

Oftalmología

95º CONGRESO SEO

ENTREVISTA **Dr. José Luís Encinas** Presidente de la SEO y **Prof. José Manuel Benítez del Castillo** Comité organizador

“Tecnificación y humanismo es el binomio complementario y necesario en nuestros tiempos”

¿Qué objetivos se ha marcado la SEO en su 95 Congreso, que se inaugura hoy en Madrid?

Dr. José Luís Encinas: El Congreso anual de la Sociedad Española de Oftalmología tiene como objetivo fundamental promover la docencia y la investigación, aportando la estructura necesaria para una efectiva presentación de las experiencias de los ponentes expertos en cada tema. Para lograr estas metas, el Congreso cuenta con una intensa actividad a través de 52 cursos de actualización, 8 mesas redondas, de las cuales 6 son de subespecialidad, 20 simposios, 66 comunicaciones libres, 226 comunicaciones en panel, 15 reuniones satélites, 3 conferencias y 95 comunicaciones de casos clínicos y maniobras quirúrgicas. En todas ellas, los ponentes exponen su experiencia personal y las novedades que en el ámbito nacional e internacional hayan surgido. Por otra parte, durante el congreso, la industria farmacéutica y empresas de tecnología médica exhiben en una gran exposición comercial, los últimos avances científicos y tecnológicos de la especialidad. Finalmente, el congreso constituye el principal y más importante punto de encuentro de los oftalmólogos de todo el país para el intercambio de conocimientos y experiencias en un ambiente de cordialidad, amistad y compañerismo.

Prof. José Manuel Benítez: El objetivo principal es que sea un magnífico congreso, inolvidable desde un punto de vista científico y organizativo. Hemos elaborado un programa muy pensado y completo. Como siempre, tendremos cursos de actualización, las comunicaciones orales de investigación, en panel y vídeos, el alma mater de todos los congresos. También dispondremos de interesantes simposios patrocinados por la industria. Como novedad, todo ello se grabará para posterior disfrute de los socios. Y se entregarán premios a los mejores trabajos. El fin último es garantizar la formación continuada de nuestros socios para seguir manteniendo un excelentísimo nivel profesio-

sional para la mejor atención sanitaria de la población.

¿En qué patologías oftalmológicas centran su programa?

Dr. José Luís Encinas: El Congreso abarca todas las patologías que pueden presentarse en nuestra especialidad: patología de retina, con las novedades terapéuticas en las vertientes de retina médica y quirúrgica, patología de glaucoma, catarata, superficie ocular, córnea, neurooftalmología, uveítis e inflamación ocular, órbita y cirugía oculoplástica, oncología y traumatología ocular. En todas las materias los ponentes aportan las novedades más relevantes generadas tanto por la investigación como las extraídas a partir de casuísticas amplias y experiencias propias. Pero no toda la temática congresual se refiere a entidades patológicas definidas: el congreso cuenta con presentaciones dedicadas a la gestión del conocimiento, como una mesa redonda con el título de “Big data en Oftalmología”. Igualmente, veremos una interesante reunión sobre Ética, deontología y humanismo en las nuevas tecnologías, donde se abordará el tema de la regulación y control de la actividad oftalmológica en el campo de la Inteligencia Artificial.

¿Cuáles son las novedades médicas, quirúrgicas y ortópticas más significativas en el marco de la patología corneal?

Prof. José Manuel Benítez: En el Congreso se van a tratar todos los aspectos novedosos de esta rama de la oftalmología. De entre ellos, se hablará de los nuevos métodos diagnósticos para las enfermedades de la superficie ocular, nuevos tratamientos antiinfecciosos, del tratamiento de la queratopatía neurotrófica, nuevas lágrimas artificiales, derivados hemáticos y antiinflamatorios. En lo que se refiere a la cirugía, se abordarán temas como el trasplante de la capa de Bowman, las diferentes técnicas de trasplante endotelial, crosslinking y segmentos intracorneales para el queratocono entre otros.



Dr. José Luís Encinas



Prof. José Manuel Benítez del Castillo

“El objetivo principal es que sea un congreso inolvidable desde un punto de vista científico y organizativo. Para ello hemos elaborado un programa muy pensado y completo”

¿Cuáles van a ser los aspectos más destacables en cataratas y cirugía refractiva?

Prof. José Manuel Benítez: Se abordarán las diferentes técnicas existentes, que van desde las incisiones con bisturí o láser hasta el implante de lentes intraoculares tóricas. El ya mencionado manejo de la catarata traumática y, por supuesto, se abordará el tratamiento de la presbicia, un defecto visual que afecta o afectará al 100% de la población. Y se hablará sobre las diferentes lentes intraoculares trifocales y de rango extendido para minimizar la dependencia de gafas tras la cirugía de la catarata.

El glaucoma precisa todavía de muchas respuestas. En este sentido, ¿qué aspectos van a tratarse en el 95 Congreso SEO?

Prof. José Manuel Benítez: Sin duda alguna, uno de los problemas principales al respecto es el todavía escaso conocimiento de la enfermedad por la población y, por lo tanto, el no acceso al especialista para prevenir una de las más importantes causas de ceguera en la actualidad. Se discutirá sobre

nuevos métodos diagnósticos para la detección precoz y se tratarán las novedades terapéuticas médicas y quirúrgicas.

Retina médica y quirúrgica... ¿Cómo van a tratarse estas disciplinas en el Congreso?

Dr. José Luís Encinas: La patología de retina conforma una de las parcelas más amplias de la oftalmología y, por tanto, su actualización y novedades se presentan en el Congreso en muchos de sus apartados. Destacaría la mesa redonda en la que se tratarán materias como los avances en una técnica exploratoria de actualidad, como es la Angio-OCT, que permite un estudio de retina y capas adyacentes, de alta exactitud, sin utilizar contraste en vena, como requiere la angiografía con fluoresceína. Igualmente veremos estudios sobre los fármacos antiangiogénicos (anti-VEGF).

Se abordarán los nuevos hallazgos en biomarcadores genéticos de la degeneración macular asociada a la edad y, en retina quirúrgica, se presentarán nuevas instrumentaciones para cirugía de vítreo-retina, tanto en lo referente a

agujero macular, membranas epirretinianas y manejo de las complicaciones retinianas en la cirugía del segmento anterior. No olvidemos la aportación de avances en alta tecnología de la mano de instrumentaciones como nuevos microscopios quirúrgicos, nuevos láseres y sistemas 3D de visualización quirúrgica.

Desde la organización del Congreso y la Presidencia de la SEO, ¿Cuál es el mensaje a los oftalmólogos y los pacientes en España?

Dr. José Luís Encinas: El mensaje que se puede enviar es ya bien conocido de todos nuestros socios y está básicamente representado por la necesidad de mantener una continua actualización en oftalmología. A los pacientes y a la sociedad en general, queremos comunicarles que el fin último de la Sociedad Española de Oftalmología es asegurar, promover y mejorar su salud visual a través de instrumentos cardinales como son la investigación, formación continuada y difusión entre todos los oftalmólogos del conocimiento sobre los últimos avances científico-técnicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares, para que de esta forma puedan proporcionar a los pacientes los mejores cuidados visuales, con la mayor eficacia, seguridad y calidad asistencial. Con esta finalidad se desarrolla nuestro congreso todos los años y por igual motivo la Sociedad Española de Oftalmología constituye el principal garante de la salud visual de los ciudadanos.

La tecnificación hace avanzar sin duda de forma vertiginosa la Medicina, pero es únicamente complementaria del humanismo, legítimo, imprescindible e irremplazable dentro de esta profesión. La tecnología avanzada es hoy en día la mejor aliada del oftalmólogo pero deberemos recordar que los médicos somos personas que tratamos también con personas y no con máquinas. Por ello, hay que conceder prioridad a los valores hipocráticos tradicionales y más humanistas de la profesión, y no solo a los fundamentos científico-técnicos.

ENTREVISTA Dr. José M^a Martínez de la Casa

Jefe de Glaucoma del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid

“En pacientes con glaucoma, la coenzima Q10 actúa como neuroprotector”

Uno de los simposios del 95 Congreso SEO, que se celebra desde hoy en Madrid, va a centrarse en el tema de la neuroprotección en glaucoma, de la mano de Visufarma, empresa paneuropea con un portfolio innovador de productos enfocados a la salud ocular y el glaucoma. Entre ellos, Coqun, un colirio coadyuvante al tratamiento del glaucoma a base de Coenzima Q10. Preguntamos al Dr. Martínez de la Casa sobre la utilización de este componente en oftalmología y, más concretamente, en pacientes con glaucoma. Con numerosas aplicaciones en cosmética, en oftalmología la CoQ10 es bastante más desconocida.

El glaucoma es una importante causa de ceguera en el mundo ¿En qué consiste esta enfermedad ocular?

El glaucoma es una enfermedad que daña el nervio óptico, por lo que puede llevar a la pérdida de visión, siempre y cuando no se trate. Actualmente, junto con la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), es la principal causa de ceguera en países desarrollados. Siendo el nervio parte del sistema nervioso central, hay estudios que relacionan el glaucoma con enfermedades neurodegenerativas, como el Parkinson o el Alzheimer.

Se trata de una enfermedad asintomática, lo que hace que sea muy importante acudir periódicamente al oftalmólogo (por lo menos una vez al año) para hacer revisiones, de manera que pueda detectarse a tiempo, en sus fases iniciales. Cuanto antes se diagnostique, mejor, así podrá tratarse para que no produzca un daño significativo que interfiera en la calidad de vida del paciente.

“La coenzima Q10 es importante dentro de un correcto abordaje del glaucoma, como aliado junto al tratamiento hipotensor principal”

¿Cómo se diagnostica?

En las revisiones al paciente, medimos la presión intraocular que, si es elevada, es factor de riesgo en esta enfermedad. También miramos el nervio óptico para ver si hay signos de que el paciente pueda tener glaucoma. Si no se hacen las revisiones, el glaucoma se diagnostica cuando el paciente acude al oftalmólogo porque ya ha notado pérdi-

da de visión y, en esos casos, ya sería un glaucoma muy avanzado. Por eso, insisto en la importancia de acudir a consulta de oftalmología para que la detección del glaucoma sea precoz.

¿Cómo se trata el glaucoma?

Como el factor clave en glaucoma es la presión ocular, el tratamiento fundamental va orientado a disminuirla. El glaucoma se trata, de forma escalada, con medicamentos, láser e incluso con cirugía. En algunos pacientes, aunque la presión intraocular baje, el glaucoma sigue progresando, de manera que es preciso actuar a otro nivel y controlar otros factores, añadiendo tratamientos coadyuvantes. Uno de esos factores relacionados con la fisiopatología del glaucoma es un insuficiente aporte sanguíneo al nervio óptico. También el estrés oxidativo, relacionado con todos los procesos de envejecimiento del organismo.

¿Ahí es donde entraría la Coenzima Q10, utilizada como antioxidante?

Efectivamente. La Coenzima Q10 es un antioxidante presente en el organismo de forma natural y se ha demostrado que actúa protegiendo las células y fibras del nervio óptico, actuando como un fármaco neuroprotector.

Con el paso de los años, nuestro ‘almacén’ de CoQ10 disminuye, por lo que es importante aportarla de forma exógena. En casos de glaucoma, la CoQ10 actuaría ayudando a proteger las células del nervio óptico, para que se dañen lo menos posible.

Está indicada, por tanto, como coadyuvante en el tratamiento del glaucoma... ¿La CoQ10 tiene otras aplicaciones en oftalmología?

Está indicada como coadyuvante en el tratamiento del glaucoma, para balancear o contrarrestar el proceso de estrés oxidativo, el envejecimiento celular, aunque en ningún caso



“Aunque es más conocida en cosmética, por su efecto antioxidante la CoQ10 tiene en oftalmología interesantes aplicaciones”

puede sustituir el tratamiento hipotensor, que es el básico en glaucoma. La CoQ10 es importante dentro de un correcto abordaje del glaucoma, como aliado en el tratamiento principal, que sería el de disminuir la presión ocular. Aportar CoQ10 es especialmente útil en pacientes que están en tratamiento con estatinas (medicamentos que reducen el colesterol) o con betabloqueantes (que tratan la hipertensión), porque ambos reducen la cantidad de CoQ10 en el organismo. En estos pacientes, utilizamos la CoQ10 para intentar proteger las células de la retina.

Ciertamente, la CoQ10 es más conocida en cosmética, pero en oftalmología tiene también interesantes aplicaciones, como la que comentamos en glaucoma o también para el tratamiento de la superficie ocular. Además, se utiliza en algunas lágrimas artificiales para hidratar.

¿Cuál es su mensaje a los pacientes? El glaucoma genera cierta alarma porque causa ceguera...

El mensaje sería que, detectado a tiempo, en estadios iniciales, el glaucoma se puede controlar sin que el paciente vea resentida su visión ni su calidad de vida, así que lo fundamental es estar concienciado de la importancia de la detección precoz. A partir de ahí, el oftalmólogo ajustará el tratamiento para conseguir que la enfermedad no progrese.

VISUfarma
the eye health company

www.visufarma.com



ENTREVISTA Dr. Ramón Lorente Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva. Jefe de Servicio del Hospital Universitario de Ourense. Director de la Clínica Lorente

“En los últimos años los mayores avances se han producido en la cirugía de la presbicia”

El aumento de la seguridad quirúrgica, la corrección de cualquier defecto refractivo, el desarrollo de las lentes multifocales, los nuevos tratamientos para tratar el glaucoma y la degeneración macular, así como el avance en la cirugía de la córnea, son algunas de las luces más brillantes en la cirugía ocular. Hablamos con el Dr. Lorente, un referente en este área y actual presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva.

¿Qué avances significativos destacaría en la cirugía de cataratas en la última década?

Se ha producido una evolución muy importante. El objetivo de la cirugía ha pasado de ser simplemente la extracción del cristalino opaco a ser un procedimiento refractivo que proporciona al paciente unos niveles de independencia de gafas muy elevados, pero también un aumento de sus expectativas quirúrgicas. El gran favorecido con estos avances ha sido la cirugía intraocular de la presbicia, donde obtenemos unos resultados muy buenos y, lo que es más importante, predecibles, debido principal-



mente al desarrollo de nuevos biómetros y fórmulas biométricas, que nos permiten un cálculo muy exacto de la potencia de la lente a implantar; la disponibilidad de lentes tóricas trifocales para corregir el astigmatismo corneal, uno de los problemas que limitaban la cirugía de la presbicia; y nuevas lentes de rango extendido que proporcionan muy buena visión de lejos e intermedia,

algo peor de cerca pero con una disminución importante de los efectos secundarios que, en ocasiones, producen tanto las lentes difractivas como las trifocales.

Con estos avances, aumentamos tanto la eficacia como el rango de pacientes que se pueden beneficiar con esta cirugía.

Una vez conocidas las necesidades visuales del paciente, estamos

en condiciones de escoger la lente que mejor se adapte a sus preferencias y explicarle las expectativas reales que va a tener. Solo así quedará satisfecho.

“Oftalmológicamente, tenemos la suerte de vivir una época de continuos avances”

Por otro lado, en cuanto a la cirugía refractiva, ¿podríamos asegurar que se está aumentando la precisión quirúrgica? ¿Con qué soluciones innovadoras está trabajando?

Posiblemente sea la cirugía que más y mejor haya evolucionado en los últimos años. Tenemos la opción de realizar, con diferentes técnicas, el tratamiento en la córnea mediante Láser Excimer o implantar lentes intraoculares, según las necesidades del paciente. Estos avances, unidos a los conocimientos que hemos adquirido en los 25 años de cirugía refractiva, nos permiten no solo elegir la técnica más segura y precisa, sino también descartar al paciente que no reúna los criterios de seguridad o que sus expectativas no sean reales. Debemos recordar que la tasa de complicaciones es la más baja de to-

“Actualmente podemos corregir cualquier tipo de error refractivo, siempre que el paciente reúna las condiciones de seguridad”

das las cirugías y que actualmente podemos corregir cualquier tipo de error refractivo, siempre que el paciente reúna todas las condiciones de seguridad.

Al ser cada vez más longevos, ¿la degeneración macular y el glaucoma son patologías muy habituales en consulta?

No cabe duda de que, junto con las cataratas, son las patologías más frecuentes en pacientes mayores de 70 años. El problema de la degeneración macular y del glaucoma es que, debido al envejecimiento de la población, se alcanzan estadios muy avanzados e irreversibles, donde en ocasiones es difícil conservar la agudeza visual.

Los nuevos tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, nos hacen ser algo más optimistas en cuanto al desarrollo de estas patologías. Los resultados mejoran mucho si se detectan en los estadios precoces, por lo que es muy importante realizar revisiones periódicas.

Para finalizar, ¿en qué otras especialidades oftalmológicas se está avanzando de forma considerable?

Oftalmológicamente tenemos la suerte de vivir una época de continuos avances. La cirugía de vitreoretina ha sufrido un cambio radical con unos resultados magníficos. Para la cirugía de glaucoma se están desarrollando una serie de dispositivos que permiten realizar técnicas mínimamente invasivas para disminuir tanto el trauma quirúrgico como las complicaciones. Asimismo, son importantes los avances que se han producido en la cirugía de córnea, pudiéndose realizar actualmente trasplantes únicamente de la capa córnea afectada que aportan importantes beneficios: una más rápida recuperación, menor rechazo y mejor agudeza visual.



ENTREVISTA Dr. Carlos Gutiérrez Amorós y Juan Borreguero Presidente y gerente de Vista Oftalmólogos

Vista Oftalmólogos cumple años y objetivos

Vista Oftalmólogos, el grupo empresarial de capital español líder de la Oftalmología en España, cumple 10 años y lo celebra con la satisfacción de estar cumpliendo sus objetivos. Hemos aprovechado el feliz momento para entrevistar al doctor Carlos Gutiérrez Amorós, presidente del Grupo, y a Juan Borreguero, gerente de Vista Oftalmólogos, para conocer más acerca del Grupo y de su trayectoria en estos 10 años.

¿Cuál ha sido el trayecto del grupo en estos 10 años?

Dr. Gutiérrez Amorós: Siempre tuvimos muy claro a dónde queríamos ir, pero no sabíamos que llegaríamos tan lejos. La idea original era luchar de forma conjunta por el cuidado de la vista de nuestros pacientes, buscando la excelencia y un futuro diferente para todas nuestras clínicas. Así nació Vista Oftalmólogos, de la mano de una serie de profesionales con prestigio, reconocidos en el entorno local, y con éxito a nivel empresarial. El proceso de expansión vino después, cuando nos dimos cuenta de que eso que nosotros buscábamos, no solo le interesaba a nuestros pacientes, sino que era también de interés para los mejores profesionales de la Oftalmología, y no solo en España, sino también fuera de ella.

¿Cómo fueron seleccionando clínicas para formar parte del Grupo?

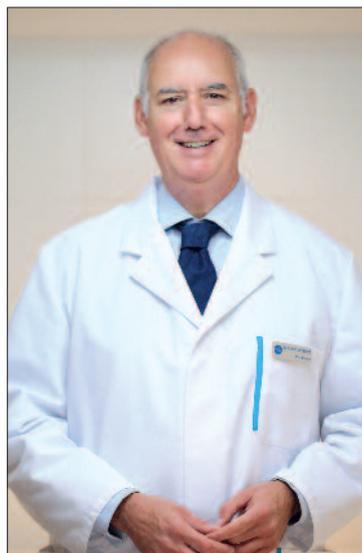
Dr. Gutiérrez Amorós: Pues la verdad es que se hacía de la misma manera que ahora, aunque ahora ya no hay que buscar clínicas, sino que elegimos entre las candidatas. Buscamos clínicas de referencia, lideradas por doctores, con una misma forma de entender la Oftalmología. Una ciencia cercana a la realidad del paciente, que resuelve sus problemas, con la mejor tecnología y sin olvidar que la clave es el equipo humano. No tenemos unos objetivos económicos como grupo; somos doctores, y nuestro afán es la salud visual del paciente. Por eso queremos que nuestros socios mantengan lo que les hace diferentes y el prestigio que sus clientes valoran en su entorno. Es la esencia del concepto de Oftalmología de Autor; puedes ser tú, sin perder tu independencia, pero recibiendo del Grupo valores como acompañamiento, excelencia en la gestión, investigación y creación de conocimiento conjunto, así como las mejores prácticas clínicas para el paciente.

¿Debemos entender que siguen creciendo...?, ¿cuál es su objetivo en este momento?

Juan Borreguero: Efectivamente, crecemos a nivel de socios y en volumen de negocio. Vista tiene hoy más de 50 centros en toda España, y presencia en Francia, Portugal y Marruecos. Pero este mismo año incorporaremos más clínicas que se acercan in-

teresadas por el modelo, y que ya están en proceso de selección, con lo que garantizamos que solo se incorporan las mejores. Así, en los últimos meses hemos incorporado centros de prestigio a nivel nacional e internacional como el IOBA, Instituto de Oftalmobiología Aplicada de la Universidad de Valladolid, la clínica Ilo Oftalmólogos en Lérida del Dr. Ferreruela, la clínica oftalmológica García-Franco y Triviño en Madrid, la clínica Oftalmológica del Penedés del Dr. Javier Arcalis, y la clínica Vista Cantabria de los doctores Roberto Fernández y Pilar Casas.

Quienes se incorporan, lo hacen a un Grupo con el 18% del volumen total de negocio de la Oftalmología en España, según un informe de Rent4 Banco, siendo el primero de capital español, y el único que defiende



un concepto de Oftalmología de Autor no franquiciado. Pero esto no es una carrera; nuestro éxito es mantener la misma exigencia que al inicio, con profesionales de prestigio en el entorno local, que aportan lo mejor que tienen, y toman lo mejor del resto para ofrecer la mejor salud visual de sus pacientes.

Hablando de pacientes, ¿cómo valora el paciente el modelo del grupo Vista?



Dr. Gutiérrez Amorós: No trabajamos para lograr cifras, pero estamos muy satisfechos con el resultado del Grupo, y con la confianza que nos demuestran nuestros pacientes. Tenga en cuenta que ante una intervención, el paciente prioriza la confianza en los profesionales y la satisfacción en los procesos quirúrgicos. Vista nació de la mano de pioneros en cirugía de cataratas y de refractiva, y es hoy líder en confianza y satisfacción quirúrgica, con casi

400.000 pacientes atendidos cada año, que suman más de 7 millones de consultas y 1.200.000 cirugías. Son ellos, nuestros pacientes, los que nos han convertido en el primer grupo privado de cirugía ocular y tratamientos, y eso es lo que más nos satisface.

¿Cómo funciona el Grupo operativamente?, ¿cómo se organiza?

Juan Borreguero: Para dar respuesta operativa a la demanda de los socios, hemos creado una estructura que coordina operativamente a todos, y dirige procesos comunes como la incorporación de nuevos socios, el relevo generacional para aportar continuidad al proyecto, así como la creación de conocimiento, normas y protocolos. Lo hacemos con proyectos de investigación con otros socios estratégicos, mediante eventos de networking y nuestra plataforma de formación. Pero además, contamos con un soporte estratégico en marketing y comunicación con el cliente, que establece fórmulas comunes, aunque a nivel local cada socio mantiene su independencia. Es singular la relación que Vista establece con sus proveedores, como socios estratégicos a largo plazo, que participan de la vida del Grupo, para investigar, crear conocimiento y reforzar el trabajo de los casi 500 profesionales de la Oftalmología que forman parte de esta gran familia. Esta relación facilita los mejores acuerdos comerciales, organizados a través de una plataforma de compra conjunta, cuyo volumen de negocio refleja la enorme capacidad negociadora del Grupo.

Finalmente, ¿cuáles son los retos de futuro para este grupo oftalmológico?

Dr. Gutiérrez Amorós: Iniciamos este viaje mirando solo por nuestros pacientes, y en esa lucha seguimos. Pero ahora, ya no solo nos adaptamos a los cambios del sector, sino que nuestra posición en el sector ahora nos responsabiliza para liderarlos. Pero no lo entendemos como una carga, es una oportunidad para garantizar la excelencia médica del paciente, aportando no solo la mejor tecnología y práctica clínica, sino también apostando por un nuevo modelo de relación, más innovador y cercano. Trabajamos por la mejor experiencia de paciente, que incorpora conocimiento, innovación y excelencia, como piezas clave para crear el futuro de la Oftalmología.

Pide cita en vistaoftalmologos.es/clinica

VISTA Gutiérrez Amorós	VISTA Rahhal
VISTA Felices Lagos	VISTA Ircovisión
VISTA Camacho	VISTA Luz Clínica
VISTA Bascarán	VISTA Villoria
VISTA Sánchez-Trancón	VISTA Las Claras
VISTA Clínica Oftalmedic Salvà	VISTA Instituto Oftalmológico Amigó
VISTA Clínica Oftalmológica Tetuán	VISTA Tecnolaser Clínica Visión
VISTA Instituto Oftalmológico de Bilbao	VISTA IOBA Valladolid
VISTA Tecnolaser	VISTA Gil Piña
VISTA Oftalmocor	VISTA García-Franco y Triviño Oftalmólogos
VISTA Instituto Oftalmológico de Granada	VISTA ILO Oftalmología
VISTA Clínica Rementería	VISTA Fernández Casas
VISTA Clínica Ocular Dr. Tirado	VISTA Clínica Oftalmológica del Penedés
VISTA Clinique de l'oeil	

ENTREVISTA José M^a Rodríguez Sánchez y José M^a Rodríguez del Valle

Oftalmólogos y directores de Clínica Dr. Rodríguez

“Muchos de los estrabismos se solucionan con la corrección óptica y una adecuada pauta de oclusión”



Oftalmólogos especialistas en estrabología, es decir, en las enfermedades que afectan a la motilidad ocular, tanto en su aspecto motor como sensorial, los Dres. Rodríguez Sánchez y Rodríguez del Valle nos hablan en esta entrevista del estrabismo, tanto en niños como en adultos, así como de sus diferentes tipos de tratamientos correctivos.

Además del estrabismo ¿qué otros problemas de la motilidad ocular tratan ustedes?

El más conocido es el estrabismo o pérdida del paralelismo ocular. El estrabismo tiene una serie de mecanismos adaptativos que también hay que tratar. El primero de ellos es la ambliopía o mal desarrollo visual que viene de la supresión de uno de los ojos por una interacción binocular anómala derivada del estrabismo. Otro de ellos es el tortícolis, o posición anómala de la cabeza y que busca de manera inconsciente mejorar la visión binocular. El tercero es la pérdida de la visión binocular, capacidad que consiste en el

“Aunque el estrabismo más frecuente es el infantil, los adultos no están exentos de sufrirlo”

uso simultáneo de los dos ojos para conseguir la fusión de las imágenes de los dos ojos e interpretar las sutiles diferencias entre ambas imágenes para formar una imagen tridimensional.

Si el estrabismo aparece en la edad adulta, como no existe la misma plasticidad, es habitual que aparezca la diplopía, que es otro de los problemas que tratamos.

Los defectos de graduación no son problemas de motilidad propiamente dichos, pero son importantes en nuestra especialidad porque se relacionan con el ojo vago y el estrabismo.

Otro de los problemas de motilidad ocular bastante menos conocido es el nistagmo ocular congénito, que es otra causa menos frecuente de mal desarrollo visual.

¿Qué importancia tiene la detección y el tratamiento precoz?

El periodo sensorial, que es el periodo de aprendizaje y rehabilitación visual, se extiende hasta los 10 años. Si empezamos a tratar antes, tendremos más margen para mejorar el ojo vago y la visión binocular.

“Es posible corregir quirúrgicamente un estrabismo usando anestésicos locales sin recurrir a la anestesia general”

¿En qué consiste, de manera muy simplificada, el tratamiento del estrabismo?

Muchos de los estrabismos y su principal repercusión funcional, que es la ambliopía, se solucionan con la corrección óptica y una adecuada pauta de oclusión.

En los casos en los que persiste estrabismo, es necesario corregir el desequilibrio muscular con cirugía. Una alternativa a la cirugía es la inyección muscular de toxina botulínica, con la que hemos obtenido resultados similares en casos seleccionados.

La gente relaciona estrabismo con enfermedad infantil, pero ¿puede afectar a adultos?

Aunque el estrabismo más frecuente es el infantil, los adultos no están exentos de sufrirlo. Puede ser la secuela de un estrabismo infantil o puede ser un estrabismo de nueva aparición por la parálisis de los nervios oculomotores, descompensación de estrabismos latentes o cambios anatómicos y musculares derivados de otras patologías como miopía, enfermedades tiroideas, etc.

El estrabismo del adulto es igual de importante que el del niño, porque, además de producir incapacidad debido a la diplopía o visión doble a la que se asocia, sus consecuencias estéticas interfieren en la comunicación visual y la autoestima.

Cada vez tratamos más estrabismo del adulto en relación con la enfermedad tiroidea ocular. Se trata de una enfermedad desfigurante asociada a estrabismo que se debe tratar en centros de referencia junto con sus problemas de exoftalmos y párpados.

¿Considera usted que la disciplina a la que se dedican ustedes evoluciona al mismo ritmo que el resto de la oftalmología? ¿Cuáles son los hitos estrabológicos de los últimos 30 años?

Aunque considero que estamos a la vanguardia de la estrabología, ésta no evoluciona al mismo ritmo que otras disciplinas. Los factores son múltiples: el estrabismo es una patología poco prevalente en relación con las cataratas y la degeneración de mácula y es una especialidad menos “tecnificada” que nos hace menos atractivos para la industria que, para bien o para mal, en muchas ocasiones es el motor para la inversión e investigación.

Con todo y con eso, ha evolucionado en bastantes aspectos. Por un lado, se ha generalizado el uso del microscopio para la cirugía, es posible corregir quirúrgicamente un estrabismo usando anestésicos locales sin recurrir a la anestesia general, en muchos casos usamos la toxina botulínica que nos evita la cirugía, tenemos dispositivos que registran la movilidad del ojo y miden el ángulo de estrabismo en las distintas posiciones de la mirada y vamos creando normogramas de cómo evolucionan los estrabismos para saber cómo y cuánto corregir un estrabismo.

¿Son capaces de intuir alguna evolución futura?

En general, la evolución de la medicina está focalizada en la transformación de la exploración manual en exploración automatizada, con métodos de registro reproducibles y fiables. La exploración se transformará en datos numéricos que contribuirán a la creación de macrodatos o big data oftalmológico, cuyo análisis es la base para la creación de predicciones.

¿Por qué no vemos bien de cerca?

La hipermetropía y la presbicia son problemas visuales que nos impiden ver correctamente de cerca, mientras que, en la mayoría de los casos, se suele tener una buena visión en la media y larga distancia. Debido a que pueden tener síntomas parecidos es frecuen-

te confundirlas. Sin embargo, existen diferencias entre ambos defectos refractivos, tanto en sus causas, como en las técnicas para tratarlos. Para saber más sobre ellos y cómo solucionarlos preguntamos a los profesionales médicos de Clínica Baviera.

“La hipermetropía puede aparecer a cualquier edad, pero la presbicia, solo a partir de los 40-45 años”

¿Qué diferencias hay entre hipermetropía y presbicia? ¿Ambas patologías pueden tener síntomas parecidos?

La hipermetropía es un error de refracción que se manifiesta generalmente con visión borrosa y fatiga visual. No obstante, las personas experimentan los síntomas de diferente manera. Algunas, sobre todo los jóvenes, pueden estar asintomáticas o referir dolores de cabeza o cansancio ocular con esfuerzos mantenidos en visión próxima. Otras, pueden experimentar visión borrosa incluso a todas las distancias.

La presbicia es la incapacidad para

enfocar objetos cercanos y es consecuencia de la pérdida de la capacidad de acomodación por parte del cristalino. Está asociada al envejecimiento de los tejidos y, por tanto, a la edad. Los síntomas pueden confundirse, pero la edad y las circunstancias de los pacientes permiten diferenciar ambas patologías.

¿Qué grado de prevalencia tienen?

Los estudios de prevalencia indican que, hasta los 20 años y a partir de los 40, existe una mayor prevalencia de hipermetropía, alcanzando un porcentaje

máximo de alrededor de un 75% para la población entre 1 y 10 años.

En cuanto a la presbicia, a partir de los 45 años aproximadamente, todas las personas presentan esta patología.

¿La presbicia está relacionada con la edad mientras que la hipermetropía puede afectar a pacientes jóvenes?

La presbicia, al ser consecuencia de una pérdida de capacidad de acomodación por parte del cristalino debido a su envejecimiento, está efectivamente ligada a la edad. La hipermetropía, por contra, puede aparecer a cualquier

edad, ya que no solo depende del estado del cristalino.

¿Qué variables se dan en presbicia?

Al alcanzar la edad de la presbicia pueden darse varias situaciones: por un lado, los pacientes emétopes (sin graduación) solo usarán gafas de cerca. Por otro lado, los miopes (mala visión de lejos, buena de cerca) harán algo que no hacían cuando eran jóvenes: se quitarán las gafas de lejos para ver de cerca. Por último, los hipermetropes (mala visión de cerca), al sumarse ambas patologías, usarán gafas tanto para lejos como para cerca.



Dra. Andrea Llovet

“La hipermetropía se suele tratar con técnicas láser, logrando excelentes resultados”

¿Cómo se trata quirúrgicamente la hipermetropía?

Para la corrección quirúrgica de la hipermetropía pueden emplearse técnicas corneales (corrección con láser [PRK, LASIK o SMILE]), se puede emplear el uso de implantes intracorneales [inlays] o bien intraoculares (implante de lentes fásicas ancladas a iris [Artisan] o epicristalinianas [ICL, IpCL] o se puede realizar una lensectomía [con implante de lentes monofocales o multifocales].

¿Qué técnicas láser se emplean? ¿Qué ventajas aportan?

En la actualidad disponemos de LASIK (aplicación de láser tras crear un lenticulo corneal), PRK (aplicación de láser

en la superficie corneal) y SMILE (tratamiento con láser en el espesor corneal sin crear un lenticulo). Como el SMILE hipermetrópico es una técnica todavía en fase de desarrollo, las más populares son las dos primeras (LASIK y PRK). La ventaja de las técnicas corneales con láser es que al ser cirugías extraoculares se evitan las posibles complicaciones asociadas con la cirugía intraocular.

Los estudios comparativos entre LASIK y PRK han demostrado que ambas técnicas son comparables en cuanto a seguridad y eficacia en el tratamiento de la hipermetropía leve a moderada. Las principales ventajas del LASIK son una recuperación más rápida, las menores molestias postoperatorias y el menor riesgo de opacidad corneal. Por

estos motivos, la técnica PRK se utiliza cuando no está recomendado el LASIK (córneas finas, sequedad ocular o pacientes más expuestos a traumatismos oculares, entre otras).

¿Qué resultados se suelen conseguir con la intervención? ¿Cómo es la visión del paciente tras ser operado?

Los resultados de la cirugía son muy satisfactorios, siempre que se indique la técnica apropiada en cada caso. La cirugía corneal con láser se recomienda hasta +4 dioptrías. La visión del paciente tras cirugía LASIK es nítida pasadas las primeras horas, mientras que con PRK la visión es borrosa durante la primera semana. En ambas se alcanza la estabilidad al tercer mes.

En la hipermetropía alta, el LASIK o la PRK pueden acompañarse de regresión (aparición de parte del defecto visual tratado), por lo que en estos casos se emplea el implante de lentes fásicas (sin extraer el cristalino), aunque en el caso de la hipermetropía, al tratarse de ojos de longitud más corta, no siempre existe espacio suficiente para el implante de estas lentes. La mayor estabilidad del resultado se logra tras la lensectomía (implante de lente tras extracción del cristalino), ya que con esta cirugía se detiene la progresión de la vista cansada y el ojo intervenido ya no sufrirá cataratas en el futuro. Esta técnica se reserva a pacientes mayores de 40 años, en edad de presbicia.



Dr. Miguel Ángel Calvo

“La cirugía con lente intraocular multifocal es la opción más frecuente para corregir la presbicia”

¿La cirugía aporta una solución satisfactoria a la presbicia?

La presbicia es una disfunción fisiológica del cristalino que aparece con la edad. Con los años, el cristalino pierde poco a poco dos de sus cualidades: por un lado su transparencia, apareciendo primero una esclerosis con pérdida de sensibilidad al contraste y, más tarde, las cataratas; y, por otro lado su capacidad de acomodar, impidiéndonos ver de cerca. La ciru-

gía de la presbicia con lente multifocal pretende restaurar estas pérdidas, aunque lógicamente no podemos llegar al nivel de un cristalino joven.

¿En qué consiste la operación de presbicia? ¿Hay diferentes técnicas?

La cirugía de la presbicia consiste en reemplazar el cristalino envejecido por una lente intraocular, generalmente difractiva,

aunque existen otros tipos de lentes, permitiendo corregir tanto los defectos refractivos en lejos como en distancias intermedia y cerca. Existen otras técnicas, empleando el láser excimer corneal, que pueden tener su cabida en algunos casos.

¿Después de la intervención, el paciente ya no dependerá de gafas ni lentillas?

En la mayoría de las veces es

así, aunque en algunas situaciones podría ser necesario el uso de corrección óptica, tras la cirugía o bien con el paso del tiempo. En cada caso particular, debe ser el oftalmólogo quien valore la idoneidad de la intervención y explique las expectativas respecto a su visión.



Dr. Félix González

ENTREVISTA **Dr. Mariano Royo** Oftalmólogo

“La vista cansada es la fase inicial del inevitable viaje hacia la catarata”

¿Sabemos realmente en qué consisten y afectan las cataratas? Seguramente mucha gente tiene una imagen de esta degeneración ocular que no se corresponde con la realidad. Para arrojar algo de luz sobre el tema hablamos con el Dr. Mariano Royo, Jefe Servicio de Oftalmología Hospital San Rafael de Madrid y Director Médico del Instituto Oftalmológico de Madrid.

¿Cuál es el elemento clave de la catarata?

El cristalino, que no es otra cosa que una lente que tiene el ojo que nos permite enfocar las imágenes cercanas mientras tiene la flexibilidad suficiente para hacerlo.

Flexibilidad que va perdiendo...

Así es. El cristalino es una lente transparente de forma biconvexa que tiene una flexibilidad que, para que la gente lo entienda, hace que pueda actuar como una lupa fina para ver de lejos y como una lente gruesa para ver de cerca. Siempre pongo el ejemplo de la forma que adopta comparándolo con una lenteja o un garbanzo; la lenteja tiene una forma más fina semejante a la que adopta el cristalino para ver de lejos y más redonda para ver de cerca. Cuando el cristalino pierde esa flexibilidad aparece lo que conocemos como vista cansada.

Pero hablábamos de la catarata ¿Qué relación existe entre la vista cansada y la catarata?

Aunque la gente se sorprenda, la vista cansada es la fase inicial de la catarata. La evolución de la patología se inicia con la vista cansada a partir de cierta edad (generalmente, los 40 años) en la que el cristalino va perdiendo la capacidad para enfocar las imágenes cercanas; la catarata aparece cuando el cristalino deja de ser precisamente eso, cristalino, transparente.

¿Se puede prevenir?

No. Es un proceso inevitable por el que pasaremos todos, aunque es cierto que cada persona en un momento determinado. Como le decía, pasados los 40 años se va perdiendo esa capacidad de acomodación y aparece lo que llamamos vista cansada. En esa primera etapa del viaje hacia la catarata surgen las dioptrías de cerca. A partir de los 50

años, el cristalino se hace más denso, lo que provoca dos efectos: la pérdida de transparencia por una parte, y el aumento de la densidad, por otra. Además, en esta etapa, empiezan a salir dioptrías que teníamos “escondidas” desde la infancia o incluso desde el nacimiento. En esta segunda etapa del viaje hacia la catarata aparecen también las dioptrías de lejos.

¿A qué se refiere cuando habla de dioptrías escondidas?

A que el cristalino ha ido compensando los defectos de los ojos que teníamos desde el momento del nacimiento, porque hay que ser conscientes de que no existe el ojo perfecto. Por eso cuando el cristalino pierde propiedades se inicia ese viaje hacia la catarata.

Nos habíamos quedado en los 50 años...

A partir de los 60, los cambios en la densidad del cristalino provocan cambios cada vez más frecuentes en las dioptrías (que se suman o se restan a las que ya había). En esta tercera etapa podemos mejorar la visión cambiando la graduación de las gafas con cierta frecuencia. A los 70, la pérdida de transparencia del cristalino se va haciendo más evidente y esto provoca una pérdida de visión no recuperable cambiando la graduación. La única solución para estos casos es la cirugía.

¿En qué consiste la cirugía para el tratamiento de la catarata?

La cirugía de catarata (en fase quirúrgica) consiste en quitar el cristalino humano que se ha opacificado y sustituirlo por una lente intraocular idónea cuya transparencia durará toda la vida y que además, permite corregir dioptrías. Aunque, no es posible asegurar que el paciente tras la intervención pueda librarse de las gafas. Esa es la cirugía cuando la catarata ya se ha producido. Pero existe otra cirugía que hace posible adelantarnos a la evolución de la enfermedad: la cirugía refractiva de la catarata.

¿Qué diferencia hay?

Fundamentalmente, que se practica antes de que aparezca la



opacificación suficiente para que el paciente no pueda ver lo necesario, como para poder realizar sus tareas cotidianas. Antes hablaba de la evolución de la vista cansada hacia la catarata. Es en esa fase cuando se realiza la cirugía refractiva que permite al paciente ver bien, evitar la aparición de la catarata y quitarse definitivamente las gafas tanto de lejos como de cerca.

¿Se evita la aparición de la catarata y se corrigen otros defectos?

Así es, ya que extraemos el cristalino que se ha convertido en una verdadera fábrica de dioptrías. La cirugía refractiva de la catarata permite evitar la patología y también corregir hipermetropía, astigmatismo y vista cansada. Y lo hace para siempre, porque al no haber cristalino no se generan nuevas dioptrías.

¿Hay un perfil idóneo de paciente para este tipo de cirugía?

Hay que analizar cada caso, pero un buen perfil sería, por ejemplo, el de una persona de 50 años, con vista cansada e hipermetropía. Con una cirugía refractiva de la catarata corregiría sus defectos para siempre y volvería a ver bien sin gafas.

¿Los resultados son buenos?

Son muy buenos, pero siempre hay que saber encauzar y modular

las expectativas de los pacientes para que, además de ver bien, les guste cómo ven. En la visión hay dos elementos fundamentales: el ojo, que actúa como receptor, y el cerebro, que procesa las imágenes y que tiene un factor psicológico que juega su papel. La gente debe saber que verá bien, pero no como cuando tenía 18 o 20 años.

¿Qué recomendaría a las personas que quieran informarse sobre la salud visual?

Mi recomendación fundamental es que se hagan revisiones visuales periódicas que permitan al profesional detectar posibles problemas. No hay que olvidar que la medicina preventiva es más barata que la curativa y permite disfrutar de una mayor calidad de vida. En el caso de la catarata, hay que desterrar los mitos que la rodean y contemplar la opción que nos ofrece la moderna cirugía refractiva de la catarata para tener una mejor calidad de visión durante más años.



www.sanrafaeloftalmologia.com
www.iomadrid.com



ENTREVISTA **Dr. Pedro Tañá** director médico de Oftalvist

“Si algún día no le he dicho a alguien que no se puede operar, algo estoy haciendo mal”

En 1995, tres oftalmólogos abrieron en Alicante la primera clínica de Oftalvist. Desde entonces, han ido creciendo hasta las 35 que tienen hoy en once provincias. Pionero en la implantación de la última tecnología, tanto diagnóstica como quirúrgica, el grupo es responsable, gracias a su acuerdo con ASISA, del servicio oftalmológico de catorce hospitales del Grupo HLA.

¿Qué relevancia tiene para Oftalvist el acuerdo con ASISA?

Fue muy pronto cuando nos fusionamos con una clínica que pertenecía a ASISA y, como aquel proyecto fue satisfactorio, nos propusieron que planteáramos un grupo a nivel nacional. Gracias a ese acuerdo, hemos ido creciendo con clínicas propias al tiempo que íbamos implantando la cirugía ocular en los hospitales del grupo HLA, que pertenece a Lavinia, la cooperativa de médicos sin ánimo de lucro propietarios de ASISA. Hoy somos más de 84 oftalmólogos y 240 personas que trabajamos en 35 clínicas propias y 14 hospitales de HLA, y del grupo IMED en la Comunidad Valenciana. Atendemos a más de 35.000 pacientes nuevos cada año, y operamos a más de 23.000. Los quirófanos son nuestros, los gestionamos nosotros y están equipados con tecnología de nuestra propiedad. Y es la tecnología más puntera que existe hoy en España, sin duda. Tenemos la misma filosofía que HLA Lavinia, que consiste en reinvertir

todos los beneficios en tecnología e instalaciones para ofrecer la mejor la atención a los pacientes.

¿Cuáles son las tecnologías más relevantes que utilizan?

En 2004 trajimos a Europa el primer láser de femtosegundo para **cirugía refractiva**, la que se emplea en las operaciones de miopía, hipermetropía y astigmatismo, y en 2012 también fuimos pioneros en la cirugía de láser de femtosegundo para la cirugía de cristalino, la que se utiliza para cataratas y presbicia.

¿Qué ventajas tiene esta tecnología?

La cirugía refractiva consiste en modificar la curvatura de la córnea, que es la lupa más potente del ojo. Eso se puede hacer en superficie, con una recuperación más lenta, o con la técnica de Lasik, la más común, que se puede hacer de dos maneras: con una cuchilla mecánica que corta, como se hace en el 80% de los centros de España, o con un láser de femtosegundo.



El cristalino es otra lente que está dentro del ojo, y requiere una tecnología diferente. El láser de femtosegundo trabaja dentro del cristalino, en un plano determinado para mejorar la seguridad y la precisión, y disminuye el uso de energía de ultrasonidos, y con ello menor dispersión térmica y menos efectos secundarios.

¿Qué otras tecnologías relevantes utilizan?

Hoy en día la exploración básica en la oftalmología se hace con tomógrafos de coherencia óptica (OCT), y disponemos de angiografía con OCT en todas las provincias. Tenemos angiógrafos de última generación, láseres para el tratamiento macular de la retino-

patía diabética de distintas longitudes de onda, tecnología de cálculo de lentes de última generación... El problema hoy en día es que tenemos tanta tecnología, que muchas veces me paso más tiempo mirando el ordenador y las pruebas que hacemos que a la cara de mis pacientes.

Al mismo tiempo, clínicas pequeñas que no pueden permitirse esta tecnología nos remiten constantemente pacientes para que hagamos cálculo de lentes, valoraciones de mácula y exploraciones que ellos no tienen.

Hay casos de pacientes que no están contentos con el resultado de una cirugía ocular, ¿les ha ocurrido a ustedes?

La gente piensa que operar en oftalmología es 100% seguro, y no es verdad. Nosotros cambiamos a la tecnología del láser de femtosegundo en Lasik porque el índice de complicaciones pasaba del 0,05% a un caso de cada 10.000, pero no es cero.

En una de cada 4.500 cirugías de cataratas, según las últimas estadísticas internacionales, el paciente se complica con una infección (endofthalmitis), y en éste caso con frecuencia se llega a perder la visión de forma irreversible. En España se operaron medio millón el año pasado, y eso significa que más de cien personas sufrieron una complicación grave.

Donde no se puede permitir hoy un error es en la indicación, y la verdad es que la mayor parte de las reclamaciones que hay hoy creo que son por un error de indicación. La tecnología ayuda a descartar los casos que no se deben operar, y muchas veces es difícil decirle al paciente que no, pero yo siempre digo que si algún día no le he dicho a alguien “que no se puede operar”, algo estoy haciendo mal. Yo he operado a mi hija de miopía, y si hago eso es porque creo que lo hacemos bien y que la tecnología es realmente segura. Eso no quiere decir que tengamos cero complicaciones o cero pacientes descontentos.

¿La clínica de la calle Juan Bravo de Madrid ha sido una de sus apuestas más ambiciosas?

Esta clínica tiene la mejor tecnología a nivel diagnóstico de la que disponemos hoy. Ha sido nuestra apuesta por acercarnos a los pacientes de Madrid, porque en una ciudad tan grande no podemos obligar a todo el mundo a ir a la misma clínica, la que tene-

“En 2012 fuimos pioneros en la cirugía de láser de femtosegundo para la cirugía de cristalino, la que se utiliza para cataratas y presbicia”

mos en Moncloa. Creo que tenemos que abrir más pequeñas clínicas, pero esta ha sido nuestra bandera. Con la tecnología que tenemos y el apoyo de una aseguradora como ASISA, y con nuestro volumen de pacientes, teníamos que hacer una apuesta por una clínica de prestigio, con buena imagen y la mejor tecnología. En el último año hemos atendido aquí más de 40.000 consultas, de las cuales 6.500 fueron nuevos pacientes y 5.000 fueron a cirugía. Son tres plantas en las que hacemos desde oftalmología general, retina y polo anterior hasta tratamientos oculoplásticos con luz pulsada. La cirugía se deriva al hospital Moncloa.

¿Su futuro prima la inversión en tecnología o las nuevas aperturas?

Lo hacemos todo a la vez; seguimos invirtiendo en tecnología, que implementamos primero en los centros más punteros, y en julio abrimos nuestra primera clínica en Huelva, nuestra provincia número once. Estamos pendientes de abrir en otras clínicas del grupo HLA pero no nos ha dado tiempo a implementarlo. Procuramos espaciar las nuevas aperturas entre uno y dos años, no sólo por la capacidad de inversión sino por la contratación de oftalmólogos, que no sobran, y queremos a especialistas capaces. La actividad científica también es importante para nosotros. Colaboramos constantemente en ensayos clínicos de productos, ya sean lentes intraoculares, fármacos o aparatos, y participamos en congresos con charlas y mesas redondas. Es una actividad que estimula al grupo y a nuestros oftalmólogos.

