

N.15
Invierno
2018

ICQO Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

EN PERSONA

José Ignacio Recalde
Yurrita

DÍA MUNDIAL
DE LA VISIÓN

Tribuna abierta

MOSCAS
VOLANTES

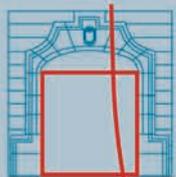
El paciente

CRÓNICA DE
IBERDROLA

Entrevista

www.icqo.org





CENTRO DENTAL IMPLANTOLÓGICO MANUEL GÓMEZ

Gran Vía, 45, 1ª Planta 48011 Bilbao

Tel. 94 479 56 50

E-mail: clinica@driguez.es

PALACIO SOTA

ODONTOLOGÍA INTEGRAL IMPLANTOLOGÍA ESTÉTICA DENTAL ORTODONCIA

El cuidado odontológico requiere un estudio personalizado, avanzado y profesional. En el Centro Dental Implantológico Dr. Manuel Gómez ponemos a su disposición tratamientos estéticos e implantológicos de vanguardia, con técnicas y materiales de última generación. Incorporamos los mejores medios diagnósticos para lograr que nuestro tratamiento sea más preciso, seguro y cómodo.

www.drgomez.es



MANUEL GÓMEZ

Médico Estomatólogo

Doctor en Medicina, Estética Dental e Implantes

Profesor de Medicina y Odontología de la UPV/EHU

Presidente de la Sociedad Española de Odontología Digital (SOCE)

Desde 1984

Su boca en las mejores manos

RPS 31/15

Editorial

MÉDICOS, INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y ROBOTS

La avalancha de nuevos conocimientos en la ciencia médica hace muy difícil la puesta al día de los médicos y obliga a una especialización creciente. Las aportaciones no provienen solamente desde las fuentes de la Medicina clásica; hoy en día biólogos, ingenieros, físicos, optometristas, farmacólogos, informáticos, bioestadísticos y otras profesiones, contribuyen de manera decisiva a estos avances. Desde los "big data" a la biología molecular, desde los láseres a la nanotecnología, son muy amplias las disciplinas implicadas.

De la misma forma que la tecnología forma parte imprescindible de nuestras vidas, ya no podemos concebir la Medicina sin tecnología. Es parte de la historia el médico a la cabecera de la cama tomándole el pulso al enfermo y no parece probable que esa imagen se vuelva a editar. La demanda de salud crece y los sistemas sanitarios requieren de una modernización constante, vertiginosa en ocasiones, para poder dar respuesta a la sociedad. Pero esa demanda no es solo de cantidad, sino de calidad. Ya no se aceptan ni errores ni demoras en la atención médica. Si a eso sumamos los límites de la propia economía y el encarecimiento de muchas terapias, la atención sanitaria está obligada a incorporar más tecnología que pueda mejorar la eficiencia y la precisión.

En este complicado sistema asistencial, el médico se siente desplazado y presionado. La tecnología se interpone entre él y el enfermo, alejándolos en el sentido físico y anímico. Ya no miramos al paciente, sino a la pantalla del ordenador; los diagnósticos se hacen a distancia; son máquinas lo que ve el paciente. Esto último les conduce a un pensamiento dual: admiran los centros de alta tecnología y desean ser examinados por máquinas, pero por otra parte demandan tiempo por parte del médico: quieren que se les explique su problema.

Efectivamente, hoy en día, la Inteligencia Artificial puede hacer diagnósticos e indicaciones de tratamiento con un mínimo grado de error. La Oftalmología, por basar en imágenes su exploración, es una especialidad en donde cada vez habrá más presencia de aparatos "inteligentes", con una actualización de datos que ningún humano puede igualar. Además, no se fatigan. La confianza en los médicos podría trasladarse a las má-

quinas, más fiables y carentes de factores influencias personales. De la misma forma, el desarrollo de robots cirujanos precisos, incansables, permitirá la ejecución de técnicas quirúrgicas con la máxima seguridad.

¿Y qué será entonces de los médicos? Cualquier respuesta será posible, pero todas con riesgo a equivocarse. Se puede argumentar que no todo en la Medicina es algoritmo, que el paciente es un ser que desea ser escuchado y que requiere explicaciones a sus procesos de salud, que la relación médico-paciente es con frecuencia parte del proceso terapéutico, que la condición humana esconde una complejidad que solo una mirada atenta y empática puede desvelar. Será el médico quien deba acercarse a los pacientes, accediendo al espacio entre estos y las máquinas, sumergiéndose en la "pecera en donde nadan las almas solitarias." Si, definitivamente el médico será necesario, aunque sea solo para hacerse cargo de las quejas.

Dr. Juan Durán de la Colina
Director Médico del ICQO

SUMARIO

| | |
|---|----|
| EDITORIAL | 03 |
| Dr. Juan Durán | |
| EN PERSONA | 04 |
| Dr. José Ignacio Recalde Yurrita | |
| SOLIDARIDAD | 07 |
| Tamila y Sara, enfermeras del ICQO en Bolivia | |
| TRIBUNA ABIERTA | 10 |
| Día mundial de la visión | |
| ARTÍCULO | 13 |
| Trasplante de córnea | |
| EL PACIENTE | 16 |
| Moscas volantes | |
| ENTREVISTA | 18 |
| Crónica de Iberdrola | |
| EL ESPECIALISTA | 21 |
| Rejuvenecimiento facial | |
| EL CENTRO | 24 |
| Personal de enfermería | |
| AGENDA | 26 |

EN PERSONA

JOSÉ IGNACIO RECALDE YURRITA. MÁS DE 20 AÑOS EN EL ICQO

ENTREVISTA Dr. José Ignacio Recalde,
especialista en cirugía refractiva ICQO



Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela, desde 1986 es Director de la Clínica Oftalmológica Recalde en Eibar. En 1996 se incorporó al ICQO. 20 años ya, eso significa que las cosas funcionan. Trabajar en el ICQO ha sido un gran empuje para su vida profesional. Participar en una institución de primer nivel le ha permitido alcanzar metas que, de otro modo, serían difíciles de conseguir.

¿Qué recuerda de aquel momento?

El ICQO surgió de la iniciativa de sus fundadores, los doctores Corcóstegui y Durán. Para aquellos tiempos era un planteamiento asistencial novedoso, basado en subespecialidades, y se suscitaron no pocas dudas sobre su viabilidad. Fue una etapa apasionante ya que, entre otras cosas, implicaba la integración de dos equipos que previamente habían funcionado de manera independiente.

Pertenece al Departamento de Cirugía Refractiva del ICQO. Aquí se incluye la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y la presbicia. ¿Es la cirugía similar en cada uno de estos casos?

Para cada problema refractivo, en función de la edad del paciente y otros aspectos existe una técnica quirúrgica que resulta la más apropiada. Hoy en día se utilizan básicamente los láseres de excímero y femtosegundo. Las lentes intraoculares multifocales proporcionan excelentes resultados en la corrección

de la presbicia o vista cansada. También disponemos de lentes fáquicas intraoculares para la corrección de altas miopías y podemos decir que en el ICQO somos pioneros en el tratamiento del queratocono con el procedimiento Cross-Linking.

El Cross-Linking endurece la córnea que en el queratocono está reblandecida y se va deformando.

¿Nos puede explicar en qué consiste esta cirugía?

Es un procedimiento que endurece la córnea, que en el queratocono está reblandecida y se va deformando. Detiene la progresión de la enfermedad en la inmensa mayoría de los casos. En el ICQO realizamos esta técnica desde 2008 y hemos podido constatar que es muy segura y eficiente.

En ocasiones los pacientes son temerosos a pasar por quirófano. ¿Usted qué les diría?

Es lógico sentir cierta aprensión ante una operación quirúrgica. Yo aconsejo confiar en el médico y seguir estrictamente sus recomendaciones.

¿Recuerda algún caso que siendo clínicamente complicado se resolviese de manera satisfactoria?

Recuerdo el caso de un niño de 12 años residente en un país de África. Tenía un queratocono bilateral que progresaba rápidamente. Lo operamos con técnica cross-linking de ambos ojos a la vez ya que debía volver a su país sin demora y no disponíamos de tiempo suficiente para realizar el protocolo quirúrgico habitual. Transcurridos varios años pudo volver a consulta y constatamos con alegría que la enfermedad no había progresado en absoluto.

La introducción del láser y los ordenadores han cambiado completamente la oftalmología.

En tantos años de profesión, los avances que ha vivido su especialidad son impresionantes. ¿Cuál es para usted el más importante?

La introducción del láser y los ordenadores con sus algoritmos han cambiado completamente el paisaje de la oftalmología. Me resulta difícil señalar alguna técnica en concreto, pero diría que la facoemulsificación (operación de cataratas con ultrasonidos) y la vitrectomía (sustitución quirúrgica del cuerpo vítreo), son quizás los avances que más han beneficiado a los pacientes.

Sigue formándose, estudiando e investigando. ¿Esta carrera no termina nunca?

La medicina es una actividad vocacional que requiere una dedicación permanente. Aunque los pacientes y sus enfermedades no varían básicamente, la respuesta a sus padecimientos se actualiza a un ritmo increíble. Esto exige un gran esfuerzo de actualización por parte de los profesionales y, muy importante, la formación de equipos multidisciplinares capaces de proporcionar los tratamientos más sofisticados.

La medicina es una actividad vocacional que requiere una dedicación permanente.

Tiene una consulta propia en Eibar, ¿los casos que tiene allí se asemejan a los del ICQO?



El Dr. José Ignacio Recalde, junto a su mujer, en el Vesubio.

En Eibar tenemos una consulta de oftalmología general donde damos respuesta a las necesidades asistenciales de nuestro entorno. Tratamos casos en general más normales.

En su familia varios oftalmólogos, una dentista,... vemos que hay una gran vocación familiar por la medicina.

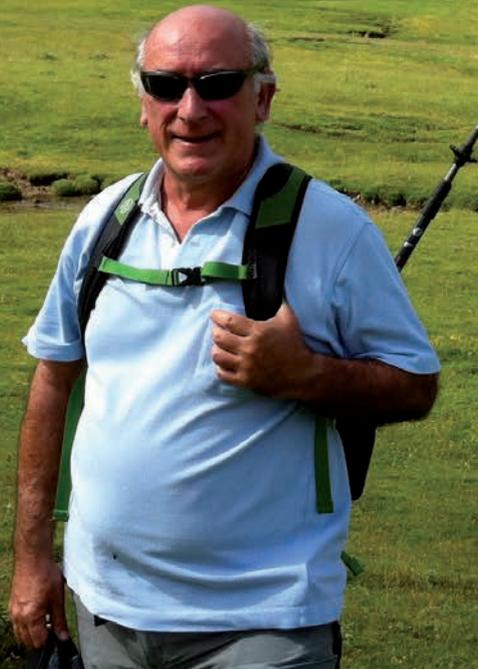
Mi padre también era oftalmólogo. En casa vivimos un ambiente muy influido por la medicina, casi nos parecía que ser médico era lo natural. Posteriormente, me casé con una médico-dentista. Puedo decir que no me arrepiento.



El Dr. disfrutando de la nieve en la montaña.

EN PERSONA

La montaña,
una de las grandes
pasiones del Dr.
Recalde.



Concedores de su gran afición por viajar, si no es mucha indiscreción, ¿cuál es su próximo destino?

Mi esposa y yo tenemos ganas de hacer un viaje muy largo recorriendo varios países de Sudamérica. Hay que prepararlo bien y determinar el tiempo adecuado.

Disfruto mucho de largos paseos por rutas tranquilas con bellos paisajes.

Amante de la montaña siendo Lekeitio un pueblo muy importante en su vida. ¿Con qué se queda? ¿Mar o Montaña?

Me gusta mucho todo lo relacionado con la naturaleza. Disfruto mucho de largos paseos por rutas tranquilas con bellos paisajes.

¿Algo que sepa que hará sí o sí en el futuro?

Siempre me han atraído las humanidades. Cuando me jubile me dedicaré un poco a este campo; historia, filosofía...

Última pregunta de la entrevista a los Doctores y Doctoras del ICQO. 3 pinceladas para conocerle mejor: un libro, ¿qué suele escuchar en el coche? ¿su comida preferida?

LIBRO

Más que un libro, un autor: Pío Baroja

MÚSICA

En el coche pongo la radio y si es un viaje largo, un poco de música clásica.

COMIDA

Tengo muy buen apetito, quizás más de pescado, pero como de todo.

SOLIDARIDAD

Tamila y Sara
con el equipo
asistencial

AVENTURA SOLIDARIA. PRIMER AÑO DE VOLUNTARIADO



REPORTAJE Tamila Hernández y Sara Losada, enfermeras equipo quirúrgico del ICQO, colaboradoras FMS

Después de una mañana de trabajo en el ICQO, el Dr. Durán nos propuso participar en una campaña oftalmológica de la FMS en Bolivia. Aceptamos sin pensarlo dos veces. Era una oportunidad de desarrollo personal y profesional única. Desde ese instante comenzó nuestra experiencia colaborando con la Fundación Mirada Solidaria.

El 22 de julio del 2018 partimos de Madrid a Bolivia llenas de ilusión, con las maletas cargadas de nervios junto con el instrumental y material quirúrgico necesario. Después de más de 18 horas de viaje y un desfase horario de 6 horas por fin aterrizamos en Trinidad. Esta ciudad es la capital de la región de El Beni y se ubica en la zona amazónica de Bolivia. Esta es época de invierno, pero el tiempo es cálido y sin lluvias. Debido a la escasez de carreteras asfaltadas, los pacientes no se pueden desplazar al centro de salud en época de lluvias.

El equipo sanitario de Pompeya, gente maravillosa con muchas ganas de aprender y compartir.

Nada más descargar todo nuestro equipaje y tras una ducha rápida, fuimos directas al Centro de Salud de Pompeya, dónde realizaríamos nuestra labor en los próximos siete días.

La acogida por parte de todo el equipo sanitario de Pompeya fue espectacular, gente maravillosa, con muchas ganas de aprender y compartir. Cuando nos dispusimos a preparar todo el quirófano, allí nos



Entrada del Centro Ntra. Señora de Pompeya

SOLIDARIDAD

encontramos con un espacio muy diferente al que estamos acostumbradas normalmente. Trabajamos mucho en condiciones que son difíciles por falta de comodidad. La carga de trabajo era importante pero estábamos deseando empezar para poder ayudar a la gente que lo necesitaba. Esa misma tarde comenzamos con cirugías de pterigiums y los días posteriores fueron jornadas fundamentalmente quirúrgicas, concretamente de cataratas.

Era una oportunidad de desarrollo personal y profesional única.

Con nosotras estaban la **Dra. Guayacuma** y los **Dres. Manú y Barbosa**, con **Jackie** como enfermera. Hay que destacar el soporte de **Negri** y otras personas en la intendencia del quirófano y en la preparación de los pacientes.

Realizábamos al día dos sesiones: una de mañana y otra de tarde, con unos 6 pacientes por sesión.

Todos los pacientes eran examinados y preparados previamente por el personal local, organizando los partes de cirugía de cada día. Realizábamos al día dos sesiones: una de mañana y otra de tarde, con aproximadamente 6 pacientes por sesión; debido a la complejidad de los casos ya que la mayoría de



Los integrantes del grupo que visitó Trinidad en julio de 2018.

pacientes presentaban cataratas muy avanzadas que con frecuencia se acompañaban de otras patologías.

Nos levantábamos todos al alba y a las ocho de la mañana ya estábamos en quirófano preparando todo lo necesario para ese día:

- Preparación de mesa quirúrgica
- Preparación de material quirúrgico
- Montaje del Facioemulsificador
- Preparación de medicación
- Preparación pre-quirúrgica del paciente



Llegada al aeropuerto de Trinidad.

- Comprobación de lentes intraoculares

Nos llamó la atención la actitud del paciente local. Estas personas tienen dificultades de accesibilidad y de escasos recursos. Muchos de ellos viajaban varios días por el río desde comunidades indígenas sólo para ser evaluados, sin importarles las esperas, que muy a nuestro pesar a veces se demoraban en tiempo y no siempre su situación podía ser resuelta.

Todos los pacientes eran examinados y preparados previamente por el personal local.

El trabajo diario siempre era mano a mano con el personal local, hacíamos un gran equipo. Compartíamos conocimientos y así ampliamos mutuamente nuestras visiones y formas de trabajo. A pesar de la intensa actividad, al terminar el día nos sobraba algo de tiempo para relacionarnos con la gente de allí, probar su gastronomía, conocer su cultura y lugares.

A nuestro regreso nos quedamos con sentimientos encontrados de alegría y satisfacción personal por la labor desarrollada que se contrastaban con sentimientos de tristeza, ya que a pesar de aportar nuestro granito de arena te quedas con una sensación agri dulce de que se necesita mucho más. Por último, nos queda agradecer en primer lugar al Dr. Durán, a la FMS, al ICQO y al Centro de Salud Pompeya en Bolivia por habernos dado esta gran oportunidad de voluntariado, que nos ha hecho reflexionar en muchos aspectos de nuestro día a día.



Disfrutando del tiempo libre. Tomando un helado en el centro de Trinidad.

A todos ellos les dedicamos esta frase:

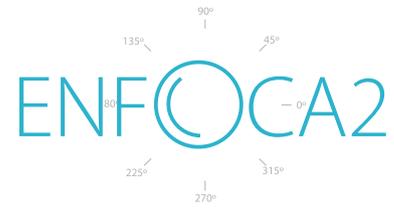
“Debemos encontrar tiempo para detenernos y agradecer a las personas que hacen la diferencia en nuestras vidas”

J.F. Kennedy.

Gracias.
Sara y Tamila



Tamila y Sara con el equipo asistencial



DÍA MUNDIAL DE LA VISIÓN:

FUNDACIONES Y ONGS PROPONEN UN PLAN NACIONAL DE SALUD VISUAL PARA MEJORAR EL ACCESO Y LA PREVENCIÓN

ARTÍCULO ALCON



El 80% de las causas de discapacidad visual en el mundo se podrían prevenir o curar según la OMS¹. Bajo esta premisa, Alcon reunió a ONGs y entidades especialistas en salud ocular para conmemorar el Día Mundial de la Visión que se celebró el pasado 11 de octubre. En el encuentro se abordaron los principales retos y necesidades de acceso a la salud visual en el mundo y en España.

A nivel nacional, los expertos destacaron la necesidad de facilitar el diálogo entre agentes implicados para impulsar un Plan Nacional de la Visión. Además, resaltaron la importancia de la formación a profesionales de la sanidad, especialmente pediatras y médicos de familia sobre los síntomas de las patologías oculares y la concienciación a través de campañas de prevención y comunicación a la población final para extender los hábitos de prevención. Asimismo, pusieron sobre la mesa la importancia de fomentar las revisiones oculares periódicas. Para todo ello, pidieron la colaboración de las Administraciones, especialmente, a la hora de poner en marcha iniciativas destinadas a aumentar la sensibilización sobre la importancia de la salud visual e instaron a sumar

fuerzas para garantizar la promoción de la autonomía personal y la inserción laboral de las personas afectadas.

A nivel internacional, los retos pasan por la falta de profesionales formados en muchos países en vías de desarrollo y la dificultad para mejorar de forma efectiva y eficiente esos programas educativos. También, el acceso se dificulta por cuestiones como la concentración de las opciones de tratamiento en los grandes entornos urbanos y el coste de los mismos. Para mitigar estas situaciones, las organizaciones centran su foco en la capacitación y especialización de profesionales sanitarios locales y la labor asistencial sobre el terreno con realización de cirugías y la



Expertos en la reunión del 11 de octubre.

entrega de material quirúrgico y sanitario, además de intentar concienciar sobre las posibilidades de prevención de estas patologías.

En las jornadas participaron algunas de las principales ONGs y fundaciones dedicadas a la mejora de la salud visual a nivel nacional e internacional.

Estas entidades están dando soluciones anualmente a más de 100.000 personas, con acciones tanto en España como sobre el terreno, en más de 40 países. A nivel nacional, los proyectos actuales se centran en la prevención y en la mejora del acceso a la salud ocular, la inclusión y la autonomía de personas con discapacidad visual. A nivel internacional, las iniciativas se destinan a la formación de los profesionales locales y a la implementación de proyectos asistenciales que buscan ofrecer una mejora directa de los problemas visuales de la población de países en vías de desarrollo.

EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL EN ESPAÑA

Si analizamos datos específicos de nuestro país se observa que en España hay unas 980.000 personas que padecen algún grado de discapacidad visual y 7.775 personas afectadas por ceguera, según la ONCE. Cataluña, la Comunidad de Madrid, Andalucía, Canarias y Galicia son las Comunidades Autónomas que han desarrollado más iniciativas de prevención y diagnóstico precoz², acciones que desde la ONCE apuntan como vitales para mejorar las cifras.

La Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia del Instituto Nacional de Estadística (INE), muestra que las principales causas de discapacidad visual en nuestro país son de carácter crónico³. En concreto, las patologías más destacadas son: el glaucoma (31%), la retinosis pigmentaria (25%), la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) (23%), la miopía magna (16%) y la retinopatía diabética (6%)³. La edad y la diabetes figuran como



El grupo en un momento del debate.

los principales factores de riesgo, lo que significa que en el futuro la DMAE y la retinopatía diabética serán las enfermedades con mayor crecimiento².

LAS CATARATAS, UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS CRÓNICAS A NIVEL GLOBAL

Las cataratas no operadas (25%), juntamente con los errores de refracción (53%), siguen siendo una de las principales causas mundiales de discapacidad visual⁴. A pesar de que según la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera, cada año se practican unos 16 millones de intervenciones de cataratas en todo el mundo⁵, el estudio "Mucho que ver" de Alcon demuestra que queda mucho por hacer para acercar la patología a la población. El estudio, que evalúa el conocimiento general sobre las cataratas en diferentes países de Europa, Oriente Medio y África, concluye que España encabeza el ranking en poco conocimiento sobre la patología, por detrás de Rusia, Reino Unido e Italia. Concretamente, solo 2 de cada 10 españoles demuestra tener pleno conocimiento sobre las cataratas, y la mayoría de personas, un 73%, tiene nociones escasas al respecto¹. Asimismo, menos de la mitad de los encuestados (un 47%) fue capaz de identificar más de un síntoma, siendo el de la visión borrosa el más conocido⁶.

REFERENCIAS:

- 1 Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, et al.; Vision Loss Expert Group. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Sep;5(9):e888-97.
- 2 Retinaplus+. Informe sobre la ceguera en España. Ernst & Young, S.L.; 2012. Available at: http://www.fundacionretinaplus.es/images/documentos/Informe_Ceguera.pdf
- 3 Portal Web del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2011
- 4 Organización Mundial de la Salud, Ceguera y Discapacidad Visual, <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (25.9.2018)
- 5 IAPB Vision Atlas, Available at: <http://atlas.iapb.org/global-action-plan/gap-implementation/>
- 6 More to See Campaign Survey (EMEA). Alcon data on file, January 2017

COLABORA:

Alcon A Novartis Division



FINEVISION

LA PRIMERALENTE TRIFOCAL

DISFRUTA DE TU VISTA COMO EL PRIMER DÍA

Recupera tu vista con las lentes intraoculares Trifocales.
Una cirugía sencilla segura y fiable para el tratamiento de:
Catarata, Presbicia, Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo.



DISTANCIA CORTA



DISTANCIA MEDIA



DISTANCIA LARGA



* Consulta con tu oftalmólogo

MEDICALMIX
PASIÓN POR LA OFTALMOLOGÍA

in f  
www.medicalmix.com

ARTÍCULO

QUERATOPLASTIA. TRASPLANTE DE CÓRNEA

ENTREVISTA Dr. Juan Durán de la Colina, especialista en córnea ICQO



La córnea es una estructura transparente con las características de una lente muy potente, además en contacto con el exterior. Si esta estructura se opacifica o se deforma, la visión se afectará en intensidad variable.

El trasplante de córnea es algo que hemos escuchado muchas veces, pero, ¿qué es el trasplante de córnea?

En caso de que la córnea se opacifique, o se deforme, se puede plantear sustituirla por otra procedente de un donante. La córnea presenta otra característica: no tiene vasos sanguíneos. Esto hace que la tolerancia de un tejido extraño sea relativamente bien tolerado. Eso es el trasplante de córnea o queratoplastia.

¿En qué casos se hace un trasplante de córnea?

Existen múltiples patologías corneales que pueden ser tratadas con el trasplante de una córnea donante. Las más frecuentes son queratocono, edema y cicatrices consecutivas a infecciones o traumatismos. Es interesante señalar que las indicaciones han ido variando a lo largo del tiempo.

Existen múltiples patologías corneales que pueden ser tratadas con un trasplante de la misma.

Hace unas décadas el queratocono o la infección herpética eran las primeras causa; hoy en día es el edema de la córnea. Esto es muy importante porque, a su vez han ido cambiando las técnicas y la patología de base determinará el tipo de trasplante que se haga (Figura 1).



Figura 1. Opacidad de la córnea, secuela de una infección por herpes. En este caso se aprecian vasos sanguíneos.

¿Puede explicar algo sobre esas nuevas técnicas?

Han sido apasionantes los cambios en el mundo del trasplante de la córnea. Hasta hace unos años, la córnea se trasplantaba en bloque: dejando un anillo periférico, se retiraba el tejido dañado en toda la profundidad y se sustituía por la córnea sana en todo su grosor. Coincidiendo con el cambio de siglo, se han desarrollado técnicas que sustituyen exclusivamente la parte de la córnea dañada. Son las llamadas "querato-

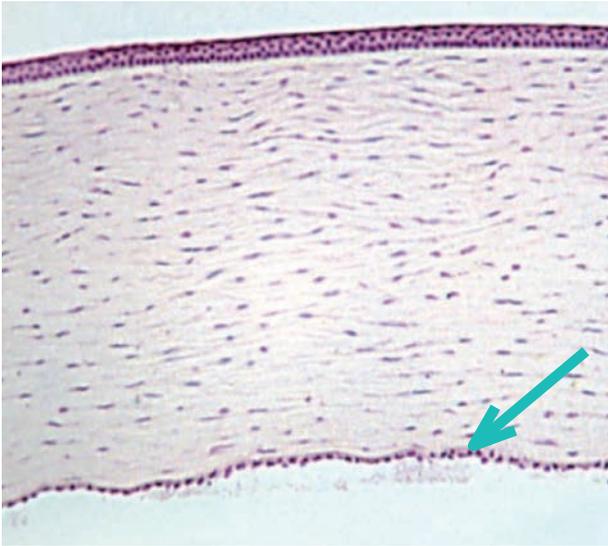


Figura 2. Corte microscópico de la córnea. La flecha señala la capa de células endoteliales.

plastias lamelares". Su objetivo es cambiar las capas dañadas y dejar las que funcionan bien. Aunque hay varios subtipos, de forma resumida se consideran dos categorías: 1) las que sustituyen la estructura de la córnea excepto la capa posterior, y 2) las que sustituyen una fina membrana posterior de una capa celular (endotelio), con un grosor de unas 20 micras (Figura 2).

Estas nuevas opciones quirúrgicas nos han obligado a un reciclaje y al desarrollo de un instrumental muy específico.

¿Qué ventajas ofrecen estas nuevas técnicas?

Cuando la estructura corneal se encuentra opaca o deformada, se puede cambiar dejando las células posteriores (endoteliales) originales, la primera técnica mencionada. Esto supone una drástica reducción en el riesgo de rechazo. Además elimina problemas derivados del procesado de la córnea. No obstante, requiere de suturas que se han de mantener durante un periodo prolongado, a menudo más de un año (Figura 3).

Cuando se recambia la capa posterior (Figura 4), también se reduce mucho el riesgo de rechazo y, además, no cambian apenas los parámetros dióptricos. Si tenemos en cuenta que la córnea es una lente de más de 40 dioptrías, un pequeño cambio en su estructura provocará defectos elevados de astigmatismo y miopía. Un beneficio en ambas técnicas es el empleo más limitado de medicaciones, por ser menor el riesgo de rechazo. También facilitan la recuperación visual con más rapidez.



Las "queratoplastias lamelares" sustituyen exclusivamente la parte dañada de la córnea.

De todas formas, hay casos que requieren el recambio total de la córnea, como traumatismos graves o ciertas patologías muy avanzadas.

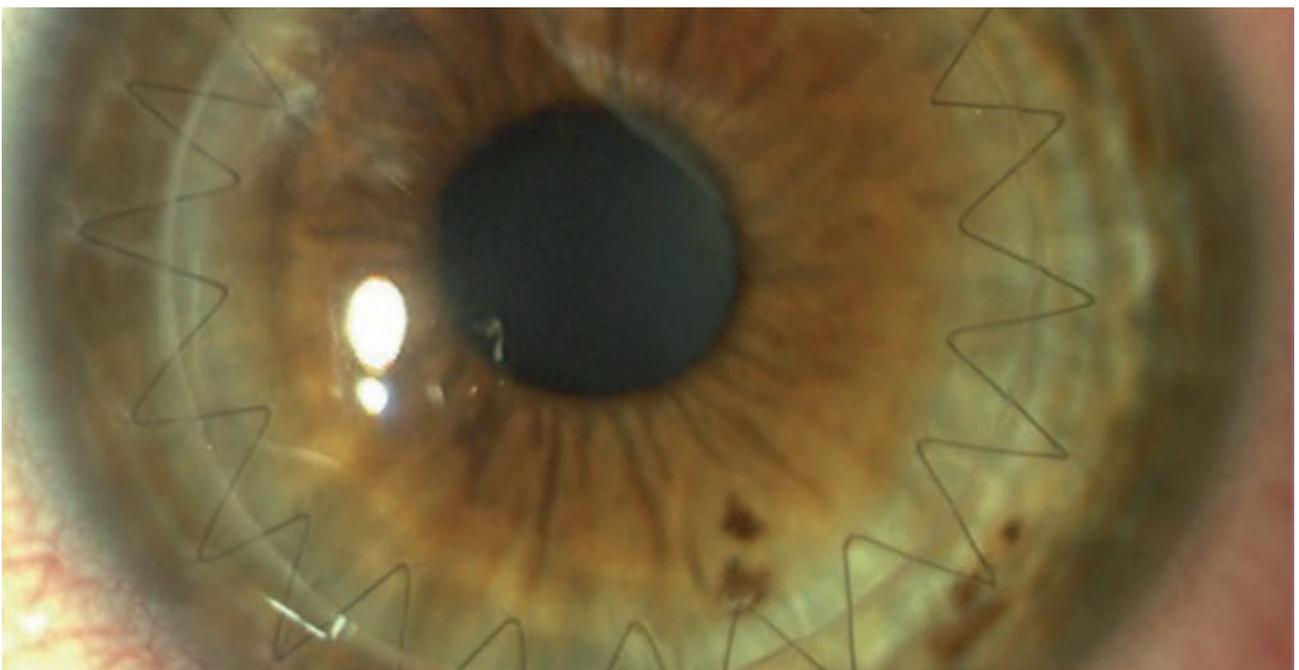


Figura 3. Queratoplastia con sutura continua de nylon.

¿Cuáles son las complicaciones o límites de estas técnicas?

Al contrario de otras operaciones intraoculares, la recuperación visual suele ser más larga de lo deseada. Ya se ha mencionado también que, aunque recuperemos la transparencia y la normalidad estructural, hay una tendencia a una limitación visual por las dioptrías resultantes.

Es probable que los nuevos procedimientos alarguen la vida del injerto, pero hay evidencias a largo plazo.

En cuanto a la supervivencia del injerto, es probable que los nuevos procedimientos alarguen la vida del injerto corneal pero no hay evidencias a largo plazo.

Debemos dejar constancia de que el ojo intervenido de trasplante de córnea es un ojo "delicado". Requiere de seguimiento periódico y puede ser susceptible de sufrir mayor daño en caso de cirugías ulteriores o de traumatismos.

Debe mencionarse que existen algunas enfermedades de la córnea que no se pueden solucionar con el trasplante, como también destacar que puede haber otros procesos en el ojo que hacen más compleja la cirugía o limitan el pronóstico y el resultado visual.

Cuando se presenta un rechazo, ¿qué futuro tiene ese ojo?

Dependiendo de la intensidad de la respuesta inmunológica, es posible revertir el efecto con tratamiento tópico (colirios). En algunos casos la córnea implantada queda dañada permanentemente y requiere de un nuevo trasplante para hacer funcional el ojo. Ciertas enfermedades son más proclives a presentar rechazo, como el herpes corneal. Si bien el rechazo tiende a producirse en los primeros dos años tras la cirugía, es posible que se desarrolle muchos años más tarde.

El rechazo al trasplante tiende a producirse en los primeros dos años tras la cirugía.

Básicamente, ¿qué supone un trasplante de córnea para el paciente?

La cirugía se hace con anestesia local, apoyada en sedación leve. Permite que sea en régimen ambulatorio y en la mayoría de los casos el ojo queda destapado desde el día siguiente. El dolor no es habitual, sí alguna



Figura 4. Separación de la capa posterior de una córnea donante para ser implantada en una técnica de Queratoplastia lamelar posterior. Esta capa, de unos 20 µm de grosor, se tiñe para hacerla visible.

molestia los primeros días, en los que tendrá que guardar un cierto grado de reposo.

El tratamiento consiste en la aplicación de colirios durante un periodo de varios meses. El tiempo de recuperación visual es muy variable, dependiendo de la patología de base y del tipo de intervención.

¿Hay suficientes donantes para la demanda actual?

Afortunadamente, los bancos de tejidos disponen de córneas para cubrir la demanda de córneas. Hay que destacar que la tasa de donantes en nuestra sociedad es muy elevada. Esto reduce drásticamente la lista de espera, facilita la programación de la cirugía y permite disponer de córneas en los pocos casos en los que la cirugía es de urgencia.

También debemos destacar que los niveles de seguridad y calidad de los tejidos que se trasplantan son muy elevados.

¿Cuál es el futuro del trasplante de córnea?

Las líneas de trabajo avanzan en varios sentidos. Por un lado, medicamentos que ayudan al éxito del proceso, actuando a nivel de biología molecular. También la tecnología 3D facilitará el diseño de córneas semia artificiales. Otra aportación vendrá por medio de los cultivos celulares del propio paciente.

Habrà múltiples posibilidades en el futuro no muy lejano pero, por ahora, debemos basarnos en la donación para solucionar la ceguera de causa corneal.

TRATAMIENTO ULTRA Q RÉFLEX.

LAS MIODESOPSIAS O MOSCAS VOLANTES

REPORTAJE ICQO

Las miodesopsias o moscas volantes son pequeñas fibras de colágeno en el cuerpo vítreo (parte más interna del ojo), más opacificadas de lo normal. Estas fibrillas pueden agruparse hasta formar ovillos relativamente grandes que proyectan sombras muy molestas sobre la retina (capa sensitiva del ojo donde se forma la imagen) que se mueven con la mirada.

Los cuerpos flotantes son considerados benignos pero en ocasiones suponen un gran impacto en la calidad de visión, y la calidad de vida.

¿Qué soluciones puedo encontrar hoy?

Cuando la calidad de la visión se reduce drásticamente por moscas volantes, la solución pasa por un tratamiento de vitreólisis láser o cirugía.

Estas fibrillas pueden formar ovillos relativamente grandes que proyectan sombras muy molestas sobre la retina.

En el ICQO ofrecemos la alternativa más segura del mercado. La técnica de la vitreólisis láser consiste en emitir unos impactos con el LÁSER de Ellex Ultra Q réflex "específicamente diseñado para la realización de este tratamiento", focalizándose exactamente sobre la opacidad vítreo a tratar. Dependiendo del tipo o clase de miodesopsia/cuerpo flotante se busca un efecto de vaporización o corte del tejido vítreo, formando burbujas de gas. En menos de 12 horas el paciente experimenta una gran mejoría de su sintomatología y una visión más clara. Es un procedimiento sencillo que tiene una duración comprendida entre 20-60 minutos por sesión. El objetivo es el de conseguir una mejora funcional que te permita volver a tu día a día de forma normal.

Creemos que es un procedimiento muy seguro en base a la literatura científica analizada, publicadas casi 1.500 casos consecutivos se demuestra que la incidencia de estas complicaciones es absolutamente excepcional. No se ha documentado ningún caso de desprendimiento de retina en estas publicaciones, lo que avala el tratamiento.



Visión con moscas volantes.

¿En qué consiste entonces la Vitreólisis Láser? ¿Es una cirugía?

Es un tratamiento no invasivo, ambulatorio e indoloro que puede mejorar significativamente las molestias visuales causadas por las moscas volantes (miodesopsias). El objetivo del tratamiento vitreólisis láser es conseguir que el paciente realice sus actividades diarias sin el impedimento en la visión causado por estas opacidades o sombras molestas.

Las miodesopsias o moscas volantes son pequeñas fibras de colágeno.

Por medio de un láser específicamente diseñado para la observación y tratamiento en el mismo plano focal, el sistema es capaz de producir pulsos de nanosegundos que permiten la vaporización y elimina-

ción de las fibras de colágeno opacificadas o apartar de la línea de visión para minimizar sus efectos.

La Vitreolisis Láser es un tratamiento no invasivo, ambulatorio e indoloro.

El tratamiento se realiza en la propia consulta, mediante un procedimiento ambulatorio e indoloro. Antes de comenzar se le administrará una gotas de anestesia para insensibilizar la superficie del ojo. El láser se aplicará a través de una lente de contacto especial que el oftalmólogo situará en contacto con la parte externa de su ojo (la córnea).

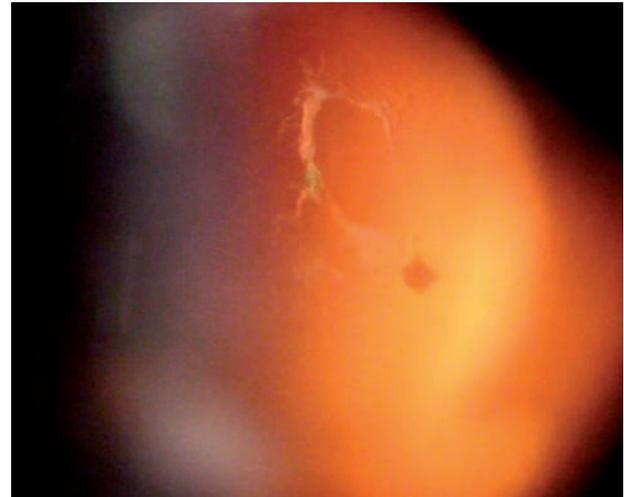


Imagen de la pantalla

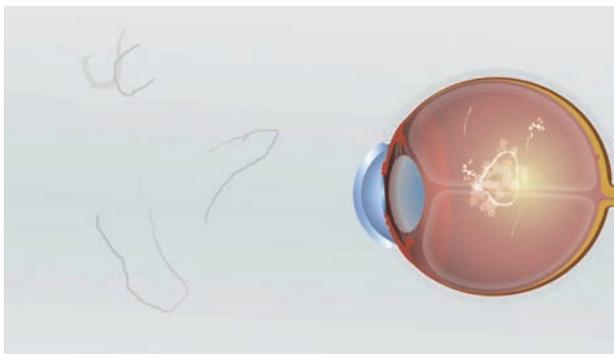


Ilustración efecto moscas volantes

de 40/45 años en adelante suele ser el perfil y con tamaño de las opacidades considerable, con bordes suavizados y situados en el cuerpo vítreo dentro de los criterios de seguridad, pueden ser tratados con el láser.

¿Y qué calidad visual percibe el paciente después del tratamiento de Vitreolisis?

Inmediatamente después de terminado el tratamiento puedes observar pequeñas motas oscuras en tu campo visual inferior debido a las pequeñas burbujas de gas que se forman durante el tratamiento pero que se disuelven rápidamente.

En algunos casos puede experimentarse molestias y enrojecimiento en el ojo, así como visión borrosa directamente después del tratamiento.

El láser se aplicará a través de una lente de contacto especial

¿Qué pacientes son aptos para el tratamiento de vitreólisis láser?

Es necesario un examen preoperatorio exhaustivo para determinar un buen candidato para el tratamiento de vitreólisis láser. En la mayoría de los casos, pacientes a partir

Ultra X Réflex





ENTREVISTA

IBERDROLA. CRÓNICA DE JOAQUÍN AXPE, EDUARDO INSUNZA Y FEDE SAN SEBASTIÁN

ENTREVISTA ICQO

Joaquín Axpe, Eduardo Insunza y Fede San Sebastián pueden escribir la crónica de Iberduero e Iberdrola con indiscutible autoridad. Reúnen títulos muy cualificados para ello: Director General, Director de Explotación y Secretario General, respectivamente. Suman entre los tres más de cien años de servicios a la empresa, siempre en funciones de la más alta responsabilidad.

UN CURRÍCULUM TELEGRÁFICO DE IBERDROLA

Decía Homero que "los molinos de la historia muelen muy lentamente". El proyecto IBERDROLA arranca en los albores del siglo XX. Iberdrola es un gran río que se alimenta de muchísimas corrientes, pero las tres principales son la **SOCIEDAD HIDROELÉCTRICA IBÉRICA**, la **SOCIEDAD HIDROELÉCTRICA ESPAÑOLA** y **SALTOS DEL DUERO**.

Recuerda **Joaquín Axpe** que Sociedad Hidroeléctrica Ibérica se constituyó en 1901 y su impulsor fue el ingeniero **Juan de Urrutia**, que contó con el apoyo financiero del Banco de Vizcaya. Sociedad Hidroeléctrica Española vió la luz en 1907, también bajo la iniciativa de Juan de Urrutia y de un importante grupo de financieros de origen vasco afincados en Madrid. Se proponía construir una presa en el Júcar que produjera electricidad para abastecer a Madrid y Valencia.

En 1918 nace Saltos del Duero para hacer realidad el ambicioso proyecto de **José de Orbegozo** sobre el

aprovechamiento integral del río. La entidad que estaba detrás de este proyecto era el Banco de Bilbao.

De la fusión en 1944 de Sociedad Hidroeléctrica Ibérica y Saltos del Duero resulta IBERDUERO. Cuando casi medio siglo después, en 1991, se unen IBERDUERO e Hidroeléctrica Española (HIDROLA) surge la actual **IBERDROLA**.

Al unirse IBERDUERO e Hidroeléctrica Española (HIDROLA) surge la actual IBERDROLA.

Todos coinciden en que el gran impulso lo dio la fusión de 1944. El Director de Saltos del Duero era entonces **don Ricardo Rubio** y el de Hidroeléctrica Ibérica **don Enrique Llorente**, Ingeniero de Caminos.

- No sé si será cierto, explica Joaquín, se cuenta que coincidieron en el coche-cama a Madrid y se dijeron: "Siempre nos andamos peleando, vamos a ponernos de acuerdo de una vez" Fernando Hormaechea

sentencia: entonces salieron del tren fusionados, ¿no?

En la historia de IBERDUERO-IBERDROLA hay dos circunstancias que han sido muy importantes y que han contribuido a forjar la personalidad de la empresa: el agua y las fusiones.

Entre IBERDUERO-IBERDROLA hubo dos circunstancias clave: el agua y las fusiones.

IBERDUERO fue una compañía eléctrica fundamentalmente hidráulica. Sus primeras y más importantes centrales fueron las hidroeléctricas. Algunas tan importantes como las de Ricobayo (Zamora), con el aprovechamiento del río Esla, y Aldeadávila y Saucedilla (Salamanca) en el río Duero.

Recientemente, han desembarcado las renovables, en las que IBERDROLA es precursora: parques eólicos en Burgos, Rioja, San Agustín de Guadalix, Ourense,... ID desarrolla una estrategia internacional en este campo, con su presencia en EEUU, México, Brasil, Escocia,...

IBERDROLA es precursora en los parques eólicos, en las energías renovables.

Las fusiones han imprimido el carácter que hoy presenta la empresa. Además de la de 1944, en 1991 tiene lugar la trascendental unión de IBERDUERO e HIDROLA (HIDROELÉCTRICA ESPAÑOLA), cuya preparación, vicisitudes y consecuencias darían para una estudio monográfico de considerable extensión.

Cabe recordar también que el Gobierno Aznar paró otro intento de fusión: el de IBERDROLA y ENDESA. En Iberduero primero fueron los visionarios; les siguieron los ingenieros (época de la construcción de los grandes saltos); y después vinieron los administradores, los estrategas, los diversificadores y los globalizadores.

La ventaja de la energía de origen hidráulico es que el agua se puede almacenar y el viento no.

- La ventaja de la energía de origen hidráulico sobre la eólica -explica Federico- es que el agua se puede

almacenar y el viento no. Por eso, la primera está siempre disponible (salvo sequía extrema): basta abrir el grifo (la compuerta) y se produce inmediatamente energía eléctrica. Además, esta fuente alcanza rápidamente la máxima potencia. Las térmicas también tardan más en dar rendimiento.

Pero aquel pronóstico que Fede oyó, "la energía eólica no tiene ningún futuro", no fue clarividente.

NO SIEMPRE RESULTÓ FÁCIL: LEMONIZ

Lemóniz es una herida. Es una cicatriz en la ribera del mar y en el alma. Es difícil sacarles a Joaquín, a Eduardo y a Fede algún recuerdo de Lemóniz. Prefieren callarlo. El verdadero dolor no se libera, sino que pasa a habitar en el espíritu y ya es parte de él. Allí dejaron la vida los amigos, personas buenas. Una locura ciega y cruel nos los ha arrebatado. No se puede entender nada. Silencio.

Cuando de asuntos serios se cuenta solo la anécdota, es porque las cosas graves son demasiado graves. Están en un fondo muy profundo del que no pueden ya salir. Así que nuestros tres amigos (pues lo son) desvían prudentemente el curso de la conversación hacia lo más chirene.

Lemóniz es una herida, es una cicatriz en la ribera del mar y en el alma.

Lemóniz funcionó como una república libertaria, donde los trabajadores campaban por sus respetos. Para la central de Lemóniz, donde se sepultó una cuantiosísima inversión, había que buscar una solución. Fue el **Ministro Bayón**, Jefe del Departamento competente en materia energética, el que recibió a una comisión de Iberduero con estas palabras:

- Hay que buscar una solución honrada, honesta, al problema.

Joaquín Axpe, cuya franqueza y audacia corren parejas, dijo al ministro:

- Pues esa solución la encontraremos enseguida porque... no somos políticos.

El ministro se quedó amoscado y solo acertó a comentar:

- Eso que ha dicho me parece que está fuera de lugar.

Joaquín Axpe debió de poner cara de póker.

El incidente se dejó de lado y se pudo entrar en materia.

ENTREVISTA

PERSONAS, PERSONALIDADES Y PERSONAJES

REVUELTA

Era **Revuelta** un ordenanza sin igual; era el gran ordenanza. Se las sabía todas y destilaba un aire de sagaz experiencia de pasillos que admiraban los de reciente ingreso. Era un "bisa", como solíamos llamar en el servicio militar a los bisabuelos, los veteranos de postín. Recién aterrizado Fede en Iberduero, le dice **Ramón Canivel**:

- Federico: hoy se reúnen los sindicalistas; vente y te los presento...

Al terminar la reunión, alguno de los asistentes le propone ir a tomar un café a la máquina. Revuelta, como centinela, apostado junto a la máquina.

Saluda Fede, cortés:

- Hola... buenas tardes.

Y Revuelta, con la displicencia que confiere la antigüedad y con soniquete:

- ...nas tardes...

Fede introduce un duro en la máquina. No sale el café.

Y Revuelta, desde su cima veterana:

- ¿Pero tú te crees que con un duro se puede pagar un café? ¡Dos duros...!

(Dice Fede que solo le bastó añadir: "Chaval...").

- Es que solo tengo cinco duros.

- No importa, Revuelta cambia...

- No sale...

- Es que no sabes meter las monedas. Mira cómo lo hace Revuelta...

Y Revuelta introduce con pericia y con efecto giratorio los dos duros.

Revuelta era bajito, expresivo, gesticulante. Recordaba a Louis de Funès, el irrepitible actor francés.

- ¿Qué quieres, café con leche? Entonces no des a la tecla de café con leche. Da a la vez a la tecla de café y a la tecla de leche, un dedo en cada tecla,...

- ¡Jesús!

¡La sorpresa que se llevó Revuelta cuando días después tuvo que acudir a Secretaría General y se encontró con que Federico era el máximo responsable! Y no podemos olvidar a otros grandes hombres.

Personaje inolvidable fue **DON JOSÉ DE ORBEGOZO**, que falleció en Ginebra, donde se encontraba en tratamiento, por lo que sufrió con el problema del desagüe de Ricobayo.

HORACIO ECHEVARRIETA fue fundador de SALTOS DEL DUERO y también impulsó el proyecto IBERIA.

El rey Alfonso XIII le quiso otorgar el título de "Marqués del Rescate" porque había contribuido a pagar una enorme suma para el rescate de los soldados españoles que fueron hechos prisioneros en el Desastre de Annual, en 1917, pero rechazó el título porque era republicano. Recuerda Fede que hay un magnífico parque junto al Hospital de Cruces, que es impresionante y nada tiene que envidiar al de Doña Casilda de Bilbao. Está amurallado, es como un oasis y en él se encuentran la antigua casa, las caballerizas, árboles centenarios y un jardín extraordinario.

Personajes que han dejado huella indeleble son **Ángel Galíndez** y **Don Ricardo Rubio**. Fede recuerda extasiado la capacidad de síntesis del primero, su facilidad para reducir los problemas y plantearlos de una manera tan clara que ya anticipaba su solución. A Don Ricardo no hay modo de que le quiten el "Don". Debía de ser la autoridad personificada.

EN RESUMEN

Pedimos a Joaquín, a Eduardo y a Fede que nos formulen una síntesis telegráfica de la biografía, inacabada, de **IBERDROLA**. El factor común de sus sentencias se puede formular así: en el proceso de cambio y adaptación **IBERDROLA** consigue el equilibrio ideal entre veteranía y juventud. Sensible al factor humano, procura dar el mejor servicio al cliente, se compromete con su entorno social y físico y permanece atenta a la innovación sin cortar sus raíces ni tirar por la borda el caudal de la tradición y la experiencia, pero evitando ser cautiva de modelos exitosos del pasado, consciente de que esta sujeción suele ser la antesala del fracaso empresarial.



Joaquín Axpe, Eduardo Insunza y Fede San Sebastián

EL ESPECIALISTA

REJUVENECIMIENTO FACIAL.

TOXINA BOTULÍNICA (Parte 1)

ENTREVISTA Dra. Bárbara Berasategui, oftalmóloga especialista en órbita y oculoplástica ICQO



Desde hace años ICQO ofrece tratamientos de estética facial periocular quirúrgicos y no quirúrgicos. Estos últimos, los no quirúrgicos, son menos invasivos y están orientados a lograr un Rejuvenecimiento Facial sin pasar por el quirófano. La Doctora Berasategui pertenece al equipo que se encarga en ICQO de estos tratamientos.

Relacionado con los ojos, de manera instintiva nos vienen a la cabeza, las ojeras, las bolsas, las patas de gallo... ¿Pueden estas partes mejorar con los tratamientos estéticos que no requieran intervención?

Muchos de ellos sí, las patas de gallo, las arrugas en la frente o en el entrecejo pueden atenuarse con la inyección de toxina botulínica; sin embargo, las bolsas, tanto de párpados superiores como inferiores, requieren de una cirugía conocida como blefaroplastia. Los resultados de ésta y otras cirugías palpebrales pueden mejorarse y complementarse con los tratamientos no quirúrgicos que ofrecemos en ICQO. Asimismo, estos tratamientos que no precisan pasar por quirófano pueden ayudarnos, aplicados sin cirugía palpebral previa, a mejorar nuestro aspecto de manera siempre personalizada. Dentro de la Oftalmología, existe una subespecialidad conocida como Oculoplástica cuyo ámbito de acción central es precisamente el párpado, tanto en patología como en estética.

Hablando de Rejuvenecimiento Periocular ¿Cuál es el tratamiento estético no quirúrgico que más se realiza en ICQO?

En ICQO, al igual que en todo el Mundo, es la inyección de toxina botulínica (Bocouture®) la técnica más empleada en hombres y mujeres por su seguridad y conocimiento. Tradicionalmente se ha conocido a la

toxina por Botox® dado que fue el primer producto lanzado al mercado, pero esto no es más que eso, un nombre comercial. Desde entonces otros laboratorios han desarrollado otros productos más puros, como es el caso de Bocouture®, que empleamos en el Instituto.

AEM aprueba su empleo en la mejoría temporal del tercio superior de la cara: frente, entrecejo y patas de gallo.

Cuando hablamos de toxina botulínica, normalmente creemos que se utiliza exclusivamente para mejorar la imagen, pero hay veces que se emplea en patología. ¿Nos puede explicar cuáles serían estos casos?

La toxina botulínica es un fármaco empleado desde principios de los años 70 en el estrabismo, de ahí su profundo conocimiento de uso por los Oftalmólogos. Posteriormente, se han ido añadiendo otras aplicaciones en el campo de la Oftalmología como son el blefaroespasma, el espasmo hemifacial, la mioquimia y el lagrimeo sin causa aparente. Fuera de la cara también tiene sus aplicaciones, por ejemplo, en algunos tipos de cervicalgias o lumbalgias, en espasticidad, en migraña, en la incontinencia urinaria o incluso en la sudoración excesiva. Por tanto, es

EL ESPECIALISTA

bien conocido su mecanismo de acción y su perfil de seguridad.

Centrándonos en su empleo en el Rejuvenecimiento Facial, ¿cuáles son sus indicaciones?

La Agencia Europea del Medicamento (AEM) ha aprobado su empleo en la mejoría temporal de las arrugas del tercio superior de la cara: arrugas de la frente, del entrecejo y de las patas de gallo.

Habla de mejoría temporal ¿el efecto no es definitivo?

No lo es, el comienzo de acción es a los 2-3 días, el efecto máximo es a los 5-14 días y la duración máxima es de unos 3-4 meses recomendándose la reinyección a los 4-6 meses. Esto nos aporta la tranquilidad de que ante un resultado no completamente satisfactorio, la reversibilidad está asegurada.

Una vez nos pinchamos por primera vez, ¿tendremos que hacerlo semestralmente toda nuestra vida?

No por dos motivos: el primero es que cuando la arruga se vuelve muy marcada el efecto de la toxina resulta insuficiente y es entonces cuando otros tratamientos como los rellenos de ácido hialurónico resultan más apropiados; por otro lado, a medida que inyectamos toxina el paciente hace lo que llamamos una "reeducación gesticular" que progresivamente atenúa las arrugas incluso una vez ha finalizado el efecto de la inyección.

¿Cómo funciona la Toxina Botulínica?

Provoca una relajación de los músculos de la mímica facial atenuando así las arrugas, consiguiéndose una cara descansada que es nuestro objetivo. Con el paso de los meses este efecto disminuye progresivamente recuperándose el tono muscular.



Algo que puede preocuparnos es el dolor de la inyección ¿es molesto?

Utilizamos agujas muy finas y pinchazos superficiales que son bien tolerados. En caso de una especial sensibilidad, podremos aplicar un tiempo antes un anestésico tópico, aunque no suele ser necesario.

¿Cuáles son los cuidados o precauciones a tener una vez se inyecta Bocouture®?

Siempre aconsejamos no masajear la zona ni gesticular en exceso durante las 2 horas siguientes al tratamiento. Tampoco es recomendable tumbarse o exponerse a calor intenso durante ese mismo tiempo. El objetivo de estas recomendaciones es evitar la difusión de la toxina más allá del área que nos interesa tratar.



Utilizamos agujas muy finas y pinchazos superficiales que son bien tolerados.

¿Está contraindicado en algún caso?

Sí, aunque es una contraindicación relativa. No se aconseja administrar en pacientes con algún tipo de enfermedad neuromuscular ni en embarazadas.



Distintas partes de la cara a tratar.

Gabinete donde se realizan los tratamientos de estética facial periorcular no quirúrgicos.

Entendemos que hay que realizar un trabajo minucioso para que así los resultados sean lo más naturales posibles.

Efectivamente, nuestro objetivo es el de conseguir una mirada descansada y natural totalmente alejada del efecto cara "congelada" que estuvo de moda hace 2 décadas.

¿Cuál es el mejor momento del año para aplicar Bocouture®?

No existe una época ideal, sin embargo, sí recomendamos una primera administración en otoño-invierno de manera que la siguiente sea pre-verano.

La cara es parte de la carta de presentación de cada uno de nosotros. Lo que transmite nuestra cara es importante para la persona que tenemos enfrente y sobre todo para uno mismo. Es evidente que hay que cuidarla. ¿Nos puede dar algunos consejos que podamos seguir en casa y que ayuden así a mantenerla mejor?

Tanto en hombres como en mujeres es importante el empleo diario de una crema hidratante, mejor ésta si lleva en su fórmula protector solar. Siempre que realicen deporte al aire libre lo ideal es complement-

tar con un protector solar facial específico de alto índice. Evitar el tabaco es clave en el mantenimiento de nuestra salud, pero es que además acelera el envejecimiento cutáneo facial, y qué decir de las arrugas en "código de barras" del labio superior. En el caso de las mujeres, desmaquillar la cara diariamente favorece la penetración de las cremas y evita la rotura de las pestañas que se vuelven rígidas al aplicar rímel. No existen productos cosméticos "milagrosos", mantener un aspecto juvenil resulta de la suma de los pequeños cuidados faciales diarios potenciados por el empleo de toxina botulínica en el tercio superior de la cara, así como de fillers de ácido hialurónico o de mesoterapia.

De estos dos últimos tratamientos hablaremos en el siguiente número.



Toda la **higiene** que el **PÁRPADO** necesita



- **Toallitas estériles**, específicamente diseñadas para el arrastre de sustancias adheridas al párpado, pestañas y borde palpebral
- Dermatológicamente testadas
- Hipoalergénicas
- Aptas para toda la familia (bebés, niños y adultos)





PERSONAL DE ENFERMERÍA. EL GRAN APOYO AL EQUIPO MÉDICO

ENTREVISTA ICQO

ICQO tiene un equipo de enfermería especializado y con gran experiencia que ofrece un apoyo invaluable al equipo médico. Es un equipo de 10 componentes que reparten sus funciones entre los quirófanos, el despacho de cirugía y la recepción quirúrgica.

El trabajo en equipo es muy importante para que las cosas funcionen. ¿Cómo se coordina el personal de despacho de cirugía, el equipo de enfermería y el equipo médico para que todo salga a la perfección?

El buen trabajo en equipo, donde cada miembro conoce sus funciones, es la clave para la coordinación de los tres componentes.

Hay 3 secciones importantes dentro de su departamento: quirófanos, despacho de cirugía y recepción quirúrgica. ¿Qué se hace en cada uno de ellos?

En el despacho de cirugía la principal función es informar con detenimiento a los pacientes sobre la cirugía propuesta por su doctor y programarla, a su vez, se entrega toda la documentación y las instrucciones que se precisa.

Una de las actividades más destacadas en el día a día es el de la organización de los quirófanos y el material.

Una de las actividades más destacadas en el día a día es el de la organización de los quirófanos, comprobación de pacientes, lentes, documentación y material necesario.

Es habitual que los pacientes presenten dudas e inquietudes antes de una intervención quirúrgica; el personal que se encuentra en el despacho mediante el teléfono, la visita presencial o el correo electrónico resuelven esas dudas.

No hay que olvidar que la enfermería en este departamento sirve también para cubrir funciones enfermeras, tales como curas postquirúrgicas, extracción de sangre para elaboración de colirios para enfermedades como el ojo seco y otras pruebas diagnósticas.

El despacho de cirugía es el nexo de unión entre las consultas y los quirófanos, por lo que el trabajo que allí se desempeña es fundamental para que el día a día sea un éxito.

El día de la intervención los pacientes acuden directamente a la recepción de quirófano. Allí, Yolanda Loizaga se encarga de comprobar que toda la documentación es correcta. Es la primera toma de contacto del paciente en el área quirúrgica.

Una vez comienza la programación quirúrgica del día, los pacientes acceden al quirófano a través de la sala de preanestesia, donde el equipo de enfermería les recibe, comprobando una vez más que se cumplen todos los criterios exigidos para poder ser sometidos a la intervención. Tras la preparación minuciosa, el paciente accede al quirófano donde será

sometido a la cirugía prevista. Una vez finalizado, y tras un periodo de recuperación, el paciente abandona el área de recuperación postanestésica.

¿El personal que atiende dichas secciones es siempre el mismo?

El equipo cuenta con enfermeras, auxiliares y personal administrativo. Aunque dentro de cada sección existen personas de referencia, intentamos que el personal en cada departamento sea siempre el mismo.

¿Cuántas intervenciones se pueden realizar en un día en el ICQO?

No todos los días se realiza el mismo número de intervenciones, pero hay días en que están programados hasta 4 quirófanos de mañana y tarde.

En el ICQO realizamos varios tipos de intervenciones quirúrgicas, algunas de ellas se desarrollan en el quirófano general, tales como cirugía de catarata, vitrectomía, desprendimiento de retina, cirugía de oculoplastia, de glaucoma... La cirugía refractiva se realiza en el quirófano donde se encuentra el Láser de Femtosegundo. Existen otra serie de tratamientos relacionados con patología de la retina que se llevan a cabo en una sala habilitada para ello.

Con el gran avance tecnológico, se verán sumergidas en una formación constante, un gran valor para dar ese servicio de calidad.

El ICQO intenta contar siempre con las últimas tecnologías que se encuentran presentes en el mercado tanto oftalmológico como informático. Para ellos, es necesario no sólo que los doctores se encuentren formados, sino que todo el equipo del que se rodean lo esté también. Por ello, es habitual la presencia de enfermeras en charlas, congresos y sesiones dirigidas.

En el ICQO los jueves se llevan a cabo mensualmente una serie de sesiones abiertas a todo tipo de profesionales sanitarios con el fin de conseguir una formación continuada.

El personal de enfermería tiene mucho contacto con los pacientes, ¿qué es lo que más valoran los pacientes del ICQO?

El trato individualizado, cercano y profesional. El equipo de enfermería intenta individualizar los cuidados a cada paciente, respondiendo a sus necesidades.



Formamos un gran equipo de trabajo multidisciplinar.

¿Con muchos tendrán una relación de años?

Si, sobre todo con pacientes con enfermedades oftalmológicas crónicas; con el tiempo terminas desarrollando un vínculo más personal.

¿Qué es lo que más valoran de su trabajo?

Sobretudo el desarrollo profesional y personal. El poder desarrollar nuestra actividad enfermera dentro de un equipo de grandes profesionales, tales como oftalmólogos, anestesiistas, biólogos, farmacéuticos, optometristas, auxiliares y personal no sanitario. Formamos un gran equipo de trabajo multidisciplinar. El contacto directo con pacientes supone también otro gran valor añadido en nuestra profesión.

Por otro lado, destacamos el desarrollo profesional que tenemos la oportunidad de desarrollar, la formación continuada, los viajes de cooperación y la asistencia a congresos nacionales e internacionales.



El equipo de enfermeras del ICQO en el exterior de la clínica.

DÍA MUNDIAL DE LA VISIÓN

\\ BILBAO Encuentro

El Día Mundial de la Visión es un evento anual que se centra en el problema mundial de la ceguera. Su objetivo es sensibilizar al público de todo el mundo acerca de la importancia de la prevención y el tratamiento de la pérdida de visión.

Este año se celebró el pasado 11 de octubre bajo el eslogan **Eye Care Everywhere** e hizo especial hincapié en la necesidad de encontrar soluciones para asegurar que todas las personas, en todas partes del mundo, tengan acceso al cuidado de su vista. El acceso a la atención oftalmológica, que reduce la magnitud de la ceguera evitable, es parte de la obligación que emana del derecho al nivel más elevado posible de salud.

Con motivo de esta celebración, el ICQO organizó un encuentro en el que expertos de diferentes áreas relacionadas con la visión debatieron sobre el acceso universal a la atención oftalmológica y la lucha con-

tra la ceguera en el mundo. Hasta el 80% de los casos de ceguera son evitables, bien porque son resultado de afecciones prevenibles, bien porque pueden tratarse hasta el punto de recuperar la visión. La

prevención y el tratamiento de la pérdida de la visión se cuentan entre las intervenciones de salud más eficientes y que dan mejores resultados.

La reunión contó con la presencia de **Elena Vecino** (Catedrática de Biología Celular de la UPV/EHU e investigadora principal del Grupo de Oftalmo-Biología Experimental – GOBE), **Arantza Uliarte** (Médica afectada de retinosis pigmentaria y presidenta de la asociación Retina Bizkaia-Begisare), **Juan A. Durán de la Colina** (Director Médico del ICQO, Catedrático de Oftalmología de la UPV/EHU y miembro de la Fundación Mirada Solidaria), **Rebeca Atienza** (Oftalmóloga del ICQO y Supervisora Médica del proyecto Ojos del Sáhara) y **Itxaso Herrera** (Oftalmóloga y responsable de la Unidad de Baja Visión del ICQO).



TRATAMIENTO PARA LA DMAE SECA

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad caracterizada por lesiones degenerativas progresivas en la mácula, responsable de la visión central. Se calcula que afecta a unas 700.000 personas en España y constituye la primera causa de ceguera legal en mayores de 65 años. La investigación de esta enfermedad es considerada preferente por la Organización Mundial de la Salud.

La enfermedad se clasifica en dos subgrupos generales: la forma atrófica o seca y la exudativa o húmeda. Actualmente existen fármacos eficaces para frenar la evolución de la forma húmeda, sin embargo, hay una carencia total de fármacos para tratar la DMAE seca. De ahí el gran interés que suscitan los ensayos clínicos que poco a poco van surgiendo para testar posibles tratamientos.

El ICQO ofrece a nuestros pacientes las alternativas terapéuticas más novedosas a nivel mundial gracias su participación en los ensayos clínicos más

punteros, como es el caso del estudio multicéntrico de fase III para comparar la eficacia y seguridad del tratamiento con APL-2 por vía intravítrea en pacientes con atrofia geográfica (AG) secundaria a degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

APL-2 está diseñado para inhibir la cascada del complemento centralmente en C3 y puede tener el potencial de tratar una amplia gama de enfermedades mediadas por el complemento de manera más efectiva que lo que es posible con inhibidores parciales del complemento.

Investigación y Congresos

SEPTIEMBRE, MES DE CONGRESOS

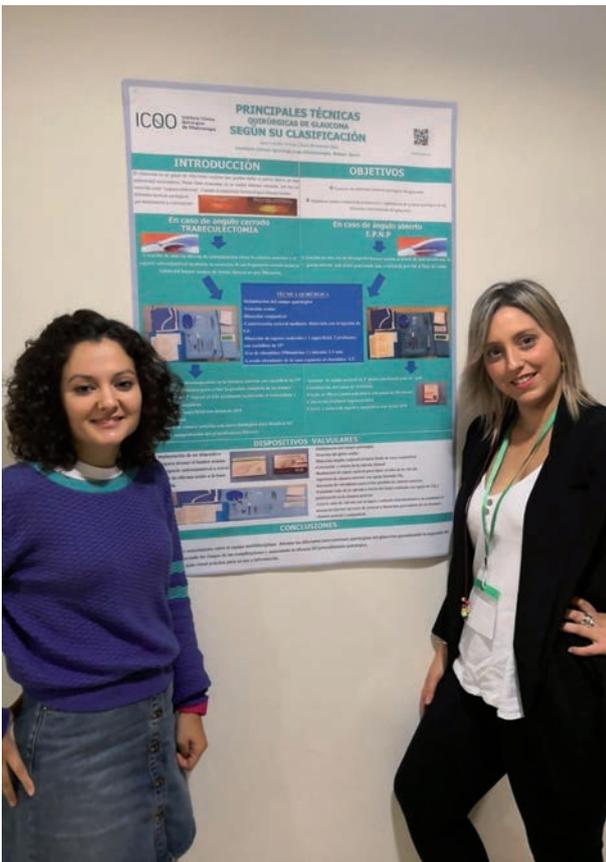
GRANADA y VIENA

Tras el descanso estival, llegó el mes de septiembre cargado de importantes citas para los profesionales del ICQO que, un año más, tomaron parte en el Congreso Anual de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO). Esta 94ª edición tuvo lugar en Granada de 26 al 29 de septiembre y reunió a profesionales de todas las subespecialidades.

Además, el departamento I+D también participó presentando un estudio sobre la influencia de la ingesta de alimentos en la composición de los colirios autólogos (que son aquéllos elaborados a partir del plasma o suero del propio paciente). En la misma ciudad, y paralelamente al congreso médico, se desarrolló el **XVII Congreso de la SEEOF** (Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica) en el que nuestra

enfermera **Sara Losada** expuso a sus compañeros de profesión las principales técnicas quirúrgicas de glaucoma según su clasificación.

Viena fue la sede de otras dos importantes citas a las que asistieron los especialistas del ICQO: el **18º Congreso EURETINA** (del 20 al 23 de septiembre) y el **36º Congreso de la ESCRS** (del 22 al 26 del mismo mes). EURETINA (La Sociedad Europea de Especialistas en Retina) se creó en 1999 para promover el intercambio de conocimientos entre los especialistas europeos en vitreorretina y mácula, mientras que la European Society of Cataract & Refractive Surgeons (ESCRS) se fundó en 1991 y tiene como objetivos promover la educación y la investigación en el campo de la cirugía implanto-refractiva en la práctica oftalmológica.



Tamila Hernández y Sara Losada, enfermeras en ICQO, junto al poster que presentaron en Granada



La Dra. Vanesa Freire, del departamento I+D del ICQO, durante la presentación de su trabajo.

Si estás pensando en operarte de cataratas o presbicia,
elige la clínica oftalmológica líder en el País Vasco.



Recomendaciones

No olvides consultarnos cualquier duda que pudieras tener. Toda intervención quirúrgica contempla riesgos para la salud y sus resultados nunca pueden garantizarse al 100%.

Te recomendamos meditar la decisión y preguntar a nuestro personal cualquier duda relacionada con la intervención antes de iniciar el tratamiento.

ICQO Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

Pide cita,
lo verás claro.

Virgen de Begoña, 34. Bilbao · 944 733 545 · info@icqo.org

www.icqo.org