

N.17
Otoño
2019

ICOO Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

EN PERSONA

Begoña Díaz Amo

CATARATAS

Tribuna abierta

LENTES TRIFOCALES

El paciente

ERIKA VÁZQUEZ

Entrevista



www.icqo.org



Agur!

Has dicho adiós a muchas cosas... ¿no crees que va siendo hora de despedirte de tus gafas?

Tecnología Láser Femtosegundo Intralase™

ICQO

Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

Pide cita, lo verás claro.

Virgen de Begoña, 34. Bilbao
www.icqo.org

94 473 35 45



Más información y cita online en www.icqo.org

Editorial

LA BAJA VISIÓN

El mapa de la ceguera en el mundo podría utilizarse con gran fiabilidad como uno de los indicadores de la pobreza en el mundo. En los países avanzados, la sanidad de alto nivel perfila unas causas de disminución visual muy diferentes de aquellas que se observan en países desfavorecidos. Por otro lado, el incremento de la expectativa de vida se acompaña, de forma paralela, de enfermedades asociadas a la edad. Así, en nuestro entorno la degeneración macular es la mayor causa de disminución visual, mientras que los países más pobres se sufren ceguera sobre todo por las cataratas. En este caso, como es evidente, se trata de una cuestión de acceso sanitario pues el problema tendría solución quirúrgica satisfactoria.

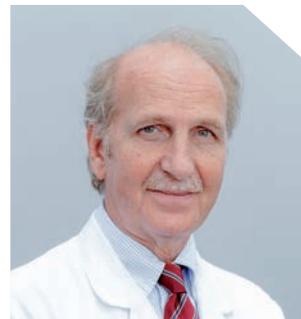
Durante el mes de octubre han tenido lugar dos eventos bien diferentes pero muy relacionados entre sí. El día 10 se conmemoró el Día Mundial de la Visión y del 18 al 20 se celebró en Bilbao el Congreso de la Sociedad Española de Baja Visión (www.seebv.com). Creo que es un buen momento para recordar que, pese a los avances científicos y técnicos en las enfermedades oculares, no todas ellas son curables. Las secuelas que dejan ciertas enfermedades oculares, como la degeneración macular, el glaucoma o la alta miopía, tienen muchas veces una segunda oportunidad tratando de aprovechar el resto visual. Por medio de artilugios ópticos y digitales se puede lograr muchas veces una visión útil, a veces en un grado sorprendente.

Periódicamente leemos noticias sobre ojos biónicos, retinas artificiales y estimulaciones cerebrales. A día de hoy y pese a los esfuerzos en este sentido todavía no es posible lograr la recuperación de cegueras profundas, pero otros sistemas más sencillos pueden mejorar la vida de muchas personas. Tan sencillos como el uso de ciertos tipos de bombilla o la incorporación de filtros en las gafas. O el empleo de telescopios o prismas. Hay también ordenadores o gafas con sistemas digitales diseñados para personas con visión deficiente. Curiosamente eso no suele ser motivo de noticia y, por lo tanto, es menos conocido por la población pero es lo que forma parte de la realidad actual y debe ser ofrecido a personas con déficit de visión.

En el otro espectro, siguen siendo todavía necesarias las ONGs y otras organizaciones oftalmológicas para paliar el crecimiento de las cataratas en los países

más pobres. Somos numerosos los profesionales de la oftalmología implicados y, aún así, apenas se llega a reducir el número de ciegos por este motivo, que se cifra en unos 50 millones de personas.

Por un lado o por el otro, todavía nos quedan retos importantes. La búsqueda de soluciones eficaces tendrá un gran impacto social, al permitir mejorar la vida de muchas personas.



Dr. Juan Durán de la Colina
Director Médico del ICQO

SUMARIO

EDITORIAL	03
Dr. Juan Durán de la Colina	
EN PERSONA	04
Dra. Begoña Díaz Amo	
ARTÍCULO	07
ICQO Mendi Taldea	
TRIBUNA ABIERTA	10
Cataratas	
EL PACIENTE	12
Lentes trifocales	
EL ESPECIALISTA	16
Urgencias	
SOLIDARIDAD	18
Bolivia. Campaña de cataratas	
ENTREVISTA	20
Erika Vázquez	
EL CENTRO	23
Departamento I+D+i	
AGENDA	26

BEGOÑA DÍAZ AMO

POR UN DULCE DESPERTAR

ENTREVISTA Dra. Begoña Díaz Amo, especialista en Anestesia y Reanimación

La Doctora Díaz Amo se licenció en Medicina en la UPV (1996-2001) y realizó la especialidad de Anestesiología y Reanimación en el Hospital Universitario de Cruces (2002-2006).

Ha sido Médico Adjunto en el Servicio de Anestesiología y Reanimación de dicho hospital (2006-2007)

y médico anestesiólogo en la Clínica Virgen Blanca (2006-2012). Desde 2006 trabaja en el servicio de Anestesiología del ICQO.

Generalmente una intervención quirúrgica va acompañada de una dosis de anestesia que en mayor o menor medida suele preocupar a los pacientes. No es necesario resaltar la importancia de la misma y de los facultativos responsables de ella.

¿Por qué eligió esta área médica?

Siempre quise ser médico pero el interés por la anestesiología llegó más tarde. En los últimos cursos de la carrera es cuando empezamos a hacer prácticas y tenemos nuestro primer contacto con los quirófanos y las diferentes especialidades quirúrgicas. Fue en ese momento en el que me empecé a interesar por la figura del Anestesiólogo, que parecía estar en un segundo plano, pero que discretamente estaba pendiente de todo. En los estudios de medicina, la anestesia tiene un espacio muy reducido pese a tratarse de una especialidad que abarca un campo muy amplio en relación a la atención sanitaria.

¿Qué tipo de anestesia es la necesaria para operaciones oftalmológicas?

El tipo de anestesia que se requiere depende del procedimiento quirúrgico y de las características del paciente. Principalmente utilizamos anestesia tópica con sedación en cirugía de catarata, glaucoma, lentes intraoculares...

En otras ocasiones se necesita, además de la sedación, anestesia local o regional, como ocurre en un desprendimiento de retina, en una vitrectomía, ptosis, blefaroplastias... Y en contadas ocasiones, es necesario anestesia general.

¿Cuándo es necesario utilizar anestesia general?

En casos muy concretos y siempre asociados al tipo de paciente. Los procedimientos quirúrgicos que realizamos no requieren una



anestesia general por el hecho quirúrgico en sí, sino que tenemos que recurrir a ella en niños y en adultos que no son capaces de colaborar por alguna patología asociada.

¿Es más sencilla la anestesia local que la general?

La anestesia local, a priori, conlleva menos riesgos que la anestesia general, sin embargo, ninguna anestesia está exenta totalmente de complicaciones.

El tipo de anestesia depende del procedimiento quirúrgico y de las características del paciente.

¿Puede ser que a veces los pacientes minusvaloremos la anestesia local?

Bueno, los pacientes no tienen por qué saber y es normal que desconozcan lo que implica cada tipo de anestesia. Por eso, a veces, se sorprenden de las medidas de seguridad que tomamos con todas las intervenciones.

Todo el que ha pasado por un quirófano sabe que antes de una operación se hacen varias pruebas para así planificarla. ¿Cuáles son los factores determinantes a la hora de decidir qué anestesia suministrar a un paciente?

Antes de cada cirugía se realiza una valoración preanestésica que incluye un cuestionario de salud en el que se pregunta por todos los antecedentes personales, las medicaciones que toma, cirugías previas de cualquier tipo... También suele ser necesaria una analítica y, en ocasiones, una consulta previa a diferentes especialistas (cardiólogo, neumólogo,...), en función de las posibles patologías de los pacientes. Finalmente, valorando todos los datos de la historia clínica y el tratamiento oftalmológico a realizar, se decide cuál es el procedimiento más adecuado.



Paisaje palentino.

¿Cómo se ha avanzado en esta área?

Hoy en día la anestesia es una práctica muy segura, siempre y cuando se tomen las precauciones adecuadas y se sigan los protocolos de seguridad en anestesia que están consensuados a nivel internacional.

Muchos pacientes se preocupan de cómo les puede afectar la anestesia. ¿Qué les diría para tranquilizarles?

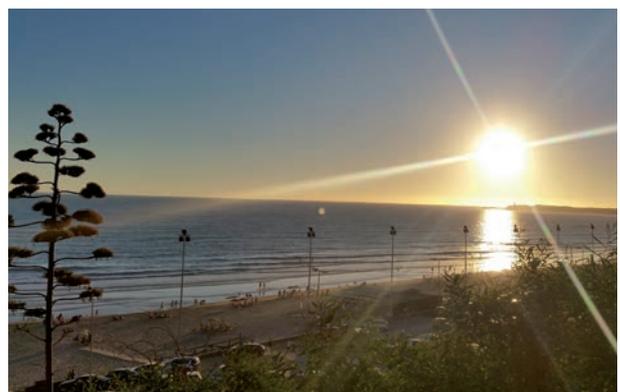
El objetivo que tenemos los anestesiólogos del ICQO es que los pacientes se puedan someter a los procedimientos oftalmológicos que precisen de la forma más confortable posible y con el mínimo riesgo.

De esta forma, y en la línea de lo que estamos comentando, aunque no se puede asegurar al 100% que no haya la posibilidad de que un procedimiento se complique, cumpliendo las normas de seguridad, las incidencias anestésicas están muy controladas. En el supuesto de que ocurrieran, la mayoría tiene tratamiento, de modo que queda en algo anecdótico sin trascendencia para la salud del paciente.

Se sorprenden de las medidas de seguridad que tomamos con todas las intervenciones.

En este punto, es importante insistir en que los pacientes deben seguir las indicaciones que damos en la clínica tanto preoperatorias como postoperatorias. Normalmente estas indicaciones se dan por escrito, pero es también importante que no olviden las instrucciones que les damos en ocasiones de forma oral y que varían de unos pacientes a otros debido a la particularidad de cada caso.

También se dedica a la reanimación. ¿Va la reanimación siempre ligada a la anestesia?



Atardecer en las costas de Cádiz.

EN PERSONA

La especialidad completa es Anestesiología y Reanimación, por lo tanto la reanimación siempre está implícita en todo procedimiento anestésico, pero un aspecto es ese y otro es dedicarse a la Unidad de Reanimación, que es la unidad de cuidados intensivos post quirúrgico de un hospital. Yo actualmente me dedico exclusivamente a la anestesia en quirófano.

En el caso de que una anestesia no siente bien a un paciente ¿Qué protocolo de actuación tienen?

En el caso de que haya algún contratiempo médico asociado a la anestesia, se diagnostica y se trata inmediatamente. Si la situación conllevase una gravedad superior y necesitara una atención en un centro hospitalario, se gestiona el traslado y se deriva al paciente para su tratamiento en dicho centro.

La reanimación siempre está implícita en todo procedimiento anestésico.

Nos gustaría saber un poquito más de usted. ¿Hay más doctores en su familia?

Sí, mi padre es médico, es especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo; ya está jubilado pero ha sido un gran profesional. Los últimos años de actividad como cirujano se dedicó principalmente a la cirugía endocrina, siendo un referente a nivel nacional.

Cuando dispone de tiempo libre, ¿a qué lo dedica normalmente?

A mis niños, ellos absorben casi todo mi tiempo libre. Su agenda de ocio durante los fines de semana es

mayor que la mía, así que entre deberes del colegio, cumpleaños y eventos deportivos no queda mucho tiempo para nada más.

¿Tiene algún hobby que se pueda confesar?

Nos gusta ir al monte a hacer excursiones y respirar aire puro, ya que desde la tranquilidad de la montaña las cosas se ven con otra perspectiva. Solemos ir al norte de Palencia, de donde es mi familia, lugar de parajes preciosos por donde perderse en la naturaleza.

¿Dónde ha pasado las vacaciones este verano? ¿Es más de mar o de montaña?

Me gustan los dos destinos, por lo que intentamos repartir los días de vacaciones. Nos gustan las costas de Cádiz y la montaña palentina.

Tres pinceladas para conocerle mejor: un libro, ¿qué suele escuchar en el coche? ¿su comida preferida?

UN LIBRO: Tengo varios libros entre mis favoritos, pero uno especialmente entrañable para mí es "El camino" de Miguel Delibes; lo leí hace muchísimos años por primera vez y suelo releerlo ya que me hace recordar los veranos que pasaba en el pueblo de mis abuelos cuando era pequeña.

MÚSICA: En el coche, cuando voy sola, escucho la radio, desde las noticias a diferentes tipos de música, depende del día.

COMIDA: Me gusta casi todo, disfruto mucho de un pescado al horno, de una buena tortilla de patata... pero siento especial debilidad por el chocolate

La doctora durante un paseo cerca del pico Curavacas.



ARTÍCULO

IMT ICQO MENDI TALDEA

ARTÍCULO Ramón Múgica

Integrantes en la cima nevada del Monte Taillón.



Corrían rumores. Se propalaron imparables, alcanzando los rincones más recónditos del planeta. El foco de donde partieron aún no ha podido ser identificado con absoluta certeza. Se barajan diferentes hipótesis: que si fue el Párroco de Arbáiztegui, o fueron las farmacéuticas de Panticosa, o Amalio, el kioskero de Gran Vía, 42, u otra especie de trasnochador o gente madrugadora o de difícil sueño.

Claro: a aquellas horas de la mañana, antes de que quebraran albores y cantara el gallo, daba que reclar el cruzarse con un grupo de entusiastas muchachos (resulta difícil precisar su edad), que ataviados como para una expedición al Polo, cruzaban la calle, tomaban un sendero y se perdían por la ladera del monte. Quién aseguraba que se trataba de un grupo revolucionario, hipótesis que ganó muchos enteros cuando se conoció que aquella banda giraba bajo las sospechosas siglas IMT (que mentes calenturientas aficionadas a descifrar mensajes tradujeron por "Independencia en Mitad de la Tormenta"); quién que era un hatajo de contrabandistas; quién proclamó que unos gamberros alborotadores que volvían de juerga a horas intempestivas;... Afortunadamente el misterio acabó por desvelarse y entonces, todos los que habían lanzado acusaciones dijeron: ¡si eso ya lo decía yo!, como si ninguna responsabilidad hubieran tenido en darle fuelle al bulo.

montañeros como conspicuos gastrónomos, que la montaña y el buen yantar no son cosas incompatibles si se saben combinar bien los tiempos de las dos aficiones.

Todo empezó en el ICQO, donde un grupo de médicos coincidió en su amor por la montaña. Crearon escuela paso a paso y se apuntaron después otros compañeros del Instituto, que fueron bien recibidos por el embrión de oftalmólogos pioneros. La contemplación de valles, de cimas, del camaleónico cielo en su mudanza de colores y humores, parece desplegar un efecto benéfico sobre la visión y no es de extrañar que en las primeras excursiones se afanaran los

IMT, una asociación de montaña integrada por tan afamados montañeros como conspicuos gastrónomos.

Porque el IMT es algo inocente y hasta sano. Bueno, esto de sano con algún matiz que luego se explicará. IMT es acrónimo de ICQO MENDI TALDEA, una asociación de montaña, integrada por tan afamados



Subida a Alluitz.

ARTÍCULO

montañeros en realizar pruebas de optimetría que luego analizaban en el laboratorio. Allí marchaban **Javier Araiz, Juan Durán, José Ignacio Recalde, Roberto Fernández y Fernando Hormaechea**, la primera promoción, la más veterana (que no la de más edad necesariamente) del proyecto.

Los esfuerzos y sacrificios asociados al montañismo (cansancio, sudor, sed, calambres, extravío,...) encuentran adecuada compensación en la contemplación de la belleza del paisaje, en la íntima sensación de fusionarse con la naturaleza y ser uno con ella, en el clima de compañerismo en la dificultad (que se manifiesta en palabras de ánimo o tomando parte de la carga del que marcha extenuado,...) y, por qué no decirlo, también en las sentadas para comer, cenar, comentar y hasta... cotillear si se tercia. Pero, por encima de todo esto, la satisfacción de poder contarlo con orgullo, suscitando la admiración y hasta la envidia (y hay que tratar de provocarla, aunque sea a costa de exagerar un algo los méritos del hombre y las dificultades del recorrido –orografía, presencia de animales del bosque de estremecedor tamaño: no menos que osos y jabalís-), porque la estatura del hombre llega hasta donde se eleva sobre la cima que conquista. Decía Bismarck que "nunca se miente tanto como antes de las elecciones, durante la guerra y después de la cacería". Cabe decir que también se exagera mucho después de una travesía de montaña.

Todo empezó en el ICQO, donde un grupo de médicos coincidió en su amor por la montaña.

Una segunda oleada vino a enriquecer la Asociación con la incorporación de **Fernando Juarros, Isidro Baniandrés, Gerardo y Carlos Aranguren, Miguel Hormaechea, Borja Ruiz y Ramón Múgica**. Esta hornada contribuyó definitivamente a dar al grupo una elegancia de la que tal vez antes carecía. Se podía percibir no solo en los atuendos y equipos, más actualizados (mientras los pioneros seguían empeñados, tal vez para resaltar su pedigrí, en utilizar los materiales tradicionales, el cáñamo y las Chirucas), sino también, y muy particularmente, en la forma de dirigirse a otros montañeros con los que ocasionalmente se cruzaban en los altos, pues al primitivo y adusto "¡aúpa, pues!" y al "¡ondo!" que seguían utilizando los veteranos, ahora se incorporaba el civilizado "buenos días", "buen camino", "ánimo, que ya llegáis", y otras expresiones que, aunque menos contundentes, autóctonas y sonoras, eran más refinadas. Otra novedad introdujeron los recién incorporados: extendieron la costumbre de poner apodos. **Isidro**



Ascensión al Pico Anayet, en Huesca.

sería conocido como "Siete Leguas", por su pasmoso tranco y su velocidad de crucero; **Fernando** fue rebautizado "Polvorilla", siempre inquieto, ocurrente y sorprendente, embutido en su capa verde militar los días de lluvia y los demás también; **Javier** "Pie firme", por su tesón y regularidad; y así sucesivamente.

Desde el año 2010, en que el IMT dio comienzo a su aventura, han ido cayendo en su saco una tras otra las cumbres más difíciles y renombradas de las cadenas montañosas, de las más próximas y de las más remotas. Del País Vasco: Amboto, Unzillaitz, Alluitz, Gorbea miles de veces (recordad a Bismarck), Eretza, Txindoki, Aitzgorri,...; de Navarra: San Donato, Irumugarrieta,...; de los Pirineos, Mesa de los Tres Reyes, Anayet, Taillón, Garmo Negro, Bisaurin, Anie, Atxerito, Castillo de Acher..., en Soria se ascendió el Moncayo, en Palencia el Curavacas y el Espigüete. Y cientos de cumbres más, que la natural modestia del montañero aconseja reservar. Las aproximaciones al Pirineo se han institucionalizado: es cosa sabida, que no necesita advertencia, que el primer fin de semana de cada julio acudimos a esa cordillera fronteriza. Y en octubre solemos mirar más hacia el Sistema Ibérico y la montaña palentina.

Los sacrificios asociados al montañismo encuentran compensación en la belleza del paisaje.

No es el momento de contar por lo menudo lo que se ha vivido en las travesías. Hemos atravesado ibones pirenaicos en Aragón, avanzado bajo cascadas, saltado con diversa fortuna para superar espumeantes y peligrosos rápidos y arroyos, escalado, hollado placas de hielo con crampones y también a suela lisa. Nos hemos enfrentado, sin más recursos que nuestras manos desnudas, a fieras de la montaña



Haciendo cima en Curavacas.

con toda decisión: ¡hay que ver cómo corríamos, sin titubeo alguno! Hemos soportado aguaceros, tormentas pirenaicas, diluvios, torturadores cantos de piedra que destrozan las piernas. Hemos sufrido terribles agujetas que durante días eran celebradas por nuestros compañeros de trabajo, risueños e inmisericordes flageladores cuando el padecimiento es ajeno. A veces, sumergidos en cortinas de agua semejábamos sombras de ultratumba. Pero, bueno, no es cuestión de contar los avatares y las hazañas que hemos vivido, porque por mucho realismo y vigor que se intente imprimir al relato no íbamos a ser capaces de transmitir ni en insignificante medida toda

la intensidad de la épica montañera. Así que el que quiera conocerla que se eche al monte, que es muy cómodo leerla en el sofá de casa, donde la imaginación no alcanzará nunca la realidad como tampoco el tirachinas alcanzará la luna.

Pero, junto a las dificultades, no pueden olvidarse los momentos maravillosos. Si no los hubiera todo quedaría en masoquismo. Me voy a referir ahora solo a tres de esas muchas satisfacciones que la montaña regala. En lo físico, la montaña nos acerca al cielo; en lo social, al cielo de la buena amistad, desprendida, solidaria, auténtica; en lo espiritual, además de la Misa a la que asistimos con recogimiento sincero, las cenas en las que comentamos cómo ha transcurrido el día, charlamos de temas de actualidad, de asuntos particulares, de preocupaciones, esperanzas y anhelos,... son balsámicas. Y entonces, en esas cenas, me da por pensar que el cielo, el cielo espiritual, debe de ser algo muy parecido e imagino que en ese cielo han de tenerse las mismas sensaciones que vivo cuando, en torno a la mesa, cada uno en su yo y liberado del papel que el teatro del mundo le ha asignado o él se ha fabricado, hacemos balance, cansados y felices, del día que se apaga.



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)



CATARATAS

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL

ENTREVISTA Dr. Araiz, Director Científico, Retina Vitreo y Segmento Posterior ICQO

La catarata afecta el cristalino, la lente natural del ojo que permite enfocar los objetos próximos y lejanos. Cuando el cristalino pierde su transparencia (catarata), las imágenes se ven nubladas y, a medida que aumenta la opacidad, perdemos agudeza visual.



Intervención de cataratas en el quirófano.

En las cataratas incipientes se pueden tomar medidas paliativas como el uso de gafas de sol para evitar el deslumbramiento o graduadas si se ha producido un cambio en la refracción. A pesar del considerable esfuerzo de investigación en este campo no existe ningún tratamiento farmacológico que prevenga o cure de forma efectiva las cataratas relacionadas con la edad.

Actualmente el único tratamiento eficaz pasa por la cirugía de cataratas en la que se sustituye el cristalino opacificado por una lente intraocular.

¿Cuáles son las principales novedades en cirugía de cataratas?

Desde que se introdujo la técnica de facoemulsificación, la cirugía de cataratas se encuentra en continua innovación que ha dado lugar a una cirugía mínimamente invasiva rápida, indolora, altamente efectiva y con escasos riesgos. Además, en el momento presente, se puede también complementar con el uso de un láser femtosegundo. Son técnicas que en manos de un cirujano experto conducen a resultados espectaculares y consecuentemente a una mejora de calidad de vida de muchísimas personas, ya que

permite recuperar una visión normal e incluso mejor que la que se había tenido en mucho tiempo.

Otro gran avance que se ha producido sobre todo en la última década es la constante evolución tecnológica de las lentes intraoculares, tanto en su diseño como en los materiales.

¿Qué defectos refractivos pueden corregirse durante la cirugía de la catarata?

Actualmente existen varios tipos de lentes intraoculares: las lentes intraoculares monofocales que corrigen la visión lejana pero con las que el paciente sigue precisando lentes para ver de cerca después de la intervención, las lentes intraoculares multifocales que pueden quitar la dependencia de gafas para lejos y cerca. Más recientemente han aparecido las lentes intraoculares trifocales, que ofrecen visión a varias distancias: cerca, media y lejos.

Asimismo, la aparición de los nuevos modelos de lentes intraoculares capaces de corregir el astigmatismo (lentes tóricas) tanto monofocales como multifocales o trifocales suponen un importante avance, ya que las precedentes permitían corregir defectos

que afectaban la visión de lejos y de cerca, pero no el astigmatismo.

Además de las últimas innovaciones registradas en las lentes intraoculares, la incorporación de dispositivos digitales que permiten planificar la cirugía, transmitir los datos necesarios para la intervención y guiar al cirujano durante la misma para el correcto alineamiento de las lentes, hacen posible mejorar la precisión de la corrección del astigmatismo, así como una mayor seguridad en todo el procedimiento quirúrgico.

¿Es habitual corregir también el astigmatismo o la presbicia durante un único proceso quirúrgico?

Todos los avances reseñados previamente han contribuido a que en el momento actual la corrección del astigmatismo y de la presbicia pueda ser una realidad para muchos pacientes.

¿Cómo se realizan este tipo de intervenciones?

La técnica habitualmente empleada es la de facoemulsificación. Se introduce por una pequeña incisión (menor de 2.5 mm) un terminal de ultrasonidos con el que el cirujano oftalmólogo va fragmentando el núcleo de la catarata, respetando su cápsula, y aspirando los fragmentos producidos. En los últimos años se está empezando a utilizar un láser de femtosegundo (femtofaco) para fragmentar el núcleo de la catarata en lugar del sistema por ultrasonidos, siendo el resto de la operación similar. El futuro parece que irá por ahí a medida que se vayan mejorando los procesos y los equipos,

Posteriormente se introduce una lente intraocular plegable, de un material sintético, dentro de ese saco o cápsula, con la que se corrigen los defectos refractivos que hubieran previos a la cirugía (hipermetropía, miopía, astigmatismo, presbicia).

Como la incisión es valvulada, habitualmente no necesita puntos de sutura para cerrarla, se sella sola. La anestesia que se utiliza en la mayoría de los casos es la tópica por instilación gotas, lo que quiere decir que sólo se emplean gotas de un colirio sin necesidad de pinchar ni inyectar anestésico alrededor del ojo.

¿Cuáles son las ventajas de esta técnica?

- Muy poco tiempo en el quirófano. Sin dolor.
- No es necesario pinchar anestesia ni dar puntos de sutura.
- No se necesita tapar el ojo al acabar la operación.
- No se necesita ingreso ni hospitalización y poco tiempo después de la cirugía el paciente se podrá



Visión pre-operación, post-operación y nocturna.

ir a casa.

- La recuperación visual es rápida y la reincorporación a la vida cotidiana será en días.
- Se necesitan pocas visitas postoperatorias.
- Se aprovecha la operación para corregir el defecto refractivo previo que tuviera (miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia).

Desde el punto de vista del profesional

- Mejora la precisión de la corrección de los defectos de refracción
- Mayor seguridad en todo el procedimiento quirúrgico



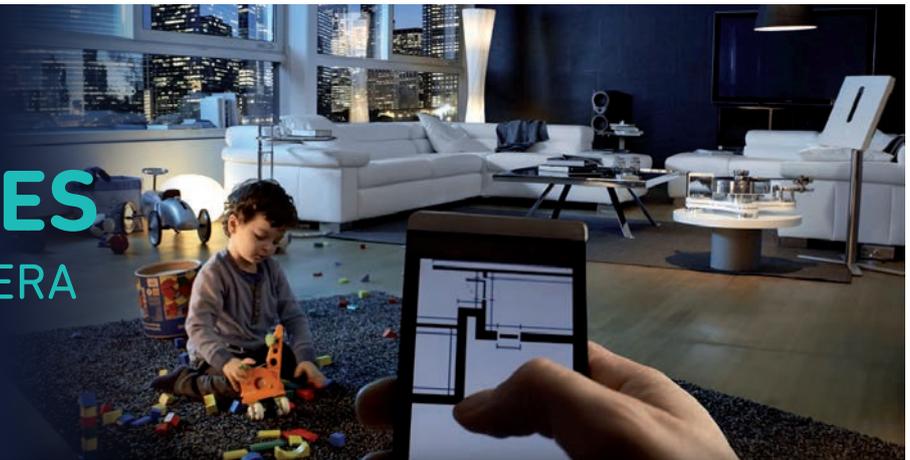
Dr. Araiz
Director Científico
del ICQO

COLABORA:

Alcon

LENTES TRIFOCALES

LENTES DE PRIMERA ELECCIÓN



ENTREVISTA Dr. Juan Durán de la Colina. Director Médico ICQO

¿Por qué la lente Trifocal FineVision es su lente de primera elección?

Se trata de la lente intraocular trifocal que más experiencia se tiene. Personalmente la llevo utilizando desde hace 5 años, muy desde el inicio de su comercialización, y eso ya dice mucho en un entorno con muchas posibilidades.

¿Cuál es el índice de satisfacción de los resultados en pacientes?

Es alto, siempre que no traten de ver como cuando tenían quince años. Es fundamental explicar en qué consisten sus ventajas, que son muchas, y sus limitaciones.

¿Qué virtudes tiene para el cirujano en la implantación?

Una de las exigencias para un buen resultado es el centrado de la lente. Por su diseño, estas lentes facilitan la estabilidad y se adaptan muy bien al sistema óptico del ojo.

Una tranquilidad comprobar que los resultados se mantienen en el tiempo y que la tolerancia es muy buena.

¿Es una garantía real para las tres distancias: corta, intermedia y larga?

La palabra "garantía" no existe para ninguna cirugía, pero sí es cierto que permiten una vida sin gafas a cualquier distancia. Solo en circunstancias extremas, cuando hay poca luz o la letra es muy pequeña, algunos casos requieren de gafas adicionales.

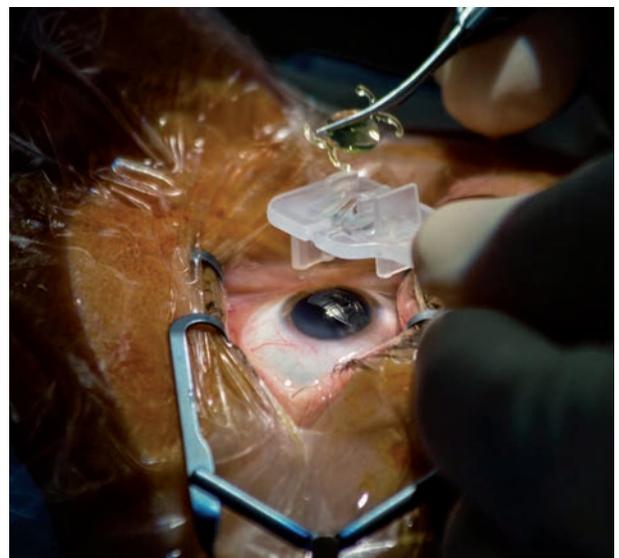
¿Cuál es su experiencia con las lentes Trifocales FineVision?

Tras bastantes centenares de casos implantados, da tranquilidad comprobar que los resultados se mantienen en el tiempo y que la tolerancia es muy buena.

Estas lentes facilitan la estabilidad y se adaptan muy bien al sistema óptico del ojo.

¿Es cierto que podría ser una buena solución para el astigmatismo?

Estas lentes tienen la posibilidad de corregir un astigmatismo, cuando existe. Con ayudas quirúrgicas hoy en día se logra un posicionamiento de la lente, con lo que se logra una corrección de cualquier defecto óptico con una enorme precisión.



Momento de la colocación de la lente.



El Dr. Durán en la consulta con una paciente.

¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES DE LAS LENTES TRIFOCALES?

Quando decidió operarse, ¿por qué apostó por implantarse lentes Trifocales FineVision?

Yo notaba disminución visual y dependencia progresiva de las gafas para todas mis actividades. Ya no se trataba solo de leer, sino que las necesitaba para hacer la compra o ver las espinas del pescado. Además, no daban con una graduación con la que me sintiera cómoda. La sorpresa fue ver que mi hermana se había operado y la veía funcionar sin gafas. Fue entonces cuando me informé, fui a una consulta y salí convencida.

Las lentes Trifocales FineVision me permiten realizar prácticamente todas las actividades sin gafas.

¿Podría explicar como las lentes Trifocales FineVision han cambiado y mejorado su día a día?

Las lentes Trifocales FineVision que me implantaron me permiten realizar prácticamente todas las actividades sin el uso de gafas, lo cual supone un aumento en la calidad de vida. Por lo visto, el diseño trifocal

Lente trifocal Medical MIX.



EL PACIENTE

cubre prácticamente todas las distancias y eso hace que haga mis actividades libre de gafas. Ya no se trata solo de la lectura, sino el móvil, las etiquetas, el ordenador, etc. Tengo unas gafas para cerca, pero casi olvidadas. Las usé hace unos meses para ver un prospecto con letra muy pequeña, pero mi vida la hago sin gafas de forma satisfactoria.

La cirugía fue muy sencilla para mí: no dolorosa y con anestesia local.

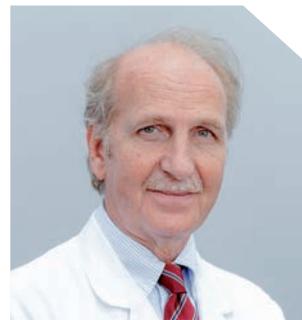
La operación en qué consiste, como fue ¿Es dolorosa, dura mucho tiempo?

La cirugía fue muy sencilla para mí: no dolorosa, con anestesia local y el tiempo de quirófano no supero la media hora. Del quirófano directamente me fui a casa sin apenas molestias. Ese día tuve la visión algo emborronada pero al día siguiente estaba muy bien. Ya me había advertido la doctora que al principio vería unos reflejos alrededor de los focos de luz, pero se me fueron pasando en poco tiempo.

¿Recomendaría estas lentes a un amigo, familiar, compañero de trabajo?

Sin duda recomendaría la intervención con estas lentes a cualquier persona a la que el uso de gafas le suponga un inconveniente. Claro que habrá casos diferentes al mío y tendrá que ser el especialista el que haga la recomendación para cada caso.

Agradecemos la amabilidad de A.O.G. (69 años) por ofrecerse a responder nuestras preguntas.



Dr. Juan Durán
de la Colina
Director Médico
del ICQO

THEALÓZ[®] DUO

EL ÚNICO BIOPROTECTOR CELULAR PARA EL OJO SECO^{1,2}

5 AÑOS

BIOPROTECTOR CELULAR TREHALOSA

MAYOR PERMANENCIA CARBÓMERO

0% CONSERVANTES 0% FOSFATOS

TREHALOSA THEALÓZ DUO JULIO 2017 Avalada por DEWS II

Thealoz Duo
Trehalosa 3%
Hialuronato de sodio 0,15%
3 meses de uso*

Thealoz Duo Gel
Trehalosa 3%
Hialuronato de sodio 0,15%
Carbómero 974P 0,25%

Théa
let's open our eyes

1. Jones L, et al. TFOS DEWS II: Management and therapy report. The Ocular Surface 2017; 575-628. 2. Dataview IMS 06/2019.* Tras la apertura del envase. Los productos descritos en este material cumplen con la legislación vigente de productos sanitarios. No utilizar en caso de alergia a alguno de los componentes. Thealoz[®] Duo: raros casos de irritación ocular moderada; Thealoz[®] Duo Gel: puede sufrir irritación ocular leve, aunque es muy poco frecuente.



¡Recupera la luminosidad de tu piel sin cirugía!

Si estás pensando en hacerte un tratamiento de rejuvenecimiento facial pero no quieres pasar por quirófano, elige los nuevos tratamientos de la clínica oftalmológica líder del País Vasco.

Nuestros innovadores tratamientos de rejuvenecimiento facial sin cirugía combinan la infiltración facial personalizada de diversas sustancias cuyo objetivo es suavizar los pliegues de expresión, rellenar arrugas y favorecer la hidratación y nutrición de las capas profundas de la piel. El rostro recupera tono, juventud, hidratación y tersura conservando su expresividad natural.

ICQO Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

Pide cita, lo verás claro.

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

www.icqo.org



URGENCIAS

SALUD OCULAR

El Dr. Castiella durante una consulta.

ENTREVISTA Dr. Castiella, Oftalmología General, Urgencias ICQO

Siempre hay gente en el ICQO que puede ayudar en la urgencia donde el tiempo transcurrido desde el inicio del problema es primordial: como mínimo una recepcionista, una ATS y un óptico.

¿Hay un equipo humano específico dedicado a las urgencias en ICQO?

Paso urgencias todos los días salvo los fines de semana y las fiestas. El lunes por la tarde las ve el Dr. Recalde. Si por algún motivo no estoy, los compañeros se encargan de sustituirme dentro del horario. Siempre hay gente en el ICQO que puede ayudar en la urgencia, como mínimo una recepcionista, una ATS y un óptico. Al trabajar con oftalmólogos especialistas en áreas específicas, las urgencias que requieren tratamiento inmediato en una subespecialidad se pueden derivar a ellos, si están en ese momento en el centro.

¿Cuál es la urgencia oftalmológica más común?

El ojo seco, la blefaritis y las moscas volantes (miodesopsias es el término médico). También se ven

muchos orzuelos. En algunos momentos hay epidemia de conjuntivitis adenovíricas y se ven muchas.



Instalaciones de Urgencias.

¿Qué tipo de urgencias graves se pueden atender en un día normal en ICQO?

Un desprendimiento de retina, donde el tiempo transcurrido desde que se ha producido cuenta para el pronóstico de la cirugía, úlceras infecciosas corneales en portadores de lentillas, difíciles de controlar en muchos casos, las uveítis...

¿Cuál es el protocolo establecido en ICQO para atender una urgencia?

El paciente debería llamar, si puede, para conocer el horario de la urgencia, ya que en determinados momentos del año quizá no haya servicio por la tarde o alguna mañana, aunque la mayor parte de los pacientes llegan al Instituto sin haberlo hecho. Se registran sus datos para abrirles historia si no han estado antes en el centro o se busca ésta si ya han acudido previamente y se les remite a la consulta de urgencias.

¿Qué media de urgencias llegan a diario a ICQO?

De 30 a 50 pacientes.

¿Sabemos los pacientes diferenciar una situación de urgencia de la que no lo es?

Realmente no. Un ojo rojo no quiere decir siempre conjuntivitis. Una hemorragia subconjuntival, por ejemplo, es una patología que asusta al paciente y que no suele precisar tratamiento. Algunas personas llevan con molestias varias semanas y eligen los días antes de irse de vacaciones para intentar solucionarlas. Otros creen tener una conjuntivitis e incluso se están medicando por ello, cuando no la tienen y necesitan otro tipo de tratamiento.

El ojo seco, la blefaritis, las moscas volantes y orzuelos son las urgencias oftalmológicas más comunes.

A veces se peca de ir muy pronto a la urgencia y otras muy tarde. ¿Cuáles son sus recomendaciones?

Cuando se trata de afecciones que evolucionan rápidamente en el tiempo, una pérdida de visión brusca, un ojo rojo con secreción o dolor, entonces deben acudir pronto a la urgencia, lo mismo que cuando se trata de un ojo único que molesta o pierde visión. Si el proceso lleva varios días de evolución y se trata de un enrojecimiento sin mucha molestia o una pérdida de visión de evolución lenta, entonces se puede esperar o pedir una consulta para hacer una evaluación completa.

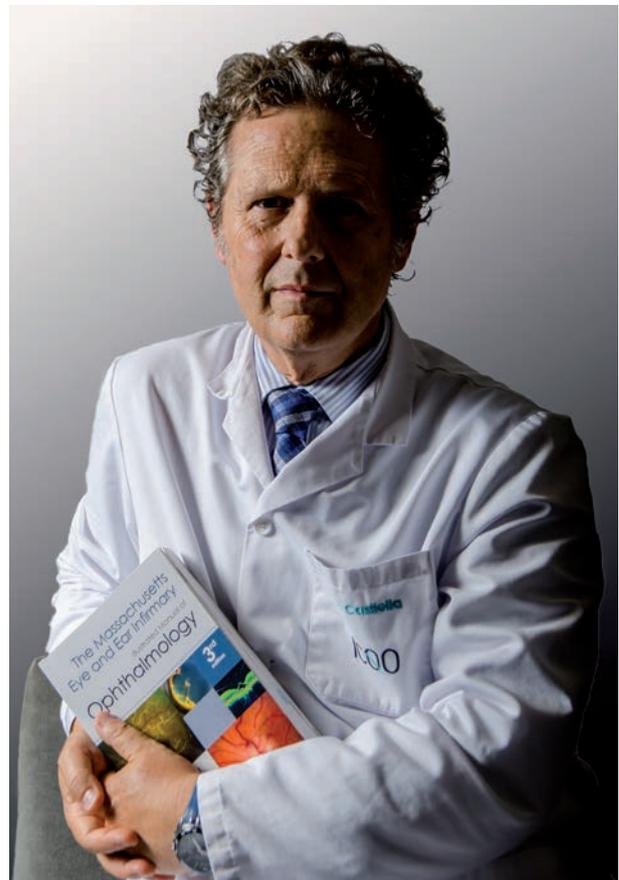
Vemos que en ICQO hay un horario establecido para las urgencias. ¿Qué hacer si al paciente le urge la asistencia médica fuera de ese horario?

Hay pacientes que quieren ajustarse al horario al límite y llegan cuando se va a acabar de pasar consulta. Seguro que vas a un banco o un comercio en el filo del horario de cierre y no te dejan pasar ya. Hay que venir con tiempo pues a veces hace falta dilatar el ojo y eso tarda bastantes minutos.

Llegan a urgencias ICQO, a diario, de 30 a 50 pacientes, de media.

Cuando acuden fuera del horario y el proceso lleva varios días de evolución o no tiene dolor, puede esperar a la tarde o al día siguiente.

Si tiene la mala suerte de ser un fin de semana, un puente o que le suceda durante la noche, entonces no tendrá otra solución que acudir al servicio de urgencias del Hospital de Cruces, el único que está disponible con oftalmólogos en esos casos.



Retrato del Dr. Castiella

SOLIDARIDAD

BOLIVIA CAMPAÑA DE CATARATAS

REPORTAJE Olatz Ciscar y Teresa Petuya, enfermeras ICQO



Un día, en quirófano, el Dr. Durán nos propuso ir a Bolivia para la campaña de cataratas. Después de sopesar pros y contras, nos animamos, así que el 24 de julio cogimos las maletas y el material quirúrgico, y nos fuimos dirección Bolivia, junto con Juan Durán.

En el aeropuerto nos encontramos con Luis Fiz, una persona maravillosa, amigo de Durán, que se animaba a venir con el grupo e iba a colaborar con otra ONG. Aprovechamos la noche para volar y a las cinco de la mañana llegamos a Santa Cruz, capital de Bolivia. Allí nos esperaba la **Dra. M^a Elena Monpetit**, ya estábamos el equipo completo de la aventura.

De allí fuimos en avión a Trinidad. Trinidad nos recibió con un día de invierno, que nos dijeron que solo había tres días de invierno, pues ese era el día, y nosotros con ropa ligera y preparados para el calor. Allí nos esperaba en una ranchera la **señora Rose Mari**, que lleva Caritas, con **Juan**, el conductor.

Para empezar la aventura, nos subimos en la ranchera en la parte de fuera, la libertad que dan estos países en los que, todavía, no está todo lo bueno prohibido. Contentos como niños, allí íbamos, los cinco con todas las maletas, algo apretados pero emocionados.

Nos llevaron al hotel a dejar las maletas y sin tiempo para más fuimos a Cáritas que es donde la Fundación Mirada Solidaria hace su labor. Teníamos que operar esa tarde porque llevábamos Tissel, el pegamento orgánico, que debe estar congelado y si no pierde su eficacia.

Llegamos a Cáritas que es un pequeño grupo de casitas bajas rodeadas de algo de jardín. Cada casita es una especialidad, vimos ginecología, enfermería y, al fondo, oftalmología. Los pacientes ya nos estaban esperando en la puerta. Esto hacía cierta ilusión, pensando: "¡Qué bien! ya empezamos nuestra labor humanitaria", pero, por otro lado, el cansancio de no

haber dormido y viajado unas veinte horas. Entramos en la zona de oftalmología, un lugar austero y discreto pero limpio y estaba bien. Luego ya fuimos al quirófano y eso ya era otra cosa.

Primero, el vestuario con uniformes de diferentes tallas y colores. El quirófano era una sala blanquecina azulada por las luces fluorescentes con un olor a formol súper fuerte que te hacía llorar, una camilla frenada por un cartón y un microscopio algo antiguo. En ese momento piensas "¡Qué hago aquí!", pero esto duró dos segundos, porque nos miramos entre nosotras y, sin hablar, nos dijimos: ¡podemos!. Y allí sacamos fuerzas de flaqueza y con la ilusión de solucionar el problema a las personas que estaban fuera, empezamos a operar Pterigiums, que era la cirugía que teníamos ese día y todo fue bien.

**Con el equipo que íbamos,
y el que había allí, hacía que
todo eso mereciera la pena.**

Al día siguiente, nos levantamos y en la cafetería del hotel nos juntamos los cinco para desayunar y charlar un rato relajado. Luego cogimos el moto taxi, que era muy divertido, para ir a Cáritas. Llegamos a quirófano y empezamos a operar las cataratas. El primer día fue duro, teníamos catorce cataratas, todo era complicado, empezamos a las ocho y media y acabamos a las diez. Al día siguiente fue todavía más tarde, esos días fueron un poco cuesta arriba.

Pero no todo era malo, las condiciones eran complicadas y estábamos cansadas por el jet lag, pero con el equipo humano que íbamos, y el que había allí,

hacía que todo eso mereciera la pena y operábamos con buen rollo y con ilusión, que es lo más importante para hacer cualquier cosa.

Cada mañana, al entrar al centro, nos recibían con un abrazo muy bonito y te daba la calidez que nos faltaba. Veíamos a los pacientes operados el día anterior súper agradecidos y con esto equilibraba la balanza para estar a gusto.

También decir que el momento de la comida era muy especial. Comíamos allí en Cáritas, tenían una maravillosa cocinera que cada día nos ponía comida casera y con mucho cariño. Aprovechábamos para juntarnos todos en ese momento para charlar relajadamente como en familia. También venía nuestro amigo **Luis Fiz** y nos contaba las aventuras de su día.

Esto te da una sensación de satisfacción. El grupo no podía haber sido mejor.

Al acabar a la noche en los quirófanos también aprovechábamos y nos íbamos a cenar por ahí, cada noche una aventura, desde cenar en casa del **Dr. Héctor**, el oftalmólogo, que está allí en Cáritas, y probar huevos de tortuga, hasta un karaoke de Bolivia. Y a todo íbamos todos nosotros y la gente de Cáritas. El **Dr. Durán** siempre incluye el viaje a San Ignacio de Mojos, como excursión obligada de cada campaña, y este año también lo hicimos, y entendimos porqué lo hace. El domingo le dejamos libre, es decir, las cirugías de ese día las repartimos entre otros.

Ese día fui muy especial, fuimos toda la cuadrilla; nosotros cinco, los de Caritas y sus familias. La excursión resultó muy variopinta y especial. Todos con mucha ilusión de enseñarnos su país. Nos dividimos por coches, en el nuestro íbamos **Héctor** con su novia, el hijo de ella, **Luis Fernandito**, que iba en el portamaletas pero a gusto y, atrás, íbamos los cuatro del equipo. A **Durán** le toco otro coche. De camino vimos cocodrilos, capibaras, un oso hormiguero, pasamos en barcaza porque la carretera está cortada por un río,... Allí en San Ignacio nos llevaron a una laguna donde todo el mundo estaba allí bañándose y disfrutando, vimos una puesta de sol increíble. Y todos, tanto los familiares que venían como los de Cáritas, querían que estuviéramos a gusto y estaban súper agradecidos de nuestra presencia allí. Esto te da una energía muy bonita y una sensación muy agradable.

El último día de quirófano fue muy especial. Los primeros días venían pacientes que pagaban algo, gente que tenía dinero pero no como para operarse



Distintos momentos de la experiencia.

allí, porque es prohibitivo. Caritas lo que hace es poner precios asequibles a quién puede pagarlo para luego hacer otras labores sociales.

Pero el último día operamos a las personas sin recursos y eso fue duro emocionalmente pero muy gratificante. La gente no tenía nada, pero el agradecimiento era tan de corazón que nos sentíamos enormemente pagadas.

Acabamos el viaje los cinco magníficos y volvimos a Santa Cruz, descansamos un día en un hotelazo y allí pudimos saborear la aventura vivida.

Así que este viaje a Bolivia ha merecido la pena, hemos trabajado mucho pero hemos podido conocer a personas maravillosas y hemos vivido aventuras divertidas e intensas. Esto te da una sensación de satisfacción. El grupo que hemos ido no podía haber sido mejor.

Para terminar, dar las gracias a la Fundación Mirada Solidaria y al ICQO por habernos permitido vivir esta experiencia, tan bonita como dura, pero esas aventuras son las que hacen crecer como persona.

ERIKA VÁZQUEZ MÁXIMA GOLEADORA ROJIBLANCA DE LA HISTORIA

19

ENTREVISTA ICQO



La jugadora en las instalaciones de Lezama.

Erika Vázquez Morales, delantera del Athletic Club, donde lleva ya 15 temporadas desde que arribara del Lagunak en la campaña 2004/05. Una trayectoria solo cortada en la 2010/11 donde jugó en el RDC Espanyol de Barcelona. La delantera navarra atesora 3 ligas en su palmarés. Es, además, la máxima goleadora de la historia rojiblanca femenina con 259 goles en su haber.

Es una de las capitanas del equipo. ¿Qué supone para usted?

Es un orgullo. Vestir la camiseta de este club es algo único, el brazalete es una responsabilidad y el reflejo de un compromiso de muchos años. No recuerdo concretamente el primer día que lo llevé, porque somos en el equipo cuatro capitanas y cuando no está una, lo coge la siguiente. Estos últimos partidos me ha tocado más veces y he intentado hacerlo lo mejor posible.

¿Qué pesa más la responsabilidad o el orgullo de serlo?

Pesa más la responsabilidad, aunque en realidad no pese mucho. En el fondo se trata de transmitir unos valores, los que quiere transmitir el equipo y los valores que la gente quiere ver en nosotras.

¿Qué le transmite el número 19 que porta?

No tenía un significado especial, pero ahora lo tiene todo. Voy unida a él, me falta tatuármelo, me lo tatúe

en la planta del pie y se me borró (risas). En otros clubs había llevado el 9 y aquí estaba ocupado. Cuando me retire siempre será un número especial para mí.

¿Cómo cree que puede ir esta temporada?

Este año nos está costando un poco más arrancar, pero el equipo está bien, está comprometido. Es verdad que la Liga está cada vez más competitiva. De la temporada pasada a esta ha dado otro saltito de calidad y, si no me equivoco, hay 109 jugadoras extranjeras.

El brazalete es una responsabilidad y el reflejo de un compromiso de muchos años.

Como en el fútbol masculino, el del Athletic es el caso único. ¿Es cada vez más complicada la

competición por los numerosos fichajes que hacen el resto de equipos?

Los equipos se refuerzan mucho, nosotras sabemos dónde estamos, lo que tenemos, y eso nos tiene que hacer más fuertes. Todas las jugadoras pueden jugar en cualquier equipo, pero no todas pueden jugar en este y eso nos hace especiales. Pese a las derrotas la gente se sigue identificando mucho con nosotras y eso es siempre gratificante.

¿De qué manera han vivido las futbolistas del Athletic Club el paulatino proceso de profesionalización del fútbol femenino emprendido hace varios años por la entidad? ¿Cómo se ha visto reflejado esto en su día a día?

En el club se han ido haciendo las cosas muy bien, paso a paso, pero los pasos que se daban eran firmes y se ha apostado desde siempre. Llegué aquí sin cobrar nada y me sentía profesional. Es cómo te lo tomes tú y eso depende de cómo te traten y aquí me han tratado siempre fenomenal. Tenemos, por ejemplo, el privilegio de poder estar con un contrato de ocho horas y todos los servicios del club a nuestra disposición.



No todas las jugadoras pueden jugar en este equipo y eso nos hace especiales.

Paralelamente, gracias a su trabajo en Lezama, ha tenido usted relación con la cantera. ¿El hecho de que haya más equipos y de que la estructura haya crecido es síntoma de la importancia que se da en el Athletic al fútbol femenino?

Antes teníamos tecnificación, pero las chicas más jóvenes se perdían muchos entrenamientos entre semana. Si sabemos que nuestro fuerte es la cantera, tenemos que apostar por ello. Y en eso también se han dado pasos muy importantes desde hace varios años. Trabajar en una idea común desde pequeñas es importante y sabiendo que hay que valorar lo que tenemos, porque esto no es lo normal.



Tenemos el privilegio de tener un contrato de ocho horas y todos los servicios del club a nuestra disposición.

A ese respecto ¿qué les diría a esas niñas que desde la categoría infantil acuden a entrenar a Lezama y ven en su equipo un sueño?

Les diría que luchen por lo que más quieren, que cada día es una oportunidad para ser mejores, para



Erika Vázquez en un momento de la entrevista.

aprender y que no pierdan la ilusión. Ahora tienen algo que, ojalá, hubiéramos tenido en su día.

Volviendo a su desempeño habitual, ¿qué recuerdos guarda del último título liguero conseguido por su equipo en la temporada 2015/16? ¿Le gustaría repetir aquel recibimiento?

Muy buenos recuerdos. He ganado cuatro Ligas y de esa tengo un recuerdo muy especial, porque pasaron nueve años desde la penúltima y ahí es cuando realmente ves todo el esfuerzo que hay que hacer. Sabemos que lo vamos a tener muy complicado para poder volver a ganar otra, porque peleas con pre-

ENTREVISTA

supuestos y clubes que hacen equipos para ganar Champions. Por eso, para mí, fue el premio a muchos años de trabajo de mucha gente, no solo de las que estábamos en el campo.

Este verano han ganado el Trofeo Ramón de Carranza, si bien la novedad es que se trataba de la primera edición en la que era disputado por equipos femeninos. ¿Cómo fue la experiencia?

La verdad es que fue una experiencia muy chula. Es un torneo de prestigio, que se celebraba por vez primera con equipos femeninos y contra equipos de prestigio. El ambiente fue increíble y el modo en el que se volcó la afición nos hizo sentir como en San Mamés.

¿Algo que le quede pendiente futbolísticamente hablando?

Muchas cosas (más risas) Soy de las que pienso que cada día es una oportunidad nueva para aprender y crecer como futbolista.

Aún le queda un año más de contrato, ¿hasta cuándo le gustaría seguir en activo?

Por gustarme, muchos años. Cuando ya vas cumpliendo una edad lo más importante es que te respeten las lesiones. Cuando me llegue el momento lo sabré, porque tu cuerpo te dice "hasta aquí".

En un plano más general, ¿a qué tiene y a qué puede que aspirar el fútbol femenino?

Ahora cualquier equipo te puede ganar. Eso es lo bonito de la Liga, es lo que venimos reclamando desde hace tiempo, ser profesionales, que nuestro fútbol tuviese más visibilidad, que los medios apostasen más por nosotras. Es verdad que hoy en día hay un

conflicto que, por el bien de todas, esperemos se solucione cuanto antes. Creíamos que estábamos ganando algo y ahora hemos ido un poco para atrás. Si es verdad que se ha encendido la mecha, aunque tarde en comparación a otras ligas, pero en tres o cuatro se ha dado un salto brutal y hay que aprovecharlo.

Sabemos que lo vamos a tener muy complicado para poder volver a ganar otra liga.

Ser deportista profesional supone mucho esfuerzo y muchos viajes. ¿Qué tal lleva lo de viajar tanto?

Lo llevo bien. Es parte de lo que te toca y hay que reconocer que el club siempre ha intentado cuidarnos al máximo a la hora de viajar.

¿Qué porcentaje de atención, si se puede cuantificar, destinan las deportistas profesionales al cuidado de la salud más allá de los entrenamientos? ¿Considera importante hacerlo? ¿Por qué?

Al final ser profesional requiere ser profesional las 24 horas, no solo es entrenar, también desayunamos y comemos juntas. Es la apuesta continuada de la que hablábamos y el profesional tiene que responder, aquí y fuera en el descanso, en la alimentación, en la salud en general, para poder estar mejor y si quieres alargar tu carrera deportiva es aún más importante.

¿Es paciente de ICQO? ¿Ha sido alguna vez tratada por nosotros?

Vine hace unos años a un revisión y la verdad es que me trataron de maravilla.

Erika Vázquez,
junto al arco de San Mamés





EL CENTRO

DEPARTAMENTO I+D+i INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

ENTREVISTA ICQO

El departamento de I+D+i, referente en investigación oftalmológica en Euskadi, está integrado por Ainhoa Bilbao, farmacéutica y bioquímica, y Vanesa Freire, doctora en biología.

¿Pueden explicarnos cuáles son sus funciones más detalladamente?

Buena pregunta, nuestras funciones son variadas y muchas veces desconocidas... aunque no sea tarea fácil, intentaremos resumirlas.

Desde nuestro departamento se gestionan todos los temas relacionados con la investigación que se desarrolla en el instituto. Por ello, nuestras funciones son muy variadas y no se limitan a la parte experimental. Nuestras tareas comprenden desde la parte más imaginativa (buscando nuevos objetivos o retos sobre los que trabajar y diseñando proyectos) hasta la más burocrática (revisando contratos, redactando informes o buscando financiación).

Ciencia y ética deben ir de la mano.

Ciencia y ética deben ir de la mano y, en nuestro caso, damos visibilidad a esta unión en el ICQO. Trabajamos a diario con temas de ética en la investigación pero también colaboramos con la parte clínica. Nos encargamos de asegurar que todos los proyectos de investigación que se desarrollan en el centro cuenten con la aprobación externa del comité de ética correspondiente y, por otro lado, estamos trabajando junto a otros compañeros para poner en marcha un comité interno de ética asistencial.

También somos responsables de elaborar los tratamientos personalizados que nuestros especialistas prescriben a sus pacientes, como los colirios autólogos (SA o PRGF), entre otros.

Otra función que nuestro departamento ha desarrollado tradicionalmente es la organización, coordinación y acreditación de la docencia que se imparte en el centro.

En general, estamos abiertas a todos los retos que nos propongan.

Entendemos que la formación continua del personal en este departamento es primordial.

Sí, por supuesto. La medicina en general y la oftalmología en particular avanzan a gran velocidad, por ello debemos mantenernos al día. La formación es inherente a nuestro propio trabajo... sería imposible trabajar en esto si no actualizáramos nuestros conocimientos continuamente.

Estudiar y trabajar de manera continua para intentar encontrar nuevas soluciones para los pacientes. ¡Menudo reto!

El estudio es una de nuestras herramientas de trabajo. La ciencia al servicio del paciente, ese es nuestro reto, y en el ICQO tenemos la suerte de poder poner en contacto ambas cosas día a día. En muchas ocasiones colaboramos con otros científicos que sufren desconexión con la realidad de los pacientes y eso se

EL CENTRO

nota a la hora de enfocar sus proyectos o tomar ciertas decisiones. Nuestra perspectiva es más global y en el punto de mira siempre está el bienestar del paciente.

Cuando se trabaja en este área los proyectos suelen ser largos.

¿En cuántos proyectos de investigación está actualmente trabajando ICQO?

Esa es una pregunta "trampa". Cuando se trabaja en este área los proyectos suelen ser largos y no en todo momento te dedicas a todos con la misma intensidad. Tenemos proyectos en fase de negociación y contratos y otros a punto de iniciarse (como un nuevo ensayo clínico para la DMAE seca, una patología que aún no tiene tratamiento). En fase experimental tenemos, entre otros, 3 ensayos clínicos para diferentes patologías de retina, un programa RETOS para el desarrollo de un nuevo bioadhésivo y un estudio de liofilización de hemoderivados para optimizar la conservación de colirios. En fase de recogida de datos y análisis de tenemos, por ejemplo, un proyecto sobre retinosis pigmentaria y también varios ensayos clínicos. En estos últimos, el paciente recibe la medicación durante 1 ó 2 años pero se sigue trabajando en las bases de datos y con los resultados durante mucho más tiempo hasta que definitivamente se dan por finalizados.

¿Con qué entidades externas colabora ICQO en estos proyectos?

Las colaboraciones externas son múltiples y cada una sigue su propia idiosincrasia. La investigación actual exige trabajar en red y en colaboración con otras entidades. Actualmente colaboramos con universidades: con la UPV/EHU, en diferentes proyectos con la Facultad de Farmacia y con la de Medicina y con el Instituto de bioingeniería de la Universidad Miguel Hernández de Elche. También con empresas del sector (como AJL) o de ingeniería (como ULMA), centros tecnológicos (como Gaiker).

Las colaboraciones externas son múltiples y cada una sigue su propia idiosincrasia.

¿Cuánto tiempo puede llevar la investigación y estudio sobre un proyecto antes de poder ponerlo en práctica?

Pues eso depende del proyecto, pueden pasar desde meses hasta años. Lo que está claro es que hay que tener paciencia, nada es "dicho y hecho",



El equipo durante un congreso.

todo se madura mucho antes de iniciarse. Como mínimo hay que documentarse, diseñar protocolos, buscar colaboradores y financiación y pasar comités de ética antes de comenzar un nuevo proyecto.

¿Cómo buscan a los pacientes que mejor pueden adaptarse a un ensayo clínico?

Lo primero que hay que tener en cuenta es que para entrar en un ensayo clínico no basta con padecer la enfermedad para la que se está probando el tratamiento. Se busca pacientes con un determinado perfil que está definido en los llamados "criterios de inclusión/exclusión" y que están especificados en el protocolo del ensayo. Estos criterios son estrictos e invariables, por ello la experiencia del oftalmólogo es muy importante ya que son ellos quienes, en sus consultas diarias, identifican a los pacientes que podrían tomar parte de un ensayo clínico.

Ver que los resultados han sido satisfactorios es para nosotras un premio a nuestro trabajo.

Una vez pre-seleccionados y tras entender todo lo relacionado con el estudio, los pacientes deben dar su consentimiento por escrito y no quedarse con ninguna duda. Entonces se realizan las pruebas requeridas y se revisan exhaustivamente los criterios de inclusión y exclusión antes de incluir definitivamente al paciente en el ensayo.

Pensemos que los ensayos clínicos en los que trabajamos se desarrollan simultáneamente en un gran

número de centros (generalmente a nivel europeo) y todos debemos trabajar siguiendo las mismas pautas. No hay margen para la improvisación.

El equipo investigador en el ICQO lo formamos varios profesionales (Dras./Dres., Ópticos y enfermeras/os...) Nosotras nos encargamos de coordinar al resto del equipo, de la custodia y asignación de los tratamientos, de la recogida y gestión de datos y de asegurar que todo se realiza según el protocolo.

¿Qué se siente cuando el resultado de un ensayo clínico es favorable?

Satisfacción por poder ayudar a alguien dotándole de un medicamento en el que en ocasiones no es accesible por ninguna otra vía. Ver que los resultados han sido satisfactorios es para nosotras un premio a nuestro trabajo.

Que nos dejen de llamar "laboratorio", esto lleva a los pacientes a confusiones.

Siendo la vista uno de los 5 sentidos del ser humano, resulta imprescindible cuidarla. ¿podemos estar tranquilos con todo lo que se está avanzando en la investigación oftalmológica?

Sin duda sí, desde hace unos años hasta aquí los avances que se han llevado a cabo en el campo de

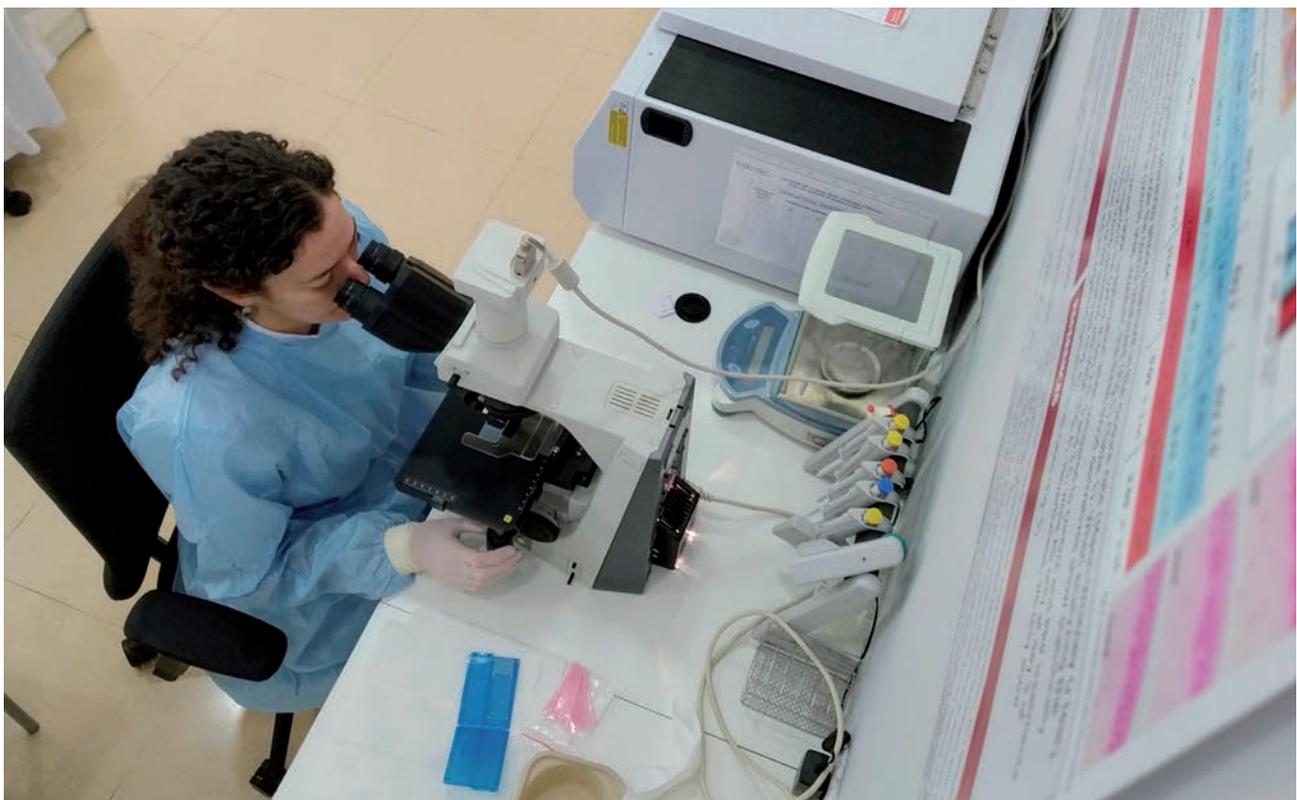


Experimentación in vitro.

la oftalmología han sido enormes. Y aunque todavía queda mucho camino por recorrer y muchos retos que superar, como en el caso de la Degeneración macular asociada a la edad que constituye la primera causa de ceguera legal en mayores de 65 años, son muchos los fármacos y nuevas técnicas que se han desarrollado en los últimos años.

Una confesión: algo con lo que estén trabajando en el laboratorio y que se les está resistiendo algo más de lo esperado

¡Que nos dejen de llamar "laboratorio" y nos llamen "departamento de I+D"! Ja, ja, ja... No, de verdad, los compañeros nos han llamado "laboratorio" tradicionalmente y esto lleva a los pacientes a confusiones, suelen creer que hacemos análisis de sangre.



BAJA VISIÓN: CÓMO TRATAR Y GUIAR A LAS PERSONAS AFECTADAS

\\ BILBAO JUEVES ICQO



Parte del equipo del ICQO en la formación/sesión junto a miembros de Retina Bizkaia Begisare.

Trabajando en un Servicio de oftalmología como es el ICQO, con frecuencia tenemos que atender a personas con baja visión. Se consideran personas con baja visión aquellas que tienen dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana a causa de alteraciones en la vista y cuya limitación no puede resolverse ni por medios oftalmológicos ni ópticos. Los profesionales del ICQO nos preguntamos realmente cómo ven estas personas y cuál es la forma más adecuada de dirigirnos a ellas, ayudarlas y guiarlas.

Por ello, la Dra. **Arantza Uliarte**, Presidenta de la Asociación Retina Bizkaia Begisare, el pasado 26 de Octubre impartió una formación en nuestro Instituto donde los profesionales del ICQO, resolvimos todas nuestras dudas sobre cómo ayudar y guiar mejor a las personas con baja visión dentro de nuestra clínica y en la vida diaria.

Además, gracias a las gafas de realidad Virtual que simulan baja visión los asistentes a la formación pudimos ponernos durante unos minutos en la piel de las personas con baja visión. Con las gafas de realidad Virtual se puede ver simulando 9 síntomas diferentes que provocan baja visión como por ejemplo la pérdida de la visión lateral (periférica), que causa "estrechamiento concéntrico del campo visual".



CONGRESOS DESTACADOS

\\ ICQO

Como todos los años los profesionales del ICQO tomaron parte en el **Congreso Anual de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO)** cuya 95ª edición tuvo lugar en Madrid de 25 al 28 de Septiembre. Una vez más, nuestros oftalmólogos pudieron nutrirse de una formación continuada de calidad para dar una mejor atención a nuestros pacientes.

Paralelamente al congreso médico, se celebró también en Madrid el **XIX Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF)**. La coordinadora de enfermería del ICQO y miembro de la junta directiva de la SEEOF, **Anayansy González**, acudió junto con otras enfermeras de toda España para dar visibilidad a su trabajo diario.



Anayansy en el Congreso de la SEEOF.

A nivel europeo, también tuvieron lugar otros dos congresos de gran relevancia en el ámbito de la oftalmología. El primero de ellos fue el **19º Congreso de EURETINA** (La Sociedad Europea de Especialistas en Retina) del 5 al 8 de septiembre en París, cuyo objetivo es promover el intercambio de conocimientos entre los especialistas europeos en vitreorretina y mácula. Y el segundo de estos dos congresos, también con sede en París, fue el **37º Congreso de la ESCRS (European Society of Cataract & Refractive Surgeons)** del 14 al 18 de septiembre y que tiene como finalidad promover la educación y la investigación en el campo de la cirugía implanto-refractiva en la práctica oftalmológica.



El Dr. Durán en el Congreso de ESCRS.



Momento de ponencia celebrada en Munich en septiembre.

ÚLTIMOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DMAE SECA

ICQO

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad caracterizada por lesiones degenerativas progresivas en la mácula, responsable de la visión central. La enfermedad se clasifica en dos subgrupos generales: la DMAE seca o atrofia geográfica y la DMAE húmeda.

En lo que respecta a la DMAE seca afecta a más de 5 millones de personas en todo el mundo, siendo la forma más prevalente de la enfermedad. Si se realiza un diagnóstico temprano de la enfermedad, se puede tomar alguna medida para ayudar a retrasar el avance de la patología, como tomar suplementos vitamínicos, tener una dieta saludable y no fumar. Pero hasta el momento, no existe un tratamiento para la DMAE seca, hay una carencia total de fármacos para tratarla. De ahí el gran interés que suscitan los ensayos clínicos que poco a poco van surgiendo para testar posibles tratamientos para esta patología.

Con motivo de la puesta en marcha en nuestro centro de un nuevo ensayo clínico para el tratamiento de la DMAE seca, nuestras dos profesionales del Departamento de I+D, **Ainhoa Bilbao** y **Vanessa Freire**, asistieron a una reunión de investigadores (Investi-

gator Meeting), que se celebró en Munich el pasado mes de septiembre. En este caso, el tratamiento en investigación es el fármaco APL-2 de la farmacéutica Apellis Pharmaceutical. El Investigador Principal que dirigirá el ensayo clínico en el ICQO será el **Dr. Iñigo Corcóstegui**, y otra parte del personal del Instituto como médicos, enfermeras u ópticos formarán parte del equipo investigador.

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).

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