

# OFTALMOLOGIA EM FOCO

Ano XXIV - Edição 119 - Janeiro/Febrero 2009

Publicação Oficial



Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares



Sociedade Brasileira de Cirurgia Refrativa



Sociedade Brasileira de Oftalmologia



Associação Brasileira de Oftalmologia

**Especialistas apresentam preview de quatro de los ocho grandes temas a ser discutidos durante el V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva**

**(pág. 47)**

## **Al Día**

Reunión discute valores pagados hoy por las operadoras de planes de salud.

## **Repórter por un Congreso**

Cerca 22 mil congresistas estuvieron presentes en el último congreso de la AAO

## **Artículo Administrativo**

Conozca los diferentes aspectos de la inserción tecnológica en el ambiente de trabajo

# OFTALMOLOGIA EM FOCO

## Oftalmología en Foco

Es una publicación bimestral de las siguientes Entidades:

- Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intra-oculares - SBCII
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Refractiva - SBCR
- Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia - SBAO
- Associação Brasileira de Bancos de Ojos - ABBO

Praia do Flamengo, 66B – salas 401/403 - Flamengo  
 Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22210-930 - Tel.: (21) 2225-2600  
 Tel. São Paulo (11) 44 37-4286  
 www.catarata-refrativa.com.br

## Filiadas



**Conselho  
 Brasileiro de  
 Oftalmologia**



## Editores

José Beniz Neto  
 Maio Jampaub de Andrade

## Consejo Editorial

Fábio Henrique Cadro Casanova  
 Fernando Luis Cançado Trindade  
 Flávio Rezende Dias  
 Miguel Angelo Padilha Velasco  
 Milton Ruiz Alves  
 Mauro Silveira de Queiroz Campos  
 Renato Ambrósio Junior  
 Walton Nose

## Consejo Editorial Internacional

I. Howard Fine, MD - Eugene, Oregon, USA  
 Jack Singer, MD - Randolph, Vermont, USA  
 Kevin Miller, MD - Los Angeles, CA, USA  
 Robert Maloney, MD, MA (Oxon) - Los Angeles, CA, USA  
 Samuel Mesker, MD - Century City, CA, USA  
 Steve Arshinoff, MD, FRCSC - Toronto, Ontario, CANADÁ

## Producción Editorial y Gráfica

Sales & Henning Comunicação Integrada

## Redacción y Publicidad

Av. Marechal Floriano, 38 - grupo 202  
 Centro, Rio de Janeiro - RJ CEP:  
 20080-007  
 Tel/Fax: (21) 2233-0005  
 e-mail: sales@shoom.com.br

## Periodista Responsable

Luciana Julião  
 MTB 6.401

## Asistente

Vanessa Ramos

## Proyecto Gráfico y Editoración

Andréa Lasserre  
 Júlio Leiria

## Comercialización

Eduardo Hennington  
 (21) 9428-0129 / (21) 2233-0812  
 eduardo@shoom.com.br

## Coordinación

Alice Sales

*Nota: los artículos publicados reflejan ideas y conceptos defendidos por los autores, y no necesariamente posiciones del cuerpo editorial o verdades científicas.*

<b>Editorial</b>	<b>05</b>
Dr. Carlos Heler Diniz comenta la historia de la SBCII y de la SBCR	
<b>Al Día</b>	<b>10</b>
Reunión discute la valorización de la cirugía refractiva	
<b>En la Media</b>	<b>12</b>
Exámenes oftalmológicos podrán ser ofrecidos por el SUS	
<b>Por Brasil</b>	<b>13</b>
Especialistas y diputados discuten el Proyecto de Ley del Acto Médico	
<b>Repórter por un Congreso</b>	<b>18</b>
Flávio Rezende muestra por qué el congreso de la AAO es considerado uno de los mayores eventos del área	
<b>Yo voy allá</b>	<b>23</b>
Fórum focalizará dificultades enfrentadas por jóvenes profesionales	
<b>En Destaque</b>	<b>36</b>
Cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior tendrán cuidado especial	
<b>Artículo Internacional</b>	<b>38</b>
Renato Ambrósio debate la popularización de las lentes multifocales intraoculares	
<b>Artículo Catarata</b>	<b>40</b>
Sérgio Kwitko discute la fórmula del doble K para biometría post cirugía refractiva	
<b>Artículo Refractiva</b>	<b>43</b>
Jackson Barreto Junior destaca la importancia de los sistemas de Eye Tracker	
<b>Gestión</b>	<b>45</b>
¿Cómo un médico puede conducir la administración de un establecimiento de salud?	
<b>Cómo Yo trato</b>	<b>47</b>
Edmundo J. Velasco Martinelli e invitados hacen una previa de los cuatro grandes temas del V Congreso Brasileño de Oftalmología	
<b>Artículo Administración</b>	<b>60</b>
Mário César M. Araújo resalta los diferentes aspectos de las tecnologías en el ambiente de trabajo	
<b>Otra Mirada</b>	<b>63</b>
Antônio Ferreira Couto Filho analiza la relación ética entre el médico y el paciente	
<b>Eventos</b>	<b>65</b>



Sociedade Brasileira de Catarata e Implantantes Intraoculares



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA REFRACTIVA

<b>Presidente</b> Marco Antonio Rey de Faria	MT - Maria Regina V. A. Marques MS - Lisabel Vieira B. Gemperti MG - Eduardo Adam PA - Luis Nogueira PB - Antonio de Pádua Silveira PR - Pedro Paulo Fabri PE - Vasco Bravo PI - Francisco E. Vilar RJ - Paulo Cesar Fontes RN - Nelson Salustino RS - Sergi Kuitko RR - Romulo Ferreira de la Silva SP - Capital - Amaryllis Avakian SP - Interior - Roberto P. Coelho SC - Emir Amim Ghanem SE - Mario Ursulino TO - Carlos Jun Osaki
<b>Vicepresidente</b> Leonardo Akaishi	
<b>Secretario General</b> Armando Stefano Crema	
<b>1º Secretario</b> Ronald Fonseca Cavalcanti	
<b>Tesorero</b> Manoel Paiva da Cunha Dália	
<b>1º Tesorero</b> Marisio Eugenio de Almeida Filho	
<b>Director de Cursos</b> Eduardo Sone Soriano	<b>Comisión Científica del Congreso Brasileiro 2009</b> Armando Crema Eduardo Soriano Flavio Rezende
<b>Directores de Publicaciones</b> Renato Ambrósio Junior y José Beniz Neto	<b>Comisión Científica del Congreso Internacional 2010</b> Armando Crema Carlos Gabriel Figueiredo Eduardo Soriano Flavio Rezende Miguel Angelo Padilha Paulo Cesar Fontes Virgilio Centurion
<b>Directores de Vídeo</b> Carlos Gabriel Figueiredo y Newton Kara José Jr.	<b>Comisión de Relaciones con los Socios</b> Bruno Fontes Celso Takashi Nakano Fabio Casanova Islane Castro Verçosa Jonhatan Lake Wilson Takashi Hida
<b>Consejo Deliberativo:</b> Carlos Gabriel de Figueiredo Durval Moraes de Carvalho Eduardo Adan Francia Alves Fernando L. C. Trindade Flávio Rezende Dias Homero Gusmão de Almeida Marcelo Carvalho Ventura Miguel Angelo Padilha Virgilio Centurion	<b>Comisión de Relaciones con el Ministerio de Salud</b> Halmélio Sobral Neto Leonardo Akaishi Leopoldo Paccini Neto Simão Raskin
<b>DIRECCIONES ESPECIALES 2008-2010</b>	
<b>Delegados Estatales:</b> AL - Mario Jorge AP - Olinto Amorim Neto AM - Leila Suely Golveia José BA - José Eutrópio Vaz CE - Walter Justa DF - Hilton A. Gonçalves Medeiros GO - José Beniz Neto ES - Cesar Fracalossi Barbieri MA - Romero Bertrand	

<b>Presidente</b> José Ricardo Rehder	Daniela Gemperti – MT Evandro Ribeiro Diniz – MG Fábio Vaz – BA Gustavo Gutemberg – BA Heloísa Naormiento – SP Marcelo Mendes de Faria – RN Newton Andrade Jr. – CE Tatiana Nahas – SP Victor Cvintal – SP
<b>Vicepresidente</b> Newton Andrade	
<b>Secretario</b> Edmundo Velasco Martinelli	
<b>Vicesecretario</b> Gustavo Victor	<b>Comisión de Relaciones Internacionales</b> Carlos Gabriel de Figueiredo
<b>Tesorero</b> Eduardo Paulino	<b>Comisión de Estrategias Políticas:</b> Canrobert de Oliveira Halmélio Sobral Neto Marcelo Ventura Ricardo Guimarães
<b>Vice-Tesorero</b> Leonardo Paulino	<b>Comisión de Cuestionamientos Científicos</b> Flávio Rezende Marcelo Vieira Neto Pedro Paulo Fabri Sérgio Kwitko Walton Nosé
<b>Directores de Cursos</b> José Eutrópio Vaz Tadeu Cvintal Carlos Heler Diniz	<b>Comisión de Publicaciones</b> Fábio Casanova Mario Jampaulo de Andrade
<b>Consejo Fiscal</b> Carlos Heler Diniz Flávio Rezende Homero Gusmão de Almeida	<b>Comisión Social</b> Ana Maria Terra Diniz Aparecida Cvintal Carla Paulino Cristiana Andrade Heloísa Pereira Lima Rehder Marina Martinelli Nininha Rey de Faria
<b>Consejo Deliberativo</b> Arnaldo Castro Canrobert Oliveira Carlos Francia Rangel Carlos Heler Diniz Edna Almodin José Eutrópio Vaz Mauro Campos Miguel Angelo Padilha Paulo César Fontes Paulo Gilberto Jorge Fadel Pedro Paulo Fabri Renato Ambrósio Junior Ricardo Guimarães Tadeu Cvintal Waldir Martins Portelinha Walton Nosé	<b>Comisión de Relaciones Regionales</b> Adriana Forseto – SP Ávaro Hilgert – MT Breno Barth – RN David Tayah – AM Edna Almodin – PR Paulo Polisuk – RJ Wagner Batista – MG
<b>Comisiones Especiales de Asesoría Directa al Presidente</b>	
<b>Comisión de Jóvenes Oftalmólogos</b> Ana Luiza Lise Ferreira – SP Bruno Fontes - RJ	

# Velar por nuestra revista

Dr. Carlos Heler Diniz

Oftalmólogo

Ex-presidente de la SBCR y SBAO

Miembro del Consejo Deliberativo de la SBCR

La cirugía refractiva fue introducida en Brasil a inicios de la década del 80 y la Sociedad Brasileña de Cirugía Refractiva – SBCR – fue fundada en la misma época (1985), teniendo como primer y segundo presidente, respectivamente, a los colegas: Carlucio Andrade y Renato Ambrósio. Después de los dos, se siguieron diez presidentes más hasta hoy.

En esos casi treinta años, la cirugía refractiva mundial no sólo evolucionó mucho, sino que también motivó importantes estudios sobre la córnea, además de incentivar el significativo desarrollo tecnológico para propedéutica y tratamiento en esa área. En el mismo período de tiempo, la SBCR se consolidó como una de las más importantes sociedades de subespecialidades filiadas al Consejo Brasileño de Oftalmología – CBO.

Esa pequeña introducción relacionada con la historia de la SBCR indica que la subespecialidad ha sido muy importante no solamente para los oftalmólogos, que la practica, sino principalmente para los pacientes que a ella recurren, por necesidad o por la simple voluntad de verse libres de correcciones visuales con gafas o lentes de contacto. Los resultados obtenidos son innegablemente más satisfactorios cada día.

Hay indicios también de que nuestra Sociedad viene siendo muy bien conducida, a lo largo de esos años, a través de tomas de decisiones siempre creativas y con madurez, principalmente en el fomento de estudios y difusión de resultados entre los oftalmólogos de todo Brasil.

La indicación de cirugía refractiva debe ser fruto de una rigurosa selección y de una buena orientación a los pacientes. Actualmente la selección puede ser bien realizada con la utilización de los seguros métodos propedéuticos disponibles. La orientación, no obstante, aun carece de implementaciones para tomarse efectiva ante la población de un modo general. Una forma adecuada para que eso ocurra ha sido motivo de discusión y de búsqueda continua por las últimas direcciones de la SBCR. Tal vez un desafío o una de las principales metas aun a ser alcanzadas.

La aproximación de la SBCR con la Sociedad Brasileña de Catarata e Implantes Intraoculares – SBCII – a lo largo de los años, las transformó de coterráneas en primas y de primas, en hermanas ya casi gemelas. El área de actuación, muchas veces entrelazadas, facilitó esa unión benéfica, pero la actuación de los dirigentes en ese sentido fue fundamental para que eso haya ocurrido.

Me siento orgulloso de haber contribuido como presidente de la SBCR, conjuntamente con Homero Gusmão como presidente

de la SBCII (de 2004 a 2006), cuando una de nuestras metas, inclusive, era realizar reuniones conjuntas de los Consejos Deliberativos. Como consecuencia, podemos comprobar a través de resultados positivos en varios aspectos el dicho de que realmente en la unión está la fuerza.

La revista “Oftalmología en Foco”, medio de divulgación de las sociedades, también a lo largo de los años, ha evolucionado mucho gracias a acciones seguras y valientes de los dirigentes, así como a abnegadas actuaciones de importantes editores y colaboradores.

A todos debemos siempre sinceros agradecimientos y consideración. Velar por nuestra revista y preservarla han sido metas importantes de las direcciones, especialmente de las actuales, de cuyas acciones recientes ya son evidentes los resultados positivos demostrados por las últimas ediciones editadas.

Los congresos anuales organizados por la SBCR y SBCII, con participación de la SBAO y ABBO, han sido tradicionalmente eventos de magnitud inmensurable, tanto desde el punto de vista científico como del de la confraternización. Nuestras atenciones, no obstante, están dirigidas ahora exclusivamente hacia los dos próximos congresos, que deberán ser los más importantes entre todos los que ya fueron realizados hasta hoy.

El Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva, a ser realizado del 26 al 29 de marzo de 2009, será a bordo del buque MSC OPERA, con embarque en Santos, paso por Búzios, Angra dos Reis y desembarque también en Santos. Tendrá, sin lugar a dudas, las mayores innovaciones en las formas de presentaciones científicas de un excelente programa, así como decenas de novedades previstas para completar el importante tiempo de convivencia y confraternización reservado tradicionalmente en los períodos de la tarde.

En cuanto al Congreso Internacional de Catarata y Cirugía Refractiva, a ser realizado en Natal a mediados de mayo de 2010, cuya organización ya está bien adelantada, demuestra que tendrá un programa científico riquísimo inclusive con espacio previsto para presentación de las novedades que surgirán en un año, además de un programa social compatible con la belleza propia del litoral de Río Grande do Norte y con la hospitalidad de su pueblo, conforme ya presentado en DVD por la organización.

Las efectivas actuaciones de los actuales Presidentes José Ricardo Rehder y Marco Rey de Faria, en apenas un año, nos dejan convictos de que SBCR y SBCII evolucionarán mucho y proporcionarán a todos los socios enormes beneficios hasta el final de sus mandatos.

¡Felicidades!



## DIRECCIÓN EJECUTIVA

### Presidente

Renato Ambrósio Jr.

### Vicepresidente

Mário Ursulino

### Secretario General

Renato Battaglia

### Director Tesorero

Juan Carlos S. Caballero

### Dirección de Cursos

Edna Almodin  
Sérgio Costa Fernandes

### Dirección de Divulgación:

Aileen Walsh Crema

### Dirección de Publicaciones

Márcia Regina Campiolo  
José Alexandre B. Pereira

### Dirección de Marketing

Alice Selles Diniz Montes

### Consejo Deliberativo

André Bom Muniz  
Beatriz Victoria Sabbagh Hollanda  
Carlos Heler Diniz  
David Tayah  
Edna Almodin  
Fábio Henrique Cacho Casanova  
Hamleto Molinari  
Jaime Guedes  
Mário César Moreira de Araújo  
Paulo Fadel  
Renato Ambrósio Jr.  
Renato Battaglia  
Sônia Maria Vasconcelos Nogueira  
Virgílio Centurion

### Consejo Fiscal

Ana Luiza H. de Lima  
Benício Dini Mendonça  
Flávio Rezende  
João Alberto H. de Freitas  
Marcos Ávila  
Paulo César Fontes  
Pedro Paulo Fabri

### Consejo Técnico

Adriano Biondi Carneiro  
Brunno Dantas Santos  
Bruno Moura Brasil  
Eduardo Yamane  
Luiz Alexandre Lani  
Jaime Guedes  
Marcelo Vieira Neto  
Mário do Carmo Barbosa de Faria  
Mauro Cukieman  
Nelson Balestro Junior  
Régis Sá Vieira  
Sônia Vasconcelos Nogueira  
Sueli Maria Mazzini Usó  
Valéria Homem  
Vera Ambrósio  
Zilá Horta

### Comisión de Ética

Celso Clejberg

Celso Marra  
Eduardo Paulino  
Miguel Angelo Padilha  
Ricardo Queiroz Guimarães  
Samuel Cukieman  
Tadeu Cvintal

**Comisión de  
Relación con Empresas**  
José Elizeu Benigno Ramos

## DIRECCIONES

### ESPECIALES

#### Educación del Paciente

Arnaldo Castro  
Jacqueline Provenzano

#### Relaciones Institucionales

Milton Ruiz Alves  
Nelson Louzada  
Yoshitumi Yamane

#### Valorización del Médico

**Oftalmólogo**  
Cléber Godinho

#### Eventos y Congresos

Andréia Urbano  
Jorge Luis Dias

#### Relaciones Internacionales

Leonardo Akaishi  
Ronald Fonseca Cavalcanti  
Virgílio Centurion  
Zélia Correa

#### Tecnología de la Información

Alexandre Chater Taleb  
Arlindo José Freire Portes  
Fábio Henrique C. Casanova  
Mário César Araújo  
Maurício Bastos Pereira  
Paulo Schor

#### ONG ligada a la Oftalmología

Mara Lúcia Machado Fontes  
Rogério Neurauter

#### Calidad y Acreditación

Antônio Couto  
Carlos Francia Rangel  
Cláudio Luiz Lottenberg  
Marco Antonio Rey Faria  
Maria Regina Catái Chailta  
Newton Andrade  
Renato Americano F. Blois  
Roberto Von Helwig

#### Jurídico

Samir Bechara

#### Direcciones Regionales

**NORTE**  
Ana Cristina L. M. Vendramini  
**NORDESTE**  
Mário Ursulino  
**CENTRO-OESTE**  
Lizabel Gempert  
**SUDESTE**  
Fernando Moro  
**SUR**  
Tânia Schaefer

## Presidente

Ari de Souza Pena

## Vicepresidente

Lúcio Galvão Dantas

## Secretaria

Marisa Florence

## Vicesecretario

João Ângelo Siqueira

## Tesorero

Bruno Fontes

## Vice-Tesorero

Sérgio Shneider Guimarães

## Director de Publicaciones

Marcelo Occhiutto

## Director de Cursos

Paulo Polisuk

## Director de Vídeo

Hamilton Moreira

## Director Jurídico

Samir Bechara

## Director Científico

João Alberto H. de Freitas

## Director de Divulgación

José Álvaro Pereira Gomes

## Consejo Fiscal

Luís Fernando Regis Pacheco

Eduardo Labossiere de la Silva

Gilberto Guimarães de Freitas

Frederico Valadares de S. Pena

Elias Donato

Vicente de Melo

Paulo Ferrara de A. Cunha

## Consejo Consultivo

Oclair Guimarães

Francisco Komatsu

Saly Maria Bugman Moreira

Antonio Carlos Violante

Tadeu Cvintal

Luiz Augusto M. Leite Filho

Luiz Alberto Molina Mônica

Antônio Carlos Haddad

Newton R. Salerno

João Alberto de H. de Freitas

Paulo Polisuk

## Comisión Ejecutiva de Cirugías

### Experimentales

Otávio Moura Brasil do A. Filho

Paulo Elias Correa Dantas

Arnaldo Castro

Israel Rosenberg

Francisco Waldo P. Almeida

## Direcciones Regionales

### Norte/Nordeste

Germano Leitão de Andrade

### Centro—Oeste

Leonardo Akaishi

### Sur

Samuel Rymer

## ¡Vamos a reflexionar!



DR. MARCO ANTONIO REY  
DE FARIA  
PRESIDENTE DE LA SBCII

“no deje para  
última hora e  
inscríbese en un  
congreso que, con  
seguridad, no  
tendremos otro  
igual tan rápido”

Caros amigos,

En primero lugar, me gustaría recordar a todos que nuestro Congreso Brasileño, que acontecerá a bordo del MSC Ópera, del 26 al 29 de marzo, será un evento único, en el cual tendremos la oportunidad de intercambiar ideas sobre temas extremadamente importantes y actuales, como las actuales técnicas de faco, aparatos y parámetros, semiología en la catarata, retirada del cristalino transparente con finalidad refractiva y muchos otros. Los participantes recibirán un informe, hecho con mucho esfuerzo por los relatores, con lo que hay de más reciente sobre cada tema.

Será un evento diferente de todos en que ustedes ya participaron. En todas las salas serán estimuladas las discusiones de los temas principales y de los casos clínicos, y para eso serán distribuidos estratégicamente micrófonos, además de todos recibir previamente el relato de todos los casos que serán presentados.

Las horas de esparcimiento también serán importantes, pues es en ellas que trabajamos amistades, eliminamos dudas que no siempre tenemos la oportunidad de evacuar con colegas de más experiencia y discutimos que rumbo queremos para nuestra subespecialidad. Por todo eso, su presencia es importante. No deje para última hora e inscríbese en un congreso que, con seguridad, no tendremos otro igual tan rápido.

En cuanto al Congreso Internacional, que será realizado en Natal, haremos su lanzamiento durante el Congreso Brasileño, divulgando los nombres de los invitados internacionales que ya confirmaron presencia, abriendo las inscripciones para los que se interesen y ya mostrando lo que estamos preparando para recibirlos.

Para finalizar, me gustaría entrar en un asunto que creo importantísimo para todos nosotros: la valorización del acto de la cirugía de la catarata. Nuestro último presidente, Dr. Durval Carvalho, dio inicio a esta campaña y nosotros la llevaremos adelante. Y las primeras personas que precisamos alcanzar somos nosotros mismos. Sí, porque somos nosotros los mayores responsables de la desvalorización de la cirugía más gratificante en la profesión médica. Somos nosotros los que dijimos a la prensa, muchas veces impensadamente y sin maldad, que la cirugía de catarata es “una operación simple, que consiste en una anestesia en gotas, seguida de una incisión de 2 milímetros en la córnea”.

¿Cómo podemos olvidar los casos difíciles que todos nosotros tuvimos? ¿Cómo podemos olvidarnos de aquella cirugía de la cual salimos con la certidumbre de que todo había salido a las mil maravillas y fuimos sorprendidos con el desastre de una endoftalmia muchas veces fulminante? ¿Cómo olvidar las horas que llevamos para aprender las técnicas que ahora dominamos? ¿Cómo las nuevas generaciones pueden olvidar el rigor de las pruebas para obtener el título de especialista? Es así, muchas veces olvidamos todo eso cuando hablamos sobre la cirugía o cuando negociamos con un convenio. Si no nos damos valor, ¿quién nos lo va a dar?

Vamos a reflexionar sobre eso y comencemos esa campaña por nosotros mismos, mirando hacia dentro de nosotros y procurando recordarnos de todo lo que pasamos para llegar a donde llegamos. ¡Vamos a valorizarnos! Es por ahí que comenzaremos la campaña.

## El Ejemplo y la Victoria de la Oftalmología Brasileña



DR. JOSÉ RICARDO REHDER  
PRESIDENTE DE LA SBCR

“osadía en debatir  
nuestras ideas y  
responsabilidad en  
luchar por la aprobación  
de nuevas tecnologías...”

Estimados  
colegas,

La reciente aprobación por parte de la Anvisa de las lentes flexibles Artiflex debe ser celebrada como una gran victoria de toda la clase oftalmológica.

Fue un proceso largo, que en todas las etapas de homologación utilizó, por primera vez en Brasil, el protocolo científico.

Durante cuatro años el uso y las consecuencias de las lentes fáticas de fijación iriana fueron analizadas por la Oftalmología de la Facultad de Medicina del ABC, por la Comisión Nacional de Enseñanza e Investigación (CONEP), por la Sociedad Brasileña de Cirugía Refractiva (SBCR), por el Consejo Brasileño de Oftalmología (CBO), después por el Consejo Federal de Medicina (CFM) y finalmente por la Anvisa.

Todos los resultados computados de más de 1000 cirugías fueron minuciosamente analizados por todas las entidades involucradas en el asunto.

La victoria se debe al hecho de que, durante todo ese tiempo, el fabricante en Holanda, el distribuidor en Brasil, los oftalmólogos y las entidades involucradas tuvieron la paciencia de cumplir todas las etapas establecidas por un protocolo científico.

Las lentes flexibles Artiflex permiten un gran avance en las cirugías para la corrección de altos grados de miopía. Con la facilidad de ser flexible, la incisión se toma pequeña, sin necesidad de sutura, permite una recuperación de la visión y un post-operatorio más rápido para el paciente.

La aprobación del uso de las lentes flexibles Artiflex demuestra aquello que estamos haciendo en la Sociedad Brasileña de Cirugía Refractiva: Osadía Con Responsabilidad.

Osadía en debatir nuestras ideas y responsabilidad en luchar por la aprobación de nuevas tecnologías que posibiliten la mejoría de la salud ocular de la población brasileña.

## Resolución puede garantizar calidad en la prestación de los servicios oftalmológicos

Después de la Sociedad Brasileña de Oftalmología (SBO) y del Consejo Brasileño de Oftalmología (CBO), junto con la Federación de las Cooperativas Estatales de Servicios Administrativos en Oftalmología (FECOOESO), mostrar insatisfacción con la remuneración ofrecida a los médicos que realizan procedimientos quirúrgicos oftalmológicos de corta duración, además de preocupación con la infraestructura de los centros quirúrgicos de las clínicas, el Consejo Brasileño de Medicina (CFM) resolvió analizar el artículo 1º de la Resolución CFM nº 1.409/94 – que reglamentaba a práctica de la cirugía ambulatorial.

Como resultado del análisis, fue aprobada la Resolución nº 1886/08, el día 13 de noviembre de 2008, que establece normas mínimas para el funcionamiento de consultorios y de complejos quirúrgicos que realizan procedimientos con internación de corta permanencia. El decreto también anula la Resolución CFM nº 1409/94, que, entre otras determinaciones, consideraba las cirugías oftalmológicas como procedimientos quirúrgicos ambulatoriales.

A partir de la nueva Resolución, tanto la internación de pacientes para la realización de cirugías como pernoctar serán posibles. Consecuentemente, las operadoras de planes de salud no podrán más negar el pago doblado a los establecimientos y a los equipos quirúrgicos cuando sea necesario internar al paciente y cuando este tenga derecho a cuarto o apartamento.

De acuerdo con los Drs. Paulo Cesar Fontes, presidente de la FECOOESO, y Nelson Louzada, presidente de la COOESO-RJ, “la Resolución viene al encuentro de los intereses de médicos y pacientes”. Ellos también explican que “las operadoras de planes de salud intentaban banalizar las

cirugías oftalmológicas, clasificándolas a todas como cirugías ambulatoriales. La intención era bajar costos y pagar valores menores a los equipos quirúrgicos, así como a los centros oftalmológicos”.

Esta acción acababa forzando los establecimientos a utilizar materiales de baja calidad, en función de la cuantía recibida por las operadoras de planes. “Si tal entendimiento viniese a prevalecer, los pacientes estarían expuestos a riesgos desnecesarios”, dijo el Dr. Louzada.

Con la Resolución, médicos y pacientes quedan libres de la necesidad de reducir costos. Así, la calidad de los centros quirúrgicos de corta permanencia podrá ser mejorada, tal como la remuneración de los equipos médicos.

Cerca de 10.700 oftalmólogos filiales a FECOOESO ya recibieron por e-mail una circular sobre la Resolución. Según João de Almeida Fernandes, Gerente Administrativo de la FECOOESO, “la circular fue enviada dos veces por e-mail. También pedimos al CBO y a la SOB que divulguen la Resolución. Ella también estará disponible en nuestro site: [www.cooeso.com.br](http://www.cooeso.com.br)”.

Pero las unidades que realizan procedimientos clínico-quirúrgicos deben permanecer atentas: los establecimientos tienen 180 días para adecuarse a las nuevas exigencias; después de este plazo, podrán sufrir sanciones jurídicas y los médicos, responder a proceso ético.

João Fernandes está a disposición para esclarecer cualquier duda al respecto de la Resolución por el tel. (21) 2556-5803 o por el e-mail: [cooeso.sob@cooeso.com.br](mailto:cooeso.sob@cooeso.com.br).

### **CIRCULAR FECOOESO/003/2009**

Ref.: CIRUGÍAS DE CORTA PERMANENCIA DE INTERNACIÓN

Durante años convivimos con una falacia maldiciente, por parte de los convenios, intentando banalizar nuestras cirugías. Todas ellas fueron consideradas cirugías ambulatoriales. Hecho endosado por la ANS .... En 2008, la FECOOESO preparó junto con el CBO y la SBO un nuevo dictamen, dando cuenta de que las cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior no podrían ser realizadas en ambulatorios o consultorios. El dictamen fue enviado a las diversas entidades, entre ellas: CFM, AMB, ANS, ANVISA, MS y Ministerio Público Federal (MPF). Para nuestra agradable sorpresa, el MPF intimó a la ANS y a la ANVISA a manifestarse al respecto del citado dictamen. Las dos concordaron con nuestras afirmativas.

El MPF homologó, con validez nacional, que las cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior son cirugías de corta permanencia de internación, no pudiendo ser realizadas en ambulatorios, mucho menos en consultorios.

Paralelamente, la FECOOESO, el CBO y la SBO consiguieron que el CFM editase una resolución (Resolución CFM 1886/2008), nacionalizando una resolución, bien argumentada, del CREMERJ (Resolución CREMERJ 180/2001), que dispone sobre las “Normas mínimas para el funcionamiento de consultorios médicos y de los complejos quirúrgicos para procedimientos con internación de corta permanencia.” Así siendo, no existen más argumentos para banalizar las nuestras cirugías.

## Cirugía Refractiva, en busca de la valorización, realizará reunión inédita

Entre los temas de la pauta de la asamblea conjunta FECOOESO - COOESO-RJ, realizada el día 28 de enero, en el auditorio del edificio donde está instalada la sede de la SBCII, SBCR y SBAO, estaba la cuestión de los valores pagados hoy por las operadoras de planes de salud por la realización de una cirugía refractiva. Además de miembros de la COOESO-RJ y de la Dirección de la FECOOESO, estaban presentes los Drs. André Bom Muniz, presidente de la COOESO- AL; Canrobert de Oliveira, ex-presidente de la SBCR; Leonardo Akaishi, vicepresidente de la SBCII; Nilo Felipe, presidente de la COOESO-ES; y José Ricardo Rehder, presidente de la SBCR.

A pesar de la CBHPM – Clasificación Brasileña Jerarquizada de Procedimientos Médicos – estipular valores entre R\$ 340 y R\$ 524 (respectivamente PRK/PTK y Lasik) para los honorarios del cirujano, y la planilla de costos hospitalarios del Manual de Ajuste de Conductas de la Cooeso apuntar un costo de R\$ 634,42 para tales cirugías, los honorarios pagados por las operadoras, en algunos estados, como Río de Janeiro, donde los honorarios son separados de los costos de centro quirúrgico, están congelados hace 12 años en cerca de R\$ 190,00. La desvalorización desestimula a los cirujanos y también desagradada a los propietarios de los lasers, que ven el movimiento quirúrgico caer.

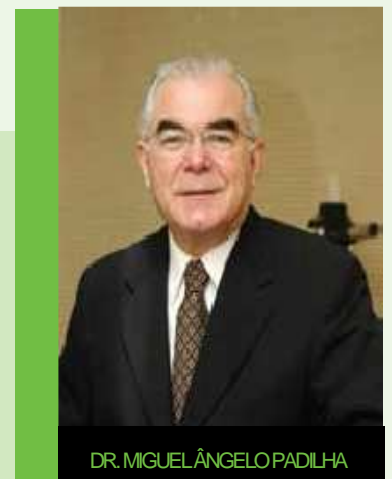
Para buscar entender la real situación de la cirugía refractiva de pacientes de los convenios en todo Brasil, el Dr. José Ricardo Rehder propuso la convocatoria de una reunión, en Río de Janeiro, de todos los responsables de los lasers brasileños. “Vamos, por primera vez, a colocar todos los propietarios de lasers juntos, y buscar, a partir de ahí, trazar estrategias de valorización de nuestros procedimientos. La Sociedad acompañará, con apoyo de la FECOOESO, los desdoblamientos de las decisiones que allí fueren tomadas”, afirmó.



## ASCRS escoge brasileño para recibir homenaje

Anualmente la American Society of Cataract and Refractive Surgery selecciona a dos líderes a nivel mundial que, a lo largo de toda su carrera profesional, hayan contribuido de forma consistente al permanente perfeccionamiento de la práctica de la Oftalmología, principalmente en las áreas de las cirugías de catarata y refractiva. Para 2009 el comité escogió los nombres de los Drs. Patrick Condon, de Irlanda, y Miguel Ângelo Padilha, de Brasil - Miembro Fundador y ex-presidente de la Sociedad Brasileña de Catarata e Implantes Intraoculares.

La ASCRS Honored Guest Award ocurrirá el día 04 de abril, en el Moscone Convention Center, durante la Ceremonia de Apertura Oficial del Congreso de aquella entidad en São Francisco. Entre otros nombres ya homenajeados anteriormente se destacan: J. Emery, K. Jacobi, E. Amott, D. Hoskins, J. Shepherd.



DR. MIGUEL ÂNGELO PADILHA

Los temas Catarata y Cirugía refractiva han ganado destaque cada vez mayor en la media. En ese espacio usted se entera de lo que los medios de comunicación divulgan al respecto de esos temas tan importantes.

## Hospitales deberán hacer examen de catarata en recién nacidos



>> 9 de diciembre de 2008

Diario de la Cámara de los Diputados - Año 9 – Número 2172

La noticia muestra que la Comisión de Constitución y Justicia (CCJ) aprobó, el día 4 de diciembre, el proyecto de ley 6043/02, que asegura al recién nacido el derecho a la realización de exámenes para la identificación de la catarata congénita en maternidades y hospitales que realizan partos.

Con base en el informativo, el relator, diputado Gonzaga Patriota (PSB-PE), anuló, por considerarlo inconstitucional, un artículo que obligaba los estados a crear bancos de datos sobre catarata congénita, lo que debe ser objeto de ley estatal.

## Muchacha de visión

>> 11 de enero de 2009

Diario de la Comunidad – DF

El texto informa que una alumna de 16 años creó gafas que ayudan a deficientes visuales a identificar obstáculos y a evitar accidentes. La invención garantizó a la niña el Premio Joven Inventor y R\$ 10 mil, de la Fundación de Apoyo a la Investigación – DF.

La autora del proyecto es Gisele Bussinger Cruz, que estudia en el Centro de Enseñanza Media 1 de Sobradinho, ciudad localizada al norte del Distrito Federal, y cursa el 2º año de la enseñanza media.

## SUS podrá ofrecer examen oftalmológico preventivo para niños



>> 3 de febrero de 2009

Fuente: [www.prontuariodenoticias.com.br](http://www.prontuariodenoticias.com.br)

El site "Prontuario de Notícias" informa que la Cámara analiza el Proyecto de Ley 4.444/08, del diputado Paulo Lima (PMDB-SP), que obliga a los establecimientos de salud vinculados al Sistema Único de Salud (SUS) a ofrecer a todos los niños, antes de cumplir cuatro años de edad, examen oftalmológico preventivo.

Por el proyecto, ese examen deberá abarcar las áreas que puedan detectar cualquier anomalía oftalmológica, ya sea genética o adquirida. También deberá ser gratuito no sólo el tratamiento clínico o quirúrgico, si fuere el caso, como los aparatos, órtesis, prótesis o cualesquiera otros necesarios para la corrección de las deficiencias visuales presentadas.

## Resumen de la reunión en el CFM y en la Cámara de Diputados sobre el PI nº 7.703/2006



JOÃO DE ALMEIDA  
FERNANDES FILHO  
Gerente Administrativo de la  
Federación de las COOESOS de  
Brasil (FECOESOS)

El día 9 de diciembre de 2008, el profesor Hamilton Moreira, acompañado por mí y por los profesores Marcos Ávila y Benedito Mutirão, estuvo en el Consejo Federal de Medicina – CFM, en Brasilia, participando de una reunión, durante toda la mañana, de la Comisión Nacional del Acto Médico, presidida por el Dr. Roberto D'Ávila (Vicepresidente del CFM), este a su vez asesorado por el Dr. Mauro Brandão (Consultor e Investigador del CFM).

La reunión tuvo el auxilio del Asesor Parlamentar, Napoleão Puentes de Sales. La Comisión Nacional del Acto Médico es compuesta de representantes de la FENAM, AMB y CFM. Además del CBO, estaban presentes representantes de la Sociedad de Nutrología, Dermatología y Cardiología. La única Sociedad que expresó alguna opinión fue la de Nutrología. El representante sugirió que el CFM hiciese un pedido al Diputado Edinho Bez (relator del Proyecto de Ley del Acto Médico nº 7.703/2006), modificando el informe.

El Dr. Roberto D'Ávila fue totalmente contrario a cualquier cambio en este momento y fue más enfático cuando dijo que hubo varias reuniones en los últimos años, varias audiencias públicas, y que la Sociedad de Nutrología nunca había comparecido, bien diferente de otras sociedades, como la de Oftalmología, la cual estaba siempre presente, y que este no era el momento de hacer cualquier cambio en el informe, pues teníamos que mantener el PL de la misma forma que había venido del Senado.

Durante la reunión, Napoleão Puentes recibió un telefonema de la secretaria del diputado Edinho Bez, Simone, informando que el PL había sido colocado en la pauta de la reunión que habría este mismo día, en la parte de la tarde. Inmediatamente el Dr. Roberto D'Ávila solicitó dos vans, para que todos los que estaban presentes fuesen inmediatamente para la Cámara de Diputados, Plenario 12, del Anexo II.

En este momento, el Profesor Hamilton Moreira también me solicitó a mí y al Dr. Benedito Mutirão que intentasen contactar el mayor número de médicos de Brasilia para ir para la Cámara, pues hasta entonces estaba acertado y combinado que la votación sería el día siguiente, día 10 de diciembre de 2008, a las 9h30min de la mañana. La idea era que por lo menos los médicos locales estuviesen presentes en la parte de la tarde.

Después de eso, almorzamos y luego enseguida nos dirigimos para la Cámara. Allá estaban presentes, representando a la Oftalmología brasileña: Profesores Hamilton Moreira, Marcos Ávila y Benedito Mutirão; Doctores Augusto Juvenal Lima (resaltamos que el Profesor Augusto J. Lima nos presentó a Hélio Lana Marques, Jefe de Gabinete del Diputado Pedro Henri, el cual nos fue de gran ayuda en todo el proceso), Alípio de Sousa Neto, Canrobert Oliveira, Leonardo Akaishi, Procópio Miguel dos Santos y Evaldo Oliveira, además de mí.

El Proyecto de Ley del Acto Médico era el tercero en la pauta del día. En la primera página de lectura del diputado Edinho Bez, la diputada Manoela D'Ávila, de Río Grande do Sul, pidió vista. Inmediatamente, el presidente de la Comisión, el diputado Pedro Fernandes, interrumpió la lectura y marcó para la próxima reunión de la Comisión, que sería al día siguiente, 10 de diciembre, a las 9h30min, la nueva lectura y vista a la diputada Manoela D'Ávila.

En la noche del día 9 de diciembre de 2008, el CBO promovió una cena en el restaurante Piantela, en Brasilia, e invitó a los diputados Daniel Almeida, Alice Portugal y Nelson Pellegrino. El diputado Nelson Pellegrino informó que no podría comparecer a la cena. Participaron por el CBO los Drs. Marcos Ávila, Fabiola Mansur, Cláudia Galvão Brochado Filho, Leonardo Akaishi y Roberto Deway Guimarães Pereira, además de mí, Lúcia (CBO Brasilia) y Napoleão Puentes. Durante la cena, quedó bien claro que tanto el diputado Daniel Almeida como la diputada Alice Portugal estaban del lado de la Oftalmología.

En el transcurso de la cena, tuvimos una gran sorpresa, a través de un telefonema del diputado Nelson Pellegrino a la Dra. Fabíola Mansur. El mismo pidió disculpas por la ausencia y marcó una reunión al día siguiente, a las 8h, para que tomásemos un desayuno y discutiésemos el asunto de la Ley del Acto Médico. Comparecieron al desayuno con el diputado Nelson Pellegrino, por el CBO, los siguientes Doctores: Marcos Ávila, Fabíola Mansur, Cláudia Galvão, Roberto Deway, además de Napoleão Puentes y yo.

La reunión duró exactamente 1h40min. El Dr. Marcos Ávila condujo muy bien la reunión, dando una verdadera clase sobre la Oftalmología brasileña, no solamente en lo que se refiere al área científica, sino también en el área de Defensa Profesional y Mercado de Trabajo. Habló bastante y dejó con el diputado Nelson Pellegrino el último informe del CBO, que traía la SITUACIÓN DE LA OFTALMOLOGÍA BRASILEÑA – AÑO 2009 y también Revista del CBO de agosto de 2005, que hablaba sobre la optometría en el mundo. Habló bastante sobre el último Fórum de la Oftalmología Brasileña, ocurrido en Brasilia, en octubre último.

La Dra. Fabíola Mansur frisó bien la cuestión del perjuicio social que la optometría podrá traer para Brasil, del modo que está siendo conducida actualmente. El Dr. Marcos Ávila habló también de la necesidad de que tengamos una ley regularizando la optometría, sin embargo de modo que exista un espacio que no viole el campo oftalmológico. La Dra. Cláudia Galvão, conjuntamente con el Dr. Roberto Deway, en calidad de baianos y como futuro Secretario de Salud, hablaron bastante de la base política – regional. Yo, a pesar de que haya ocupado bastante espacio de la reunión, me limité solamente a datos estadísticos de la Oftalmología brasileña y de la Organización Mundial de Salud.

El resultado final, creemos, fue muy positivo para la Oftalmología brasileña, pues el diputado dejó bien claro que revería su posición.

Ya eran las 10h cuando bajamos para el plenario, pues ya iba a comenzar la sesión. Estaban presentes: Profesor Hamilton Moreira, Dr. Nilo Holzchuh, Dr. Marcos Ávila, Dr. Elisabete Ribeiro, Dr. Benedito Mutirão, Dr. Leonardo Akaishi, Dr. Canrobert Oliveira, Dr. Alípio de Sousa Neto, Dr. Evaldo Oli-

veira, Dr. Augusto Juvenal Lima, Dr. Procópio Miguel dos Santos, Dr. Wagner Duarte, Dr. João Ângelo, Dra. Fabíola Mansur, Dra. Cláudia Galvão, Dr. Roberto Delway, Dr. André Bom Muniz, más otros diez médicos de Brasilia no identificados, Napoleão Puentes, Lúcia (CBO Brasilia) y yo.

En la ocasión, antes de la lectura, tuvimos la oportunidad de conversar, además del diputado Nelson Pellegrino, con los diputados Edinho Bez, Carlos Alberto Canuto, Daniel Almeida, Alice Portugal, Pedro Henri, Manoela D'Ávila, Marco Maia, Roberto Santiago, Nelson Marquezelli y también con otros diputados suplentes y no miembros de la Comisión, pero que estaban presentes, los cuales nos fueron presentados por Hélio Lana Marques.

El presidente de la Comisión dio la palabra al diputado Edinho Bez e inmediatamente suspendió, colocando el Proyecto de Ley en la pauta de la próxima reunión. El diputado Daniel Almeida, así como la diputada Alice Portugal y el diputado Pedro Henri fueron contra y alegaron que el Proyecto de Ley ya había sido ampliamente debatido en el Senado, así como en esta Comisión, y que ya habían ocurrido varias consultas públicas y que todo seguimiento de la sociedad que tuviese interés ya había tenido la oportunidad de expresarse, y que no había más motivos para perdurar ese asunto, vista la relevancia que el mismo tenía para toda la población brasileña.

El presidente de la Comisión, diputado Pedro Fernandes, mantuvo a posición y colocó en la pauta para la próxima reunión, realizada el día 17 de diciembre de 2008, en que la diputada Manoela D'Ávila (PCdoB-RS) pidió vista del proyecto.



João de Almeida Fernandes Filho y Milton Ruiz Alves

## Noticias de la SBAO



DR. RENATO AMBRÓSIO JR.  
Presidente de la SBAO

La Sociedad Brasileña de Administración en Oftalmología (SBAO) desarrolla y participa de actividades muy importantes para la gestión de establecimientos oftalmológicos en Brasil. Por eso, vale la pena rememorar los grandes momentos de 2008. Entre los días 14 y 17 de mayo, durante el X Congreso Internacional de Catarata y Cirugía Refractiva, en Goiânia, la SBAO realizó el “VI Congreso Internacional de Administración en Oftalmología”, evento de extrema importancia para la administración de consultorios, clínicas y hospitales oftalmológicos.

El día 4 de julio, participó del XV Congreso Internacional de la Sociedad Brasileña de Oftalmología (SBO), realizado en Río de Janeiro, con el “Curso SBAO de Administración en Oftalmología: Aspectos Actuales.”

El mes siguiente, impartió el “Curso SBAO de Administración y Marketing”, durante el “7º Congreso de Reciclaje de la USP”, realizado los días 1 y 2. Entre los temas discutidos en el congreso, estaban: “Planeamiento Tributario de un simple consultorio a un hospital”, “Planeando un Centro Quirúrgico Ambulatorial” y “Marketing interno”.

En septiembre, entre los días 3 y 6, la SBAO fue a Florianópolis para integrar el “XVIII Congreso Brasileño de Prevención de la Ceguera y Rehabilitación Visual”. En este evento, realizó el “Simposio SBAO de Administración y Marketing”, que abordó diversos temas, enfocando la atención de los participantes hacia la importancia de la Administración en el medio oftalmológico.

Representantes de la Sociedad también estuvieron presentes en el Congreso Norte-Nordeste, que aconteció entre el 8 y el 10 de octubre de 2008, en Belém, donde realizaron el “Simposio de Administración y Marketing”. Entre los temas discutidos en el simposio, estaban: “Gestión”, “Derecho”, “Marketing”, “Informática” y “Finanzas”.

### Desayuno Temático

El día 13 de noviembre, la SBAO, en colaboración con la Interact, realizó en São Paulo el 1º Desayuno Temático, con un asunto bastante importante y polémico para clínicas, consultorios y hospitales: “Relación de los establecimientos médicos con sus profesionales - riesgos en las diversas formas de contratación, como CLT, prestación de servicio autónomo, Personas Jurídicas y otras”.



Desayuno Temático

Las conferencistas Jeanete Herzberg, administradora, y Vanessa Cardone, abogada, presentaron aspectos importantes a ser tomados en cuenta por aquellos que son responsables

de la administración y de la contratación de los profesionales en sus establecimientos.

Jeanete abordó el tema de la visión del emprendedor: realizar el planeamiento estratégico de la clínica y dirigir la gestión para alcance de objetivos pre-determinados. Así siendo, ¿cuáles serían los tipos de profesionales que la clínica realmente necesita? ¿Para qué funciones? Una vez que la contratación de personal tiene riesgos laborales y tributarios es fundamental que se tenga seguridad de la necesidad de las contrataciones, inclusive definiéndose previamente las funciones, rutinas, jerarquías y tipo de relación dentro de la organización.



Desayuno Temático - Conferenciasta  
Jeanete Herzberg

A su vez, Vanessa presentó las diversas formas de contratación existentes y su caracterización cuando confrontadas con la legislación vigente. Cada forma de contratación exige una caracterización propia de relación entre el contratante y el contratado, y los principios básicos de subordinación, personalidad, onerosidad y habitualidad de que tratan los artículos 2º y 3º de la CLT deben ser siempre observados.



Desayuno Temático - Conferenciasta  
Vanessa Cardone

Estuvieron presentes en el evento médicos emprendedores y administradores de clínicas, consultorios y hospitales.



USP (noviembre)

Además en noviembre, el día 29, la SBAO participó del 11º Congreso de Reciclaje en Oftalmología de la USP. En este congreso, la Sociedad impartió el curso de "Administración y Marketing", que abordó temas como: "Nociones básicas de Derecho Laboral"; "Responsabilidad civil médico-hospitalaria"; y "Pensamiento estratégico". Y, para comodidad de sus socios, la SBAO dispone en su site ([www.sbao.com.br](http://www.sbao.com.br)) algunos de los archivos en Power Point utilizados en las charlas.



Conferenciasta Dr. Renato Battaglia - USP (noviembre)

Pero las actividades no se detienen por ahí: en 2009, tendremos eventos importantes, en destaque el III Simposio Brasileño, dentro del V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva, a ser realizado en el buque, y el Simposio de la SBAO durante el XI Simposio Internacional de Actualización en Oftalmología de Maringá.

Además de eso, cursos regionales están siendo montados, entendiéndose el desafío de atender a públicos diferentes con necesidades distintas: secretarías y personal de apoyo, médicos oftalmólogos administradores y ejecutivos administradores de clínicas y empresas relacionadas con la Oftalmología.

Considerando el objetivo estatutario de la SBAO de promover y difundir conocimientos y establecer acciones dirigidas al soporte a la gestión y administración de clínicas y hospitales oftalmológicos, estamos trabajando en un currículo mínimo para el residente en formación. Este material estará disponible como un curso en multimedia y será distribuido para todos los servicios de residencia acreditados, así como en nuestro site.

Buscaremos modernizar y actualizar el site de la SBAO para aumentar, cada vez más, los beneficios a nuestros socios. Estamos trabajando en un banco de currículos para ayudar a colocar en contacto a quien precisa y está calificado para el empleo y a quien precisa de nuevos funcionarios calificados y con credenciales, posiblemente de cursos ofrecidos por la SBAO. Un banco de datos con informaciones de materiales

robados también está en desarrollo para intentar disminuir la oportunidad de que un equipo robado sea pasado adelante en el mercado. Si restringimos el mercado para estos equipos, ciertamente disminuirémos la incidencia de robos en clínicas.

¡El proyecto de Educación del Paciente, conjuntamente con un trabajo en conjunto con la COOESO, para defensa profesional, y con la SBCR, para valorización de la Cirugía Refractiva, también están entre nuestras metas más importantes para futuro próximo!

¡Continuando la colaboración con la Interact, promoveremos otros eventos abordando temas de relevancia, y convidamos a todos para que participen! El primero de estos eventos será un Happy Hour Temático, en abril. El tema en cuestión será: ¿Su clínica determina Lucro Real o Presumido? ¿Usted sabe si está en la mejor forma de determinación? ¿Quiere entender cómo eso funciona?

¡¡¡Venga, participe!!! ¡Sugerencias y críticas son importantes para el crecimiento de la SBAO, que precisa y quiere merecer cada vez más su apoyo!

## Viene ahí el VI Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía refractiva – SBCR/SBCII

Fortaleza será la ciudad que acogerá a todos los congresistas, entre los días **20 Y 24 DE ABRIL DE 2011.**

El Centro de Convenciones de **FORTALEZA** será el escenario para la realización de las

actividades.

EN BREVE, MÁS INFORMACIONES SERÁN DIVULGADAS.



## Congreso de la Academia Americana de Oftalmología (Atlanta, EUA)



DR. FLÁVIO REZENDE  
Ex-Presidente de la SBCI  
Miembro del Consejo Deliberativo y de la  
Comisión Científica de la SBCI  
Profesor Titular de Postgrado de la PUC-Río  
Director del Instituto de Diagnóstico y Terapia  
Ocular (IDTO) - RÍO

Los congresos promovidos anualmente por la Academia Americana de Oftalmología, AAO, son, sin duda, los mayores eventos de la Oftalmología mundial.

Entre el 8 y el 11 de noviembre de 2008, en conjunto con la Sociedad Europea de Oftalmología, la AAO realizó su congreso en Atlanta, en el Georgia World Congress Center, uno de los mejores centros de convenciones de los Estados Unidos. El evento alcanzó la extraordinaria asistencia de 22.000 congresistas.

El edificio tiene un piso al nivel de la calle y cuatro pisos subterráneos. El nivel 1 fue totalmente ocupado con la Exposición Comercial, que reunió cerca de 503 stands, siendo que los grandes patrocinadores, como Alcon, Allergan, Bausch & Lomb, Pfizer, Zeiss y AMO, ocuparon espacios colosales. Estos laboratorios, dicho sea de paso, vienen creciendo cada año; ofrecen verdaderos auditorios, donde, durante todo el día, profesores de los más notables imparten charlas, todos ellos con declarados intereses financieros en estas diversas grandes firmas. Son, en verdad, mini-congresos, que ofrecen mucha comodidad, presentes, cafés, biscochos, gaseosas etc., todo por "cuenta de la casa". No se sabe dónde esto va a parar, una vez que, conforme publicado en el programa, las contribuciones de estos laboratorios variaron entre US\$ 2.885.100,00 y US\$ 620.000,00.

De las grandes sub-especialidades, prácticamente sólo la Catarata no tiene el llamado Specialty Day, que son

los pre-congresos. Estas reuniones son de excelente contenido científico, muchos colegas retoman para casa después de asistirlos. En 2008, el Subspecialty Day de Retina y Refractiva duró dos días y de Córnea, Glaucoma, Oftalmología Pediátrica y Uveítis, un día entero. Las inscripciones en los pre-congresos tienen precios distintos de las inscripciones del Congreso y varían de US\$450,00 a US\$800,00 en la pre-inscripción.

A pesar de que los temas de Catarata constaban del programa general con 56 sesiones, variando de una a tres horas de duración cada una, ellos correspondieron a apenas 10% del programa total, distribuidos en cuatro días.

Las novedades para quien acompaña la especialidad con frecuencia fueron muy discretas.

Predominaron los cursos básicos de faco (46 cursos), frecuentados principalmente por no especialistas y residentes en catarata. Las sesiones más concurridas fueron las de vídeo-complicaciones y vídeo-simposio, en un total de nueve sesiones. Los 82 posters, muy valorizados en los congresos americanos, abordaron, principalmente, comparaciones entre los diferentes tipos de Lentes Intraoculares. Los temas originales, en torno de 13, abordaron:

- . Fijación de LIO en la esclera x sutura en el iris. Los trabajos no presentaron ninguna diferencia significativa entre las dos técnicas.
- . LIO fotocromática x LIO amarilla. Todos los métodos empleados eran subjetivos y los resultados fueron semejantes entre las dos.

. Comparación entre LIO RESTOR y Synchrony, con resultados también semejantes.

. Avastin intra-vítreo en Edema Macular Cistóide persistente. Los resultados presentaron reducción de, por lo menos, 50% del edema y mejora en la acuidad visual.

El enfoque principal está en la búsqueda de mejores LIOs para corrección de la presbiopía. Varias charlas fueron preferidas comparando las lentes existentes, ya sean las multifocales, ReZoon, RESTOR, Tecnis, Acreos y Synchrony y las acomodativas Crystalens y Nulens.

La preocupación obsesiva en cuanto a la limpieza de las cápsulas, presentada en varias charlas, se debe al gran número de LIO Crystalens que son, actualmente, implantadas en los Estados Unidos. Uno de los motivos fuertes que llevan a esta preferencia de los oftalmólogos es que, cualquiera que

o en la disminución del efecto acomodativo de estas lentes, él puede ser corregido con gafas, lo que restablecería totalmente la visión tanto de lejos como de cerca, lo que no siempre se obtiene con las lentes multifocales.

Tres técnicas están siendo usadas:

- a) Remoción del máximo posible de células subcapsulares con chorros de BSS.
- b) Uso de ultrasonido en baja frecuencia. El único aparato de faco que tiene este dispositivo es el de la Surgical Design.
- c) Uso de Yag-Láser de baja intensidad.

Todo esto porque las “piedras en el zapato” de la Crystalens son la fibrosis de las cápsulas, que serían menores con la limpieza esmerada, y la capsulotomía por Yag- Láser, que también disminuiría la función de

Otro punto muy debatido fueron las mezclas de las lentes multifocales, técnica que llaman de Mix and Match, es decir, un tipo de lente en cada ojo del mismo paciente. La preferencia dominante, con más del 50% de los que optaron por esta técnica, es el implante de la Resoon, que es una lente refractiva, en el ojo dominante, y la Tecnis, lente difractiva, en el otro ojo.

En la parte de equipos, apenas algunos detalles. La Bausch & Lomb con el faco Stellaris, que es el hermano menor del Millennium, y la Zeiss con el fantástico microscopio modelo OPMI – LUMERA, que tiene visualización separada para el cirujano, con iluminación coaxial fantástica y la cámara para filmación digital. Funcionan separadamente, tanto dando el foco como centrando la imagen.

Son estas las nuestras consideraciones sobre el Congreso de la Academia Americana de 2008.





DR. BRUNO FONTES

Miembro de la Comisión de Relación con los Socios de la SBCI

MIEMBRO de la Comisión de Jóvenes OFTALMÓLOGOS de la SBCR

Debo comenzar prestando reverencia a nuestro querido y brillante colega Marcelo Vieira Netto, que nos honró al recibir el homenaje "Achievement Award" de la AAO 2008. ¡Felicidades Marcelo!

En el presente congreso, opté por cursar el día de subespecialidad en Cómea. Brasil fue brillantemente representado por: Renato Ambrósio Jr, Denise de Freitas y Ana Luisa Hoffling-Lima. El programa fue bien abarcador, conteniendo charlas sobre tumores del segmento anterior, tecnologías de imagen, diferentes técnicas quirúrgicas de cómea y segmento anterior (incluyendo métodos de ceratoplastia, trauma, implantes, entre otros), ectasias, infecciones y perspectivas futuras sobre diagnóstico y tratamiento de diversas patologías del segmento anterior. Abajo detallo las sesiones: la primera parte fue sobre lesiones pigmentadas, tumores y nódulos del segmento anterior. Clases muy interesantes (destaque para la Dra. Carol L. Shields) abordaron diagnóstico, exámenes complementarios (principalmente exámenes de imagen) y diferentes conductas para lesiones pigmentadas y tumores conjuntivales e irianos. El segundo bloque constó de provechosa discusión del tipo punto y contrapunto, con cada conferencista

defendiendo su posición. Fueron discutidos asuntos controvertidos: topografía de Plácido versus mapas de elevación, indicaciones del OCT de segmento anterior, y finalizando con discusión sobre definición y diferencias entre ceratocone y degeneración marginal pelúcida.

Un gran destaque fue reservado a la discusión de diferentes aspectos de la cirugía comeana, en especial trasplante de cómea (ceratoplastia). Cinco sesiones seguidas fueron sobre el asunto, abarcando: trasplantes endoteliales (DSEK, DSAEK, DLEK), trasplantes lamelares estromales (DALK) y ceratoplastia penetrante. En conjunto, situaciones desafiantes que frecuentemente se presentan: ojos que precisan de ceratoplastia y también presentan otras patologías, tales como glaucoma, catarata, patologías retinianas, entre otras. Además, se siguió una discusión sobre diversos modelos y opciones de cómea artificial, y rehabilitación visual post-ceratoplastia.

Las últimas sesiones de este día fueron sobre ectasias comeanas y ceratitis infecciosas. Clasificación, diagnóstico, exámenes complementarios y diferentes estrategias terapéuticas fueron abordadas específicamente. Para terminar, charlas sobre el futuro en tratamientos de desórdenes ectásicos, inflamaciones intra-oculares, enfermedades infecciosas y terapia genética.

El congreso de la AAO propiamente dicho comenzó un día después del día de la sub-especialidad. Como siempre, el área de exposición comercial fue grandiosa. Es siempre una gran experiencia andar por los stands y poder analizar diferentes

tecnologías y equipos existentes. Podemos ver lo que está disponible y lo que brevemente estará. Para quien está en búsqueda de instrumental quirúrgico, libros y equipos, es una óptima ocasión para "regatear". Además, las empresas frecuentemente promueven clases interesantes en sus stands. Ni precisaría decir (pero debo y lo voy a hacer), que siempre debemos tener espíritu crítico y permanecer atentos a los vieses comerciales....

El programa de la AAO es siempre bien abarcador. Para quien quiere hacer "inmersión" en un asunto específico, los cursos y wet-labs son una buena opción. Pero para estos, existe costo adicional. De manera general los simposios no abordan los asuntos profundamente, una vez que la platea es, en su mayor parte, compuesta por generalistas. Destaque para dos sesiones "Spotlight": una enfocada en el tratamiento clínico y quirúrgico del glaucoma, y otra sesión de casos y vídeos sobre complicaciones en cirugía de catarata.

Existen sesiones que siempre voy: "Best of the anterior segment specialty meetings 2008" y "Best of the posterior segment specialty meetings 2008". São presentados los mejores trabajos del año, de manera crítica. Excelente opción para actualización sobre lo que de más importante anda aconteciendo por el mundo.

Una novedad fue el "Academy café", donde especialistas respondían, en ambiente informal, preguntas hechas al momento por la platea a través de mensajes de celular y e-mails. En verdad, formato muy parecido con los PANELES del último Congreso Brasileño de Prevención a la Ceguera en Florianópolis.

Bueno, es eso.... ¡Este año hay más en San Francisco!

# Conocimiento es difundido a través de experiencias profesionales

**H**ace algunos años, los centros universitarios dejaron de ser el único local poseedor y difusor del saber. Parte de este papel actualmente es cumplido por la internet. Por medio de ella, alumnos ya pueden obtener especialización, reconocida por el Ministerio de Educación (MEC), en cursos a distancia. En general, las clases son impartidas por profesores en salas de clase virtuales.

Por otro lado, los congresos y los fórums también son responsables de parte de la difusión del conocimiento entre profesionales y estudiantes. Además de ser una de las maneras de aprender fuera de las salas de clases tradicionales es una forma relajada de intercambiar experiencias con profesionales de la misma área de actuación. Sin mencionar que también puede ser una buena oportunidad de conocer lugares diferentes y, sobre todo, personas influyentes que pueden ayudar a apalancar la carrera profesional de un recién formado.

Así, en el “V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva”, a ser realizado entre los días 26 y 29 de marzo, no será diferente. Los congresistas van a poder participar en debates, ir a las exposiciones y festejar. Entre los eventos más esperados en este Congreso está el “Fórum de los Residentes”, que será realizado en dos días: 27 de marzo, con

asuntos relacionados a la catarata; y 28 de marzo, con temas sobre refractiva. El equipo de coordinadores no deja a desear, forman parte del team: los Drs. Arthur Schaefer, Mário Jorge Santos, Newton Kara José Jr., Carlos Heler Diniz, Vicente Vitiello Neto y Marta Sartori.

La programación fue escogida por los organizadores del Congreso y supervisada por los profesores José Ricardo Rehder y Marco Rey. De acuerdo con el Dr. Newton Kara José Jr., los principales temas a ser abordados en el Fórum son: “Cómo superar dificultades iniciales para ingreso en el mercado de trabajo”; “Opciones de especialización y perfeccionamiento técnico después de la residencia”; y clases de asuntos clínicos/quirúrgicos didácticamente preparadas para esta platea específica. Todas las exposiciones serán hechas por jóvenes oftalmólogos que, recientemente, pasaron y superaron algunas de las iniciales dificultades enfrentadas por médicos que terminan la residencia.

El Dr. Newton resalta que “el Fórum es importante por ser un evento impartido por jóvenes oftalmólogos para los jóvenes oftalmólogos”. Y, según el Dr. Mário Jorge Santos, también “es una oportunidad que los alumnos, de los más variados servicios del Brasil y del exterior, tienen de saber lo que pasa fuera de sus residencias”.

En un congreso tradicional, en que no es realizado un encuentro específico para los residentes, los médicos residentes pueden salir del evento con la sensación de que faltó alguna cosa. El Dr. Newton explica que eso es común acontecer porque “este público presenta características, dificultades y necesidades particulares, que normalmente no son incluidas en la programación científica de los grandes congresos”.

Por eso, se cree que el diferencial de esta actividad es el direccionamiento del foco de las discusiones, dirigidas para auxiliar y orientar al joven profesional. En posesión de las informaciones discutidas durante este tipo de curso, aun en la opinión del Dr. Mário Jorge, el residente tendrá condiciones de sugerir cambios en las instituciones en que estudian, para que estas puedan formar oftalmólogos con conocimientos más abarcadores.

“Creemos que un forum realizado en un buque venga a ser más productivo que en el continente, pues las opciones científicas y recreacionales pasan a ser más controladas, siguiendo un rígido guión, o sea, a la hora de aprender todos van a aprender y a la hora de festejar todos van a festejar. Creo que el resultado será muy bueno”, finalizó el Dr. Newton Kara José Jr.



# Programa científico del V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva

CAFÉ CON IDEAS La Caravella Restaurante – de las 7h30 a las 8h30

VIERNES, 27/03

## CATARATA

TEMAS	CONFERENCISTAS
1º LIOS MULTIFOCALES	DR. HAMILTON MOREIRA
2º LIOS TÓRICAS	DR. BRUNO FONTES
3º FACO TORSIONAL Y ELÍPTICO	DR. GUSTAVO MALAVAZZI
4º ANESTESIA EN LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO	DR. ALEXANDRE PRINCIPE
5º FACO CON PEQUEÑA INCISIÓN COAXIAL	DR. PAULO FADEL
6º PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENDOFTALMITIS	DR. EDUARDO ADAN FRANÇA ALVES
7º TÉCNICAS DE FACO EMULSIFICACIÓN	DR. CELSO NAKANO
8º EXTRACCIÓN EXTRA CAPSULAR DEL CRISTALINO (EECC)	DR. FLÁVIO REZENDE
9º INCISIONES LIMIBARES RELAJANTES	DR. MARIO CARVALHO
10º COMO REGULAR LOS PARÁMETROS	DR. CARLOS EDUARDO SOUZA
11º BIOMETRÍA	DR. JUAN CABALLERO
12º INCISIÓN, REXE Y HIDRODISECCIÓN – INFORMACIONES	DR. CELSO BOIANOVSKY
13º COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA CIRUGÍA DE LA	DR. ARNAUD ARAUJO
14º COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LAS CIRUGÍAS DE CATARATA	DR. ROBERTO VONHERTWIG
15º OPCIONES DE IMPLANTE SIN SOPORTE CAPSULAR	DR. BEOGIVAL DOS SANTOS
16º ALTAS AMETROPIÁS Y CIRUGÍA DE CATARATA	DR. RUY CUNHA
17º CATARATA Y GLAUCOMA	DR. HOMERO GUSMAO DE ALMEIDA
18º CRISTALINO SUBLUXADO Y CIRUGÍA DE CATARATA	DR. FABIO CASANOVA
19º NÚCLEO DURO EN LA CIRUGÍA DE CATARATA	DR. ANTONIO EDUARDO PEREIRA
20º CATARATA CONGÉNITA	DR. MAURO WAISWOL

## REFRACTIVA

TEMAS	CONFERENCISTAS
1º FENTOSECOND LASER EN CIRUGIA REFRACTIVA	DR. LEON GRUPENMACHER
2º CERATOPLASMA CONDUCTIVA – ACTUALIZACIONES	DR. EDUARDO PAULINO
3º FACO-REFRACTIVA EN LA SOLUCIÓN DE LA PRESBIOPIA	DR. WALTON NOSÉ
4º FACO-REFREATIVA EN LA SOLUCIÓN DE LAS AMETROPIAS	DR. HAMLETO MOLINARI
5º ¿ES EL GLAUCOMA UN PROBLEMA PARA CIRUGIA REFRACTIVA?	DR. RODRIGO ANDRADE BARROS
6º CERATOPLASTIA CONDUCTA – CONCEPTOS E INDICACIONES	DR. LEONARDO PAULINO
7º CERATOPLASTIA ENDOTELIAL	DR. VICTOR ANTUNES
8º PRK X LASIK X LASER X EPILASIK	DRA. ADRIANA FORSETO
9º PRK X LASIK	DR. CARLOS HELER DINIZ
10º COMO HAGO Y UTILIZO LA ABERROMETRIA EN LA PRACTICA DIARIA	DR. MARCELO FONSECA
11º EVALUACIÓN DE LA PAQUIMENTRIA CORNEANA	DR. GUSTAVO VICTOR
12º EXCIMER Y MITOMICINA	DR. JORGE LUIZ DIAS
13º BIOMECANICA DE LA CORNEA	DR. CANROBERT OLIVEIRA
14º CERATIVIS INTERLAMINAR, INFECCIÓN Y TASS	DR. WALDIR MARTINS PORTELINHA
15º SOLUCIONES REFRACTIVAS EN LA AMETROPIA RESIDUAL PÓST FACO-ESTIMULACIÓN	DR. PEDRO PAULO FABRI
16º ECTASIAS PÓST EXCIMER – CAUSAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	DR. JOÃO MARCELO LYRA
17º COMO HAGO Y UTILIZO LA ASBERROMETRIA EN LA PRACTICA DIARIA	DRA.. ANDRÉIA URBANO
18º ANILLOS INTRA-CORNEANOS	DR. PAULO FERRARA DE ALMEIDA CUNHA
19º LENTES FACICAS	DR. SÉRGIO KANDELMAN
20º LENTES FÁCICAS INTRA-OCULARES DE FIJACIÓN IRIANA (IMPLANTE DE LENTES FACICAS ARTISAN / ARTIFLEX)	DR. ÁLVARO HILGERT

SESIÓN CIENTÍFICA

Auditorio I – 750 lugares – de las 9h a 13h

VIERNES, 27/03

## REFRACTIVA

COORDINADOR: DR. NEWTON LEITÃO DE ANDRADE

HORARIO	PRESENTACIÓN	
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b>	PRESENTADOR (A): DR. MARIO JAMPAULO
		DISCUTIDOR(A): DRA. LIZABEL VIEIRA B. GEMPERLI
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b>	PRESENTADOR(A): DR. FABIO.H CASANOVA
		DISCUTIDOR(A): DRA. ROSANGELA A. SIMOCELI
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b>	PRESENTADOR(A): DRA. ANDREIA P.Q. URBANO SOUZA
		DISCUTIDOR(A): DRA. ELAINE NAKANO
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b>	PRESENTADOR(A): DR. HALMÉLIO SOBRAL NETO
		DISCUTIDOR(A): DR. LUIS GUSTAVO RIBEIRO
10h a 10h15	<b>CASO CLÍNICO 5</b>	PRESENTADOR(A): DR. HAMILTON LEITE
		DISCUTIDOR(A): DRA. TANIA SHAEFER
10h15 a 10h30	<b>CASO CLÍNICO 6</b>	PRESENTADOR(A): DR. ADAMO LUI NETO
		DISCUTIDOR(A): DR. HENRIQUE VIZIBELLI
10h30 a 10h45	<b>CASO CLÍNICO 7</b>	PRESENTADOR(A): DR. ROBERTO PINTO COELHO
		DISCUTIDOR(A): DR. JACK ARNOUD OLIVEIRA LIMA
10h45 a 11h	<b>CASO CLÍNICO 8</b>	PRESENTADOR(A): DR. CARLOS FRANÇA RANGEL
		DISCUTIDOR(A): DR. DORALDO NASSAR JR
11h a 11h15	<b>CASO CLÍNICO 9</b>	PRESENTADOR(A): DR. GUSTAVO VICTOR
		DISCUTIDOR(A): DR. FERNANDO BETTY CRESTA
11h15 a 11h20	PREGUNTAS PARA FECCOESO	
11h20 a 11h50	COFFEE BREAK	
11h50 a 12h10	INFORME DEL TEMA: NEURO ADAPTACIÓN Y PLÁSTICA CORTICAL EN LA CIRUGIA REFRACTIVA – PRESENTE Y FUTURO	
	COORDINADOR(A): DRA. MARCIA GUIMARÃES DISCUTIDORES: DR. RICARDO GUIMARÃES, DR. SAMIR BECHARA, DR. PAULO SCHOR, DR. MARCUS VINICIUS BALDO, DR. JEROME BARON	
12h10 a 12h25	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
12h25 a 12h45	INFORME DEL TEMA: MONOVISIÓN, PRESBILASER Y CERATOPLASTICA CONDUCTIVA EN LA CORRECCIÓN DE LA PRESIOPIA	
	COORDINADOR (A): DR. EDUARDO PAULINO / RELATOR (A): DR. WALDIR PORTELLINHA DISCUTIDORES: DR. JOÃO MARCELO LYRA, DR. TADEU CVINTAL, DR. WALDIR PORTELLINHA, DR. LUIZ GERALDO SIMÕES	
12h45 a 13h	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	

## CATARATA

COORDINADOR: DR. MARCELO VENTURA

HORARIO	PRESENTACIÓN	
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b>	PRESENTADOR(A): DR. MARIO URSOLINO
		DISCUTIDOR(A): DR. PAULO CÉSAR FONTES
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b>	PRESENTADOR(A): DR. ISABEL ROZEMBERG
		DISCUTIDOR(A): DR. LEONARDO AKAISHI
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b>	PRESENTADOR(A): DR. LINCOLN L. FREITAS
		DISCUTIDOR(A): DR. LEOPOLDO PACCINI NETO
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b>	PRESENTADOR(A): DR. ARMANDO CREMA
		DISCUTIDOR(A): DR. DURVAL CARVALHO
10h a 10h20	INFORME DEL TEMA: NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PROPEDEÚTICA DE LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO	
	COORDINADOR(A): DR. WALTON NOSÉ / RELATOR (A): DR. GUSTAVO VICTOR	
	DISCUTIDORES: DR. JUAN CABELLERO, DRA. MARIANA AVIL, DR. GUSTAVO MANSUR Y DR. GUSTAVO VICTOR	
10h20 a 10h35	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
10h35 a 10h55	INFORME DEL TEMA: NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA EXTRACCIÓN DEL CRISTALINO	
	COORDINADOR(A): DR. CARLOS G. FIGUEIREDO	
	DISCUTIDORES: DR. WILSON HIDA, DR. MARCELO FARIA, DR. JONATHAN LAKE E DR. FÁBIO CASANOVA	
10h55 a 11h10	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
11h10 a 11h40	COFFEE BREAK	
11h40 a 11h45	PREGUNTAS PARA FECOOESO	
11h45 a 12h	<b>CASO CLÍNICO 5</b>	PRESENTADOR(A): DRA. EDNA ALMODIN
		DISCUTIDOR(A): DR. HOMERO G. ALMEIDA
12h a 12h15	<b>CASO CLÍNICO 6</b>	PRESENTADOR(A): DR. ROGÉRIO HORTA
		DISCUTIDOR(A): DR. JOÃO A. HOLANDO FREITAS
12h15 a 12h30	<b>CASO CLÍNICO 7</b>	PRESENTADOR(A): DR. EMIR GAHNEM
		DISCUTIDOR(A): DR. VAGNER LODUCA LIMA
12h30 a 12h45	<b>CASO CLÍNICO 8</b>	PRESENTADOR(A): DR. JOSÉ BENIZ NETO
		DISCUTIDOR(A): DR. GUSTAVO MALAVAZZI
12h45 a 13h	<b>CASO CLÍNICO 9</b>	PRESENTADOR(A): DR. MARIO CARVALHO
		DISCUTIDOR(A): DR. HAMILTON MOREIRA

FÓRUM DE LOS RESIDENTES Byblos I – 100 lugares – de las 9h a 13h

VIERNES, 27/03

## CATARATA

COORDINADORES: DRS. ARTHUR SCHAEFER, MÁRIO JORGE DOS SANTOS, NEWTON KARA JOSÉ JR.

HORARIO	PRESENTADOR (A)	ORIENTADOR (A)
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b> DR. LUCAS MOFERRARI VIANNA UNIFESP – UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO	DR. EDUARDO SOBRIANO
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b> DRA. JULIA POLIDO HOSPITAL SERVIDOR PUBLICO - SP	DR. THIAGO GEORGE CABRAL SILVA
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b> DR. ANDRÉ AUGUSTO TORRICELLI HC-FMUSP – HOSPITAL DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA USP	DR. CELSO T. NAKANO
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b> DRA. ANA LUIZA LISE FERREIRA FMABC – FACULTAD DE MEDICINA DEL ABC	DR. VAGNER LOCUCA LIMA
10h a 10h15	<b>CASO CLÍNICO 5</b> DRA. PRISCILA KUSS INSTITUTO SUAL ABUJAMRA	DRA. MÁRCIA FERRARI PEREZ
10h15 a 10h45	COFFEE BREAK	
10h45 a 11h45	CHARLA I	
11h05 a 11h20	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
11h20 a 11h40	CHARLA II	
11h40 a 11h55	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
11h55 a 12h10	<b>CASO CLÍNICO 6</b> DRA. RAFAELA Q. CAIXETA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BH	DR. CHRISTIANO HENRIQUES S. CARVALHO
12h10 a 12h25	<b>CASO CLÍNICO 7</b> DRA. THÁIS IGAMI SANTA CASA DE SÃO PAULO	DRA. DANIELA GEMPERLI
12h25 a 12h45	<b>CASO CLÍNICO 8</b> DRA. ANA PAULA CANTO HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA	DR. OTÁVIO SIQUEIRA BISNETO
12h40 a 12h45	PREGUNTAS PARA FECCOESO	
12h45 a 13h	<b>CASO CLÍNICO 9</b> DRA. BRENDA B. CHIACCHIO HOSPITAL MONUMENTO Y COMPLEJO PADRE BENTO	DR. WAGNER LADUCA LIMA

MSCOPERA



HORARIO	ABERTURA
9h a 9h15	DR. RENATO AMBRÉSIO JR

## I PARTE

DISCUTIDORES (AS): DR. AÉCIO DIAS, DR ANFRÉ BORN MUNIZ E DRA. EDNA ALMODIN

HORARIO	PRESENTACIÓN
9h15 a 9h30	GESTIÓN DE COSTOS: MI EXPERIENCIA PERSONAL DR. PAULO ANDRÉ POLISUKI
9h30 a 9h45	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS: MI EXPERIENCIA PERSONAL DR. ARNALDO CASTRO
9h45 a 10h	CERTIFICACIÓN: CASE HOSPITAL MONTE KUNIKUM DR. AÉCIO DIAS
10h a 10h15	CERTIFICACIÓN: ISSO9901/200: MI EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DR. RUY NOVAIS CUNHA
10h15 a 10h30	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS
10h30 a 10h45	COFFEE BREAK

## II PARTE

DISCUTIDORES: DR. CARLOS HELER E DR. PAULO FADEL

HORARIO	PRESENTACIÓN
10h45 a 11h	EL CAMINO DEL PACIENTE DENTRO DE UNA CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DR. JUAN CARLOS CABALLERO
11h a 11h15	QUE EL PACIENTE QUIRURGICO BUSCA EN UNA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DR. VICENTE PASCARETTA JUNIOR
11h15 a 11h30	EXPECTATIVA DE LOS CLIENTES EN RELACIÓN A SERVICIOS EN OFTALMOLOGÍA DR. PAULO CESAR SANTOS
11h30 a 11h45	LA IMPORTANCIA DE LAS COOESO'S EN LA OFTALMOLOGÍA BRASILEIRA DR. JOÃO FERNANDES
11h45 a 12h	DISCUSIONES CON LOS CONGRESISTAS
12h a 12h30	CHARLA SBAO – ALERGAN SR. MARCELO CARLETTI
12h30 a 13h	CÓMO AUMENTAR LA FACTURACIÓN DE LA CLÍNICA: SOLUCIONES Y ESTRATEGIAS SRA. MÁRCIA COMPIOLO

CAFÉ CON IDEAS La Caravella Restaurante – de las 7h30 a 8h30

SÁBADO, 28/03

## CATARATA

TEMAS	CONFERENCISTAS
1º LIOS MULTIFOCALES	DR. PEDRO PAULO FABRI
2º LIOS TÓRICAS	DR. MAURICIO BARROS
3º FACO TORSIONAL Y ELIPTICO	DR. ARTHUR SCHAEFER
4º ANESTESIA EN LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO	DR. EDILSON FERREIRA E SILVA
5º FACO CON PEQUEÑA INCISIÓN COAXIAL	DR. DURVAL CARVALHO JR
6º PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENENDOFTALMITES	DR. EDUARDO MARBACK
7º TÉCNICAS DE FACO EMULSIFICACIÓN	DR. JONATHAN LAKE
8º EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DEL CRISTALINO (EECC)	DR. WANDER A. SILVA
9º INCISIONES LIMBARES RELAJANTES	DRA. AMARILYS AVAKIAN
10º COMO REGULAR LOS PARÁMETROS	DR. NEWTON KARA JR
11º BIOMETRÍA	DR. AILEEN WALSH
12º INCISIÓN, REXE E HIDRODISECCIÓN – CONSEJOS	DR. ROBERTO PINTO COELHO
13º COMPLICACIONES INTRA-OPERATORIAS EN LA CIRUGÍA DE LA	DR. FLÁVIO ROCHA
14º COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN LA CIRUGÍAS DE LA CATARATA	DR. WAGNER D. BATISTA
15º OPCIONES DE IMPLANTE SIN SOPORTE CAPSULAR	DR. EMIR GAHNEM
16º ALTAS AMETROPIAS Y CIRUGIA DE CATARATA	DR. FRANCISCO PORFIRIO
17º CATARATA Y GLAUCOMA	DRA. ANA CLAUDIA PEREIRA
18º CRISTALINO SUBLUXADO Y CIRUGÍA DE CATARATA	DR. BENICIO D. MENDONÇA
19º NUCLEO DURO EN LA CIRUGÍA DE CATARATA	DR. IVAN URBANO
20º CATARATA CONGENITA	DRA. MARCIA TARTARELA

## REFRACTIVA

TEMAS	CONFERENCISTAS
1º CICATRIZACIÓN CORNEANA EN CIRUGÍA REFRACTIVA	DR. SERGIO KWITKO
2º GLAUCOMA, DIABETES Y CIRUGIA REFRACTIVA	DR. LEONCIO DE SOUZA QUEIROZ NETO
3º MICROCRÉRATOMOS	DR. MARCELO OCHIUTO
4º IMPORTANCIA DE LA CERATOMIA PARALIMBAR RELAJANTE ASOCIADA A FACO EMULSIFICACIÓN	DR. CARLOS GABRIEL FIGUEREDO
5º EXCIMER PÓS PRK	DR. ANTONIO ROGÉRIO TOLEDO
6º ASOCIACIÓN DE TÉCNICAS EN OPERACIONES Y REOPERACIONES	DR. PAULO FADEL
7º TOPOGRAFIA X TOMOGRAFIA DE LA CORNEA	DR. PAULO ANDRÉ POLISUK
8º CROSS-LINKING	DR. JOSÉ GUILHERME PECEGO
9º CIRUGÍA REFRACTIVA PÓST TRANSPLANTE DE CORNEA	DRA. ADRIANA FORSETO
10º LAMINA FINA X LAMINA GRUESA EN EL LASIK	DR. ARNALDO CASTRO
11º TRASPLANTE DE CORNEA PÓST CIRUGÍA REFRACTIVA	DR. BRUNO BARTH
12º BIOMETRÍA PÓST CIRUGÍA REFRACTIVA	DR. JUAN CARLOS CABELLERO
13º CROSS-LINKING	DRA. EDNA ALMODIN
14º ECTASIAS PÓST EXCIMER – CAUSAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	DR. LUCIO DANTAS
15º NUEVOS INSTRUMENTOS SEMIOLÓGICOS Y LA CIRUGÍA REFRACTARIA	DR. RENATO AMBRÓSIO JR
16º PRÉABIOPIA – SOLUCIONES ACTUALES	DR. PAULO ALWIN
17º PRK X LASIK	DR. RUY CUNHA
18º PRK X XLASIK X LASER X EPILASIK	DR. LUIZ GERALDO DE ASSIS
19º EXCIMER E MITOMICINA	DR. JORGE PAULO DE ARAÚJO OLIVEIRA
20º CERATITIS INTERMELAR, INFECCIÓN Y TASS	DR. MARIVALDO DE CASTRO OLIVEIRA

SESIÓN CIENTÍFICA Caruso Lounge– 450 lugares – de las 9h a 13h

SÁBADO, 28/03

## REFRACTIVA

COORDINADOR: DR. JOSÉ EUTRÓPIO S. VAS QUEIROZ

HORARIO	PRESENTACIÓN	
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b>	PRESENTADOR(A): DRA. LIZABEL VIEIRA B. GEMPERLI DISCUTIDOR(A): DR. MARIO JÁMPAULO
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b>	PRESENTADOR(A): DRA. ROSANGELA A. SIMOCELI DISCUTIDOR(A): DR. FABIO H. CASANOVA
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b>	PRESENTADOR(A): ELIANE NAKANO DISCUTIDOR(A): DRA. ANDREIA P. Q. URBANO SOUZA
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b>	PRESENTADOR(A): DR. LUIS GUSTAVO RIBEIRO DISCUTIDOR(A): DR. HALMÉLIO SOBRAL NETO
10h a 10h15	<b>CASO CLÍNICO 5</b>	PRESENTADOR(A): DRA. TÂNIA SHAEFER DISCUTIDOR(A): DR. HAMILTON LEITE
10h15 a 10h30	<b>CASO CLÍNICO 6</b>	PRESENTADOR(A): DR. HENRIQUE VIZIBELLI DISCUTIDOR(A): DR. ADAMO LUI NETO
10h30 a 10h45	<b>CASO CLÍNICO 7</b>	PRESENTADOR(A): DR. JACK ARNAUD OLIVEIRA LIMA DISCUTIDOR(A): DR. ROBERTO PINTO COELHO
10h45 a 11h	<b>CASO CLÍNICO 8</b>	PRESENTADOR(A): DR. DORALDO NASSAR JR. DISCUTIDOR(A): DR. CARLOS FRANÇA RANGEL
11h a 11h15	<b>CASO CLÍNICO 9</b>	PRESENTADOR(A): DR. FERNANDO BETTY CRESTA DISCUTIDOR(A): DR. GUSTAVO VICTOR
11h a 11h20	PREGUNTAS PARA FECOOESO	
11h20 a 11h50	COFFEE BREAK	
11h50 a 12h10	INFORME DEL TEMA: HIPERMETROPÍA – TRATAMIENTO 2009	
	COORDINADOR(A): DR. EDMUNDO MERTINELLI DISCUTIDORES: DR. SERGI KWITKO, DR. MARCELO MATTOS, DRA. BELQUIZ NASSARALLA, DR. MAURO CAMPOS	
12h10 a 10h25	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
12h25 a 12h45	INFORME DEL TEMA: SOLUCIONES REFRACTIVAS EN LA AMETROPIA RESIDUAL PÓS FACO EMULSIFICACIÓN	
	COORDINADOR(A): DR. PEDRO PAULO FABRI DISCUTIDORES: DR. MARIO CARVALHO, DR. MARCELO LUIZ OCHIUTO, DR. BRUNO FONTES, DRA. ADRIANA FORSETO, DRA. CLUDIA FRANCESCONI E DR. RENATO AMBRÓSIO JR.	
12h45 a 13h	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	

SESIÓN CIENTÍFICA Teatro DELL'OPERA – 750 lugares – 9h a 13h

SÁBADO-, 28/03

## CATARATA

COORDINADOR: DR. VIRGILIO CENTURION

HORARIO	PRESENTACIÓN	
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b>	PRESENTADOR(A): DR. PAULO CESAR FONTES
		DISCUTIDOR(A): DR. MARIO URSULINO
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b>	PRESENTADOR(A): DR. LEONARDO AKAISHI
		DISCUTIDOR(A): DR. ISRAEL ROZEMBERG
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b>	PRESENTADOR(A): DR. JONATHAN LAKE
		DISCUTIDOR(A): DR. EDUARDO ADAN FRANÇA ALVES
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b>	PRESENTADOR(A): DR. DURVAL CARVALHO
		DISCUTIDOR(A): DR. ARMANDO CREMA
10h a 10h20	INFORME DEL TEMA: NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LIOS	
	COORDINADOR (A) Y RELATOR (A): DR. MIGUEL ANGELO PADILHA	
	DISCUTIDORES: DR. MAURICIO BARROS, DR. CARLOS EDUARDO SOUZA, DR. BRUNO FONTES, DR. HENRIQUE BALARN SILVA	
10h20 a 10h35	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
10h35 a 10h55	INFORME DEL TEMA: EXTRACCIÓN DEL CRISTALINO CON FINES REFRACTIVOS	
	COORDINADOR (A) Y RELATOR (A): DR. FLAVIO REZENDE	
	DISCUTIDORES: DR. ARMANDO CREMA, DR. EDUARDO SORIANO, DR. FERNANDO TRINDADE, DR. LEONARDO AKISHI, DR. PAULO FADEL, DR. PEDRO PAULO FABRI, DR. ROBERTO PINTO COELHO., DR. SERGIO KWITKO Y DR. VIRGILIO CENTURION	
10h55 a 11h10	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
11h10 a 11h40	COFFEE BREAK	
11h40 a 11h45	PREGUNTAS PARA FECOOESO	
11h45 a 12h	<b>CASO CLÍNICO 5</b>	PRESENTADOR(A): DR. HOMERO G. ALMEIDA
		DISCUTIDOR(A): DRA. EDNA ALMODIN
12h a 12h15	<b>CASO CLÍNICO 6</b>	PRESENTADOR(A): DR. JOÃO A. HOLANDO FREITAS
		DISCUTIDOR(A): DR. ROGÉRIO HORTA
12h15 a 12h30	<b>CASO CLÍNICO 7</b>	PRESENTADOR(A): DR. VAGNER LODUCA LIMA
		DISCUTIDOR(A): DR. EMIR GAHNEM
12h30 a 12h45	<b>CASO CLÍNICO 8</b>	PRESENTADOR(A): DR. GUSTAVO MALAVAZZI
		DISCUTIDOR(A): DR. JOSÉ BENIZ NETO
12h45 a 13h	<b>CASO CLÍNICO 9</b>	PRESENTADOR(A): DR. HAMILTON MOREIRA
		DISCUTIDOR(A): DR. MARIO CARVALHO

FORUM DE LOS RESIDENTES Byblos I – 100 lugares – de las 9h a 13h

SÁBADO, 28/03

## REFRACTIVA

COORDINADORES: DRS. CARLOS HELER DINIZ, VICENTE VITELLO NETO E DRA. MARTA SARTORI

HORARIO	PRESENTADOR (A)	ORIENTADOR (A)
9h a 9h15	<b>CASO CLÍNICO 1</b> DRA. HELOÍSA NASCIMENTO UNIFESP – UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO	DRA. MARTA SARTORI
9h15 a 9h30	<b>CASO CLÍNICO 2</b> DR. VICTOR CVINTAL FMABC – FACULTAD DE MEDICINA DP ABC	DR. EDMUNDO J.V. MARTINELLI
9h30 a 9h45	<b>CASO CLÍNICO 3</b> DR. JULIO ZAKI ABUCHAM NETO HC-FMUSP – HOSPITAL DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA USP	DR. CELSO T. NAKANO
9h45 a 10h	<b>CASO CLÍNICO 4</b> DRA. FLÁVIA CASTRO DE OLIVEIRA PUC-CAMPINAS – PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CAMPINAS	DR. MARCELO SOBRINHO
10h a 10h15	<b>CASO CLÍNICO 5</b> DRA. JORDANA SANDES BARBOSA INSTITUTO DE OJOS DE GOANIA	DR. PAULO O. S. VENEZIANO
10h15 a 10h45	COFFEE BREAK	
10h45 a 11h45	CHARLA I	
11h05 a 11h20	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS	
11h20 a 11h40	CHARLA II	
11h40 a 11h55	DISCUSIÓN COMO LOS CONGRESISTAS	
11h55 a 12h10	<b>CASO CLÍNICO 6</b> DRA. SIMONE NAKAYAMA UNIFESP – UNIVERSIDAD FEDERAL DE SP	DRA. MARTA SARTORI
12h10 a 12h25	<b>CASO CLÍNICO 7</b> DRA. CAROLINA B. M. SAMPAIO HOSPITAL DE OJOS LEIRIA DE ANDRADE	DR. GERMANO L. DE ANDRADE
12h25 a 12h45	<b>CASO CLÍNICO 8</b> DR. GUSTAVO GUBERT HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO DE CURITIBA	DR. OTÁVIO SIQUEIRA BISNETO
12h40 a 12h45	PREGUNTAS PARA FECOOESO	
12h45 a 13h	<b>CASO CLÍNICO 9</b> DRA. FLAVIA STIVAL SANTA CASA DE SÃO PAULO	DR. PAULO O. S. VENEZIANO

III SIMPOSIO BRASILEIRO DE ADMINISTRACIÓN EN OFTALMOLOGÍA –  
Byblos I – 100 lugares - de las 9h a 13h

SÁBADO, 28/03

HORARIO		ABERTURA
9h a 9h15	DR. RENATO AMBRÉSIO JR E DR, MARIO URSULINO	

### I PARTE

DISCUTIDORES (AS): SRA. ALICE SELLES E DR. ROBERTO VON HERTWIG

HORARIO	PRESENTACIÓN
9h15 a 9h30	CONCEPTOS BÁSICOS EN MARKETING DR. ROBERTO VON HERTWIG
9h30 a 9h45	REPENSANDO EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE LA MAKETING EN SERVICIOS OFTAMOLOGICOS SRA. ALICE SELLES
9h45 a 10h	COMO AGREGAR NUEVAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍAS A NUESTRO ARSENAL PROPEDÉUTICO Y TERAPÉUTICO EN EL ESCENARIO ACTUAL DE LA MEDICINA DE CONVENIOS DR. DANIEL MONTENEGRO
10h a 10h15	EMPRESA FAMILIAR. ¿DA RESULTADO? DR. JOÃO ALBERTO H. DE FREITAS
10h15 a 10h30	DISCUSIÓN CON LOS CONGRESISTAS
10h30 a 10h45	COFFEE BREAK

### II PARTE

DISCUTIDORES(AS): DR. AÉRCIO DIAS. DR. ANDRÉ BORN MUNIZ Y SRA. MARCIA CAMPIOLO

HORARIO	PRESENTACIÓN
10h45 a 11h	DIFICULTAD Y SOLUCIONES PARA MONTAR UNA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DR. FÁBIO CASANOVA
11h a 11h15	ADMINISTRANDO PARA O SUS DR. ANDRÉ BORN MUNIZ
11h15 a 11h30	CALIDAD EN CONTACTOLOGÍA Y PAPEL DE LA SOBLEC EN LA DEFENSA PROFESIONAL A LA ADMINISTRACIÓN DRA. TÂNIA MARA C. SHAEFER
11h30 a 11h45	INFORMATILIZACIÓN DE CLÍNICAS Y CONSULTORIOS DR. ANDRÉ CARREIRO DO VALE
11h45 a 12h	DISCUSIONES CON LOS CONGRESISTAS
12h a 12h30	SOLUCIONES DE INFORMÁTICA PARA CLÍNICAS Y CONSULTORIOS PRESENTADOR: DR. ANDRÉ C. DO VALE
	DISCUSIÓN: DR. ANDRÉ C. DO VALE, DR. FABIO CASANOVA, DR. MÁRIO URSULINO, DR. PAULO CÉSAR FONTES E DR. RUY CUNHA
12h30 a 13h	SOLUCIONES DE INFORMÁTICA PARA CLÍNICAS E CONSULTORIOS PRESENTADOR: DR. ANDRÉ C. DO VALE
	DISCUSIÓN: DR. ANDRÉ C. DO VALE, DR.FÁBIO CASANOVA, DR. MÁRIO URSULINO, DR. PAULO CÉSAR FONTES E DR. RUY CUNHA

# Cirugías oftalmológicas sólo podrán ser realizadas en hospitales

Dictamen determina que cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior sean realizadas en centro quirúrgico de hospitales o en régimen de Hospitales Día, y nunca en consultorio, ambulatorio o similar

Ministerio Público Federal  
Procuraduría de la República en el Estado de Río de Janeiro  
Av. Nilo Peçanha, 31, Centro, Río de Janeiro/RJ  
CEP 20.020-100, Tel. (21) 2107 9300

**Procedimiento Administrativo (PA) PR/RJ**  
**nº. 1.30.012.000302/2008-10**

## ARCHIVO

Se trata de procedimiento administrativo instaurado a partir de dictamen (fls. 07/15) elaborado en conjunto por el Consejo Brasileño de Oftalmología – CBO, Sociedad Brasileña de Oftalmología – SBO y Federación de las Cooperativas Estatales de Oftalmología – FECOOESO, según el cual las cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior deben ser realizadas en centro quirúrgico de hospitales o en régimen de Hospital Día, y nunca en consultorio, ambulatorio o similar.

El dictamen consideró que las cirugías oftalmológicas de porte 4 o superior son realizadas con anestesia local bajo sedación, haciéndose necesario cuidados y equipos adecuados para revertir posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico y, por tanto, como procedimientos sofisticados que, justificarían, por lo menos, la intención de corta permanencia (Régimen de Hospital Día).

En respuesta al oficio de fls. 75, la Agencia Nacional de Salud Complementaria – ANS informó, a fls. 77/79, que los procedimientos oftalmológicos quirúrgicos e invasivos poseen cobertura obligatoria en los planes ambulatoriales, hospitalarios, o en ambos; no siendo su atribución definir las condiciones técnicas y sanitarias adecuadas para la realización de cada procedimiento, destacando que es atribución legal de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – Anvisa, el control sanitario de los servicios de salud. En cuanto a la actuación técnica del médico, esta es reglamentada y fiscalizada por el Consejo Federal de Medicina – CFM. Por fin, la ANS informó que no pretende retirar de la cobertura obligatoria las cirugías oftalmológicas en los planes ambulatoriales, por entender ser perjudicial para los beneficiarios, ya que tendrían reducción en la cobertura asistencial contratada.

La Anvisa, en atención al oficio de fls. 80, informó no poseer resolución específica sobre el funcionamiento de las actividades a ser realizadas en régimen ambulatorial, quedando a cargo del Ministerio de Salud, de los Consejos Profesionales y de las sociedades de clase dictar las directrices de la política de asistencia a la salud.

Efectivamente, tal como determinado en el art. 1º, párrafo único de la Ley Estatal nº. 3.850/2002 (fls.72), queda a cargo del médico, en el caso concreto, indicar cuál es el procedimiento adecuado para su paciente. Ya la fiscalización de su actuación técnica es atribución del Consejo Profesional y de las sociedades de clase. En ese sentido, entiendo que el acto de comunicar a todos los oftalmólogos y servicios oftalmológicos, que las cirugías oftalmológicas no deben ser realizadas en consultorios o ambulatorios, tal como noticiado a fls.05/06, es medida capaz de orientar la actuación de esos profesionales, alertando sobre el riesgo de las cirugías no ser realizadas en régimen de internación, aunque de corta permanencia.

Además, la internación de la ANS mediante la retirada de la cobertura obligatoria de las cirugías oftalmológicas en los planes ambulatoriales puede ser perjudicial a los beneficiarios de los planes de salud suplementaria, notadamente con relación a los pacientes de bajo riesgo (los cuales no son portadores de otras patologías asociadas), pues implicaría en reducción de la cobertura asistencial ya contratada.

ANTE EL EXPUESTO, por no percibir en estos autos justa causa para la propuesta de acción civil pública, promuevo el archivo del presente procedimiento administrativo, sin perjuicio de la reapertura de la investigación, si de otras pruebas o subsidios técnicos o jurídicos se tuviere noticia.

Envíense los autos a la DTC para que los remita, después de la regular intimación de los interesados, en el plazo de 3 días, a la 3ª Cámara de Coordinación y Revisión (CCR) del MPF, para el reexamen obligatorio de este acto decisorio.

Río de Janeiro, 11 de diciembre de 2008.

*José Soares*

*Procurador de la República*

# Visual Performance And Multifocal Intraocular Lenses



DR. JIM SCHWIEGERLING  
ASSOCIATE PROFESSOR OF  
OPHTHALMOLOGY & VISION  
SCIENCES AND OPTICAL  
SCIENCES AT THE  
UNIVERSITY OF ARIZONA

**M**ultifocal intraocular lenses (IOLs) are becoming increasingly popular as a means of treating presbyopia associated with pseudophakia. While the ideal IOL would restore accommodation to mimic the imaging properties of the young eye, currently available accommodating technologies have had marginal success, at best. Consequently, multifocal IOLs are a bridging technology until suitable accommodating lenses are

developed. Multifocal IOLs, however, represent a compromise. They operate by placing both in-focus and out-of-focus images on the retina simultaneously, and this image quality occurs for both near and distant objects. In doing so, there is a loss of contrast when compared to

conventional monofocal lenses. Accepting the loss in contrast, however, provides dramatically improved near vision that can allow pseudophakic patients the ability to read without additional correction.

In designing multifocal IOLs, the side-effects of the out-of-focus portion of the image need to be dampened to ensure good visual performance. Two general techniques have been used to create multifocal optics. The first is a zonal refractive approach. In zonal refractive lenses, two or more different powers are placed in isolated zones within the same lens. The simplest version of this technology places a central button of high power in the center of a lens, surrounded by a low power annular region. Variations on this theme in terms of the num-

ber of regions, symmetry, and asphericity have been explored to optimize visual performance and insulate against effects such as lens decentration and changes in pupil size. A second technique for creating multifocal IOLs is through the use of diffractive optics. Diffractive lenses work via a dramatically different mechanism than zonal refractive lenses. Diffractive lenses have a series of concentric zones the becoming progressively narrower towards the edge of the lens. Each zone has a discrete step between its neighbors. The step introduces a lag in the wavefront between adjacent zones and as this wavefront propagates towards the retina, constructive and destructive interference creates two main focal points.

The spacing between the stepped-zone controls the spacing between the foci, or effectively the add power of the lens, while the height of the step controls how much energy is sent to each foci. Apodized diffractive lenses are a variation on the traditional full-aperture diffractive lenses. In apodized lenses, the height of the steps between adjacent zone is progressively decreased, shifting energy away from one foci and into the other foci as the pupil expands. These lenses attempt to bias performance between near and distance vision under bright illumination.

We have developed a portable eye model that mimics the performance of the human eye. The model cornea contains clinical levels of spherical and chromatic aberration. An IOL can be placed in a wet cell behind the model cornea and images from the eye model can be captured with a conventional Nikon digital camera. The figure below shows a night driving scene captured through a variety of multifocal IOLs with the eye model. A 6 mm pupil and identical camera settings were used in all of the images. The ReSTOR Aspheric lenses (Alcon Laboratories, Fort Worth, TX, USA) are examples of apodized diffractive lenses. The Acri.LISA (Carl Zeiss Meditec, Hennigsdorf, Germany) and the Tecnis Multifocal (AMO, Irvine California, USA) are examples of full-aperture diffractive lenses. The ReZoom (also from AMO) is an example of a zonal refractive lens. Note the variations in the contrast of the street signs and the halos around street lights between the various designs. Biasing distance vision and apodizing the lens appears to mitigate many of the side effects of multifocal lenses under these conditions. Clearly, the lens design strategy can play a big role in the success of these lenses.



# Orbscan, IOL Master y fórmula de la doble K para biometría post cirugía refractiva



DR. SÉRGIO KWITKO

Staff del Servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
 Profesor de la Post-Grado de la Universidad Federal de Río Grande do Sul  
 Maestría y Doctorado por la UNIFESP  
 Ex-Fellow del Doheny Eye Institute, USC, Los Angeles, CA, EUA  
 Director del Oculocentro, Porto Alegre

Uno de los mayores desafíos en la cirugía de la catarata en pacientes previamente sometidos a la cirugía refractiva corneana es el cálculo del poder dióptrico de la lente intra-ocular (LIO) a ser implantada.

La biometría es menos previsible en estos casos, ya que las fórmulas biométricas fueron desarrolladas para ojos con cómeas normales, no operadas. Estas fórmulas generan error biométrico, generalmente hipermetrópico, debido a la posición efectiva de la LIO, que difiere en estos ojos con relación a los ojos sin cirugías corneanas previas.<sup>16</sup>

En 2003, Aramberrí describió la fórmula de la doble K, que considera la posición efectiva de la LIO en estos ojos, lo que mejoró considerablemente la previsibilidad de los resultados.<sup>6</sup>

Otro factor de error muy importante en estos casos es la medida de la curvatura central de la córnea post cirugía refractiva, que invariablemente es superestimada, con el ceratómetro y con los topógrafos basados en los discos de plácido.<sup>15</sup>

El ceratómetro y los topógrafos basados en disco de plácido hacen una media del anillo central, que es proyectado sobre la superficie corneana, dando una medida inadecuada, pues es una inferencia de la curvatura central. Esta medida generalmente es mayor que la curvatura central real, dando casi que invariablemente un error hipermetrópico en el post-operatorio de la catarata.<sup>16</sup>

Otros métodos, tales como el de la historia clínica, el de la lente de contacto rígida y el de la ceratometría ajustada son tentativas aproximadas, pero aun con mucha imprecisión.<sup>16</sup>

Sónego-Krone y colaboradores describieron en 2004 el cálculo de la curvatura central corneana obtenida a través de la media de los 2mm centrales de la topografía cuantitativa por área con Orbscan II, consiguiendo resultados biométricos bastante satisfactorios en estos pacientes.<sup>7</sup>

Esta tomografía corneana consigue rastrear toda la superficie corneana, inclusive su centro geométrico, obteniendo valores reales de la curvatura corneana central.

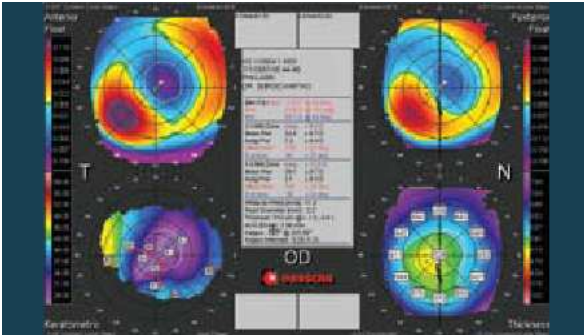
Otro problema es que la mayoría de las veces no tenemos la ceratometría pre cirugía refractiva ( $K_{pré}$ ). Una alternativa es colocar la media ceratométrica de la población  $(43,8D)_{1-5}$  o la media de los 8 mm centrales del Orbscan II para estimar la  $K_{pré}$ .<sup>10</sup>

La biometría por interferometría de coherencia óptica parcial (IOL Master) presenta una resolución de 0,02 mm, 5 veces mayor que la ultrasónica (de 0,1 mm), mejorando aun más los resultados biométricos.<sup>8,9</sup>

Utilizándose el Orbscan II, la fórmula de la doble K y el IOL Master para el cálculo biométrico de las LIOs en estos casos, obtuvimos resultados refraccionales más precisos después de la cirugía de la catarata.

Aplicamos esta metodología para el cálculo biométrico en 18 ojos de 13 pacientes previamente sometidos a la cirugía refractiva corneana (9 ojos con ceratotomía radial, 5 con Lasik hipermetrópico y 5 con Lasik miópico), utilizando como  $K_{pré}$  43,8 D.

Todas las LIOs fueron dobles e implantadas dentro del saco capsular a través de una incisión autosellante de 2,75 mm de ancho, siendo 11 Tecnis ZA9003® (esférica de acrílico hidrofóbico de 3 piezas, AMO, EUA), 3 Tecnis multifocal ZM900® (esférica de silicona de 3 piezas, AMO, EUA), 2 ReZoom® (esférica de acrílico hidrofóbico de 3 piezas, AMO, EUA) y 2 AcrySof toric® (esférica de acrílico hidrofóbico de pieza única, Alcon, EUA).



La media refraccional que obtuvimos después de la cirugía de la catarata fue de  $-0,28 \pm 0,89$  D, variando de  $+1,12$  D a  $-2,37$  D. El peor resultado obtenido fue en un ojo donde la curvatura central corneana era  $34,85$  D, con equivalente esférico post-operatorio de  $-2,37$  D.

Al comparar estos resultados con el cálculo biométrico utilizándose la ceratometría o la topografía corneana para obtención de la curvatura central, los resultados de equivalente esférico tendrían una gran imprevisibilidad (de  $9,95$  D a  $-5,97$  D, y de  $9,65$  D a  $-4,21$  D, respectivamente).

Si para la obtención del Kpré fuese utilizado el Orbscan II,<sup>10</sup> en vez del estándar de  $43,8$  D, el equivalente esférico post-operatorio sería menor ( $-0,17 \pm 1,52$  D), no obstante con mayor variabilidad de resultados (de  $+2,09$  D a  $2,20$  D).

El poder dióptrico de las LIOs fue exactamente igual, en todos los casos, utilizándose la profundidad de cámara anterior del Orbscan II y del IOL Máster, independientemente de la utilización de la medida endotelio-cristalino o epitelio-cristalino.

Nuestra pequeña serie de casos sugiere que la utilización del Orbscan II para obtener la media de la curvatura central de la córnea post cirugía refractiva en la fórmula de doble K con el IOL Máster tiene una precisión bastante grande para el cálculo de la lente intra-ocular a ser utilizada en la cirugía de la catarata.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Nosé W y Forseto LAS. Biometría en situaciones especiales – cirugía refractiva corneana. En: Centurion V. Excelencia en biometría. Cultura Médica, Río de Janeiro, 2006. pp.177-180.
2. Kwitko S y Severo N. Biometría en situaciones especiales – cirugía refractiva corneana. En: Centurion V. Excelencia en biometría. Cultura Médica, Río de Janeiro, 2006. pp.181-186.
3. Leal EB y Leal EB. Biometría en situaciones especiales – cálculo de la lente intra-ocular en ojos sometidos a la ceratotomía radial. En: Centurion V. Excelencia en biometría. Cultura Médica, Río de Janeiro, 2006. pp.187-190.
4. Cvintal T y Leal EB. Biometría en situaciones especiales – cálculo de la lente intra-ocular en ojos sometidos a la ceratotomía radial. En: Centurion V. Excelencia en biometría. Cultura Médica, Río de Janeiro, 2006. pp.191-199.
5. Hoyos JE et al. IOL power calculation after corneal refractive surgery. En: Garg A, Hoyos JE and Dementiev D. Mastering techniques of IOL power calculations. Jaypee, New Dehli, 2005. pp.161-172.
6. Aramberri J. Intraocular lens power calculation after corneal refractive surgery: double-K method. J Cataract Refract Surg. 2003; 29(11):2063-8.
7. Sónego-Krone S et al. A direct method to measure the power of the central cornea after myopic laser in situ keratomileusis. Arch Ophthalmol 2004; 122:159-166.
8. Garg A. Optical biometry with IOL Master. En: Garg A, HOyos JE and Dementiev D. Mastering techniques of IOL power calculations. Jaypee, New Dehli, 2005. pp.51-54.
9. Lacava AC, Caballero JC y Centurion V. Biometría óptica por interferometría de coherencia parcial. En: Centurion V. Excelencia en biometría. Cultura Médica, Río de Janeiro, 2006. pp.49-52.
10. Maidana E.J et al. Método para obtener el Kpré opusando solamente el mapa post-op. XXV Pan American Congress of Ophthalmology, March 18-21, 2005, Santiago, Chile.

# Sistemas de Eye Tracker: su importancia en la cirugía refractiva



DR. JACKSON BARRETO JUNIOR  
Post-graduando – nivel doctorado – HC-FMUSP  
Médico del Sector de Cirugía Refractiva del HC-FMUSP y de la Ocular Surgery Center

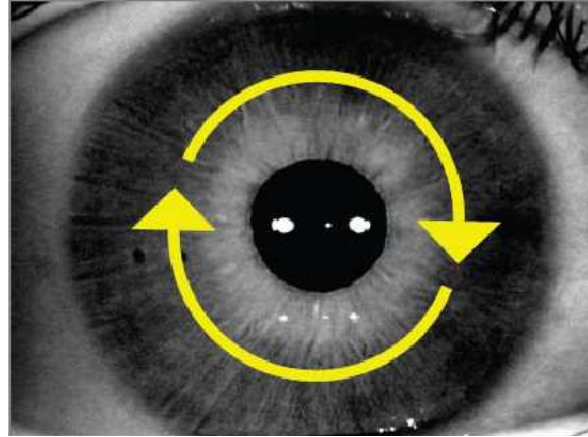


Figura 2- Rotación en torno del eje Z

Los movimientos naturales del ojo y la fijación impropia son inevitables durante una cirugía refractiva. A pesar de que la fijación en determinado blanco suprime significativamente el movimiento ocular, los movimientos involuntarios no son eliminados totalmente. La mayoría de las veces, tales movimientos son de baja magnitud y velocidad.

Las correcciones refractivas iniciales con los broad beam lasers no utilizaban sistemas de rastreo ocular. Con el advenimiento de los scanning beam lasers y flying spots, se tomó crucial la necesidad de sistemas de rastreo ocular que detecten de forma precisa la localización de cada pulso de láser a ser emitido. Los actuales sistemas de rastreo ocular buscan compensar los movimientos laterales, transversales y, más recientemente, rotacionales del globo ocular. (Figuras 1 y 2).

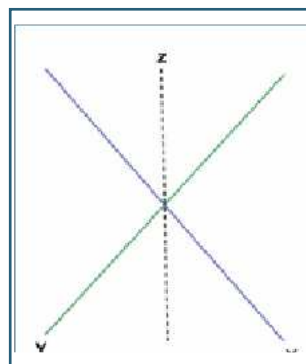


Figura 1 – EJES de movimiento del globo ocular

Algunos factores, no obstante, limitan la precisión de los sistemas de rastreo ocular. La mayoría de los eye trackers actuales utilizan el centro pupilar como punto de referencia; consecuentemente, el tratamiento es centrado en un punto correspondiente en la superficie corneana. De esta forma, se asume que este punto en la superficie corneana sea el ápice corneano, a pesar de que el ojo humano no sea un sistema óptico perfectamente centrado. La exactitud también es dependiente del contraste entre el iris y la pupila, que se da por la iluminación. La relevancia clínica de tales imprecisiones aun precisa ser estudiada. No obstante, algunos estudios muestran que descentraciones tan pequeñas como 0,2mm aumentan significativamente las aberraciones de alto orden y pueden afectar la acuidad visual de bajo contraste. El desplazamiento del centroide pupilar, que se da entre la adquisición de la imagen del wavefront (pupila dilatada) y del láser (pupila no dilatada), también induce a una pérdida de la exactitud y descentración en los eye trackers que utilizan el centro de la pupila como punto de referencia. Este es uno de los motivos que justifican la tendencia actual en utilizar el limbo, detalles del iris o, hasta incluso, vasos esclerales como referencia. Esos referenciales obtenidos en el momento de la cirugía son comparados automáticamente con la imagen obtenida en el examen de wavefront o topolink pre-operatorio.

La utilización del registro limbar o de detalles del iris tiene la ventaja de detectar movimientos torsionales. El Cyclotorsional Eye Motion Study demostró una media de 2,2° de excyclotorsión por pacientes entre la adquisición de la imagen de wavefront (posición sentada) y la imagen adquirida por el láser (posición supina).

Este alineamiento de los datos pre-operatorios con los del láser en el momento de la cirugía se llama registro ciclotorcional. La detección precisa de los movimientos ciclotorcionales en el intra-operatorio se llama rastreo ciclotorcional. Ambos son importantes para que haya un alineamiento preciso y continuo, lo que es fundamental en la corrección del astigmatismo y en las cirugías customizadas. La eficiencia en la corrección del astigmatismo es influenciada por la magnitud del error torsional. Si este no es bien compensado, mayor es la posibilidad de astigmatismo residual post-operatorio. La inducción de aberraciones de alto orden también ocurrirá, dado que la ablación personalizada es basada en el examen pre-operatorio de wavefront realizado en la posición sentada.

Los sistemas de rastreo ocular además poseen dos características que determinan su velocidad: la frecuencia y la latencia. La frecuencia es el número de captaciones de imagen por el eye tracker en el transcurso del tiempo. Cuanto menor la frecuencia, mayor la oportunidad de escapes. Cuanto mayor la frecuencia, más completa y suave será la compensación de los movimientos oculares. La latencia es la demora entre la captación de la imagen y el alineamiento de los espejos del láser. Cuanto menor la latencia, mayor la precisión. Ahora, si el tiempo de latencia es alto, incluso para eye trackers de alta frecuencia, la precisión estará comprometida.

Recientemente, evaluamos los resultados de 1 mes de post-operatorio de 14 ojos de pacientes con alto astigmatismo

(arriba de  $-3.5\text{DC}$ ) sometidos al lasik. Las cirugías fueron realizadas con el sistema de excimer láser Schwind Amaris, el cual posee un eye tracker de  $1050\text{Hz}$  de frecuencia y menos de  $3\text{ms}$  de latencia. El componente cilíndrico medio en el pre-operatorio fue de  $-4.6 \pm 0.9\text{DC}$  (variando de  $-3.75$  a la  $-6\text{DC}$ ) y, después del láser,  $-0.3 \pm 0.4\text{DC}$  (Figura 3).

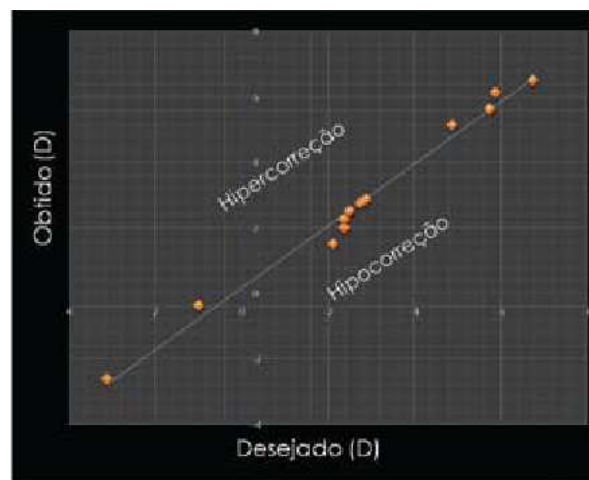


Figura 3 – Previsibilidad refraccional en la corrección del alto astigmatismo, arriba de  $-3.5\text{DC}$ , utilizando un eye tracker de alta frecuencia y baja latencia (schwind amaris).

Indubitablemente, la tecnología avanza cada día y el mercado ofrece una serie de aparatos con innumerables ventajas. La perfección todavía está lejos de ser alcanzada, pero se hace necesaria la absorción de esas nuevas tecnologías para la obtención de resultados potencialmente mejores, seguros y previsible.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kohner T, Kühne C, Cichocki M, Strenger A. Cyclorotation of the eye in wavefront-guided LASIK using a static eyetracker with iris recognition. *Ophthalmologie* 2007;104:60-5.
2. Ghosh S, Couper TA, Lamoureux Y, Jhanji V, Taylor HR, Vajpayee RB. Evaluation of iris recognition system for wavefront-guided laser in situ keratomileusis for myopic astigmatism. *J Cataract Refract Surg.* 2008;34:215-21.
3. Porter J, Yoon G, Lozano D, Wolfing J, Tumber R, Macrae S, Cox IG, Williams DR. Aberrations induced in wavefront-guided laser refractive surgery due to shifts between natural and dilated pupil center locations. *J Cataract Refract Surg.* 2006;32:21-32.
4. Bueeler M, Mrochen M, Seiler T. Maximum permissible torsional misalignment in aberrationsensing and wavefront-guided corneal ablation. *J Cataract Refract Surg.* 2004;30:17-25.
5. Hori-Komai Y, Sakai C, Toda I, Ito M, Yamamoto T, Tsubota K. Detection of cyclotorcional rotation during excimer laser ablation in LASIK. *J Refract Surg.* 2007;23:911-5.

# ¿Que necesita saber un médico para gerenciar consultorios, clínicas u hospitales?



DR. CARLOS HELER DINIZ

Oftalmólogo

Ex-presidente de la SBCR y SBAO

Miembro del Consejo Deliberativo de la SBCR

LA oftalmología en Foco pretende discutir en este espacio los varios aspectos de la gestión del día a día del oftalmólogo a través de la publicación de entrevistas con profesionales de experiencia. Para el estreno de la sección, el equipo de la revista conversó con el Dr. Carlos Heler Diniz, médico oftalmólogo de Belo Horizonte (MG), ex-presidente de la SBCR y SBAO, además de miembro del actual Consejo Deliberativo de la SBCR.

**Oftalmología en Foco (OF):** ¿De qué manera un médico puede conducir la administración de una clínica o de un consultorio? ¿La formación obtenida durante el pregrado es suficiente?

**Dr. Carlos Heler Diniz (CHD):** La formación médica en Brasil, tanto en el pregrado como en la post, tradicionalmente no ofrece informaciones administrativas necesarias al gerenciamiento de consultorios, clínicas u hospitales. Algunas instituciones de enseñanza particulares ofrecen cursos de especialización en administración hospitalaris, que por muchos años fueron la opción para el médico que deseaba obtener conocimiento administrativo. El desarrollo tecnológico de los últimos 20 a 30 años, y la necesidad de incorporación de esa tecnología para el buen desempeño en especialidades médicas como la Oftalmología, exigen altas inversiones. Para mayor posibilidad de obtener retorno de esas inversiones, obviamente hay necesidad de gran empeño administrativo y hasta profesionalización del sector. No es

fácil para un oftalmólogo empeñarse en el desarrollo de su especialidad principal y además calificarse para dedicarse al área administrativa, a no ser que lo haga de forma intuitiva. La conducción de consultorios, clínicas o hasta hospitales oftalmológicos puede ser tratada con la elaboración de metas, especialmente a partir de la principal aspiración de sus creadores, hasta como proyecto de vida. El gerenciamiento, profesional o intuitivo, buscando alcanzar tales metas, se hace más fácil cuando el objetivo principal de cada uno está muy bien definido.

**OF:** Y en la administración de una clínica que realiza cirugías refractivas, ¿es diferente?

**CHD:** La clínica que realiza cirugías refractivas es diferente solamente en el aspecto del monto de inversión, ya de inicio necesario. Además de los equipos imprescindibles para una adecuada propedéutica, que son muchos y muy caros, la realización de los procedimientos refractivos también exige tecnología de altísimo costo, como el Excimer Láser

por ejemplo. Hay alternativas para diluir las inversiones, como la formación de grupos de oftalmólogos que crean los centros de Láser, donde los procedimientos pueden ser realizados por todos los socios y hasta por no socios. De cualquier forma, la administración de una clínica con un único sector es ciertamente menos compleja. La utilización de inversionistas no médicos para la formación de los centros también puede ser posible, pero en Brasil no ha sido práctica común.

**OF:** ¿Cómo usted ve la capacitación de los jóvenes oftalmólogos hoy? ¿En qué ellos deben enfocarse, caso quieran actuar en el área administrativa?

**CHD:** Conocimientos de administración pública o privada son hoy una necesidad para el médico, independiente de su proyecto de vida o de calificación profesional. Deberían ser motivo de preocupación para todos nosotros las dificultades enfrentadas por un colega que se prepara por tantos años, se torna capaz de ejercer de forma magnífica la especialidad, pero muchas veces pierde tiempo enorme para definir y colocar

en práctica sus objetivos profesionales. Como observador, acompañé varios cambios y el apareamiento de tendencias en la enseñanza médica, muchas acertadas y otras no tanto. No obstante, hay algunos factores globalizados a los cuales atribuyo la necesidad de la inclusión de conocimientos administrativos en la formación, en especial del oftalmólogo. En primer lugar, la necesidad de inversión significativa en la incorporación de tecnología. En segundo, la alta complejidad en el ejercicio de la especialidad con utilización de sofisticados equipos y técnicas que exigen mucha dedicación en el entrenamiento y posteriormente constante perfeccionamiento. Finalmente, la alta competitividad en función del número y calificación cada vez mayores de los colegas que son incluidos en el mercado de trabajo. La Sociedad Brasileña de Administración en Oftalmología (SBAO) fue creada exactamente hace 13 años, teniendo como uno de los principales objetivos el de propiciar conocimientos administrativos basados en las necesidades específicas de nuestra especialidad. Un ejemplo hace mucho ya colocado en práctica por la SBAO es la difusión, por mecanismos variados, de conocimientos o experiencias administrativas anteriores, captados y retenidos en banco de datos de la propia sociedad. Colegas oftalmólogos de todo Brasil, principalmente los que van a iniciar, transformar o ampliar sus negocios, ya fueron o podrán ser beneficiados en corto espacio de tiempo.

**OF:** ¿Cuáles fueron los caminos que usted recorrió para tomarse un oftalmólogo administrador?

**CHD:** En verdad no soy un administrador. Cuando aun recién formado,

tuve oportunidad de hacer el curso de Administración Hospitalaria de la Fundación São Camilo y un curso de especialización en Medicina del Trabajo en convenio de la Fundacentro. Esos dos cursos fueron muy útiles en casi todas las fases de mi vida profesional, incluso después de estar actuando como oftalmólogo. Siempre que puedo intento actualizarme en esas áreas. Fui, conjuntamente con ilustres colegas, fundador de la SBAO en 1986, para cuya presidencia fui electo y ejercí de 1998 a 2000. Sólo por el hecho de estar ligados a la SBAO, las informaciones y conocimientos del área aparecen fácil y constantemente. Fui además coordinador en el curso de especialización de la Fundación Hilton Rocha por 5 años y hace 13 años soy Director Administrativo del Instituto Mineiro de Ojos – IMOL en Belo Horizonte y Contagem, donde cuento con el apoyo y ayuda de mis socios por todos esos años.

**OF:** ¿Qué es más importante en una administración oftalmológica, comprar equipos modernos o invertir en capacitación profesional? ¿Por qué?

**CHD:** La capacitación profesional debe venir siempre en primer lugar. Ningún equipo, por más sofisticado que sea o por más recursos que presente, atrae usuarios. Atractivos y motivadores son los resultados obtenidos o producidos a través de ellos. Los resultados son producidos operacionalmente o por interpretación y, para eso, dependen de personas capacitadas. Compras de equipos pueden eventualmente ser exageradas o prescindibles, ya la capacitación profesional es siempre deseable. Hasta incluso para decidir sobre cuál es el mejor equipo a ser adquirido.

**OF:** ¿De qué forma una clínica que realiza cirugías refractivas debe posicionarse para difundir la técnica entre los pacientes?

**CHD:** Cualesquiera medios de comunicación y formas aprobados por los CRMs podrían ser utilizados. La manera de llevar la información al paciente no es lo más difícil, apenas tiene costos mayores o menores. Lo complejo es hacer que la información sea interpretada correctamente por el público final. Lo ideal es que la difusión de técnicas y tecnología fuese hecha por las instituciones representativas de la clase oftalmológica, pero en un país con las dimensiones del nuestro no es tarea fácil y mucho menos barata, por tanto, la mejor divulgación aun es el “boca a boca”.

**OF:** ¿Usted cree que la SBAO ya cumplió su papel como una sociedad dirigida a dar soporte en el área de gestión?

**CHD:** La SBAO es, si no la más nueva, una de las más nuevas sub-especialidades filiales al CBO. Viene cumpliendo su papel de forma efectiva y creciente desde que fue fundada. En mi evaluación podrá ser por mucho tiempo aun el eslabón entre oftalmólogos ligados a cualquier sub-especialidad y administradores, con el objetivo de buscar soluciones gerenciales en todos los niveles de complejidad. El lenguaje entre el oftalmólogo y el administrador aun no es ideal, pero podrá mejorar cada vez más a través de la SBAO. En los cursos de pregrado en Ingeniería, por ejemplo, conceptos administrativos son impartidos curricularmente. Como en el área médica, especialmente en la Oftalmología, eso aun no ocurre, la SBAO podrá contribuir a suplir esa laguna mientras ella exista.

# Sepa más sobre los grandes temas del V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva

Durante el V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva, que acontecerá entre el 26 y el 29 de marzo, a bordo del buque MSC Ópera, serán presentados cuatro grandes temas de Cirugía Refractiva y cuatro grandes temas de Catarata, desarrollados por colegas de experiencia en esas dos especialidades. Esos colegas fueron invitados por la Comisión Científica de las dos sociedades—SBCIL y SBCR - a realizar una investigación abarcadora y actualizada sobre sus temas.

Cupo al Dr. Edmundo J. Velasco Martinelli, secretario de la SBCR, presentar una previa de algunos tópicos de cada uno de los 4 temas de su sociedad:

“**Hipermetropía: Tratamiento 2009**”;

“**Soluciones Refractivas en la Ametropía Residual post Faco- Emulsificación**”;

“**Monovisión, Presbilaser y Ceratoplastia Conductiva en la Corrección de la Presbiopía**”;

“**Neuro Adaptación y Plástica Cortical en la Cirugía Refractiva: Presente y Futuro**”.

La íntegra de cada tema será entregada a cada uno de los congresistas participantes. Durante el congreso será presentado un informe de cada uno de los temas durante los 2 días de actividad científica. En el resumen a continuación se observa que algunos párrafos y títulos terminan en “...”, indicando que una parte de la información fue omitida para ser complementada en la lectura del texto completo a ser divulgado en el congreso.

## “Hipermetropía: TRATAMIENTO 2009”



**AUTORES:**  
**DR. EDMUNDO J. VELASCO MARTINELLI**  
 (COORDINADOR)  
 Jefe del Sector de Cirugía Refractiva del Servicio de Oftalmología de la FMABC, Secretario de la SBCR y Médico Director de la Láser Ocular ABC, SP;

**DRA. BELQUIZ RODRIGUES NASSARALLA (RELATORA)**

Médica de los Departamentos de Córnea, Catarata y Cirugía refractiva del Instituto de ojos de Goiânia, GO;

**DR. MARCELLO MATTOS DA FONSECA**

Médico Director Presidente del Instituto de la Visión de Curitiba y del Centro Paranaense Cirugía refractiva - LaserView, PR;

**DR. MAURO CAMPOS**

Profesor adjunto y orientador del Curso de Postgrado del Departamento de Oftalmología de la UNIFESP, SP;

**DR. SERGIO KWITIKO**

Profesor de la Postgrado de la Disciplina de Cirugía de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul; oftalmólogo del sector de Córnea y Enfermedades externas del servicio de oftalmología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RGS.

**COLABORADORES: DR. JORGE ELDO SILVA LIMA**

Médico Director de la Clínica de la Visión de Fortaleza, CE;

**DR. JUAN CARLOS SANCHEZ CABALLERO**

Médico del IVO – Instituto de Molestias Oculares, SP;

**DR. VIRGLIO CENTURION**

Médico Director del IVO - Instituto de Molestias Oculares, SP.

La Cirugía Refractiva se tomó una sub-especialidad de la Oftalmología rica en posibilidades y perspectivas. Con tamos actualmente con diversos abordajes y técnicas que, individual o asociadamente, modifican con bastante precisión y seguridad el poder refractivo del ojo. La fotoablación con Excimer Láser, los Implantes de Lentes Intraoculares Fácicas y la cirugía Facorrefractiva deben estar en el arsenal del cirujano. Sus indicaciones, contra-indicaciones y limitaciones en el tratamiento de la hipermetropía son muy bien conocidas y respetadas.

### Fotoablación con excimer láser

El tratamiento de la hipermetropía a láser está bien establecido en la literatura. Los resultados difieren conforme el grado y la ceratometría pre-operatoria. Inicialmente realizado solamente a través del tratamiento de superficie, el LASIK se tomó el método preferencial, pues los tratamientos muy profundos necesarios para la corrección de la hipermetropía causaban *haze* y producían bastante incomodidad en el primer mes de post- operatorio por la demora en la recuperación visual. En este último año, surgieron en la literatura los resultados a largo plazo tanto del LASIK como del PRK. Además de eso, con el uso de la mitomicina, el riesgo de *haze* prácticamente desapareció, lo que hizo aumentar las indicaciones del PRK.

### Perfiles de tratamiento

En el tratamiento convencional, la cantidad de tejido removi-

da por el láser depende de la refracción. Los lasers más modernos incorporaron en el tratamiento de la periferia una compensación por el hecho del haz de láser alcanzar la periferia de forma angulada, provocando reflexión de parte de la energía luminosa...

### **Mitomicina**

El uso de la mitomicina en PRK hizo renacer el procedimiento. Incluso en hipermetropía, varios cirujanos han optado por el PRK + mito, y obtenido óptimos resultados...

### **Post-operatorio**

En el caso del PRK, en hipermetropía, el tiempo de reepitelización es mayor que el de la miopía, por el hecho de que el tratamiento tiene un diámetro mayor. Incluso así, se espera reepitelización en los primeros 5 días...

### **Resultados**

En el año de 2008, algunos estudios merecen destaque. En general, se puede resumir que cerca del 80% de los pacientes operados para corregir hasta 4 dioptrías de hipermetropía estarán entre más o menos 1 dioptría del “target”. En grados mayores, este porcentaje cae para poco más de 45%.

### **Reoperaciones**

Es posible reoperar pacientes que fueron sometidos a tratamiento previo de hipermetropía, tanto por la técnica de PRK como LASIK. Si el PRK es a técnica escogida, se sugiere la remoción del epitelio con el propio láser para evitar desplazamientos del flap.

### **Mecanismos de regresión**

Los factores de riesgo para regresión ametrópica serían la edad, el grado elevado, la ceratometría elevada pre y post, el tratamiento descentrado, el tratamiento sin “blend” o zona de transición y ablaciones de diámetro reducido, entre las más relevantes.

### **Lentes intra-oculares fáticas para hipermetropía**

La cirugía refractiva en el nivel de la córnea con excimer láser ofrece, de una manera general, una calidad visual buena hasta +4.00 D de hipermetropía. Para hipermetropías mayores, la cirugía refractiva comeana deja a desear en términos de desempeño óptico comeano y calidad visual, además de la mayor incidencia de regresión del efecto de la cirugía...

### **Implantes de cámara posterior**

Los implantes de cámara posterior para corrección de hipermetropía, como la ICL® (Staar) y la PRL® (Ciba-Medenum), tuvieron su popularidad significativamente reducida en los últimos años,...

### **Implantes de cámara anterior con soporte angular**

Los implantes fáticos de cámara anterior con soporte angular, del tipo Baikoff® (Chiron), Nuvita® (Bausch&Lomb), Phakic 6® (Ophthalmic Innovations International), también perdieron popularidad recientemente, principalmente debido a importantes complicaciones como ovalización de la pupila (0,5% a 14%), ...

### **Implantes de cámara anterior con fijación iriana**

Ya los implantes fáticos de cámara anterior con soporte iriano, del tipo Artisan® (Ophtec), ganaron mucha popularidad debido a su menor incidencia de complicaciones, calidad óptica y mejora del cálculo biométrico.

La pérdida endotelial es la principal complicación, siendo relatada de 4,8% a ...

El implante de la lente intra-ocular de Artisan® para hipermetropías es una técnica segura, previsible, con bajo índice de complicaciones, inclusive para hipermetropías consecuentes a ceratotomía radial previa...

### **Cirugía facorretractiva o cambio refractivo del cristalino**

#### **Cristalino como blanco de la cirugía refractiva**

La cirugía facorretractiva es esencialmente una facectomía con la finalidad de corrección refractiva a través de la sustitución del cristalino por una lente intra-ocular.

Los pacientes candidatos al procedimiento usualmente tienen una buena acuidad visual corregida, que sirve como parámetro y objetivo para la acuidad visual sin corrección post-operatoria.

La extracción del cristalino transparente siempre fue un procedimiento polémico, ...

Actualmente este procedimiento viene ganando popularidad y aceptación ....

La verificación de la perfecta transparencia del cristalino también ganó importancia...

La Cirugía facorretractiva debe ser considerada, sobre todo, en pacientes que presentan contraindicaciones para la cirugía refractiva con excimer láser...

### El Cálculo biométrico en las altas hipermetropías

La elección precisa y el correcto desempeño de la lente intraocular dependen de la biometría...

Factores determinantes para una biometría previsible...

### Biometría ultrasónica

Existen dos técnicas de realización de la ecobiometría: contacto e inmersión.

Varios autores reconocen el método de inmersión como más preciso que el de contacto...

Existen algunos factores que deben ser considerados para una correcta medida del largo axial: incidencia perpendicular de la sonda...

**Biometría por interferometría a láser (IOL Master™)** Una de las grandes ventajas de este equipo es la comodidad, tanto para el paciente como para el médico.

Cada medida obtenida presenta un gráfico, cuyo mayor pico es evidenciado por un marcador azul referente al epitelio pigmentar de la retina.

Por tratarse de método óptico, el IOL Master depende de la facilidad de propagación de la luz en el ojo; por tanto, patologías que impiden o perjudican la propagación de la luz impiden o perjudican la medida del largo axial. Es el caso de opacidades de córnea ....

### Fórmulas más previsibles en los ojos hipermétropes

Fórmula Hoffer Q... Fórmula Holladay II... Fórmula Haigis...

**Conclusión:** los diez mandamientos para realizar una biometría previsible:

Ninguna fórmula es válida si los datos transcritos no

son confiables;

Los datos más confiables son de los sistemas automáticos;

La medida del largo axial más precisa es por la interferometría óptica y la biometría de inmersión...

Técnica Quirúrgica...

### Aberrometría post-operatoria

Estudios comparativos de aberrometría post-operatoria mostraron un mejor resultado del Cambio Refractivo del Cristalino si comparado al Lasik en la corrección de la hipermetropía...

Resultados...

### Complicaciones

El espectro de complicaciones de la cirugía facorretractiva es semejante al que sigue la cirugía de catarata, con algunas diferencias.

Son cirugías realizadas en ojos muy cortos, con dificultades técnicas derivadas del pequeño espacio del segmento anterior del ojo...

En los pacientes sometidos al implante de lentes tóricas, el incorrecto alineamiento de la lente en relación al eje más curvo de la córnea causa hipocorrección del astigmatismo. A cada grado de rotación se pierde 3% de la corrección tórica...

### Hipermetropía post-ceratotomía radial

En los días actuales, la hipermetropía post-RK representa un desafío para los cirujanos refractivos. Son pacientes, generalmente insatisfechos, con córneas muy planas, a veces presentando altas hipermetropías y/o astigmatismos irregulares que llevan a la pérdida de la calidad de la visión.

Después de la RK, las incisiones pueden ser vistas bajo biomicroscopía por un largo tiempo y nunca cicatrizan completamente. Pacientes en uso de lentes de contacto pueden presentar...

### Tratamiento clínico

El tratamiento clínico de la hipermetropía post-RK puede ser

hecho con gafas o lentes de contacto (LC), siempre que no haya astigmatismo irregular significativo. Sin embargo, esta opción no siempre es bien aceptada por el paciente...

En córneas muy planas, la adaptación de lentes de contacto es más trabajosa, además de existir mayor riesgo de infección, debido a la presencia de las incisiones, generalmente mal cicatrizadas. Entre las opciones de LC post-RK, la primera opción debe ser LC rígida gas-permeable (RGP)...

Actualmente los procedimientos quirúrgicos más utilizados para la corrección de la hipermetropía post-RK son:

- 1) PRK...
- 2) LASIK...
- 3) Suturas...
- 4) Implantes fácicos intra-oculares...
- 5) Facoemulsificación...

#### Consideraciones finales

Independientemente del procedimiento utilizado para el tratamiento quirúrgico de la hipermetropía post-RK, en estos pacientes la inestabilidad refraccional aun es el principal factor limitante para el éxito de la cirugía...

#### Cirugía ceratorrefractiva a láser para el tratamiento de esotropía puramente acomodativa

La esotropía puramente acomodativa refractiva (EPAR) es un tipo de estrabismo convergente (esotropía) que aparece después de los dos años de edad en niños portadores de hipermetropía moderada o alta.

Basados en los buenos resultados a través del excimer láser encontrados en la población adulta, es de esperarse que los cirujanos quieran extender tales beneficios a todos los portadores de esotropía relacionada a hipermetropía, inclusive niños. Sin embargo, en niños, existen algunas características que contraindican tal procedimiento. Primero, el grado de hipermetropía no está definido y...

Los pocos estudios realizados hasta el momento aun no fueron suficientes para definir si los nomogramas utilizados para adultos son apropiados para niños, ya que la respuesta de la córnea infantil al láser carece de informaciones que sólo serán obtenidas con seguimientos prolongados. Debido a tantas cuestiones aun sin respuestas, el tratamiento de la esotropía puramente acomodativa refractiva debe permanecer, por ahora, restringido a la población adulta.

## “Soluciones Refractivas en la Ametropía Residual Post-Facoemulsificación”

AUTORES: DR. PEDRO PAULO FABRI (COORDINADOR) - Miembro del Consejo Deliberativo de la SBCR, Delegado de la SBCR en el Estado de Paraná y Oftalmólogo del Instituto de Ojos Fabri - Cascavel, PR;  
 DRA. ADRIANA DOS SANTOS FORSETO - Médica Asistente de la Eye Clinic Day Hospital, SP;  
 DR. BRUNO FONTES - Médico Post-Graduando (Nivel Doctorado) de la UNIFESP-EPM, RJ;  
 DRA. CLÁUDIA MARIA FRANCESCO - Directora Clínica del Láser Center Jundiaí, Jefe del Sector de Cirugía Refractiva del Hospital Oftalmológico de Sorocaba y Médica Asistente de la Eye Clinic Day Hospital, SP;  
 DR. MARCELO OCCHIUTTO - Médico de los Departamentos de Córnea y Cirugía Refractiva del Instituto de Oftalmología Tadeu Cvintal, SP;  
 DR. MÁRIO CARVALHO - Director Presidente del ISO Ojos - Instituto de Salud Ocular, Uberlândia, MG; y  
 DR. RENATO AMBRÓSIO JR. - Prof. Adj. de la UFF, Director de Córnea y Refractiva del Inst. Ojos Renato Ambrósio y Refracta rio, Coordinador del Grupo de Estudios de Biomecánica y Tomografía de Córnea del RJ y Presidente de la SBAO.

La evolución de las técnicas de cirugía de catarata, los avances de las lentes intra-oculares y la elevada expectativa de los pacientes ha aumentado la importancia del tratamiento de los errores refractivos residuales, tanto esféricos como cilíndricos. Entre las opciones quirúrgicas para corregir esos indeseables errores refraccionales tenemos: incisiones relajantes limbares, foto-ablación corneana utilizando excimer láser, piggyback, sustitución, anteriorización o posteriorización de las lentes intra-oculares.

#### Incisión relajante limbar

Las lentes intra-oculares bifocales crearon un nuevo horizonte en el arsenal terapéutico de los cirujanos oftalmológicos, proporcionando a los pacientes la disminución de la dependencia de gafas para lejos y cerca. No obstante, de los pacientes que serán sometidos a la

facuemsificación, y que se interesan por la implantación de LIOs bifocales, 15 a 20% son portadores de astigmatismo topográfico variando entre 1 y 3 dioptrías cilíndricas (DC). En esa situación, uno de los métodos utilizados para la corrección del astigmatismo comeano es el de las incisiones relajantes limbares, por ejemplo...

### Procedimiento quirúrgico

Las cirugías fueron realizadas bajo anestesia tópica, por el mismo cirujano (M.C.). Inicialmente los pacientes permanecían sentados fijando un punto para que se marcaran en el ojo los meridianos de 90° y 180°. Después de antisepsia y colocación de campos estériles, se determinaba el meridiano curvo, para realización de la IRLC, de acuerdo con la topografía comeana y orientándose por las marcas comeanas realizadas previamente...

### Discusión

El presente estudio demostró que la IRLC es segura y eficiente para corrección del astigmatismo comeano. La asociación de la IRLC a la FACO proporcionó una reducción del astigmatismo topográfico, manteniéndose la media del equivalente esférico comeano en todos los períodos evaluados. Siendo así, la asociación de la IRLC en ese grupo de pacientes permitió ampliar la implantación de LIOs bifocales.

El nomograma utilizado para IRLC fue una modificación de la IRL convencional...

### Excimer láser

La evolución de las técnicas de cirugía de catarata y los avances de las lentes intra-oculares modificaron la línea divisoria entre las cirugías refractiva y la de catarata propiamente dicha. Las avanzadas tecnologías disponibles, así como la elevada expectativa de los pacientes hoy en día, ha enaltecido la importancia del tratamiento de los errores refractivos residuales, causadores de grandes quejas visuales de esos pacientes. Aquellos con lentes intra-oculares multifocales son la mayoría de las veces sensibles a cantidades mínimas de astigmatismo, como 0.75 D, pudiendo relatar una degradación en su calidad visual, teniendo sus quejas relacionadas a la habilidad de lectura sin corrección mucho más pronunciadas que en pacientes sin astigmatismo residual.

Una técnica quirúrgica que pueda precisamente tratar errores refractivos mínimos como el antes citado son fundamentales

en esos casos que necesitan de ese "ajuste fino" refraccional.

La "Bioptics", como preconizada por Zaldivar, es un excelente método para maximizar los resultados quirúrgicos planeados.

Historia del Bioptics...

El concepto de Bioptics fue primeramente descrito por Roberto Zaldivar...

### Razones para el bioptics

Los pacientes potenciales candidatos a un Bioptics planeado incluyen a aquellos cuyo deseo sea el de disminuir la dependencia de gafas después de la cirugía de catarata, dígame de paso, la gran mayoría de ellos...

### Evaluación del paciente

Muchos pacientes arriba de la quinta década de vida que se someten a la cirugía de catarata (la casi totalidad de ellos) tiene, según la opinión de algunos autores, un riesgo aumentado de desarrollar un síndrome de ojo seco después de un procedimiento ablativo comeano. Otros autores, sin embargo, consideran a los pacientes más ancianos con la misma incidencia de ojo seco. Nuestra impresión es concordante con la de Zaldivar et AL...

### Técnica para el bioptics

¿Cuándo crear el flap?

Crear el flap previamente a la cirugía de catarata tiene como la más aceptada ventaja la prevención de los riesgos relacionados al microceratótomo en ojos pseudofácicos, como el daño endotelial, deiscencias de incisión y alteración refraccional por la ceratotomía lamelar en si.

Crear el flap previamente al procedimiento intra-ocular...

Tipo de corrección a láser

El cirujano también precisará decidir entre ablación convencional y personalizada. Nuestra opinión, así como la de autores en la literatura y de otros colegas usuarios de tecnología de analizadores de frente de onda consultados, es la de que esta decisión depende principalmente de cual fue la lente implantada...

### Conclusión

El Bioptics planeado, incisiones relajantes limbares y lentes intraoculares tóricas son recursos esenciales para el tratamiento de ametropías post-operatorias, especialmente el astigmatismo.

Para pacientes con grados extremos de astigmatismo, la combinación de una o más modalidades puede ser necesaria.

El Bioptics ofrece diversas ventajas sobre la implantación de lentes intra-oculares y LASIK, como procedimientos aislados. Los beneficios teóricos de las técnicas combinadas incluyen la maximización del tamaño de zona óptica y el aumento de la previsibilidad del resultado refraccional. Además de esto, el Bioptics permite a pacientes con grados mayores de astigmatismo o errores refraccionales alcanzar una refracción final mucho más satisfactoria.

### **Piggyback**

La polipseudofacia o la técnica de piggyback (lente a caballero) envuelve el implante de dos o más LIOs en la cámara posterior del mismo ojo. Esta técnica fue primeramente desarrollada para corregir altos errores refractivos hipermetrópicos y...

Desde que la técnica de polipseudofacia fue introducida por Gayton y Sanders en 1993...

### **Cálculo de la LIO/fórmulas**

La mayor parte de las fórmulas para cálculo del poder de la LIO para casos de altos hipermetropes no es exacta en sus predicciones. Para resolver este problema, nuevas fórmulas para calcular el poder de la LIO fueron desarrolladas para el implante de dos o más LIOs en la cámara posterior.

Las fórmulas actuales de tercera generación, como la Holladay, SRK/T, y Hoffer Q, reducen más los errores refractivos en el post-operatorio...

### **Técnica quirúrgica**

El procedimiento quirúrgico para el implante de la segunda LIO del piggyback secundario debe ser realizado de la misma manera que se está acostumbrado a hacer en la facoemulsificación. Anestesia tópica, incisión comeana para LIOs dobles...

Gayton y colaboradores sugieren que la LIO anterior deba ser colocada en el surco y la posterior en el saco, para prevenir opacificación interlenticular... Shugar y colaboradores sugieren que el implante de la lente acrílica en el saco capsular lleva a una mayor estabilidad óptica...

El posicionamiento del háptico continúa siendo una polémica...

### **Piggyback multifocal**

A pesar de que el implante de polipseudofacia fue aceptado por la comunidad oftalmológica, encontramos algunos trabajos usando LIOs multifocales...

### **Complicaciones**

Una de las complicaciones encontradas en el implante de piggyback es la opacificación interlenticular (OIL)... Otras complicaciones como el síndrome de la dispersión pigmentar, llevando a glaucoma, o captura pupilar (desplazamiento de la LIO para el frente del iris), pueden ocurrir cuando a LIO es posicionada en el surco...

### **Conclusión**

El implante secundario de LIO piggyback ha demostrado ser una buena alternativa para corrección de error refraccional en pseudofácicos, en la tentativa de evitar los riesgos del explante de la LIO...

### **Cambio de lente intra-ocular**

A pesar de los avances tecnológicos ocurridos en los últimos años en el área de la Oftalmología, y en especial en la cirugía de catarata, a veces nos deparamos con situaciones en que se hace necesaria la sustitución de una lente intra-ocular (LIO) previamente existente o recientemente implantada. El poder dióptrico incorrecto de la LIO aparece como el responsable de 20% a 30% de los casos de complicaciones de lentes dobles que evolucionaron con explante o cambio, según investigación reciente de la Sociedad Americana de Catarata y Cirugía Refractiva.

### **Principales causas**

Son varios los factores que pueden llevar al implante de una LIO de poder dióptrico incorrecto, sin embargo nos atenderemos apenas a los relacionados al cálculo de la LIO. Sabemos que las variables básicas en el cálculo de una LIO son la ceratometría; la profundidad de la cámara anterior, que sirve como una estimativa del posicionamiento efectivo de la LIO (ELP: effective lens position); y el largo axial...

### **Fórmulas para cálculo de la LIO**

Atención especial debe ser dada a la fórmula escogida para el cálculo de la LIO. Para ojos pequeños (< 22,00 mm) se recomienda la Holladay 2 o Hoffer-Q. En ojos medios (22,00 a 24,50mm) podemos utilizar la media de tres fórmulas: Hoffer-Q, Holladay y SRK-T, y para aquellos con largos axiales

mayores, a SRK-T(37). Las fórmulas de Haigis y Haigis-L han presentado buenos resultados para todos los largos axiales. No obstante...

### Conclusión

Un resultado refraccional inesperado en el post-operatorio de una cirugía de facoemulsificación debe ser evaluado con cautela, tentándose mantener siempre el buen relación médico-paciente. Los riesgos, así como otras posibilidades quirúrgicas, deben ser analizados...

### Anteriorización de la lente intra-ocular...

#### Concepto de la posición efectiva de la LIO

Una de las principales variables que interfiere en la precisión del cálculo de la LIO en la cirugía de la catarata es a posición de la LIO en relación al eje visual, denominada effective lens position – ELP. Con eso, considerando una situación en que a LIO será implantada en el surco ciliar, un ajuste del poder dióptrico es necesario.

Osher, en 1983, realizó estudio comparativo bilateral con

implante de LIO en la cámara posterior en el surco ciliar en un ojo y en el saco capsular en el ojo contra-lateral...

#### Anteriorización de la LIO para tratar hipermetropía

Considerando el poder efectivo de la LIO ser mayor cuando en posición más anterior, casos con implante endocapsular con residuo refractivo hipermetrópico pueden ser tratados con la anteriorización quirúrgica del área óptica de la LIO. La fórmula para cálculo de la variación del poder de la LIO de acuerdo con la posición...

Anteriorización de la LIO: Indicación, Preparación y Técnica Quirúrgica... Resultados...

#### Conclusiones

La necesidad de reducir al máximo el error residual después de cirugía de catarata es creciente debido a la popularización de las LIOS multifocales. Cirugías comeanas con excimer láser son excelentes alternativas. No obstante, tal experiencia inicial muestra que la anteriorización es un procedimiento seguro y eficaz para tratamiento de hipermetropía residual después de faco.

## “Monovisión, Presbilaser y Ceratoplastia Conductiva en la Corrección de la Presbiopía”

AUTORES: DR. EDUARDO PAULINO (COORDINADOR)  
 Profesor Colaborador de la FIVABC, Director de la Sociedad Brasileña de Cirugía Refractiva y Director del Instituto Santista de Excimer LÁSER, SP;  
 DR. JOÃO MARCELO DE ALMEIDA GUSMÃO LYRA  
 Médico Oftalmólogo de la Universidad Estatal de Alagoas, AL;  
 DR. LEONARDO VERRI PAULINO  
 Profesor Colaborador del sector de Córnea y Patología externa de la FIVABC y Maestro en Oftalmología por la Escuela Paulista de Medicina, SP;  
 DR. LUIZ GERALDO SIMÕES ASSIS  
 Director Clínico del Instituto de Oftalmología de Curitiba y Consultor Científico de la Wavelight Láser AG, Alemania, PR;  
 DR. TADEU CVINTAL  
 Director del Instituto de Oftalmología Tadeu Cvintal, São Paulo, SP;  
 DR. WALDIR MARTINS PORTELLINHA (RELATOR);  
 Maestro y Doctor en Oftalmología por la Escuela Paulista de Medicina, Ex-Presidente de la Sociedad Brasileña de Cirugía Refractiva y Director del Excimer Santa Cruz, SP.

n poco menos de una generación, evolucionamos de la corrección de la miopía con la ceratotomía radial con cuchilla para excimers de 4ª generación asociados hoy al inicio de los Fenton lasers. Evolucionamos de la simple ceratometría para topografía, orbscan, y wave front. En fin, evolucionamos en la precisión de las cirugías no sólo de miopía, sino también del astigmatismo e hipermetropía.

Presbiopía es el punto de honra actual en esta nuestra jornada. Tenemos varias armas terapéuticas, técnicas y locales de acción. ¿Será que tenemos el ideal?

En este capítulo le traemos lo que es en la actualidad viable a nuestros pacientes. Queremos que usted pondere sobre cada técnica, cada realidad, sus resultados, su seguridad. Tenga en mente que estas cirugías tienen como base la pérdida progresiva de nuestra capacidad acomodativa.

Diferente de otras ametropías en que muchas veces tenemos un historial de cierta estabilidad del vicio de refracción, aquí tenemos la certidumbre de la evolución de esta ametropía, principalmente en los presbíteros más jóvenes. Esto es punto clave en la correcta elección de la técnica y en el grado de corrección a ser realizado.

En fin, la presbiopía simple o asociada puede ser controlada y a veces domada. Cabe a usted extraer sus conclusiones.

### Corrección de la presbiopía con radiofrecuencia

La cirugía de radiofrecuencia o ceratoplastia conductiva es un proceso térmico genéricamente llamado de termoceratoplastia. La Termoceratoplastia tuvo su origen en experimentos de Lans, que en 1890 demostró que la aplicación de quemaduras térmicas superficiales, en córneas de conejo, llevaba a alteraciones de su curvatura...

A pesar de que los resultados iniciales parecieron favorables, estudios prospectivos mostraron la ocurrencia de una regresión a los parámetros ceratométricos iniciales, además de complicaciones más severas,...Teniendo en cuenta estos resultados, la termoceratoplastia de aplicación externa amplia con fines correctivos fue abandonada, siendo apenas recomendada para el tratamiento de hidropsia crónica refractaria al tratamiento convencional.

### Radiofrecuencia y monovisión para presbiopía

El 6 de febrero de 2004, el sector de aparatos radiológicos dirigido para salud del FDA aprobó por primera vez, para uso comercial, una cirugía para corrección de la presbiopía. A pesar de otras técnicas ya ser realizadas actualmente, ninguna había recibido la aprobación del órgano para este fin específico.

Esta aprobación fue basada en un "clinicaltrial" de 150 pacientes tratados para visión de cerca en su ojo no dominante, siendo acompañados por 12 meses. Los resultados demostraron 83% de los ojos con visión de J3 y 20/40 sin gafas y 23% con J1 y 20/20 sin gafas. Menos del 1% de los ojos demostraron efectos adversos.

Para la aprobación de esta tecnología en Brasil, está siendo realizado por la Disciplina de Oftalmología de la Facultad de Medicina del ABC, en conjunto con el Ministerio de Salud, un Protocolo de Investigación Nacional. Este Protocolo se inició en 2002, con la realización de 300 cirugías en modelo animal.

En la segunda fase fueron seleccionados

40 voluntarios (20 hipermetropes y 20 presbíteros) dentro de las especificaciones predeterminadas, que fueron sometidos al procedimiento de aplicación de radiofrecuencia en el centro quirúrgico del Instituto de Ojos de la Facultad de Medicina del ABC. Después de análisis de los resultados obtenidos, se inició un estudio multicéntrico para el tratamiento de la presbiopía, con 45 centros seleccionados y distribuidos por Brasil, considerándose la capacitación previa y entrenamiento específico para la realización de este tipo de procedimiento.

### Metodología

Actualmente, los criterios a ser seguidos para la selección de pacientes indicados para el tratamiento de radiofrecuencia para corrección de presbiopía son los siguientes:

El paciente ideal debe presentar obligatoriamente en el preoperatorio acuidad visual de 20/20 en cada ojo sin corrección.

La hipermetropía cicloplegiada debe alcanzar como máximo +0.50DE con 0.50 DC, en ambos ojos, para que no ocurran pérdidas visuales para lejos cuando instalada la monovisión post-operatoria.

La edad ideal está entre 45 y 55 años por la característica evolutiva de la presbiopía y por las propiedades acomodativas. El límite para corrección es de 3,25 D de adición. Criterios de exclusión: ....

La preparación del paciente es hecha con asepsia de los párpados...

El nomograma seguido usa 8 aplicaciones a 7mm de diámetro para corregirse la adición de 0.75 a 1.50DE, o 16 marcaciones para corregirse de 1.75 a 2.25DE, y 24 aplicaciones, de 2.50 a 3.25DE respectivamente.

Todas las aplicaciones tienen el tiempo fijado en 0.6seg y la potencia de 0.625W/s.

Después de aplicación de la radiofrecuencia según el planeamiento quirúrgico, el paciente es orientado a usar colirio de antibiótico 6 veces al día y colirio de anti-inflamatorio no hormonal 4 veces al día. Estas medicaciones son mantenidas por 7 días. Los resultados obtenidos en el protocolo hasta el momento fueron evaluados estadísticamente y consideran un N total de 306 pacientes operados.

## Resultados ....

El grupo de investigadores del proyecto piloto tiene una percepción positiva del procedimiento, por el hecho de no haber pérdida definitiva de tejido corneano; el centro óptico de la córnea ser preservado; y los resultados demostraron que la monovisión obtenida mantienen una AV para lejos buena en el ojo operado. Algunos pacientes mantienen J1 y 20/20 monocular en el post-operatorio de 1 año de *follow up*. La temporalidad del efecto también puede ser usada como una característica favorable cuando la cirugía es bien indicada.

### **CK para presbiopía con inducción de astigmatismo contra la regla**

En 1997, el Dr. Fernando Trindade y cols demostró que el mantenimiento de un astigmatismo contra la regla de hasta -1,50 después de la cirugía de catarata mejora la acuidad visual de cerca. La idea entonces es utilizar la radiofrecuencia para presbiopía, adicionando puntos térmicos en el eje de 180 grados, induciendo un aumento de la curvatura en este meridiano. La creación de un astigmatismo miópico contra la regla garantizaría el mantenimiento de la acuidad visual de cerca, incluso habiendo cierta regresión del componente miópico.

### **Perspectivas futuras**

La corrección de la presbiopía a través de la radiofrecuencia demostró ser una técnica segura y reproducible. Nuevos estudios deberán ser conducidos para disminuir todavía la regresión parcial observada...

### **Monovisión a través del excimer láser en el tratamiento de la presbiopía**

La monovisión (MV) consiste en corregir la ametropía del presbita dejando uno de los ojos focalizado para lejos y el otro para cerca, procedimiento que elimina o disminuye acentuadamente la dependencia de gafas.

En los primeros años después de la disponibilización del Excimer Láser para la realización de la ceratoplastia fotorrefractiva (PRK) y después de la publicación de la técnica Láser in Situ Keratomilensis (lasik) por Pallikaris, en 1990, varios cirujanos pasaron a utilizar esos tratamientos en la forma de monovisión....

Abordaremos, a continuación, las peculiaridades específicas de la monovisión en la cirugía refractiva (MVR).

En principio, también en la MVR, se corrige el ojo dominante para lejos, mientras que el no dominante recibe corrección anisométrica para cerca, a monovisión. Cuando el paciente es miope, con -3.00 o más, se hipocorriga el ojo seleccionado para cerca.

Cuando se trata de hipermetrope o astigmata, se emetropiza el dominante y se corrige la ametropía del no dominante, reduciéndolo a la miopía con el grado deseado para cerca. Cuando el paciente presbita es emétrepe, apenas el no dominante recibe corrección fotorrefractiva para cerca.

Prueba Simulada con Lentes de Contacto...

### **Resultados con la MVR**

La MVR es considerada exitosa cuando proporciona un alto índice de satisfacción para el paciente; consigue suprimir eficazmente la imagen borrosa del ojo no enfocado; no causa incomodidad y el paciente no precisa de gafas en por lo menos 85% del tiempo...

En la MVR la sensibilidad de contraste es la causa de su mayor limitación: conducir automóvil de noche. En esa actividad, el farol contrario es visto, por el ojo de cerca, como una imagen grande fuera de foco y, por el ojo de lejos, como una imagen pequeña nítida, no consiguiendo el paciente suprimir la primera...

### **La elección del grado de adición**

La dioptría a ser dejada en el ojo de cerca depende obviamente de la edad del paciente y de la actividad que va a ejercer, pero tiene algunas particularidades en la MVR...

### **Reversión de la monovisión en la MVR**

Una pequeña parte de los pacientes no se adapta a la monovisión y acaba solicitando la reversión de la corrección para lejos en el ojo de la monovisión. La intolerancia se manifiesta de varias maneras...

Debemos recordar que, en el LASIK, cuando el ojo de cerca es un miope hipocorregido, la reversión es relativamente fácil, la laminilla es levantada y el tratamiento adicional es realizado con los mismos parámetros del Lasik primario. Cuando se trata de hipermetrope, la miopía inducida debe volver en la dirección de la hipermetropía, que es menos previsible en cuanto a la corrección; la reversión es más compleja, más sujeta a aberraciones ópticas adicionales.

Aspectos legales...

Experiencia personal...

### Conclusiones y resumen

La MVR es una opción válida para tratamiento de la presbiopía, resultando en pacientes menos dependientes del uso constante de gafas. Los resultados son previsible y proporcionan altos índices de satisfacción. Los hipermétropes son más sintomáticos y propensos a regresión.

La evaluación oftalmológica cuidadosa del paciente y de sus actividades es esencial para una indicación correcta del procedimiento, a fin de prevenir insatisfacciones y fracasos.

Los casos de incapacidad de adaptación, cuya incidencia es muy baja (menos del 1%), son susceptibles de reversión.

Tratamiento para la Presbiopía en la Córnea ("Presby Lasik") con el Software Costom Q, del Allegretto Eye Q Láser 400Hz Wavelight, Alemania...

### Foto-ablación para Presbiopía con Excimer Láser:

#### Estrategias

Una de las estrategias más simples sería la monovisión clásica con inducción de miopía en el ojo no dominante, que es hecha de acuerdo con la edad del paciente.

Las diversas foto-ablaciones para la presbiopía pueden ser realizadas tanto por medio de la técnica LASIK con microcerátomo, como con láser de femtosegundo, así como ablación de superficie, utilizándose debridamiento mecánico, asistido por alcohol, por medio de láser en el modo PTK (Phototherapeutic Keratectome) y Epi-LASIK. Una de las mayores ventajas adicionales de la plataforma Allegretto es el caso de la remoción del epitelio con el excimer láser, una vez que conseguimos atender a la necesidad de un área de exposición del estroma de por lo menos 8mm para la transición de tratamientos miópicos y de 9mm para tratamientos hipermetrópicos. Hay básicamente cuatro maneras que ya fueron intentadas en la intención de tratar la presbiopía:...

### Perfil de ablación wavefront optimizado (WFO)

Una vez conocido el efecto esférico de la córnea en la performance de la visión, la WaveLight introdujo el concepto de ablación optimizada

(WFO), que trabaja la compensación de la energía en la periferia, para minimizar la inducción de aberración esférica positiva, manteniendo la esfericidad corneana menos oblada posible...

### Ablación esférica personaliza por el valor Q

Un nuevo avance de este concepto fue la plataforma F-CAT (fine customized ablation), con el programa CUSTOM Q, en la cual es posible controlar matemáticamente la esfericidad con un valor Q final a partir de un valor Q pre-operatorio...

### Monovisión avanzada

El concepto de monovisión avanzada se refiere a la estrategia GO (Global Optimum). Monovisión avanzada fue sugerida por el Prof.Theo Seiler para describir a inducción de la monovisión asociada con aumento de la esfericidad corneana en uno o en los dos ojos de los pacientes présbitas operados por láser....

Resultados: Experiencia personal... Nomogramas...

Retratamientos:

Nuestros índices de retratamientos en la monovisión avanzada son del 10.8% de los pacientes operados, bien superiores a los tratamientos convencionales WFO, que son del 2,8%, en una experiencia de 830 pacientes operados con Monovisión Avanzada en el Instituto de Oftalmología de Curitiba desde diciembre de 2004...

Contraindicaciones: ... Perlas para el éxito:...

### Conclusión:

Tratamientos de la presbiopía realizados en la córnea con la Monovisión Avanzada traen excelentes resultados y pacientes satisfechos. La reversión del tratamiento puede ser realizada sin dificultades por un tratamiento no personalizado...

### Cirugía de la presbiopía con excimer láser - técnica quirúrgica

Uno de los grandes desafíos en cirugía refractiva es la corrección quirúrgica de la presbiopía. Varias técnicas ya fueron presentadas...

La ablación multifocal es realizada con la técnica de LASIK, con disco de diámetro 9.5 mm o ablación de superficie PRK o

LASEK. Dependiendo del error refraccional, es hecha la ablación para corrección de la hipermetropía, miopía y/o astigmatismo, con el objetivo de alcanzar la emetropía. En seguida, se hace ablación hipermetrópica con zona óptica de 6.5 mm y zona de transición de 10.0 mm, encurvando el centro de la córnea, y después ablación miópica central con zona óptica de 3.0 a 5.0 mm, según nomograma, aplanando el centro de la córnea...

Esta técnica es ventajosa por ser menos invasiva y reversible... con follow-up prolongado, alteración del nomograma, creemos que esta técnica pueda ser realizada de rutina en pacientes presbitas, principalmente en los casos emétopes o con hipermetropía.

#### Comentarios finales

En nuestra introducción, lo invitamos a ponderar y

procurar la mejor forma o técnica para la corrección de los pacientes presbitas. Enfocamos este trabajo con cirugías eminentemente corneanas hoy aceptadas por nuestras reglas de ética médica.

El sentido común nos dice en particular que todas tienen su lugar al sol; que unas son mejores en la fase inicial y en los casos puros de presbiopía; ya otras; más duraderas y un poco más agresivas, tiene su espacio en los casos más avanzados o asociados a otras ametropías.

En fin, el tiempo se mide por lo que hicimos de nuestro tiempo, hoy nuestro punto de honor como cirujanos refractivos es mantener el mayor tiempo posible la jovialidad visual de lejos y cerca de nuestros pacientes. En resumen, el sentido común en la elección de la técnica será frontera divisoria en el triunfo de un buen resultado.

## “Neuro Adaptación y Plástica Cortical en la Cirugía Refractiva: Presente y Futuro”

#### AUTORES:

DRA. MÁRCIA REIS GUIMARÃES (COORDINADORA)

Médica Oftalmóloga del Hospital de Ojos de MG;

DR. RICARDO GUIMARÃES (RELATOR)

Médico Oftalmólogo del Hospital de Ojos de MG;

DR. SAMIR BECHARA

Asistente de la División de Clínica Oftalmológica del Hospital de las Clínicas de la FMUSP y Jefe del Servicio de Cirugía Refractiva de la Clínica Oftalmológica del Hospital de las Clínicas de la FMUSP;

DR. MARCUS VINICIUS BALDO

Docente del ICB-USP – Prof. Asociado (libre-docente)

del Depto. de Fisiología y Biofísica, Lidera el Laboratorio de Fisiología Sensorial “Roberto Vieira”, dedicado a la neurofisiología de la percepción y Presidente de la Sociedad Brasileña de Neurociencias y Comportamiento – SBNEC;

DR. JEROME BARON

Neurocientífico – Prof. Adjunto del Depto. de Fisiología y Biofísica en el Instituto de Ciencias Biológicas de la UFMG y Coordinador del Laboratorio de Neurodinámica en el Instituto de Ciencias Biológicas de la UFMG.

La visión es una de las más importantes modalidades sensoriales en nuestra especie. E incluso siendo una de las más estudiadas y, hasta cierto punto, bien comprendida, restan aun innumerables cuestiones fundamentales que precisan ser respondidas.

A pesar de que podamos entender muchos mecanismos celulares que fundamentan la

detección de bordes o la discriminación de diferentes longitudes de onda, no comprendemos, con detalles satisfactorios, el proceso por el cual esos mecanismos nos llevan a la percepción de forma, o a la experiencia vívida de percibir colores. Este no es un problema a ser resuelto apenas por la Neurofisiología, y ha recibido la contribución creciente de diferentes áreas del conocimiento, con el esfuerzo de neuro-científicos, físicos,...

#### Campo receptivo

Para entender cómo la información visual puede ser codificada por el sistema nervioso, es necesario un concepto muy importante en toda la fisiología sensorial, que es el de “campo receptivo”. En el caso del sistema visual, se define el campo receptivo de una neurona cualquiera (no importando su localización: retina, tálamo, córtex, etc...) como aquella porción del campo visual (o, de forma equivalente, de la porción de retina en la cual esa fracción del campo visual se proyecta) que, cuando adecuadamente estimulada, va a modificar la actividad previamente expresada por aquella neurona dada.

#### Vías visuales

...Una característica fundamental del procesamiento realizado

por el sistema nervioso central es su paralelismo, donde diferentes vías y circuitos neurales comparten, de manera simultánea y distribuida, la responsabilidad de realizar una dada tarea. En el caso del sistema visual, la segregación de la información se inicia ya en la retina, la cual contiene diferentes clases de células ganglionares. Una de ellas, de menor tamaño, se denomina por eso de parvocelular (tipo P), y responde por más del 90% de la población total de células ganglionares. Otra clase, ...

### Organización columnar del córtex visual

...las neuronas del córtex visual primario responden a estímulos con una posición y una orientación específicas en el campo visual. Células con propiedades semejantes son agrupadas en columnas, con diámetro entre 30 y 100  $\mu\text{m}$ , que se orientan de la superficie pial a la sustancia blanca y contienen las seis capas corticales. Neuronas en una misma columna responden al mismo eje de orientación de un estímulo. En áreas corticales extra-estriadas, neuronas que responden a formas complejas o movimiento también se agrupan en columnas funcionales...

### Plasticidad neural

La mayoría de las estrategias de rehabilitación visual se basa en la noción de que el sistema visual, a semejanza de otros sistemas neurales, es capaz reaccionar, desarrollarse y reorganizarse en función de nuevas condiciones ambientales internas y externas. Esa capacidad, genéricamente denominada neuroplasticidad, envuelve muchos procesos diferentes y complejos que...

### Hallazgos clásicos

En una serie de experimentos seminales, Wiesel y Hubel (1963, 1965) mostraron que cachorros de gato que crecen con una sutura en los párpados de uno de los ojos para simular catarata congénita monocular presentan una deficiencia visual grave cuando el ojo es reabierto después de cierto período. Comportamentalmente, se mostró que...

### El concepto de período crítico

...un período crítico para la plasticidad de la dominancia ocular fue encontrado en todas las especies de mamíferos probadas hasta el presente, de humanos a ratones. En el gato, el período crítico dura 6-8 semanas después del nacimiento y en el mono, aproximadamente 16 semanas. Se estima que en humanos el período crítico pueda extenderse hasta los nueve años de edad.

Generalmente, tanto el grado como la duración de cualquier período crítico aumenta de acuerdo con el nivel de procesamiento en la vía visual. También varía con el tipo de función visual investigada. Por ejemplo,...

### Mecanismo de la plasticidad de la dominancia ocular

Ya está bien establecido que la plasticidad del desarrollo de las columnas depende de alguna forma de competición entre los estándares de actividad originados en los dos ojos; ella no resulta simplemente de la presencia o ausencia de actividad (para una revisión, ver Chapman, 2004). En primer lugar, las columnas no se desarrollan cuando la actividad neural es bloqueada en los ojos o en el córtex visual primario. Segundo, la privación visual binocular durante el período crítico tiene un efecto mucho menor. A pesar de que la respuesta de neuronas corticales después de a privación binocular sea frecuentemente desorganizada, muchas de las células exhiben dominancia ocular (Wiesel y Hubel, 1965; Freeman et al., 1981; Gordon y Stryker, 1996)...

### Base molecular de la plasticidad

A pesar de que atrayente por su éxito explicatorio, predictivo y de manipulación, el modelo mencionado anteriormente permanece como una entre varias posibilidades para las cuales los datos disponibles no son aun totalmente conclusivos. Cualquiera que sea el mecanismo exacto involucrado, no obstante, resta poca duda de que alguna forma de plasticidad sináptica debe estar ocurriendo y de que esa supuesta plasticidad debe estar, en último análisis, en la intrincada maquinaria molecular de la transmisión sináptica. Trabajos más recientes han explorado los mecanismos a medida que leen el estándar de actividad sináptica y lo traducen en rearrreglos estructurales o funcionales (Tropea et al., 2008). Tal vez...

### Implicaciones clínicas

Se puede pensar que la sutura palpebral monocular mimetice los efectos en humanos de una forma precoz de privación que resulta de opacidades unilaterales, tales como catarata, ptosis, leucoma corneal o hemorragia del humor vítreo. Por tanto, no es sorprendente que los resultados obtenidos en estudios sobre el desarrollo de la dominancia ocular en el córtex visual de carnívoros y primates hayan sido fundamentales para ofrecer el abordaje ahora común utilizado en el tratamiento de la catarata congénita o, más genéricamente, de la ambliopía. Aprendizaje perceptual...

Mecanismos neurales del aprendizaje perceptual...

### **Aplicación en el tratamiento de la ambliopía**

La existencia del aprendizaje perceptual como un mecanismo de neuroplasticidad en individuos adultos llevó a algunos autores a aplicar entrenamientos en tareas de discriminación visual como un tratamiento para la ambliopía. La idea no es nueva...

### **Neurovisión - Plasticidad cerebral aplicada a la visión**

El principal objeto de estudio del oftalmólogo son los ojos. Poca atención dedicamos a la visión. Cuando usamos la palabra visión más frecuentemente nos referimos a la acuidad visual, casi siempre medida por el método propuesto por Snellen aun en el siglo XIX, hace más de 150 años. Nuestra atención es dirigida principalmente hacia el mantenimiento de la fisiología ocular y corrección refraccional de los defectos ópticos de sus componentes, córnea y cristalino, que comprometan el foco de la imagen en el punto ideal retiniano. La imagen retiniana es el principal *input* en el sistema neural y seguramente el elemento más importante en el resultado perceptual final, pero no es suficiente para aisladamente garantizamos una medida de la visión.

La calidad de la imagen retiniana es también influenciada, entre otros, por factores como la densidad y orientación de los fotorreceptores en la retina, la proporción de los tres tipos de conos y la memoria visual. El sistema visual humano es compuesto por...

### **Mecanismos adaptativos**

Mecanismos de selección natural (vale acordarse de Darwin, que nació hace 200 años) hacen que los sentidos de los animales sean adaptados al ambiente en que viven. Nuestros órganos se especializaron en la captación de las señales ambientes dentro de una determinada banda de luz visible del espectro electromagnético. Órganos especializados de nuestros sentidos codifican las señales físicas o químicas captadas...

...El cerebro se adapta y se especializa para sacar el mejor provecho de las imágenes formadas por el ojo, incluso cuando esta imagen es desfocada (ametropías, alteraciones de transparencia o motilidad). Cuando la imagen formada por el ojo es modificada (para mejor o peor, no importa) el cerebro hace un esfuerzo para conseguir procesar la nueva imagen.

### **Adaptación neural**

Neuroplasticidad es el término usado para referirnos a la

capacidad del cerebro reorganizarse para adaptarse a una nueva situación. Hasta recientemente, se creía que la estructura cerebral del ser humano adulto prácticamente era poco sensible a cambios después de su desarrollo, que terminaría al inicio de la vida adulta. En otras palabras...

### **Adaptación neural para el oftalmólogo**

En nuestra clínica diaria nos deparamos con situaciones envolviendo procesos de adaptación neural. Cuando un paciente comienza a usar bifocales o multifocales son necesarios días o semanas hasta su adaptación (o inadaptación) con las nuevas lentes. Lo mismo acontece cuando actualizamos la refracción y el paciente nos dice preferir la refracción antigua, aunque la visión sea peor. Con la pérdida de la visión del mejor ojo, la visión mejora en el ojo adelfo y hasta incluso ojos ambliopes muestran una mejora de acuidad sorprendente. Cuando comenzamos a usar el microscopio o cambiamos el tipo de óptica, llevamos cierto tiempo hasta adaptamos.

La comprensión del proceso de adaptación neural es fundamental para el oftalmólogo involucrado en las decisiones y programación de intervenciones oculares que afectan la formación de imágenes, como cirugía refractiva y cirugía de catarata, permitiéndole anticipar el impacto de esas modificaciones.

Aprendemos ya en los primeros años de actividad profesional, además en la residencia que...

### **Entrenamiento y Entrenamiento**

Una de las propuestas de neuroestimulación como forma de mejorar la acuidad visual y sensibilidad al contraste es hecha por Donald Tan de Singapur. El NeuroVision (NeuroVision, Inc, Singapur) es un software interactivo, disponible como programa de computadora, que presenta estímulos...

### **Conclusión**

El objetivo de este trabajo es promover el interés del oftalmólogo en neurovisión. Apenas recientemente conseguimos romper el paradigma de que neuroplasticidad es un fenómeno reservado apenas a cerebros jóvenes. Hoy consideramos que la neuroadaptación ocurre en todas las edades y es un fenómeno gobernado intrínsecamente por el propio cerebro a través de su "software" de procesamiento...

# Informática: usando todas las posibilidades



DR. MÁRIO CÉSAR M. ARAUJO  
Médico del Hospital  
Universitario Pedro Ernesto  
Director de la Clínica de Ojos  
Santo Antônio  
Consultor del Hospital Daniel Lipp  
Comisión de Informática  
de la SBAO

Cada vez más nuestro mundo está relacionado a la informática. En el aspecto personal es difícil de imaginar cómo es estar sin celular, sin internet, sin una

computadora personal o sin la cámara digital. Ahora, ¿será que esas facilidades ya están todas insertadas en el nuestro ambiente de trabajo? Ese artículo tiene como objetivo ilustrar diferentes aspectos de las tecnologías que podemos insertar en nuestro ambiente de trabajo. No simplemente para decir que tenemos informatización, sino para reducir costos, ganar tiempo y seguridad, más lucratividad y más comodidad al paciente.

## Software de gerenciamiento de clínica

Probablemente ese es el primer paso de la informatización de una clínica oftalmológica. Tal vez el más importante y que puede causar más dolor de cabeza. La primera pregunta que nos debemos hacer es: ¿Qué queremos informatizar? Son varios sectores: agenda médica, prontuario, facturación, financiero, movimiento, marketing y existencias.

**Agenda:** Debe ser intuitiva de usar, debe tener un ambiente amigable (semejante a los softwares que normalmente

usamos) y ofrecer recursos visuales de rápida interpretación (ej.: cambia de color cuando el paciente está esperando hace mucho tiempo o presentar colores fríos para una agenda vacía y calientes para una llena, donde fácilmente se identifica el mejor horario para marcar).

**Prontuario:** Debe tener la opción de ser “moldeado” de acuerdo con el usuario, o sea, el programa puede ofrecer una ficha estándar, pero lo ideal es que usted pueda modificarla (ej.: desarrollar más las anotaciones sobre la córnea, insertando los exámenes de topografía y mediciones, caso usted sea un cirujano de córnea, o insertar dibujos retinianos donde podemos dibujar, caso se trate de un retinólogo).

**Facturación:** Con la novedad de la TISS y la estandarización de las guías, no tiene como haber un software sin la opción de las guías TISS incluida. En ese punto es muy importante que ese módulo tenga muchas opciones de configuración, pues trabajamos con muchas tablas diferentes y existen diferentes formas de enviar al convenio esas informaciones. Por eso, de nada vale tener solamente una ficha estándar, ella debe tener la posibilidad de configurar los diferentes sub-planes con “chs” diferentes y excepciones que algunas veces nos son impuestas. El programa debe tener el recurso de imprimir la guía con la numeración de serie específica que normalmente es informada por el convenio (generalmente informan un intervalo numérico que puede ser usado por el acreditado). Una guía sin la numeración de serie del convenio probablemente no será pagada. Por fin, debe tener un buen módulo de generar el archivo XML, para realizar

el envío al convenio.

**Financiero:** Aquí es importante observar la capacidad de generar informes, notas fiscales y recibos. Los informes son fundamentales para el diagnóstico de su negocio – ingresos, gastos, flujo de caja, pre-fechaos, provisiones futuras, etc. O sea, la capacidad de generar informes es un diferencial muy grande para cualquier software, no sólo financiero, sino de ocupación de la agenda, volumen del convenio, tasa de retomo, media de tiempo de atención, tasa de faltas, porcentaje de exámenes complementarios, productividad de los médicos, etc.-

**Movimiento:** Aquí, en verdad, es la capacidad del software de gerenciar el movimiento de la clínica y de cada médico. Muchas veces, muchos colaboradores de la clínica son remunerados por productividad y con porcentajes diferentes sobre exámenes, consultas, cirugías y lentes de contactos. Por tanto, debe tener la capacidad de configurar el pase médico caso por caso. Cuando es llenada la ficha TISS del convenio, indicamos todo lo que fue realizado (consulta, exámenes), inclusive el médico ejecutante. Si tiene todo configurado correctamente, generamos un informe que ya nos suministra el pase médico de acuerdo con lo estipulado para ese médico, tomando el proceso rápido y transparente para todos.

**Marketing:** Un opcional interesante es la posibilidad de generar emails y SMS (torpedos) automáticos para los clientes. Se programa un mensaje

de feliz cumpleaños o feliz navidad automático de acuerdo con la fecha vigente. En algunos programas también se puede enviar sms de recordatorio de consultas anuales, o confirmación para el día siguiente, o también laudo simplificado de examen para colega médico (¡son varias las posibilidades!). Vale recordar que el spam es una práctica ilegal y mal vista por los clientes, por tanto es necesario autorización para eso. Existen varias empresas que pueden hacer la integración del software de gestión médica con uno de envío de sms o emails automático. Es una forma barata e interesante de relación con cliente.

**Existencias:** La mejor forma de controlar su existencias (lentes de contacto o intraocular, colírios, etc.) es el sistema de alerta configurable. Se estipulan las existencias mínimas y, cuando son alcanzadas, dispara un alerta para compra. Si el volumen de insumos es muy grande y ese control es un factor muy importante en su institución, lo ideal es tener un sistema de entrada y salida por código de barras, lo que agiliza y protege el proceso.

Encontrar todas esas características en apenas un software será medio difícil. El desarrollo de un software propio normalmente es caro, lleva tiempo y necesita de actualizaciones constantes. Los softwares existentes en el mercado pueden perfectamente atender las necesidades, basta saber qué es más importante para su clínica y ver lo que cada uno tiene de mejor. Antes de adquirir pregunte:

1- ¿Actualización gratuita? (cuando migre del Windows XP para el Vista ¿tengo que pagarlo todo de nuevo?) 2- ¿Asistencia técnica gratuita? (¿0800, skype o tengo que gastar mucho dinero con interurbano?)

3- ¿Tiene entrenamiento para dependientes y médicos? 4- Después de cerrado negocio, si quisiera más usuarios, ¿sale muy caro?

¡Cada vez más considero interesante no comprar el software! Intente un contrato mensual en que esté incluido el mantenimiento, entrenamiento, utilización, etc. Como si fuese una firma de TV por cable o celular, en que no se compra el aparato, apenas se usa el servicio.

### Redes inalámbricas y acceso remoto

Tal vez una de las invenciones más útiles de los últimos tiempos. Hoy para configurar una red no precisamos más de cable. Con un Ruteador inalámbrico y Computadoras con sistema Wi-Fi integrado (desktop o laptop), podemos tener toda la institución en red sin precisar romper una pared. Otra ventaja de colocar todo en red es trabajar con uno o más servidores de backup de nuestras informaciones, pudiendo configurar backups automáticos en períodos determinados. Como normalmente no tenemos un técnico en informática 24 horas por día en nuestra clínica, vale alertar para los softwares de acceso remoto (ej. pc anywhere, netsopote, etc.). Son softwares que van a permitir un acceso remoto a su sistema: el técnico puede arreglar desde casa eventuales problemas y el médico también puede acceder su software desde casa o desde cualquier computadora con internet, basta que su servidor esté conectado a internet también.

Además de la tecnología Wi-Fi, podemos incrementar la clínica con mouses, teclados inalámbricos por medio de radiofrecuencia o infrarrojo y también impresoras inalámbricas (Wi-Fi o bluetooth). En breve, eliminaremos el hilo de la electricidad también.

### Voz sobre IP

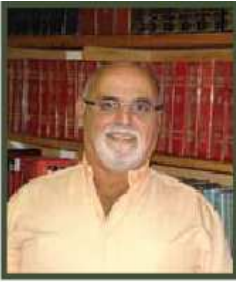
Es lo que conocemos como Skype. Ya dejó de ser una herramienta sólo para usar en viajes internacionales, intercambios, etc. Hoy podemos tener todas las funcionalidades de fax, contestadota electrónica y PABX usando telefonía sobre IP. Los costos de telefonía pueden caer hasta 70%, principalmente si existe el hábito de llamadas para celulares. Se puede usar desde aparatos simples hasta soluciones más sofisticadas para "call center". Lo mejor es que todo es muy simple: la secretaria ni precisa saber que está usando esa tecnología, o sea, sin entrenamiento. Varias empresas de software médico ya disponen asistencia técnica gratuita solamente vía voz sobre IP.

### Seguridad

Por fin, vamos a hablar de seguridad. El sistema de monitoreo por cámaras ya es bien accesible para cualquier tipo de clínica o consultorio. Puede ser hecho en la propia computadora de la recepción, con una tarjeta de captura de vídeo de 250 reales o con un aparato propio llamado DVR (o stand alone), que posee un HD para grabar las imágenes (1.500 reales). Tanto con uno como con el otro usted podrá configurar el sistema para ser accedido desde cualquier computadora con acceso a internet, lo que puede tomar el sistema más caro es el tipo cámara a ser usado (motorizada, infrarrojo etc).

La informática en la clínica al inicio puede ser complicada: técnicos "enredados", conflictos, softwares incompatibles, difícil entrenamiento ... Pero después que todo está funcionando perfectamente y bien configurado, sin duda ninguna se toma una herramienta más fundamental que su bolígrafo.

# La transparencia ética



ANTÓNIO FERREIRA  
COUTO FILHO  
Consultor Jurídico del Colegio  
Brasileño de Cirugía

A lo largo de los años, hemos insistido sobre la importancia de que el médico informe al paciente los riesgos inherentes (al menos los más probables) que envuelven determinado tratamiento clínico o, especialmente, quirúrgico, al cual será sometido.

Jamás ningún médico discordó de eso, hasta que comencemos a hablar sobre la relevancia jurídica de producir un instrumento probatorio de cuál información fue dada.

En ese paso, residen algunas controversias, que hasta ya fueron mayores, pero que aun existen. Hay aquellos que defienden que la producción de un término de consentimiento informado (o cualquier otro nombre equivalente) propiciará la pérdida de pacientes. Otros entienden que el referido documento significa, en algún nivel, la depreciación de la relación médico-paciente, entre otras opiniones.

El hecho es que, a la luz de la legislación vigente, principalmente del Código de Protección y Defensa del Consumidor, además del propio Código de Ética Médica, en su artículo 46, la imposibilidad de que el médico pruebe que cumplió con el deber de informar propicia la caracterización, en tesis, de un acto negligente. Así, surge la necesidad de que el médico produzca la llamada "prueba negativa", es decir, probar que no hizo el daño que se alega.

Como dijimos líneas atrás, hace mucho tiempo venimos hablando sobre ese fenómeno jurídico. En determinadas acciones judiciales indemnizatorias, por ejemplo, incluso cuando se llega, al final del proceso, a la conclusión de ausencia de imprudencia e impericia del doctor, aun así, según el pensamiento de varios jueces, podrá haber una condenación bajo la égida de que no hay prueba de que el paciente fue debidamente informado sobre la posibilidad de ocurrencia de la complicación. Motivo por la cual el mismo

ingresó con la demanda judicial.

Es pesado al extremo, pero es la ley.

Apenas para citar dos ejemplos más recientes del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro (preservando los nombres de los involucrados, a toda evidencia), transcribiremos tramos de dos decisiones de segunda instancia a ese respecto.

Caso de Cirugía Plástica, juzgado por la 2ª Cámara Civil: "Reconocida la obligación como de resultado, se imponía al reconocido el deber de informar, adecuadamente, al apelante, acerca de las consecuencias de la cirugía, visto como el resultado no fue el esperado. No existe prueba en los autos de que el recurrido (médico) cumplió tal deber. Tampoco le fue concedida oportunidad para esto, lo que no se combina con el principio de lo contradictorio".

El otro ejemplo fue un caso de Oftalmología, juzgado por la 15ª Cámara Civil: "Nótese que la sentencia recurrida llegó a la misma conclusión, en el sentido de haber habido mera complicación post-operatoria, imposible de ser prevista y posible de ocurrir, pero dio por la procedencia del pedido, fuerte en no haber los reos de la acción informado a la recurrente acerca de los riesgos de la cirugía".

Son apenas dos ejemplos, ambos del año de 2006, para demostrar que está creciendo la tendencia de exigir la prueba de que hubo el cumplimiento del deber de informar. Si por un lado aun no es un pensamiento mayoritario, por otro no se puede ignorar que es un razonamiento creciente en el medio jurídico y, por consiguiente, es preciso, más que nunca, una reflexión profunda que se consustancie en acción preventiva efectiva.

Por fin, hay que analizar la hipótesis de examinar mejor la relación del médico con su paciente cuando este se niega a firmar un término de consentimiento informado.

Texto publicado en la sección "Opinión" del "Jornal do Brasil", el 28/4/2007.

## Agenda 2009 / 2010 / 2011

### 2009

#### XXXII SIMASP-UNIFESP

**Instituto de la Visión**  
5 a 7 de marzo  
São Paulo, SP – Brasil  
Tel. (11) 5085-2087

#### IX Congreso Internacional de Oftalmología del Centro-Oeste Centro de Convenciones de Goiânia

12 a 14 de marzo  
Goiânia, GO – Brasil  
congressosocoo@cbco.com.br

#### V Congreso Brasileño de Catarata y Cirugía Refractiva - SBCR/SBCII

26 a 29 de marzo  
Buque MSC-Ópera  
www.sbcrc2009.com.br

#### Comea Day 2009 / Glaucoma Day

3 de abril  
São Francisco, California – EUA  
(parte del Congreso de la ASCRS) www.ascrs.org  
www.corenaday.org  
www.ascrsglaucomaday.org

#### Congreso de la ASCRS (Asociación Americana de Catarata y Cirugía Refractiva)

3 a 8 de abril  
San Francisco, California – EUA  
www.ascrs.org

#### Congreso ALACCSA Hemisferio Norte

9 a 11 de abril  
México  
www.alacssa.com

#### 34º Congreso de la Sociedad brasileña de Retina y Vítreo

16 a 18 de abril  
Fortaleza, CE – Brasil

#### VIII Congreso Sur-Brasileño de Oftalmología y XV Simposio de Actualización en Oftalmología

23 a 25 de abril  
Bombinas, SC – Brasil  
www.praxis.srv.br

#### Congreso de Oftalmología de la Unicamp

24 a 25 de abril  
São Paulo, SP – Brasil

#### 9º Congreso EURETINA

14 a 17 de mayo  
Nice Acropolis Centre – Francia  
www.euretina.org

#### XXV Jornada Anual de Oftalmología de Botucatu - III Simposio de Enfermería en Oftalmología

15 y 16 de mayo  
Salão Noble de la Facultad de Medicina de Botucatu - UNESP  
São Paulo, SP - Brasil

#### IV Congreso Brasileño de Lentes de Contacto, Cómea y Refractometría – Soblec

15 a 16 de mayo  
São Paulo, SP – Brasil

#### IV Congreso Brasileño de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica

25 a 28 de junio  
Hotel Vila Galé - Fortaleza, CE – Brasil  
(85) 3261.1111  
sbopcb@ikone.com.br  
www.sbopcb.com.br

#### XXXIV Congreso de la Asociación Paranense de Oftalmología – APO

26 y 27 de junio  
Curitiba, PR – Brasil  
secretaria@congressoapo.com.br

#### 8º Congreso de Reciclaje en Oftalmología de la USP

24 y 25 de julio  
São Paulo, SP – Brasil

#### XXXV Congreso Brasileño de Oftalmología

24 a 27 de agosto  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
www.cbo2009.com.br

#### XXVII Congreso de la ESCRS (Sociedad Europea de Catarata y Cirugía Refractiva)

12 a 16 de septiembre  
Barcelona – España  
www.es CRS.org

#### 85 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología

23 a 26 de septiembre  
Santander – España  
avpm@afalmo.com  
www.ofalmo.com/seof

#### Congreso de la American Academy of Ophthalmology and XXVIII Congreso Pan-American Association of Ophthalmology (Joint Meeting)

24 a 29 de octubre  
São Francisco, California – EUA  
www.aao.org

#### XII Congreso de Oftalmología y XI Congreso de Auxiliar de Oftalmología de la USP

27 a 29 de noviembre  
São Paulo, SP – Brasil

EVENTOS

---

2010

\_\_\_\_\_