PRIMAVERA | VERANO
2015

ICQO

LAS PERSONAS DR. IÑIGO CORCÓSTEGUI ■ **20 ANIVERSARIO** TUVIMOS UN SUEÑO ■ **ESPECIALIDAD** DR. IÑAKI RODRIGUEZ ■ **ENTREVISTA** MARTA URIARTE, DIRECTORA GERENTE PUENTE BIZKAIA ■ **SOLIDARIDAD** TERESA GUILARTE, DELEGADA NORTE MEDICOS SIN FRONTERAS

05

Virgen de Begoña 34 • 48006 BILBAO • 944.733.545 • e-mail: info@icqo.org • **www.icqo.org**

MEDICALMIX

PASIÓN POR LA OFTALMOLOGÍA

CONOCE LA NUEVA TECNOLOGÍA TRIFOCAL

TRES DISTANCIAS FOCALES EN UNA SOLA LENTE

UNA NUEVA TECNOLOGÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

FineVision supone un gran avance en el tratamiento de la Catarata, la Presbicia o vista cansada, la Miopía, la Hipermetropía y el Astigmatismo con un solo procedimiento seguro y fiable, mejorando la calidad de visión e independencia de las gafas en todas las distancias.

FINEVISION Toric

TRIFOCAL + TÓRICA

www.medicalmix.com

Dr. GONZALO CORCÓSTEGUI

Director Médico del ICQO.
Profesor Titular de Oftalmología de la UPV/EHU

Este editorial tiene un significado especial para mí y todos los componentes del ICQO, ya que es el punto de partida para un año muy especial, año en el que se cumplen los 20 años de la Institución.

Nació con una idea clara de asistencia de calidad y, tempranamente se fue dotando de los medios más modernos para poderla llevar a cabo.

Durante estos años se fueron incorporando numerosos Oftalmólogos al proyecto, así como, personal de enfermería y demás componentes que se han volcado en sus parcelas para lograr la excelencia en la asistencia como objetivo.

Desde aquí quiero agradecer a todos los miembros de esta Institución (casi 60) su entrega sin reservas a los objetivos del ICQO.

También desearía agradecer la confianza depositada por todos los pacientes, que a lo largo de este tiempo, hemos atendido.

Deseo que en los próximos 20 años sigamos en la misma línea de entrega y dedicación que los 20 años pasados.

SUMARIO

04 **LAS PERSONAS** Dr. IÑIGO CORCÓSTEGUI

08 **20 ANIVERSARIO** TUVIMOS UN SUEÑO

10 **NUESTROS EQUIPOS** PERIMETRIA COMPUTERIZADA /...

12 **TRIBUNA ABIERTA** IMEX: IMPLANTE KAMRA

14 **ESPECIALIDAD** Dr. IÑAKI RODRIGUEZ

16 **ENTREVISTA** MARTA URIARTE, DIRECTORA PUENTE BIZKAIA

19 **TRIBUNA ABIERTA** MEDICAL MIX: ENTREVISTA DR. JUAN DURAN

20 **CARTAS Y SUGERENCIAS**

22 **CONSEJOS** ¡NO TE OLVIDES DE CUIDAR DE TUS OJOS!

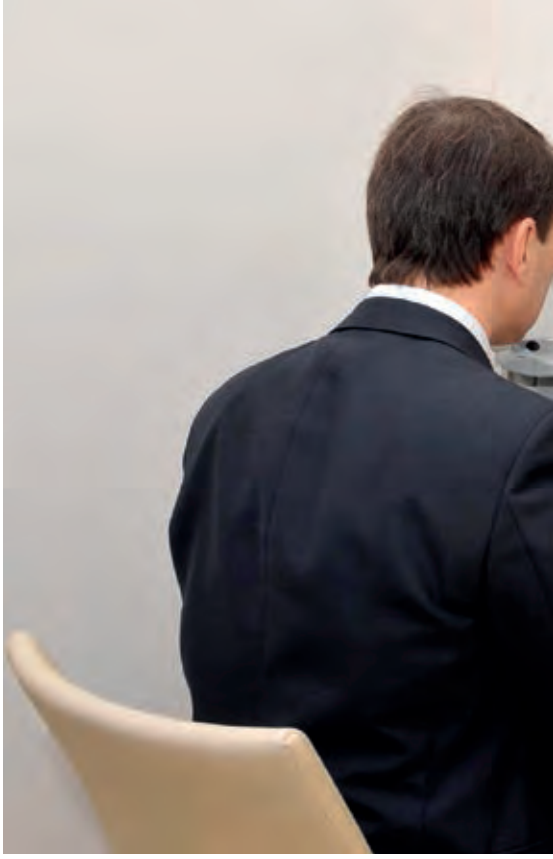
24 **SALUD OCULAR** LA VISIÓN EN LA CONDUCCIÓN

26 **SOLIDARIDAD** TERESA GUILARTE DELEGADA ZONA NORTE MEDICOS SIN FRONTERA

28 **INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA** COMITE DE ÉTICA ASISTENCIAL ICQO

30 **AGENDA**

EDITA. Instituto Oftalmológico ICQO. • FOTOGRAFÍA. ICQO e Innova Mk. • PERIODISTA INNOVA MK. Jon Torre.
DISEÑO Y MAQUETACIÓN. Innova Mk. • COORDINACIÓN EDITORIAL. Innova Mk. • IMPRESIÓN. Gráficas Irala.
Revista dirigida al profesional sanitario.



DR. IÑIGO CORCÓSTEGUI
ESPECIALISTA EN RETINA VÍTREO Y SEGMENTO POSTERIOR

Entrevista // **Jon Torre**

Vinculado al ICQO desde el año 2007, desarrolla su actividad, sobre todo, en el tratamiento de enfermedades de la retina. Enfermedades potencialmente graves, como el desprendiminento de retina o la degeneración macular asociada a la edad, que pueden llevar a la ceguera. Enfermedades que se abordan con una cirugía compleja y que hace que el perfil del paciente y su relación con él sea especial.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES PREOCUPACIONES CON LAS QUE LLEGA EL PACIENTE A SU CONSULTA?

Hablando de la degeneración macular, que es la enfermedad que más frecuentemente veo, la principal preocupación es si se va a quedar ciego. Y lo primero que les explico en la primera consulta es que no se van a quedar ciegos. El concepto de ceguera en la calle se relaciona con el estar en una habitación a oscuras, con el no ver nada, con no tener ninguna percepción visual. Y eso es raro, prácticamente no ocurre, salvo en casos extraordinarios muy avanzados.

¿EN QUÉ CONSISTE LA DEGENERACIÓN MACULAR?

La degeneración macular es una degeneración y muerte de las células de la parte central de la retina, que es la parte más importante, la parte que nosotros utilizamos para mirar una cara o leer una letra. De tal manera que ven una mancha en el centro, pero todo lo de alrededor lo verían. Dista mucho de ser ciego. Aunque sí es una incapacidad profunda.

¿QUÉ TRATAMIENTO TIENE?

Frenamos la enfermedad, para que esa pérdida se pare. La respuesta al tratamiento no es igual en todos los pacientes. Hay pacientes que conseguimos que mantengan la visión prácticamente toda su vida. Recibiendo más o menos inyecciones al año. Y hay pacientes que a pesar de las inyecciones pierden visión, pero lo que iban a perder en semanas lo pierden en años. Esa es la diferencia.

¿CUÁL SON LAS ÚLTIMAS NOVEDADADES EN EL TRATAMIENTO DE ESTAS PATOLOGÍAS?

Aunque están en una fase inicial de desarrollo, y por lo tanto son fármacos con un elevado coste, la revolución en la retina ahora mismo se está produciendo con la aparición de tratamientos útiles para la degeneración macular asociada a la edad, la principal causa de ceguera en pacientes mayores de 55 años. El tratamiento consiste en el desarrollo de nuevos fármacos que inyectados dentro del ojo frenan la enfermedad. Y también para la diabetes, el edema macular y la obstrucción de vena retiniana. Hasta ahora no había nada, esto ha sido lo último, la revolución de la oftalmología.

¿QUÉ ES LO QUE MÁS SATISFACCIONES LE DA DE SU PROFESIÓN?

Las dos cosas que más llenan de la

DR. IÑIGO CORCÓSTEGUI CRESPO

profesión son: primero los éxitos en pacientes con enfermedades graves, que saben valorar la situación, y están agradecidos. Esa es la mayor satisfacción ver que la vida de una persona va a ser mejor durante muchos años por el tratamiento que ha recibido. Yo creo que eso es un premio que tenemos los médicos y los cirujanos. Es una cosa muy valiosa que no se puede cuantificar.

Y la segunda, la satisfacción intelectual del conocimiento, del saber y de esa responsabilidad que tenemos de estudiar. Son horas de trabajo y de dedicación pero luego te da la satisfacción de conocer las cosas…

EN EL ICQO EN GENERAL SE PONE ESPECIAL ÉNFASIS EN LA INVESTIGACIÓN Y EL CONOCIMIENTO…

La investigación te abre muchas puertas, no económicas, pero sí intelectuales. Pensamos que es una parte importante de nuestra actividad y la valoramos muy positivamente. De ahí el perfil de profesionales que elegimos. Prentendemos que los compañeros que trabajen con nosotros tengan el máximo nivel de formación, que hayan terminado por supuesto toda la especialidad y valoramos positivamente la tesis doctoral y la formación en el extranjero. Ahora mismo todos los directivos del centro son profesores de universidad y todos tenemos la tesis doctoral y todos impartimos un promedio de una charla o dos charlas al mes tanto en España como en el extranjero.

¿A QUÉ NIVEL ESTAMOS EN EL PAÍS VASCO Y EN EL CONJUNTO DE ESPAÑA EN LA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA?¿HAY MUCHA DIFERENCIA CON EL EXTRANJERO?

Estamos entre las comunidades más desarrolladas. El nivel es bueno. En mi opinión se puede tratar todo aquí.

Aunque pienso que la mejor medicina se está llevando a cabo en Estados Unidos, con centros punteros a nivel mundial. En Europa también hay médicos de buena calidad, pero en Estados Unidos nos superan mucho en organización y en estructura docente. Tienen un sistema de formación extraordinariamente bueno. Y también tienen muchos medios para desarrollar proyectos de investigación y para ayudar a la formación de médicos jóvenes.

¿CÓMO VALORA LA PROLIFERACIÓN DE LA "SANIDAD EN CADENA" DE LOS ÚLTIMOS AÑOS EN ESPAÑA?

Desde el punto de vista profesional, con temor. Se está produciendo una mercantilización de la medicina con muchas cadenas que ofrecen sólo determinados productos que son lucrativos. Y que ven al paciente no como tal, si no como un negocio. Aquí atendemos a muchos pacientes a los que tenemos que solucionar problemas que provienen de empresas con otra filosofía enfocada sólo en la economía. Por eso pienso que el resolver un problema oftalmológico o atender a una cuestión de tu salud es muy distinto que el ir a comprarse un coche o que ir a comprarse cualquier otra cosa. Nosotros al ser muchos, podemos ofrecer un abanico amplio de soluciones, pero sobre todo basadas en la atención y en la calidad.

"Hacer que la vida de una persona sea mejor durante muchos años es mi mayor satisfacción"

EN PRIMERA PERSONA

"Me gusta mucho tocar la guitarra, va conmigo a todos los lados"

DOS AÑOS EN COLUMBIA

"Estudié la carrera en la Clínica Universitaria, hice mi residencia y mi tesis doctoral allí, después estuve trabajando en la Clínica IMO en Barcelona, haciendo un Felow que es como una superespecialización en retina, durante dos años y luego estuve también dos años en la Universidad de Columbia en Nueva York, también en el campo de la retina. Después, ya en el 2007, cuando terminé vine aquí".

CUARENTA AÑOS BIEN APROVECHADOS

"Nací en Bilbao. En 1975. Casado. Desde hace 10 años (se sorprende). Tengo dos niños. Uno de cinco años y otro de tres años. Son buenos pero son unos terremotos increíbles"

CORCÓSTEGUI, DE LA 5ª

"Tengo la fortuna de pertenecer a la saga de los Corcóstegui. Soy la octava generación de médico y la quinta de oftalmólogo. Creo que es la saga de médicos más larga que hay, pero el especialista en esto es mi padre, que le encanta…"

SI CIERRA LOS OJOS Y VUELVE A LA NIÑEZ...

"Yo me crié en Las Arenas en Getxo. Iba al colegio Gaztelueta. Fueron unos años buenísimos. Si cierro los ojos veo a mis hermanos, a mis padres, y a los grandes amigos que todavía tengo, que son de aquí de toda la vida. Muchos están fuera, vienen en Navidad o en verano y seguimos manteniendo el contacto"

EL MAYOR DE CUATRO HERMANOS

"Somos cuatro hermanos (Una chica y tres chicos). Soy el mayor… el único que ha hecho medicina. Probablemente mis hermanos veían

como trabajaba mi padre, veían las horas que metía y no querían saber nada de esto. Han elegido otra cosa y yo he sido el engañado que lo he cogido (risas). No me puedo quejar porque soy extraordinariamente afortunado."

ALGO DIFERENTE A OFTALMÓLOGO....

"Realmente nunca, el ejemplo que vi de mi padre y de mi tío Borja, que también es oftalmólogo, fueron importantes para mí. La verdad, nunca me he planteado hacer una cosa distinta. A los trece o catorce años pensé que me gustaba e hice esto".

UNA JORNADA LARGA

"Me levanto como a las siete menos diez o así, tengo que hacer unos ejercicios porque tengo un poco mal la espalda. Desayuno fuerte porque sé que probablemente casi no pueda comer. Una vez que entro en la clínica siempre aparecen cosas y es difícil sacar el hueco. Llego a la clínica aproximadamente a las ocho y cuarto y ya estoy aquí hasta que se termina. Depende del día. La hora habitual de salida son las ocho pero siempre hay algún día que sales a las diez y media. Lo habitual de lunes a viernes es eso. Es entrar de noche y salir de noche… cuando es invierno."

FIN DE SEMANA PARA FAMILIA Y AMIGOS..., SI SE PUEDE

"Luego intento guardar el cien por cien del fin de semana para mi familia y para mis amigos. La mayoría de las veces sí consigo respetarlo. Hay veces que no. Cuando se acerca alguna reunión importante y tengo que preparar y hay presión porque hay gente muy buena y me van a preguntar… entonces tengo que cancelar eso también. Pero lo habitual es que sí. "

PARA DIVERTIRSE: FAMILIA Y TOCAR LA GUITARRA

"Estar con la familia, con mis hijos… es fantástico. Y luego me gusta mucho tocar la guitarra. Toco en una banda. Los miércoles me voy de aquí directo al ensayo. Tocamos dos horas o tres y nos vamos a casa. Los miércoles reservado para eso.

La guitarra, la música... Siempre he sido muy melómano. Desde los doce, trece años empecé a tocar la guitarra. Mi madre toca la guitarra clásica impresionante, tiene una formación brutal. Yo nunca he tenido formación. Lo que más me gustaba más era el rock y ahí empecé a tocar la guitarra. Y la guitarra me la lleve a Nueva York, a Barcelona, me la he llevado a todos los sitios, va conmigo a todos los lados. A veces cuesta, pero la banda y tocar la guitarra es una fuente de satisfacción muy importante. Una vez cada dos meses damos algún conciertillo en algún local de Bilbao.

Tocamos blues, rock de los 70, cosas así. Es una excusa para tomar una cerveza con los amigos".

TUVIMOS UN SUEÑO

Fue una lluviosa tarde de 1992 cuando nos reunimos el Doctor Juan Antonio Duran de la Colina y yo, decididos a dar un giro importante en nuestra vida profesional. Coincidíamos en el deseo de realizar una Oftalmologia más actual, acorde con los tiempos y que a la postre nos permitiera trabajar mejor, y por ende, ofrecer mejor asistencia a nuestros pacientes.

Ambos habíamos tenido ya una dilatada trayectoria profesional, que nos había llevado a conocer diferentes centros de Europa y Estados Unidos, y que nos mostraban un modelo de hacer Oftalmología en equipo, lo cual permitía un conocimiento más profundo de las diferentes parcelas de la especialidad y por ello una asistencia más superespecializada.

Coincidimos también, en que en el futuro esquema del centro tendría que tener un espacio importante tanto la investigación como la docencia.

Con esta idea de modernidad, encontramos un edificio construido en el año 1902, que tras ser residencia de un naviero, había acabado siendo restaurante y por entonces estaba medio abandonado.

Tras los preceptivos permisos comenzamos la remodelación de la antigua casa y la construcción del edificio que la abraza, culminando las obras a finales de Octubre de 1995.

Recuerdo muy bien cuando entramos el 2 de Noviembre de 1995 a visitar a los primeros pacientes, que las pareces rezumaban humedad por la reciente obra y que tras estropearse la recién estrenada calefacción, y pasar casualmente en esa fechas una ola de frio polar por Bilbao, tanto los pacientes como nosotros pasamos aquellos días iniciales ateridos de frio.

Comenzamos el doctor Juan Duran y yo con los equipos básicos y con el personal auxiliar de 6 personas que aportábamos de nuestras antiguas consultas.

Al cabo de dos años inauguramos toda la planta de quirófanos y cirugía refractiva, y hace solo siete años se inauguró toda la planta superior que nos permitió ampliar las consultas y el auditorio para las labores docentes.

El número de oftalmólogos y personal fue creciendo progresivamente siendo actualmente casi 20 el número de médicos y 41 el número de personal paramédico: Ópticos, Enfermería, Mantenimiento, Administración, Personal Auxiliar y Limpieza. Todos ellos forman un gran equipo sobre el que se basa la asistencia en esta Institución. Es como un reloj, en el cual, cualquier pieza, se vea o no, tiene necesariamente que estar ahí para su funcionamiento.

La actividad asistencial médico-quirúrgica en estos años se ha ido desarrollando progresivamente, así como la dotación con el equipamiento más actual y sofisticado, todo lo cual nos ha llevado a estar a la altura de los mejores centros de referencia de la especialidad. Cubrimos todas las Subespecialidades de la Oftalmologia: Polo anterior, Glaucoma, Oftamopediatría, Retina-Vítreo, Cirugía refractiva, Oculoplástica, Úvea y Baja Visión, estando al frente de las mismas oftalmólogos con una trayectoria profesional destacada dentro de su área de trabajo.

Este proyecto durante estos 20 años ha dado también sus frutos en la vertiente docente y educativa. Por una parte desarrollamos un Convenio con la Universidad del País Vasco, lo cual nos permite colaborar con ella en los temas de docencia e investigación. Por otra parte, el ICQO ha desarrollado durante estos años una actividad científica destacada, estando presentes sus miembros en numerosos foros nacionales e internaciones. Se han desarrollado varias patentes, numerosas ponencias, cursos, publicaciones a nivel nacional e internacional, así como numerosos estudios multicéntricos sobre todo a nivel europeo, en muchos de los cuales actualmente estamos participando.

Y no quiero acabar sin referirme a la Fundación Mirada Solidaria (Begirada Lagunkidea Fundazioa) que teniendo su sede en el Instituto desde el año 2002, mantiene actualmente tres clínicas Oftalmológicas para gente sin recursos en Bolivia y Ecuador a donde generosa y periódicamente viajan los diferentes miembros de la Institución.

Es por ello por lo que podemos estar orgullosos todos los miembros que formamos esta gran familia ya que, el objetivo del trabajo bien hecho durante estos 20 años buscando la excelencia, se ha logrado plenamente en mi opinión.

Yo desearía para el ICQO al menos otros 50 años de buena asistencia y asimismo, similar confianza a la que nos han demostrado nuestros pacientes hasta la fecha.

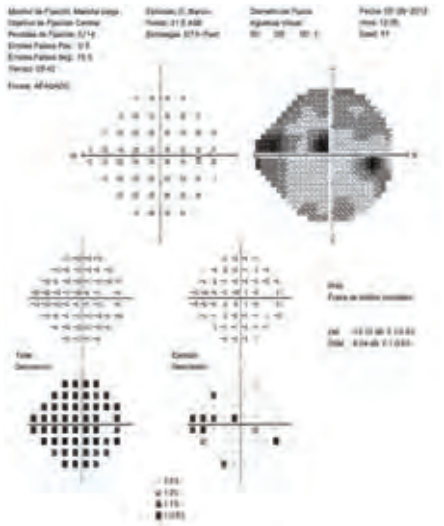
Es por ello que podemos decir que el sueño que tuvimos hace 20 años se ha hecho realidad.

> "Gracias de corazón a todos aquellos que habéis participado en ello"

AÑO 1905

AÑO 2015. FOTO: Gonzalo Castiella

PERIMETRÍA COMPUTERIZADA



¿QUÉ ES LA PERIMETRIA COMPUTERIZADA?

También llamada campimetría computerizada es la técnica más extendida para explorar el campo visual del paciente. Consiste en mantener la mirada fija en un punto de manera que todo lo que se observa sin desviar la mirada es el campo visual.

Es un estudio mediante el cual se analiza y cuantifica la sensibilidad de la retina del paciente a diferentes estímulos luminosos, que varían en diferente tamaño, intensidad y ubicación.

Al evaluar el campo visual del paciente se pueden detectar alteraciones precoces de la retina, del nervio óptico y de la vía visual. Es fundamental en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con glaucoma, ya que en el glaucoma existe una pérdida de fibras del nervio óptico que se traducen en la pérdida de visión de partes del campo visual.

¿CÓMO SE REALIZA?

Se trata de una técnica no invasiva, se realiza sin dilatación pupilar y con la corrección óptica del paciente. Requiere de una alta colaboración por parte del mismo.

Durante la prueba el paciente va a tener la cabeza apoyada en una mentonera y debe mantenerse en esa posición durante la duración de la misma. En la mano tendrá un botón el cual tiene que pulsar cada vez que aparezca un estímulo (luces) en su campo visual. La duración es variable, entre 5 y 10 minutos por ojo.

¿QUÉ APLICACIONES TIENE?

Nos permite detectar pérdidas de visión periféricas y centrales del campo visual, obteniendo un mapa que puede ayudar en el diagnóstico de ciertas patologías.

Se utiliza en el diagnóstico y seguimiento del glaucoma y de algunas patologías retinianas como la retinosis pigmentaria. También se usa para el estudio de lesiones de la vía óptica, ayudando en la localización de una lesión o un tumor.

Entre otras cosas le permite al oftalmólogo determinar si el tratamiento está siendo efectivo para detener el daño en el nervio óptico en el caso del glaucoma.

¿CADA CUANTO HAY QUE REALIZAR UNA PERIMETRÍA?

En los casos de pacientes con antecedentes familiares de glaucoma o presión ocular al límite, conviene realizar la prueba una vez al año supervisados por su oftalmólogo/a.

Cuando el paciente ya sufre pérdida del campo visual el oftalmólogo/a dictará la regularidad con que deberá realizar el examen pudiendo ser cada pocos meses y complementado con más pruebas.

Es muy importante seguir las pautas del médico ya que la pérdida de visión periférica es difícil de detectar por el propio paciente y una campimetría bien realizada es la única prueba que nos revela el estado de ésta.

TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA

¿QUÉ ES UNA TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA?

La tomografía óptica de coherencia (OCT) es una de las pruebas más utilizadas para obtener imágenes en vivo del fondo de ojo. Nos ofrece la posibilidad de captar imágenes en alta resolución de estructuras retinianas como puede ser la mácula (zona de visión central) o nervio óptico, aumentando la capacidad diagnóstica y de seguimiento de diferentes patologías.

¿CÓMO FUNCIONA LA OCT?

La toma de imágenes con OCT está basada en el uso de luz de baja coherencia proyectada en las distintas estructuras del ojo que según como vayan dispersando o absorbiendo ésa luz nos van proporcionando secciones transversales de las mismas. Por lo tanto necesitamos de medios transparentes para obtener las imágenes, en caso de opacidades como cataratas disminuye la calidad de éstas.

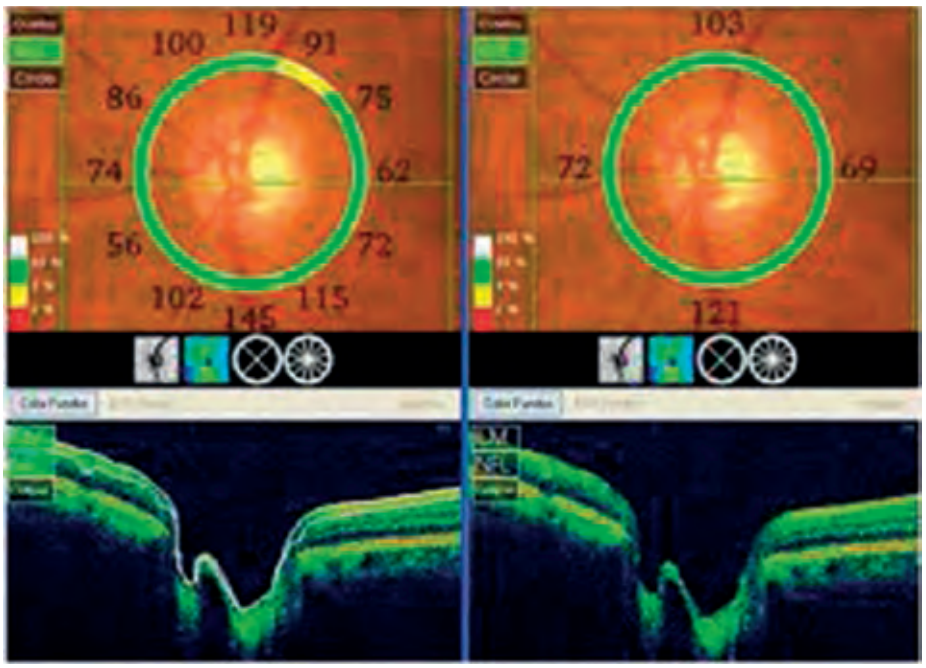
Se trata de una técnica no invasiva, de breve duración y que no requiere una alta colaboración por parte del paciente. Se puede realizar sin dilatar pero en muchos casos la dilatación pupilar nos ayuda a obtener imágenes de mejor calidad.

¿QUÉ OCTs HAY EN EL ICQO?

Actualmente en el Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (ICQO) estamos trabajando con dos diferentes tipos de OCTs, el Cirrus HD-OCT del laboratorio Zeiss y el Spectralis SD-OCT del laboratorio Heidelberg Engineering.

Con ambos la duración del escaneado es breve, el OCT Cirrus es el más utilizado para obtener imágenes del nervio óptico, de gran utilidad en diagnóstico y seguimiento de glaucoma. También cuenta con un módulo para evaluar el segmento anterior del ojo, por ejemplo para examinar la córnea, muy usado en seguimiento de úlceras recidivantes y post cirugía refractiva.

Por otro lado el OCT Spectralis cuenta con un módulo laser azul fluorescente que captura imágenes autofluorescentes del fondo de ojo, útil para examinar por ejemplo arterias y venas retinianas, y cuenta también con una lente de gran angular para examinar retina periférica. Éste módulo también permite realizar angiografías, un examen del flujo sanguíneo en la retina mediante un contraste inyectado al paciente.



OCT

¿EN QUÉ PATOLOGÍAS PUEDE AYUDAR A DIAGNOSTICAR UNA OCT?

La OCT es útil para él diagnóstico en muchas condiciones oculares, cabe destacar su uso en el seguimiento en muchas de ellas como es el glaucoma, detectando cambios en la capa de fibras del nervio óptico, o patologías maculares como degeneración macular asociada a la edad (DMAE), agujeros maculares, membrana epirretiniana, retinopatía diabética,… permitiendo evaluar los cambios en las diferentes capas de la retina.

OTROS USOS DE LA TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA

Uno de los usos actuales de la OCT se da en la conservación de obras de arte permitiendo analizar diferentes capas de pintura.

LIBÉRESE DE LAS GAFAS DE CERCA CON EL IMPLANTE KAMRA®

Texto //// **Imex**

La presbicia es una condición que impide que los ojos de las personas que la sufren puedan enfocar imágenes cercanas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presbicia es, junto con la miopía, hipermetropía y astigmatismo, uno de los errores de refracción más comunes.

Al envejecer, el cristalino pierde flexibilidad y los músculos ciliares encargados de moldear esta lente ven mermada su capacidad para hacerlo, de forma que perdemos capacidad para enfocar los objetos que se encuentren a menos de un brazo de distancia. El remedio usado con más frecuencia, según la AAO (Asociación Americana de Oftalmología) son las gafas de lectura.

Mediante el dispositivo Kamra®, anillo delgado y flexible de tan sólo 3,8 mm de diámetro que se inserta en la córnea con una cirugía de apenas 10 minutos y que precisa tan sólo de anestesia local, un paciente puede librarse de las gafas de lectura para siempre.

¿CÓMO FUNCIONA ESTE SISTEMA?

El sistema está basado en el principio de la pequeña apertura o diafragma estrecho utilizado en fotografía. Con una apertura de diafragma grande y un tiempo de exposición corto, únicamente está en foco el objeto fotografiado, sin embargo con una apertura de diafragma pequeña y un tiempo de exposición más elevado (para que entre más luz durante más tiempo) veremos enfocado tanto el objeto fotografiado como el entorno más cercano y lejano. Se trata de aplicar el mismo principio al ojo, ya que este funciona como una cámara fotográfica, siendo la pupila la que hace las veces de diafragma.

¿CUÁL ES SU PRINCIPAL VENTAJA?

La principal ventaja de Kamra® es que reduce la dependencia de las gafas, permitiendo al paciente realizar la mayoría de las necesidades de visión cercana que precisa en su vida diaria. En situaciones de baja luminosidad o en la realización de tareas prolongadas de cerca (coleccionar sellos, lectura en casa con baja luminosidad, etc); el paciente puede utilizar las gafas de cerca para estar más cómodo. La solución quirúrgica mejor para la presbicia es Kamra®.

¿PARA QUÉ PERSONAS ESTÁ INDICADO EL SISTEMA KAMRA®?

Los pacientes présbitas, que empiezan a padecer los síntomas de este proceso natural de deterioro de la visión cercana, si tienen un ojo sano sin patologías asociadas que puedan contraindicar su implantación y conocen las expectativas que les proporciona esta solución quirúrgica son una gran mayoría. También se pueden beneficiar de la cirugía con Kamra® aquellos pacientes intervenidos de cirugía refractiva con Lasik (miopía, astigmatismo e hipermetropía) hace unos años y que ahora empiezan a notar una pérdida progresiva de visión cercana debida a la presbicia.

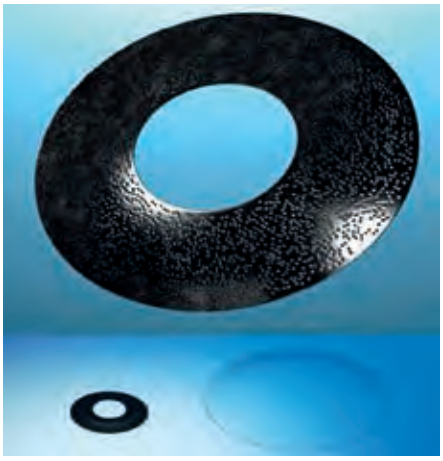
Los pacientes intervenidos de cataratas con lentes monofocales pueden beneficiarse de Kamra® para lograr una ayuda en la visión cercana ya que con la cirugía de cataratas y estas lentes monofocales únicamente se les proporciona una visión correcta de lejos, sin embargo precisan de las gafas de cerca para toda su vida.

¿CÓMO SE REALIZA EL IMPLANTE KAMRA®?

El implante Kamra es un pequeño anillo que simula la pupila natural del paciente pero con una pequeña apertura central de tamaño fijo, lo que amplía la profundidad de foco y por tanto permite ver a todas las distancias. Este anillo se coloca en uno de los ojos en el centro de la córnea, habiendo realizado un pequeño bolsillo con un láser de femtosegundo para poder alojar dicho anillo de forma permanente.

La intervención se realiza de forma ambulatoria, utilizando únicamente unas gotas anestésicas en el momento anterior a la realización de la intervención. Si el paciente precisa una corrección adicional con láser de la visión lejana, esta puede realizarse al mismo tiempo en que se crea el bolsillo corneal. En estos casos, suele dejarse un mes entre la corrección de lejos y la realización del implante Kamra, para poder valorar el resultado refractivo de la intervención de lejos antes de colocar el implante. Una vez posicionado este, se comprueba el centrado y el paciente únicamente deberá seguir el régimen de gotas que le indique el médico, someterse a las revisiones que igualmente le indiquen y empezar a disfrutar cuanto antes de la visión cercana sin necesidad de las gafas de lectura que le proporciona esta técnica.

En los pocos casos improbables de tener que retirar el implante, el anillo puede ser retirado de manera sencilla y las condiciones visuales previas a la intervención se obtienen al finalizar la curación.



Libérese de las gafas de cerca con el implante KAMRA™

Rejuveneciendo la visión cotidiana. Seguro. Probado. Eficaz.

Mientras que sus gafas de cerca y lentes de contacto ofrecen solamente un respiro temporal para su pérdida de visión de cerca, el implante KAMRA™ actúa continuamente para restablecer su visión. Usted verá mejor y disfrutará de estas ventajas en su vida cotidiana.

C/ Charles Robert Darwin 22,
Parque Tecnológico
46980 Paterna (Valencia), España
T. 902 901 514 - F. 902 506 033
www.imex.es

Alameda Bonifácio Lázaro Lozano, 15, 1ºC
2780 – 125 Oeiras – Lisboa
Portugal
T. +351 707 502 000
www.imex.pt

IMEX
@ IMEXonline
IMEX Valencia

IMEX

"Hoy por hoy, sólo la Presión Intraocular (PIO) constituye un factor de riesgo modificable de esta enfermedad"

Dr. IÑAKI RODRIGUEZ AGIRRETXE

ESPECIALISTA EN GLAUCOMA

Entrevista // **Ana Ramos**

El glaucoma es una enfermedad crónica del nervio óptico que da lugar a una pérdida progresiva del campo de visión y que generalmente se debe a un exceso en la presión intraocular (PIO). Su importancia radica en que generalmente, hasta fases avanzadas, cursa de forma asintomática. En la actualidad no tiene un tratamiento curativo pero, mediante la reducción de la PIO, podemos aspirar a enlentecer o incluso frenar la enfermedad.

¿QUÉ ES LA PRESIÓN INTRAOCULAR?

Es la presión resultante del equilibrio entre la formación y eliminación del líquido que rellena la parte anterior del globo ocular, llamado humor acuoso. Su rango de normalidad se encuentra entre 11 y 21 mmHg. La PIO, al igual que las restantes variables del organismo, fluctúa a lo largo del día, pudiendo oscilar entre 3 y 6 mmHg en condiciones normales. Existe a demás un ritmo circadiano de la PIO, de forma que ésta suele ser más alta a primera hora de la mañana y experimenta un descenso paulatino a lo largo del día.

ESTILO DE VIDA Y PRESIÓN INTRAOCULAR

A pesar de que el grado de PIO de un individuo se debe a factores genéticos, diversos hábitos diarios han demostrado una influencia sobre esta variable. Entre estos hábitos algunos favorecen la elevación de la PIO y otros su descenso.

Entre los que suben la PIO destacan la ingesta de café, tocar instrumentos de viento, llevar la corbata prieta, practicar ciertas posturas de yoga y levantar grandes pesos. En general, estos hábitos dan lugar a una elevación leve y poco duradera de la PIO. Así, tomar un café puede determinar una elevación tensional de 1 a 4 mmHg durante 90 minutos. El levantamiento de peso, así como el yoga, han demostrado una elevación leve de la presión con duración inferior a 5 minutos tras desaparecer la causa.

Por otro lado, hábitos de vida como el ejercicio, han demostrado un efecto hipotensor ocular. El ejercicio físico, especialmente si es intenso, da lugar a un descenso de PIO transitorio. A demás, según diversos estudios, la vida sedentaria condiciona niveles más elevados de PIO. Existe controversia con respecto al efecto del alcohol. Así,

Visión Normal - Las imágenes se ven claras

Visión con Glaucoma- Perdida del campo visual..

a pesar de que el consumo de alcohol ha evidenciado un efecto reductor de la PIO, diversos autores han apuntado que su consumo diario favorecería su elevación.

RELACIÓN CON EL GLAUCOMA

A pesar de los datos expuestos, **ninguno de estos hábitos de vida ha demostrado tener un efecto favorecedor o protector en la aparición del glaucoma. Tampoco parece claro que entre los pacientes de glaucoma estos factores jueguen un papel positivo o negativo en la evolución de la enfermedad.**

OTROS FACTORES RELACIONADOS

El consumo de tabaco, a pesar de estar relacionado con múltiples enfermedades generales y oculares como la catarata y la degeneración macular asociada a la edad, no parece tener un papel en la PIO ni en el riesgo de desarrollo de glaucoma.

El descenso de los estrógenos propio de la menopausia conlleva la pérdida del efecto protector que ejercen estas hormonas frente al glaucoma. Por ello, algunos trabajos hablan de una reducción en el riesgo de glaucoma derivada del tratamiento hormonal sustitutivo. Por otro lado, sí parece existir una relación entre la edad de la menopausia y el riesgo de glaucoma, de tal forma que la precocidad en la menopausia aumentaría el riesgo de esta enfermedad.

DIETA Y GLAUCOMA

Diversos trabajos sugieren una relación entre el estrés oxidativo y el glaucoma. La formación de radicales libres en la parte anterior del globo ocular podría derivar en la elevación de la PIO y en el daño en el nervio óptico propio de esta enfermedad. Por ello, la ingesta de alimentos con efecto antioxidante se ha relacionado con una reducción en el riesgo de desarrollo de glaucoma. Sin embargo, diversos trabajos no han demostrado un efecto preventivo de sustancias con efecto antioxidante como los carotenoides, vitamina C y vitamina E.

La ingesta de ácidos grasos omega 3 se ha relacionado, a demás de con la reducción del riesgo cardiovascular, con la reducción de la PIO y el riesgo de glaucoma. Se ha evidenciado que en los países occidentales, con dietas pobres en omega 3, existe un aumento de la incidencia de glaucoma con la edad. Sin embargo, en Japón esta tendencia se invierte con la edad, posiblemente por influencia de una dieta rica en omega 3.

El índice de masa corporal representa el balance entre ingesta y gasto de nutrientes del organismo. Constituye un indicador de riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria. Aunque diversas publicaciones que hablan sobre la relación directa entre este índice y la PIO, por el momento no se ha demostrado que su incremento contribuya al riesgo de glaucoma.

En definitiva, a pesar de la búsqueda de factores causales del glaucoma, **hoy por hoy, sólo la PIO constituye un factor de riesgo modificable de esta enfermedad.** Las causas de este hecho son múltiples. En primer lugar, existen condicionantes genéticos que determinan distintas respuestas entre individuos para cada factor de riesgo. En segundo lugar el glaucoma per se, demuestra gran variabilidad individual. En tercer lugar, la exposición a posibles factores causales es compleja, lo que hace difícil el estudio de cada factor de riesgo de forma aislada.

MARTA URIARTE

DIRECTORA GERENTE DEL PUENTE VIZCAYA

"Es un invento genial que habla del carácter de esta tierra: valiente, decidida y muy creativa"

Entrevista // **Ana Ramos**

Desde 1893 el Puente Vizcaya, uno de los grandes monumentos de la Revolución Industrial y uno de los pocos supervivientes representativos de aquella época, une la localidad de Portugalete, en la margen izquierda, con Areeta, en la derecha. El transbordador del Puente Colgante de Portugalete, como popularmente es denominado, ha llevado de una orilla a otra a millones de pasajeros. Marta Uriarte, gerente de esta entidad vizcaína, nos habla de este símbolo de toda una comarca que además de transporte, es un mirador privilegiado sobre El Abra, gracias a los dos ascensores que dan acceso a una pasarela peatonal que, a 45 metros de altura, permite disfrutar de las vistas sobre la ría y los muelles del puerto de Santurtzi.

EL 28 DE JULIO DE 1893 SE INAUGURÓ OFICIALMENTE EL PUENTE VIZCAYA, EL PRIMER PUENTE COLGANTE TRANSBORDADOR DEL MUNDO. MÁS DE 120 AÑOS DE HISTORIA Y ¿SIGUE GOZANDO DE BUENA SALUD?

Sin ninguna duda. En 2010 se hizo una importante obra de restructuración

PUENTE COLGANTE AÑOS 60.

con la ayuda del Ministerio de Fomento y se sanearon todas las partes dañadas del puente: los yugos, las péndolas, se cambió el color… La reforma era necesaria y gracias a la misma su salud es excelente.

ANTES DE SER DIRECTORA GERENTE FUE DIRECTORA FINANCIERA, ¿DESDE CUÁNDO HA ESTADO VINCULADA A LA EMPRESA?

El proyecto Puente Vizcaya nace de tres empresarios vascos que en 1995 se hicieron cargo de la concesión ya que el transbordador se trata de una instalación portuaria, propiedad de Fomento. Estos tres empresarios valientes, de los que sólo uno queda con vida, tomaron las riendas y le dieron un cambio importante al mismo. Yo soy la hija de uno de ellos y me incorporé a este proyecto en 2009, primero en la dirección financiera y ahora en la gerencia.

¿CÓMO SE GESTIONA UNA ENTIDAD QUE ES A LA VEZ UN EXTRAORDINARIO SERVICIO PÚBLICO, UN SÍMBOLO, UN CONTENEDOR CULTURAL Y FOCO DE TURISMO?

Se afronta con mucho entusiasmo, cariño, valentía y determinación. Decimos que el puente tiene cuatro torres que lo sustentan: por un lado la declaración como Patrimonio Mundial por parte de la UNESCO y lo que ésta representa; su servicio como medio transporte; turismo, somos el tercer motor turístico de Bizkaia después del Museo Guggenheim y el Bellas Artes; y el comercio al por menor en las tiendas que hay en la estructura. Tratamos de aunar estas cuatro torres y hacerlo lo mejor que podemos con mucha imaginación y muchas ganas…

¿LA CRISIS HA LLEGADO AL PUENTE?

Por supuesto que hemos sufrido la crisis. En 1996, seis millones de viajeros utilizaron el transbordador frente a los 3.200.000 actuales y los 460.000 vehículos. La caída ha sido muy importante y responde, entre otros factores, a la apertura de nuevos servicios como el metro, el Puente de Rontegi… Evidentemente, no vamos a quedarnos como algo testimonial porque da un servicio muy importante a ambas márgenes pero no volveremos a tener esos números de viajeros. Por esta razón debemos potenciar sus aspectos simbólicos y culturales, lo que representa para Bizkaia en términos turísticos… De hecho en 2013, recibimos 68.000 visitas.

¿CUÁNDO SE HA PRODUCIDO EL RÉCORD DE TURISTAS?

Al ser declarado Patrimonio Mundial en 2006 recibimos 78.000 visitantes pero en 2007 sumamos 85.000 visitas. Los turistas se quedan impresionados tanto por las vistas como por la estructura en sí misma, muy bella, elegante y que encaja a la perfección en el estuario del río que sería inconcebible sin el puente.

¿CÓMO PONER EN VALOR ESTE SÍMBOLO DE BIZKAIA?

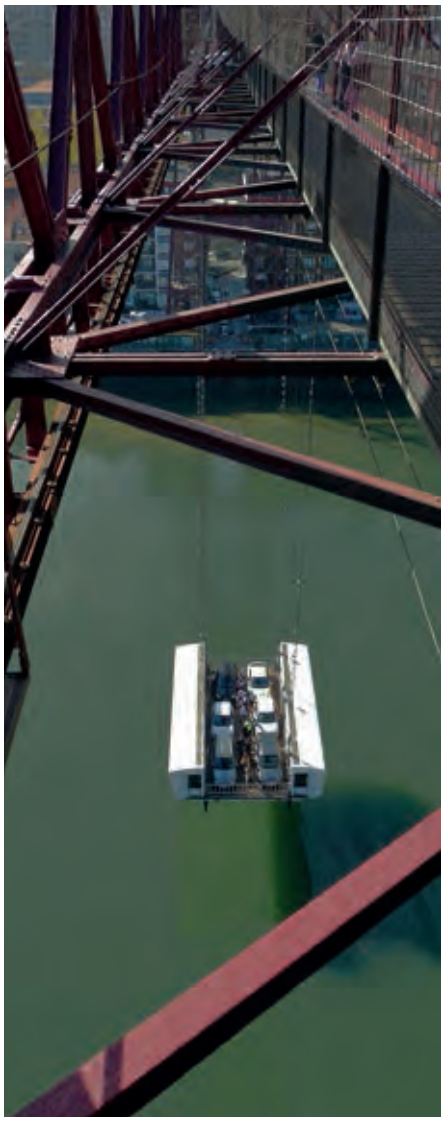
Aunque su principal fuente de ingresos y función es la de transbordador queremos potenciar las otras torres del puente y estamos apostando por que sea conocido primero por los de aquí. Tiene más de un siglo de historia que muchos desconocen. Se trata de un invento genial en una época difícil que habla del carácter de esta tierra: valiente, decidida y muy creativa. El puente es muy querido por toda la comarca y guarda historias interesantísimas que nos gustaría recopilar en un libro.

¿CÓMO CUÁLES?

Desde una avioneta que cruzó por debajo del tablero, intentos de suicidio, historias de amor…

POCOS SABEN QUE ESTUVO A PUNTO DE DESAPARECER DURANTE LA GUERRA CIVIL, ¿ESOS HAN SIDO LOS ÚNICOS 4 AÑOS SIN SERVICIO?

Sí porque desde que se construyó en



PLATAFORMA PUENTE COLGANTE

> "El proyecto Puente Vizcaya nace de tres empresarios vascos, Yo soy la hija de uno de ellos y me incorporé a este proyecto en 2009"

1893 ha funcionado excepto durante esos cuatro años entre 1937 y 1941, cuando ante la llegada de las tropas nacionales se destruyeron todos los medios que permitiesen cruzar el Nervión. Después siempre ha estado operativo y, además, es el único medio de transporte que tenemos en Bizkaia que funciona las 24 horas los 365 días del año.

OTRA PARTICULARIDAD ES QUE UNE DOS MÁRGENES MUY DIFERENCIADAS...

Así es, aunque si nos remontamos a le época de su construcción en aquel momento en Las Arenas no había prácticamente nada, todo eran arenales, mientras que Portugalete era la villa con más fuerza y la población más pudiente que quería cruzar a la zona de balnearios que se localizaba en Ereaga.

OTRA CURIOSIDAD ES SU COLOR VENA HEMATITES ROJA DE SOMORROSTRO EN HOMENAJE AL PASADO INDUSTRIAL DE BIZKAIA Y QUE FUE ELEGIDO POR VOTACIÓN POPULAR.

Cuando hicimos la obra de saneamiento del puente decidimos cambiar su color para evitar la corrosión. Elegimos varias tonalidades vinculadas a la extracción de hierro de la zona y se pintaron las cuatro patas con cada uno de ellas. El puente es de los ciudadanos que tienen que vivirlo y sentirlo como propio por eso se decidió que ellos escogiesen su color.

CON PERMISO DEL ÁRBOL DE GERNIKA HABLAMOS DE UNO DE LOS SÍMBOLOS MÁS CONOCIDOS DE EUSKADI...

Por supuesto y además está vinculado a la época industrial de Bizkaia. Es el icono de lo que significó Bilbao y nos recuerda nuestro pasado creativo, valiente e industrial.

LA UNESCO LO CONVIRTIÓ EN EL PRIMER PATRIMONIO MUNDIAL DE ESUSKADI Y EL PRIMER PATRIMONIO INDUSTRIAL DE ESPAÑA. ¿HABLAMOS DE LOS POCOS SUPERVIVIENTES REPRESENTATIVOS DE AQUELLA ÉPOCA?

Sí, fue el primero de una saga y a raíz de su construcción se levantaron otros. En todo el mundo sólo quedan siete puentes transbordadores.

EN EL PUENTE SE HA CELEBRADO LAS CAMPANADAS DEL 2013, CONCIERTOS DE JAZZ, BERTSOLARIS, ACONTECIMIENTOS DEPORTIVOS... ¿CON QUÉ OTROS EVENTOS NOS SORPRENDERÁN?

Las campanadas se celebraron en un marco inmejorable. Solemos decir que en el puente es posible hacer todo lo que se desee: desde saltos, tirarse en paracaídas, goming, bailes… Buscamos que esté integrado en la vida de ambos municipios y estamos abiertos a cualquier acto o evento. Queremos habilitar las escaleras internas y hacer actividades de tirolina, deportes de riesgo, convertirlo en un puente de aventura.

> "Cuando hicimos la obra de saneamiento del puente decidimos cambiar su color para evitar la corrosión "

ENTREVISTA DR. JUAN DURAN DE LA COLINA

Texto //// **MEDICAL MIX**

¿CÓMO VALORA LA LLEGADA DE LA TECNOLOGÍA DE LAS LENTES TRIFOCALES A LA OFTALMOLOGÍA ACTUAL?

¿Y QUE VENTAJAS APORTA RESPECTO A LAS ANTERIORES LENTES BIFOCALES?

La tecnología trifocal ofrece dos grandes ventajas sobre la tecnología anterior: 1) mejor rendimiento visual en un mayor rango de distancias y 2) menos efectos visuales indeseables percibidos por el paciente.

¿PARA QUÉ TIPO DE PATOLOGIAS ESTA INDICADA ESTA TÉCNICA TRIFOCAL?

En casos de catarata o de cirugía refractiva del cristalino que no desean depender de las gafas para ver. Es crucial un estudio previo exhaustivo para descartar algunas contraindicaciones, como ciertas patologías presentes en el ojo.

LAS LENTES INTRAOCULARES GANAN PESO CADA VEZ MÁS EN EL TRATAMIENTO DE LA PRESBICIA O VISTA CANSADA, ¿ CUÁL ES EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON LA LENTE TRIFOCAL FINEVISION?

El grado de satisfacción es muy alto, yo diría que sorprendente si lo comparamos con las lentes bifocales. La distancia intermedia la gente no la valora a priori pero es casi más importante que la cercana: molesta más tener que ponerse las gafas para ver el móvil o el precio de un producto, o para maquillarse en el espejo que para leer el periódico. Hay que insistir en que para lograr ese buen resultado hay que seleccionar bien los casos y dar una adecuada información previa.

LOS OFTALMÓLOGOS MÁS RECONOCIDOS APUESTAN FIRMEMENTE POR LA TÉCNICA TRIFOCAL. EN UN ÚNICO PROCESO SE SOLUCIONA LA CATARATA, LA PRESBICIA, LA MIOPIA, LA HIPERMETROPIA Y EL ASTIGMATISMO, OFRECIENDO UNA BUENA CALIDAD VISUAL EN TODAS LAS DISTANCIAS VISUALES: LARGA, MEDIA Y CORTA ¿LOS CANDIDATOS AL USO DE ESTA LENTE, SON MAYORES AL OFRECER UNA RESPUESTA GLOBAL?

Hay más candidatos porque se han superado algunos inconvenientes de las lentes anteriores. Como cirujano creo que transmito confianza en esta técnica porque veo los resultados y lo que los pacientes me transmiten. Actualmente cada vez vienen más personas a operarse referidos por los que han lo han sido. Eso evidencia sus buenos resultados. No obstante, hay personas a las que no se les debe implantar: ojo seco severo, alteraciones de la retina, etc.

UNA VISIÓN NATURAL, CON LA VENTAJA DEL TERCER FOCO, LA DISTANCIA INTERMEDIA ¿MARCA UNA DIFERENCIA LA LENTE TRIFOCAL FINEVISIÓN?, ¿ES PARA USTED, LA LENTE DE PRIMERA ELECCIÓN EN PACIENTES QUE LO REQUIERAN?

A día de hoy es mi lente de elección, sin duda. Aparte de las ventajas visuales, el diseño para su fijación ha demostrado una buena estabilidad, lo que evita sorpresas a medio plazo. También hemos observado que los sistemas de cálculo del poder dióptrico son muy precisos. Dicho esto, siempre pueden quedar otras alternativas para las situaciones en las que no se pueden beneficiar de esta solución.

SI QUIERE HACERNOS ALGUNA CONSULTA, PUEDE ESCRIBIRNOS A: **info@icqo.org**

QUISIERA SABER QUÉ TIPO DE MAQUILLAJE NO DAÑA LOS OJOS, TANTO EN CUANTO A MAQUILLAJE, COMO EN CUANTO A SOMBRAS DE OJOS, EYELINER, ETC....ALGUNOS DE ESTOS PRODUCTOS EN OCASIONES ME HAN CAUSADO IRRITACIÓN. ¿ES DAÑINO MAQUILLARSE A DIARIO?

ICQO: En general, los productos naturales y libres de agentes químicos son los mejores para los ojos, especialmente si tiene los ojos sensibles.

Estos no tienen que ser más caros que los productos de gama alta estética.

No es malo maquillarse a diario mientras utilicemos buenos productos, nos desmaquillemos correctamente, y no quede ningún resto del producto en el fondo del saco conjuntival.

No se recomienda utilizar el eyeliner de lápiz a diario por dentro del borde de las pestañas ya que allí se encuentran unas glándulas que lubrican los ojos, La irritación de estas glándulas puede provocar que se note el ojo seco.

TENGO DIABETES Y AUNQUE ME CONTROLO DESDE HACE AÑOS CON UN ENDOCRINO, ME HAN COMENTADO QUE PUEDO PERDER ALGO DE VISIÓN. ¿AFECTA LA DIABETES A LA VISIÓN? ¿EXISTE ALGÚN TRATAMIENTO PARA NO PERDER VISIÓN?

Se recomienda especialmente a las personas diabéticas que acudan a un oftalmólogo para valorar, tanto su visión, como el fondo de ojo. Los especialistas en retina y en retinopatía diabética son los más aconsejados para tratar su caso.

En nuestro Instituto les realizamos anualmente las siguientes pruebas:

- Medición de su agudeza visual
- Examen de fondo de ojo con la pupila dilatada
- En algunos casos se pueden requerir pruebas complementarias como la Angiografía Fluoresceínica (fotos del fondo de ojo utilizando un contraste), o la Tomografía de Coherencia Óptica.

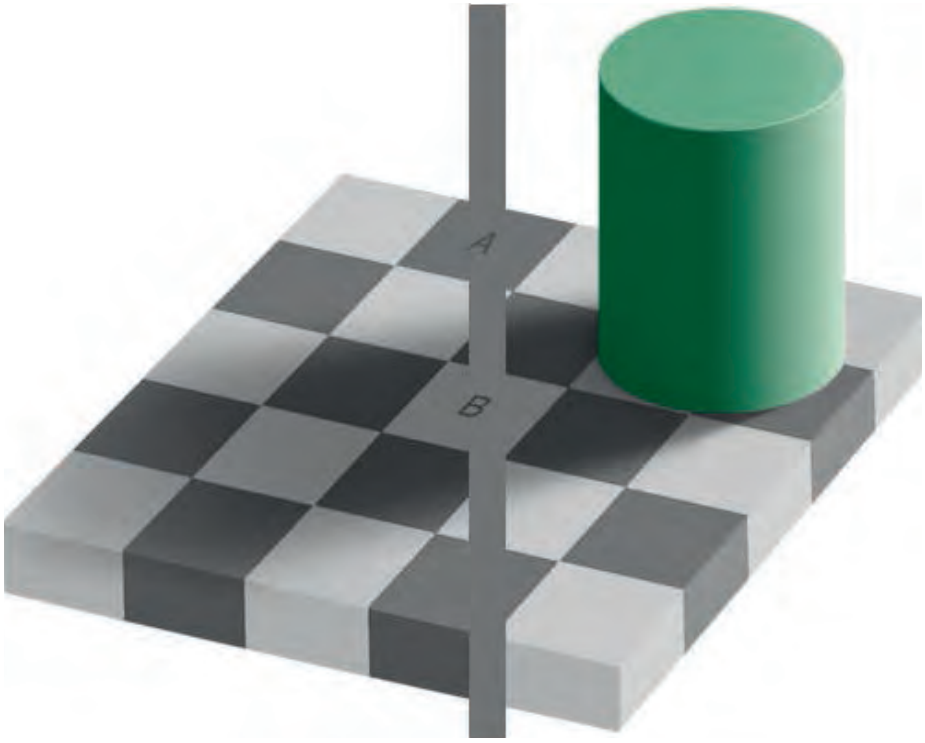
Los tratamientos han de ser siempre personalizados y oscilan entre tratamientos farmacológicos intraoculares, y el láser o la cirugía.

Afortunadamente, con un diagnóstico temprano, revisiones anuales, tanto con su endocrino como con su oftalmólogo, y tratamientos individualizados si fueran necesarios, usted puede disfrutar de una buena salud general y ocular.

LA POLÉMICA DEL VESTIDO AZUL Y NEGRO Y QUE RESULTA SORPRENDENTE QUE UN MISMO VESTIDO, A VECES INCLUSO EN LA MISMA PANTALLA, SE VIERA DE DISTINTOS COLORES. ¿POR QUÉ OCURRIÓ ESTO?

Las cosas por sí solas no tienen un color. El que las veamos de un color u otro depende de cómo sea nuestro detector (la retina) y de todo lo que nuestro cerebro haya aprendido a lo largo de la vida. Los colores en realidad no existen, son percepciones.

Las personas tenemos tres tipos de fotorreceptores (células sensibles a la



Algunas ilusiones ópticas que se pueden encontrar en internet. En algunas de ellas, el cerebro colorea los tonos de acuerdo al entorno de sombras que les rodea. En el caso que aparece a la izqierda, por ejemplo, los cuadrados A y B son en realidad del mismo color (para comprobarlo se puede agujerear un folio que solo permita ver porciones de los cuadrados A y B.

luz), capaces de captar los colores y que reciben el nombre de conos». Estos se concentran en la retina, una especie de pared sobre la que se proyectan las imágenes que llegan a través de la pupila y el cristalino, como si se tratara de una pantalla de cine. Pues bien, existe un sinfín de variaciones que pueden alterar la retina, como la edad, enfermedades genéticas como el daltonismo o la composición del líquido interno del ojo, que pueden cambiar la forma que tenemos de percibir esas imágenes.

Resulta también que el sistema visual es capaz de distinguir más matices entre los tonos claros. Esto podría arrojar pistas a por qué el famoso vestido es azul para unos y blanco para otros. Y es que la fotografía original está saturada de luz y cerca de un umbral en el que el brillo de la tela azul puede ser interpretado como blanco por parte de algunas personas, cosa que no ocurre con fotografías de calidad del mismo vestido.

AGRADECIMIENTO

ESTÁBAMOS DESPLAZADOS EN BILBAO POR UN TEMA LABORAL Y SE NOS PRESENTÓ UNA URGENCIA. ACUDIMOS AL ICQO Y NOS SORPRENDIÓ LA RAPIDEZ CON QUE ME FUE DIAGNOSTICADO MI PROBLEMA (UN DESPRENDIMIENTO DE RETINA) Y LA SOLUCIÓN AL MISMO. EN MENOS DE 24 HORAS YA ESTABA OPERADO.

AGRADECEMOS MUCHO AL DOCTOR Y AL EQUIPO DE ENFERMERAS, AUXILIARES, POR LA RAPIDEZ CON QUE ME REALIZARON LAS PRUEBAS, AYUDA CON LOS PAPELES DEL SEGURO Y ATENCIÓN A LO LARGO DEL PROCESO.

MediBeads

ANTIFAZ HIDRATANTE PARA EL OJO.

El Antifaz Hidratante para el ojo BRUDER es una **forma natural** de tratar el ojo seco crónico , la MGD, la Blefaritis y en la post-cirugía de: catarata, miopía e hipermetropía (Inlay´s). Después de 20-30 segundos en el microondas, se aplica el antifaz sobre los ojos cerrados durante varios minutos. El calor húmedo actua inmediatamente para ayudar a ralentizar la evaporación de la lágrima.

Distribuido por: OftalTech

EN PRIMAVERA Y VERANO. ¡NO TE OLVIDES DE CUIDAR TUS OJOS!

En la época estival, aumentan los problemas oculares. Por eso, al igual que se insiste en la protección de la piel frente a las radiaciones solares, hay que proteger los ojos. Entre los principales factores que pueden dañar los ojos encontramos la alta luminosidad ambiental, la exposición al sol y el cloro de las piscinas, así como las altas temperaturas, la sequedad del ambiente y una deficiente protección a la hora de practicar determinados deportes

Siempre hay que prestar especial atención a los ojos, pero especialmente en verano. Por ello, desde el ICQO te damos algunos consejos para que este año puedas disfrutar del buen tiempo y de la playa sin poner en peligro tu salud ocular.

GAFAS DE SOL, ¡SIEMPRE!

El primer aspecto que no debemos olvidar este verano es la protección de nuestros ojos con unas gafas de sol que nos aíslen de la radicación solar con unos cristales homologados y un buen filtro solar, es decir, compradas en ópticas. Desconfíe de los días nublados. Los rayos solares actúan durante todo el día, haya nubes o no.

MÁS PROTECCIÓN PARA LOS MÁS PEQUEÑOS

El ojo de un niño es mucho más sensible a la luz solar ya que el cristalino no regula del todo la penetración de la radicación. Además, los jóvenes y los niños, en verano permanecen durante más tiempo al aire libre sin ningún tipo de protección en sus ojos. Se recomienda el uso de gafas de sol a partir de los 5 ó 6 años así como el uso de gorros o sombreros y evitar la exposición en las horas de máxima intensidad, de las doce del mediodía a las cuatro de la tarde

LA ALIMENTACIÓN, BUENA ALIADA.

En verano nuestra alimentación es mucho más ligera. Ensaladas, frutas o verduras son los alimentos más consumidos y también son los ideales para cuidar nuestra vista.

Aquellos alimentos ricos en antioxidantes como las frutas tropicales, los cacahuetes, las legumbres o el pescado reducen el riesgo de padecer cataratas, actúan como protectores de la luz y luchan contra los radicales más nocivos para la vista.

¡OJO CON LAS LENTILLAS!

Nos permiten ver en la playa o en la piscina sin necesidad de llevar gafas, sin embargo, en verano nos pueden

ALERGIAS

El descenso de las lluvias que se produce en verano incrementa el número de partículas en suspensión en el aire y genera un ambiente cargado capaz de provocar alergias oculares.

Es importante acudir al especialista en cuanto se empiecen a notar los primeros síntomas de alergia. Hay que tener un cuidado especial con los niños y adoptar la misma medida si nota que tienen los ojos irritados o enrojecidos, incluso sin haber ido a la piscina.

Consejos prácticos para reducir las alergias:

- Las gafas de sol reducen el contacto de los alérgenos con los ojos;
- Poner en el aparato del aire acondicionado un filtro especial para alérgicos;
- Reducir las actividades al aire libre hasta media mañana, ya que antes hay mayor cantidad de polen;
- Utilizar gafas de natación, ya que el cloro empeora las conjuntivitis alérgicas.

generar multitud de infecciones oculares.

Una lente de contacto funciona como una esponja, es decir, en contacto con algún fluido lo absorbe hasta quedar empapado. El agua de la piscina contiene cloro y numerosos antialgas, que no generan ningún tipo de reacción en el cuerpo humano pero sí en los ojos. Si nos bañamos con lentillas, en cuanto abrimos los ojos éstas se empapan de cloro y antialgas y eso se queda en el ojo. Unos microbios que a la larga nos puede provocar infecciones, conjuntivitis o queratitis, la inflamación de la córnea".

Además, el verano es tiempo de fiestas temáticas, en la playa, en la piscina (o simplemente fiestas nocturnas), conciertos de música al aire libre o simplemente tiempo para cenar o tomar unas copas con los amigos en una terracita hasta altas horas de la madrugadas por lo que es importante respetar los momentos de descanso establecidos para las lentillas y la correcta limpieza de las mismas.

HIDRATA EL OJO.

El ambiente seco y los aires acondicionados son uno de los peores enemigos del ojo. Cuando nos encontramos en lugares climatizados, el aire es muy seco y se renueva poco, dos elementos que provocan que la lágrima del ojo se evapore con más rapidez.

Recomendamos tener varios recipientes con agua repartidos por el lugar donde nos encontremos o tener plantas. Nos ayudarán a humedecer el ambiente y evitar que aparezcan las molestias oculares. Es importante cuidar nuestra salud ocular para evitar que se agudice la enfermedad del ojo seco.

"Si tenemos en cuenta los posibles riesgos, y tomamos las medidas necesarias para evitar los sobresaltos disfrutaremos de la primavera y verano.
Si aun así, tenemos algún problema, nunca debemos automedicarnos con colirios sin la supervisión de un especialista.
En el ICQO no cerramos en verano, para seguir atendiéndole si lo necesita."

VISIÓN Y CONDUCCIÓN

La importancia de la visión y de la visibilidad es máxima en la conducción.

"A pesar de la importancia demostrada de la visión durante la conducción, el 25,7% de los españoles de entre 18 y 30 años nunca se ha sometido a un examen visual, por ello desde el ICQO recomendamos las revisiones oftalmológicas anuales para detectar cualquier tipo de problema lo antes posible."

Con defectos graves de visión no podremos circular, y con una visibilidad deficiente asumiremos más riesgos de los necesarios. Mejorar la visibilidad es muy fácil, basta en la mayor parte de las ocasiones con limpiar el parabrisas y los demás cristales del coche, limpiar los faros, sustituir bombillas, etc. En el caso de tener mala visión, debemos ponernos en manos de un especialista, utilizar lentes correctoras, llevarlas en el coche (y un repuesto, también), pero sobre todo debemos ser honestos y no pretender ver mejor de lo que lo hacemos. La humildad, reconocer que no vemos bien, es fundamental para no arriesgar nuestra vida, y la de los demás.

LA VISIÓN EN LA CONDUCCIÓN

Mientras se conduce, la visión es esencial ya que se ve obligada a adaptarse rápidamente a un entorno que, por la velocidad, cambia más rápido que en condiciones normales. Si a esta situación se le añade algún problema ocular, el resultado es el descenso en la seguridad del automovilista.

Para conducir, debe existir un equilibrio entre las diferentes cualidades de la visión (agudeza visual, campo visual, profundidad, color, contraste,…) Es esencial que la agudeza visual sea la mejor posible, es decir que no exista ningún defecto de refracción, ya que el tiempo de reacción desde que se detecta el objeto debe ser el menor posible.

VISIÓN NOCTURNA

Conducir por la noche implica manejar el vehículo en unas condiciones que no son óptimas para la visión, de hecho la proporción de accidentes mortales crece de forma notable durante la noche.

La conducción nocturna exige, si cabe, un mayor esfuerzo visual ya que la noche elimina gran parte de los contrastes, perjudicando el sentido de la profundidad y del movimiento (imprescindibles para evaluar distancias). Si se le añaden condiciones meteorológicas adversas toda precaución será poca.

EL RIESGO POR DESLUMBRAMIENTO

Los **exámenes de conducción** que se realizan en España, a diferencia

VISIÓN DE SEÑALES APROXIMADAMENTE A 10 MTS

de lo que ocurre en otros países, no obligan a comprobar la sensibilidad al **deslumbramiento**.

Por ello, desde el ICQO aconsejamos utilizar gafas de sol y acudir al oftalmólogo si los deslumbramientos dificultan la conducción, ya que podría ser síntoma de un problema ocular y ocasionar un accidente.

Las personas con especial riesgo de deslumbramiento, como aquellas con ojos claros, defectos de refracción o glaucoma, deberían extremar las precauciones a la hora de conducir. En condiciones atmosféricas adversas como lluvia o niebla, no sólo se reduce la visión sino que la luz de los faros se refleja en el agua y crea una sensación de espejo que puede ser muy peligrosa.

LA FATIGA VISUAL

Conducir en ciertas condiciones incrementa la sensación de fatiga visual. Esto se debe a la necesidad de una mayor concentración mental y a que el ritmo de parpadeo se reduce si las condiciones de visibilidad son peores, el tráfico es muy denso o la visión no es óptima. En estas situaciones la superficie del ojo tiende a secarse y esto induce un efecto fatiga. Si además usamos el climatizador con elevada intensidad, la sensación empeorará, más aún si hay un ojo seco previo o se emplean lentes de contacto.

En estos casos, tanto un descanso como el uso de lágrimas artificiales contribuirán a mejorar los síntomas de forma significativa.

CONSEJOS PARA UNA CORRECTA VISIÓN DURANTE LA CONDUCCIÓN

- No espere a la renovación de su permiso de conducción, hágase una revisión de la vista, al menos, una vez al año.
- Si utiliza gafas, mantenga bien limpios los cristales. Se recomienda que estos sean antirreflejantes. Lleve siempre unas de repuesto en el coche.
- Permanezca atento a la aparición de molestias oculares, como lagrimeo o picor de ojos, son los primeros síntomas de somnolencia y cansancio.
- Si detecta alteraciones o pérdida de visión durante la conducción nocturna acuda al oftalmólogo.
- Una limpieza periódica de lunas y parabrisas evitará reflejos molestos.
- Lea las prescripciones de sus medicamentos y no conduzca en el caso de que produzcan somnolencia.

Fuente: Visión y Vida. RACE. ICQO.

"Tener algún defecto en la visión no significa ser una persona con una tara, significa que tenemos un defecto que, afortunadamente, es corregible en la gran mayoría de casos. Y hacerlo salvará vidas."

TERESA GUILARTE
DELEGADA ZONA NORTE MÉDICOS SIN FRONTERAS

Entrevista // **Jon Torre**

EL OBJETIVO DE LA FUNDACIÓN MIRADA SOLIDARIA ES AYUDAR A PERSONAS QUE VIVEN EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO Y NO TIENEN ACCESO A UNA SALUD OCULAR. ¿EN MÉDICOS SIN FRONTERAS TRABAJAN SOBRE LOS PROBLEMAS DE VISIÓN?

No trabajamos específicamente en cirugía oftalmológica como tal, porque hay otras organizaciones mucho más expertas. Nosotros complementamos con otro tipo de proyectos en contextos de emergencias y atención a salud primaria o crisis de epidemias, lo que obliga a trasladar equipos durante más largos periodos de tiempo.

¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECE UN PROFESIONAL EN UN PROYECTO DE MSF?

La media puede estar entre año y año y medio. Pero hay mucha diversidad. Los profesionales que trabajan en MSF están a tiempo completo durante las semanas, meses o años que estén trabajando sobre el terreno. En determinados contextos, por condiciones de vida, por riesgos de seguridad, por nivel de estrés, es el caso de las emergencias muy críticas, pueden estar dos meses, tres meses, seis meses, dependiendo.

MÉDICOS SIN FRONTERAS ¿PERO NO TODO SERÁN MÉDICOS?

Nuestro nombre marca mucho. Pero según en qué proyectos, el personal sanitario es menos de la mitad. Evidentemente tenemos un equipo amplio de médicos y sanitarios: enfermeros, psicólogos (también hacemos programas de salud mental), cirujanos, matronas, epidemiólogos y otros perfiles sanitarios. Pero para que el médico y el sanitario puedan realizar la acción médica necesitan un montaje de infraestructura que en muchos países no está disponible.

¿EN CUALQUIER CASO SE NECESITARÁN IMPORTANTES RECURSOS HUMANOS EN CADA INTERVENCIÓN?

Cómo sección de MSF España desplazamos unos 400 profesionales a terreno. Son cooperantes que parten de su casa y van a un tercer país para trabajar durante unos meses en un proyecto. En cada proyecto también trabajamos con personal del país, unos 4.000 más o menos.

Actualmente estamos trabajando en 23 países. A los que tenemos destinados equipos más grandes, son los países con crisis más complejas y críticas en este momento: Sudán del Sur, República del Congo, República Centroafricana, la crisis de Siria, la respuesta al Ébola –que ha sido muy demandante-, Irak, en América Latina (Bolivia, Colombia, Méjico con todo el tema de inmigrantes), Yemen y otros países…

¿SE PUEDE AFIRMAR QUE LAS CRISIS HUMANITARIAS O DE CARÁCTER ARMADO SON CADA VEZ MÁS COMPLEJAS, TAMBIÉN PARA MSF?

Si miramos sólo 10 años atrás, se puede asegurar que cada vez son más complejas. Antes, los incidentes con nuestros equipos eran muchos menos y más sencillos. Ahora son mucho más complejos de gestionar. Contextos como el de Oriente Medio, de guerra, o una crisis de epidemia terrible como el Ébola…Por ejemplo, en éste último hemos estado desde el principio, y haciendo presión a los organismos internacionales para que enviaran recursos….Y luego está la otra parte que "vayan a hacer allí un trabajo, pero que luego no nos generen un problema aquí…", no podemos dar las espalda a los cooperantes.

Por lo complejo que va siendo el mundo, seguiremos teniendo estos dilemas y otros mayores aún. También esto es un reto: dar a conocer a la sociedad -más allá del número de enfermedades o fallecidos que hay- los retos nuevos que surgen a nivel de trabajo humanitario.

¿ESTA COMPLEJIDAD DE SUS ACTUACIONES TIENE REFLEJO EN LA LABOR QUE DESARROLLA LA DELEGACIÓN DE LA ZONA NORTE CON SEDE EN BILBAO?

Sí. Sin dejar de lado el motivo que llevó a abrir la delegación hace más de 20 años (La proximidad con la sociedad, los socios, los colaboradores, las instituciones y las empresas o entidades que colaboran de alguna manera con MSF).

Ahora, en sintonía con nuestro plan estratégico, nuestra acción va en la línea de seguir divulgando las situaciones y condiciones críticas, antes mencionadas, en las que MSF trabaja. Algunas muy conocidas pero otras muy olvidadas.

Esta labor de divulgación la hacemos desde la proximidad. Con los medios de comunicación, a través de charlas, cine forum, eventuales exposiciones de fotografía, trabajo con las universidades, etc.

¿PARA MSF SERÁ UN IMPORTANTE RESPALDO RECIBIR EL APOYO DE INSTITUCIONES RECONOCIDAS EN BILBAO COMO EL ICQO?

Por supuesto, merece la pena hacer una mención a la colaboración que hay por parte del ICQO en el Concierto Solidario, organizado por "Acordes por la Paz", el 23 de mayo en el Palacio Euskalduna, con música en homenaje de John Lennon, y cuyos beneficios irán a favor de MSF.

> "Sin apoyo de la sociedad aquí, no sería posible nuestro trabajo allá"

También me gustaría recoger un mensaje de agradecimiento y de valorar a todos los socios y colaboradores de MSF en todo Euskadi. Unos 55.000. También agradecer esta confianza que hay en la sociedad. Que incluso en época de crisis contribuye económicamente. Un mensaje de agradecimiento también a los que sin ser colaboradores de MSF, conocen y valoran su trabajo. Yo creo que sin el apoyo de la sociedad aquí no sería posible nuestro trabajo de las sociedades allá.

GALA MUSICAL BENÉFICA

Médicos sin Fronteras

HOMENAJE A JOHN LENNON POR EL 75º ANIVERSARIO DE SU NACIMIENTO

PALACIO EUSKALDUNA, 23 DE MAYO A LAS 20:00 H

La ONG ***Acordes por la Paz*** organiza una gala musical en beneficio de Médicos sin Fronteras. Coincidiendo con el 75º aniversario del nacimiento de ***John Lennon***, se le tributará un homenaje. Para ello contaremos con el grupo original del artista (que también fue de Paul McCartney y de George Harrison) ***The Quarrymen***. También se ha ofrecido a participar la cantante ***Chenoa***, que ya lo ha hecho en otras actividades benéficas. Otros grupos confirmados serán ***The Fakeband, Doctor Flashback y Extrema Urgencia*** (de A Coruña). Todo ello presentado por ***Javier Gurrutxaga,*** quien también participará cantando.

Los beneficios irán destinados íntegramente a ***Médicos sin Fronteras.***

Se interpretará música de los sesenta y los setenta, incluyendo a The Beatles, relacionada con el mensaje pacifista del mítico ***John Lennon.***

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL ICQO: UNA APUESTA DE FUTURO HUMANIZANDO LA MEDICINA

Los avances científicos y tecnológicos ofrecen nuevas oportunidades en la práctica de la medicina que se traducen en mejoras hacia el ciudadano. No obstante, estos avances no pocas veces generan dudas y debates por su encaje o colisión con los principios éticos que imponen el respeto por la dignidad humana. Los aspectos éticos como el no encarnizamiento terapéutico, la muerte digna, la genética, el aborto, la toma de decisiones sobre pacientes con discapacidad intelectual… pueden surgir en cualquier momento.

La Bioética es aquella disciplina que tiene como finalidad orientar y delimitar éticamente los avances de las tecnologías y ciencias de la salud aplicadas a los seres humanos en sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Este término fue utilizado por primera vez hace poco más de cuarenta años (Potter, 1970). Los cuatro principios básicos de la Bioética son: No Maleficencia, Justicia, Autonomía, Beneficencia.

El desarrollo de estos principios ha dado lugar en nuestro ámbito a la creación de Comités de Ética de la Investigación (para la evaluación de ensayos clínicos con medicamentos y proyectos de investigación biomédica) y de Comités de Ética Asistencial (para la evaluación ética de la actividad asistencial en el campo de la sanidad).

HISTORIA DE LOS COMITÉS DE ETICA ASISTENCIAL

La presencia de servicios de consulta ética en hospitales comenzó entre los años 1960 y 1970 en EE.UU. ante la aparición de una serie de casos en los que surgieron conflictos éticos por causa de los avances científicos y técnicos en la medicina.

Uno de los primeros comités fue el creado en Seattle , en 1961, con la finalidad de, ante el gran número de pacientes y la escasez de recursos, decidir a qué pacientes renales se les daba acceso o no a un nuevo tratamiento: la diálisis. Las tres camas con que contaba el centro, el "Seattle Artificial Kidney Center", sólo podían dar tratamiento a un número muy limitado de pacientes. Se creó así un comité de personas anónimas (conocido como Life and Death Committee) encargado de la selección de candidatos conforme a unos rígidos criterios, utilizando no sólo las indicaciones médicas, sino otros criterios, en el ámbito moral y ético, que sirviesen para priorizar a los pacientes de esa lista de espera.

Pero no fue hasta finales de la década de los años ochenta cuando distintas organizaciones estadounidenses manifestaron la necesidad de crear comités de ética en los hospitales.

El impulso definitivo para que la presencia de estos comités en centros hospitalarios fue el Manual de acreditación para hospitales, de 1992, de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, al incluir, como criterio de calidad para todo hospital, la disposición de algún mecanismo que ayudase a profesionales de la salud, pacientes y familias a abordar los conflictos éticos que pudieran aparecer durante el proceso asistencial.

En España, el primer CEA se creó en 1974 en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat con el nombre de Comité de Orientación Familiar y Terapéutica. Pero es en la década de los 90 cuando se empezó a impartir en nuestro país formación en ética a profesionales de la Sanidad y cuando se explicitaron los criterios que los comités deben cumplir para garantizar su calidad y buen funcionamiento. En el año 1994 se acreditó por el INSALUD el primer Comité de Ética Asistencial y desde entonces la creación de comisiones y CEA en toda España ha ido en aumento.

COMPOSICIÓN Y FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL.

Los CEA son grupos interdisciplinares de personas con la misión de deliberar sobre la moralidad de determinadas decisiones o cursos de acción dentro de la práctica asistencial (tanto en el ámbito clínico como, más recientemente, en el sociosanitario). Se crean, por lo común, dentro de una institución o servicio y proyectan hacia él todas sus funciones.

La composición de los CEA es pluridisciplinar. Es bueno que concurran, junto a profesionales del campo de las Ciencias (profesionales sanitarios y científicos e investigadores), personas procedentes del campo de las Humanidades (filósofos, sociólogos, trabajadores sociales, profesionales del Derecho…). De su modo de funcionamiento se destaca, como herramienta principal, la deliberación. La opinión de cada uno vale igual que la de los demás, lo cual sitúa la fuerza en los argumentos.

Los objetivos prioritarios de los Comités de Ética Asistencial son tres:

1.-Asesorar, desde la bioética, sobre conflictos puntuales que se produzcan en las Relaciones Clínicas (P.ej.: la toma de decisiones en un caso de un paciente en Estado Vegetativo Permanente).

2.-Elaborar protocolos o documentos de consejo sobre aquellas cuestiones de conflicto de valores que se generan recurrentemente en el medio asistencial (P.ej.: protocolo ante la negativa a las trasfusiones de sangre de los pacientes que son Testigos de Jehová).

3.-Promover la divulgación, la formación y la reflexión del personal sanitario en cuestiones relacionadas con la ética asistencial (P.ej.: seminarios, sesiones, conferencias o cursos sobre temas como los aspectos éticos de la información al paciente, de las directrices previas, de la investigación clínica, etc.).

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL. ICQO

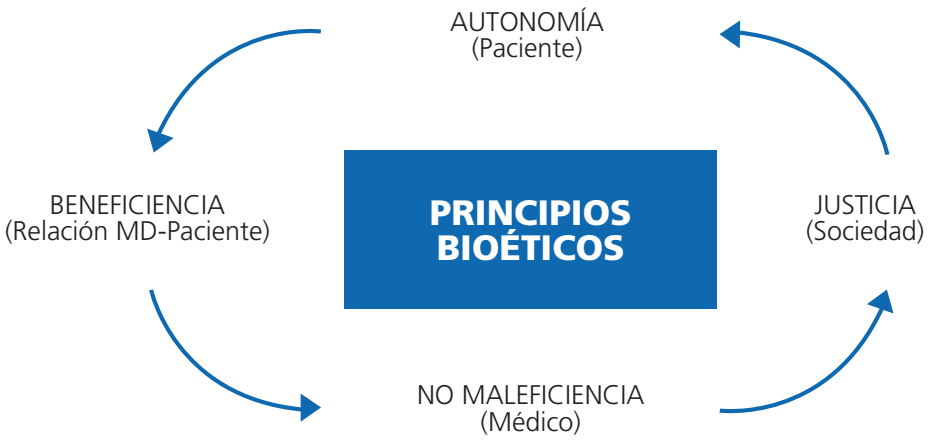
A partir de la iniciativa de algunos profesionales de nuestro Centro, y apoyada por la Gerencia, en 2014 se creó la Comisión Promotora del Comité de Ética Asistencial del ICQO.

Constituida por personas de las diferentes áreas del ICQO con interés por la bioética, la Comisión Promotora es previa a la creación de un CEA y se diferencia de éste tan sólo en que aún no ha sido acreditada por la Consejería de Sanidad, por lo que tiene los mismos objetivos y funciones que el Comité de Ética Asistencial. La creación de Comisiones Promotoras previas a los CEAs tiene como finalidad alcanzar una buena base antes de acreditarse. Los futuros miembros el CEA necesitan tener una sólida formación en bioética, fundamentación, metodología y entrenamiento en casos prácticos. Una vez adquiridas estas destrezas y conocimientos es nuestra intención solicitar la acreditación como CEA al Gobierno Vasco.

En la actualidad, la CP del CEA- ICQO cuenta con 8 miembros (3 médicos, 1 enfermera, 1 óptico-optometrista, 1 bióloga, 1 farmacéutica y 1 abogada) y puede ser consultada por los profesionales del ICQO, los usuarios y familiares de pacientes atendidos en el ICQO y sus órganos directivos.

Si usted es un paciente o familiar puede dirigirse a info@icqo.org y le facilitarán el contacto con alguna de las personas que pertenecen la comisión promotora del CEA-ICQO.

En el ICQO cumplimos 20 años y apostamos por el futuro: apostamos por la formación en ética de las nuevas generaciones de profesionales de la salud.



INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA AGENDA

SESIONES CLÍNICAS – JUEVES DEL ICQO

Comenzamos el año con la visita de la Veterinaria Victoria Espejo, una de las pocas profesionales que ejercen oftalmología veterinaria en nuestro entorno. Su charla sobre técnicas quirúrgicas resultó muy estimulante y enriquecedora.

EL DR. PEDRO TAÑÁ RIVERO

A finales del mes de enero la Dra. Mabel Marijuán (Profesora de Bioética en la UPV/EHU) nos invitó a la reflexión con su charla "La ética en la práctica clínica: Una mirada más profunda".

En febrero nos centramos en los más modernos y novedosos sistemas empleados actualmente en la cirugía de catarata de la mano de un gran especialista en el tema, el Dr. Pedro Tañá (Alicante).

El Dr. Jaime Borrás nos habló en marzo de nutrición y oftalmología, presentando los últimos estudios clínicos con suplementación de DHA en pacientes con diversas patologías oculares (ojo seco y edema macular diabético).

Finalizamos el trimestre con la revisión de casos clínicos en patologías de polo anterior llevada a cabo por el Catedrático de oftalmología y coordinador científico del ICQO (Dr. J.A. Durán de la Colina).

En este período de sesiones hemos reflexionado sobre un amplio abanico de temas. Es nuestro deseo seguir despertando el interés entre los profesionales de la oftalmología y servir de punto de encuentro, conocimiento y reflexión para los profesionales que a ella se dedican. Si eres un profesional de la oftalmología, la enfermería o bien óptico/optometrista, no dudes en solicitar información de nuestras sesiones en la dirección: *laboratorio@icqo.org*. Todas nuestras sesiones son de acceso libre y gratuito y están acreditadas por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

SUPLEMENTO DE DHA

ARVO 2015 ENCUENTRO ANUAL EN DENVER, COLORADO (EEUU)

El Encuentro Anual ARVO 2015 es la mayor reunión a nivel mundial de investigadores de las ciencias de la visión y la oftalmología, atrayendo más de 11.000 asistentes provenientes de más de 75 países.

La ciencia es la razón más importante para asistir a ARVO 2015 pues se presentan las investigaciones más recientes en el ámbito de la visión y la oftalmología a través de más de 6.000 presentaciones de investigadores, ponencias, talleres, simposios y eventos de networking.

Un año más, el ICQO acudirá a ARVO a presentar sus últimos trabajos de investigación, el evento de mayor calado mundial a nivel de investigación oftalmológica.

El libro sobre la Historia de las Peñas del Athletic Club

PEÑA GAINZA DE MINGLANILLA

innova mk marketing&komunicación

Con colaboraciones de
Ana Urkijo,
Andoni Goikoetxea,
Daniel Ruiz Bazán "Dani",
Ernesto Valverde,
Iñaki Irulegi,
Iraia Iturregi,
Javier Clemente,
Joaquín Caparrós,
José Ángel Iribar,
Julen Guerrero,
Manolo Delgado y
Oscar Campillo.

De venta en:

www.lafuerzadelleon.com

innova mk marketing&komunicación | Alda. Urkijo, 28 - 7ºA | Bilbao

librolafuerzadelleon @lafuerzadelleon

Tel. 944 157 551 | libro@innovamk.es

BBVA · metro bilbao · FUNDACIÓN CAPARRÓS · IMQ Tu seguro médico · HGB Hotel Gran Bilbao · Oratoria Técnicas de Expresión y Comunicación OTEC · zuhaldi Reformas y Decoración · irudigital · Puente Bizkaia · inaval construcciones y montajes, s.l. · etc Estudio Textil Color · ikuSee

Corrige tu visión, no tus ojos

Más de 18 años conservando la córnea

"High Definition Vision"

Invisible

Reversible

Proteje tus ojos de los rayos UV

Más del 99% de pacientes satisfechos

STAAR SURGICAL

www.visianicl.es