aspectos relacionados con la cirugía refractiva; esta última charla estuvo completada por otra no menos interesante a cargo del Dr. Fernando Soler. Las distrofias estromales fueron expuestas por el Dr. Tomás Martí que, junto con el Dr. Alberto Villarrubia, repasó las técnicas quirúrgicas para tratar estas patologías. El final de esta sección corrió a cargo del los Dres. José Manuel Benítez y Jesús Montero, que presentaron unas espectaculares imágenes de microscopía confocal para completar el estudio de estas enfermedades.

La segunda sesión de la mañana se dedicó al desarrollo de las distrofias corneales posteriores y estuvo moderada por los Dres. Javier Mendicute, Tomás Martí, Juan Álvarez de Toledo, José Luis Güell y Alberto Villarrubia. El Dr. Juan Álvarez de Toledo introdujo el tema con una conferencia sobre la clasificación y clínica de estas patologías. Seguidamente, el Dr. Mark Terry expuso sus trabajos y conocimientos en una de las técnicas quirúrgicas que más desarrollo está ofreciendo hoy día nuestra especialidad: el recambio



Sesión en la que se debatió sobre las ventajas e inconvenientes de las técnicas de recambio endotelial.

de las capas más posteriores de la córnea para tratar la patología endotelial. Fue este quizás el momento más esperado por muchos de los asistentes y, además, más emotivo, por la forma en que dio a conocer su vasta experiencia en estas técnicas. El Dr. José Luis Güell ahondó en el tema y realizó una interesante comparación de las técnicas de recambio endotelial respecto a las técnicas de queratoplastia penetrante. Tras él, el Dr. Antonio Hidalgo expuso las potenciales ventajas de las técnicas lamelares versus las penetrantes en el manejo y control del glaucoma. Por último, el Dr. José Alfonso presentó una interesante técnica de queratoplastia penetrante para disminuir la posibilidad de hemorragia expulsiva cuando a la patología corneal se asocia una catarata.

LA VI REUNIÓN, EN ALICANTE

Después de un animado almuerzo de trabajo, comenzó la primera sesión de la tarde, dedica-

da al estudio de las alteraciones ectásicas de la córnea. Estuvo moderada por los Dres. Juan Durán, Fernando Soler, M.^a Teresa Rodríguez Ares y Jesús Montero. La Dra. Paz Rodríguez ofreció unos interesantes datos en relación a la forma "fruste" de queratocono; dicha charla fue completada por el Dr. Iñigo Jiménez Alfaro al desarrollar los aspectos clínicos y diagnósticos de la ectasia postLASIK. El Dr. Javier Celis presentó unas magníficas imágenes de ojos con degeneración marginal pelúcida y el Dr. Oscar Gris sorprendió con una espectacular técnica quirúrgica para mejorar a los pacientes con queratoglobos. Finalizó esta primera sesión de la tarde con una nueva charla del Dr. Mark Terry sobre las técnicas quirúrgicas de queratoplastia lamelar anterior profunda, dándose luego paso a un turno de preguntas en el que se

estableció una interesante polémica sobre los criterios de exclusión para evitar una ectasia corneal tras la cirugía refractiva corneal.

La última sesión se centró en los adelgazamientos centrales y periféricos de la córnea y fue moderada por los Dres. Oscar Gris, Juan José Pérez Santonja, José Manuel Benítez del Castillo y Ramón Quintana. El Dr. Juan Durán presentó sus conocimientos en el tratamiento de la úlcera neurotrófica y la Dra. Maite Sainz de la Maza hizo una bonita exposición de su amplia experiencia en los adelgazamientos corneales causados por enfermedades autoinmunes. Finalizó la reunión con una preciosa charla a cargo del Dr. Nicolás López Ferrando acerca de las degeneraciones periféricas de la córnea.

En el cierre, el Dr. Villarrubia agradeció a los laboratorios ALCON tanto su patrocinio como el esfuerzo realizado para que esta reunión fuera exitosa y pidió a los asistentes su apoyo para la VI Reunión del GESOC, que se celebrará el próximo año en Alicante y que organizará el Dr. Juan José Pérez Santonja.



El Dr. Mark Terry dejando su firma como recuerdo en las Bodegas Campos.



Los Dres. Durán, Montero y Villarrubia con el Dr. Terry y su esposa durante la animada cena que siguió a la reunión científica.

El 15 de junio

Entrega de los Premios Fundaluce 2007

El 15 de junio tendrá lugar el acto de entrega de los Premios Fundaluce 2007. Como en años anteriores, la Federación de Asociaciones de Retinosis Pigmentaria de España (FARPE) y la Fundación Lucha contra la Ceguera harán efectiva la entrega de Ayudas a la Investigación de la Retinosis Pigmentaria y otras enfermedades heredo-degenerativas de la retina. Este año el premio ha recaído en el proyecto de investigación presentado por la Dra. Roser González-Duarte, Catedrática de Genética de la Universidad de Barcelona, con el título «Análisis de ligamento con marcadores SNP de todo el genoma en una plataforma de genotipado high-throughput para caracterizar loci candidatos de retinosis pigmentaria autosómica recesiva. Búsqueda e identificación de nuevos genes».

El acto, que tendrá lugar en el salón de actos de la ONCE en Valencia, en la Avenida de Ramón y Cajal n.º 13, a partir de las 19 h., estará presidido por SAR, Doña Margarita de Borbón, como Presidenta de Honor de la FARPE. Está prevista igualmente la participación de personalidades del mundo político y social de la Comunidad Valenciana. Asimismo asistirán afectados, familias y simpatizantes del colectivo.

Se celebró los días 8, 9 y 10 de marzo

9.º Symposium Internacional Alicante Refractiva

Del 8 al 10 de marzo se celebró, en el Colegio Oficial de Médicos de Alicante, la 9.ª edición del Symposium Internacional Alicante Refractiva. Participaron más de 200 especialistas en cirugía refractiva que debatieron acerca de las novedades en la especialidad. Expertos de renombrado prestigio internacional como Dimitri Azar, Arturo Chalet, Steven Klyce, Marguerite McDonald y Dan Reinstein compartieron sus experiencias en este encuentro, en el que destacaron como temas de máxima atención los relacionados con los últimos avances en ablación de superficie y LASIK asistido con diversos modelos de microqueratomos de femtosegundo, así como las novedades en el manejo quirúrgico de la presbicia y de la enfermedad corneal ectásica.

En el ámbito de la cirugía fotorefractiva fueron objeto de debate la presencia o no de flap epitelial tras las ablaciones de superficie avanzadas como EPILASIK o LASEK (Dres. M. McDonald y D. Reinstein) y las reacciones inflamatorias en la entrecara quirúrgica tras el uso del láser de femtosegundo para la realización de cortes lamelares (Dres. G. Muñoz y J. Javaloy).

La combinación de la fotoablación corneal central y periférica siguiendo el modelo PresbyMax fue presentada por el Profesor J. Alió como una solución eficaz para la corrección quirúrgica de la presbicia aplicable a miopes, emétopes e hipermétropes. Especial interés despertó en este terreno un nuevo modelo de implante lamelar intraestromal biocompatible (Acufocus) que corrige la presbicia mejorando la profundidad de foco (Dra. McDonald). Los diferentes modelos, indicaciones y modalidades de uso de las lentes intraoculares multifocales fueron también objeto de debate (Dres. Fernández Vega y Güell) y su utilidad reportada en numerosas presentaciones.

La principal novedad en el tratamiento quirúrgico del queratocorno y la ectasia corneal llegó de la mano de la técnica denominada Cross-Linking del colágeno (Dres. Shabayek, Cadarso y Alió). El refuerzo de la estructura molecular de la córnea mediante la creación de nuevos enlaces covalentes con el empleo de la radiación ultravioleta asociada a la aplicación de riboflavina fue así presentada como una técnica adicional o alternativa que promete introducir cambios en el pronóstico de la enfermedad.

Cabe resaltar que, coincidiendo con la sesión de apertura, el equipo de Investigación y Desarrollo de VISSUM Instituto Oftalmológico de Alicante presentó un novedoso sistema técnico que permite la corrección quirúrgica de la vista cansada en personas con miopía. Hasta ahora, los sistemas basados en el láser Excimer sólo permitían el tratamiento de la presbicia en personas con hipermetropía, el sistema Presbymax amplía el abanico de candidatos a los miopes y personas que nunca han necesitado gafas y que con motivo del envejecimiento del cristalino empiezan tener problemas para ver de cerca. Es una patente desarrollada por el Departamento de I+D+i del Instituto, en colaboración con la Escuela de Óptica de la Universidad de Alicante, que será incorporada en los láseres de última generación de la empresa alemana Schwind, encargada del desarrollo tecnológico de la plataforma quirúrgica Presbymax.



De Izda. a Dcha.: Dr. Jorge Alió, Catedrático de Oftalmología de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Director Médico de VISSUM Corporación Oftalmológica; Dr. Ricardo Ferré, Presidente del Colegio de Médicos de Alicante; Dr. Andrés Llorens, Primer Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Alicante y el Sr. D. José Antonio Carrasco Hernández, Vicerrector adjunto de Desarrollo Tecnológico de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Beca de estancia en el IOBA (Registro de Patología Ocular) para Oftalmólogos

1. El objetivo de la beca es facilitar una estancia corta, de un mes, en el Registro de Patología Ocular del IOBA, a un oftalmólogo, miembro de la Sociedad Española de Oftalmología.
2. Todos los interesados deberán enviar, antes del día 30 de Junio de 2007, un currículum vitae, incluyendo un proyecto de investigación si lo tuviesen, a la Secretaría General de la SEO (C/. Donoso Cortés, 73, 1.º Izda. 28015 - MADRID).
3. La fecha se decidirá de común acuerdo entre el candidato y el Registro del IOBA.
4. La beca ha de ser utilizada en el año en que se otorga.
5. Durante esa estancia se le asignará un pequeño proyecto de investigación, salvo que el candidato esté interesado en desarrollar uno propio. En este último caso, el proyecto debe ser aprobado por el Consejo del Registro.
6. La Sociedad Española de Oftalmología aprobará al IOBA la cantidad de 1.500 € en concepto de
 - 600 € por el alojamiento y manutención en instalaciones de la Universidad.
 - 900 € para contribuir a los gastos de laboratorio.



patrocinado por la
Sociedad Española de Oftalmología



SOCIEDAD ERGOFTALMOLÓGICA ESPAÑOLA: SEMANA MUNDIAL SEGURIDAD VIAL (23-29 ABRIL)

De la legislación europea relacionada con la aptitud sobre la capacidad visual requerida para una correcta y adecuada Seguridad Vial en el manejo de los vehículos a motor y maquinaria (grúas...)

Crítica razonada médico oftalmológica (1.ª parte)

Dr. José M.ª Pérez y Pérez

Las siguientes páginas recogen una crítica razonada médico oftalmológica de la legislación europea relacionada con la aptitud sobre la capacidad visual requerida para una correcta y adecuada Seguridad Vial en el manejo de los vehículos a motor y maquinaria (grúas...).

Para mejor comprensión del lector, el texto original se reproduce en negro mientras que los comentarios van en rojo.

PROPUESTA DE DIRECTIVA DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO SOBRE EL PERMISO DE CONDUCCIÓN (III DIRECTIVA)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Introducción

Antecedentes

La Directiva 91/439/CEE sobre el permiso de conducción está presidida por dos principios fundamentales: impulsar la libre circulación de los ciudadanos comunitarios y contribuir a una mayor seguridad vial. Tales principios seguirán siendo las piedras angulares de la futura normativa sobre la expedición de permisos de conducción.

Desde el punto de vista cuantitativo, la normativa europea al respecto tiene repercusiones directas en un gran número de ciudadanos comunitarios. Así, se calcula que el 60% de la población total de la Unión posee un permiso de conducción válido (aproximadamente 200 millones de ciudadanos)...

Protección antifraude

Uno de los aspectos que ha adquirido una mayor importancia, en especial después del 11 de septiembre de 2001, es la protección antifraude. Tanto la UE como los expertos gubernamentales responsables de la expedición de los permisos de conducción han estudiado este tema y lo han considerado asunto de gran importancia.

Debe subrayarse que actualmente es casi imposible un control eficaz de los permisos de conducción. Debido a la falta de armonización de los períodos de validez, son válidos y están en uso en los Estados miembros más de 80 modelos diferentes de permisos de conducción que confieren los correspondientes derechos diversos. Sin embargo, un permiso de conducción no sólo da acceso a todo tipo de vehículos, algunos seguramente con pesos y dimensiones considerables, sino que en muchos países de la UE se utiliza también como documento de identidad para abrir una cuenta bancaria o reservar un vuelo.

Así, en beneficio de la protección antifraude y la libre circulación de los ciudadanos, se propone dar un primer paso consistente en...

Se puede apreciar aquí la complejidad de legítimos intereses que pueden preocupar al conjunto de los Estados miembros y que se encuentran relacionados con la aptitud de conducción de un vehículo a motor.

— Cesar de emitir el permiso de conducción de papel...

— Aumentar la protección contra el fraude ofreciendo la posibilidad de incluir un microchip en el permiso de conducción...

— Establecer un período de validez limitado para los permisos de conducción, lo que implica:

— Introducir la renovación periódica de los permisos de conducción, que permitiría actualizar continuamente la protección antifraude de todos los permisos.

— La posibilidad de actualizar la fotografía del permiso al mismo tiempo, que es otro elemento antifraude...

Seguridad Vial

... Los Estados miembros dispondrán de la posibilidad de exigir revisiones médicas u otras medidas de seguridad vial para la renovación del permiso. De momento, no habrá obligación en la Comunidad de que los titulares de permisos de conducción de automóviles y motocicletas se sometan a revisiones médicas. Se armonizará la periodicidad de la revisión médica actualmente obligatoria para los titulares de permisos de conducción de camiones y autobuses, de manera que coincida con la renovación de los mismos...

Conclusiones

I. Reducir la posibilidad de fraude: eliminación de la posibilidad de emitir permisos de conducción de papel sustituyéndolos por un modelo consistente en una tarjeta de plástico, posibilidad de introducir un microchip en el permiso de conducción e introducción de un período de validez limitado para todos los permisos nuevos expedidos a partir de la fecha de aplicación de la propuesta.

II. Garantizar la libre circulación de los ciudadanos: utilizando los mismos medios de la introducción de una validez limitada y armonizando la frecuencia de la revisión médica de los conductores profesionales.

III. Contribuir a una mayor seguridad vial: introducción de un permiso de conducción para ciclomotores, extensión del principio del acceso progresivo a los permisos de conducción para los tipos de vehículos más potentes, introducción de requisitos mínimos sobre la calificación inicial y la formación continua de los examinadores y consolidación del principio de la unicidad del permiso de conducción (un permiso por titular).

I. Limitar las posibilidades de fraude

...hay cuatro Estados miembros en los que el período de validez de los permisos para automóviles y motocicletas es ilimitado: Austria, Bélgica, Francia y Alemania, ... Francia... acaba de decidir modificar esta política...

Los permisos de las categorías AM, A1, A2, A, B, B1 y B + E expedidos por los Estados miembros después de la entrada en vigor de

esta Directiva serán válidos durante un período máximo de **10 años**. Si el titular es mayor de 65 años, el período de validez será de **5 años** como máximo.

Los permisos de las categorías C, C + E, C1, C1 + E, D, D + E, D1 y D1 + E expedidos por los Estados miembros después de la entrada en vigor de esta Directiva serán válidos durante un período máximo de **5 años**. Si el titular es mayor de 65 años, el período de validez será de **1 año**, como máximo. Esto es lo que se acostumbra a hacer ya en la mayoría de los Estados miembros.

Esto es debido al concepto que comporta un mayor riesgo de responsabilidad. Esta diferencia, aún cuando existe, no lo es, a nuestro criterio, de grado si no que lo es de cuantía, pues no pocas veces se demuestra que un vehículo grado 1 es el causante del accidente a un vehículo grado 2 (sobre todo si es clase D -autobús-), comporta el mismo grado de responsabilidad (víctimas mortales) que si hubiera conducido este vehículo.

II. Garantía de la libre circulación de los ciudadanos...

Períodos de validez

Los períodos de validez de los permisos no están todavía armonizados. En algunos Estados miembros, determinadas categorías tienen validez permanente...

Reconocimiento médico

Esta cuestión está estrechamente vinculada a la de la validez de los permisos por cuanto, en la mayoría de los Estados miembros, la obligación de pasar reconocimientos médicos coincide con el inicio del período de validez...

El anexo III de la Directiva 91/439/CEE establece las normas mínimas relativas a la aptitud física y mental para la conducción de vehículos de motor. Todos los titulares de un permiso deben cumplir los requisitos de aptitud física y mental establecidos en este anexo, tanto en el momento de expedición del permiso por primera vez como después de obtenido este.

Hacemos mención expresa del concepto «todos los titulares de un permiso deben cumplir los requisitos de aptitud física» ya que el estado de salud compatible con la conducción no es graciable ni por el sexo, nacionalidad, profesionalidad o por la edad.

A los efectos de este anexo «las categorías de permisos de conducción están divididas en dos grupos: el grupo 1, que comprende las categorías A1, A, B1, B y B + E (automóviles y motocicletas), y el grupo 2, que abarca las categorías C1, C1 + E, C, C + E, D1, D1 + E, D y D + E (autobuses y camiones)».

Respecto al grupo 1 «no se exige reconocimiento médico en el

momento de la expedición inicial del permiso, salvo en caso de que surjan dudas de índole médica sobre la aptitud del aspirante para conducir».

Ésta es la primera contradicción entre la obligatoriedad de cumplir los requisitos de aptitud física por todos los titulares y la no exigencia de reconocimiento médico para el grupo 1.

Desde el punto de vista meramente médico oftalmológico, es prácticamente imposible que «surjan dudas de índole médica», que interfieran con la aptitud del aspirante de conducir si no es mediante la previa exploración por este titulado y con los medios exploratorios adecuados. Baste decir para ello que las modernas técnicas quirúrgicas y de realización instrumental de las prótesis oculares hacen difícil su distinción porque precisamente se tiende lógicamente a que pasen desapercibidas.

Distinta es la alteración de la motilidad en miembros inferiores que al producir «cojera» inducen a pensar manifiestamente que «existen dudas razonadas de índole médica» sin exploración específica posterior.

Ni se exigen reconocimientos médicos después de obtener un permiso».

Se puede considerar verdaderamente contradictorio que mientras, por una parte, se requiera una adecuada aptitud, por otra no se exija reconocimiento médico después de obtener un permiso, siendo de común conocimiento por toda la ciudadanía el hecho que en el transcurso de la edad se agrave el deterioro y estado de la capacidad física y mental.

Las «Normas... difieren de un Estado miembro a otro si bien es posible distinguir tres fórmulas principales:

— ningún reconocimiento médico obligatorio tras la obtención del permiso por primera vez.

— obligación de pasar reconocimientos médicos a partir de cierta edad.

— obligación de pasar reconocimientos médicos cada 5 o 10 años».

El Estado Español abordó y aborda este tercer postulado con acierto, habiendo sido pionero en este criterio de aptitud a partir del primer «Reglamento para el servicio de coches automóviles por las carreteras del Estado, de 17 de septiembre de 1900», en el que ya se establecía «Art. 5. Nadie podrá conducir un automóvil por las carreteras si no posee un permiso expedido por el gobernador de la provincia en que tenga su domicilio. Con tal objeto, dicha autoridad comisionará a la persona o personas facultativas que estime oportunas, a fin de que examinen los antecedentes y documentos relativos a la aptitud del interesado,



haciéndole las preguntas y sometiéndole a las pruebas que considere necesarias...».

Y también se establecían criterios de corrección al comportamiento: «Art. 20. El conductor que en el transcurso de un año infringiere dos veces las prescripciones reglamentarias, en lo que hace referencia a sus deberes, podrá ser privado de su permiso para conducir automóviles.

... los conductores de autobuses y camiones (vehículos del grupo 2) deben someterse a reconocimientos médicos periódicos, aunque no específica con qué periodicidad. En la práctica, la mayor parte de los Estados miembros exigen a los conductores de este grupo que pasen reconocimientos médicos, por lo general, cada 5 años.

Desconocemos por qué se establecen en 5 años. Desde el punto de vista médico no tiene ningún significado.

Para ello se armonizará la frecuencia para los conductores del grupo 2 (camiones y autobuses), mientras que los Estados miembros podrán exigir a los conductores del grupo 1 (automóviles y motocicletas) someterse a esos exámenes, pero únicamente en el momento de la renovación.

III. Contribución a la mejora de la seguridad vial

... «cada uno de los Estados miembros seguirá estando facultado, de acuerdo con los requisitos nacionales, para establecer la periodicidad de los reconocimientos médicos que han de realizarse en las categorías AM A1, A2, A, B, B1 y B + E, siempre y cuando tales reconocimientos coincidan con la renovación del permiso».

Los exámenes médicos que se exigirán tendrán lugar en el momento de la renovación del permiso. Se aumentará así la transparencia para los ciudadanos. La fecha de caducidad que figura en el permiso deberá indicar claramente que el documento ha de renovarse; en el caso del grupo 1, podrá efectuarse una revisión médica, mientras que en el caso del grupo 2 será obligatoria; no se exigirá una revisión médica en ningún otro momento que no sea la fecha de expiración indicada en el permiso.

El criterio «podrá efectuarse una revisión médica», deja a la ambigüedad e indefinición la posibilidad de poner en evidencia la mayoría de las inaptitudes físicas y casi la totalidad de las médico oftalmológicas.

El criterio «no se exigirá una revisión médica en ningún otro momento que no sea la fecha de expiración indicada en el permiso» obvia la realidad de las modificaciones que en el estado de salud se presenta por todas y cada una de las modificaciones del estado de salud e intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en toda Europa.

Parece atender más a la expiración del plazo de validez que a la capacidad médica del conductor.

... las menciones adicionales o restrictivas en forma codificada con respecto a cada categoría a la que se apliquen.

... códigos comunitarios armonizados

CONDUCTOR (Causas médicas)
01. Corrección y protección de la visión

- 01.01 Gafas
- 01.02 Lente o lentes de contacto

- 01.03 Cristal de protección
- 01.04 Lente opaca
- 01.05 Recubrimiento del ojo
- 01.06 Gafas o lentes de contacto...

05. Limitaciones (subcódigo obligatorio, conducción con restricciones por causas médicas)

05.01 Limitación a conducción diurna (por ejemplo, desde una hora después del amanecer hasta una hora antes del anochecer)

05.02 Limitación de conducción en el radio de... km del lugar de residencia del titular, o dentro de la ciudad o región...

05.03 Conducción sin pasajeros

05.04 Conducción con una limitación de velocidad de... km/h

05.05 Conducción autorizada únicamente en presencia del titular de un permiso de conducción

05.06 Sin remolque

05.07 Conducción no permitida en autopista

05.08 Exclusión del alcohol

Dado que el desconocimiento legislativo no implica su incumplimiento, es necesario transmitir este conocimiento tanto a los médicos oftalmólogos expedidores de la aptitud de capacitación visual del permiso de conducción correspondiente como del médico oftalmólogo que en su práctica diaria deba aconsejar e instruir a su paciente sobre los condicionantes ergo oftalmológicos de su capacidad visual y su conducción (adaptaciones hombre-máquina y máquina-hombre).

ANEXO II

REQUISITOS MÍNIMOS PARA LOS EXÁMENES DE CONDUCCIÓN

Los Estados miembros adoptarán las disposiciones necesarias para asegurarse de que los futuros conductores poseen efectivamente los conocimientos, aptitudes y comportamientos relacionados con la conducción de un vehículo de motor. El examen establecido a este respecto deberá incluir:

— una prueba de control de conocimientos;

— y posteriormente, una prueba de control de aptitudes y comportamientos.

Las condiciones en las que deberá desarrollarse dicho examen se detallan a continuación.

Se está dando el contrasentido que un aspirante a una clase de conducción se dirige, según éste esquema, a una autoescuela para adquirir el debido conocimiento y, una vez adquirido, cuando la misma lo va a presentar a examen en pista, se «entera» en el centro de reconocimiento sanitario que presenta una deficiente aptitud respecto a su capacidad visual para dicho permiso (p.ej.: visión monocular para profesional de autobuses clase D). Es frecuente que, con el gasto ya efectuado, el aspirante haga responsable al médico, presionándolo de diversas formas para que obvie su incapacidad.

Existen dos tipos de aptitudes: la teórica (médica y psicológica) previa al examen de la prueba practicada sobre la pista y la que se realiza ante la pista con el aspirante al volante del vehículo y con el examinador.

II. CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA CONDUCCIÓN DE UN VEHÍCULO DE MOTOR

Los conductores de todo vehículo de motor deberán poseer, para

conducir con seguridad, los conocimientos, aptitudes y comportamientos... que les permitan...

- tener en cuenta todos los factores que afectan al comportamiento de los conductores (alcohol, cansancio, vista deficiente, etc.) con el fin de conservar la utilización plena de las capacidades necesarias para la seguridad de la conducción;

El esquema secuencial sería: Aptitud médica y psíquica; conocimientos; aptitud técnica; y comportamiento.

Volvemos a constatar la obligatoriedad de poseer para una conducción segura las aptitudes necesarias.

ANEXO III

NORMAS MÍNIMAS RELATIVAS A LA APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR

... La legislación nacional podrá establecer que las disposiciones previstas por el presente Anexo, para los conductores del grupo 2, se apliquen a los conductores de vehículos de la categoría B que utilicen su permiso de conducción con un fin profesional (taxi, ambulancias, etc.)...

Es el permiso profesional clase BTP (clase B de transporte público).

RECONOCIMIENTO MÉDICO

3. Grupo 1

Los candidatos **deberán pasar un reconocimiento médico si**, en el momento de cumplir las formalidades requeridas o en el transcurso de las pruebas que están obligados a realizar antes de obtener un permiso, **se pone de manifiesto que padecen** una o varias de las incapacidades mencionadas en el presente Anexo.

Las formalidades requeridas se entienden son las de expiración del período de validez, mientras que, en el segundo aspecto, se podría considerar por generación espontánea éste «si se pone de manifiesto» para que por obligatoriedad se «debiera pasar un reconocimiento médico». ¿Cuáles son las «pruebas» que en su «transcurso» puedan presentar la manifestación «que padecen una o varias de las incapacidades»?

Afirmamos que la manifestación se realiza y se presenta sólo cuando se «pasa un reconocimiento médico» y no al revés.

4. Grupo 2

Los candidatos **deberán pasar un reconocimiento médico** antes de la expedición inicial de un permiso; posteriormente, los conductores deberán pasar los reconocimientos periódicos cada vez que renueven su permiso de conducción.

Aquí también se vuelve a obviar que la incapacidad médica se puede presentar mucho antes que «los conductores renueven su permiso de conducción».

5. En el momento de la expedición de un permiso de conducción, o de cualquier renovación posterior, los Estados miembros podrán exigir normas más rígidas que las mencionadas en el presente Anexo.

En base al criterio de daños a terceros, el Estado Español, acertadamente y acogido a este

apartado, «exige normas más rígidas que las mencionadas en el presente Anexo».

CAPACIDAD VISUAL

6. Los candidatos a un permiso de conducción deberán someterse a las investigaciones apropiadas que garanticen que poseen una agudeza visual compatible con la conducción de vehículos de motor. Si se sospecha que el candidato no posee una capacidad visual adecuada, deberá ser examinado por una autoridad médica competente.

Este apartado, de especial importancia, precisa el desglose de sus componentes:

1.- Por todo médico oftalmólogo es de sobra conocido que la presencia de las enfermedades de los ojos que determinan una deficiente capacidad visual afectan a parámetros que van más allá de una mera y simple agudeza visual.

2.- Es adecuado que se exija una agudeza visual mínima compatible con la conducción. Pero aquí se presenta otra discrepancia: p. ej.: si un conductor posee una agudeza visual sin corregir de 0,5 binocular (está APTO para conducir) y si por estética o capricho se opone a llevar gafas, alcanzando con ellas la unidad, es frecuente que el facultativo extienda su obligatoriedad, en base al ideal de una máxima agudeza visual alcanzable. Esto actualmente no se encuentra recogido por el legislador, por lo que se presentan enfrentamientos en los centros de reconocimiento entre lo que se cree debe ser el acto facultativo y el legislativo.

3.- La sospecha de que «el candidato no posee una capacidad visual adecuada» se establece en varios supuestos: por un lado, toda agudeza visual inferior a la unidad no es que sea sospechosa de una capacidad visual adecuada si no que es francamente patológica; por otro lado, existen enfermedades de los ojos que con una agudeza visual no ya de 0,5 si no de la unidad incluso esconden tras de sí una capacidad visual adecuada, como son entre otras: glaucoma evolucionado, retinitis pigmentaria, desprendimientos de retina operados, diabetes con neuro-retinopatías y procesos generales no inicialmente oftalmológicos, como son tumores cerebrales operados con hemianopsias, procesos desmielinizantes tipo esclerosis múltiples, procesos agudos de jaquecas oftálmicas,... y así podríamos ir conformando un compendio médico oftalmológico.

4.- «Deberá ser examinado por una autoridad médica competente»: la única autoridad médica competente para la exploración, evaluación y emisión de informe/certificado de la capacidad visual (no sólo de la agudeza visual), es el médico oftalmólogo ya que estudia su contenido, es decir, enfermedades de los ojos.

La especialidad de Oftalmología se decantó de la Medicina General hace ya más de 100 años. No toda agudeza visual de la unidad asegura certeramente una capacidad visual adecuada.

En este examen se deberá prestar especial atención a la agudeza visual, al campo visual, a la visión crepuscular y a las enfermedades oculares progresivas.

Estamos totalmente de acuerdo con este apartado y por ello alertamos de la ineludibilidad de la presencia del médico oftalmólogo ante la capacidad visual para una adecuada Seguridad Vial.



Las lentillas intraoculares no deberán considerarse como lentes correctoras a efectos de la aplicación del presente Anexo.

Grupo 1

6.1. Los candidatos a la expedición o la renovación de un permiso de conducción deberán poseer una agudeza visual binocular, si es preciso mediante lentes correctoras, de al menos 0,5 con ambos ojos a la vez.

Además de la agudeza visual mínima, se debería contemplar la agudeza visual máxima aconsejable bajo la obligatoriedad del uso de gafas siempre que con ello se alcanzara la unidad.

En toda agudeza visual de al menos 0,5, corregida o no, debe contemplarse el resto de los parámetros de capacidad visual pues es más que probable que, tanto el campo visual, como la sensibilidad al contraste, como la presencia de enfermedades progresivas, aconsejen la obligatoriedad del código comunitario armonizado: «05.01 Limitación a conducción diurna (por ejemplo, desde una hora después del amanecer hasta una hora antes del anochechar)».

El permiso de conducción **no deberá ser ni expedido ni renovado** si se comprueba, en el reconocimiento médico, que el **campo visual** es inferior a 120° en el plano horizontal,

Es decir, se entiende que si el campo visual no es normal, «el permiso de conducción no deberá ser ni expedido ni renovado», pero este campo visual no puede ser valorado si previamente no ha sido explorado.

salvo en casos excepcionales debidamente justificados mediante un dictamen médico favorable

No se comprende cuáles pueden ser estos casos de salvedad que, debidamente excepcionales, estén justificados mediante un dictamen médico.

y prueba práctica positiva, o que el interesado sufre otra afección de la vista que pueda hacer peligrar la seguridad de su conducción. Si se descubre o declara una enfermedad ocular progresiva, se podrá expedir o renovar el permiso de conducción supeditado a un reconocimiento periódico efectuado por una **autoridad médica competente**.

Evidentemente, el descubrimiento de una enfermedad ocular progresiva sólo podrá encomendarse a una autoridad médica competente, como es el médico oftalmólogo.

6.2. Los candidatos a la expedición o renovación de un permiso de conducción que padezcan una pérdida funcional total de la visión de un ojo o que utilicen solamente un ojo, por ejemplo en casos de diplopía, deberán poseer una agudeza visual de al menos **0,6**, si es preciso mediante lentes correctoras. La autoridad médica competente deberá certificar que esta condición de visión monocular ha existido el tiempo suficiente para que el interesado se haya adaptado y que el campo de visión del ojo en cuestión es normal.

La «autoridad médica competente» deberá ser únicamente el médico oftalmólogo para

poder certificar que dicha visión monocular «ha existido el tiempo suficiente» para «que el interesado se haya adaptado» y que «el campo de visión del ojo... es normal».

Grupo 2

6.3. Los candidatos a la expedición o renovación de un permiso de conducción **deben poseer** una agudeza visual en ambos ojos, si es preciso mediante lentes correctoras, de al menos **0,8** para el ojo que esté en mejores condiciones y de al menos **0,5** para el ojo que esté en peores condiciones.

Lo dicho, se debería contemplar también el ideal máximo de agudeza visual alcanzable con cristales correctores.

Si se alcanzan los valores de 0,8 y 0,5 mediante corrección óptica, la agudeza sin corregir de cada uno de los dos ojos deberá alcan-

zar 0,05 o se deberá obtener la corrección de la agudeza mínima (0,8 y 0,5) mediante gafas cuya potencia no podrá exceder de 8 dioptrías aproximadamente o mediante lentes de contacto (capacidad visual sin corregir = 0,05). Se deberá tolerar bien la corrección. No se deberá expedir ni renovar el permiso de conducción si el candidato o el conductor no poseen un campo visual binocular normal o está afectado de diplopía.

Se confirma, una vez más, que «no se deberá expedir ni renovar el permiso de conducción si el candidato o el conductor no poseen un campo visual binocular normal».

CONCLUSIÓN

El comité del grupo de expertos OftalmoGETRA, en fecha 3 de febrero de 2007, ha establecido y comu-

nicado a la Dirección General de Tráfico los tres axiomas médico oftalmológicos que se exponen a continuación:

1.º Para una correcta seguridad vial es preciso determinar una adecuada capacidad visual.

2.º Para una correcta capacidad visual es precisa la exploración por una autoridad médica competente: médico oftalmólogo.

3.º Una agudeza visual de unidad no asegura una adecuada capacidad visual.

La exploración de la capacidad visual debe realizarse a todos y cada uno de los conductores.

PRÓXIMO CAPÍTULO

III Directiva del Parlamento Europeo 2006/126/CE

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
113 CONGRESO DE LA SOCIEDAD FRANCESA DE OFTALMOLOGÍA	París, del 5 al 9 de Mayo, 2007	Información: Société Française d'Ophtalmologie 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 www.oftalmo.com
VII SIMPÓSIO INTERNACIONAL «CONTROVERSIAS ENGLAUCOMA» Directores del Curso: Prof. Julián García Sánchez y Dr. Julián García Feijó	Madrid, 18 y 19 de Mayo, 2007	Información: Allergan Srta. M.ª Ángeles García Tfno.: 91 807 61 81 E-mail: Garcia_Maria-Angeles@Allergan.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
CIRP 2007 Los socios de la SECOIR tendrán una reducción en la cuota de inscripción de 100 €	Albufera (Algarve), 25 y 26 de Mayo, 2007	Información: Srta. Cristina Vicente Rua Augusto Macedo, 12-D Escritorio 2 1600-503 Lisboa Tfnos.: +351 21 7120778 y +351 21 7154046 Fax: +351 21 7120204 E-mail: cristinavicente@veranatura.pt www.cirp.com.pt
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
XXXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA	Tenerife, del 7 al 9 de Junio, 2007	Información: Secretaría Técnica: AIREXPRES C/. Presidente Alvear, 52, oficina 36-37 35007 Las Palmas de Gran Canaria Tfno.: 928 49 45 95. Fax: 928 49 45 35 E-mail: congresos@airexpres.com
AESTHETICA BIARRITZ 2007 Organiza: Dr. J.F. Pénide	Biarritz (Francia), 8 y 9 de Junio, 2007	Información: SP CONCEPT Sonia Pascual Tfno.: 943 45 99 40 E-mail: aesthetica@terra.es
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.soe2007.org
XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA	Valencia, 14 y 15 de Junio, 2007	Información: Viajes El Corte Inglés. División de Congresos Tfno.: 96 341 10 46. Fax: 96 310 71 89 E-mail: congresos.valencia@viajeseci.es
GLAUCOMA ICR 2007: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Barcelona, 15 de Junio, 2007	Información: ACTIVA CONGRESOS Tfnos.: (34) 93 323 85 73. Fax: (34) 93 451 18 70 E-mail: activa@activacongresos.com www.icrcat.com
V ENCUENTRO LA TOJA FACO-REFRACTIVA	Isla de La Toja O Grove (Pontevedra), 15 y 16 de Junio, 2007	Información: Instituto ALCON Tfno.: 901 12 03 03 E-mail: institutoAlcon@alconlabs.com Website: www.InstitutoAlcon.com
8.º CONGRESO CRANEOFACIAL EUROPEO	Bilbao, del 20 al 23 de Junio, 2007	Información: Secretaría técnica: EVENTIA Gran Vía 81, 5.º Dpto. 6 48011 Bilbao Tfno.: +34 94 439 56 91. Fax: +34 94 439 88 73 E-mail: craniofacial@eventia.org

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
37th ECLSO CONGRESS (EUROPEAN CONTACT LENS SOCIETY OF OPHTHALMOLOGISTS)	Antwerp (Bélgica), del 22 al 24 de Junio, 2007	Información: Europa Organisation Tfno.: +33 (0)5 34 45 26 45 Mail: insc-eclso@europa-organisation.com www.eclso2007.com
XIII KERATOMILEUSIS STUDY GROUP INTERNATIONAL CONGRESS	Cartagena de Indias (Colombia), del 8 al 10 de Agosto, 2007	Información: www.kmsg.org
XXV CONGRESS OF THE ESCRS	Estocolmo, del 8 al 12 de Septiembre, 2007	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
9th IOIS INTERNATIONAL SYMPOSIUM (International Ocular Inflammation Society)	París, del 17 al 20 de Septiembre, 2007	Información: LCC - 81, rue de Miromesnil - 75008 París Tfno.: +33 (0) 1 70 08 69. Fax: +33 (0) 1 42 93 29 28 E-mail: andrelamy1@wanadoo.fr www.iois-paris-2007.com
83 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA	Las Palmas de Gran Canaria, del 26 al 29 de Septiembre, 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
CURSO DE REFRACCIÓN PARA RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA	Madrid, 19 y 20 de Octubre, 2007	Información: ESSILOR Srta. Pilar Cornejo Tfno.: 654 55 82 36 E-mail: CORNEJOP@ESSILOR.es
FUTUROFTAL 07 Director: Dr. Francisco Poyales	Madrid, 19 y 20 de Octubre, 2007	Información: Instituto de Oftalmología Avanzada Tfno.: 91 535 35 70 Fax: 91 554 73 51 E-mail: info@oftalmologia-avanzada.com
REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID	Madrid, del 13 al 15 de Diciembre, 2007	Información: 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
CIRUGÍA REFRACTIVA INTERNACIONAL 2007 Organizador: Dr. Francesc Duch Mestres	Barcelona, 14 de Diciembre, 2007	Información: ACTIVA Congresos Provença 238, 5.º 2.ª 08008 Barcelona Tfno.: 93 323 85 73. Fax: 93 451 18 70 E-mail: activa@activacongresos.com
20 YEARS OF EEBA - THE PAST & THE FUTURE	Munich, 18 y 19 de Enero, 2008	Información: MCN Medizinische Congressorganisation Nuernberg AG 90478 Nuernberg, Germany Tfno.: +49/911/3 93 16 10. Fax: +49/911/3 93 16 55 E-mail: mcn@mcn-nuernberg.de www.mcn-nuernberg.de
GRUPO ESPAÑOL DE SUPERFICIE OCULAR Y CÓRNEA, VI REUNIÓN ANUAL DEL GESOC	Alicante, 4 de Abril, 2008	Información: Sede GESOC Alcon/Dpto. Congresos Tfno.: +34 93 497 70 00. Ext: 3503 E-mail: Congresos@alconlabs.com
19 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESTRABOLOGIA	Alicante, 18 y 19 de Abril, 2008	Información: 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 FORUM QUIRÚRGICO 2008	Barcelona, 13 y 14 de Junio, 2008	Información: ACTIVA Congresos Provença 238 5.º 2.ª 08008 Barcelona Tfno.: 93 323 85 73. Fax: 93 451 18 70