

N.6
OTOÑO
2015

ICQO

Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología



LAS PERSONAS

Dr. Iñaki Rodríguez Agirretxe

INVESTIGACIÓN Y CONGRESOS

ICQO en ARVO 2015
Annual Meeting

SOLIDARIDAD

Vivencias en Bolivia

NUEVA IMAGEN CORPORATIVA

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

f t YouTube in

www.medicalmix.com



DR. GONZALO CORCÓSTEGUI

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

Hace ya algunas fechas, tras ver el elevado grado de sofisticación técnica del ICQO, un amigo mío me pregunto si llegaría un día en el que el oftalmólogo, el médico, sería sustituido por las máquinas.

Diríamos como ejemplo, que un paciente entra en un centro de oftalmología, donde un carrito robotizado lo va trasladando de aparato en aparato y estos aparatos computarizados, emiten unos datos que van a conllevar a un diagnóstico final que le son entregados a la salida.

Que duda cabe que el progresivo avance de la técnica ha hecho que se conozcan muchas causas de las enfermedades y por ende su tratamiento y que el avance de dichas técnicas ha supuesto también una eliminación de las personas en esos puestos de trabajo.

Esta es una tendencia muy actual la de la robotización y digitalización de las empresas, empresas mas grandes con menor número de personas empleadas. ¿Donde estará el límite?

Pero al final de todo siempre tendrá que haber una persona que controle el sistema. Y esa persona tendrá que ser como hoy en día un oftalmólogo con buena formación y criterio para controlar al menos, que las máquinas no se equivoquen.

SUMARIO

LAS PERSONAS
Dr. Iñaki Rodríguez Agirreretxe

04

ESPECIALIDAD
Dra. Marta Galdós

16

ESPECIAL
ICQO NUEVA MARCA

06

CARTAS Y SUGERENCIAS

19

20 ANIVERSARIO
Celebrando los 20 años del ICQO

08

ENTREVISTA
Koldo Santiago: Director de Enkartur

20

LA CONSULTA
Microscopía Endotelial
Topografía Corneal

10

INVESTIGACIÓN Y CONGRESOS
ICQO EN ARVO 2015, Annual Meeting

22

TRIBUNA ABIERTA
ENFOCA2 Con la colaboración de
ALCON

12

ENTREVISTA
Denver, Colorado

24

AGENDA

26

SOLIDARIDAD
Vivencias en Bolivia

28

EDITA. Instituto Oftalmológico ICQO.

FOTOGRAFÍA. ICQO e Innova Mk.

PERIODISTA. Jon Torre Innova Mk.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN. Innova Mk.

COORDINACIÓN EDITORIAL. Innova Mk.

IMPRESIÓN. Gráficas Irala.

Revista dirigida al profesional sanitario.

DR. IÑAKI RODRIGUEZ AGIRRETXE

ENTREVISTA: Por Ana Maybe Alustiza / Innova Mk

“Entrar en el ICQO supuso un honor y un reto muy importante para mí.”

¿Considera que la Oftalmología tiene buen nivel en Bilbao con respecto a Euskadi, el Estado, o a nivel mundial?

Desde luego que sí. En Bilbao estamos a gran nivel en cuanto al empleo de tecnología y volumen de trabajo. Quizás, por poner un pero, donde más fallamos es en la difusión externa de nuestro trabajo. Muchas veces nos sorprendemos cuando vemos in situ lo que hacen otros compañeros a los que considerábamos más punteros. En definitiva, no sólo hay que ser bueno sino que hay que demostrarlo.

¿De su trabajo diario, qué es lo que más le satisface?

Me quedo con la consulta y la cirugía a partes iguales. Me gusta el trato con el paciente, por eso disfruto en la consulta. Por otra parte, siempre me ha atraído la cirugía que me permite la aplicación práctica de mi afición a las manualidades.

¿Cree que habrá avances en oftalmología en los próximos años? ¿Cuáles?

Nuestra especialidad ha experimentado un auge importante dentro de la medicina, con numerosos frentes de avance. En primer lugar destacaría la aparición de tratamientos que permitirían rehabilitar la función visual tras enfermedades graves. Entre ellos podríamos destacar la regeneración de la retina y nervio óptico a partir de las células madres y la retina artificial. En segundo lugar, no podemos olvidar la búsqueda de marcadores biológicos de las enfermedades, sustancias que permitirían un diagnóstico más específico así como un tratamiento mas selectivo. En tercer lugar, las nuevas tecnologías, siempre tan relacionadas con nuestra especialidad, nos van a permitir, a buen seguro, la



realización de intervenciones más precisas. Por último, el desarrollo de biomateriales va a posibilitar la fabricación de implantes capaces de liberar fármacos de forma sostenida a lo largo del tiempo en el tejido diana, así como la creación de lentes más fisiológicas y biocompatibles, tanto en lo que respecta a la córnea artificial como a las lentes intraoculares.

¿Colma sus aspiraciones el trabajo actual, o tiene otras como la investigación por ejemplo?

Siempre me ha gustado la investigación. De hecho, mi Tesis Doctoral fue un estudio experimental sobre el glaucoma en el ojo del conejo. Sin embargo, corren malos tiempos para el que quiera investigar. Desgraciadamente, la crisis ha reducido de forma drástica los fondos destinados a investigación. Por otra parte, soy consciente de las limitaciones de tiempo para investigar que puede tener alguien como yo que tiene una dedicación eminentemente clínica (consulta y cirugía).

¿La formación en Oftalmología es buena en Euskadi o es mejor fuera?

En mi opinión nuestro nivel es muy alto, tanto desde el punto de vista humano como de dotación tecnológica. Por poner un pero, la producción de Tesis Doctorales es baja en relación a la de Universidades de mayor tradición histórica. Ahí sí deberíamos de mejorar.

¿Cómo fueron sus comienzos?

La especialidad de oftalmología fue mi prioridad desde que la estudié en cuarto de carrera. Al no haber posibilidad de formarme como oftalmólogo en San Sebastián, mi ciudad natal, me trasladé a Bizkaia, concretamente al Hospital de Cruces. Se trataba de un centro de prestigio y con gran volumen de trabajo asistencial, lo cual me permitiría formarme en todas las subespecialidades de la oftalmología. Desde entonces, he vivido a caballo entre ambas ciudades.

¿Cómo consiguió empezar a trabajar en el ICQO?

Cuando estaba acabando la especialidad, mi jefe, el Profesor Durán junto con Gonzalo Corcostegui, crearon el ICQO. Un año después de acabar mi formación, me llamaron para trabajar como especialista en glaucoma. Supuso un honor y un reto muy importante para mí, un oftalmólogo muy joven por aquel entonces.

A título personal, ¿Qué momento recuerda como el más emotivo vivido aquí?

Probablemente las despedidas. Tanto de personas que dejaron el ICQO tras muchos años de trabajo duro, principalmente en los comienzos de la Clínica, como de

personas que desgraciadamente ya nunca volveremos a ver...

¿Y en su vida personal?

Desde luego, el nacimiento de mis dos hijos, hace ya 10 y 12 años. El tener hijos ha sido la decisión más determinante de mi vida.

Cuando no está trabajando ¿Qué es lo que más le gusta hacer, lo que más le relaja?

Cuando no estoy trabajando estoy principalmente con mi familia. Desgraciadamente no se trata de un tiempo muy prolongado, dado que mis jornadas laborales son maratónicas y que debemos de sumar a ellas los continuos desplazamientos entre San Sebastián y Bilbao. También me relaja el deporte y aficiones como la lectura, música y cine. Sin embargo, como comprenderá, no tengo demasiado tiempo para estas últimas.

¿Le gusta viajar? De ser así ¿Qué país le gustaría conocer y por qué?

Me encanta viajar, tanto a destinos urbanos como de naturaleza. Si tuviera que elegir, me gustaría conocer Australia. Me llama poderosamente la atención su diversidad de paisajes y de fauna. Espero poder algún día conocer esa tierra tan lejana y distinta a la nuestra.

¿Su libro de mesilla de noche?

Estoy leyendo un libro titulado *Elogio de la imperfección*, autobiografía de la científica Rita Levi-Montalcini. Habla de la imperfección del ser humano que se manifiesta tanto en la vida personal como en el trabajo. Recorre la larga vida de la autora, una mujer excepcional, que recibió el Premio Nobel por sus descubrimientos.

¿Cómo se ve siendo mayor?

Espero que con mi mujer, Arantxa, y no muy lejos de mis hijos. Espero poder tener salud para dedicarles el tiempo que les he robado con mi excesivo trabajo.

“Me gusta el trato con el paciente, por eso disfruto en la consulta.”

ICQO NUEVA MARCA

ARTÍCULO: Por Agencia de comunicación La Compañía

“Nueva marca de ICQO. Una nueva imagen para los nuevos tiempos.”



Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

Cuando al vestirnos por la mañana elegimos una camisa, un traje, una blusa, el reloj... estamos eligiendo qué mensaje queremos enviar a quienes nos miren. Nuestro aspecto exterior lo configuran multitud de variables: cómo vestimos, nos peinamos, hablamos, gesticulamos,... y otras variables condicionan la manera en que somos percibidos y altera la manera en la que los demás valoran nuestra forma de ser.

Con las marcas pasa lo mismo. Puedes ser el mejor, el más grande y el más listo, pero si tu imagen de marca no dice eso, pocos te verán así. En el caso del ICQO nuestro logo ha cumplido 20 años y creímos que era una buena ocasión para actualizarlo y proyectar lo que realmente somos, una institución en la vanguardia tecnológica, líder en oftalmología.

A la hora de cambiar de imagen, se realizó un análisis de la primera marca y se establecieron los puntos débiles susceptibles de mejora, también se analizaron marcas del entorno oftalmológico para poder establecer una diferenciación con las mismas y por último, de todo ello, se extractaron varias directrices que se debían cumplir: mejorar la legibilidad, diferenciarnos de la competencia y realizar una marca sencilla y reconocible.

Se desechó la opción de realizar un rediseño o un lavado de cara a la marca anterior y se optó abandonar totalmente la línea gráfica anterior: formas, colores, tipografías, para

buscar una línea más actual.

Lo primero fue el color: se comenzó por buscar un valor cromático más personal, reconocible y diferenciador; el tono verde “quirófano” fue el elegido por lo que representa dentro del área médica en la que el ICQO desarrolla su labor y permitir además esa diferenciación de la competencia.

En cuanto al símbolo se optó por una disposición de logomarca, es decir, no crear un símbolo separado del nombre, sino que el acrónimo ICQO constituyera el logotipo. Para ello se utilizaron las formas redondeadas de los caracteres O y Q, se igualaron y se distinguieron mediante la diagonal verde que forma la Q. En diseño gráfico, las líneas verticales y horizontales son formas estáticas mientras que las diagonales sugieren movimiento o acción, mediante esa diagonal se simboliza una acción en uno de los “ojos” del logotipo.

La tipografía más legible, sin adornos ni serifs, y de formas más amables y menos clásicas contribuye a transmitir la limpieza visual que la marca requería

El resultado final es una marca más actual que, sin perder de vista el factor tecnológico, se centra en transmitir una imagen más amable y cercana al paciente.

Este cambio de marca no solo afecta al logotipo; ICQO se

“Una nueva imagen de marca con un alto nivel de identidad visual, que transmite las emociones y sensaciones de lo que es el ICQO.”

encuentra inmerso en un proceso de mejora de imagen y comunicación que afectará a su web, sus instalaciones, piezas gráficas y la relación con sus pacientes. Una mejora que deseamos pronto sea palpable y ayude a transmitir lo que ICQO representa.



“Una marca con un alto valor, una fuerte identidad corporativa y un buen posicionamiento en el mercado.”



CELEBRANDO LOS 20 AÑOS DEL ICQO

ARTÍCULO: Por Dr. Gonzalo Corcóstegui.

FOTOS: Por Dr. Gonzalo Castiella.

El fin de semana del 19 de junio, no fue un fin de semana cualquiera, fueron sí, dos días que recordaremos todos los miembros del Instituto.

A las 15 horas del viernes se suspendieron las actividades habituales y tras un refrigerio partimos casi todos los miembros del ICQO en autobús hacia Asturias. Alguno se incorporó posteriormente.

Llegamos al punto de destino hacia las 19h y nos quedamos sorprendidos de la belleza del lugar; estamos hablando del Balneario de la Hermida situado en el desfiladero del mismo nombre y acariciado por dos enormes macizos de piedra a sus lados.

Tras instalarnos en las habitaciones acudimos a una

amena charla en la que se habló de algo tan actual como son las marcas con las que sin darnos cuenta convivimos. Muy interesante la presentación y discusión posterior en la que participaron activamente muchos de los presentes.

Tras ello, cena y pase de antiguas imágenes y comentarios de hechos acontecidos en el centro a través de los años. No faltó luego el animado Karaoke en el que más de uno/a demostró sus desconocidas dotes para la canción moderna y melódica.

El "grupo alpino del ICQO" fue el primero en retirarse ya que tenían como meta al día siguiente la senda que va de Urdon a Tresviso, ruta exigente por el desnivel de más de 800 metros.

La alternativa para los demás fueron los baños termales, paseos por los caminos próximos al Balneario o incluso algún grupo se desplazó hasta Potes para conocerlo.

Nos reunimos de nuevo para una generosa comida con productos autóctonos en Cosgaya reintegrándonos a media tarde a Bilbao con nuestras familias tras haber pasado unas horas inolvidables celebrando estos primeros 20 años de la institución.

Este ambiente de camaradería y fraternidad que ha

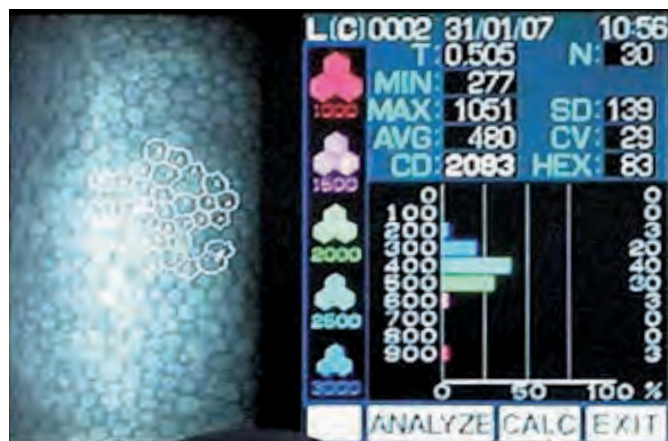
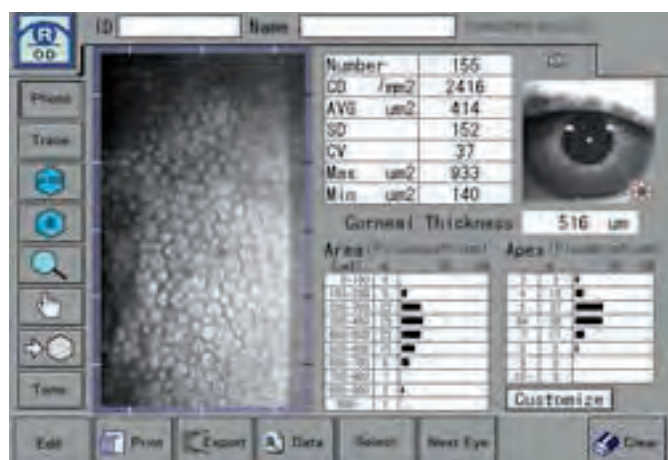
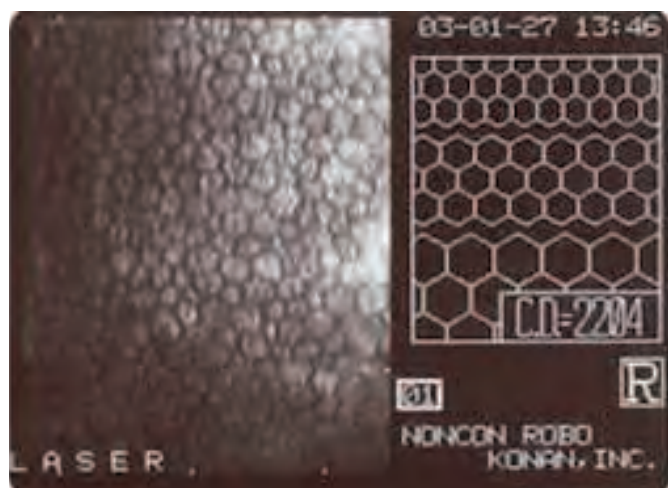
presidido este fin de semana, entre todos los miembros del ICQO, es el reflejo de la realidad de un gran equipo que –cada uno en su área– realiza su trabajo con excelencia, siendo siempre el objetivo la mejor asistencia al paciente. Gracias a todos por esta gran dedicación, deseando a la Institución al menos otros 20 años de buen hacer en la salud ocular.

Fin de semana de Convención en ambiente de camaradería y buen humor.



La consulta

En nuestras consultas realizamos diversas pruebas para obtener los diagnósticos más fiables. En este número tratamos sobre la microscopía endotelial y la topografía.



MICROSCOPÍA ENDOTELIAL

ARTÍCULO: Por Ana Monje (Optometrista ICQO)

¿Qué es la Microscopía endotelial?

La microscopía endotelial es la alternativa no invasiva para obtener imágenes en vivo del endotelio corneal. Hasta hace relativamente poco tiempo el estudio de las diferentes capas celulares de la córnea sólo se podía realizar con la lámpara de hendidura con alta magnificación pero tenía grandes limitaciones. La microscopía permite la adquisición secuencial de imágenes de gran calidad para evaluar la progresión de las condiciones oculares.

¿Cómo funciona?

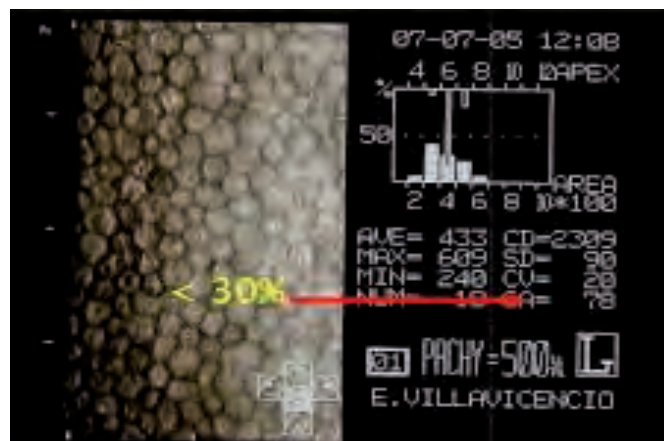
Se trata de una microscopía confocal orientada al estudio de la capa más interna de la córnea, la que limita con la cámara anterior, que es el endotelio.

Consiste en una fuente de luz fija y un conjunto óptico para magnificación y captación de la imagen reflejada. El resultado es una imagen del mosaico celular corneo-endotelial de muy alta resolución sobre la cual podemos realizar un recuento celular.

¿En qué patologías es útil?

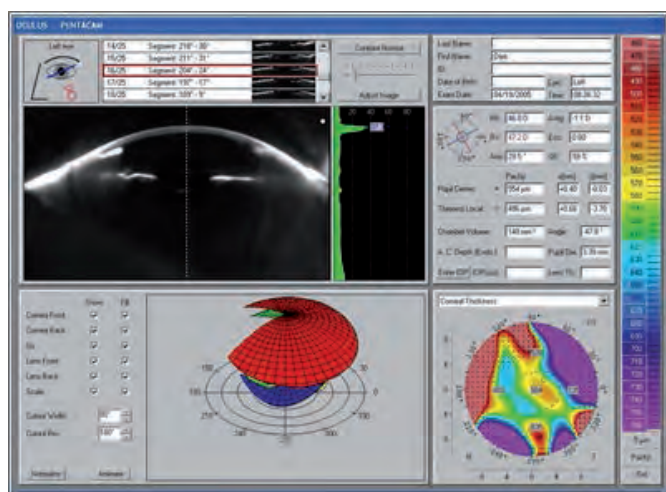
La evaluación de la homogeneidad del tamaño, la densidad y forma de las células nos da una información sobre la vitalidad del endotelio. Es útil en la detección y seguimiento de distrofias endoteliales como puede ser la distrofia de Fuchs.

Es una prueba habitual en pre y post cirugía refractiva con implante de lente intraocular y en cirugía corneal como transplante corneal o crosslinking en queratocono.



TOPOGRAFÍA CORNEAL

ARTÍCULO: Por Ana Monje (Optometrista ICQO)



¿Qué es una topografía corneal?

La topografía corneal es una prueba clínica usada para el estudio del relieve de la superficie corneal, permitiéndonos evaluar posibles irregularidades corneales y su seguimiento.

La córnea es la parte transparente más externa del ojo y cuyo tamaño es similar al diámetro del iris. La pérdida de transparencia o cualquier irregularidad corneal puede afectar negativamente a la calidad visual del paciente, ya que la córnea posee propiedades ópticas significativas. La ventaja del topógrafo frente a otros métodos de examen convencionales es la facilidad para la detección precoz y su seguimiento computerizado.

¿Cómo funciona?

El propósito de la topografía corneal es el de producir una descripción detallada de la forma y potencia (dioptrías) de la córnea dando como resultado un mapa tridimensional de la superficie.

Cuenta con un módulo de toma de imagen conectado con un ordenador cuyo software a través de diferentes ecuaciones calcula el mapa final. Se trata de una prueba muy sencilla de realizar, no invasiva y que no necesita gran colaboración por parte del paciente.



¿Qué topógrafos hay en el ICQO?

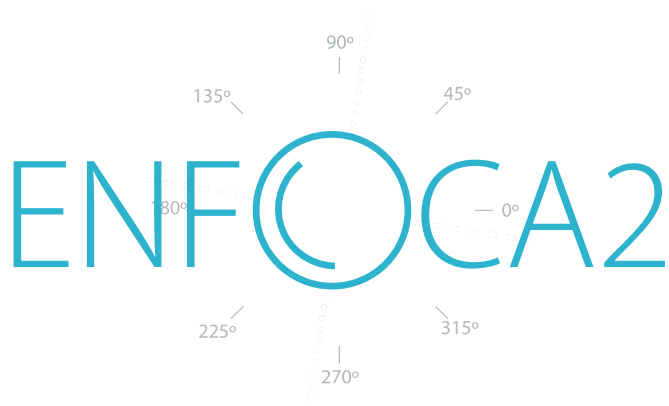
En el instituto contamos con varios topógrafos, Orbscan, Atlas- Visante y Pentacam.

El Pentacam es la última incorporación, y se trata de un topógrafo de última generación capaz de captar múltiples imágenes tanto de córnea como de cámara anterior (cristalino e iris) en muy pocos segundos. Mide la curvatura anterior y posterior de la córnea y su espesor en múltiples puntos. Los mapas que calcula son muy exactos y de fácil reproducibilidad, e incorpora un programa (Belin Ambrosio) muy usado en detección precoz de queratoconos y ectasias corneales.

¿En qué casos es útil un topógrafo?

En los últimos años el uso de la topografía ha recibido un gran impulso en la práctica clínica pasando de usarse fundamentalmente en investigación a usarlo diariamente en la consulta. Sus usos más habituales son:

- Diagnóstico y seguimientos de patologías que cursan con irregularidad corneal, como el queratocono, degeneración marginal prelucida, astigmatismos irregulares...
- Estudio pre y post cirugía láser, y de cirugía corneal en general, trasplante corneal por ejemplo.
- Adaptaciones especiales de lentes de contacto, Orto-K, lentes rígidas, en queratocono...



con la colaboración de **Alcon**[®]
a Novartis company

LA CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO CON LENTES TÓRICAS

Especialistas en Polo Anterior

Dr. Elio Díez-Feijóo



Dra. Rebeca Atienza Molina



El astigmatismo es un defecto refractivo que provoca visión borrosa y distorsionada, y afecta hasta al 26% de la población española¹. En el caso de los pacientes que se someten a una cirugía de catarata, la incidencia del astigmatismo superior a 1,5 dioptrías llega hasta el 30%².

Este defecto de refracción se debe, con mayor frecuencia, a una curvatura irregular de la córnea y tiene como principal consecuencia una visión borrosa y distorsionada que disminuye la agudeza visual en objetos próximos y lejanos.

¿Cuál es la situación del astigmatismo en la población española? ¿Y entre los afectados de catarata?

Dr. Díez-Feijóo: El astigmatismo es, curiosamente, el defecto de refracción más frecuente en la población y se puede asociar tanto a miopía como hipermetropía. Sin embargo, en muchos casos es un astigmatismo leve y no precisa de ninguna corrección.

Dra. Atienza: Actualmente, un 50% de los pacientes mayores de 60 años tienen más de 1 dioptría de astigmatismo y se estima que un 12% tiene astigmatismo de más de 2 dioptrías, por lo que nos enfrentamos a un problema muy común entre la población que se opera de cataratas.

¿Es posible corregir el astigmatismo durante una operación de cataratas?

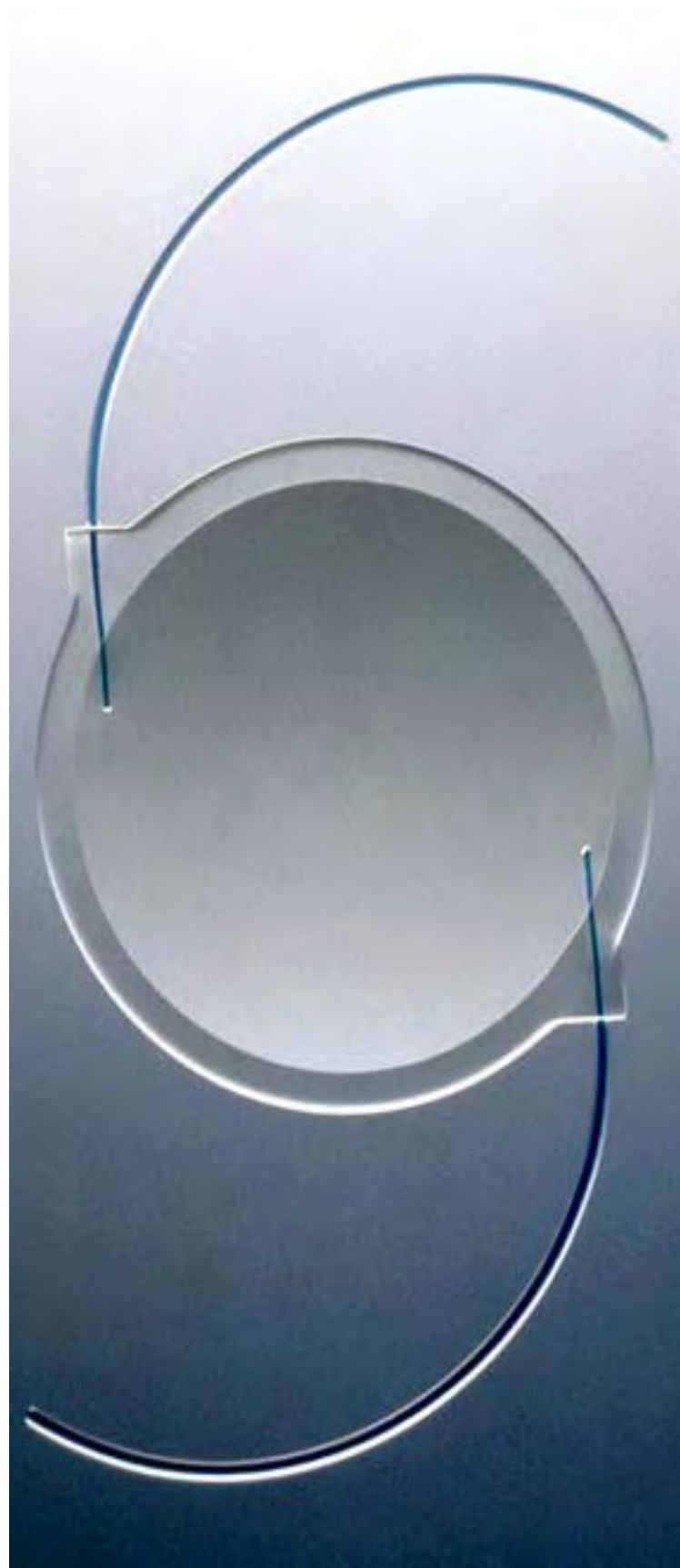
Dr. Díez-Feijóo: Si, en la mayoría de los casos así es. Hoy en día tenemos nuevas herramientas que, añadidas a las exploraciones clásicas, nos ayudan a caracterizar bien el astigmatismo de cada persona. Es decir, nos permiten saber con mayor exactitud cuánto astigmatismo existe realmente, que forma tiene y donde está localizado en el ojo. Además, disponemos de mejores herramientas en forma de nuevas lentes y equipos intraoperatorios de visualización que nos ayudan a corregir este defecto refractivo con mayor precisión.

Dra. Atienza: Efectivamente, el astigmatismo se puede reducir e incluso corregir durante la cirugía de la catarata, mejorando la calidad de visión del paciente. También debemos tener en cuenta que cuanto más regular y simétrico sea el defecto, existen más probabilidades del éxito.

¿Cómo se hace? ¿Qué tecnologías y materiales entran en juego?

Dr. Díez-Feijóo: En este tipo de operaciones también entran en juego los topógrafos y aberrómetros, que son aparatos que utilizamos durante la consulta previa a la cirugía. Estos instrumentos nos dan una descripción mucho más detallada y personalizada del astigmatismo de cada persona y con esta información y la experiencia del oftalmólogo, se decide si es conveniente corregir el astigmatismo y de qué forma debemos hacerlo.

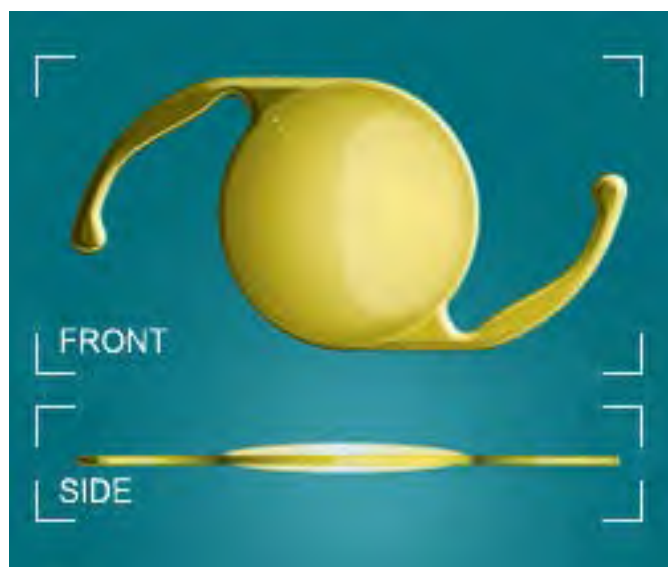
Dra. Atienza: El astigmatismo se puede corregir durante la cirugía de la catarata mediante dos procedimientos: incisiones que modifican la curvatura corneal – técnicas incisionales– o mediante la implantación de lentes intraoculares que corrigen este defecto refractivo –lentes tóricas–. Ambos métodos se pueden llevar a cabo por separado o combinados durante una cirugía de catarata.



El astigmatismo es el defecto refractivo más frecuente en la población.

Alcon[®]

a Novartis company



La cirugía incisional consiste en realizar cortes que compensen la irregularidad en la forma de la córnea – que provoca el astigmatismo –, tratando de aplanar los ejes más curvos. Es útil sobre todo para reducir pequeños astigmatismos.

Por otro lado, en el caso de las lentes intraoculares tóricas, debemos tener en cuenta que deben ser colocadas en un eje determinado. El cálculo de dicho eje y la colocación exacta son muy importantes para lograr un efecto corrector más preciso.

¿Es habitual que los pacientes pregunten por este tipo de corrección de los defectos refractivos?

Dr. Díez-Feijóo: Sí, suele ser habitual, sobre todo en aquellos pacientes que tienen astigmatismos moderados o altos. Aunque mucha gente también pregunta por pequeños astigmatismos, y en estos casos no siempre es necesaria una corrección total del astigmatismo.

Dra. Atienza: Efectivamente, cada vez son más los pacientes astígmata que consultan por este tipo de cirugías. Anteriormente, cuando no se disponía de las lentes tóricas, la hipermetropía y la miopía sí eran corregidas pero en ocasiones los pacientes debían llevar gafas tras la cirugía, por lo que el nivel de satisfacción

era menor. Ahora esto ya no sucede y podemos corregir también el astigmatismo.

¿Qué han aportado las últimas tecnologías a este tipo de intervenciones?

Dr. Díez-Feijóo: Seguridad y precisión. Las ayudas en el diagnóstico nos permiten ser más precisos en el planeamiento de la cirugía y las nuevas lentes y los sistemas intraoperatorios de visualización, nos ayudan durante la cirugía a una mayor precisión en la corrección del astigmatismo.

Dra. Atienza: Las últimas tecnologías nos han dotado de métodos más exactos para el cálculo de la potencia de las lentes intraoculares. Se han diseñado lentes que son más sencillas de implantar, precisando incisiones más pequeñas y con menos posibilidad de rotación. Además, actualmente disponemos de técnicas que permiten una mayor alineación de la lente para que el resultado sea óptimo. Todos estos avances hacen que la corrección del astigmatismo en cirugía de catarata sea más predecible.

¿Es una operación complicada para el paciente?

Dr. Díez-Feijóo: La intervención es exactamente igual que cualquier otra, salvo que tanto las incisiones como la lente conllevan un cálculo personalizado para la corrección del astigmatismo y la colocación de la lente se orienta en función de dicho defecto refractivo.

Dra. Atienza: El tipo de operación no resulta más complicado para el paciente, es una cirugía sencilla y reglada de catarata. A nivel de técnica quirúrgica la única diferencia de implantar una lente tórica es la rotación de la posición del eje.

El astigmatismo se puede asociar tanto a miopía como a hipermetropía.

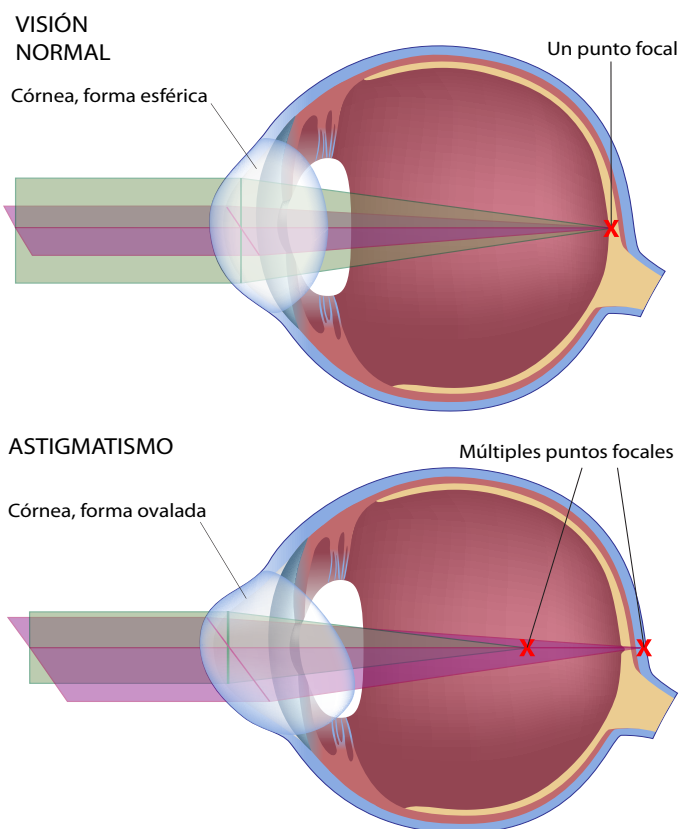
¿El paciente recupera completamente su visión?

Dr. Díez-Feijóo: Tal y como comenta la Dra. Atienza, como en cualquier cirugía de catarata el paciente recupera la visión que normalmente tendría sin el impedimento de la catarata, pero además se beneficia de resolver también el astigmatismo.

Dra. Atienza: El astigmatismo es un defecto refractivo que influye en la calidad visual, por lo que los pacientes en general mejoran su visión. Una vez se ha realizado la cirugía de forma satisfactoria, el resultado visual dependerá del grado y las características del astigmatismo. Los candidatos ideales son aquellos pacientes con un astigmatismo regular de grado medio- alto.

Referencias:

1. Roberto Muñoz, Marcos. 'Corrección de astigmatismo con Lente intraocular tórica en pacientes con catarata', 2011. p.52.
2. Vanmarsenille D, Conem, C. Vandoorslaer, N. Vision Needs Monitor 2012.



ESTILA® *Toallitas*

TOALLITAS ESTÉRILES
PARA LA HIGIENE OCULAR.



- HIPOALERGÉNICAS Y DERMATOLÓGICAMENTE TESTADAS.
- SIN PARABENOS.

DRA. MARTA GALDÓS OFTALMÓLOGA PEDIÁTRICA EN EL ICQO



“La detección precoz de problemas oculares en los niños es la clave.”

¿Cuándo hay que hacer la primera revisión oftalmológica?

En los niños asintomáticos, con visión aparentemente normal, sin molestias oculares, y que no tuercen los ojos, la primera revisión oftalmológica se realiza entre los 3 y los 4 años de edad. Cualquier síntoma o anomalía ocular que detecten los padres o los pediatras, es causa de

consulta oftalmológica preferente, independientemente de la edad. Del mismo modo, en niños en los que sus padres o hermanos ya han tenido problemas de visión (hipermetropía, astigmatismo, estrabismo, ojo vago etc), podemos realizar la primera revisión oftalmológica a partir del año de edad, o antes si presentan síntomas. La detección y tratamiento temprano de defectos de graduación relativamente frecuentes en la infancia, como son hipemetropía y astigmatismo, va a permitirnos lograr que el niño tenga una buena agudeza visual a la edad de comienzo de la lecto-escritura. El retraso del tratamiento puede derivar, además de en un ojo vago, en un peor rendimiento académico por presentar peor función visual que sus compañeros.

Los déficits de lecto-escritura causados por dislexia ¿deben ser tratados con ejercicios optométricos?

Definitivamente no. La dislexia no es una disfunción visual, y son falsas las teorías que defienden los tratamientos con ejercicios visuales para tratarla (ejercicios de rastreo, de entrenamiento binocular o de seguimiento visual). La Academia Americana de Oftalmología declaró esta postura ya en 1987, y todas las investigaciones posteriores lo avalan, incluyendo un reciente artículo que lo demuestra mediante Resonancia Magnética funcional, publicado por la Doctora Ibone Saralegui en colaboración con mi apreciado amigo y maestro el Doctor Ricardo Martínez.

¿Cada cuánto tiempo hay que hacer estos controles?

Las revisiones oftalmológicas rutinarias que recomiendo son cada 2 años a partir de los 3 en niños asintomáticos y sin antecedentes familiares. En aquellos niños asintomáticos en los que alguno de sus padres haya tenido estrabismo, ojo vago, necesidad de gafas en la infancia, o cualquier otra patología ocular recomiendo evaluación anual. En los niños con cualquier sintomatología visual, evaluación inmediata y seguimiento según el diagnóstico.

¿Qué problemas pueden aparecer en los primeros años de vida?

En la infancia, lo más frecuente es encontrar defectos de refracción: hipermetropía, astigmatismo en la primera infancia, y miopía en la segunda década. El estrabismo, suele ser una señal de alarma de alguno de estos defectos, preferentemente la hipermetropía, aunque ocasionalmente subyace un problema más grave en el ojo torcido, como puede ser un problema retiniano, una catarata o un tumor ocular que siempre debemos descartar.

La primera década es la fundamental para detectar a tiempo estos problemas que impiden desarrollar una correcta agudeza visual, dado que es un período limitado, en el que la plasticidad cerebral permite una óptima respuesta a los tratamientos.

“La dislexia no es una disfunción visual, y son falsas las teorías que defienden los tratamientos con ejercicios visuales para tratarla.”

“Los tratamientos del estrabismo incluyen gafas, parche, inyección de toxina botulínica y la cirugía.”

¿Cómo ayuda la detección precoz de estas dolencias?

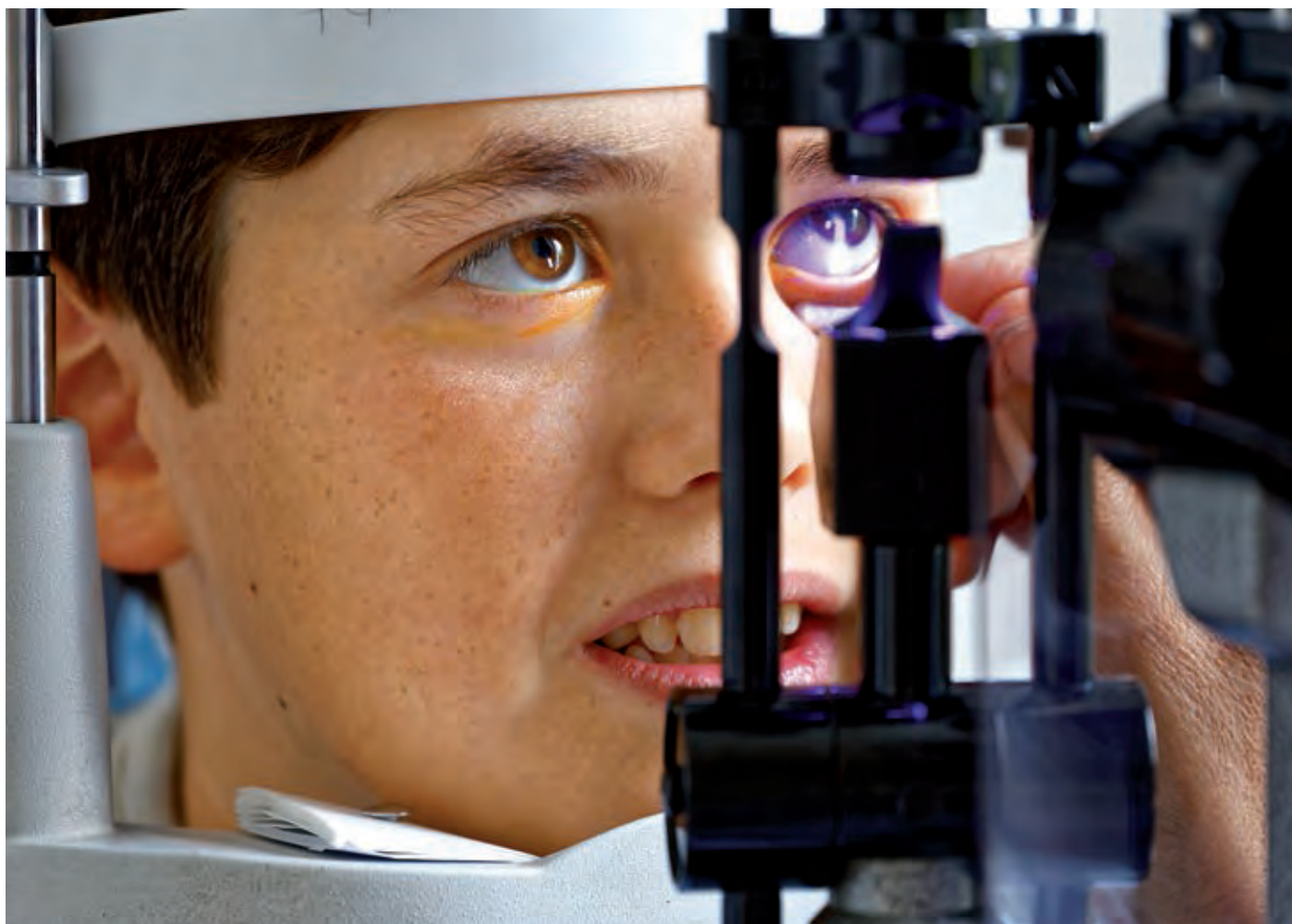
En todos los casos el tratamiento precoz va a ser la clave, como hemos comentado previamente. En relación a los problemas más comunes, cuanto antes detectemos un defecto de graduación, antes iniciaremos la rehabilitación visual. Los problemas visuales detectados a partir de los 8 años, momento en el que está finalizando el desarrollo de la agudeza visual, tienen una respuesta mucho más pobre. Cuanto más joven es el niño al que detectamos un ojo vago, mejor va a ser la respuesta a el tratamiento y menos agresiva, pudiéndonos anticipar a la aparición de un estrabismo y a la pérdida de la visión estereoscópica o visión en 3D.

¿El estrabismo se sigue curando con parche o se puede operar?

Los tratamientos del estrabismo incluyen gafas, parche, inyección de toxina botulínica y la cirugía (con aplicación individualizada según la edad, la agudeza visual, el defecto refractivo del niño etc). En casos seleccionados, utilizamos la terapia visual o ejercicios optométricos para optimizar la alineación ocular de lejos y cerca, y estimular la estereopsis o visión 3D. Los estrabismos susceptibles de ser operados son aquellos que persisten con una correcta graduación.

¿Y la miopía?

Varios estudios sugieren un aumento de la incidencia de la miopía juvenil, que aparece normalmente a final de la primera década o principio de la segunda década de la vida. Aunque el factor hereditario de la miopía de los padres es el factor de riesgo más importante de desarrollar miopía, numerosos estudios coinciden en que existen unos factores de riesgo ambientales claros. La prevalencia de miopía es mayor en los ambientes urbanos en los que prevalecen trabajos de esfuerzos visuales cercanos, mayor nivel educativo en los estudios, junto con menos actividades al aire libre. Es decir, aunque la genética manda, podemos fomentar unos hábitos en nuestros hijos: mantener una distancia de lectura mayor de 30 cm, fomentar los descansos cada 30 minutos en los esfuerzos de cerca y fomentar las actividades al aire libre, evitando en lo posible



los juegos en dispositivos electrónicos que se realizan de manera intensiva a corta distancia que tanto gustan a los más pequeños.

Los niños usan pantallas (ordenador, móvil, consolas, televisión...) desde muy pequeños ¿Se está detectando problemas por esta excesiva exposición?

De momento no disponemos de estudios a largo plazo que muestren un daño de la luz de los dispositivos electrónicos en la visión. Ya llevamos décadas con el uso de ordenadores y no hemos registrado a día de hoy una mayor incidencia de patología retiniana asociada al uso de ordenadores, aunque tampoco hay estudios que nos digan que no son dañinos. La luz, preferentemente la solar, puede ser dañina especialmente en individuos susceptibles con predisposición a la degeneración retiniana. De hecho, estos dispositivos electrónicos se utilizan como herramientas muy útiles en pacientes con baja visión (lupas electrónicas, magnificación del tamaño de letra etc). Existen algunos

“La luz, preferentemente la solar, puede ser dañina especialmente en individuos susceptibles con predisposición a la degeneración retiniana.”

estudios acerca del impacto de la luz de los ordenadores en los niveles de melatonina, y es indudable que el brillo excesivo de un dispositivo electrónico puede causarnos una fatiga ocular. Respecto a los niños, recomendaría moderación en su uso, minimizar el exceso de brillo de las pantallas (que puede ajustarse en función de la luz ambiental), mantener una buena iluminación de la sala donde se utiliza, y trabajar a distancias adecuadas.

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



\ Mi hijo tiene 8 meses pero padece continuas rojeces e inflamaciones del lagrimal. Ya le han pinchado dos veces para desobstruirlo. ¿Cuentan ustedes con alguna solución definitiva para este problema?

La principal causa en pacientes pediátricos es la obstrucción congénita de la vía lagrimal.

El tratamiento recomendado en casos de obstrucción del sistema lagrimal, hasta los seis meses de edad, son los lavados y masajes del saco para evitar infecciones.

En edades comprendidas entre los seis meses y los dos años, como su hijo, la terapia de elección es el sondaje lagrimal.

Esta intervención bien realizada y bajo anestesia puede ser una opción definitiva para la obstrucción lagrimal.

A partir de los dos años, si los procedimientos anteriores no han sido efectivos, existen otras opciones terapéuticas.

\ A mi madre le operaron de cataratas hará unos 5 años y todo fue muy bien, pero ahora dice que vuelve a ver mal, como borroso, ¿A que puede ser debido?

En la mayoría de los paciente operados de cataratas se produce una opacidad en la membrana que soporta la lente intraocular implantada en el saco capsular, causando visión borrosa y turbia. Es lo que se denomina catarata secundaria. Esta catarata secundaria se trata aplicando el láser YAG.

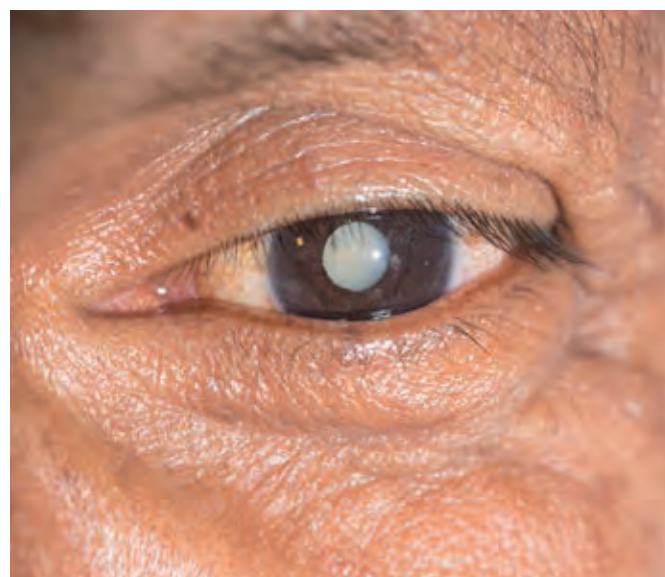
Se trata de un procedimiento ambulatorio, indoloro y la recuperación visual es muy rápida.

No obstante pudieran existir otras causas menos frecuentes, por lo que le aconsejamos acuda a realizar una revisión oftalmológica.

\ AGRADECIMIENTO

Estimados señores:

Ahora que ya ha pasado todo quiero expresar mi más sincero agradecimiento a este centro oftalmológico por su labor en el tratamiento de mi glaucoma. Quiero reconocer la labor realizada por médicos, enfermeras y personal



auxiliar. Gracias al doctor Rodriguez Agirretxe por su paciencia, profesionalidad, su capacidad y, sobre todo, por devolverme la salud en mi ojo derecho.



“A un paso de Bilbao. Plan de fin de semana. Escapada joven. Para los más peques”

KOLDO SANTIAGO DIRECTOR DE ENKARTUR

ENTREVISTA: Por Ana Maybe Alustiza / Innova Mk

Enkartur es la Asociación de Turismo de la Zona de las Encartaciones que nace con el objetivo de promocionar y dar proyección turística y económica a dicha área geográfica.

Enkartur está formada por instituciones públicas, empresas, acciones culturales y deportivas y personas físicas, de ésta forma aglutina los diferentes ámbitos sociales del área geográfica de las Encartaciones.

Koldo Santiago es director gerente de Enkartur.

Cuenta con una amplia trayectoria profesional en el ámbito de la

promoción económica, la innovación y el turismo.

¿De qué recursos turísticos dispone Enkarterri?

Enkarterri cuenta con una variedad de recursos turísticos a la altura de su condición como la comarca con más personalidad de Euskadi. La diversión está asegurada: escapadas culturales, naturales, gastronómicas, de ocio... Albergamos la primera villa de Bizkaia, Balmaseda, y una gran oferta museística. En Karrantza, el valle más extenso del territorio, se encuentra el Mejor Rincón 2013 de la Guía Repsol: la cueva de Pozalagua, única a este lado del mundo por su concentración de estalactitas excéntricas. Habría que viajar hasta Australia para ver un espectáculo semejante. Aunque, por supuesto, el turismo de naturaleza es el rey, tanto para relajarse como para activarse con la naturaleza (cicloturismo, BTT, senderismo, rutas a caballo). Tenemos parques de aventuras en los árboles, campos de paintball o el famoso Karpin Abentura, un espacio temático sobre animales que entusiasma a los más pequeños. ¿Y lo mejor? Que no es necesario escoger, pues la cercanía y simbiosis del entorno permiten hacerlo todo en una breve escapada.

¿Cuáles son sus objetivos para los próximos años?

Nuestro primer objetivo es mantener el listón de los últimos años y, por supuesto, ir a más. En 2014 recibimos un número récord de visitantes y todo nos hace pensar que en 2015 podremos superar esa marca.

Hemos impulsado muchas iniciativas para conseguirlo, como las jornadas de puertas abiertas que celebramos en abril y que excedieron con creces nuestras expectativas más optimistas: nunca creímos que tendrían tanto éxito. Pero, además de continuar mejorando lo presente, no renunciamos a atraer nuevas inversiones, presentar atracciones novedosas y, por qué no, abrirnos a un turismo más especializado.

¿Es cierta la impresión que no es muy grande la oferta de alojamiento en Enkarterri?

La impresión no puede estar más alejada de la realidad. Solamente asociados a Enkartur contamos con veinticinco establecimientos: hoteles, casas rurales, hostales, apartamentos... La oferta es grande y variada, y suficiente para acomodar la demanda actual. Ahora bien, si existe esa impresión quizá se deba a una insuficiente labor de promoción. Ese es nuestro objetivo y nuestra razón de ser: dar a conocer la comarca y todo lo que puede hacerse aquí; romper mitos y corregir percepciones equivocadas.

¿Cuáles serían los productos identificadores del turismo en esta zona de Bizkaia y qué busca exactamente el turista que se acerca a pasar unos días por estos lares? Además, cual es la mejor época del año para visitar Enkarterri?

Aunque el buen tiempo sin duda ayuda a realzar la belleza de Enkarterri y a disfrutar más y mejor del entorno, estamos abiertos todo el año. Quizá la primavera y el verano sean más propicios para disfrutar de la naturaleza y los meses de invierno para conocer el patrimonio histórico y cultural de la comarca o saborear nuestros platos.

¿Qué le diría al viajero para convencerle de que se acercara a pasar uno o varios días por Enkarterri?

Que estamos a un paso de Bilbao: las comunicaciones son excelentes y nuestros pueblos gozan de un encanto singular. La ubicación y el entorno natural son nuestros puntos fuertes. Busque lo que busque el visitante, entre nosotros lo encontrará. Relax, naturaleza, gastronomía, cultura... La oferta es extraordinaria y no hay espacio para el aburrimiento.

¿A dónde se puede dirigir el viajero para recibir más información?

A la oficina de turismo comarcal, en la sede de Enkartur, en Balmaseda. Y a nuestra página web (www.visitenkarterri.com) o en Facebook (www.facebook.com/bilbaoenkarterri). Además, estaremos encantados de responder a sus dudas si nos llama al **946 80 29 76**.



ICQO EN ARVO 2015 ANNUAL MEETING: A LA VANGUARDIA DE LA INVESTIGACIÓN EN OFTALMOLOGÍA.

ARTÍCULO: Por Vanesa Freire (Bióloga en ICQO)



Como ya es habitual, una nutrida representación del ICQO ha acudido este año al congreso anual de ARVO (Association for Research in Vision and Ophthalmology) que se ha celebrado en la ciudad estadounidense de Denver (Colorado), del 3 al 7 de mayo.

La cita, que reúne a más de 11.000 expertos en oftalmología y ciencias de la visión procedentes de todo el mundo, se ha convertido en el evento de mayor calado mundial a nivel de investigación oftalmológica. En ARVO se tiene la posibilidad de estar frente a las grandes figuras de la oftalmología mundial en el sentido literal de la palabra, mucho más que en un congreso tradicional. Ya que, además de las tradicionales sesiones, la amplísima cantidad de presentaciones en formato "poster" permite el intercambio directo de conocimientos entre los profesionales que

allí se reúnen. También es muy común ver a nóveles investigadores que están terminando su tesis doctoral. Todo aquel que hace algo en investigación dentro del ámbito de la oftalmología y la visión, suele estar allí, ARVO es una cita especial.

El tema de este año ha sido "Powerful Connections: Vision Research and Online Networking". Que enfatiza la importancia que tiene la globalización y el contacto entre distintos grupos en la investigación. Cualquier novedad en ciencias básicas o clínicas se presenta en ARVO años antes que en cualquier otro foro conocido. Es el entorno idóneo para encontrar otros grupos a nivel mundial que trabajen en tu campo, por muy concreto o peculiar que sea.

Además, la investigación en el campo de la oftalmología



1615 - D0123

OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY FINDINGS IN RECURRENT CORNEAL EROSION SYNDROME

Juan A. Durán^{1,2}, Elio Díez-Feijóo¹

¹Instituto de Oftalmología, ²Basque Country University, Bilbao, Spain.



University of the Basque Country
Instituto de Oftalmología

durán@icqo.org

ABSTRACT	RESULTS	CASES
Purpose: To report the findings of optical coherence tomography (OCT) in the cornea of patients with recurrent corneal erosion syndrome (RCES). Methods: Corneas from ten normal subjects (20 eyes) and 25 patients suffering from RCES were studied by HD-OCT. Images were obtained at different stages of the pathology and each patient was followed-up after treatment. Results: Tear film, epithelium, basement membrane, Bowman layer, stroma, and Descemet-endothelium complex were identified by OCT in all normal corneas. The same structures were identified in non-affected areas of RCES corneas. The findings of OCT from patients suffering from acute RCES are as follows: anterior stromal hyper-reflectivity (50%), epithelial edema (100%), and irregular breaks in the epithelium (50%). Undisrupted epithelial basement membrane (100%), indisrupted basement membrane (50%), subepithelial inclusion (50%), and anterior stromal hyper-reflectivity (40%) were seen in patients with chronic RCES. These findings correlated well with the clinical symptoms and with previously described histological reports of RCES. Conclusions: Corneal OCT can be useful to study and manage RCES.	Normal Corneas: Similar images were obtained from all patients. In particular, we could clearly distinguish a number of structures in all images of the cornea of healthy subjects that correspond well with the histology of the normal cornea. OCT Findings in RCES: Acute episodes: In vivo images showing the architecture of the epithelial lesions were observed in all acute lesions. (Fig. 2 and Case 1) Chronic symptoms: In all 15 eyes with chronic symptoms areas of undisrupted basement membrane were observed in the same location that the typical slit lamp signs of RCES. (Fig. 3 and Case 2 and 3)	CASE 1: Epithelial wound healing under bandage contact lens observed by OCT after epithelial debridement of an acute epithelial erosion. CASE 2: Chronic symptoms in a case of EBMD. Photo localize a single lesion in upper cornea and in OCT we can observe intrapapillary basement membrane (A) and absence of epithelial basement membrane inside the lesion (B). CASE 3: Patient with frequent epithelial erosions always localize on the same area of the cornea (A). In OCT we observe absence of EBMD inside the lesion (B) and intrapapillary inclusions and hyperreflective anterior stroma (C).
INTRODUCTION Recurrent Corneal Erosion Syndrome (RCES) is a relatively common disorder which is associated with intense ocular pain and chronic discomfort. The clinical presentation and causes of this syndrome are well known, but its pathophysiology remains unclear and optimal treatment of these patients is an open issue.^{1,2} Symptoms are known to arise from insufficient attachment of the epithelium to the underlying stroma through the structures of epithelial basement membrane.³ New technologies for in vivo imaging allow us for a better understanding and management of some corneal disorders. Recently, findings of RCES and Epithelial Basement Membrane Dystrophy (EBMD) have been described using anterior segment OCT.^{4,5}	DISCUSSION The enhanced resolution of OCT instruments for the anterior segment analysis allows a more in-depth observation of the cornea, providing an in vivo histology. We observed, in the topographic location of the basement membrane of normal cornea, a clearly discernible line with moderate reflectivity that was clearly distinguishable from the tissue that was immediately above and below it. The clear identification of this line of basement membrane is a sign of normality of this structure and this allows its analysis in pathological situations. In acute epithelial erosions OCT allows new in vivo images that may help us understand pathophysiology of RCES. We can observe perfect architecture of the epithelial wound and we may follow epithelial wound healing. OCT can also provide clinically relevant information in patients with chronic symptoms. In these cases, we found two clearly distinguishable signs with clinical significance. First, changes at the level of basement membrane, and second, anterior stromal hyper-reflectivity. Absence or abnormal intrapapillary basement membrane was observed in EBMD cases and these lesions may be follow-up in time or after treatment. We also identified anterior stromal hyper-reflectivity with symptoms and location of the lesions. From our results and from other recent studies, OCT can detect epithelial and basement membranes changes that are not visible through biomicroscopy.^{4,5}	REFERENCES 1. Smith, J. W. J. Recurrent corneal erosion syndrome. In: <i>Cornea</i>, 2nd ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1994; 100-104. 2. Smith, J. W. J. Recurrent corneal erosion syndrome. In: <i>Cornea</i>, 2nd ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1994; 100-104. 3. Smith, J. W. J. Recurrent corneal erosion syndrome. In: <i>Cornea</i>, 2nd ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1994; 100-104. 4. Durán, J. A., Díez-Feijóo, E. A. Anterior segment OCT in the study of recurrent corneal erosion syndrome. <i>Optom Vis Sci</i> 2004; 81: 100-104. 5. Durán, J. A., Díez-Feijóo, E. A. Anterior segment OCT in the study of recurrent corneal erosion syndrome. <i>Optom Vis Sci</i> 2004; 81: 100-104.
METHOD We obtained images of healthy and diseased corneas using anterior segment 5-line raster image acquisition software of HD-OCT Cirrus platform (Zeiss, Jena, Germany). The line length is 3 mm and is composed of 4096 A-scans with better resolution of 3 mm in axial tissue. Resolution decreases when we move out from the central cornea and this fact is a study limitation when we try to study lesions on the periphery of the cornea. Resolution in this area may be increased by asking the patient to displace his eyes to obtain a perpendicular scan. Although we obtained images from various zones of the cornea of all examined subjects, we focused specifically on areas that presented biomicroscopic signs (erosion, epithelial basement membrane dystrophy (EBMD), blebs, etc.). For acute cases, follow-up was performed repositioning the contact lens in place. Examination was completed with slit lamp photography using white light and cobalt blue light following fluorescein staining, for comparison with OCT findings. Finally, we compared biomicroscopic findings and OCT images.		

está liderando los esfuerzos en muchas áreas relacionadas, incluyendo neurología, imagen de tejidos, salud preventiva y otros. Prueba de ello son los tres posters que el ICQO ha presentado en este Congreso y que muestran parte de la investigación que se desarrolla en el instituto. En ellos se exponen trabajos que van desde el estudio de la acción de los antiangiogénicos como tratamiento en la neovascularización corneal, hasta un estudio de más de 100 casos de sujetos aquejados de erosión corneal recidivante o la cuantificación de biomarcadores de la lágrima como fuente de información de la superficie ocular.

Como curiosidad destacar que ARVO otorga el mayor premio del mundo a la investigación en visión, el cual está valorado en 1.300.000 dólares, superando al Premio Nobel en cuantía. Este año el premio ha sido otorgado a investigadores en retinopatía diabética y degeneración macular asociada a la edad, las cuales son dos de las causas más importantes de ceguera en países desarrollados. También, cabe destacar hallazgos importantes como el de encontrar el virus del Ébola en fluido ocular en pacientes que no lo tienen en sangre.

La "Association for Research in Vision and Ophthalmology", Inc. (ARVO) fue fundada en 1928 en Washington DC por un grupo de 73 oftalmólogos estadounidenses. Originalmente fue nombrada como la "Association for Research in Ophthalmology" (ARO), y posteriormente en el año 1970 se añadió la palabra "visión" para reflejar mejor el perfil científico de sus miembros.

Actualmente cuenta con unos 12.000 investigadores miembros procedentes de más de 80 países.

Hoy en día es una asociación multidisciplinar en la que se aúnan investigación clínica y básica.

El Primer Congreso Anual tuvo lugar en el año 1962.

Ya están programadas las reuniones para los próximos 7 años, con destinos como Seattle, Honolulu, Vancouver, Baltimore o San Francisco.

DENVER, COLORADO

UN OFTALMOLOGO EN EL LEJANO OESTE

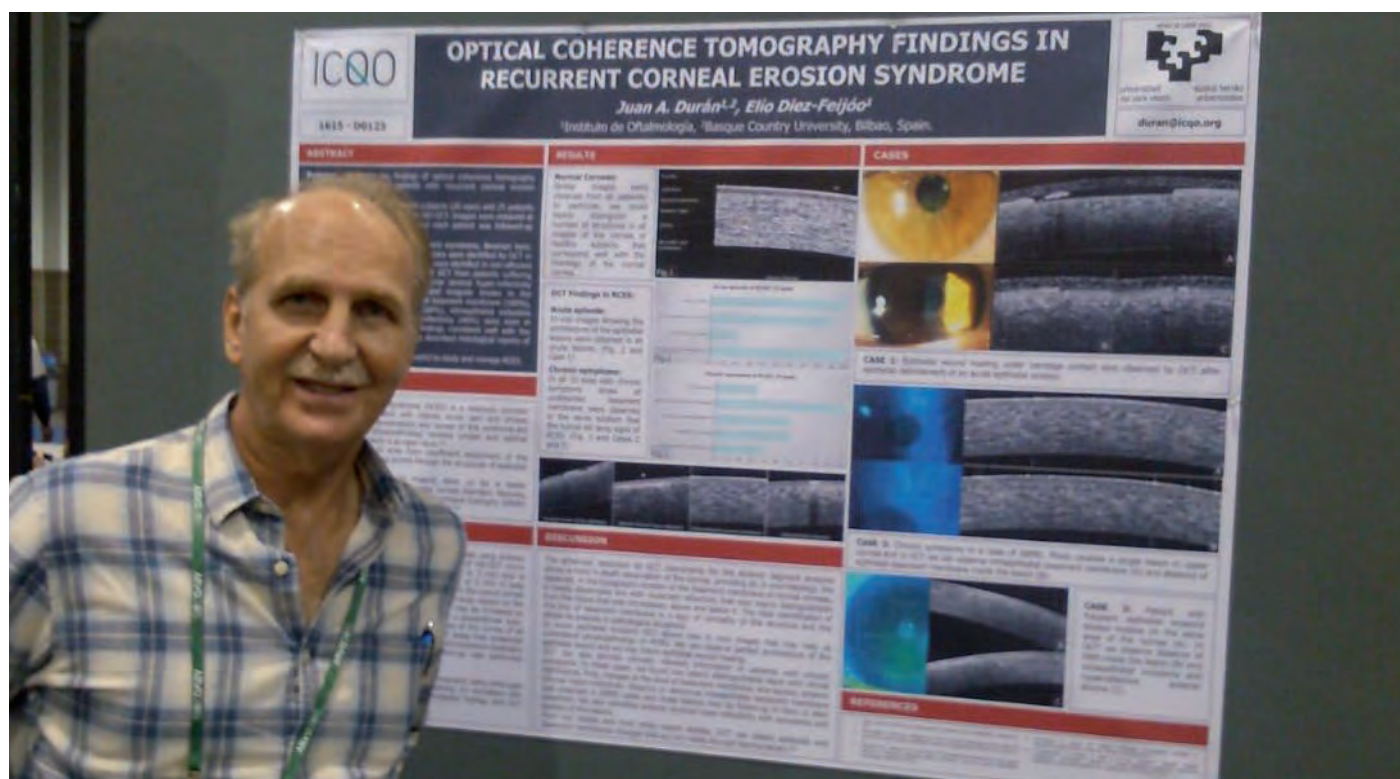
ARTÍCULO: Por Dr. Juan Duán

A primeros de mayo se celebró en Denver el Congreso de ARVO (Association for Research in Vision and Ophthalmology), reunión científica que reúne a más de 6.000 investigadores de todo el mundo. Se trata de un foro en el que participan biólogos, físicos ópticos, ingenieros, neurofisiólogos, oftalmólogos y todos aquellos estudiosos del mundo de la visión y la oftalmología. El ICQO participó con varios trabajos que, en forma de póster, fueron presentados y discutidos con importantes científicos de la especialidad.

La ciudad de Denver, llamada Mile-High City, por estar a una milla sobre el nivel del mar, es la capital del estado de Colorado, ubicado en el medio-oeste de EEUU. Nada más llegar se da uno cuenta de que se encuentra en un lugar con personalidad propia, tanto en el aspecto como

en el carácter. La ciudad, de tamaño medio, es fácilmente paseable y cuenta con buenas aceras, numerosos parques y zonas peatonales, además de carril bici. Su ubicación en un gran valle hace que sea muy llana y transmite sensación de amplitud. Al oeste se aprecian la Montañas Rocosas, todavía con nieve en esa época del año. Estas son las responsables de los cambios súbitos en el clima, si bien se puede decir que es suave y poco lluvioso, lo que invita a la vida callejera. No obstante, el día de nuestra marcha coincidió con un importante temporal de nieve.

En esa época del año se advierte el ambiente en las calles, con numerosas terrazas y restaurantes, que se llenan de bulliciosa gente joven. El eje de la actividad lúdica se sitúa en la 16th Street Mall. La antigua estación central (Union Station) ha sido rehabilitada con mucho acierto





y sus alrededores cuentan con restaurantes y terrazas muy animadas. Casualmente, el día de nuestra llegada se celebraba el derby de Kentucky y por ese motivo tanta gente vestía coloridos trajes sureños, participando en lo que para ellos es una gran fiesta tradicional. Debe quedar destacada la cordialidad de las gentes de Denver, sonriente y próxima, llamativamente natural y espontánea.

Otra peculiaridad es, sin duda, el elevado número de personas "sin techo" que se ven por las calles y los paseos céntricos, a veces jugando en un fútbol callejero. Aparte del clima benévolo, desde 2012 en el estado de Colorado el consumo de marihuana se ha despenalizado y los vagabundos no son expulsados por la policía. Lo curioso es que el aspecto de estas personas no es de abandono, se puede decir que están en algún punto entre "sin techo" y "hippies", dando la impresión de que esa es la forma de vida que han elegido.

Lo cierto es que Denver es una ciudad en crecimiento, a la que no ha afectado la crisis y con una oferta laboral generosa. Se estima incluso que la población se puede llegar a duplicar en un par de décadas. A su vez, el índice de peligrosidad es muy bajo.

Denver tiene una gran oferta deportiva, con equipos importantes de fútbol americano (Broncos), baloncesto (Nuggets) y béisbol (Rockies). Posee un interesante Museo de Arte, un grandioso Centro de Convenciones y un cada vez más activo aeropuerto. Algunas tiendas nos recuerdan el lugar en el que estamos y su historia. Tanto en Overland como en Rockmount podemos adquirir ropa de auténtico estilo country o prendas elaboradas por comunidades indias, todo muy auténtico.

A poca distancia se encuentra la coqueta población de Boulder, que merece la pena un paseo. Es además paso

Destaca la cordialidad de sus gentes, sonriente y próxima.

hacia las Montañas Rocosas. La carretera que conduce a ellas es de una gran belleza, atravesando un desfiladero que, dando un rodeo por Nederland, conduce hacia las estaciones de esquí tan reconocidas como Vail y Aspen. Estes Park se encuentra a menos de dos horas y puede plantearse como una deliciosa excursión de día desde Denver. Por la zona, lugares con nombres evocadores: Cheyenne, Arapaho National Park, Laramie, Apache Peak,.... Si, John Wayne anduvo por aquí.



AGENDA

SESIONES CLÍNICAS "Jueves del ICQO"



El 25 de junio finalizó el ciclo de Sesiones Clínicas-Jueves del ICQO correspondiente al curso 2014-2015. El broche de oro lo puso el Dr. Álex Fonollosa con la ponencia "Técnicas de Imagen en Edema Macular Uveítico". Esta charla puso fin a un ciclo de 17 sesiones dirigidas a Oftalmólogos, Ópticos/Optométristas y enfermeros/as.

Nuestras sesiones están acreditadas por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias, esto asegura a los asistentes una formación de calidad y la posibilidad de obtener un reconocimiento académico oficial en forma de Créditos de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Dado el alto grado de especialización y los continuos avances científicos y tecnológicos que acontecen en el ámbito de las ciencias de la visión, entendemos la formación como una necesidad para los profesionales de la oftalmología. Por ello ofrecemos ciclos de Formación Continuada gratuitos y de gran calidad.

El alto grado de satisfacción mostrado año tras año por los asistentes nos anima a continuar con esta actividad que se inició hace ya 15 años y por la que han desfilado centenares de prestigiosos ponentes.

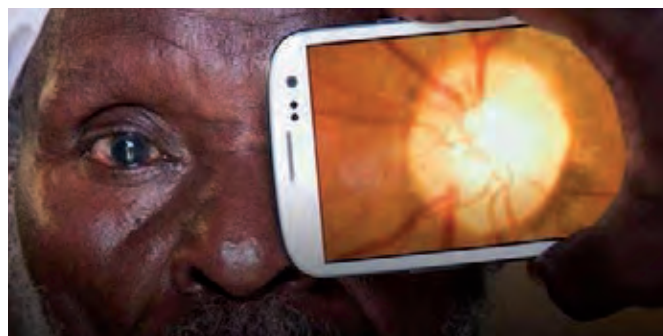
FORO: EL FUTURO DE LA OFTALMOLOGÍA

En el ICQO cumplimos 20 años, desde nuestro nacimiento en 1995 hasta hoy hemos asistido a innumerables cambios científicos, tecnológicos y sociales. Pero, ¿qué será de la Oftalmología en las próximas 2 décadas?

La oftalmología es una de las especialidades médicas que más se beneficia del desarrollo tecnológico. La tecnología avanza sin medida y lo que antes nos parecía cosa de ciencia-ficción ahora es real o está muy cerca de serlo. Con la tecnología la medicina avanza pero también la sociedad cambia y evoluciona, seremos diagnosticados desde casa gracias a internet y a las aplicaciones para móviles. Los avances científicos nos permitirán vivir más años y mejorar nuestra calidad de vida, pero ¿será esto sostenible para nuestro sistema sanitario?

Para reflexionar sobre todo ello, el próximo 5 de noviembre, se darán cita en el ICQO relevantes profesionales del ámbito de la sociología, la tecnología, la medicina, la política, etc. en un foro de debate organizado en conmemoración del 20 aniversario del ICQO. Amando de Miguel, Pablo Artal, Manuel Sánchez Salorio y Melchor Álvarez de Mon, entre otros, nos harán reflexionar sobre lo que nos depara el futuro cercano.

Dentro de 20 años no hablaremos de "medicina de precisión", "medicina personalizada", "telemedicina" " o "medicina genómica " diremos sólo "medicina". Todo es posible en un futuro que estará aquí en 20 años.



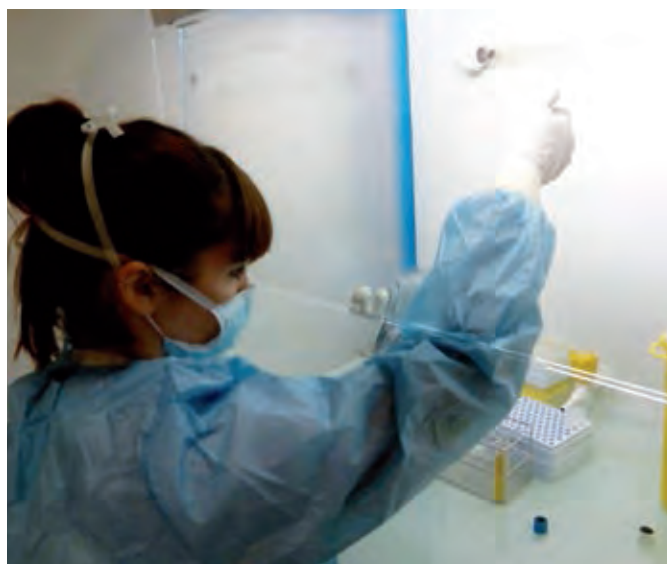
PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS EN EL ICQO

Desde hace varios años, en el ICQO es habitual que estudiantes de los últimos cursos de medicina acompañen a nuestros doctores en sus consultas. Como novedad este año, una alumna de la Facultad de Farmacia de la UPV/EHU (Maitane Rueda) ha desarrollado sus prácticas voluntarias de empresa en nuestras instalaciones. Por unas semanas, se ha integrado en el departamento de I+D+i y de la mano de una bióloga y una farmacéutica ha podido tantear el día a día de la actividad desarrollada por este departamento en el ámbito de los ensayos clínicos, las terapias autólogas

e innovadoras, la investigación clínica o el diagnóstico genético. También pudo completar su formación en bioética mediante la realización del curso de verano UPV/EHU "Nuevos retos en investigación biomédica".

Para Maitane, que en los próximos meses finalizará su formación como farmacéutica, ésta es su primera experiencia laboral y dice estar encantada con esta nueva andadura: "Es un honor ser la primera farmacéutica en hacer prácticas en el ICQO. Me han acogido muy bien. Ha sido como una clase personalizada en la que se aprende mucho más".

El desarrollo de este tipo de estancias pone de manifiesto la colaboración entre lo público y lo privado que viene dándose los últimos años, en particular la relación UPV/EHU – ICQO que se consolidó con la firma en 2013 del Acuerdo Marco de Colaboración.



situándose de media en los 77.2 años para los hombres y en los 83.7 años para las mujeres.

Las personas de más de 65 años son, con diferencia, el grupo de población con una mayor patología ocular y que con más frecuencia visita al oftalmólogo. La influencia de la edad es susceptible de empeorar cualquiera de las etapas del proceso visual, desde la formación de la imagen óptica en la retina hasta la interpretación de esa imagen en el cerebro. Frenar o minimizar los daños que el paso del tiempo induce en nuestra visión constituye un reto para científicos y oftalmólogos.

El 19 de febrero de 2016, el ICQO conmemorará su vigésimo aniversario con una jornada científica de alto impacto. Expertos de fama mundial se darán cita en el Palacio Euskalduna de Bilbao para presentar los últimos avances diagnósticos y terapéuticos en el ámbito de las patologías más relevantes durante el envejecimiento de nuestros ojos.

ENVEJECIMIENTO OCULAR:

NUEVAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Los problemas de visión afectan a más del 75% de la población mundial, un porcentaje muy alto de personas, muchas de las cuales no pueden desarrollar una vida autónoma. Este porcentaje tan elevado responde, en buena parte a la longevidad creciente de la población, ya que, a medida que aumenta la edad, también crece el riesgo de enfermedad ocular. En nuestro entorno, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años,



VIVENCIAS EN BOLIVIA

ARTÍCULO: Por Mariam Lama (DUE en ICQO)

Hay gestos y palabras de los que te acuerdas siempre. Tres años antes, en la despedida de mi primer viaje a Bolivia, la hermana Petra se despidió de mí con un efusivo abrazo y me susurró: espero que vuelvas, porque haces mucha falta!

Así que cuando el Dr.Duran y la Fundación Mirada Solidaria me ofrecieron la posibilidad de regresar a Trinidad no lo dudé ni un momento, más aún cuando esta vez venía mi compañera Olatz, enfermera también. Tenía ganas de volver.

Volamos para Santa Cruz de la Sierra el 25 de julio, el viaje de 11 horas no se hizo excesivamente pesado ya que, por temas de overbooking, Olatz viajaba en primera y tuvimos la suerte de poder ir repartiéndonos ese asiento para descansar mejor al menos parte del viaje; aunque reconozco que era mucho más auténtico participar en el bullicio de la parte trasera del avión donde se juntaban los bolivianos/as que la mayoría, después de años, regresaban de nuevo a su tierra. Cuando aterrizamos en el aeropuerto de Biru-Biru todos aplaudían emocionados.

De Biru-Biru volamos en un avión mucho más pequeño hacia la zona más pobre de Bolivia, el Departamento del Beni. Trinidad, su capital, fundada a orillas del río Mamoré y con una superficie de 27 km² fue fundada en 1686 por el jesuita Cipriano Barace y era parte de las Misiones



Jesuitas. Su clima tropical y húmedo con fuertes lluvias, sobre todo entre los meses de octubre y mayo, se nota nada más llegar, pero al menos esta vez nos libramos de esas tormentas a media tarde.

Ya en Beni, la hermana Petra y Miguel con su jeep nos estaban esperando. En este viaje fuimos 6 personas, Dr. Duran, Dra. Aguado, los fotógrafos Pasquale Caprile, su hijo Stefano, Olatz y yo, a los que desde aquí les mando un abrazo.

Volver a reencontrarnos otra vez con todo el personal del Centro de Salud "Nuestra Señora de Pompeya" de Cáritas fue muy gratificante, la hermana Petra, directora del centro, nos tenía preparada para el día siguiente una jornada intensa de cirugías. La hermana es originaria de Burgos y es de admirar el trabajo que realiza allí desde hace más de 40 años, su capacidad de dirigir y organizar todos los aspectos tanto de personal como económicos del centro; su sonrisa y su tenacidad hace que ese lugar salga adelante y se hagan las cosas dignamente dentro de las posibilidades de la zona.

Al día siguiente nos levantamos, porque no decirlo, agotadas del viaje y del cambio horario, seis horas de diferencia, pero con mucha ilusión por comenzar la jornada, casi casi "parecida" a nuestras sesiones de cirugía del ICQO. Olatz y yo dormíamos juntas en una habitación dentro del recinto de Cáritas, dos camas antiguas, un armario y un baño muy sencillo era lo único que había en la habitación, la ducha

colgaba con un cable del techo y de él caía apenas un chorro de agua. Todo eso hace que valores más lo que tienes aquí y te hace respetar a la gente que vive en esas condiciones y a pesar de lo poco que tienen no pierden la sonrisa.

Según abrimos la puerta de la habitación ya había pacientes esperando en los bancos de fuera, nos miraban con interés y cariño, al fin y al cabo habíamos viajado desde España para quitarles su "ceguera".- Buenos días! ¿Que tal han dormido? ¿Qué tal el viaje?

Nuestras jornadas comenzaban bien pronto, desayunábamos todos juntos en la casa habilitada para ello y seguido nos metíamos en el quirófano. Enseguida nos pusimos manos a la obra, intentando adecuarnos a las nuevas condiciones. Sacamos el material que traíamos desde Bilbao, lentes intraoculares, instrumental, accesorios para el faco, medicación....etc,etc. Hay que decir que allí las cataratas no son como aquí y las técnicas quirúrgicas cambian, ya que son pacientes que llevan años con el cristalino opacificado y acostumbrados casi a no ver por culpa de una catarata. Operar en Bolivia una sola catarata equivale a operar al menos tres aquí, las condiciones tampoco acompañan en un país en el que conseguir un antibiótico convencional no es tarea sencilla.

Por las tardes en quirófano se ponía la radio con música boliviana y a las 17.00 y a las 21.00, si no recuerdo mal, se hacían por radio los avisos a las gentes de allí. Es la manera que tienen de dar avisos a familiares de otros pueblos y/o recados, se ha muerto fulanito del pueblo de tal o recordar a tal señor que aún le debe 14 bolivianos a alguien. Nos pareció tan divertido y tan diferente que lo escuchábamos todos los días. Allí no hay telefonía móvil tan accesible como por aquí.

Los pacientes iban pasando para la preparación quirúrgica, algunos llevaban desde muy temprano esperando a ser operados, y muchos de ellos tenían que desplazarse grandes distancias para llegar a Trinidad. Hay que decir que son gente dura, la percepción del dolor es muy diferente a la nuestra y son gente acostumbrada a pasar penurias. Conocer de propia mano la historia de cada una de esas personas que iban pasando a operarse hacía que las horas pasasen rápido. Se reflejaba en sus ojos la dureza de sus vidas y su alegría por la vida, quizás nos enseñen muchas cosas que aquí no tenemos posibilidad de aprender porque tenemos de todo.

Recuerdo con cariño el caso de una niña de unos 8 años que tenía que operarse de una catarata congénita con anestesia general. Lo teníamos todo programado, incluido anestesista (no es fácil disponer de un anestesista por esa zona.) Ese día no se presentó. La hermana Petra nos comentó que el marido actual de la madre no le daba el consentimiento a la niña para poder operarse, increíble! Hay que decir que en



Solidaridad

Bolivia las mujeres viven en condiciones de desigualdad respecto a los hombres y esto se reflejaba una vez más en este caso que , gracias a la intervención de la Hermana, que conoce las costumbres de la gente de allí , pudo ser operada días más tarde con muy buen resultado.

Pero todo no fue quirófano. Tuvimos la suerte de poder volar en avioneta a un pueblo de la amazonía boliviana situado a unos 90 km de Trinidad, San Ignacio de Moxos. Fue una pequeña aventura, teniendo en cuenta que alguna que otra avioneta acababa en el suelo, pero era la única manera posible para nosotros de llegar, viajar allí en coche nos llevaría unas 5 horas. No teníamos elección, teníamos que luchar contra nuestros miedos internos si queríamos disfrutar de ese bonito pueblo que, sin duda, no nos defraudó.

El mayor atractivo de San Ignacio de Moxos es su fiesta patronal que se celebra el 31 de julio, esta festividad ha mantenido una profunda relación con la tradición religiosa jesuítica y con las creencias indígenas. Está compuesta por varios elementos como por ejemplo la danza de los macheteros, pero esta vez nosotros no pudimos coincidir ese día allí, lo que no nos impidió disfrutar de este pueblo tan encantador.

Ya de nuevo en Trinidad, volvimos a nuestra rutina de trabajo. Al finalizar cada jornada, a eso de las siete de la

tarde nos íbamos al pueblo junto con el resto. El transporte en Trinidad es muy curioso, no hay excesivos coches, más bien pocos y la gente se mueve por el pueblo con motos. Un servicio muy habitual es la moto-taxi, por un boliviano (moneda de Bolivia) puedes hacerte un recorrido por el pueblo, así que Olatz y yo nos hicimos varios viajes de esta manera. Las carreteras, salvo alguna principal, no están asfaltadas, son de tierra y cada vez que llega la época de lluvias el pueblo se convierte en un auténtico barrizal.

No se me olvida el viaje que nos hizo Miguel en su jeep el día anterior a nuestro regreso. Nos llevó a los poblados de las afueras de Trinidad para que viésemos y nos llevásemos la realidad de la gente de esa zona, niños jugando descalzos en la tierra, casas que eran chabolas... Nos fuimos con una sensación agri dulce de sentirte parte de una sociedad que está mal repartida y en la que tú te encuentras en el lado favorecido.

El regreso fue una semana después, son pocos días, pero la sensación es de haber estado allí por lo menos un mes. Se viven muchas experiencias y se tienen muchas sensaciones. Creo que, particularmente, es un viaje que te llena y te recompensa por todos los lados y animo a la gente a que colabore con este proyecto o con otros de colaboración porque realmente el que gana es uno mismo.





ICQO

ICQO



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

MIRA AL HORIZONTE Y PIENSA EN TODO LO QUE TE QUEDA POR VER

