



INFORMACION OFTALMOLOGICA

PUBLICACIÓN DESTINADA A TODOS LOS OFTALMÓLOGOS • AÑO 22 • NÚMERO - 3 • MAYO - JUNIO - 2015

El acto inaugural se desarrolló el 12 de junio

La SEO estrena una nueva sede que le permitirá dar el mejor servicio al colectivo oftalmológico

LA Sociedad Española de Oftalmología (SEO) presentó, el pasado 12 de junio, su nueva sede institucional, que se ubica en la primera planta del número 14 de la madrileña calle Arcipreste de Hita. El brillante acto inaugural contó con la presencia de los miembros de la Junta Directiva actual, gran parte de los anteriores Presidentes de la Sociedad y los responsables de las firmas comerciales más representativas del sector, entre otros ilustres invitados. Todos ellos tuvieron ocasión de conocer en detalle unas nuevas instalaciones, más modernas, luminosas y representativas, y por supuesto completamente preparadas para su objetivo principal: dar el mejor servicio, ahora y a futuro, al colectivo oftalmológico.



(Págs. 6 y 7)

Tuvo lugar el 17 y 18 de abril en el Palacio de Congresos del Colegio de Médicos de Alicante

Un muy interesante XXIII Congreso de la Sociedad Española de Estrabología

EL Palacio de Congresos del Colegio de Médicos de Alicante fue el marco donde se celebró, el 17 y 18 de abril, el XXIII Congreso de la Sociedad Española de Estrabología. Asistieron más de 300 especialistas que contaron con un programa científico de primer nivel, en el que descollaron las intervenciones de los Invitados Internacionales, la Conferencia de Honor «Fernando Gómez de Liaño» impartida por el Dr. Diego Puertas, a quien se le tributó un homenaje, y las 5 muy interesantes Mesas Redondas desarrolladas. La convocatoria se completó con varias Conferencias Solicitadas y un centenar de comunicaciones libres, pósters y vídeos. Córdoba organizará el Congreso de 2016



(Págs. 3 y 4)

SUMARIO

	Págs.
● Instituto Fernández-Vega, gran éxito del Curso de Actualización en Glaucoma	10-11
● Balance de Secoir 2015, un Congreso «a recordar en el futuro»	12-18
● Tribuna de opinión, por el Dr. José Belmonte Martínez	20-21
● La relación médico-paciente en la Oftalmología y en la Historia	21
● Constituido el Instituto Universitario Fernández-Vega	22
● Acuerdo de colaboración de la FIO y Telefónica	22
● Llega el nuevo NEVANAC 3 mg/ml (nepafenaco)	23
● Oftalmología en la Historia: El falso astigmatismo de El Greco cien años después (II)	26-27
● Mariano Puig Planas, recibe el Premio al «Espíritu Barraquer»	28
● Alcon presenta SYSTANE® Hidratación	28
● El Prof. Barraquer, Premio Nacional de Creatividad José María Ricarte	30
● Oftalvist publica un estudio de calado internacional	30
● Instituto Barraquer entregó sus prestigiosos diplomas de Colaborador de Mérito 2015	31
● Fundación Barraquer, premio Ciudadano Europeo del año 2015	31
● Noticias IOBA y Uva	32
● Fundación Jorge Alió, primera piedra de un hospital oftalmológico en Mauritania	34
● Sociedad Canaria de Oftalmología, colaboración con dos universidades	34
● Esperpento, por Ramón Castro Inclán	37
● El Zaguán del Sábado, por el Doktor Pseudonimus	38
● La Patología Ocular en las obras del Museo del Prado	38
● Trusetal lanza nuevos modelos de parches oculares infantiles Ortopad®	41
● Brillante III Congreso de SECOIR-E	42
● Instituto Oftalmológico Castiella, nuevo Curso Básico de Estrabismo	45
● Carl Zeiss Meditec invierte en una solución de radioterapia para la DMAE exudativa	45
● Calendario de Congresos y Reuniones	46-47



Lubristil® SOLUCIÓN COMPLETA PARA EL OJO SECO

Lubristil®
HIALURONATO SÓDICO 0,15%

Lubristil®
GEL

Lubristil®
DRY

Se celebró el 17 y 18 de abril en el Palacio de Congresos del Colegio de Médicos

Alicante acogió un muy interesante XXIII Congreso de la Sociedad Española de Estrabología

Dr. Carlos Laria Ochaita

Presidente XXIII Congreso Sociedad Española de Estrabología

El Palacio de Congresos del Colegio de Médicos de Alicante fue el marco donde tuvo lugar, los días 17 y 18 de abril, el XXIII Congreso de la Sociedad Española de Estrabología. Asistieron más de 300 especialistas que contaron con un programa científico de muy primer nivel, en el que destacaron: las intervenciones desarrolladas por los Invitados Internacionales; la Conferencia de Honor «Fernando Gómez de Liaño» impartida por el Dr. Diego Puertas, a quien se le tributó un homenaje; y las 5 muy interesantes Mesas Redondas desarrolladas. La convocatoria se completó también con varias Conferencias Solicitadas y un centenar de comunicaciones libres, pósters y vídeos. Córdoba ha tomado el relevo para organizar el Congreso de 2016.

EL Acto Inaugural fue presidido por el Rector de la Universidad de Alicante, Manuel Palomar; el Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Alicante, Dr. José Pastor; la Coordinadora de Optometría de la Universidad de Alicante, M.^a Teresa Caballero; el Presidente de la Sociedad Española de Estrabología, Dr. Josep Visa; y el Presidente del XXIII Congreso, Dr. Carlos Laria. Todos ellos destacaron la importancia de este evento para la ciudad de Alicante y su Universidad y la relevancia que tiene la formación de los distintos profesionales en esta subespecialidad. También hicieron hincapié en el valor de la colaboración interdisciplinar.

Como se preveía, destacaron durante el Congreso las intervenciones desarrolladas por los conferenciantes Invitados Internacionales. La Dra. Shokida habló sobre los estrabismos en pacientes con enfermedades neurológicas y en aquellos pacientes intervenidos de otras patologías oftalmológicas y que desarrollan estrabismos como una complicación secundaria, todos ellos casos de especial complejidad. Por su parte, el Dr Prieto-Díaz presentó su experiencia en el manejo de los músculos oblicuos y las claves para abordar el tratamiento de estos pacientes, que representan un reto para el estrabismo por sus múltiples implicaciones motoras.



La Dra. Felisa Shokida fue uno de los destacados conferenciantes invitados internacionales.



El Dr. Fernando Prieto-Díaz presentó su experiencia en el manejo de los músculos oblicuos y las claves para abordar el tratamiento de estos pacientes.



El Dr. Visa hace entrega de la placa al Dr. Laria en reconocimiento por su labor como Presidente del Comité Organizador.

La Conferencia de Honor «Fernando Gómez de Liaño» fue impartida por el Dr. Diego Puertas, exdirector de la revista 'Acta Estrabológica'. Fue especialmente emotiva, rememorando los inicios de la Sociedad y de la revista. La Sociedad Española de Estrabología aprovechó la ocasión para rendir homenaje al Dr. Puertas por sus años de dedicación a la difusión de la revista 'Acta Estrabológica' y en pro de la Sociedad.

5 MESAS REDONDAS

El Congreso contó asimismo con diferentes y muy interesantes Mesas Redondas. La primera, sobre Ambliopía, estuvo coordinada por el Dr Laria y en ella los participantes mostraron las alternativas más novedosas al tratamiento convencional del parche ocular. Entre ellos, el Dr. Pasquinelli, como invitado internacional, nos ofreció una amplia perspectiva del tratamiento de la ambliopía en América del Sur.

La Oftalmopediatría ocupó igualmente un relevante papel, representado por la Dra. Pilar Tejada, que dirigió una mesa sobre el niño prematuro y los problemas del diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía de la Prema-



El Dr. Diego Puertas impartió la Conferencia de Honor «Fernando Gómez de Liaño».



Conferencia del Dr. Enrique Santos.



El Dr. Laria junto con el Dr. Torres Presidente del Comité Organizador del próximo congreso SEE 2016 en Córdoba.

turidad y otros trastornos relacionados.

El Dr. Josep Visa coordinó una interesante Mesa sobre estrabismos restrictivos, siempre especialmente complejos de abordar y donde se mostraron algunas posibilidades de tratamiento, como la cirugía ajustable o la toxina botulínica.

La cuarta Mesa Redonda versó sobre Parálisis Oculares. En ella, con la coordinación de la Dra. Rosario Gómez de Liaño, se presentaron casos cuya complejidad en el tratamiento representaban un reto para el oftalmólogo con las mejores opciones para su resolución.

En la última Mesa Redonda no podían faltar los debates sobre casos complejos. Llevó por título «Mi

pesadilla» y estuvo coordinada por la Dra. Mengual. En ella pudimos ver aquellas situaciones más difíciles a la que los compañeros se han enfrentado en los últimos años y cómo las resolvieron.

Premios concedidos en el Congreso

PREMIO A LA COMUNICACIÓN EN VÍDEO

«Parálisis de la mirada conjugada horizontal». Dres.: León Remón Garijo y Diana Pérez García



PREMIO A LA COMUNICACIÓN EN PANEL

«Nueva técnica de transposición de los rectos verticales para la parálisis del VI nervio para pacientes con riesgo de isquemia del segmento anterior». Dras. Lucía Perucho González, Alejandra Acebal Montero, Laura Morales Fernández y Rosario Gómez de Liaño



PREMIO A LA COMUNICACIÓN

«Megalocórnea: diagnóstico diferencial». Dras. Ana Morales Becerra, Cristina Gómez Cabrera, Luz A. Muñoz Jiménez y M.ª Isabel Pérez Cabeza

MÁS DE 300 ESPECIALISTAS

Durante el Congreso contamos con Conferencias Solicitadas sobre «Estrabismo Disociado», por la Dra. Alicia Galán y «Neuritis Ópticas», por la Dra. Susana Noval, así como una Conferencia sobre «La Oftalmología en el Museo del Prado», impartida por el Dr. Enrique Santos, que resultó sumamente amena por su curiosidad, al relacionar la historia de la Pintura con la Oftalmología, una vertiente hasta ahora no conocida.

A todo esto hay que sumar más de un centenar de comunicaciones libres, pósters y vídeos que se realizaron en el propio auditorio y en salones simultáneos.

Asistieron un total de más de 300 especialistas, los cuales fueron recibidos con un cóctel de bienvenida en el propio recinto del Colegio de Médicos en un ambiente de grata confraternidad.

Es de destacar la amplia participación de la Industria y empresas privadas relacionadas con el sector, que dispusieron de una exposición comercial donde se mostraron los últimos avances en la Oftalmología Infantil y el Estrabismo.

La ciudad de Alicante recibió a los participantes con sus mejores galas y un tiempo excelente que permitió a los asistentes disfrutar de su clima, sus playas y su gastronomía.

La Sociedad Española de Estrabología da el relevo de la Organización del Congreso a la Ciudad de Córdoba en el próximo año 2016. Será un evento al que no podemos faltar.



INFORMACION OFTALMOLÓGICA

E-mail: informacionoftalmologica@pgmaonline.es

web: www.oftalmo.com

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

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN PUBLICIDAD

C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. 28015 MADRID
 Tels.: 91 544 58 79 • 91 544 80 35
 Fax: 91 544 18 47

REALIZACIÓN, DISEÑO Y MAQUETACIÓN: MAC LINE, S.L.
 Telf.: 91 544 75 94

Depósito Legal: M-29528-1994
 Ref. S.V. 94045 R
 ISSN: 1134-8550

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



El brillante acto inaugural se celebró el pasado 12 de junio

La SEO estrena una nueva sede que le permitirá dar el mejor servicio al colectivo oftalmológico

La Sociedad Española de Oftalmología (SEO) presentó, con todos los honores, el pasado 12 de junio, su nueva sede institucional, que se ubica en la primera planta del número 14 de la madrileña calle Arcipreste de Hita. El brillante acto inaugural contó con la presencia de los miembros de la Junta Directiva actual, gran parte de los anteriores Presidentes de la Sociedad y los responsables de las firmas comerciales más representativas del sector, entre otros ilustres invitados. Todos ellos tuvieron ocasión de conocer en detalle unas nuevas instalaciones, más modernas, luminosas y representativas, y por supuesto completamente preparadas para su objetivo principal: dar el mejor servicio, ahora y a futuro, al colectivo oftalmológico.

EL acto se desarrolló a última hora de la mañana del viernes 12 de junio, aunque los invitados comenzaron a llegar bastante antes de la hora oficial de convocatoria. Ello les permitió conocer en detalle todas las salas e instalaciones de la nueva sede de la SEO, a la vez que constatar el gran paso diferencial a positivo que representa el cambio. Fue también una magnífica oportunidad de poner cara a todo el personal que presta sus servicios en la Sociedad, en muchas ocasiones sin trascendencia pública.

Como no podía ser de otra manera, ejerció de anfitriona de todos los asistentes la Junta Directiva de la SEO, encabezada por su Presidente, el Profesor Dr. Luis Fernández-Vega Sanz. Precisamente, fue el Prof. Fernández-Vega Sanz quien protagonizó el discurso inaugural de la sede en la nueva Sala de Juntas, equipada con la más moderna tecnología (entre ella la posibilidad de videoconferencias) y llena a rebosar para la ocasión. Tras su intervención procedió a descubrir una placa conmemorativa, en la que hace mención a la adquisición de la sede por parte de la Sociedad Española de Oftalmología, bajo la Presidencia del Prof. Luis Fernández-Vega Sanz, el 27 de junio de 2014, e inaugurada el 12 de junio de 2015.

El acto se completó con un coctel ofrecido por la SEO a todos los asistentes.



UN CARTEL DE ASISTENTES DE AUTÉNTICO LUJO

EL acto de inauguración de la nueva sede de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO) contó con un cartel de asistentes de auténtico lujo. De esta forma participaron en el mismo el Dr. Ramón Lorente, Vicepresidente de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva (SECOIR); Dr. José Ángel Cristóbal, Presidente de la Fundación SECOIR; Prof. Julián García Feijoo, Presidente de la Sociedad Española de Glaucoma; Dr. Nicolás Toledano, Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria; Dr. Jesús Montero, Presidente de la Sociedad de Superficie Ocular y Córnea (GESOC); Dr. Carlos Cortés, Ex-Presidente Consejero de la Sociedad Oftalmológica de Madrid; y D. Enrique Chico, ex-Director General de Alcon.

Las casas comerciales estuvieron representadas por D. Máximo Gómez Pardo, de Abbott; Dña. Reyes Osés, de AJL; Dña. Ana Isabel Gómez y D. Paulo Vieira, de Alcon; D. Rafael Puigdengolas, de Angelini; D. Rainer Krause y D. David Benet, de Bayer; D. Wolfgang Bloss, de Bloss Group; D. Amdt Knestel y D. José Ramón Llanes, de Carl Zeiss; D. Filiberto Rosado, de Equipsa; D. Carlos Amador, de Laboratorios Thea; D. Mauricio Peralta y D. Manuel Prieto, de Medical Mix; D. David Wolters y Dña. Isabel Betoret, de Novartis; D. José Bonet, de Oftálmica Bonet; y D. Luis Sansegundo, de Topcon.



Discurso inaugural

Por su interés, reproducimos seguidamente el discurso inaugural del Presidente de la SEO.

«Muy buenos días a todos.

Me vais a permitir que os dirija unas breves palabras para agradecer vuestra presencia y daros la bienvenida a esta nueva sede, y de forma muy especial a los anteriores presidentes de nuestra sociedad, a los presidentes de las otras sociedades oftalmológicas y a los directores de las casas comerciales más significativas. Gracias a todos por acompañarnos en este sencillo acto.

Hoy es un día importante, muy importante para nuestra Sociedad y también para esta Junta que tengo el grandísimo honor de presidir.

Ahora que estamos en la recta final de nuestro mandato, que con tanta ilusión iniciamos hace ya casi cuatro años, y cuando se están viendo las últimas luces de nuestro quehacer, creo que este acto pone un broche de oro al trabajo realizado y que dejaremos como legado a nuestra sociedad y por supuesto a la próxima Junta.

Esta sede no es fruto de un esfuerzo individual, sino del de todos nuestros predecesores, recogido y ampliado por nosotros y que continuará, a partir de octubre, con los responsables de la nueva Directiva.

No queríamos terminar esta legislatura –disculpen la jerga política, pero en estos días es difícil escapar de ella– sin ver hecha realidad una de las ideas que llevábamos en nuestro programa: disponer, por vez primera, de un espacio físico propio digno de una sociedad centenaria.

La consecución de esta meta ha sido posible gracias a una sociedad económicamente saneada y bien gestionada, que se ha modernizado en estos últimos años, lo cual nos permite afrontar los retos del futuro con fortaleza, moviéndonos con firmeza en nuevos tiempos que van a exigir nuevas actuaciones.

Esto va a posibilitar hacer un trabajo más eficiente y acorde a las circunstancias actuales. Porque formamos parte de una sociedad que contemporiza con las necesidades del momento y que mira hacia las que tendremos mañana. Y tengo que decir que el mañana pinta bien, aunque con numerosas incertidumbres.

El hecho en sí de inaugurar esta sede pone bien a las claras que disponemos de un proyecto de futuro en beneficio de nuestros socios y de la Oftalmología en general. Por ello, es necesaria la colaboración de todos los aquí representados, pasado, presente y futuro con la inestimable colaboración de la Industria y todos defendiendo intereses comunes en aras a mantener el alto nivel de nuestra Oftalmología.

Por todo ello, hoy es un buen día para la historia de la SEO y por eso creo que estamos de enhorabuena, puesto que todos somos corresponsables de este logro.

Muchísimas gracias»



El Prof. Luis Fernández-Vega en un momento de su discurso.



El Prof. Luis Fernández-Vega descubre la placa conmemorativa del acto inaugural, junto a miembros de la Junta Directiva.



El Presidente de la SEO, Prof. Luis Fernández-Vega, junto a los ex-Presidentes Consejeros: Profesores Barraquer, Domínguez, Murube y García Sánchez.



La Sala de Juntas de la nueva Sede acogió a todos los asistentes durante el discurso pronunciado por el Presidente de la Sociedad.

El encuentro de Oviedo contó con la presencia de 200 expertos en la materia, algunos de ellos relevantes oftalmólogos internacionales

Gran éxito del Curso de Actualización en Glaucoma del Instituto Fernández-Vega

El Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, en Oviedo, acogió, los pasados días 24 y 25 de abril, el Curso de Actualización en Glaucoma, un encuentro que reunió en esta ciudad a casi doscientos oftalmólogos, algunos de ellos procedentes de fuera de España. La convocatoria dejó muy buenas sensaciones y sirvió para exponer importantes novedades de esta especialidad médica.

EL Curso arrancó a primera hora del viernes, 24 de abril, con una serie de comunicaciones de gran calidad centradas en los dos primeros bloques, sobre las ciencias básicas en el glaucoma y los diversos tipos de glaucomas secundarios; ya desde estas primeras exposiciones el Curso comenzó a responder a las expectativas que había generado. Se presentaron así los descubrimientos más recientes sobre la morfología y el funcionamiento del nervio óptico, con especial atención en la lámina cribosa. Se constató que las investigaciones de la Fundación de Investigación Oftalmológica sobre los fundamentos genéticos del glaucoma y las nuevas estrategias de neuroprotección abren la puerta a un futuro tratamiento personalizado del glaucoma.

En la tercera sesión se expusieron las últimas novedades acerca de las técnicas diagnósticas empleadas actualmente para detectar el glaucoma. Se recalcó la importancia capital de la campimetría, así como el papel protagonista que la tomografía de coherencia óptica (OCT) ha adquirido en los últimos años, sin olvidar la utilidad que siguen teniendo las fotografías de la capa de fibras nerviosas de la retina y el HRT.

Como novedades más recientes, destacaron las técnicas de imagen que permiten una mejor visualización del nervio óptico y un estudio más detallado del anillo neuroretiniano y las técnicas colorimétricas que permiten obtener información sobre la hemoglobina en la papila del nervio óptico. La interactividad entre ponentes y asistentes propició la conversación y el aprendizaje de oftalmólogos e investigadores.

NUEVOS FÁRMACOS SIN CONSERVANTES

El bloque centrado en el tratamiento del glaucoma fue uno de los más activos. En lo que al tratamiento médico se refiere, los ponentes recalcaron el amplio desarrollo de los nuevos fármacos sin conservantes, así como la nueva puerta que recientemente se ha abierto a futuras terapias basadas en la neuroprotección. Por otro lado, en las charlas de tratamiento quirúrgico, se mostraron excelentes vídeos sobre diversas técnicas quirúrgicas (múltiples variantes de la trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante, implante de diferentes dispositivos de drenaje y las novedosas técnicas de cirugía mínimamente invasiva y canaloplastia), que dieron lugar a amplias e interesantes discusiones por parte de los expertos.

La mesa multidisciplinar del sábado por la mañana fue del agrado también de todos los oftalmólogos que no se dedican específicamente al glaucoma. Los expertos recomendaron un manejo conjunto de la catarata y el glaucoma, así como tener siempre en cuenta las particularidades de los pacientes con glaucoma de cara a una cirugía refractiva. Todos ellos estuvieron de acuerdo en que es de gran importancia contar con la colaboración de los especialistas de retina y vítreo en patologías potencialmente graves, como el glaucoma neovascular, o en complicaciones de la cirugía de glaucoma, como la maculopatía por hipotensión. Finalmente, se recalcó que no se deben olvidar aquellas alteraciones que pueden afectar al nervio óptico y que erróneamente se catalogan de glaucoma.



El Curso tuvo como directores a los Doctores Pedro Pablo Rodríguez Calvo e Ignacio Rodríguez Uña.

La culminación la puso el Curso de Casos Clínicos, en el que, gracias a la colaboración conjunta de los panelistas, se pudieron resolver casos especialmente complejos de diagnosticar o tratar. A las dinámicas discusiones



El Prof. Fernández-Vega en una de sus intervenciones



Un momento de la ponencia del Dr. Juan Camilo Parra.



El Prof. García Feijoo, Presidente de la Sociedad Española de Glaucoma



En la imagen, el Dr. Mannelli durante su conferencia.

entre los moderadores y los miembros de los paneles se sumaron las inquietudes de los asistentes, que utilizaron el sistema de mensajería instantánea, muy activo durante todo el Curso.

GRAN REPERCUSIÓN MEDIÁTICA

El Curso tuvo una importante repercusión mediática, con la publicación de entrevistas y reportajes en medios especializados y también en otros de información general. Entre ellos, en 'La Nueva España' (octavo periódico más leído en España), el periodista Pablo Álvarez publicaba un artículo en el que, tras entrevistar a los Doctores Pedro Pablo Rodríguez Calvo e Ignacio Rodríguez Uña, directores del Curso, señalaba

para el público generalista que el glaucoma "es la segunda causa de ceguera del mundo, por detrás de la catarata. Enfermedad silenciosa –traidora–, para combatirla resulta decisivo un diagnóstico precoz que consiga ralentizar su



El Prof. González de la Rosa exponiendo su presentación

avance (actualmente es imposible curarla o detenerla). Por consiguiente, la mejor receta frente al glaucoma consiste en prestarle la máxima atención. «Es conveniente realizar revisiones oftalmológicas al menos una vez al año, a partir de los 40 años; y a partir de los 50 o 60, incluso más frecuentemente. Si existen antecedentes familiares, es importante conocer a qué edad fue diagnosticado el glaucoma y en qué grado estaba».

Los citados directores del Curso, junto con el Prof. Luis Fernández-Vega, mostraron su agradecimiento a los ponentes venidos de toda España y de fuera de nuestras fronteras, así como a todos los asistentes que se desplazaron a Oviedo, emplazándoles para la siguiente edición de los Cursos de Actualización del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, el próximo año.



De izda a dcha el Dr. José F. Alfonso, Prof. Luis Fernández-Vega, Dr. Alvaro Fernández-Vega y Dr. Jesús Merayo



Ponentes de la primera sesión del viernes



Participantes de una de las sesiones



Moderadores y ponentes de la sesión Situaciones Especiales



De izda a dcha. los Dres. Nadal, Gutiérrez, Martínez de la Casa, Rodríguez Calvo, Riaño y Rodríguez Bermejo



Participantes de la sesión Tratamiento del Glaucoma

Entrevista con el Dr. Vicente Rodríguez, presidente del Comité Organizador Local, que hace balance de la convocatoria celebrada en Las Palmas

«Secoir 2015 es ya un Congreso a recordar en el futuro»

Secoir 2015 cerró sus puertas con un gran éxito de asistencia. Un total de 1.200 acreditados, 900 oftalmólogos y casi 300 comerciales se dieron cita en la 30 edición, que se desarrolló del 14 al 16 de mayo en el Palacio de Congresos de Canarias Auditorio Alfredo Kraus, en Las Palmas de Gran Canaria. Como explica en esta entrevista balance de la convocatoria, el Dr. Vicente Rodríguez, presidente del Comité Organizador Local, la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto Refractiva ha demostrado, un año más, «que es una Sociedad Científica muy viva, de una gran actividad, como ha quedado patente en la alta participación de trabajos presentados: Comunicaciones libres, Vídeos y Posters superaron los 170, durante la celebración de nuestro Congreso Anual. Hemos tenido además la oportunidad de acceder al conocimiento de nuestra subespecialidad desde los aspectos más básicos hasta los más avanzados y a veces controvertidos».

'I.O.'.- ¿Se cumplieron sus expectativas?

Dr. Vicente Rodríguez.- Sí, estamos muy contentos. La verdad es que todo el Comité Organizador estamos muy agradecidos a todos los compañeros que han participado en Secoir 2015. Un total de 1.200 acreditaciones, entre oftalmólogos y comerciales de la Industria, lo han convertido ya un Congreso a recordar en el futuro.

'I.O.'.- ¿Qué destacaría del extenso programa científico?

Dr. Vicente Rodríguez.- El programa de la Secoir tiene unos espacios tradicionales, como los Cursos de Actualización, los aplaudidos Simposios (con salas muy concurridas) o la presentación de la Monografía, que este año se centró en los conocimientos ópticos básicos que un cirujano de segmento anterior debe conocer –«Óptica para el cirujano faco-refractivo»–, magistralmente dirigida por los Dres. Ramón Ruiz Mesa y Pedro Tañá Rivero. También hubo nuevos espacios, como Guías Diagnósticas y Encuentro con el Experto, que pretenden ser nuevos modos para compartir conocimientos y actualizar y mejorar continuamente nuestro Congreso.

'I.O.'.- ¿Resaltaría alguna de las novedades?

Dr. Vicente Rodríguez.- Pues sí: el haber llevado a cabo 2 Simposios compartidos con la CIRP portuguesa, el primero de ellos «Cirugía del Cristalino-Láser de Femtosegundo», moderado por los Dres. Fernández-Vega, Lorente y Murta, y el segundo «Cirugía Refractiva-Lentes Fáquicas», moderado por los Drs. Alfonso, Mendicute y Vaz pueden abrir puertas de colaboración futura con una Sociedad Científica amiga, como lo es la CIRP portuguesa.

PRESBYMANÍA 2015, UN PUNTO DE ESPLENDOR CIENTÍFICO

'I.O.'.- ¿Qué ha supuesto la presencia de Presbymanía en Secoir 2015?

Dr. Vicente Rodríguez.- Como se sabe, Presbymanía es un grupo consolidado de expertos internacionales en el tratamiento médico y quirúrgico de la Presbicia que, dirigido por su fundador, el Dr. Jerome Bovet, de Ginebra, se reúne cada año simultáneamente con alguna reunión local, como en esta ocasión ha sido Secoir. Así, por ejemplo, en 2012 se celebró en Moscú, en el instituto Fyodorov de Microcirugía Ocular; en 2013 en la ciudad sueca de Landskroma, dirigido por el Profesor Claes Feinbaum; y en 2014 en la ciudad India de Mumbai, conjuntamente con la reunión EyeAdvance. Indiscutiblemente, la presencia de 15 invitados internacionales, que participaron en esta ocasión en Presbymanía 2015, le han dado si cabe un punto más de esplendor científico a nuestro Congreso.

'I.O.'.- ¿Ha habido muchos momentos entrañables?



El Dr. Ruiz Mesa durante la exposición de la Monografía.



Mesa Presidencial durante la celebración de la Asamblea General.

Dr. Vicente Rodríguez.- El hecho de que coincidiera nuestro Congreso con el 30 aniversario de la Secoir supuso el agradecimiento de toda la Secoir a nuestros Fundadores, a los que se les entregó un diploma conmemorativo. No quiero dejar pasar esta oportunidad para nombrarlos a todos: Dr. José María Barahona, Dr. Julio de la Cámara, Dr. Luis Fernández-Vega, Dr. Ángel Ferreruela, Dr. José Luis Menezo, Dr. Antonio Piñero, Dr. Manuel Quintana, Dr. Juan Taboada y Dr. Juan Sayans. Desde aquí mi felicitación y agradecimiento a todos ellos. También no quiero dejar de nombrar a dos personas a las que admiro profundamente, como son los Dres. José Ángel Cristóbal y Ramón Lorente, medalla Secoir y Premio Menezo-Quintana, respectivamente.

'I.O.'.- ¿Ha habido algún momento científico especial para usted?

Dr. Vicente Rodríguez.- Pues sí, tengo que reconocer que lo mejor de la ASCRS, que tan didácticamente modera cada año el Dr. Fernando Soler, ha hecho que casi no me merezca la pena acudir a USA y esperar al siguiente Secoir donde, en 90 minutos, realmente estoy convencido que el Dr. Soler nos presentará lo mejor de dicho Congreso. Además, este año he tenido la oportunidad de vivir Perlas Faco-Refractivas desde dentro y quiero mostrar mi felicitación y agradecimiento a los cirujanos Dres Armadá, Barraquer y Ruiz Mesa, así como a su moderador, Dr. Mendicute, y al director, Dr. Carreras.



El Dr. José Ángel Cristóbal, Medalla de Honor al Mérito de la SECOIR, junto al Presidente, Dr. José F. Alfonso.



Imagen de los premiados en el Congreso con el Presidente, Dr. José F. Alfonso.



El Dr. Ramón Lorente, premio Dres. Menezo-Quintana y el Secretario General Dr. Javier Mendicute.



El Dr. Ramón Ferrerueta y el Prof. Luis Fernández-Vega en el homenaje a los Fundadores con el Presidente, Dr. José F. Alfonso.



Aspecto de la exposición comercial.

SEGUIR POTENCIANDO LA OFTALMOLOGÍA JOVEN

'I.O.'.- ¿Daría algún consejo a los organizadores de Secoir 2016?

Dr. Vicente Rodríguez.- Estoy convencido que nuestro próximo Secoir será todo un éxito, porque tenemos una Sociedad muy viva, dinámica, con mucha fuerza científica y, sin ninguna duda, Murcia nos recibirá con el mismo entusiasmo y generosidad que lo ha hecho Las Palmas de Gran Canaria. Tal vez el único consejo que daría al Comité Organizador es que sigan potenciando todo lo que significa la Oftalmología Joven de nuestra Sociedad, que han demostrado una mayoría de edad y que asumen aquellos retos que les ofrecemos y los llevan a cabo con el máximo nivel, como así ha sido en esta ocasión.

'I.O.'.- Ya para terminar, ¿algún comentario final?

Dr. Vicente Rodríguez.- Como casi todos sabéis, mi madre falleció el día antes de empezar Secoir 2015. Estuve a punto de tirar

la toalla y dejar el Congreso en manos de nuestra Junta Directiva y de mis compañeros del Comité Organizador, pero estaré siempre profundamente agradecido a todos ustedes por el afecto recibido durante esos días. Vuestra cercanía y el apoyo de mi familia hizo que mantuviera mi presencia durante Secoir 2015. Muchas gracias a todos.

Además, quiero aprovechar la oportunidad para agradecer a GESOC, CIRP, EUCORNEA, Sociedad Española de Contactología y Presbymanía, su inestimable aportación a nuestro Congreso Anual.

Por último mi agradecimiento a la Industria que, de forma clara, nos hizo sentir a todo el Comité Organizador su apoyo decidido a Secoir 2015. Y, por supuesto, a nuestra Junta Directiva, encabezada por su Presidente, el Dr. José F. Alfonso, que nos proporcionó todos los medios necesarios para que Secoir 2015 haya sido una realidad científica del máximo nivel.



Realizó un gran despliegue de sus últimos avances tecnológicos

Gran acogida de las novedades Topcon en el Congreso de la Secoir

TOPCON contó con una gran presencia en el reciente Congreso de la Secoir, desarrollado en Las Palmas de Gran Canaria. En su amplio stand, efectuó un gran despliegue de sus últimas novedades tecnológicas. El Tomógrafo de Coherencia Óptica OCT Triton fue motivo de gran interés entre los visitantes al congreso. Su exclusiva Tecnología SweptSource, adquiere imágenes de ultra alta definición que permiten observar estructuras oculares con una calidad sin precedentes, pudiendo visualizar las capas de la retina y coroides por separado, a diferentes profundidades, en un mismo plano.

También cabe citar la gran atracción que tuvo la nueva versión del Biómetro Topógrafo Aladdin. El nuevo modelo incluye la capacidad de medición automática del espesor del cristalino, función de gran utilidad para el cálculo de la posición final de la LIO y optimización de la cirugía. Llamaron asimismo poderosamente la atención las lentes Oculentis, Lentis Premium Comfort, con su foco extendido para una visión intermedia y lejana, junto con la Lentis MF20 con adición de 2.0D y el nuevo software para detección del limbo del femtoláser Lensar.



Se desarrolló en el marco del 30º Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva

El abordaje y la resolución de complicaciones en las cirugías de cristalino, temas centrales de las XIV Perlas Faco-Refractivas

Especialistas en cirugía oftalmológica de toda España se reunieron en la convocatoria de este año de «Perlas Faco-Refractivas», un evento quirúrgico de primer nivel dirigido por el Dr. Humberto Carreras, Codirector Médico de Eurocanarias Oftalmológica, y moderado por el Dr. Javier Mendicute, Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital de Donostia. Esta XIV edición del encuentro, organizado por Alcon, tuvo como objetivo «ser el ágora donde algunos de los oftalmólogos más relevantes del país expongan sus criterios y experiencias sobre los últimos avances en cirugía de catarata», explicó el Dr. Carreras.

YES que el encuentro contó con la retransmisión en directo, en el Auditorio Alfredo Krauss, de tres cirugías de catarata realizadas en la clínica Eurocanarias Oftalmológica, que, según el mismo doctor, «permitieron a todo el público asistente conocer y comprobar los importantes beneficios que los últimos avances tecnológicos representan para los pacientes». Al respecto, el Dr. Mendicute quiso señalar que «las cirugías en directo aportan claves para desenvolverse en situaciones clínicas y para incorporar nueva tecnología, por lo que son un foro ideal para que los oftalmólogos planteen preguntas, independientemente de su nivel de experiencia».



Presentación de Perlas Faco-Refractivas.

La cifra de intervenciones quirúrgicas para solucionar problemas de cataratas alcanza cada año en España las 350.000 operaciones (1). Además, se estima que el 11,1% de la población española (sin contar amétropes) se somete a algún tipo de operación para la corrección de sus problemas refractivos (4), lo que representó en 2012 unas 125.000 cirugías refractivas. Y es que el 77,6% de los españoles necesitan corrección visual y los problemas refractivos más comunes entre ellos son la miopía (31%), la presbicia (31%), el astigmatismo (24%) y la hipermetropía (12%) (3).

La catarata, la opacidad de la lente natural del ojo debida al envejecimiento o a una lesión, es la principal causa de ceguera evitable en todo el mundo (5). Las cataratas asociadas a la edad causan el 48% de las cegueras, es decir, más de 18 millones de personas, y provocan una visión deficiente en muchos millones más (6).

La cirugía de la catarata es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes; cada año se realizan en el mundo casi 22 millones de intervenciones (2). El número de intervenciones de catarata está creciendo rápidamente debido a los cambios demográficos y al acceso creciente a la atención médica en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que hacia el año 2020 se realizarán en el mundo más de 32 millones de operaciones de cataratas al año (6). Además, los estándares en este tipo de cirugía están avanzando, dando lugar a una demanda de innovaciones y nuevos equipos (6).



Asistentes durante una cirugía en directo.



El encuentro reunió a más de 350 especialistas en oftalmología.

VENTAJAS DE LAS ÚLTIMAS TECNOLOGÍAS

En palabras del Dr. Ramón Ruiz Mesa, miembro de la Junta Directiva de SECOIR, «en los últimos años la cirugía faco-refractiva ha evolucionado mucho y, hoy en día, ni pacientes ni cirujanos contemplan la intervención de cataratas sin una finalidad refractiva».

En esto coincide el Dr. Carreras, que considera que «el paciente no sólo busca eliminar la patología que padece, sino también dejar de lado la dependencia de las gafas en el mismo procedimiento. Gracias a las últimas tecnologías de apoyo al cirujano, podemos realizar las exploraciones pertinentes y establecer una planificación quirúrgica que se envía de modo automático a los equipos de última tecnología, que se programan para llevar a cabo la intervención con gran precisión, mejorando con ello los resultados refractivos del paciente».

Al respecto, el Dr. Mendicute explicó que «las últimas plataformas tecnológicas de apoyo al cirujano suponen la integración de lentes tóricas –para astigmatismo–, equipos de diagnóstico y terapéuticos».

Para el Dr. Ruiz Mesa, los últimos avances tecnológicos aplicados a la cirugía de catarata «amplían el margen de seguridad, minimizando el margen de error, tanto en el planteamiento quirúrgico como en su realización y posterior resultado. Asimismo, el paciente se encuentra con una intervención más segura y predecible, por lo que mejora su grado de satisfacción».

Y es que, tal y como explicó el Dr. Carreras, gracias a los avances tecnológicos «la cirugía faco-refractiva es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros, donde las complicaciones graves son muy excepcionales».

«Uno de los más impresionantes avances tecnológicos que estamos asistiendo en la actualidad es la posibilidad de operar las cataratas con láser, que, junto con la posibilidad de individualizar el tratamiento atendiendo a las características de cada paciente y a los sistemas de guiado, nos ofrece una considerable mejora en la seguridad y la precisión de las intervenciones», concluyó el Dr. Carreras.

Por su parte, el Dr. Xavier Puig, director médico de Alcon y de Instituto Alcon de España y Portugal, destacó que «como compañía dedicada al cuidado de la visión de las personas, es parte de nuestro compromiso fomentar el intercambio de conocimiento y experiencias entre los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de las patologías oculares, así como dar a conocer todas aquellas innovaciones tecnológicas que facilitan la labor de los profesionales mejorando así la calidad asistencial al paciente».

REFERENCIAS

1. Libro Blanco de la Visión en España, 2013
2. MarketScope, 2013 Comprehensive Report on the Global Cataract Surgical Equipment Market.
3. Vision Needs Monitor 2013, pg. 58
4. Vision Needs Monitor 2013, pg.15
5. Helen Keller International. Cataract treatment. <http://www.hki.org/preventing-blindness/cataract-treatment/>.
6. Organización Mundial de la Salud, Prevention of Blindness and Visual Impairment (Prevención de la Ceguera y del Deterioro Visual), <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index1.html> (actualizado en 2011) (leído el 5 de enero de 2012).

Bloss Group presentó en SECOIR sus productos TOP Refractiva

Láser Femto LDV Z8, lentes fáquicas IPCL y biómetro Lenstar garantía de precisión y seguridad en la cirugía refractiva

Bloss Group incorpora a su gama de productos para refractiva la nueva lente fáquica IPCL que corrige Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo y Presbicia. La primera lente fáquica difractiva.



DURANTE la 30ª edición del Congreso SECOIR (Las Palmas, 14 al 16 de mayo), Bloss Group organizó el lunch simposio «TOP Refractiva: Láser Femto-Catarata Z8 y lente fáquica IPCL», participó en la exposición comercial y patrocinó el espacio Internet Corner.

El simposio sobre los productos TOP de Bloss para cirugía refractiva contó con la participación de los Dres. Alfredo Amigó Rodríguez, Carlos Gutiérrez Amorós, Emeterio Orduña Domingo y Luis Salvá Ladaria, que expusieron sus experiencias con el láser Femto LDV Z8 de Ziemer y la nueva lente fáquica IPCL de Care Group. La gran asistencia obtenida pone de manifiesto el interés y la expectación que despiertan estas dos soluciones refractivas: el láser Femto Z8 por ser la única plataforma móvil para córnea y catarata, y la opción difractiva de la lente IPCL porque abre una nueva alternativa segura, eficaz y reversible para pacientes presbitas.

En la exposición comercial de Bloss Group despertaron gran interés los productos **TOP Refractiva** de Bloss, Biómetro Lenstar, Láser Femto LDV Z8 y Lente fáquica IPCL, así como la venta especial de **Instrumental de la marca Ophmed**, instrumentos básicos de calidad a precios muy asequibles.

LENSTAR LS900

Biómetro óptico **Lenstar** (Haag-Streit), permite obtener en un solo disparo y sin contacto, medidas de 9 estructuras diferentes a lo largo del eje visual del ojo, una herramienta indispensable para la elección de lentes Premium y fáquicas.

Lenstar integra fórmulas estándar y de nueva creación, como SRK-T, HofferQ, Haigis, Olsen y Barret. Para los casos de pacientes que han sido intervenidos con Lasik o PRK, Lenstar dispone de Masket y Shammis. Además, permite conectividad con fórmulas de terceros como Holladay-II y Okulix.

Si ya es usuario de Lenstar, consulte a comerciales y especialistas de producto de Bloss sobre la actualización de su equipo a la versión Eyesuite 8, así como la posibilidad de optimizarlo con el módulo de **topografía T-Cone** o el **planificador de Lentes tóricas** que mejoraran el rendimiento de su consulta.

FEMTO LDV Z8

El láser **FEMTO LDV Z8**, de Ziemer, es el primer femto realmente móvil y modular para cirugía refractiva corneal y de catarata con OCT de alta resolución incorporada.

La movilidad del Femto LDV Z8 permite su adaptación a cualquier camilla quirúrgica, facilitando que el paciente no tenga que desplazarse para continuar el tratamiento.

Con una tecnología única de láser, Z8 se adapta a las necesidades de cada cirujano, con tratamientos totalmente personalizables, aportando unos resultados clínicos excepcionales basados en más de 2,5 millones de tratamientos.

- Nueva fuente de láser: la energía de los pulsos se adapta a córnea o cristalino manteniendo la precisión, frecuencia de disparo en el rango Mhz, tamaño del spot más pequeño del mercado.
- Interface de usuario por aplanación (córnea) o por inmersión (catarata) dependiendo del tipo de tratamiento para unos resultados clínicos óptimos y un mayor confort para el paciente.
- Incorpora una OCT de alta definición para identificar con precisión y de manera automática las diferentes estructuras oculares.

El láser FEMTO LDV Z8 destaca por su precisión, estabilidad, seguridad, robustez, facilidad de uso y movilidad.

LENTE FÁQUICA IPCL

La lente fáquica IPCL corrige todas las ametropías: miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia. **¡La primera y única lente fáquica difractiva del mercado!**

La IPCL se implanta mediante una sencilla técnica quirúrgica a través de una incisión de 2,8 mm utilizando un cartucho específico desechable de fácil manejo.

Disponible en diez tamaños diferentes que aseguran un vault adecuado para cada caso y con un amplio rango de potencias (+15 a -30D, hasta 8D de astigmatismo y hasta 3.50D de adición).

En el caso de las lentes tóricas, la IPCL se posiciona en eje horizontal sin necesidad de rotarla.

Máxima estabilidad, precisión y seguridad.

También estuvieron presentes en el congreso:

- El ecógrafo digital **Compact Touch** (Quantel Medical), equipo 3 en 1: Paquimetría, Biometría y Ecografía.
- Las lentes intraoculares de adición **Addon** (1stQ), de implantación en Sulcus, la solución para los defectos refractivos pseudofáquicos.
- Los marcadores **electrónicos tóricos** (Asico), que incorporan un dispositivo que indica la inclinación del marcador con señales acústicas y luminosas.
- **Instrumental MCO** (Asico): Una amplia gama de instrumental optimizado para respetar el tamaño de la incisión en cirugía microcoaxial de catarata.
- Implante para glaucoma **iStent** (Glaukos), el micro bypass trabecular que restituye el flujo fisiológico del humor acuoso.

Bloss Group agradece a los asistentes a SECOIR su interés por sus productos y actividades. Su stand fue uno de los más visitados de la exposición comercial.

Más información: BLOSS GROUP | www.blossgroup.com



Láser Femto LDV Z8.



Lente fáquica difractiva IPCL.

En el transcurso del congreso de la SECOIR, Las Palmas 2015

Dr. José Alfonso: "El colirio Endoret® PRGF® es un hito, una revolución en el tratamiento de la superficie ocular"



Durante el 30º congreso de la SECOIR, el Dr. José Alfonso, Director Médico del Instituto Fernández-Vega y Presidente de la SECOIR valoró las ventajas del nuevo colirio Endoret comercializado por Medical Mix en España.

El colirio ENDORET con factores de crecimiento. ¿De qué hablamos exactamente?

Se trata de un colirio que favorece la recuperación de la superficie ocular, no solamente protegiéndola sino estimulándola para que regenere mejor y más rápido, sobretodo en el postoperatorio de cirugías. Por ejemplo en cirugías láser y de córnea, es muy importante.

La personalización al más alto nivel médico. Un colirio con factores de crecimiento preparado para cada paciente.

Se necesitan entre 40 y 50 ml de sangre. El paciente debe estar en ayunas, se le extrae la sangre y con un riguroso proceso de esterilidad y una base de condiciones que deben darse para elaborar este colirio, al cabo de un par de horas ya tenemos listo el colirio PRGF® basado en su propia sangre.

Acostumbro a decir a los pacientes que se trata de una lágrima natural elaborada de su propio suero. Con estos frascos el paciente tiene

perfectamente para tres meses de tratamiento, lo suficiente para recuperar una superficie ocular.

La medicina regenerativa de la superficie ocular. ¿Es un paso adelante?

Ya no es el futuro, es el presente. Ahora el cambio es radical, pues no solo protegemos sino que estimulamos esa superficie para que evolucione favorablemente ante una agresión o cualquier enfermedad como puede ser el ojo seco.

El colirio ENDORET está indicado para pacientes con "ojo seco", pero ¿puede ampliarse el rango de uso a otras patologías?

En el ojo seco realmente estás mejorando la superficie ocular, estás aportando a la película lagrimal que se compone de lípidos, agua y proteínas todos los componentes de la lágrima natural de ese paciente.

Una lágrima artificial, por mucho que se quiera, no puede tener los componentes de la lágrima del paciente, pero el colirio con PRGF sí.

Por tanto, estás recuperando esa película lagrimal con sustancias del propio paciente, es una terapia personalizada.

Pero es que además, en patologías o postoperatorios de determinadas cirugías como pueden ser los trasplantes o la cirugía de retina, estás dando factores de regeneración y antiinflamatorios, por tanto es una revolución del tratamiento integral de la patología de la superficie ocular, de córnea y conjuntiva. Es un hito a la hora de poder tratar sintomáticamente y regenerativamente la patología.



Comodidad y seguridad



Endoret® PRGF®, el colirio personalizado rico en factores de crecimiento

El tratamiento con el colirio autólogo Endoret® PRGF® desarrollado por BTI Biotechnology Institute y comercializado por Medical Mix en España, está indicado para diversas patologías de la superficie ocular, entre las que destaca el síndrome de "ojo seco" moderado y severo, que no responde a tratamientos convencionales, así como la aplicación en trasplantes de córnea, úlceras, quemaduras y queratitis.

Un colirio que se obtiene a partir de sangre del propio paciente

El colirio Endoret® PRGF® se obtiene a partir de un mínimo volumen de sangre proveniente del propio paciente, es decir, es un colirio "personalizado". Se prepara en el momento en el propio centro y se dispensa en unos viales monodosis que el paciente puede utilizar cómodamente, incluso a temperatura ambiente.

La base del funcionamiento de este colirio está en que concentra y aporta nutrientes y factores de crecimiento a la superficie ocular para ayudar a regenerar y reparar las estructuras más vulnerables, como el epitelio conjuntival y el corneal, actuando al mismo tiempo como una lágrima artificial. Este tratamiento cubre una necesidad clínica no resuelta en el cuidado de los pacientes con enfermedades de la superficie ocular más graves, porque no solo tiene acción antiinflamatoria y regenerativa, sino que además alivia los síntomas.

La innovación del colirio Endoret® PRGF®, es que pone al servicio de los pacientes oftalmológicos la experiencia adquirida en otras especialidades como la cirugía oral, la traumatología o la dermatología, para brindar un medicamento que aprovecha los factores de crecimiento provenientes de la sangre del propio paciente para que puedan actuar en el órgano diana enfermo, en este caso el ojo. Se trata de regenerar con los propios mecanismos que tiene el paciente, pero de forma estandarizada y segura.

MEDICALMIX
PASIÓN POR LA OFTALMOLOGÍA



Perspectiva desde su auge en el siglo XVII

La cirugía itinerante, una actividad felizmente extinguida y de funesto recuerdo

Dr. José Belmonte Martínez

Aunque en ocasiones todavía siguen teniendo su hueco en programas televisivos y en alguna prensa sensacionalista, las «hazañas quirúrgicas» de determinados profesionales médicos son, afortunadamente, cada vez más cosas del pasado. Esta situación se pone de manifiesto en este interesante artículo en el que se rememora la época de los oculistas y cirujanos-barberos -citando casos como los vividos por el autoproclamado «Chevalier» John Taylor con los compositores Juan Sebastián Bach y Georg Friederich Haendel- y se llega al momento actual, sin olvidar el caso vivido en 1994 con la clínica flotante 'Floks', instalada en el buque-clínico ruso 'Pedro I', dependiente del Instituto de Microcirugía Ocular de Moscú.

No cabe duda que entre los principales avances de la Oftalmología y donde se han dado avances más espectaculares ha sido, sobre todo, en el ámbito de la cirugía. Este fenómeno, aplicable también al resto de la Medicina, especialmente llamativo desde el siglo XVII, supuso un giro radical en la posición del cirujano frente a la sociedad ya que, al margen de su creciente actividad y fama, y la necesidad de sus intervenciones como consecuencia de los numerosos conflictos bélicos existentes en Europa, hasta el siglo XVIII, seguían sin alcanzar el nivel social de los médicos. La cirugía, pues, era considerada por entonces como «el fracaso de la Medicina» y, como es lógico, sus protagonistas, los cirujanos, se catalogaban de un nivel inferior a los médicos (prácticamente no existían las especialidades, por lo que estos últimos debían disponer de unos amplios conocimientos que les facultasen para encarar las patologías más diversas).

En relación a la Oftalmología en tiempos de paz, muchos oculistas realizaban su labor, como el resto de los «cirujanos-barberos», de forma itinerante y dedicados a una patología, en apariencia poco significativa como heridas accidentales, alteraciones palpebrales, leucomas corneales cicatriciales, etc., aunque también otras enfermedades frecuentes de mayor repercusión funcional, como la catarata, cuya evolución histórica de su operación se extiende desde muchos años antes de nuestra era hasta el siglo XIX, con una profunda transformación a partir de los trabajos de Daviel, en 1747. En todo caso, cualquiera que fuese la rama de la cirugía en los siglos XVII y XVIII, eran necesarias unas aptitudes excepcionales para su práctica, derivadas, sobre todo, de la falta de anestesia y el alto riesgo de infecciones postoperatorias y que, básicamente, consistían en una excepcional habilidad manual (mito que todavía subsiste y se destaca del cirujano «manitas»), un notable ingenio para improvisar maniobras y, en cualquier circunstancia, todo aquello que permitiera una gran rapidez de ejecución que, de algún modo, pudieran compensar, la carencia de analgesia y asepsia.

El descubrimiento de la anestesia tópica mediante la solución de cocaína, por Soller en 1884, y el seguimiento de los principios de asepsia y antisepsia quirúrgica que estableciera Lister, supusieron, sin duda, unos hitos importantes en el progreso de la cirugía ocular y general, en tanto que su desconocimiento influyó, sin duda, por otro lado, en la creciente aparición de cirujanos oculistas itinerantes que, al no precisar de una tecnología compleja, ni tener que tomar medidas frente a la todavía desconocida infección (esterilización del instrumental) no tenían unos excesivos escrúpulos en operar «sobre la marcha» y en lugares inapropiados, en su peregrinar por las principales ciudades europeas, preocupándose sobre todo de promocionarse, con el mayor alarde tipográfico posible, a través de los relatos de sus «hazañas» en los periódicos locales, prestos a intervenir a cuanto incauto paciente se pusiera a su alcance, pese a ir dejando, muchas veces, a su paso, una estela de desahogados y los consiguientes rencores de los damnificados hacia los médicos protagonistas que, dada su movilidad, en esa etapa del proceso ya habían «volado» hacia otros territorios más propicios.

TAYLOR Y JUAN SEBASTIÁN BACH

Entre las curiosidades que enlazan las biografías de dos compositores de la talla de Haendel y Juan Sebastián Bach, como es el común año de nacimiento, 1685, y el hecho que jamás llegaron a conocerse, pese a ser los dos más grandes genios de la música del momento, está la tenebrosa ligazón de haber sido ambos intervenidos a manos de un célebre oculista inglés itinerante, autoproclamado «Chevalier» John Taylor, un extravagante impostor, nacido en la localidad inglesa de Norwich, hijo de un cirujano- «barbero» del mismo nombre y que estudió en el St. Thomas Hospital de Londres, bajo la tutela del famoso William Cheselden, médico que se dedicaba a la cirugía ocular y había desarrollado una operación sobre el iris (iridotomía) y que, al parecer, fue la figura decisiva que promovió la separación legal entre cirujanos y «barberos», decretada por el Parlamento inglés en 1745. Tras sus comienzos, Taylor logró alcanzar un gran éxito y, siguiendo la senda de su maestro, en 1727 publicó un libro sobre el mecanismo de los ojos en uno de cuyos apartados subrayaba el aforismo: «Qui visun vitam dat» («quien da vista da vida») y más adelante: «Qui dat vivere dat visere». Pronto comenzó a viajar, tanto por las islas británicas como por Europa, y a ganar experiencia, prestigio, reconocimiento y bienestar social, operando a destacados personajes de la época, como Edward Gibbon Van Swieten, médico de la Emperatriz de Austria, y atendiendo incluso al Rey Jorge II de Inglaterra, lo que le abrió las puertas de muchas cortes europeas. Taylor, a quien Mario Esteban dedica un Capítulo (el 16) al hablar de «la oculística itinerante en el siglo XVII» en su magnífica y reciente «Historia de la oculística, con

especial dedicación a la Estrabología», sin disimular la animadversión por el personaje, al margen de su singular importancia histórica (es significativo el pie de la figura de su retrato, del que dice literalmente que «es a la vez un perfecto retrato psicológico al mostrar su engreimiento, arrogancia, altivez, orgullo, vanidad, jactancia y estudiada elegancia»). Pero nuestro recuerdo de Taylor es, sobre todo, por el rechazable privilegio de haber amargado los últimos momentos de vida de esos dos irrepitibles genios de la música occidental y por simbolizar vivamente la trashumancia en el ejercicio de la Medicina en los pasados siglos. Al parecer Bach fue siempre «corto de vista», hecho que las personas de su entorno atribuían a su increíble capacidad de trabajo y a pasar noches enteras leyendo o transcribiendo música, con una débil iluminación o incluso bajo la luz de la luna. En sus retratos aparece, en efecto, con el gesto característico del miope, los ojos entornados y el ceño fruncido. Los últimos años de su vida se vieron entristecidos por la progresiva pérdida de visión y, en 1750, se creyó que podía curarse su enfermedad atribuyéndose a unas cataratas avanzadas, momento en el que precisamente entra en escena el célebre cirujano inglés Taylor y aunque el músico, en principio, se resistió a operarse, las evidentes dotes de persuasión del oculista británico, y la fama que le precedía, determinaron que al final accediera a la intervención. Realizada ésta, en la primera cura, al retirarle el vendaje, el músico manifestó que veía menos que antes, ante lo que el cirujano respondió que precisaba una segunda operación, que Bach aceptó resignado; pero, el resultado fue todavía peor, quedando esta vez completamente ciego. Ante tal panorama, Taylor aconsejó los habituales cuidados postoperatorios, consistentes en una mezcla de bálsamo del Perú y agua caliente, aplicada directamente a los ojos, colirio de sangre de paloma, sal quemada y azúcar pulverizada, además de la consabida sangría y laxantes. Parece que el cuadro se debió a una endoftalmítis, glaucoma secundario y tal vez desprendimiento de retina. Sumamente debilitado, y sin visión, Bach continuó componiendo los últimos meses de su vida después de haber sido operado de catarata, prácticamente ciego, y con la salud muy deteriorada, hasta su fallecimiento, el 28 de julio de 1750, en Leipzig, a los cuatro meses de la operación ocular por Taylor, con un cuadro descrito como «enfermedad ocular dolorosa».

TAYLOR Y HAENDEL

Por su parte, Georg Friederich Haendel nació en la ciudad alemana de Halle, mostrando desde la infancia unas grandes dotes para la música. A su regreso de un viaje a Italia se convirtió en director de la orquesta de la corte de Hannover y en 1712, tras el éxito de su ópera 'Reinaldo', estrenada en Londres, decide establecerse en Inglaterra, donde recibe el encargo de crear el Teatro Real de la Ópera (Royal Academy of Music). En 1737 sufre un ataque de «reumatismo» y al mes siguiente un ictus (presumiblemente una trombosis cerebral), que le paraliza la mano derecha y origina un agravamiento de su estado físico y psíquico, hemiplejía de la que, posteriormente, parece haberse recuperado ya que, a partir de 1740 se dedica a la composición de oratorios, entre ellos el celeberrimo 'Mesias' que se convirtió, desde entonces, en la obra coral por excelencia. Mientras componía un nuevo oratorio ('Jephtha'), Haendel perdió la vista y, debido a su prestigio, no es de extrañar que se recurriera al famoso oculista «Chevalier» Taylor. Dados sus evidentes factores de riesgo vascular, es posible que su pérdida de visión se debiera a fenómenos embólicos de las arterias retinianas y que fuera atribuida a una catarata o calificadas como «gutta serena», que se aplicaba a cualquier forma de ceguera en un ojo por lo demás normal al examen y que se jactaba de curar frotando la parte inferior del globo con una cuchara de plata. Haendel fue, al fin, intervenido de catarata sin éxito, posiblemente por el viejo método de reclinación, retropulsión o abatimiento del cristalino (couching), que usaba habitualmente el cirujano. El controvertido personaje cuenta en su autobiografía: «He visto una gran cantidad de ojos de animales como dromedarios y camellos y particularmente, en Leipzig, el célebre maestro de música, que ya ha llegado a los 88 años, recibió la vista de mis manos. De la misma manera, el famoso Haendel, con el cual tuve el mismo éxito» (!!). Este comentario lleno de vanidad e hipocresía le delata, además, como un farsante cínico y mentiroso, considerando que Bach precisamente murió a los 65 años (y no a los 88) y cómo Haendel nunca llegó a ver tras la intervención de Taylor.

«HAZAÑAS QUIRÚRGICAS» EN TELEVISIÓN O PRENSA

Sin embargo, a pesar de su creciente desprestigio, el fenómeno de la cirugía itinerante no concluyó, tras su auge, en el siglo XVIII y, curiosamente, en Oftalmología el elemento dinamizador de su resurgimiento ha sido, en muchas ocasiones, la

corrección de la miopía, defecto que siempre representó un especial atractivo para los oftalmólogos más inclinados a la medicina comercial y, con gran frecuencia, fuente inagotable de pacientes, flemáticos frente al riesgo, plagados de complejos, implacables enemigos de la esclavitud de las antiestéticas gafas correctoras (no olvidemos el éxito comercial de las lentes de contacto) y espectadores inermes de la progresión de su defecto sin posible control, por lo que no es de extrañar que, precisamente la miopía, haya sido objeto, a lo largo de la Historia de la Oftalmología, de las medidas más grotescas, desde las derivadas de la «teoría escolar» de Crohn, que condenaba a los niños casi al analfabetismo, hasta los peculiares y estrambóticos ejercicios oculares que incluía el famoso método de Bates que, curiosamente, todavía enseñan en algunas escuelas de óptica.

Tampoco se extinguieron «los Taylor» que, cual curioso y recurrente fenómeno cíclico, «parque jurásico», retornan de tiempo en tiempo como protagonistas de las más aventuradas «hazañas quirúrgicas», en programas estelares televisivos o en la prensa sensacionalista, bien sea que bañadas con una falaz pátina científica y, casi siempre, aderezada con un indisimulado culto a la personalidad de sus autores, invadidos de una insaciable necesidad de valoración y un descarado e insatisfecho afán de notoriedad, pero con un despiadado despegue por la salud y el bolsillo de los pacientes. Concretamente en nuestro país, hacia la segunda mitad del siglo pasado, surgió algún oftalmólogo ambulante que pretendía mejorar la miopía mediante la controvertida extracción del cristalino transparente (operación de Fukala), que realizó, en su infatigable discurrir, principalmente por diversas localidades del Sureste español y cuyos funestos resultados tuve todavía ocasión de comprobar personalmente, durante mis primeros pasos en la Oftalmología, trabajando junto a mi padre, que tenía una consulta muy numerosa, a la que llegaban pacientes descontentos de toda la zona geográfica circundante tratada por el inefable colega.

PECULIAR NOMADISMO QUIRÚRGICO MASIVO

No mucho más tarde, hacia 1994, surgió en la Península Ibérica otra peculiar variedad de nomadismo quirúrgico masivo, aunque, en esta ocasión, liderada no

por un médico aislado sino por 45 especialistas rusos, astutamente presentados con un singular envoltorio, ubicados en una clínica flotante, de nombre 'Flocks', instalada en el buque-clínico de pabellón ruso y de nombre 'Pedro I', dependiente del Instituto de Microcirugía Ocular de Moscú, al frente del cual se hallaba el célebre Sviatoslav Fiodorov, paladín mundial de la queratotomía radial y creador de la original y marinera «cadena de montaje quirúrgico» (pues de tal suerte funcionaban los quirófanos del mencionado buque, evocando las secuencias chaplinianas de «Tiempos Modernos»). Recuerdo bien las dificultades para convencer a muchos de mis crédulos pacientes del supuesto fraude que se ocultaba detrás del montaje.

Esta actividad fue final y lógicamente denunciada a la Sociedad Española de Oftalmología por «realizar un trabajo fuera del control de cualquier institución sanitaria, así como por la absoluta desprotección legal a la que se enfrentaban los pacientes, acusando, además, a los responsables de embaucar a supuestos enfermos con «anuncios de terapias milagrosas para patologías inexistentes». La «declaración de guerra» de las autoridades sanitarias, de los oftalmólogos en general y de las instituciones académicas, fue respaldada por responsables sanitarios de la Comunidad Europea y logró, al fin, desmontar todo el entramado, restablecer la normalidad y que el buque partiera a la mar, bien es verdad que compensada pronto por la aparición substitutiva de varios competidores «terrestres» que, a modo de «francotiradores oportunistas», se dispusieron a ocupar el hueco dejado por sus predecesores soviéticos y a operar miopías por doquier, apoyándose en los aparentes buenos resultados, a corto plazo, de la flamante queratotomía radial, que perduró hasta que el informe PERK la puso en su sitio y fue reemplazada por el menos agresivo LASIK. No obstante, España alcanzó así, pronto, el discutible privilegio de erigirse en líder mundial de la novedosa y polémica queratotomía radial, delatando la ancestral predisposición nacional a dejarse arrastrar por la superchería y los «salvapatrias», en especial en aquellos temas sanitarios que afectan la estética (no olvidemos el Botox y la infatigable tendencia de algunas señoras maduras a poseer unos labios gruesos, carnosos e inapropiados a sus rasgos y edad a lo Angelica Jolie, que les dan un patético aspecto).

Conferencias en el Aula Zarco del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid

La relación médico-paciente en la Oftalmología y en la Historia

El 20 de abril, dentro de las actividades del Aula Zarco del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, se impartieron dos conferencias en las que se habló de la relación médico-paciente en la Oftalmología y en la Historia. Estuvieron a cargo de los Dres. Enrique Santos Bueso, oftalmólogo del propio Hospital Clínico de San Carlos, y Carmen Fernández Jacob, del Hospital Universitario «La Paz»; fueron presentados por el Dr. Gustavo Leoz, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid. Ambos desarrollaron también las conferencias de junio del Aula.

Las conferencias, incluidas dentro de las actividades del Aula Zarco, estaban encaminadas a abrir el hospital a actividades culturales dirigidas a los propios pacientes, acompañantes o simplemente personas interesadas en el mundo del Arte y la Historia y su relación con la Medicina, en un marco de actividades eminentemente asistenciales como es el hospital. El organizador y director de esta iniciativa es el Dr. Nicolás Díaz-Toledo.

En la primera de ellas se habló de la relación médico-paciente en Oftalmología a través de la relación que la princesa de Eboli habría podido tener con su oftalmólogo. A través de ella, el Dr. Santos Bueso pudo establecer hipótesis de cuál podría ser la causa de la enfermedad ocular que tanto marcó a la Princesa, personaje de gran influencia en la corte de Felipe II, tarea complicada y que ha supuesto un gran trabajo de investigación.

La Dra. Fernández Jacob habló también de una relación médico paciente dentro de la Oftalmología, en este caso la del pintor Claude Monet y su oftalmólogo el Dr. Coutela. A través de esta relación, señaló, pueden intuirse de forma bastante cierta las tremendas dificultades que tuvo Monet para poder terminar sus cuadros de las Ninfetas del museo de la Orangerie de París por los problemas visuales producidos por sus cataratas.

A través del estudio de la correspondencia del pintor puede prácticamente saberse cómo fue la relación médico paciente con su oftalmólogo, con fases de confianza y también de descredito tanto por parte del paciente como por la del médico.



El Dr. Gustavo Leoz Macías, la Dra. Carmen Fernández Jacob y el Dr. Enrique Santos Bueso en el Aula Zarco del Hospital Clínico Universitario San Carlos.



Nicolás Díaz Toledo responsable del Aula Zarco del Hospital Clínico San Carlos de Madrid clausurando las conferencias sobre Oftalmología y Humanidades.

MITO Y REALIDAD DE LA PATOLOGÍA OCULAR EN LA PINTURA

Ambos conferenciantes abordaron asimismo la conferencia de junio del Aula, que versó sobre el mito y realidad de la patología ocular en la obra de un pintor. El mito fue la refutación del falso astigmatismo atribuido erróneamente a la obra del Greco. El Dr. Santos Bueso, con algunos oftalmólogos más, y coincidiendo con el IV centenario de la muerte del Greco ha realizado una recopilación rigurosa de los artículos que se han publicado sobre su supuesta patología ocular en los Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, refutando la teoría inicial del Dr. Germán Beritens del supuesto astigmatismo miópico responsable del alargamiento de las figuras de sus cuadros. A través de su intervención, además se pudo recorrer casi toda la obra del gran pintor cretense, en las distintas etapas de su vida artística.

La Dra. Fernández Jacob habló de la realidad de la patología oftalmológica de un pintor en su obra. Concretamente en el caso de Edgar Degas, pintor que padeció una alteración macular desde su juventud y que en todo momento adaptó casi todas las características de su pintura a poder superar los síntomas de su enfermedad ocular. El poder ver la obra de Degas a través de la sintomatología de su enfermedad ocular permite distinguir distintas miradas, la de su enfermedad, la de su actividad como pintor y fotógrafo e incluso se puede pensar que fue la fofobia de su enfermedad ocular la que le inspiró esa mirada moderna en la elección de los motivos tan característica y que le hace tan diferente al resto de los pintores de su época.

La asistencia a ambos actos fue muy numerosa, superando la capacidad de la sala, por lo que están previstas nuevos ciclos conferencias en el otoño, que igualmente tratarán de temas humanísticos que relacionan la Medicina, y especialmente la Oftalmología con el mundo del Arte, la Historia y la Literatura.



Numeroso público asistente a las conferencias sobre el mito y la realidad de las patologías oculares de El Greco y Degas.

A propuesta de la Universidad de Oviedo, su ámbito de actuación serán, de forma prioritaria,
la Investigación y la Docencia

Constituido el Instituto Universitario Fernández-Vega

La Fundación de Investigación Oftalmológica (FIO), impulsada por el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega en cuyas dependencias tiene sus laboratorios y sede, verá como muchas de sus labores docentes y de investigación se realizarán a partir de ahora en colaboración con la Universidad de Oviedo bajo la denominación de Instituto Universitario Fernández-Vega. Será la fórmula bajo la que se llevará a cabo el trabajo conjunto entre las dos entidades, tal como ha aprobado el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias a propuesta de la Universidad de Oviedo, a la que estará adscrito. Su ámbito de actuación prioritario serán la Investigación y la Docencia.

EL nuevo Instituto «supone un importante reconocimiento a la labor y trayectoria de nuestra Fundación, que nació en 2009 con un claro objetivo: avanzar en el conocimiento de las bases de las enfermedades que causan ceguera y alteraciones de la visión para lograr nuevas medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico», explica el profesor Luis Fernández-Vega, cuyo impulso e implicación ha resultado determinante en el resultado final.

El Instituto Universitario Fernández-Vega es el primer instituto en Oftalmología y Ciencias de la Visión de la Universidad de Oviedo y el único de carácter mixto público-privado, con todo lo que ello supone de avance en un nuevo modelo de colaboración que impulsará de forma muy significativa las iniciativas que hasta la fecha se llevaban a cabo por separado.

El ámbito de actuación del nuevo centro universitario se extiende fundamentalmente a los campos de la Investigación y la Docencia.

PRINCIPALES OBJETIVOS

En Investigación, el nuevo Instituto «facilitará la interacción entre investigadores de la Universidad de Oviedo e investigadores de la FIO, permitiéndonos así tener mayor masa crítica al optimizar los recursos de las dos instituciones, para desarrollar proyectos de más largo alcance y multidisciplinares mediante la colaboración entre investigadores básicos y clínicos, obtener mejor financiación y acometer tareas que, para cada entidad por separado, iban a ser difíciles de abordar», explica el profesor.

En el campo de la Docencia, por su parte, y continuando con la labor que ya desarrolla la FIO, el Instituto Universitario Fernández-Vega impartirá formación a investigadores y alumnos de los cursos de post-grado (programas de doctorado y masteres). «Así, por ejemplo, los médicos que ya son oftalmólogos pueden for-

marse en lo que llamamos las altas especialidades (másteres en córnea, retina o glaucoma); los ópticos-optometristas en Optometría Clínica; los enfermeros a los que les gusta el quirófano y las Ciencias de la Visión en Enfermería Oftalmológica y así muchos otros egresados en Ciencias de la Vida, de forma que se podrán acometer programas oficiales y abordar la internacionalización de los mismos», concluye el profesor.

Con la puesta en marcha de la nueva entidad se garantiza que las iniciativas que se acometan tendrán el marchamo de calidad de la Universidad de Oviedo y su Campus de Excelencia Internacional.



Apoyará la investigación en el desarrollo de córneas artificiales que se lleva a cabo en la fundación
del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega

Acuerdo de colaboración de la Fundación de Investigación Oftalmológica y Telefónica

La Fundación de Investigación Oftalmológica (FIO) y Telefónica han firmado un acuerdo de colaboración y apoyo a la investigación en terapias avanzadas e ingeniería tisular para crear córneas artificiales, llevada a cabo en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Como explicó el Dr. Jesús Merayo, director de Investigación de la Fundación, «lo que buscamos es desarrollar la estructura biológica que sirva de soporte para alojar y vehicular las células cultivadas que regenerarán la parte de la córnea dañada, con el objetivo final de que los pacientes con ceguera corneal puedan recuperar la visión».

CADA año se donan en España alrededor de 5.000 córneas. En torno al 37% de las mismas se desestiman, bien por problemas del donante (21%), bien durante el procesamiento (79%), lográndose sólo una cantidad aproximada de 3.200 trasplantes. La investigación en terapias avanzadas de la FIO está encaminada a producir córneas artificiales en el laboratorio, del mismo modo que se hace ya con la piel y con el cartílago.

La córnea es la parte transparente del ojo con forma de vidrio de reloj, el tejido que permite que las imágenes lleguen enfocadas a la retina. Si este tejido pierde la transparencia, se produce una ceguera corneal. La pérdida de transparencia puede ser producida por accidentes, quemaduras, infecciones, cirugía o degeneración del tejido. Para que la córnea conserve su transparencia es necesario un sistema muy activo de bombeo de agua, y esta función le corresponde a la capa más interna de la misma, el endotelio corneal.

El proyecto de investigación objeto de esta ayuda consiste en desarrollar un andamiaje personalizado para poder vehicular las células endoteliales cultivadas en el laboratorio al lugar donde el paciente las necesita. «Gracias a esta ayuda –resaltó el director médico del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, el Profesor Luis Fernández-Vega– trabajaremos para sustituir sólo la capa enferma del paciente, con el objeto de ahorrar los escasos tejidos de donantes para otras patologías, y para poder personalizar el andamiaje o vehículo y así evitar rechazos».

TELEFÓNICA, FIRME COMPROMISO CON LA SALUD

Como se ha recordado al anunciar el acuerdo, el compromiso de Telefónica con la salud es una constante desde hace más de diez años, cuando creó un Departamento de I+D específico. Desde entonces no ha dejado de destinar recursos y profesionales para que su unidad de eHealth posicione a la compañía como la telco Digital líder del sector socio-sanitario, con soluciones innovadoras y desarrollo de nuevos servicios de gran potencial.



Francisco de Bergia, Director de Asuntos Públicos de la Presidencia de Telefónica, y el Prof. Luis Fernández Vega, Director Médico del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, durante la firma del acuerdo en la institución sanitaria asturiana.

Pero Telefónica siempre ha sido consciente de que para recorrer ese camino debía rodearse también de los mejores socios para poner en marcha sus proyectos. Esta alianza con la FIO, apunta, «abre un nuevo camino porque con ella nos involucramos, por primera vez, en la investigación oftalmológica de la mano de los mejores profesionales».

Primer AINE con una posología de 1 gota al día para el tratamiento de la inflamación y dolor post cirugía de catarata

Llega el nuevo NEVANAC 3 mg/ml (nepafenaco)

Alcon acaba de lanzar el nuevo NEVANAC 3 mg/ml (nepafenaco), indicado en adultos para la prevención y tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata. La dosis es de 1 gota administrada una vez al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). Esta formulación, se remarca, no sólo tiene una concentración mayor del fármaco, sino que además tiene un tamaño de partícula más reducido, lo que aumenta el área de disolución, y contiene guar, un agente de retención que incrementa la biodisponibilidad de nepafenaco en el ojo sobre la del nepafenaco 1 mg/ml. La dosis diaria de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión proporciona la misma dosis diaria total de nepafenaco que tres dosis diarias de NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión.

EL control postoperatorio de la inflamación es una pieza clave del éxito de la cirugía de cristalino. El dolor relacionado con el proceso quirúrgico es el factor más significativamente asociado a falta de satisfacción del paciente y con peor percepción de calidad por el mismo (1).

Para el control de la cascada de eventos inflamatorios se han empleado clásicamente corticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Cada tipo de fármaco actúa a un nivel diferente de la cascada inflamatoria. Los corticoides inhiben la fosfolipasa A, mientras que los AINES inhiben la COX 1 y COX 2. Los AINES son más eficaces que los corticoides en el control de la inflamación y el dolor y en la prevención del edema macular quístico (2). No obstante, varios trabajos han mostrado que la administración conjunta de corticoides y AINES tiene un efecto sinérgico (3,4). En relación a los últimos, existen cuatro fármacos comercializados en la actualidad: diclofenaco, ketorolaco, bromfenaco y nepafenaco 1mg/ml y 3mg/ml. Todos ellos tienen indicación para el tratamiento de la inflamación y el dolor tras cirugía de catarata pero sólo uno de ellos, el nepafenaco 1mg/ml, tiene indicación además para la prevención del edema macular cistoide en pacientes diabéticos (5).

Entre las ventajas del nepafenaco cabe destacar su composición como profármaco, su conversión en metabolito activo en los tejidos diana y su poder inhibitorio preferente sobre la COX-2 (6,7). Su formulación como profármaco lo hace neutro y lipofílico en lugar de ácido e hidrofílico como el resto de los AINES, lo que facilita su penetración corneal y tolerancia (6,7). El nepafenaco se convierte en amfenaco, el fármaco activo, en el interior del tejido ocular gracias a la acción de unas hidrolasas. Estas se encuentran preferentemente en la retina, tejido uveal e iris y en menor medida en córnea, es decir se transforma en el fármaco activo justamente en los tejidos diana, lo que potencia su efecto terapéutico (8,9). Mientras tanto, el resto del nepafenaco que permanece en el interior del globo ocular actúa como reservorio para la producción continua de amfenaco, lo cual prolonga su acción. Y hay que añadir que el nepafenaco es el AINE que inhibe de forma más preferente la COX-2 en relación a la COX-1 (6,7). La COX-1 se encuentra en condiciones normales en los tejidos y es la responsable de las funciones fisiológicas de la misma ciclooxigenasa, mientras que la COX-2 se produce en respuesta a estímulos inflamatorios y constituye la diana terapéutica cuando se trata de inhibir la inflamación. Todos los AINES inhiben ambas pero el nepafenaco es el que tiene la IC50 (concentración inhibitoria máxima media. Es una medida de la efectividad de una sustancia en la inhibición de una función biológica o bioquímica específica) más baja para la COX-2 y mayor para la COX-1 con lo que se inhibe la inflamación respetando las funciones fisiológicas de la COX -1.

DOS FORMULACIONES DIFERENTES

Existen dos formulaciones de nepafenaco con diferentes concentraciones:

– NEVANAC 1mg/ml, está indicado en adultos para la prevención y el tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata, así como para la reducción del riesgo de edema macular posoperatorio asociado a la cirugía de catarata en pacientes diabéticos.

Para la prevención y el tratamiento del dolor y de la inflamación, la dosis es de 1 gota de NEVANAC 1mg/ml administrada 3 veces al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). Se debe empezar el día anterior a la cirugía de catarata, continuar durante el día de la cirugía y hasta los 21 días del periodo postoperatorio, según prescripción médica. Debe administrarse una gota adicional de 30 a 120 minutos antes de la cirugía.

Para la reducción del riesgo de edema macular postoperatorio asociado a la cirugía de catarata en pacientes diabéticos, la dosis es de 1 gota de NEVANAC 1mg/ml administrada 3 veces al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). Se debe empezar el día anterior a la cirugía de catarata, continuar durante el día de la cirugía y hasta los 60 días del periodo postoperatorio, según prescripción médica. Debe administrarse una gota adicional de 30 a 120 minutos antes de la cirugía.

– Y NEVANAC 3 mg/ml, indicado en adultos para la prevención y tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata.

Para la prevención y el tratamiento del dolor y de la inflamación, la dosis es de 1 gota de NEVANAC 3mg/ml administrada una vez al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). Se debe empezar el día anterior a la cirugía de catarata, continuar durante el día de la cirugía y hasta los 21 días del periodo postoperatorio, según prescripción médica. Debe administrarse una gota adicional de 30 a 120 minutos antes de la cirugía.

Esta formulación no sólo tiene una concentración mayor del fármaco, sino que además tiene un tamaño de partícula más reducido, lo que aumenta el área de disolución, y contiene guar, un agente de retención que incrementa la biodisponibilidad de nepafenaco en el ojo sobre la del nepafenaco 1 mg/ml. La posología de una vez al día ofrece la posibilidad de mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

La dosis diaria de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión proporciona la misma dosis diaria total de nepafenaco que tres dosis diarias de NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión.

“

Para la prevención y el tratamiento del dolor y de la inflamación, la dosis es de 1 gota de NEVANAC 3mg/ml administrada una vez al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s)

”

BIBLIOGRAFÍA

1. Fung D, Cohen MM, Stewart S, Davies A. What determines patient satisfaction with cataract care under topical local anesthesia and monitored sedation in a community hospital setting? *Anesth Analg.* 2005 Jun;100(6):1644-50.
2. Kessel L, Tendal b, Jorgensen KJ, Erngaard et al. Post-cataract prevention of infl ammation and macular edema by steroid and nonsteroidal anti-infl ammatory eye drops. A systematic review. *Ophthalmology* 2014; 121: 1915-24.
3. Heier JS, Topping TM, Baumann W, Dirks MS, Chern S. Ketorolac versus prednisolone versus combination therapy in the treatment of acute pseudophakic cystoid macular edema. *Ophthalmology.* 2000; 107: 2034-8; discussion 2039.
4. Shelsta HN, Jampol LM. Pharmacologic therapy of pseudophakic cystoid macular edema: 2010 update. *Retina.* 2011; 31:4-12.
5. Singh R1, Alpern L, Jaff e GJ, Lehmann RP, Lim J, Reiser HJ, et al. Evaluation of nepafenac in prevention of macular edema following cataract surgery in patients with diabetic retinopathy. *ClinOphthalmol.* 2012; 6:1259-1269.
6. Lindstrom R, Kim T. Nepafenac: Ocular permeation and inhibition of retinal infl ammation: an examination of data and opinion of clinical utility. *Curr Med Res & Opin.* 2006; 22:397-404.
7. Walters T, et al. In vivo pharmacokinetics and in vitro pharmacodynamics of nepafenac, amfenac, ketorolac, and bromfenac. *Cataract Refract Surg* 2007; 33: 1539–1545.
8. Ke TL, Graff G, Spellman JM, Yanni JM. Nepafenac, a unique nonsteroidal prodrug with potential utility in the Treatment of trauma-induced ocular infl ammation: II. In vitro bioactivation and premeation of external ocular barriers. *Infl ammation* 2000; 24: 371-384.
9. Gamache DA; Graff G, Brady MT, Spellman JM, Yanni J. Nepafenac, a unique nonsteroidal prodrug with potential utility in the treatment of trauma-induced ocular infl ammation: I. Assessment of anti-infl ammatory efficacy. *Infl ammation* 2000; 24: 357-370.
10. Ficha técnica del producto.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de suspensión contiene 3 mg de nepafenaco. Excipiente(s) con efecto conocido: Cada ml de suspensión contiene 0,05 mg de cloruro de benzalconio. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Colirio en suspensión (colirio). Suspensión uniforme de color entre amarillo pálido y naranja oscuro, con un pH aproximado de 6,8. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. Indicaciones terapéuticas:** NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión está indicado en adultos para: - Prevención y tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata (ver sección 5.1). **4.2. Posología y forma de administración:** Posología: Adultos, incluidos pacientes de edad avanzada: Para la prevención y el tratamiento del dolor y de la inflamación, la dosis es de 1 gota de NEVANAC administrada una vez al día en el saco conjuntival del ojo(s) afectado(s). Se debe empezar el día anterior a la cirugía de catarata, continuar durante el día de la cirugía y hasta los 21 días del periodo postoperatorio, según prescripción médica. Debe administrarse una gota adicional de 30 a 120 minutos antes de la cirugía. En ensayos clínicos, se trataron pacientes hasta durante 21 días con NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión (ver sección 5.1). La dosis diaria de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión proporciona la misma dosis diaria total de nepafenaco que tres dosis diarias de NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión. Poblaciones especiales: *Pacientes con insuficiencia hepática o renal.* No se ha estudiado NEVANAC en pacientes con hepatopatías o insuficiencia renal. Después de su administración oftálmica, nepafenaco se elimina principalmente por biotransformación y la exposición sistémica es muy baja. No se requiere ajuste de dosis en estos pacientes. *Población pediátrica.* No se ha establecido la seguridad y eficacia de NEVANAC en niños y adolescentes. No se dispone de datos. Forma de administración: *Vía oftálmica.* Se debe indicar a los pacientes que agiten bien el frasco antes de utilizarlo. Después de quitar el tapón, se debe retirar el anillo del precinto de seguridad si está presente y suelto antes de utilizar este medicamento. Si se emplea más de un medicamento por vía oftálmica, las aplicaciones de los medicamentos deben espaciarse al menos 5 minutos. Las pomadas oftálmicas deben administrarse en último lugar. 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. Se debe indicar a los pacientes que mantengan el frasco bien cerrado cuando no se utilice. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Hipersensibilidad a otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Pacientes a los que el ácido salicílico u otros AINES provoquen ataques de asma, urticaria o rinitis aguda. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe inyectar este medicamento. Se debe indicar a los pacientes que no ingieran NEVANAC. Se debe indicar a los pacientes que eviten la exposición a la luz solar durante el tratamiento con NEVANAC. No se debe utilizar NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión para la reducción del riesgo de edema macular postoperatorio asociado a la cirugía de catarata debido a que no se ha estudiado la seguridad y eficacia de esta concentración para esta indicación. Efectos oculares: El uso de AINES oftálmicos puede causar queratitis. En algunos pacientes sensibles, el uso continuado de AINES oftálmicos puede provocar ruptura epitelial, adelgazamiento de la córnea, erosión corneal, úlcera corneal o perforación corneal (ver sección 4.8). Estos efectos pueden comprometer la visión. Se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con NEVANAC en pacientes con evidencia de ruptura del epitelio corneal y se deberá realizar un seguimiento cuidadoso del estado de su córnea. Los AINES oftálmicos pueden enlentecer o retrasar la cicatrización. También se sabe que los corticoides oftálmicos enlentecen o retrasan la cicatrización. El uso concomitante de AINES y esteroides oftálmicos puede aumentar el riesgo de problemas de cicatrización. Por lo que se recomienda precaución cuando se administre NEVANAC concomitantemente con corticosteroides, especialmente en pacientes con riesgo elevado de reacciones adversas corneales descritas a continuación. La experiencia postcomercialización con AINES oftálmicos indica que existe un mayor riesgo de padecer reacciones adversas corneales que pueden comprometer la visión en pacientes sometidos a intervenciones oculares complicadas, en los que presentan denervación corneal, defectos en el epitelio corneal, diabetes mellitus, enfermedades de la superficie ocular (por ej. síndrome de ojo seco), artritis reumatoide o en los sometidos a repetidas intervenciones oculares en un corto periodo de tiempo. Por ello, los AINES oftálmicos deben usarse con precaución en estos pacientes. El uso prolongado de AINES oftálmicos puede aumentar el riesgo de aparición de reacciones adversas y su gravedad. Se ha notificado que la administración oftálmica de AINES asociada a cirugía ocular puede provocar un aumento del sangrado de los tejidos oculares (incluyendo hipemas). NEVANAC se debe usar con precaución en pacientes en los que exista tendencia al sangrado o que estén recibiendo otros medicamentos que puedan prolongar el tiempo de sangrado. El uso de medicamentos antiinflamatorios por vía oftálmica puede enmascarar una infección ocular aguda y por otra parte los AINES no poseen propiedades antimicrobianas. En caso de infección ocular, su utilización conjunta con antiinfecciosos se debe realizar con precaución. Entes de contacto: No se recomienda el uso de lentes de contacto durante el periodo postoperatorio de cirugía de catarata. Por lo tanto, debe recomendarse a los pacientes que no lleven lentes de contacto a menos que esté claramente indicado por su médico. Cloruro de benzalconio: NEVANAC contiene cloruro de benzalconio que puede producir irritación ocular y que altera el color de las lentes de contacto blandas. En caso de que sea necesario utilizar lentes de contacto durante el tratamiento, debe aconsejarse a los pacientes que se retiren las lentes de contacto antes de la aplicación y esperen 15 minutos antes de volver a colocarlas. Se han notificado casos de queratopatía puntiforme y/o queratopatía ulcerativa tóxica producidos por cloruro de benzalconio. Puesto que NEVANAC contiene cloruro de benzalconio, se aconseja un seguimiento cuidadoso de aquellos pacientes que utilicen este medicamento con frecuencia o durante un periodo prolongado. Sensibilidad cruzada: Es posible que se produzca sensibilidad cruzada de nepafenaco con ácido acetilsalicílico, derivados del ácido fenilacético y otros AINES. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** En estudios *in vitro* se ha observado un potencial muy bajo de interacciones con otros medicamentos e interacciones relacionadas con la unión a proteínas (ver sección 5.2). Análogos de prostaglandina: Se dispone de datos muy limitados sobre el uso concomitante de análogos de prostaglandina y NEVANAC. Teniendo en cuenta el mecanismo de acción de ambos no se recomienda el uso concomitante de estos medicamentos. El uso concomitante de esteroides y AINES oftálmicos puede aumentar el riesgo de problemas de cicatrización. El uso concomitante de NEVANAC y medicamentos que prolongan el tiempo de sangrado puede aumentar el riesgo de hemorragia (ver sección 4.4). **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** Mujeres en edad fértil: No se debe utilizar NEVANAC en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos. Embarazo: No hay datos adecuados relativos al uso de nepafenaco en mujeres embarazadas. En estudios en animales se ha observado toxicidad sobre la reproducción (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Debido a que después del tratamiento con NEVANAC la exposición sistémica en mujeres no embarazadas es insignificante, el riesgo durante el embarazo puede considerarse bajo. Sin embargo, como la inhibición de la síntesis de prostaglandinas puede afectar negativamente al embarazo y/o al desarrollo embrional/fetal y/o al parto y/o al desarrollo postnatal, no se recomienda utilizar NEVANAC durante el embarazo. Lactancia: Se desconoce si nepafenaco es excretado en la leche humana. Los estudios en animales muestran que nepafenaco se excreta en la leche de ratas. Sin embargo, dado que la exposición sistémica a nepafenaco en mujeres en periodo de lactancia es insignificante, no se espera que tenga efectos en los lactantes. NEVANAC puede administrarse durante la lactancia. Fertilidad: No hay datos relativos al efecto de NEVANAC sobre la fertilidad humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de NEVANAC sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. La visión borrosa transitoria y otras alteraciones visuales pueden afectar la capacidad de conducir o utilizar máquinas. Si aparece visión borrosa durante la instalación, el paciente debe esperar hasta que la visión sea nítida antes de conducir o utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas:** Resumen del perfil de seguridad: En ensayos clínicos que incluyeron más de 1300 pacientes tratados con NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión, 3 pacientes (0,2%) presentaron 3 reacciones adversas (1 de cada, dolor ocular, queratitis puntiforme e hipersensibilidad). Un paciente (0,1%) interrumpió el tratamiento debido a una reacción adversa (hipersensibilidad), mientras que en estos mismos ensayos ninguno de los pacientes tratados con placebo lo interrumpieron a causa de una reacción adversa. Se observaron reacciones adversas adicionales con el uso de NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión y también se pueden observar con el uso de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión. En ensayos clínicos que incluyeron 2314 pacientes tratados con NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión, las reacciones adversas más frecuentes fueron queratitis puntiforme, sensación de cuerpo extraño y costra en margen de párpado, que ocurrieron entre el 0,4% y 0,2% de los pacientes. Tabla de reacciones adversas: Las siguientes reacciones adversas se clasificaron de acuerdo con el siguiente criterio: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$) o de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Las reacciones adversas se obtuvieron de ensayos clínicos o informes posteriores a la comercialización con NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión y NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión. Descripción de reacciones adversas seleccionadas: Se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con NEVANAC en pacientes con evidencia de ruptura del epitelio corneal incluyendo perforación corneal y se deberá realizar un seguimiento cuidadoso del estado de su córnea (ver sección 4.4). De la experiencia postcomercialización con NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión, se han identificado casos que notifican defectos o trastornos del epitelio corneal. La gravedad de estos casos varía desde efectos poco graves sobre la integridad epitelial del epitelio corneal a acontecimientos de mayor gravedad en los que se requieren intervenciones quirúrgicas y/o tratamiento médico para recuperar una visión clara. La experiencia postcomercialización con AINES oftálmicos indica que existe un mayor riesgo de padecer reacciones adversas corneales que pueden comprometer la visión en pacientes sometidos a intervenciones oculares complicadas, en los que presentan denervación corneal, defectos en el epitelio corneal, diabetes mellitus, enfermedades de la superficie ocular (por ej. síndrome de ojo seco), artritis reumatoide o en los sometidos a repetidas intervenciones oculares en un corto periodo de tiempo. Población pediátrica: No se ha establecido la seguridad y eficacia de NEVANAC en niños y adolescentes. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaRAM.es> **4.9. Sobredosis:** No son de esperar efectos tóxicos con el uso oftálmico del mismo, ni en el caso de ingestión accidental del contenido de un frasco. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1. Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: Oftalmológicos, Antiinflamatorios no esteroideos, código ATC: S01BC10. Mecanismo de acción: Nepafenaco es un profármaco antiinflamatorio no esteroideo y analgésico. Después de su administración oftálmica, nepafenaco penetra a través de la córnea y es convertido por hidrolasas del tejido ocular en amfenaco, un medicamento antiinflamatorio no esteroideo. Amfenaco inhibe la acción de la prostaglandina H sintetasa (ciclooxigenasa), una enzima necesaria para la producción de prostaglandinas. Farmacología secundaria: Se ha demostrado en conejos que el nepafenaco inhibe la ruptura de la barrera hematorretiniana y al mismo tiempo suprime la síntesis de la PGE₂. En un estudio *in vivo* se observó que una única dosis oftálmica de nepafenaco inhibía la síntesis de prostaglandinas en el iris/cuerpo ciliar (85%-95%) y en la retina/coroides (55%) durante hasta 6 horas y 4 horas, respectivamente. Efectos farmacodinámicos: La mayor parte de la hidrólisis tiene lugar en la retina/coroides seguido del iris/cuerpo ciliar y córnea, lo cual es consistente con el grado de tejido vascularizado. Los resultados de los ensayos clínicos indican que NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión no tiene ningún efecto significativo sobre la presión intraocular. Eficacia y seguridad clínica: Prevención y tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios asociados con la cirugía de catarata. La eficacia y seguridad de NEVANAC 3 mg/ml para la prevención y tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata se ha demostrado en dos ensayos clínicos enmascarados, doble ciego y controlados con placebo realizados en un total de 1351 pacientes. En estos ensayos, en que los pacientes recibieron tratamiento diario empezando el día anterior a la cirugía de catarata, continuaron el día de la cirugía y durante los primeros 14 días del periodo postoperatorio, NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión demostró eficacia clínica superior en comparación con su vehículo en el tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios. Los pacientes tratados con NEVANAC fueron menos propensos a tener dolor ocular y signos apreciables de inflamación (células acuosas y flare) en el inicio del periodo postoperatorio y hasta el final del tratamiento, con respecto a los tratados con su vehículo. En los dos ensayos, NEVANAC resolvió la inflamación en el día 14 después de la operación en el 65% y 68% de los pacientes en comparación con el 25% y 35% de los pacientes con vehículo. En el grupo de NEVANAC los porcentajes de pacientes sin dolor fueron del 89% y 91% en comparación con el 40% y 50% de los pacientes con vehículo. Algunos pacientes recibieron NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión hasta durante 21 días después de la operación. Sin embargo, no se determinó la eficacia tras el día 14 después de la operación. Adicionalmente, en uno de los dos ensayos clínicos, NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión administrado una vez al día fue no inferior a NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión administrado tres veces al día para la prevención y tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios después de la cirugía de catarata. Los porcentajes de resolución de la inflamación y de pacientes sin dolor fueron similares para ambos medicamentos en todas las evaluaciones postoperatorias. La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con NEVANAC en los diferentes grupos de la población pediátrica para prevención y tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en población pediátrica). **5.2. Propiedades farmacocinéticas:** Absorción: Tras la administración de una gota de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión en ambos ojos, una vez al día durante cuatro días, se observaron concentraciones plasmáticas bajas pero cuantificables de nepafenaco y amfenaco en la mayoría de sujetos a las 2 y 3 horas después de la administración, respectivamente. Después de la administración oftálmica la C_{max} media plasmática en estado estacionario del nepafenaco y amfenaco fue de 0,847 ± 0,269 ng/ml y 1,13 ± 0,491 ng/ml, respectivamente. Distribución: El amfenaco presenta una gran afinidad por la albúmina sérica. *In vitro*, el porcentaje de unión a albúmina de rata, albúmina humana y suero humano fue del 98,4%, 95,4% y 99,1%, respectivamente. Estudios en ratas han mostrado que sustancias relacionadas con la sustancia activa y marcadas radioactivamente se distribuyen ampliamente en el organismo tras la administración de dosis orales únicas y múltiples de ¹⁴C-nepafenaco. Biotransformación: El nepafenaco experimenta una bioactivación relativamente rápida a amfenaco por las hidrolasas intraoculares. Posteriormente, el amfenaco es ampliamente metabolizado para dar lugar a metabolitos más polares lo que incluye hidroxilación del anillo aromático para dar lugar al conjugado con ácido glucurónico. Los análisis radiocromatográficos antes y después de la hidrólisis por β-glucuronidasa indicaron que todos los metabolitos estaban en forma de conjugados glucurónicos, a excepción del amfenaco. El amfenaco fue el metabolito mayoritario en plasma que representaba aproximadamente el 13% de la radioactividad total en plasma. El segundo metabolito plasmático más abundante fue identificado como 5-hidroxil nepafenaco y representaba aproximadamente el 9% de la radioactividad total en la C_{max}. Interacciones con otros medicamentos: Se ha observado *in vitro* que ni el nepafenaco ni el amfenaco inhiben ninguna de las actividades metabólicas del principal citocromo humano P450 (CYP1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4) a concentraciones de hasta 3000 ng/ml. Por lo tanto, es poco probable que se produzcan interacciones que afecten al metabolismo, mediado por el CYP, de medicamentos administrados concomitantemente. También es improbable que se produzcan interacciones a consecuencia de la unión a proteínas. Eliminación: Tras la administración oral de ¹⁴C-nepafenaco a voluntarios sanos, se observó que la excreción urinaria era la principal vía de eliminación de excreciones radioactivas, con aproximadamente un 85%, mientras que mediante excreción fecal se eliminó aproximadamente un 6% de la dosis. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos muestran que no presenta riesgos especiales para los seres humanos, según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetida y genotoxicidad. Nepafenaco no ha sido evaluado en estudios carcinogénicos a largo plazo. En estudios de toxicidad para la reproducción realizados en ratas con nepafenaco, dosis tóxicas maternas ≥ 10 mg/kg se relacionaron con distocia, incremento de las pérdidas postimplantación, disminución del peso y del crecimiento fetal y reducción de la supervivencia fetal. En conejos hembra preñadas, una dosis maternal de 30 mg/kg, que provocó leve toxicidad en las madres, mostró un incremento estadísticamente significativo en la incidencia de malformaciones en las crías. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1. Lista de excipientes:** Ácido bórico. Propilenglicol. Carbómero. Cloruro de sodio. Polvo de guar. Carmelosa sódica. Edetato de disodio. Cloruro de benzalconio. Hidróxido de sodio y/o ácido clorhídrico (para ajuste de pH). Agua purificada. **6.2. Incompatibilidades:** No procede. **6.3. Periodo de validez:** 18 meses. Desechar 4 semanas después de la primera apertura. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar el frasco en el embalaje exterior para protegerlo de la luz. Para las condiciones de conservación tras la primera apertura del medicamento, ver sección 6.3. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Frasco redondo u oval de polietileno de baja densidad, con gotero dispensador y tapón de rosca blanco de polipropileno, que contiene 3 ml de suspensión. Puede que el frasco se encuentre dentro de un envoltorio. Envase que contiene 1 frasco. **6.6. Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial para su eliminación. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alcon Laboratories (UK) Ltd, Frimley Business Park, Frimley, Camberley, Surrey, GU16 7SR, Reino Unido. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/07/433/002. EU/1/07/433/003. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 03 Mayo 2013. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 30 Marzo 2015. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>

Sistema de clasificación de órganos	Reacciones adversas
Trastornos del sistema inmunológico	Raras: hipersensibilidad
Trastornos del sistema nervioso	Raras: mareo Frecuencia no conocida: cefalea
Trastornos oculares	Poco frecuentes: queratitis, queratitis puntiforme, defecto del epitelio corneal, sensación de cuerpo extraño en los ojos, costra en margen de párpado Raras: iritis, derrame coroideo, depósitos corneales, dolor ocular, molestia ocular, blefaritis, prurito en el ojo, secreción ocular, conjuntivitis alérgica, lagrimeo aumentado, hiperemia de la conjuntiva Frecuencia no conocida: perforación corneal, alteración de la cicatrización (córnea), opacidad corneal, cicatriz corneal, reducción de la agudeza visual, irritación ocular, hinchazón ocular, queratitis ulcerosa, adelgazamiento de la córnea, visión borrosa
Trastornos vasculares	Poco frecuentes: hipertensión
Trastornos gastrointestinales	Raras: náuseas Frecuencia no conocida: vómitos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Raras: cutis laxa (dermatocalasis), dermatitis alérgica
Exploraciones complementarias	Frecuencia no conocida: presión arterial aumentada

demostró eficacia clínica superior en comparación con su vehículo en el tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios. Los pacientes tratados con NEVANAC fueron menos propensos a tener dolor ocular y signos apreciables de inflamación (células acuosas y flare) en el inicio del periodo postoperatorio y hasta el final del tratamiento, con respecto a los tratados con su vehículo. En los dos ensayos, NEVANAC resolvió la inflamación en el día 14 después de la operación en el 65% y 68% de los pacientes en comparación con el 25% y 35% de los pacientes con vehículo. En el grupo de NEVANAC los porcentajes de pacientes sin dolor fueron del 89% y 91% en comparación con el 40% y 50% de los pacientes con vehículo. Algunos pacientes recibieron NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión hasta durante 21 días después de la operación. Sin embargo, no se determinó la eficacia tras el día 14 después de la operación. Adicionalmente, en uno de los dos ensayos clínicos, NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión administrado una vez al día fue no inferior a NEVANAC 1 mg/ml colirio en suspensión administrado tres veces al día para la prevención y tratamiento del dolor y la inflamación postoperatorios después de la cirugía de catarata. Los porcentajes de resolución de la inflamación y de pacientes sin dolor fueron similares para ambos medicamentos en todas las evaluaciones postoperatorias. La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con NEVANAC en los diferentes grupos de la población pediátrica para prevención y tratamiento del dolor y de la inflamación postoperatorios asociados a cirugía de catarata (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en población pediátrica). **5.2. Propiedades farmacocinéticas:** Absorción: Tras la administración de una gota de NEVANAC 3 mg/ml colirio en suspensión en ambos ojos, una vez al día durante cuatro días, se observaron concentraciones plasmáticas bajas pero cuantificables de nepafenaco y amfenaco en la mayoría de sujetos a las 2 y 3 horas después de la administración, respectivamente. Después de la administración oftálmica la C_{max} media plasmática en estado estacionario del nepafenaco y amfenaco fue de 0,847 ± 0,269 ng/ml y 1,13 ± 0,491 ng/ml, respectivamente. Distribución: El amfenaco presenta una gran afinidad por la albúmina sérica. *In vitro*, el porcentaje de unión a albúmina de rata, albúmina humana y suero humano fue del 98,4%, 95,4% y 99,1%, respectivamente. Estudios en ratas han mostrado que sustancias relacionadas con la sustancia activa y marcadas radioactivamente se distribuyen ampliamente en el organismo tras la administración de dosis orales únicas y múltiples de ¹⁴C-nepafenaco. Biotransformación: El nepafenaco experimenta una bioactivación relativamente rápida a amfenaco por las hidrolasas intraoculares. Posteriormente, el amfenaco es ampliamente metabolizado para dar lugar a metabolitos más polares lo que incluye hidroxilación del anillo aromático para dar lugar al conjugado con ácido glucurónico. Los análisis radiocromatográficos antes y después de la hidrólisis por β-glucuronidasa indicaron que todos los metabolitos estaban en forma de conjugados glucurónicos, a excepción del amfenaco. El amfenaco fue el metabolito mayoritario en plasma que representaba aproximadamente el 13% de la radioactividad total en plasma. El segundo metabolito plasmático más abundante fue identificado como 5-hidroxil nepafenaco y representaba aproximadamente el 9% de la radioactividad total en la C_{max}. Interacciones con otros medicamentos: Se ha observado *in vitro* que ni el nepafenaco ni el amfenaco inhiben ninguna de las actividades metabólicas del principal citocromo humano P450 (CYP1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4) a concentraciones de hasta 3000 ng/ml. Por lo tanto, es poco probable que se produzcan interacciones que afecten al metabolismo, mediado por el CYP, de medicamentos administrados concomitantemente. También es improbable que se produzcan interacciones a consecuencia de la unión a proteínas. Eliminación: Tras la administración oral de ¹⁴C-nepafenaco a voluntarios sanos, se observó que la excreción urinaria era la principal vía de eliminación de excreciones radioactivas, con aproximadamente un 85%, mientras que mediante excreción fecal se eliminó aproximadamente un 6% de la dosis. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos muestran que no presenta riesgos especiales para los seres humanos, según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetida y genotoxicidad. Nepafenaco no ha sido evaluado en estudios carcinogénicos a largo plazo. En estudios de toxicidad para la reproducción realizados en ratas con nepafenaco, dosis tóxicas maternas ≥ 10 mg/kg se relacionaron con distocia, incremento de las pérdidas postimplantación, disminución del peso y del crecimiento fetal y reducción de la supervivencia fetal. En conejos hembra preñadas, una dosis maternal de 30 mg/kg, que provocó leve toxicidad en las madres, mostró un incremento estadísticamente significativo en la incidencia de malformaciones en las crías. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1. Lista de excipientes:** Ácido bórico. Propilenglicol. Carbómero. Cloruro de sodio. Polvo de guar. Carmelosa sódica. Edetato de disodio. Cloruro de benzalconio. Hidróxido de sodio y/o ácido clorhídrico (para ajuste de pH). Agua purificada. **6.2. Incompatibilidades:** No procede. **6.3. Periodo de validez:** 18 meses. Desechar 4 semanas después de la primera apertura. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar el frasco en el embalaje exterior para protegerlo de la luz. Para las condiciones de conservación tras la primera apertura del medicamento, ver sección 6.3. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Frasco redondo u oval de polietileno de baja densidad, con gotero dispensador y tapón de rosca blanco de polipropileno, que contiene 3 ml de suspensión. Puede que el frasco se encuentre dentro de un envoltorio. Envase que contiene 1 frasco. **6.6. Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial para su eliminación. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alcon Laboratories (UK) Ltd, Frimley Business Park, Frimley, Camberley, Surrey, GU16 7SR, Reino Unido. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/07/433/002. EU/1/07/433/003. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 03 Mayo 2013. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 30 Marzo 2015. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>

OTROS DATOS: Condiciones de dispensación: Medicamento sujeto a prescripción médica. **Condiciones de la prestación farmacéutica:** Medicamento no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Presentación y PVP IVA:** Envase con 3 ml 28,1€.

OFTALMOLOGÍA EN LA HISTORIA

El falso astigmatismo de El Greco cien años después (II).

Germán Beritens frente a Manuel Márquez

The false Greco's astigmatism hundred years later (II).

Germán Beritens front Manuel Márquez

Enrique Santos Bueso

Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Coautores

Ana María Muñoz Hernández, Carmen Fernández Jacob, Ángel Arteaga Sánchez, Basilio Moreno García, Soledad Jiménez Carmona, Pedro Alemany, Leticia Isla Paradelo, Almudena Asorey García, Ernesto Sánchez Jacob, Gustavo Leoz Macías, Ignacio Vinuesa Silva, María José Vinuesa Silva, Mario Esteban de Antonio, Julián García Sánchez

INTRODUCCIÓN

El origen de la polémica del supuesto astigmatismo de El Greco como causa de su estilo pictórico puede considerarse con la publicación del trabajo de Germán Beritens *Por qué el Greco pintó como pintó* (1) en el año 1913. A partir de este año las réplicas y contrarréplicas (2-12) al trabajo de Germán Beritens (1) se sucedieron en publicaciones, conferencias y libros enfrentando a los oftalmólogos más relevantes de la época, que combinaron su trabajo diario con la investigación de la obra de El Greco (tabla 1).

A Germán Beritens le contestó en 1916 el oftalmólogo sevillano Ribas Valero (2) que recibió en el mismo año la contrarréplica en los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos (3) por parte del oftalmólogo aragonés Beritens. En ese mismo año interviene por primera vez el Prof. Manuel Márquez, catedrático de Oftalmología de la Universidad de Madrid, con el trabajo *El supuesto astigmatismo del Greco* (4) reavivando la polémica, que con la aportación del Dr. Patry en 1918 (5), condujo al evidente enfrentamiento entre Beritens y Márquez en la quinta sesión de la XIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana desarrollada en Salamanca en el año 1926 (6).

AÑO 1913. EL ORIGEN DE LA POLÉMICA

Aunque ya había publicado un artículo similar el año anterior en la revista *La Medicina Ibero* y posteriormente un libro sobre el tema (fig. 1), es en marzo de 1913 cuando Germán Beritens publica en los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos el trabajo titulado *Por qué el Greco pintó como pintó* (1). Este artículo, considerado el origen de la polémica, fue escrito según el autor a raíz de una visita que hizo con su hijo de 9 años al Museo Nacional del Prado y de las preguntas que el niño le hizo sobre la obra del Greco:

—Por que los cuadros del Greco no son como los otros?— Esta fue la pregunta.

—Y que encuentras tu en esos cuadros? — le replique yo.

—Que todos parecen que están estirados — me contestó.

El primer sorprendido de la pregunta fui yo, pues nunca creí que un niño, a los nueve años, pudiera fijarse en esos detalles. Pensé en el asunto, pregunté a aficionados y artistas, y dos opiniones son las que encontré en las contestaciones a ellas. Unos decían que porque estaba loco, otros que porque tenía un defecto en el aparato visual (1).

Con este pretexto, el Dr. Beritens desarrolla un extenso trabajo de 15 páginas y 6 figuras en el que expone la teoría del astigmatismo miópico del Greco como responsable de la representación de las caras desproporcionadas en sus dimensiones de longitud y anchura. Según el autor, este astigmatismo sería más evidente en la mitad última de su vida (de los 37 a los 67 años en que murió) permaneciendo latente en su juventud por efecto

de la corrección espontánea por contracciones del aparato acomodador. Al disminuir la fuerza acomodativa por razón de la edad el pintor vería los objetos no bien definidos [*el estiramiento, que aumenta a medida que el artista se va haciendo más viejo* (1)] y así los traduciría en sus pinceles [*porque no era manía; porque así lo veía* (1)]. En la primera época o italiana vemos que todas sus obras son perfectas (...). En esta época pinta hasta que tiene 26 o 28 años, y a esta edad su aparato acomodador funciona con toda la energía que la plena juventud le da (1).

Incluso Beritens plantea la acomodación y su fracaso como fenómenos para diferenciar las distintas etapas creativas del pintor consideradas por los críticos de arte: *tenemos al Greco joven hasta los 37 años, que dura esta época, lo cual quiere decir que su acomodación sigue siendo potente y robusta, permitiéndole corregir automáticamente su defecto visual, quedando por este medio con una visión normal. Los cuadros que tengan algunas figuras defectuosas, casi se podría asegurar que habían sido pintados al final de esta época, cuando el aparato de acomodación iba perdiendo alguna energía y perdiendo más, cuanto más rato llevaba trabajando* (1). Si no hubiera razones artísticas, o datos históricos que permitieran saber cuáles obras fueron pintadas en su primera época, yo me atrevería a decir que debieran incluirse en ella todas las que no son alargadas, fundándome para ello en su acomodación; hasta los treinta y siete años le permitía neutralizar el defecto que tenía, y como consecuencia, le permitía ver las cosas tal y como realmente eran (1). Además, sobre la obra *El Caballero de la mano en el pecho*, Beritens opina que se supone pintado en esta primera época, a mi modo de ver debió ser hecho ya dentro de su segunda y un poco avanzada, pues claramente se ve en el alargamiento de la cabeza, y no solo de la cabeza, sino también de la mano, ya que es más ancha de lo que corresponde a la longitud del centro de la muñeca, a la punta del dedo medio. Si hubiera sido pintada cuando el artista tenía 37 años, la hubiese visto como era, y así la hubiera trasladado al lienzo. Faltaba ya algo de acomodación, y por eso, aunque percibía bien el color y las líneas, lo veía alargado, y alargado lo dejó, porque, aun cuando corregía su defecto, no lo hacía totalmente (1).

El autor además analiza el retrato del pintor en *El Entierro del Conde de Orgaz* en el que se nos presenta como de 55 años, con cara alargada y con estrabismo divergente marcado, muy marcado, del ojo derecho. A pesar del alargamiento de la cara, que no hay duda que existe, no es muy desproporcionado con relación a la anchura (1). El aparente estrabismo del Greco señalado por Beritens justificaría además el defecto refractivo: *el estrabismo, el más frecuente, es debido a una refracción defectuosa, y en este caso, lo declaro francamente originado por tal causa* (1).

El autor señala que en tres obras pintadas en la misma época pueden apreciarse rasgos alargados y detalles perfectamente representados simultáneamente, entre los 36 y 47 años. Se trata de las obras *San Mauricio* (1580-1582, Monasterio del Escorial, Madrid), *El Expolio* (1577-1579, Catedral de Santa María de Toledo) y *El Entierro del Conde de Orgaz* (1587, iglesia de Santo Tomás, Toledo). *Explica este hecho porque acababa de pintar el Expolio, lo cual suponía un trabajo continuado durante mucho tiempo; terminado este trabajo, se le encarga, y según se desprende de las órdenes de Felipe II, con urgencia, que pinte el San Mauricio. Al trabajo del primer cuadro hay que sumar el del segundo, y este trabajo excesivo y continuado bien pudo producir una paresia del aparato de acomodación, paresia que continuaría hasta que terminara la causa que la produjo, y claro está que en estas condiciones había de pintar del mismo modo que en su última época pinto, ya que por esta misma razón no podía corregir su defecto Visual. Este fenómeno se observaría principalmente en El Entierro del Conde de Orgaz en el que se ven figuras perfectamente hechas, como la de San Agustín (...), círculos perfectamente dibujados, como los de los bordados de la mitra del Santo, al lado caras alargadas, como la del mismo Greco (...). ¿Por qué en el mismo cuadro hay unas cosas defectuosas y otras bien hechas? Si supiéramos el tiempo que medio desde que empezó a pintar este cuadro hasta que lo terminó, tendríamos mucho adelantado; pero, aun suponiendo que fuera posible pintarlo en una sola sesión, en un solo día, lo cual comprenderá el lector que no puede pasar de una hipótesis, se explicaría de la misma manera* (1).

Finaliza Germán Beritens el trabajo sobre El Greco con dos conclusiones: primera, que no solo no estuvo loco, sino antes al contrario, que tenía una



Fig. 1: Portada del libro *El astigmatismo del Greco* de Germán Beritens publicado en 1914 en el que presenta la nueva teoría que explica las anomalías de las obras de este artista. Ejemplar propiedad de Enrique Santos Bueso.

cabeza divinamente organizada (...) la segunda, que el Greco era fuertemente astigmático (1).

Concluye comentando que si el Greco hubiera vivido en nuestra época, y antes de coger la paleta se hubiera pasado por una clínica de oftalmología hubiera pintado correctísimamente y sin los sinsabores con que pintó (1). Sirva este modestísimo trabajo tan solo como homenaje de admiración al genial, abnegado y sufrido Dominico Theotocopuli, el Greco, y como contestación a la pregunta que una mañana de mayo me dirigió mi hijo en el templo del Arte del Paseo del Prado (1).

AÑO 1916. LA APORTACIÓN DE RIBAS VALERO

En enero de 1916 el Dr. Ribas Valero publicó el trabajo titulado *Particularidades de la visión, especialmente de la binocular, del astigmático no corregido, lo mismo que del producido experimentalmente por medio de cristales cilíndricos, e ilusiones ópticas que cursan ciertos astigmáticos al corregirles su defecto de refracción por cristales adecuados* (2).

Al final del extenso trabajo –26 páginas en las que revisa profundamente el astigmatismo y que consta de varias partes– se incluye un apéndice en el que el autor opina sobre la teoría del astigmatismo de El Greco y el trabajo del Dr. Beritens (1).

El Dr. Ribas Valero no está de acuerdo con la teoría del astigmatismo responsable de pintar las caras alargadas [que el que un astigmático vea los objetos deformados no autoriza a afirmar que el Greco pintó como pintó por esta causa (2)]. Sin embargo considera que de existir el astigmatismo debería más bien hipermetrópico, pues siendo miópico, de cerca podría ver más o menos bien. Además incluye la referencia del profesor portugués Ricardo Borge sobre El Greco que cree que era un alienado, basándose en el colorido y deformación de sus cuadros (2).

Finaliza Ribas Valero comentando que hasta nuevo estudio debemos considerar que sus obras las hizo por capricho (2). Apunta además que podría explicarse dicha deformación porque sus extremidades superiores estuvieran afectas de temblor (senil, alcohólico, etc.) más o menos acentuado y le resultase más fácil ejecutar los trazos verticales (2).

AÑO 1916. RESPUESTA AL DOCTOR RIBAS VALERO

En marzo de 1916 Germán Beritens publica Algo sobre El Greco (3), en la sección VARIA, haciendo referencia en el título: *Para el Dr. Ribas Valero*, en contestación al trabajo del oftalmólogo sevillano publicado previamente². Comienza el artículo con una evidente actitud molesta y beligerante señalando: *He visto que los decididos a atacar la teoría que tuve el honor de exponer y defender (...)* (3) para rebatir a continuación varias de las afirmaciones del trabajo de Ribas Valero.

Termina señalando *creo, pues, que viendo el conjunto de la obra del Greco en general, y viendo que el astigmatismo puede explicarnos cuanto el crítico de arte nos dice que pasó, estamos autorizados para pensar que la causa que influyó principalmente para que pintara de esa manera, fue esta ametropía* (3).

AÑO 1916. PRIMERA INTERVENCIÓN DEL PROFESOR MANUEL MÁRQUEZ

En junio de 1916 Manuel Márquez publica en la sección VARIA el trabajo titulado *El supuesto astigmatismo del Greco* (4) a petición del Dr. Juarros en el que afirma sobre la teoría de Beritens (1): *mas a poco que analicemos, echamos de ver que tal explicación, seductora por lo sencilla (y a pesar de que el Dr. Beritens la ha documentado fotográficamente de un modo admirable), es notoriamente insuficiente, defecto, por otra parte, muy común a todas las explicaciones sencillas* (4). Además añade que la teoría del astigmatismo del Greco (...) de la que se ha hecho campeón recientemente (...) el Dr. Beritens (4).

Aunque el Dr. Márquez no puede negar en absoluto esta teoría (4) (...). Sin embargo basada como está principalmente en el alargamiento vertical de las figuras (4) (...), expone varias consideraciones que demuestran la equivocada hipótesis de Beritens resumiendo en dos puntos los hechos contradictorios: *1.a Las dimensiones verticales no siempre han sido exageradas por el artista, sino que en muchos casos son normales, y aun en otros están positivamente disminuidas; y 2.a En cambio, las dimensiones transversales que, de acuerdo con la hipótesis del astigmatismo según la regla, habrían de estar disminuidas, son muchas veces normales y en otras hasta exageradas* (4).

El Dr. Márquez expone el estudio detallado de varias obras de El Greco como *El caballero de la mano en el pecho*, *San Felipe*, *El Cristo difunto* y *San Luis Rey de Francia* en las que la teoría de Beritens es refutada por incongruente. Presenta incluso una fotografía de *El Caballero de la mano en el pecho tomada con objetivo astigmático en sentido inverso al que se supone que padecía el artista* (4) (...) *al hacerse normal la cabeza, por aumentar las dimensiones transversales, aumenta también considerablemente la longitud de la mano (que es lo contrario de lo que el autor se proponía demostrar...)* (4).

Expresa el Dr. Márquez: *Y si sobre esta afirmación — que, como se ha visto, tantas excepciones presenta — del alargamiento vertical de las figuras se ha fundado la hipótesis toda del astigmatismo, habrá que convenir en la inconsistencia de opinión fundada en hechos tan deleznales* (4). Expone la opinión del Dr. Hugo Kehrer que cree que no hay ningún motivo para la suposición de que el Greco haya sido astigmático (4) (...). Además cree que quien dice que el hecho de que el Greco haya pintado con elipse es una demostración del astigmatismo de sus ojos, muestra poco conocimiento de los fenómenos artísticos y olvida que con este diagnóstico hace enfermos de los ojos a todos los artistas del barroco, sobre todo sus arquitectos (4).

Concluye el Dr. Manuel Márquez que lejos de mí el llegar a la conclusión de la normalidad visual del célebre pintor cretense (4) (...) no ha debido ejercer una gran influencia en la obra pictórica del artista y, por tanto, que para explicar las curiosas particularidades de este hay que apelar además a otras suposiciones (4). (...) *O es sencillamente que el genial pintor adoptó esta manera especial por puro capricho de su espíritu? En realidad, lo más sincero*

sería decir que ignoramos exactamente los motivos de porque el Greco pintó como pintó (4).

AÑO 1918. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA REFRACCIÓN EN LA OBRA DEL PINTOR? DR. PATRY

En diciembre de 1918 se hace referencia en la sección VARIA de los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos al trabajo del Dr. Patry titulado (5) *¿Qué influencia tiene la refracción en la obra del pintor?*, presentado en la X Asamblea de la Sociedad de oculistas suizos (Aaran, 3-4 de marzo de 1917). En este trabajo el Dr. Patry reflexiona sobre cómo la refracción determina el tamaño, la forma y el color de la imagen retiniana que el pintor aprecia según sus ideas, gusto y talento, y, más o menos modificada, reproduce sobre el lienzo. Así, pues, tiene gran influencia sobre la obra del artista (5).

Para el Dr. Patry el astigmatismo deforma los objetos en el sentido de altura o de anchura según la dirección del eje; siendo esta deformación menos sensible sobre el lienzo, puesto que la desproporción entre los meridianos disminuye con la distancia⁵. Pone como ejemplo en su famoso cuadro de la catedral de Toledo, la parte superior, *La Resurrección*, presenta una deformación muy característica de los personajes, mientras la parte inferior, que representa la familia del donante, no presenta particularidad alguna. *¿Será porque el Greco se vio obligado a satisfacer a su cliente, al luchar contra su impresión real, o es que quería representar de un modo diferente la escena que pasa en la tierra de lo que pasa en el cielo, pintando en una parte personajes reales y en la otra personajes etéreos?* (5). Sin embargo no puede asegurar ni concluir que el estilo del Greco fuera debido al posible astigmatismo del pintor cretense.

AÑO 1926. XIV ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA HISPANO-AMERICANA EN SALAMANCA

La XIV Asamblea (6) desarrollada en Salamanca entre el 17 y 20 de septiembre de 1926 supuso el inicio del claro enfrentamiento entre Márquez y Beritens, que no acudió a la asamblea, y que prolongaron durante los tres años siguientes publicando réplicas y contrarréplicas a sus teorías (7-12). En la cuarta y quinta sesiones (6) de la tarde del 18 de septiembre Márquez presentó su comunicación *Sobre el supuesto astigmatismo del Greco* que publicaría el mes siguiente en los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos (7). En su comunicación el Dr. Márquez sostiene la tesis de que el Greco no fue astigmata (...) y refuta uno por uno los argumentos contenidos en el trabajo de Beritens (7). Fue proyectando y analizando varias imágenes del Greco y: *se detuvo en dos: El caballero de la mano en el pecho y Felipe III niño. En la primera, la mano, que está en posición horizontal, es más bien alargada, en vez de ancha, como debía de ser, de existir el astigmatismo vertical (...) en la segunda, pinta una figura de niño mofletudo, en la que no hay alargamiento* (6).

En las intervenciones destaca el Dr. Leoz que sostiene la tesis del astigmatismo y dice que el Greco, cuanto más viejo, pintaba peor (6). Sin embargo el Dr. Díaz Caneja creía que eran el estilo propio del pintor y la influencia de Bizancio los responsables de las formas alargadas representadas en sus cuadros. Además concluye que no es exacta la explicación del astigmatismo que se da, porque el artista retrocede y se acerca ante el lienzo y así corregiría siempre (6).

Rectifica finalmente el Dr. Márquez insistiendo que ha observado pintores y dibujantes fuertemente astigmáticos que pintaban correctamente (...). Resume diciendo que lo hizo por puro capricho pues tampoco cree que fuera un enfermo mental, ya que, de admitir esto, raro sería el artista que no debiera estar en un manicomio (6).

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a la Sociedad Española de Oftalmología la ayuda recibida para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Beritens G. Por qué el Greco pintó como pintó. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1913; 3: 153-168.
- Ribas Valero. Particulares de la visión, especialmente de la binocular, del astigmático no corregido, lo mismo que del producido experimentalmente por medio de cristales cilíndricos, e ilusiones ópticas que cursan ciertos astigmáticos al corregirles su defecto de refracción por cristales adecuados. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1916; 1: 1-26.
- Beritens G. Algo sobre el Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1916; 3: 176-180
- Márquez M. El supuesto astigmatismo del Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1916; 6: 343-352
- Patry. ¿Qué influencia tiene la refracción en la obra del pintor?. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1918; 12: 593-594.
- Márquez M. La XIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. Quinta sesión. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1926; 11: 675-688.
- Márquez M. Sobre el supuesto astigmatismo del Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1926; 12: 715-727.
- Beritens G. Sobre el supuesto astigmatismo del Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1927; 3: 192-199.
- Márquez M. Más sobre el supuesto astigmatismo del Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1927; 4: 244-251.
- Beritens G. La XV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1928; 10: 593-595.
- Beritens G. El mundo exterior, la imagen retiniana y la función visual. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1929; 2: 70-83.
- Márquez M. El mundo exterior, la imagen retiniana y la función visual. Con motivo del pretendido astigmatismo del Greco. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos. 1929; 5: 249-270.

En esta primera edición, fue entregado por el Profesor Joaquín Barraquer, junto con la Dra. Elena y el Dr. Rafael Barraquer

Mariano Puig Planas, recibe el Premio al «Espíritu Barraquer»

La sala «Marqués de Comillas» de las Reales Atarazanas de Barcelona acogió, en la tarde-noche del 28 de mayo, una muy emotiva entrega del primer Premio al «Espíritu Barraquer», que recayó en Mariano Puig. Refrendando el valor de la distinción en todos los sentidos, participaron en el acto 200 personas, entre ellos muchos conocidos representantes de la sociedad civil barcelonesa.

DENTRO de los actos de celebración del Año Barraquer, con motivo del cincuentenario del fallecimiento del Profesor Ignacio Barraquer, su hijo y actual director del Centro, el Profesor Joaquín Barraquer, ha querido honrar una cierta manera de ver la vida, el trabajo y la relación con los demás: el definido como «Espíritu Barraquer». Este premio reconoce los valores humanísticos, de cómo poner en práctica la generosidad hacia los demás e implicarse en su bienestar, de la curiosidad por la ciencia en todas sus ramas y los beneficios que puede reportar a la sociedad, y de la vocación por transmitir conocimientos y enseñar sin límite, con transparencia total. Valores estos que conforman aquello que gusta definir, en íntimo compromiso, como el «espíritu Barraquer».

Mariano Puig, ha sido presidente de Exea, de la que su buque insignia es Puig, empresa multinacional familiar de moda y fragancias con sede en Barcelona, dirigida en la actualidad por la tercera generación de la familia. Puig, empresa global, destaca por su capacidad de internalización y la contrastada calidad de sus productos, por diversificar su actividad en sectores como la moda, como complemento de su bien ganado prestigio en el mundo de las fragancias.

El acto de entrega de este premio tuvo lugar el jueves 28 de mayo, a las 19:30 h., en la sala «Marqués de Comillas» de las Reales Atarazanas de Barcelona, con la asistencia de 200 personas, entre las que se encontraban ambas familias, José Cusí, la diseñadora Purificación García, Antonia Dell'Atte, el abogado Emilio Cuatrecasas y otros muchos representantes de la sociedad civil barcelonesa.

La Dra. Elena Barraquer y el Dr. Rafael Barraquer, como representantes de la cuarta generación de oftalmólogos de la familia, dieron la bienvenida al evento y señalaron en su parlamento que «Mariano Puig es un ejemplo sobresaliente de los valores que, a partir de la figura de Ignacio Barraquer, suponen para nosotros fuente de inspiración y constante guía de conducta. Por todo ello consideramos un honor el que Mariano Puig haya aceptado ser reconocido en su labor con el Premio «Espíritu Barraquer»».



Mariano Puig recibe el Premio de manos del Prof. Joaquín Barraquer bajo la atenta mirada de los Dres. Elena Barraquer y Rafael Barraquer.

El Profesor Joaquín Barraquer, al hacer la entrega de la medalla «Espíritu Barraquer», recordó que su amistad se gestó en su paso por el Colegio San Ignacio de Sarria, de Barcelona («los jesuitas»), y que se ha mantenido a lo largo de la vida, con múltiples encuentros y anécdotas. Por su parte, Mariano Puig agradeció el reconocimiento público brindado por la familia Barraquer, así como parte de la sociedad barcelonesa en este acto. Concluyó este emotivo discurso con un fraternal abrazo entre los dos amigos, Mariano y Joaquín.

Como colofón final se sirvió un cóctel cena.

Una terapia para el ojo seco con ácido hialurónico que proporciona un alivio prolongado y duradero

Alcon presenta las gotas oftálmicas lubricantes SYSTANE® Hidratación

Alcon ha presentado una terapia frente al ojo seco que proporciona un alivio temporal del ardor y la irritación causados por la sequedad ocular (1): las gotas oftálmicas lubricantes SYSTANE® Hidratación. Su fórmula contiene ácido hialurónico (hialuronato sódico) e hidroxipropil guar (HP-guar)/borato; combinados, estos ingredientes consiguen una mayor retención de la hidratación, así como una protección superior a la de las gotas que contienen solamente hialuronato sódico.

EL ojo seco es una enfermedad multifactorial de la película lagrimal y de la superficie ocular que produce molestias oculares, alteraciones visuales e inestabilidad de la película lagrimal y conlleva un daño potencial sobre la superficie ocular (2). La sequedad ocular se produce cuando las glándulas lagrimales dejan de generar suficientes lágrimas o producen lágrimas de baja calidad, o cuando las lágrimas se evaporan con demasiada rapidez (3).

Millones de personas sufren ojo seco y, de no tratarse, los síntomas pueden ocasionar trastornos y tener un efecto negativo en la calidad de vida del paciente (4,6). El ojo seco puede dificultar la realización de determinadas actividades, como el uso de ordenadores o la lectura durante períodos de tiempo prolongados. Asimismo, puede reducir la tolerancia de una persona a los entornos secos, como al ambiente en oficinas o aviones (6). SYSTANE® Hidratación ha sido desarrollado para pacientes que necesitan una mayor hidratación y lubricación del ojo que permita la regeneración de las células dañadas en la superficie ocular* (4).

«El ojo seco es uno de los motivos más habituales de consulta con los especialistas en el cuidado ocular», ha explicado el Dr. Xavier Puig, responsable médico de España y Portugal de Alcon e Instituto Alcon. «Con las gotas oftálmicas lubricantes SYSTANE® Hidratación, Alcon ofrece a los pacientes un nuevo producto con dos ingredientes que, combinados, actúan como un 'vendaje' que se adhiere a las células dañadas en la superficie de la córnea, manteniendo la hidratación y estimulando la hidratación y la lubricación para proporcionar un alivio duradero».

DESTACADOS EFECTOS POSITIVOS

La fórmula de SYSTANE® Hidratación contiene ácido hialurónico (hialuronato sódico) e hidroxipropil guar (HP-guar)/borato. Combinados, estos ingredientes consiguen una mayor retención de la hidratación, así como una protección superior a la de las gotas que contienen solamente hialuronato

sódico (4). Como muestran los resultados de un estudio in vitro, esta fórmula con polímero dual tiene los siguientes efectos* (4):

- Retiene el agua para mantener la humectación y proporciona una mayor hidratación y lubricación que los productos que utilizan solamente hialuronato sódico.
- Incrementa significativamente la retención de la humectación en la superficie corneal: un 400% en comparación con el hialuronato sódico usado en solitario* (4).
- Aumenta la protección y la hidratación avanzada frente a la desecación extrema, hasta un 260% en comparación con productos que solamente usan hialuronato sódico* (4).
- Mejora la protección de la superficie ocular frente a los daños ocasionados por el ojo seco en comparación con las gotas que solamente usan hialuronato* (4).
- Permite la regeneración de las células dañadas en la superficie ocular* (4).

REFERENCIAS

1. SYSTANE® Hydration Lubrication Eye Drops Instrucciones de Uso, 2014.
2. Lemp M.A., Baudouin C., Baum J. et al. The definition and classification of dry eye disease: Report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). Ocul Surf. 2007; 5: 75-92.
3. American Optometric Association, Dry Eye. <http://www.aoa.org/patients-and-public/eye-and-vision-problems/glossary-of-eye-and-vision-conditions/dry-eye?ss=y> [consultado el 12 de noviembre de 2014].
4. Ketelson H., Rangarajan R. y B. Kraybill. Effects of a dual polymer artificial tear solution on prolonged protection, recovery, and lubricity in an in vitro human corneal epithelial cell model. Reunión anual de la Asociación para la Investigación en Visión y Oftalmología, 2014; resumen electrónico nº 3695/A0209.
5. García-Catalán M.R., Jerez-Olivera E., Benítez-Del-Castillo-Sánchez J.M., Dry eye and quality of life, Arch Soc Esp Oftalmol 2009; 84: 451-458.
6. WebMD, Dry Eye Syndrome May Cut Life Quality. <http://www.webmd.com/eye-health/news/20070313/dry-eye-syndrome-may-cut-life-quality> [consultado el 12 de noviembre de 2014].

* Estudio in vitro en un modelo de células del epitelio corneal humano.

Otorgado por la Asociación Empresarial de Publicidad, en reconocimiento a su eficacia profesional

El Profesor Joaquín Barraquer recibe el Premio Nacional de Creatividad José María Ricarte

El Profesor Joaquín Barraquer ha sido distinguido con el Premio Nacional de Creatividad José María Ricarte. El acto de entrega del galardón, que también recibió el grupo La Fura dels Baus, tuvo lugar el 21 de abril en Foment del Treball Nacional.

Las distinciones fueron entregadas por Marc Puig, Director de Comunicación y Atención Ciudadana del Ayuntamiento de Barcelona, que estuvo acompañado por el presidente de la Asociación Empresarial de Publicidad, Ángel Abancens, y el catedrático del Departamento de Publicidad de la UAB, Armand Balsebre.

Este galardón es una iniciativa de la Asociación Empresarial de Publicidad y de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) que reconoce a aquellas personas, empresas y entidades que, desde cualquier área de la creatividad, han trascendido en su papel en la historia y han transformado la manera de pensar y vivir de la gente.

«Disfrutamos creando mundos que no existen en este mundo», de este modo agradecían La Fura dels Baus el galardón. Por otro lado, el Profesor Joaquín Barraquer anotaba entre sus palabras de agradecimiento que es importante «tratar al paciente como le gustaría ser tratado a uno mismo».

El portavoz del jurado, Toni Segarra, apuntó en su discurso que las marcas deben ser conscientes de que existen para mejorar el mundo.

INSIGNES PREMIADOS EN AÑOS ANTERIORES

El Premio Nacional de Creatividad José María Ricarte fue creado por la Asociación Empresarial de Publicidad de Cataluña (Gremio de Publicidad) y el grupo de Investigación en Publicidad y Comunicación Radiofónica Publiradio de la UAB. En la primera edición, fueron distinguidos Umberto Eco, Steve Jobs, Apple, Ikea y Le Cirque du Soleil; en la segunda, se premió a Tim Ber-



El Prof. Barraquer durante su intervención de agradecimiento por el galardón recibido.

ners-Lee, David Abbott, Camper y la Escola Superior de Cine y Audiovisuales de Cataluña; y, en la tercera, se galardonó a Ferrán Adrià y Jordi Évole.

Este galardón, además, rinde homenaje al guionista, creativo publicitario y catedrático del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad de la UAB José María Ricarte Bescós, muerto en 2010 a la edad de 77 años.

La cirugía de catarata se ejecutó con un láser femtosegundo Catalys en ojos porcinos recién extirpados en Oftalvist Moncloa

Oftalvist publica un estudio de calado internacional sobre el comportamiento de la presión intraocular durante la cirugía de catarata asistida con láser de femtosegundo

La colaboración de Oftalvist con otros centros sanitarios de referencia nacional ha dado como resultado un estudio científico de investigación sobre los cambios de la presión intraocular durante la cirugía de catarata asistida por láser femtosegundo. Marta Ibarz, José Luis Hernández-Verdejo, Gema Bolívar, Pedro Tañá, José Luis Rodríguez-Prats y Miguel Ángel Teus han sido los doctores implicados en el estudio.

TITULADO «Porcine Model to Evaluate Real-Time Intraocular Pressure During Femtosecond Laser Cataract Surgery», el trabajo ha sido publicado por la revista 'Current Eye Research'. Su objetivo reconocido era investigar los cambios en la presión intraocular (IOP) en los ojos de cerdo asistida por láser de femtosegundo en cirugía de cataratas utilizando un sistema de interfaz líquido – óptica.

La publicación en PubMed es: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016665>

Como se ha indicado, el propósito del estudio era investigar los cambios en la presión intraocular (PIO) en ojos porcinos durante la cirugía de catarata asistida por láser femtosegundo usando un sistema con interfaz óptico líquido.

Respecto a la metodología del estudio y materiales se ha explicado que se ejecutó la cirugía de catarata con un láser femtosegundo Catalys en ojos porcinos recién extirpados en Oftalvist Moncloa, Madrid, España. La capsulotomía y fragmentación de la lente fueron completadas en todos los ojos sin complicaciones. La presión intraocular fue medida con un transductor de presión sanguínea reusable conectado por canulación directa a la cámara anterior, almacenando datos antes de la succión (basal), al inicio de la fase de succión, cada cinco segundos durante el procedimiento femtosegundo y después de extraer el anillo de succión del ojo.



Dr. Pedro Tañá.



Catalys Madrid.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

En total se usaron 9 ojos porcinos para este estudio. La PIO antes de la succión fue de $5,67 \pm 2,39$ mmHg, elevándose a $20,33 \pm 4,18$ mmHg al inicio de la fase de succión ($p < 0,001$). Durante el procedimiento femtosegundo, la presión alcanzó $19,74 \pm 4,31$ mmHg, permaneciendo estable a lo largo de todo el proceso. La PIO medida antes de la extracción del anillo de succión fue de $21,00 \pm 6,93$ mmHg, volviendo a valores basales en todos los ojos después de que el anillo de succión se extrajera, sin diferencias estadísticas entre las PIOs basales y post-succión. El tiempo total del procedimiento femtosegundo fue $125,9 \pm 15,9$ s.

La conclusión del estudio es que la PIO puede ser medida durante la cirugía usando un transductor conectado a la cámara anterior. Los resultados mostraron un aumento significativo de la PIO durante el procedimiento debido a la presión ejercida por el anillo de succión pero no por el efecto del láser femtosegundo.



Dra. Marta Ibarz Barberá-Madrid.



Dr. José Luis Rodríguez-Prats.

Tras su Junta Rectora y Asamblea General Ordinaria

Instituto Barraquer entregó sus prestigiosos diplomas de Colaborador de Mérito 2015

Manteniendo su línea habitual, el Instituto Barraquer celebró en abril la reunión de su Junta Rectora y su Asamblea General Ordinaria, tras los que procedió a entregar sus valoradas distinciones de Colaborador de Mérito. Los distinguidos este año fueron Spaincares, Second Sight, Barcelona Salud y el Sr. Burhan Kuria. Durante el mismo acto se otorgó el diploma de Colaborador de Mérito del Banco de Ojos para Tratamientos de la Ceguera a la Residencia Hestia Maresme y el Premio Joaquín Rutllán 2014 al Dr. Ramon Cobian.

EL martes 14 de abril tuvo lugar la Junta Rectora y Asamblea General Ordinaria del Instituto Barraquer en Barcelona.

Abrió la Asamblea el Profesor Joaquín Barraquer, quien dio paso a que la Secretaria General, la Dra. Elena Barraquer, procediera a la lectura y aprobación de la anterior Acta.

El Dr. José Lamarca, Coordinador del Instituto, hizo luego un resumen de la memoria 2014 de la asociación.

A continuación se pasó a la entrega de los prestigiosos diplomas de Cooperador de Mérito de Instituto Barraquer, así como al diploma de Colaborador de Mérito del Banco de Ojos para Tratamientos de la Ceguera, que recayó este año en la Residencia Hestia Maresme. Finalmente se entregó el Premio Joaquín Rutllán 2014 al Dr. Ramon Cobian.

Como ya es habitual en esta convocatoria tan especial, el auditorium II de Instituto acogió a un gran número de asistentes, entre premiados, familiares, amigos y miembros del Instituto que al concluir el acto pudieron compartir un rato de amistad en el cóctel ofrecido como colofón.

DISTINGUIDOS EN 2015

Los Colaboradores de Mérito del Instituto Barraquer fueron en esta ocasión:

- Spaincares: Por su esfuerzo en la dinamización del sector sanitario y turístico para posicionar a España como destino preferente en el sector del turismo médico.
- Second Sight: Por su desarrollo de la visión artificial con el dispositivo 'Argus II', que facilitó que en 2014 una invidente recuperará su capacidad de ver.
- Barcelona Salud: Por su destacada promoción de los hábitos saludables entre la población, proyecto que en 2013 creció para dar forma a España Salud.
- Sr. Burhan Kuria: Por su destacada labor desde 1965 para facilitar la estancia y seguimiento médico de los ciudadanos árabes que acuden a Barcelona y especialmente a Barraquer en busca de tratamiento.



Mr. Ian Dunn recibió el diploma otorgado a Second Sight.



El diploma de Spaincares fue recogido por el Dr. Lluís Monset, como representante de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.



La distinción a Barcelona Salud la recibió el Dr. Lluís Asmarats.



El señor Burhan Kuria fue reconocido por la labor que desarrolla desde 1965.

Reconocimiento del Parlamento Europeo

Fundacion Barraquer, premio Ciudadano Europeo del año 2015

El Parlamento Europeo dio a conocer, el 3 de junio, los ganadores de los Premios Ciudadano Europeo que, en esta edición, han recaído en la Fundación Barraquer, así como en «La Ciudad Accesible», otra entidad española, junto a 45 instituciones de 24 países europeos.

EL Parlamento Europeo creó el Premio del Ciudadano Europeo en 2008 para reconocer a los europeos ejemplares. El objetivo del mismo es galardonar a los ciudadanos que han promovido la comprensión entre países y la integración entre los ciudadanos y los Estados miembros. Reconoce, asimismo, a aquellos ciudadanos que han facilitado la cooperación transnacional en el seno de la Unión y que, día a día, tratan de promover los valores de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Los candidatos pueden ser ciudadanos, grupos, asociaciones u organizaciones.

Según ha trascendido, en el caso concreto de Fundación Barraquer el premio quiere reconocer su labor en la ayuda a las personas, acercando la medicina a aquellos lugares en los que, de forma habitual, no llega. Se reconoce así valores como la solidaridad y la igualdad de oportunidades, valores en los que, se recalca, se fundamenta la UE.

En 2014 las entidades españolas que recibieron este reconocimiento fueron la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, la Societat Civil Catalana y La Cocina Económica de Logroño.

OFTALMÓLOGO PARA EL HIERRO (CANARIAS)

Oferta de contratación de Facultativo Especialista en Oftalmología a partir del 1 de julio de 2015 en el Hospital Insular Nuestra Señora de Los Reyes (El Hierro).
Jornada laboral de lunes a viernes de 08:00 a 15:00 horas. Guardias localizadas.
Interesados remitir curriculum vitae a:
lpadmor@gobiernodecanarias.org

OFTALMÓLOGO PARA HOSPITAL DE CANTABRIA

Se necesita oftalmólogo para baja de larga duración en hospital de Cantabria.
Interesados contactar con el teléfono 942 202 520 Extensión 64577

Pretende ser un manual de referencia para la buena praxis profesional

Investigadores del IOBA escriben un manual de baja visión y rehabilitación visual

La doctora Begoña Coco y Joaquín Herrera, junto a otros colaboradores e investigadores del IOBA, han presentado el libro «Manual de Baja Visión y Rehabilitación Visual», que ofrece un enfoque global de esta especialidad que se ha convertido en una de las de mayor futuro. La obra pretende ser un manual de referencia para la buena praxis profesional y, por ello, se ha contado con un equipo multiprofesional: oftalmólogos, optometristas y especialistas en rehabilitación visual, que aportan su punto de vista clínico y académico, así como su experiencia investigadora en este ámbito.

EL libro está dirigido tanto a estudiantes de grado de Óptica y Optometría, como a profesionales, ya que ofrece toda la información relacionada con este campo «con el fin de que podamos entender mucho mejor la baja visión, sobre todo en los relativo a terapia y ayudas existentes, y tener la formación suficiente para poder transmitir a los pacientes y concienciar sobre las ayudas ópticas disponibles», como dice en el prólogo Ignacio J. Ferreira, presidente del Colegio de Ópticos Optometristas de Castilla y León.

El incremento de las personas con baja visión -se llega ya a los 2 millones de afectados en España- motivado por el aumento de la esperanza de vida, ha provocado que los servicios oftalmológicos y optométricos presten cada vez mayor atención a estos pacientes.

6 BLOQUES Y 35 CAPÍTULOS

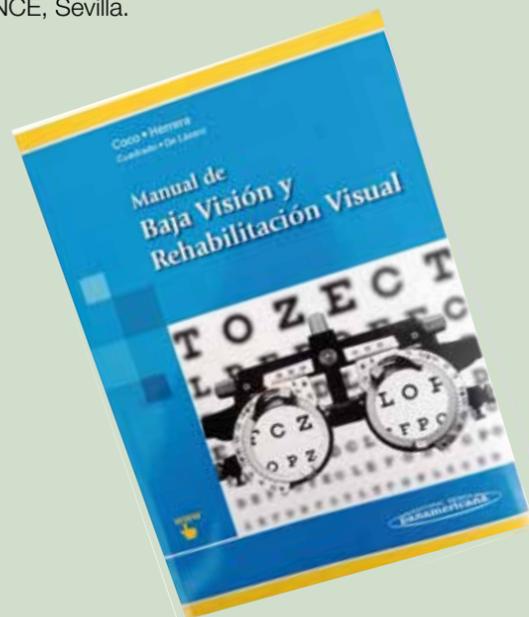
Dividido en 6 bloques y 35 capítulos, el libro se refiere a todos aspectos de la baja visión como mejorar el acceso a la lectura y la información, la seguridad en el desplazamiento, seguridad y eficacia en la realización de tareas de la vida cotidiana, participación en la sociedad o actividades de autocuidado... ofreciendo una visión global y multidisciplinar.

Han participado multitud de expertos en la materia: oftalmólogos, optometristas y especialistas en rehabilitación visual, así como otros profesionales dedicados a la rehabilitación de este colectivo de pacientes, muchos de ellos investigadores del IOBA.

PERFIL DE BEGOÑA COCO Y JOAQUÍN HERRERA

María Begoña Coco Martín es profesora contratada y doctora de la Universidad Europea Miguel de Cervantes de Valladolid, especialista en rehabilitación visual en la Unidad Clínica de Baja Visión del IOBA e investigadora asociada clínica del Grupo de Cirugía Refractiva y Rehabilitación Visual del IOBA.

Joaquín Herrera Medina es profesor colaborador del Departamento de Cirugía Oftalmología, Otorrinolaringología y Fisioterapia de la Universidad de Valladolid, investigador asociado clínico del Grupo de Cirugía Refractiva y Rehabilitación Visual del IOBA y técnico en Rehabilitación, en el Centro de Recursos Educativos ONCE, Sevilla.



“

El libro se refiere a todos aspectos de la baja visión como mejorar el acceso a la lectura y la información, la seguridad en el desplazamiento, seguridad y eficacia en la realización de tareas de la vida cotidiana, participación en la sociedad o actividades de autocuidado... ofreciendo una visión global y multidisciplinar

”

Según se indica en el Volumen 1 de 2015 del 'Journal of Optometry'

La UVa, en séptima posición en publicaciones de lentes de contacto

NATHAN Efron ha firmado la editorial del Volumen 1 de 2015 del 'Journal of Optometry' titulado «Contact lens citation metrics – The Spanish connection», un número especial sobre lentes de contacto, con 8 artículos sobre este campo. Entre ellos, un trabajo de Genís Cardona y Joan Sanz, que muestra las crecientes contribuciones que están haciendo los investigadores españoles en este campo.

El estudio muestra un análisis cuantitativo de la literatura publicada, sin olvidar que «todas las ideas que conducen a la investigación comienzan en la clínica, tal vez con observaciones anecdóticas, que son recogidas por los investigadores clínicos y de laboratorio, que buscan respuestas mediante estudios científicos».

Cabe destacar la afirmación de que «los españoles deberían estar orgullosos de que su país ocupa el puesto número 5 en términos de publicaciones actuales de lentes de contacto, con la Universidad de Valladolid ubicándose como la institución número 7 más destacada en el mundo».

«Soy muy consciente de la creciente literatura que se genera por los clínicos e investigadores españoles, con la aparición de fuertes Departamentos de Investigación, que se han presentado tradicionalmente fuera de los Departamentos de Física (como ha sido en gran parte en el resto del mundo)», dice.

No obstante, advierte que la Optometría española «no puede permitirse el lujo de dormirse en los laureles», ya que no figuran investigadores españoles entre los 9 principales contribuyentes en el campo de lentes de contacto y esta revista no se clasificó entre los seis primeros.

Sin embargo, finaliza matizando que «si la calidad de los trabajos de autores españoles es una indicación de las contribuciones actuales y futuras en este campo, entonces es probable que esta revista, y los autores e instituciones españolas, ocuparán posiciones predominantes en las tablas de clasificación internacionales si este tipo de análisis de citas se repiten en los próximos años».

Se llamará Centro Municipal 'Nouadhibou Visión' y su inauguración está prevista para noviembre

La Fundación Jorge Alió pone la primera piedra del mayor hospital oftalmológico del África Sahariana

Mauritania va a contar en pocos meses con el más ambicioso centro oftalmológico humanitario del África Sahariana, gracias al trabajo y al tesón de la Fundación Jorge Alió para la Prevención de la Ceguera, cuyo equipo, dirigido personalmente por el propio Prof. Alió, ha regresado de la novena expedición clínica realizada a Mauritania, dentro del Proyecto Nouadhibou Visión. En esta ocasión, además de la asistencia oftalmológica, clínica y quirúrgica que se viene facilitando a la población desde hace una década, se llevó a cabo la ceremonia de implantación de la primera piedra de lo que en breve será el primer hospital oftalmológico promovido e íntegramente gestionado por la Fundación alicantina: Centro Municipal 'Nouadhibou Visión'. La inauguración del centro está prevista para finales de noviembre, contando con la asistencia del Presidente de Mauritania y autoridades diplomáticas de España y Kuwait.

El proyecto parte de la iniciativa de la Fundación Jorge Alió (con sede en Alicante, España) y está siendo financiado por la compañía kuwaití Enterprises Group Al Nafisi. Los beneficiarios directos de los servicios de este centro serán los habitantes de Nouadhibou (segunda ciudad del país, tras la capital, Nouakchot), que actualmente tiene unos 150.000 habitantes, y está en continuo incremento por el aumento de la actividad comercial en la zona. La ciudad carece de servicios médicos especializados, y muy en particular de asistencia oftalmológica. Las previsiones del proyecto estiman que en un futuro próximo la cobertura sanitaria llegará hasta los márgenes del río Nilo Azul, y a toda la frontera de Mali, los pueblos del interior hasta Zouerat (frontera con el Sáhara occidental) y parte del Sáhara, con una base poblacional de más de 300.000 habitantes.

El centro Nouadhibou Visión – Edificio Yacoub Al Nafisi estará terminado este mismo año. Dispondrá de Recepción, Sala de Exploraciones Generales, Consultas, Dispensario (farmacia), Taller de lentes, Almacén y Servicios, en la Planta Baja. En la Primera Planta estará la Sala de Formación, Sala de Telemedicina, Sala Multifunción (Quirófanos), Oficina y Servicios.

En cuanto al equipamiento tecnológico, contará con aparatología especializada en Oftalmología y en Optometría, además de Material Informático, Ambulancia y Transporte. La unidad quirúrgica, con dos quirófanos y un área de formación, se encuentra en un edificio anexo, conectado con el edificio principal.

El acto de celebración de la Primera Piedra se realizó en una brillante ceremonia presidida por el gobernador de la zona, el alcalde, autoridades civiles y militares, y el cónsul de España en Nouadhibou, además de un gran número de personas.

La inauguración del centro está prevista que se celebre a finales de noviembre del presente año, contando con la asistencia del Presidente de Mauritania y autoridades diplomáticas de España y Kuwait.



Foto oficial de los participantes en la ceremonia de implantación de la primera piedra de lo que en breve será un hospital oftalmológico.

ATENCIÓN A 1.000 PACIENTES Y 59 INTERVENCIONES

La expedición clínica realizó una amplia labor de asistencia oftalmológica. Se desarrolló entre el 1 y el 8 de marzo pasado y estuvo dirigida por el Prof. Jorge Alió, Presidente Honorario de la Fundación Jorge Alió y Catedrático de Oftalmología de la Universidad Miguel Hernández, junto con la presidenta ejecutiva, María López Iglesias, y el director-gerente, Balbino López. El equipo directivo de la Fundación estuvo acompañado por los oftalmólogos Dres. Vicente Otuño y Ghassan Zein; los optometristas Elías Esplá y David Ribera; la enfermera Mónica Díaz; el auxiliar de quirófano Francisco Candela; Paqui Martín-Buitrago en logística; Houda Douhri, traductora; la periodista Esmeralda Marugán; y el cámara Rafael López.

Esta novena expedición sanitaria desarrolló asistencia clínica y tratamientos a unos mil pacientes. Y en su fase quirúrgica, en su mayoría operaciones de cataratas, llevó a cabo hasta un total de 59 intervenciones. El objetivo de estas expediciones es la prevención de la ceguera por cataratas y la medicina preventiva, en especial en la amplia población infantil de la zona.



María López, Presidenta Fundación Alió, Dr. Jorge Alió, Presidente de Honor de la Fundación, Dr. Zein M. Ghassan, Balbino López, Director Gerente Fundación.



Recepción de autoridades.



Maqueta

Para el desarrollo de programas de actuación conjunta

Convenios marcos de colaboración de la Sociedad Canaria de Oftalmología con dos universidades

La Sociedad Canaria de Oftalmología ha suscrito sendos convenios marcos de colaboración con la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y la Universidad de La Laguna (ULL), el 21 y 22 de abril, respectivamente. Fueron rubricados por el Presidente de la Sociedad Canaria de Oftalmología, Francisco Cabrera López, y los Rectores de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, José Regidor García, y de la Universidad de La Laguna, Eduardo Doménech Martínez.

Los convenios permitirán la colaboración entre estas entidades para el desarrollo de programas de actuación conjunta en las áreas de promoción de la salud visual; estudios e investigaciones; acreditación docente de cursos y congresos; formación y perfeccionamiento de docentes e investigadores; así como cualquier otra actividad que se considere importante para el desarrollo de la enseñanza superior y la investigación científica- tecnológica en el ámbito de la Oftalmología.

Original punto de vista sobre los «porcentajes» pagados a políticos por sus «justas decisiones» sobre determinadas obras y adjudicaciones

La evolución en el Siglo XXI. Lista de bodas... Tarjeta regalo y... La cuesta de los Jamones (Esperpento)

Ramón Castro Inclán

Una cuestión tan en el candelero como es el pago de comisiones a representantes políticos por sus «justas decisiones» sobre la adjudicación de determinadas obras y adjudicaciones es abordado con un enfoque diferente y lleno de sutilezas por el autor de este artículo. Enlaza así tan espinoso tema con la evolución que han sufrido las invitaciones de boda o los regalos personales, todo ello aderezado con una vivencia personal de hace muchos años. Y es que, como concluye, aunque a través de caminos diferentes, «al fin y al cabo sigue siendo cierto que todos los caminos conducen a Roma».

I. LAS LISTAS DE BODA

Hace años, cuando recibías una invitación de boda, te planteabas un verdadero conflicto pues significaba que tenías que poner en marcha la imaginación, para decidir el regalo que les gustaría recibir a los contrayentes. En ocasiones, si tenías una gran confianza con algún familiar, te podía echar una mano, orientándote sobre los gustos de la pareja y, aun así, tenías que perder un tiempo precioso en recorrer tiendas, comprobar si, de acuerdo a tu presupuesto, era posible adquirir algo que se ajustase a las recomendaciones.

Afortunadamente, todo evoluciona y, ¡por fin!, aparecen las listas de boda. A partir de ese momento, se acabaron las angustias; te dirigías al Centro Comercial correspondiente, repasabas la lista y, en menos de 30 segundos, tenías localizado el regalo apetecido por los novios, con el precio y, únicamente necesitabas señalar el que se ajustaba a tu presupuesto, entregabas la dedicatoria correspondiente y ¡misión cumplida!

Sin embargo, la evolución que según Darwin se produce a lo largo de cientos de millones de años, en la vida actual apenas requiere unas décadas y ahora, junto a la invitación de boda, recibes un número de Cuenta Corriente, con su IBAN correspondiente, con lo que, sin inmutarte, a través del móvil, puedes hacer el ingreso correspondiente y... aquí paz y después gloria.

II. LA TARJETA REGALO

Sin embargo, esta evolución, no ha sido exclusiva de las listas de boda, pues, a la hora de hacer un regalo, el recorrido ha sido similar. Hace años, teníamos que ponernos en el lugar de la persona que iba a recibirlo, indagar acerca de sus gustos, si optábamos por una prenda de vestir, averiguar su talla, su estilo favorito, tratando de indagar cualquier indicio que nos ayudase a hacer la elección acertada. El advenimiento del tique regalo, vino a facilitar mucho las cosas; a partir de ese momento, si la corbata, la camisa, el bolso o el libro no encajaba con el gusto del que lo recibía, no tenía problema alguno pues acudía al establecimiento y podía cambiarlo por otra prenda más de su estilo o buscar su autor preferido.

Ahora es mucho más simple, vas al establecimiento, solicitas una Tarjeta Regalo por el importe exacto que deseas gastar y problema solucionado; así de simple y así de fácil, y que se encargue el interesado en estrujar su imaginación para gastarse el importe de la tarjeta.

III. LA CUESTA DE LOS JAMONES

Recientemente estuve en Sarria y, al contemplar la antigua carretera de Lugo, me vino a la memoria una situación que se vivió en esa ciudad hace más o menos un siglo, cuando se estaba planificando la construcción de dicha carretera para

facilitar las comunicaciones con la capital de la provincia. Se cuenta que en aquel tiempo, cuando los ingenieros de caminos estaban estudiando sobre el terreno el posible trazado de la carretera, los propietarios de los terrenos a través de los que «presuntamente» podría pasar la carretera, visitaban a los ingenieros y, tras señalar con precisión en los planos correspondientes la situación de su terreno, depositaban un jamón, para reforzar su petición de que la carretera fuese bordeando su terreno, evitando, naturalmente, atravesar por el mismo. Como resultado del trasiego de jamones, los ingenieros, de un claro intento de contentar a todos y como muestra de agradecimiento a la generosidad de los ciudadanos de Sarria (o al menos a alguno de sus habitantes), encontraron una ingeniosa solución, haciendo un trazado con un cierto número de curvas más o menos pronunciadas. Se lograba así contentar a todos, o casi todos, y, al mismo tiempo, los automóviles de la época, con motores menos potentes que los actuales, no se verían obligados a «trepar» por una carretera tan empinada, bautizada, naturalmente, por los usuarios como «la cuesta de los jamones» que, a juzgar por las curvas que tiene, es posible que algún ingeniero todavía esté dando buena cuenta y disfrutando de alguno de esos deliciosos productos porcinos.

Como era de esperar, este proceder también ha tenido su propia evolución, aunque en este caso ha sido gracias a la mano de los políticos. Ahora los ingenieros y los técnicos no son los que toman las decisiones. Los políticos deciden si para ir de Madrid a Valencia es mejor ir por Cuenca o por Albacete y para llegar a Oviedo es preferible pasar por Valladolid o Benavente. Son también los encargados de la adjudicación de las contrata para la realización de las obras correspondientes.

Como es natural, cuando hablamos de obras de esta envergadura, estaríamos hablando de tantos miles de jamones que ni siquiera toda la producción de Jabugo de todos los años que durase la obra sería suficiente para compensar las sabias decisiones de los políticos. Por ello, a similitud de los ejemplos anteriores, acudiendo al principio determinante de la vida sobre la tierra, echaron mano de la evolución y, como todo está inventado, se apropiaron de las ideas de las listas de boda y la tarjeta regalo. Más sencillo que regalar un chalet, que al fin puede estar en un sitio que no le gusta al interesado y no es fácil de cambiar, o un crucero para toda la familia, pues siempre puede haber algún miembro que se marea y/o tiene miedo al mar, hubo una ocasión en que un político que se fue de la lengua y explicó públicamente la solución encontrada, insinuando que, ¡podría tratarse del 3%! ¿Quizá se quedó corto?... Adivínelo Vd. sabio lector.

El porcentaje es lo de menos, lo importante es que, como en los ejemplos anteriores, aunque quizá a través de caminos diferentes (al fin y al cabo sigue siendo cierto que todos los caminos conducen a Roma), se llegó a la misma conclusión: nada de perder tiempo en averiguar gustos y/o aficiones, que sea el propio agraciado el que se preocupe de estrujar su cerebro para invertir el equivalente monetario al valor de sus «justas decisiones» en lo que más le guste.

O F E R T A S

- Caja lentes, 232 aros metálicos, maletín, nueva
- Proyector de optotipos, CP-615-R, GRAL OPTICA
- Proyector de optotipos, CP-670, NIDEK
- Pantalla de optotipos, VISTA VISION, nueva
- Tonómetro de aire, AT-555, REICHERT
- Tonómetro de Perkins, MK1, CLEMENT CLARKE
- Tonómetro de Perkins, MK 2, CLEMENT CLARKE
- Frontofocómetro automático, CL-2000, TOPCON
- Frontofocómetro automático, LM-500, NIDEK
- Frontofocómetro automático, GL-7000, GRAND SEIKO
- Frontofocómetro automático, Mod.360, HUMPHREY
- Oftalmoscópio binocular, ALL PUPIL, KEELER
- Oftalmoscópio binocular, OMEGA 180, HEINE
- Oftalmoscópio binocular, WELCH ALLYN
- Oftalmoscópio binocular, PS-12, TOPCON
- L.H., MT-303, TAKAGI, tonómetro, mesa
- L.H., SL-2E, TOPCON, video, monitor, mesa
- L.H., ZEISS, sin mesa
- L.H., portátil, SLM-6M, KANGHUA, nueva
- Auto-refractómetro, AR-800, NIDEK, mesa
- Kerato-refractómetro, ARK-700, NIDEK, mesa
- Kerato-refractómetro, KR-8100, TOPCON
- Kerato-refractómetro, GR-3500KA, GRAND SEIKO
- KR-1W, 5 funciones en 1, TOPCON
- Unidad, ALFA, INDO, L.H., proyector
- Unidad, ALFA, INDO, L.H., BQ 900, video, full equip
- Unidad, FUTURE, C.S.O., full equip
- Unidad, GAUS, INOPSA, L.H., tonómetro y proyector
- Campímetro, doble frecuencia, FDT, HUMPHREY-ZEISS
- Campímetro, OCTOPUS 301, INTERZEAG
- Campímetro, M-700, MEDMONT, mesa, impresora
- Campímetro, HFA 730, ZEISS
- Campímetro, HFA 740i, ZEISS



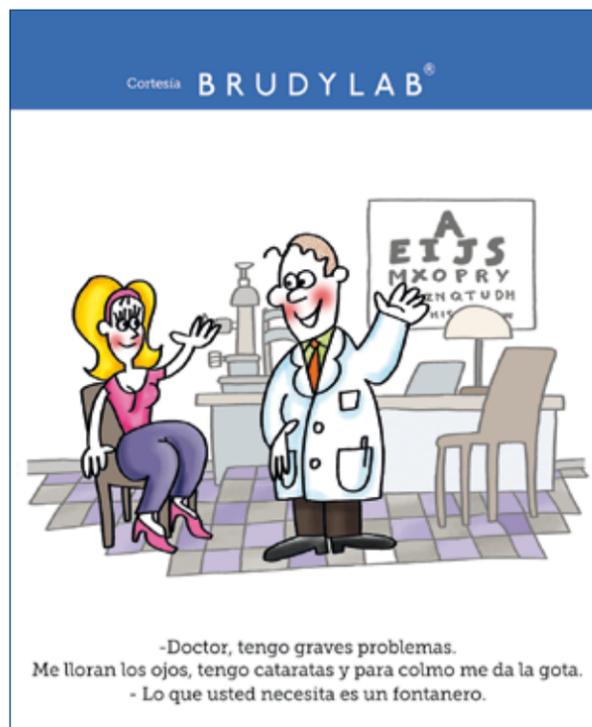
EQUIPOS DE OCASION
EQUIPOS DE OCASION
EQUIPOS DE OCASION

Gran Via Cors Catalanes, 672
4º 1º 08010 BARCELONA
Tel./Fax 93 418 91 68
Móvil: 630 903 930
info@otecom.com

O F E R T A S

- Retinógrafo, VISUCAM C, ZEISS
- Retinógrafo, VISUCAM PRO NM, ZEISS
- Microscópio, OM-7, TAKAGI, L.H., pie
- Microscópio, OPMI MDU, S 3, XY, ayudante, ZEISS
- Microscópio, VISU 150, S 8, XY, ayudante, ZEISS
- Microscópio, VISU 200, S 8, XY, ayudante, ZEISS
- Inversor de imagen, OCULUS, para micro ZEISS o TOPCON
- OCT, STRATUS, ZEISS, versión 6.0, reacondicionado
- OCT, VISANTE, ZEISS
- OCT, RTVue, OPTOVUE
- Biómetro, AL-100, TOMEY
- Biómetro, US-800, NIDEK, impresora
- Biómetro, AXIS II, QUANTEL MEDICAL
- IOL Master, versión 5.0, ZEISS
- IOL Master, 500, ZEISS
- Paquímetro, 500 PACHETTE, DGH
- Esterilizador, STATIM 2000, SCICAN
- Equipo electrofisiología, Mon Pack 3, METROVISION
- Faco, SOVEREING COMPACT ABBOTT
- Faco, SIGNATURE ABBOTT
- Faco-vitreotomo posterior, ACCURUS 800 CS, ALCON
- Topógrafo, CA-200, TOPCON
- Láser YAG, VISULAS YAG II plus, ZEISS
- Láser YAG, VISULAS YAG III, ZEISS
- Láser YAG, LIGHT Las, LIGHTMED
- Láser ARGON, GYC-1500, NIDEK
- Láser ARGON, NOVUS SPECTRA, LUMENIS, adaptador
- Láser ARGON, VISULAS 532s, ZEISS, full equip
- Láser ARGON, LIGHT Las 532, LIGHTMED
- Láser de patrones, TruScan 532, LIGHTMED
- Láser Multispot, VALON
- Cross linking, VEGA, CSO
- Láser de femtosegundo, VisuMax, ZEISS

COMPRA & VENTA APARATOS-EQUIPOS OFTALMOLÓGICA
■ PARA MÁS INFORMACIÓN, CONTACTE CON: JAVIER GARCÍA DE OTEYZA



El Zaguán del Sábado

Sobre Jetas, tarjetas, Éticas y Estéticas (3). Fechoricerías y otras cuestiones

Doktor Pseudonimus

Aguda reflexión sobre lo que realmente representa la utilización de las famosas tarjetas black de Bankia-Cajamadrid. Y es que, como el autor de este artículo indica en un párrafo del mismo, «no son sólo instrumentos extractivos, son también otra cosa. Son 'Taste Markers', marcadores de gustos y sensibilidades. De estilos de vida. De tal modo que, al usarlas, el usuario no sólo se beneficia sino que a la vez se retrata». Son, como también apunta, su fórmula para mostrar sin ambages «los códigos y símbolos del triunfo social y personal» en la que que, señala asimismo, «algunos han dado en llamar la sociedad del espectáculo».

*«Queremos ser felices pero
hemos olvidado todas las
formas de llegar a ser feliz»
Zigmunt Baumann*

AUNQUE con retraso, vuelven a este zaguán los jetas con sus tarjetas. Y lo hacen con el icono máximo de la tribu de los targetóforos: la superfechoricería Bankia-Caja Madrid. ¿Hará falta recordarlo? Por un lado, «la gestión». Un rescate de más de veinte mil millones que, vía FROP, acabará saliendo del bolsillo del ciudadano. Por otro, «la representación». Quince millones aflorados a través de un instrumento extractivo sorprendentemente eficaz: la tarjeta black.

Tanto la deslealtad institucional como la apropiación indebida de dinero ajeno que supone el mal uso de esas tarjetas constituyen un delito. Pero lo que aquí nos ocupa es otro asunto. Porque las tarjetas no son sólo instrumentos extractivos, son también otra cosa. Son «Taste Markers», marcadores de gustos y sensibilidades. De estilos de vida. De tal modo que, al usarlas, el usuario no sólo se beneficia sino que a la vez se «retrata». Y esta sería la cuestión. Porque resulta que ni uno solo de los targetóforos se fue a Salzburgo a oír a Mozart, ni a Bayreuth para, escuchando a Wagner, imaginar walkirias cabalgando entre nubes y relámpagos. Ninguno acudió a una subasta para comprar y disfrutar un incunable. Nadie subió hasta Laponia para contemplar la Aurora Boreal, ni se fue al Jerte para ver cómo florecen los cerezos. Tampoco nadie cruzó el océano para patear Manhattan, percibir en el New York Stock Exchange el palpito del mundo o entrar en «The Frick Collection» y quedarse allí más de media hora quieto y asombrado delante de esa maravilla que es «Atardecer en el puerto de Dieppe».

Todo se fue en restaurantes cinco estrellas, míticas añadas, joyas y relojes, coches de alta gama. En ropa y en vestidos. La marca y el diseño se han convertido en marcadores clave de distinción social y personal. Vestirse es un mostrarse. Y mostrarse es, de algún modo, una manera de decirse. Un lenguaje con gramática y sintaxis propias. En el que la marca o el diseño se cuidan como antes de cuidaba el buen uso del pronombre o del adverbio. Ya Cioran dejó escrito que la moda despierta más ilusiones que la religión. Quizás no sea así. Pero lo cierto es que en la ciudad ultramoderna las boutiques ocupan lugares y clientelas que antes ocupaban las iglesias. Y ya en el top del top, privilegio de muy pocos, la máxima metáfora del poder: abatir antílopes o panteras en el esplendor de la sabana africana. Sin decirlo expresamente, los usos y abusos de las tarjetas nos muestran sin ambages los códigos y símbolos del triunfo social y personal.

DE LOS DEBERES DE LA ÉTICA A LAS FRIVOLIDADES DE LA ESTÉTICA

Sin apenas habernos dado cuenta, desde los deberes de la ética hemos saltado a las aparentes frivolidades de la estética. Una estética «cool», moderna, de diseño. A medio camino entre la ascética y la autocomplacencia. El músculo endurecido en el gimnasio y el cabello tieso y brillante por la gomina. Haciendo siempre compatibles el esfuerzo y el relax. El trabajo y el disfrute. Aunque, eso sí, sin salirse jamás de lo políticamente correcto. Y, todo alrededor, el aire inconfundible de un discreto hedonismo. ¿Y cuál podría ser el tipo ideal en el que esa estética se encarna y se nos muestra? Si Max Weber aún viviese quizás nos la definiría así: es la estética propia de «el ejecutivo que sabe vivir».

Y ahora llega ya la pregunta inevitable: ¿por qué las cosas son así? ¿Qué es lo que ha ocurrido? Pues lo que ha ocurrido es que, en la sociedad en la que vivimos, la distinción social ya no viene sólo de la eficacia en el trabajo ni, menos aún, de la solera de la estirpe. Para resultar «interesante», para interesar a los demás, el importante ha de añadir a su poder una dosis de glamour. Y es en el ocio, no en el negocio, donde ese juego se decide. El habano que fumamos, la ginebra que bebemos, el wasap que manejamos, la camisa que vestimos, la corbata que anudamos, el zapato que calzamos, el pádel que jugamos, la nieve que esquiamos. ¿Y los libros que leemos? Los libros no se «llevar»: la lectura no se ve. Y aquí de lo que se trata es de «mostrarse».

Todo esto no debería escandalizarnos demasiado. Ni llevarnos a despotricar contra lo que algunos han dado en llamar la sociedad del espectáculo. «Estar vivo significa no poder resistirse a la autoexhibición para reafirmar nuestra propia apariencia. Somos a la vez sujetos perceptores y objetos percibidos». Son palabras de Hanna Arendt en 'Was ist Politik?'.

Sin quererlo el discurso se nos ha escapado al Olimpo en el que piensan los filósofos. No tenemos tiempo ni espacio para intentar bajarlo al asfalto en el que nos afanamos los mortales. Pero les prometo una próxima y pronta excursión por los jardines de «la estética del ejecutivo que sabe vivir».

N.B.: Fechoricería es un neologismo resultante de unir fechoría, mala acción, con el vulgarismo chorizo. El autor de la invención creo que ha sido el profesor Ramón Baltar, a quien felicito desde aquí. Pero sospecho que el chorizo de chorizar, usado como sinónimo de robar, nada tiene que ver con el que da gusto al caldo, ennoblece el cocido o aprovecha al bocadillo. Chorizo es vocablo que sólo existe en el castellano y en gallego-portugués y llega desde el antiguo sauricium. Más probable me parece que chorizar derive de chori que es un gitanismo sinónimo de hurto.

Visita guiada para el profesorado del Curso de Actualización de Oftalmología

La Patología Ocular en las obras del Museo del Prado

Enrique Santos Bueso
Hospital Clínico Universitario San Carlos

EN TRE los actos de clausura del Curso de Actualización de Oftalmología del Instituto Ramón Castroviejo, el profesorado del Curso acudió a una visita guiada en el Museo Nacional del Prado, de Madrid. El tema elegido fue la patología ocular en las obras de museo madrileño, con la guía del Dr. Enrique Santos Bueso. Fueron revisados más de 40 cuadros, en los que pudo apreciarse diferente patología ocular, desde el estrabismo en la obra de Rafael Sanzio a la patología orbitaria en las obras de Vicente López Portaña. Además fueron revisadas varias representaciones de Santa Lucía, patrona de los oftalmólogos.

La visita dedicó especial atención a la obra de El Bosco, Pieter Bruegel el Viejo y a la donación de la familia Várez Fisa.



El grupo de profesores admirando la obra de Luis de Morales, El Divino.

ORTOPAD: el parche ocular oclusivo pensado para los pacientes más pequeños

XXIII SEE 2015 Alicante: laboratorios TRUSETAL lanza nuevos modelos de parches oculares infantiles ORTOPAD® para la terapia ortóptica

Laboratorios TRUSETAL lanzó durante la pasada edición del Congreso de la Sociedad Española de Estrabología, los productos ORTOPAD® mix, una nueva caja con 100 parches oculares de oclusión personalizable a través de un sistema que permite la elección de los motivos que más les gustan al paciente, y ORTOPAD® happy, una nueva caja de 20 parches oculares de oclusión unisex.

FIELLES a nuestro objetivo de ofrecer a los profesionales del sector sanitario productos oftalmológicos de calidad e innovadores, TRUSETAL ha presentado en la XXIII edición del Congreso de la Sociedad Española de Estrabología, la caja de parches oculares de oclusión personalizable **ORTOPAD® mix** y el modelo unisex **ORTOPAD® happy**. Además del surtido habitual de parches envasados de forma individual en una caja con precinto de seguridad, TRUSETAL quiere atender a las solicitudes de los pacientes más pequeños que necesitan un estímulo más durante el tratamiento con parches oculares de oclusión, premiándoles y animándoles a seguir por ese camino. Con este objetivo TRUSETAL ha creado **ORTOPAD® mix**, una caja de 100 parches oculares oclusivos que el paciente puede rellenar según sus preferencias. **ORTOPAD® happy** por el otro lado es la opción pensada para tratamientos de menor duración con dispensación a través de las oficinas de farmacia. Para ambos modelos se mantienen todas las características que hacen de nuestros parches oclusivos, lo mejor opción para sus pacientes: pegamento hipoalérgico extremadamente delicado en la piel de los niños, tejido de algodón transpirable, forma anatómica para un mayor confort y ausencia total de látex entre otras. **ORTOPAD® mix** se puede pedir fácilmente, completando el formulario de pedido que el paciente podrá recibir durante la consulta oftalmológica y que los Sres. médicos podrán pedir a nuestro

ORTOPAD® Skin Junior 20 u.	modelo color piel	C.N. 492314.1
ORTOPAD® Skin Regular 20 u.	modelo color piel	C.N. 492322.3
ORTOPAD® Junior 20 u.	modelo blanco	C.N. 492298.1
ORTOPAD® Regular 20 u.	modelo blanco	C.N. 492306.3
ORTOPAD® Happy Junior 20 u.	modelo unisex	C.N. 167449.4
ORTOPAD® Happy Medium 20 u.	modelo unisex	C.N. 167450.0
ORTOPAD® Happy Regular 20 u.	modelo unisex	C.N. 167451.7

Utilice nuestro recetario para los modelos de colores



www.ecosem.es/sanidad

laboratorio. **ORTOPAD® happy** se encuentra disponible en todas las oficinas de farmacia del territorio nacional y se puede recetar fácilmente gracias al recetario de **ORTOPAD®**. Los divertidos y alegres dibujos además de los materiales auxiliares de motivación proporcionados, son instrumentos que ayudarán tanto a la familia como al profesional a mantener la motivación en el paciente durante el tratamiento. Ahora además, podrán consultar toda la información sobre **ORTOPAD® mix** y **ORTOPAD® happy** en una nueva página web lanzada en colaboración con la empresa ECOSEM S.L., empresa encargada de la distribución de **ORTOPAD®** en todo el territorio nacional y algunos países de Sudamérica. Laboratorios TRUSETAL seguirá además atendiendo a los profesionales del sector un amplio catálogo de instrumentos para pruebas binoculares, cromáticas, baja visión, rehabilitación, refracción y estimulación visual. En TRUSETAL queremos ser su laboratorio de confianza para el suministro de material oftalmológico y de cura.

Agradecemos a todos los Sres. médicos por habernos visitado durante esta edición del congreso y por la confianza depositada en nuestros productos.

TRUSETAL S. L.

ORTOPAD® parches oculares *¡Sin látex!*

ORTOPAD® Skin

ORTOPAD® Skin Junior Uds. 20
 Junior CN 492298.1 Junior CN 492314.8
 Regular CN 492306.3 Regular CN 492322.3

ORTOPAD® for GIRLS Uds. 50
 Junior Ref. U570168
 Medium Ref. U570169
 Regular Ref. U570170

ORTOPAD® for BOYS Uds. 50
 Junior Ref. U570178
 Medium Ref. U570179
 Regular Ref. U570180

ORTOPAD® boys ¡Motivos más grandes!
 Uds. 50
 Junior Ref. IN73321
 Medium Ref. IN73322
 Regular Ref. IN73324

ORTOPAD® girls ¡Motivos más grandes!
 Uds. 50
 Junior Ref. IN73221
 Medium Ref. IN73222
 Regular Ref. IN73224

ORTOPAD® happy ¡Nuevos motivos más grandes!
 Uds. 20
 Junior CN 167449.4
 Medium CN 167450.0
 Regular CN 167451.7

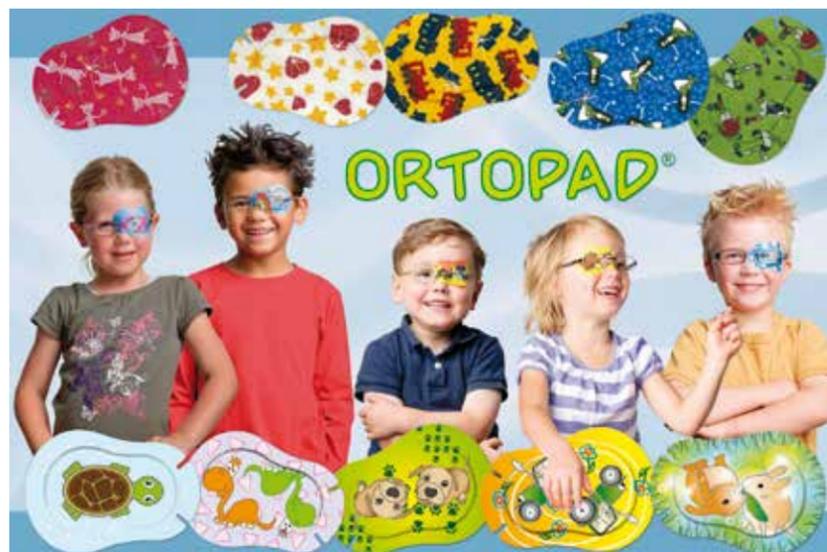
ORTOPAD® cotton Uds. 50
 Junior Ref. 70151
 Medium Ref. 70152
 Regular Ref. 70154

ORTOPAD® cotton girls Uds. 50
 Junior Ref. 70161
 Medium Ref. 70162
 Regular Ref. 70164
 ORTOPAD® for Girls, con brillo
 Medium CN 163752.9

ORTOPAD® cotton boys Uds. 50
 Junior Ref. 70171
 Medium Ref. 70172
 Regular Ref. 70174
 ORTOPAD® for Boys, con brillo
 Medium CN 163751.2

GUÍA DE TAMAÑOS: Junior 67 mm x 50 mm (0-2 años) | Medium 77 mm x 54 mm (2-4 años) | Regular 85 mm x 59 mm (más de 4 años)

TRUSETAL S. L. www.tshs.eu - www.ecosem.es - T. 983 36 24 97 - F. 983 36 19 21 - trusetal@ecosem.es



Tuvo lugar en Barcelona, los días 15 y 16 de mayo

Brillante III Congreso de SECOIR-E

Ante la imposibilidad de hacerlo en Canarias, dado el elevado presupuesto necesario, la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF) desarrolló en Barcelona, el 15 y 16 de mayo, en la Sala Fòrum ICR, el III Congreso de SECOIR-E. Un año más, la convocatoria brilló por el atractivo de los múltiples temas de actualidad abordados en las ponencias, apoyados en unos muy interesantes talleres formativos.

FUE inaugurado por María Rosa Viñas Trullas (directora médica del ICR), María Aurora Egido Cañas (presidenta de la SEEOF) y Carlota Solanich Nacarino (Organizadora del Congreso), que resaltaron la importancia que la Enfermería está tomando en la Oftalmología y dentro de la revolución tecnológica en la que nos vemos envueltos hoy en día y más en este campo.

Isabel Nubiola comenzó hablando del nuevo equipo que ha desarrollado Zeiss, llamado 'Callisto', en el que se trata al paciente al que se le van a implantar lentes intraoculares tóricas, de una manera distinta, evitando el marcado manual y realizando la biometría y topografía corneal.

Lorena Fernández-Pérez trató aspectos prácticos biométricos y finalizó analizando los distintos tipos de biometrías (ultrasónica y óptica).

Manuel Montilla Ortega presentó los defectos refractivos residuales a las distintas cirugías oftalmológicas.

Raimon Escudé Blasi disertó sobre la interpretación de las topografías corneales y los principales topógrafos del mercado ('Orbscan' y 'Oculyser-Pentacam').

María Aurora Egido Cañas presentó cómo en época de crisis y en hospitales con menos recursos se puede adaptar la OCT de segmento posterior para poder obtener imágenes de segmento anterior.

Avelino Fernández Ojanguren describió los principales tipos de cirugía refractiva con láser excimer (lasik, lasek, prk y ptk), sus semejanzas y diferencias principales, así como las indicaciones terapéuticas.

Silvia Javier Roca se centró en el presente y el futuro del láser de femtosegundo, con especial referencia al láser de Alcon ('Optimiza') y las aplicaciones que tiene en el presente (cirugía de catarata) y las que tendrá en un futuro (aletas, queratoplastias y segmentos corrección).

Eva Quereda Murcia y Elisabeth Pascual Pérez presentaron Crosslinking en Cirugía Refractiva, analizando la córnea y la importancia de sus capas.

María Ferrer Garrido explicó cómo las lentes trifocales son un paso más a la multifocalidad y detalló las ventajas que presentan.

Como viene siendo habitual en este Congreso, la tarde se dedicó a talleres formativos. Este año versaron sobre Iolmaster y sistema Callisto, Montaje de ICL, Oculyser, Contaje endotelial y Crosslinking. En este sentido, desde la organización se quiere trasladar su agradecimiento a las diferentes casas comerciales por ceder el material para poder realizarlos.

Eva María Sobas Abad explicó la medición del dolor y del disconfort en el postoperatorio de la cirugía refractiva. Presentó también los resultados de una encuesta a pacientes operados con PRK y los biomarcadores que se utilizan para medir el dolor en ellos.

Rocío Gómez de Salazar narró los tratamientos multifocales corneales 'Supracor' de Bausch+Lomb, recalcando la necesidad de hacer una prueba de simulación y una encuesta-cuestionario especial a los pacientes antes de incluirlos en este tipo de tratamientos.

Beatriz Pinalla Noé comentó el protocolo preoperatorio para la selección de la LIO y finalmente presentó distintos tipos de pruebas para ver la lente más indicada según cada caso.

Carlota Solanich Nacarino habló sobre fluídica en facoemulsificación.

El último bloque se realizó con casos clínicos de cada ponencia y tres opciones de respuesta, con lo que se fueron aclarando dudas y afianzando los conceptos.

En la clausura, María Aurora Egido y Carlota Solanich agradecieron la presencia y participación de los asistentes, felicitaron a los ponentes por sus excelentes comunicaciones y reiteraron el agradecimiento a la clínica ICR por ceder sus instalaciones.

Recordaron por último que este Congreso se celebrará el año que viene en Murcia, de forma simultánea al de Oftalmología y que en estos momentos se trabaja intensamente en la preparación del Congreso Nacional, que tendrá lugar a finales de septiembre en Sevilla.

EL CONGRESO DE 2016, EN MURCIA

El sábado 16 Andrea Pitarch Serrano presentó la preservación y preparación de la córnea: banco de tejidos. Describió al respecto las condiciones que se requieren para que un paciente pueda donar sus órganos y tejidos, el protocolo y la sistemática de extracción de los mismos y las contraindicaciones y casos en los que no se puede llegar a realizar.



Eva Quereda y Elisabeth Pascual durante su exposición.



De Izda. a Dcha.: Dra. M.ª Rosa Viñas Trullás, Directora Médica de la Clínica Bonanova; Dña. Carlota Solanich Nacarino, Presidenta del Congreso y Dña. María Aurora Egido, Presidenta de la S.E.E.O.F.



La convocatoria se desarrolló en la Sala Fòrum ICR, en Barcelona.

OFTALMÓLOGOS PARA VARIAS REGIONES DE FRANCIA

La consultora RH Santé busca médicos oftalmólogos españoles que quieran trabajar en Francia con un CDI en los hospitales públicos, clínicas privadas o en liberal en las siguientes regiones:

- Pyrénées Orientales
- Oise
- Seine et Marne
- Indre et Loire
- Dordogne

Deberán estar inscritos o ser susceptibles de hacerlo al Consejo Nacional de Médicos en Francia.

El candidato estará acompañado durante todo el proceso de selección.

Interesados enviar CV a: diana.villalobos@adeccomedical.fr

También se puede llamarnos al +33 1 44 69 26 51

OFTALMÓLOGOS PARA LOS ALPES FRANCESES

Se buscan 3 especialistas en Oftalmología para la región Ile de France, Rhône-Alpes (Francia)

No es necesaria experiencia

Salario bruto: a partir de 5.500 euros

Tipo de contrato: indefinido y a tiempo completo

Idiomas: nivel B2-C1 de francés

Interesados contactar con: info@seleuropa.com con Teléfono 627836198

Entre el 19 y el 21 de noviembre, en Bilbao

El Instituto Oftalmológico Castiella convoca su nuevo Curso Básico de Estrabismo

Los días 19, 20 y 21 de noviembre se celebrará en Bilbao el vigésimo tercer Curso Básico de Estrabismo organizado por el Instituto Oftalmológico Castiella. Considerado ya como un clásico, trata de aportar la base para diagnosticar y tratar los estrabismos, tanto en los niños como en los adultos, así como cualquier problema derivado de ello. En el mismo se dan los conocimientos teóricos, aderezados con vídeos, que permiten ilustrar con imagen las distintas patologías y con casos prácticos que posibilitan aplicar los conocimientos aprendidos. Como explica en esta entrevista el Dr. Castiella, la convocatoria de este año ha ampliado la parte práctica y, además, contará con vídeos de exploración que los asistentes tendrán que diagnosticar.

'I.O.'.- ¿Por qué un Curso más?

Dr. Castiella.- Por el interés y la demanda que tiene. Es un clásico y los compañeros que han asistido transmiten la importancia de participar para obtener la base que nos permita diagnosticar y tratar los estrabismos, tanto en los niños como en los adultos, así como cualquier problema derivado de ello.

En el Curso partimos de los conceptos básicos, repasando la anatomía, la anamnesis, cómo se debe de tomar la visión, qué pruebas realizar según la edad y patología de cada paciente, cómo valorar cada una de ellas,...

Se le da una especial importancia a la graduación. Cada vez es más importante saber graduar, ya que es la base de cualquier tratamiento, no sólo de los defectos de refracción como los astigmatismos, miopías o hipermetropías, sino más importante, en las anisometropías y estrabismos.

'I.O.'.- ¿Se le da poca importancia a la graduación?

Dr. Castiella.- Sí, muchos oftalmólogos ya no gradúan. Consideran que los autorrefractómetros sustituyen a la esquiocopia, y cuando llega un niño pequeño que no le permite tener un resultado válido en el autorrefractómetro no le pueden prescribir las gafas. Los autorrefractómetros no son muy exactos. El Curso nos proporciona la base para realizar una correcta esquiocopia, pero está claro que sólo la práctica, es decir hacer muchas, nos da seguridad.

En los pacientes mayores ratificaremos mediante el subjetivo, que también se enseña en el Curso, que la graduación es la correcta.

Además de graduar, aprenden a prescribir la graduación más idónea a cada paciente, ya que partiendo de la misma graduación sin embargo mandaremos distinta prescripción dependiendo de la edad y patología. A un paciente convergente, partiendo de la misma refracción, no le prescribiremos la misma gafa que a un divergente. Estos conocimientos se aplicarán a casos prácticos.

SESIÓN COMPLETA DEDICADA A AMBLIOPÍA

'I.O.'.- El Dr. Castiella es conocido, entre otras cosas, por su empeño en el tratamiento de la ambliopía, ¿se refleja en el Curso?

Dr. Castiella.- Por supuesto. Se le dedica una sesión completa tanto a conocer en profundidad qué es la ambliopía, cómo y cuándo tratarla, cuál es el tratamiento idóneo a la edad y características de cada paciente.

'I.O.'.- ¿Existen distintas formas de tratar la ambliopía?

Dr. Castiella.- Sí, todo depende de distintos factores, como la profundidad de la ambliopía, qué tipo de ambliopía padezca, estrábica, anisométrica, nistárgica o por privación. En algunos casos no tendremos más opción que ocluir al paciente; sin embargo, en la mayor parte de los pacientes existen alternativas más cómodas, que permiten mantener el tratamiento de forma cómoda hasta el momento en que no tenga riesgo de que recidive la ambliopía.

Los oftalmólogos asistentes a la consulta se sorprenden de que no utilicemos de manera sistemática la oclusión, lo que agradecen tanto los niños como los padres.

'I.O.'.- ¿No es muy arduo tanto conocimiento teórico?

Dr. Castiella.- La verdad es que el Curso es denso, pero ameno. Se dan los conocimientos teóricos, aderezados con vídeos, que nos permiten ilustrar con imagen las distintas patologías y con casos prácticos que posibilitan aplicar los conocimientos aprendidos. Las fotos y vídeos son el complemento adecuado para que las exposiciones sean más didácticas y se entiendan. Vemos, por ejemplo, cómo se comporta un ojo con una ambliopía profunda, lo que nos permitirá diagnosticarlo cuando lo volvamos a ver o de forma gráfica la diferencia entre una hiperacción muscular o inercial.

Este año hemos decidido ampliar la parte práctica, los casos prácticos que tanto interés despiertan. Además, presentaremos vídeos de exploración que los asistentes tendrán que diagnosticar.



Dr. Castiella.

APERTURA DE INSCRIPCIONES

'I.O.'.- ¿Se pueden preguntar dudas?

Dr. Castiella.- Por supuesto, preguntamos reiteradamente si nos hemos explicado adecuadamente. No hay problema en repetir cualquier explicación o cambiar el razonamiento para que se entienda. Lo importante es no perderse. Vamos construyendo la casa desde los cimientos y si éstos no son sólidos no podremos avanzar. Los grupos son pequeños, no se admite a más de 40 personas en el Curso, así conocemos a los compañeros y el Curso es más interactivo. Muchos de los antiguos alumnos son ahora amigos, de forma que mantenemos el contacto. Parte de ellos han asistido a más de un Curso para profundizar o reparar lo aprendido.

'I.O.'.- ¿A quién va dirigido el Curso?

Dr. Castiella.- A todo médico residente o adjunto que quiera aprender cómo tratar los estrabismos, las ambliopías o que tenga dudas

'I.O.'.- ¿Se pueden ya realizar inscripciones?

Dr. Castiella.- Sí, de hecho, ya hemos recibido llamadas interesándose. Cualquier compañero interesado puede llamarnos y le facilitaremos la información detallada que precise.



'Oraya Therapy', una nueva y atractiva opción de tratamiento para los pacientes

Carl Zeiss Meditec invierte en una solución de radioterapia para la DMAE exudativa desarrollada por Oraya Therapeutics

Carl Zeiss Meditec AG y Oraya Therapeutics, Inc (Oraya) han anunciado un acuerdo de colaboración bajo el cual Carl Zeiss Meditec proporcionará fondos a Oraya durante un periodo de hasta dos años para la implementación de su estrategia de crecimiento, a cambio de derechos en la compañía que alcanzarán una participación mayoritaria al cabo de dos años. Oraya Therapeutics, Inc. (Newark, California) ha desarrollado y comercializado una terapia de radiación de Rayos X de intensidad modulada (la 'Oraya Therapy') para tratar la Degeneración Macular Asociada a la Edad exudativa (DMAE exudativa).

La 'Oraya Therapy' está disponible comercialmente en Alemania, Reino Unido y Suiza y se pretende que la colaboración acelerará la expansión de la implementación más allá de estos mercados europeos. Aunque los detalles del acuerdo no han trascendido, las compañías han anunciado que Carl Zeiss Meditec realizará una inversión estratégica significativa en Oraya y que se analizarán oportunidades de aprovechar el conocimiento técnico y de mercado de cada compañía.

Sobre la transacción, el Dr. Ludwin Monz, Presidente y CEO de Carl Zeiss Meditec AG, afirmó que «la administración de tratamientos farmacéuticos actuales para la DMAE exudativa son muy costosos y molestos, y la terapia exclusiva de Oraya tiene un importante potencial para mejorar el tratamiento de esta enfermedad debilitante subyacente». Además, añadió, «Zeiss tiene una gran tradición en la introducción de nuevas e innovadoras tecnologías en el mercado oftalmológico, desde las lámparas de hendidura más básicas, hasta productos punteros como analizadores de campo visual para glaucoma, Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) e innovadoras plataformas de laser de femtosegundo. Este tipo de innovaciones tecnológicas, que todas proporcionan importantes beneficios para el paciente y el profesional, son el centro de la estrategia de Carl Zeiss Meditec AG».

Por su parte, Jim Taylor, CEO de Oraya, ha afirmado que «es realmente gratificante contar con los apoyos y garantías que supone este acuerdo con Zeiss, una compañía reconocida mundialmente por su compromiso con la ciencia, así como por sus productos e innovaciones orientados tanto hacia el cliente como hacia el entorno médico. Fruto de esta colaboración, hemos incrementado nuestro potencial para mejorar los resultados ante el paciente y al mismo tiempo reducir problemas a las clínicas».

El comunicado de prensa emitido con tal motivo recuerda que la DMAE es uno de los motivos principales de ceguera en el primer mundo y que más del 90% de las pérdidas de visión más graves relacionadas con la DMAE proceden de la DMAE exudativa.



CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN OFTALMOLOGÍA 2014/2015. Director: Prof. José Carlos Pastor	Modalidad On Line: inscripción abierta todo el curso	Información: Teléfono: 983184765 E-mail: lurdes@ioba.med.uva.es www.ioba.es
JULIO 2015		
VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE ALACCSA-R HEMISFERIO NORTE, CENTRO AMÉRICA Y EL CARIBE	Cancún, del 16 al 18 de julio de 2015	Información: E-mail: mperalta@servimed.com.mex Web: www.alacssar2015.com
VII CONGRESO INTERNACIONAL DE GLAUCOMA	Ciudad de México, del 30 de julio al 1 de agosto de 2015	Información: Consejo Mexicano de Oftalmología, A.C. Web: www.congresocmg.com
AGOSTO 2015		
XXXI CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGÍA	Bogotá, del 4 al 8 de agosto de 2015	Información: Web: www.socoftal.com
5th INTERNATIONAL CONFERENCE ON CLINICAL & EXPERIMENTAL OPHTHALMOLOGY	Valencia, del 4 al 6 de agosto de 2015	Información: Web: http://ophthalmology.conferenceseries.com/
SEPTIEMBRE 2015		
CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE CIRUGÍA BÁSICA PARA RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA	Valladolid, septiembre de 2015	Información: Teléfono: 983184765 E-mail: lurdes@ioba.med.uva.es • www.ioba.es
7th INTERNATIONAL CONFERENCE ON OCULAR INFECTIONS	Barcelona, 3 y 4 de septiembre de 2015	Información: Web: www.ocularinfections.com
15th EVRS MEETING	Venecia, del 12 al 14 de septiembre de 2015	Información: www.evrs.eu
15th EUORETINA CONGRESS	Niza, del 17 al 20 de septiembre de 2015	Información: Web: www.euroretina.org
91 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA	Sevilla, del 23 al 26 de septiembre de 2015	Información: Sociedad Española de Oftalmología C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. 28015 Madrid Tfnos.: 91 544 80 35 y 91 544 58 79 e-mail: congresoseo@oftalmo.com www.oftalmoseo.com
OCTUBRE 2015		
CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE INICIACIÓN A LA VITRECTOMÍA	Valladolid, octubre de 2015	Información: Teléfono: 983184765 E-mail: lurdes@ioba.med.uva.es www.ioba.es
RETINA & REFRACTIVA BIARRITZ 2015	Biarritz, 9 y 10 de octubre de 2015	Información: E-mail: retina refractiva@yahoo.fr Web: www.asso-oeil.com
XVIII CURSO DE REFRACCIÓN PARA RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA Directores: Dr. Carlos Cortés Valdés, Dr. Julio Ortega Usobiaga	Madrid, 9 y 10 de octubre de 2015	Información: Dra. María Bové Álvarez E-mail: mariabove50@hotmail.com
INTERNATIONAL SPECTRALIS MEETING	Valencia, 16 y 17 de octubre de 2015	Información: Heidelberg Engineering www.heidelbergengineering.co.uk

OFTALMÓLOGOS PARA REINO UNIDO

Descripción de los puestos de trabajo:

- **SPECIALTY DOCTORS EN OFTALMOLOGÍA**
Se buscan médicos residentes que estén actualmente cursando la residencia MIR en España en Oftalmología con el interés en desarrollarse en las enfermedades de la retina para un hospital ubicado en región de West Yorkshire. Se requiere haber cursado como mínimo 4 años de residencia MIR, de los que se haya adquirido experiencia de mínimo de 2 años en Oftalmología.
- **RESIDENT MEDICAL OFFICERS**
Se buscan médicos residentes que estén actualmente cursando la residencia MIR en España y estén interesados en seguir trabajando en una clínica privada de un hospital en Londres. Se requiere haber cursado como mínimo 3 años de residencia MIR, de los que se haya adquirido la experiencia de mínimo de 1 año en oncología o hematología. Además se requiere experiencia de 6 meses en cualquier hospital de Reino Unido.

Oferta:

- Contrato indefinido a tiempo completo, con posibilidad de horas extra ilimitadas y turnos adicionales disponibles. Salario dependiendo de la experiencia y del puesto: Rangos entre £37.176 - £69.325 brutos anuales (aprox. entre 50.521€ y 94.211€).
- Excelentes oportunidades de desarrollo profesional.
- Ayuda con trámites de colegiación y con el alojamiento.

Requisitos:

- Especialidad correspondiente cursada en hospital de España.
- Experiencia mínima mencionada previamente.
- Tener un excelente dominio del inglés hablado y escrito (B2 / C1).
- Registro válido en el GMC o estar en proceso de registro en el GMC (<http://www.gmc-uk.org/doctors/index.asp>).
- Tener un buen conocimiento de las normas y del NHS Trust.
- Alta motivación en trabajar en un entorno culturalmente diferente y en un equipo multidisciplinario

Se desea:

Examen oficial de inglés CAE o IELTS (con mínima puntuación total de 7.5)

Interesados enviar su CV en inglés a: z.vrabova@binternational.net

También pueden llamar al 717701357

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
OCTUBRE 2015		
V CURSO DE INICIACIÓN A LA CIRUGÍA DE SEGMENTO ANTERIOR Director: Dr. Franco	León, 16 y 17 de octubre de 2015	Información: E-mail: dimeydiras@dimeydiras.com
INTERNATIONAL CONGRESS OF ADVANCED TECHNOLOGIES & TREATMENTS FOR GLAUCOMA (ICATTG)	Milan, del 29 al 31 de octubre de 2015	Información: Web: www.glaucomacongress.com
NOVIEMBRE 2015		
XXIII JORNADAS DE LA SOFCALE: PATOLOGÍA VASCULAR EN RETINA Director: Dr. Antón	Segovia, 7 de noviembre de 2015	Información: E-mail: dimeydiras@dimeydiras.com
PATOLOGÍA CORNEAL. CIRUGÍA DE LA PRESBICIA. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS	Córdoba, 20 y 21 de noviembre de 2015	Información: Avda. de la Arruzafa, 9 14012 Córdoba E-mail: info@hospitalarruzafa.com Web: www.hospitalarruzafa.com
95th SOI NATIONAL CONGRESS	Roma, del 25 al 28 de noviembre de 2015	Información: SOI Secretariat Mrs Cristina Cesarei Tel: +39 06 44 64 514. Fax +39 06 44 68 403 Mob. + 39 338 61 54 037 Email: cristina.cesarei@sedesoi.com
DICIEMBRE 2015		
REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID	Madrid, 11 de diciembre de 2015	Información: Tel: 91 544 8035 y 91 544 5879 Fax: 91 544 1847 E-mail: avpm@oftalmo.com Web: www.oftalmo.com/som
ENERO 2016		
XIII REUNIÓN NACIONAL DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS (RENUR 2016)	Madrid, 29 de enero de 2016	Información: Servicio de Oftalmología del Hospital 12 de Octubre Dr. José Luis Torres Peña Email: jos.luitp@gmail.com Tfno: 913908000 Ext 4488 o 8480
FEBRERO 2016		
XXIX CURSO MONOGRÁFICO DE INICIACIÓN A LA OFTALMOLOGÍA Director: Prof. Julián García Sánchez	Madrid, del 1 al 25 de febrero de 2016	Información: Secretaría del Curso Tel: 91 544 8035 y 91 544 5879 E-mail: avpm@oftalmo.com
8th INTERNATIONAL CONGRESS ON GLAUCOMA SURGERY	Muscat (Oman), del 17 al 20 de febrero de 2016	Información: E-mail: infoicgs2016@oic.it / Web: www.oic.it
MARZO 2016		
XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RETINA Y VÍTREO	Las Palmas de Gran Canaria, 4 y 5 de marzo de 2016	Información: E-mail: p.trebolcomunicacion@gmail.com Web: www.serv.es
11 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GLAUCOMA	Toledo, del 10 al 12 de marzo de 2016	Información: Secretaría Técnica: Tel: 91 544 8035 y 91 544 5879 E-mail: avpm@oftalmo.com Web: www.sociedadglaucoma.com

OFTALMÓLOGOS PARA SUECIA

Se buscan especialistas en Oftalmología con experiencia para varios hospitales en Suecia (Stockholm, Malmo, Sur de Suecia)

Oferta:

- Contrato a tiempo completo
- Horario de 40 – 48 horas semanales
- Salario atractivo
- Excelentes oportunidades de desarrollo profesional, clínicas excelentes y modernas

Requisitos:

- Especialidad correspondiente cursada en hospital de España
- Experiencia mínima de 2 años como adjunto en las especialidades de: Oftalmología General, Especialistas en glaucoma, enfermedades de la retina, AMD - Degeneración Macular Relacionada con la Edad
- Tener un excelente dominio del inglés hablado y escrito (C1)
- Alta motivación para trabajar en un entorno culturalmente diferente y en un equipo multidisciplinario

Interesados enviar su CV en inglés y en español a: z.vrabova@binternational.net

También pueden llamar al 717701357

VENTA DE MICROSCOPIO ZEISS UNIVERSAL S3

- Se vende Microscopio Zeiss Universal S3. Coobservador. Lámpara de hendidura motorizada. Cámara Sony 3D, control de cámara, adaptador. Facó-Vtreotomo GEUDER Megatron Cool Endoiluminacion Diatermia. Vitreotomo neumático.
 - Lámpara de hendidura 900 BQ nueva.
 - Láser Yag visus II revisado hace un año. 300 impactos.
 - Unidad de exploración.
- Interesados llamar al teléfono 650957606

VENTA DE FACOEMULSIFICADOR AMO SIGNATURE

- Se vende facoemulsificador AMO Signature con 6 piezas de mano. Última versión, con contrato de mantenimiento al día. Buen precio.
- Interesados llamar al teléfono 670747980