

Luis Pablo Júlvez, oftalmólogo del Hospital Universitario Miguel Servet

# “Se están investigando nuevos métodos en fármacos que tengan más durabilidad”

**LA OFTALMOLOGÍA HA EVOLUCIONADO EN POCO TIEMPO. POR ESTO, LA ESPECIALIDAD HA CAMBIADO EN GRAN FORMA, TANTO EN TRATAMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y MATERIALES.**

**E**l Dr. **Luis Pablo Júlvez**, oftalmólogo del Hospital Universitario Miguel Servet, en Zaragoza, explica que antes era una especialidad analógica, *“hacíamos fotografía analógica, pero ahora nos basamos prácticamente en la tecnología en todo. Ha ido evolucionando, y desde los métodos diagnósticos hasta diferentes tratamientos, hay muchas enfermedades que antes no podíamos tratar y ahora sí”*.

También reconoce que han cambiado las técnicas quirúrgicas de forma absolutamente revolucionaria. *“La cirugía de catarata de hace 30 años no se parece en nada a la cirugía que hacemos ahora. Es una cirugía microincisional, entonces era una cirugía abierta, los pacientes ingresaban varios días, incluso algunas veces con los ojos tapados, se hacía con anestesia general o con anestesia inyectada. Ahora se hace con anestesia tópica, el paciente está en el hospital dos horas. Viene, se prepara, se opera y se va”*.

Los anteriores métodos diagnósticos únicamente se basaban en la oftalmoscopia y en la lámpara de hendidura, pero, aunque todavía se usa, el experto destaca que ahora trabajan con OCTs, que es una especie de escáner que no radia, y permite hacer una exploración mucho más exhaustiva y, sobre todo, numérica.

En cuanto a terapéuticas, Luis Pablo Júlvez destaca los avances

en la degeneración macular húmeda, una enfermedad muy común entre pacientes mayores. *“Hace unos 10-15 años prácticamente no había ni un buen diagnóstico ni un buen tratamiento, y ahora hay buen método de diagnóstico mediante el OCT, que ha mejorado mucho, y un tratamiento con las inyecciones intravítreas que realmente han supuesto una revolución dentro de nuestra especialidad, porque conseguimos mantener la visión de los pacientes que antes perdían toda la visión central y parte de la periférica”*.

En temas de retina, cuando hace unos años se hacía cirugía, *“lo hacíamos por fuera del ojo hacia adentro, y ahora nos centramos en microcirugía, lo que se denomina vitrectomía intraocular con muchos medios para poder trabajar dentro del ojo y reparar lesiones que antes eran irreversibles”*, puntualiza.

Respecto al tratamiento del glaucoma, que es una enfermedad tan prevalente en nuestro medio, *“antes los tratamientos médicos se basaban en unas terapéuticas que tenían sus complicaciones y efectos secundarios. Esto cambió mucho con la incorporación de las prostaglandinas, fármacos que bajan la tensión, con menos efectos secundarios”*. El experto apunta que, de una cirugía más abierta, más agresiva, se ha ido pasando a cirugías menos agresivas como son los implantes con cirugía microinvasiva.

## Las enfermedades que más han crecido

De igual forma que aparecen arrugas en la piel porque hay una esclerosis, "lo mismo pasa en el cristalino, que con el tiempo se va degradando, va perdiendo parte de su función, y es lo que se denomina catarata. Todos, si llegamos a una cierta edad, vamos a padecer cataratas y de hecho es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio, pero que tiene una solución muy buena y podemos conseguir la rehabilitación visual de los pacientes", según palabras de Júlvez.

Todo ello se traduce en que más del 80% de las cirugías mayores son cirugías de catarata y que la presión sobre los servicios de oftalmología y sobre la sanidad es muy grande. "Más o menos un 1% al año de la población en nuestro medio se opera de catarata, lo que supone en una población como Aragón, por ejemplo, de 1.300.000, que todos los años se operen entre 12.000 y 13.000 cataratas, y en Cataluña o Madrid o en otras comunidades, pues es una barbaridad", reconoce el oftalmólogo.

De esta forma, la tecnificación ha permitido que los oftalmólogos puedan hacer más cirugías en menos tiempo y que la rehabilitación sea mucho más rápida, "No hace falta ingresar al paciente, pero aún así eso supone una presión importante sobre los servicios de oftalmología.

Otra patología relacionada con el envejecimiento es la degeneración macular asociada a la edad. Cuando no tenía remedio, pasaba al sistema sociosanitario o a las familias. "Ahora tenemos buen diagnóstico y seguimiento, y un tratamiento. El in-

conveniente del tratamiento es que hay que realizar inyecciones del fármaco, que son los antiangiogénicos, y hay que hacer una media de cuatro o cinco inyecciones al año. Eso carga mucho a los servicios y al sistema de salud, porque las inyecciones no son baratas".

Se están investigando nuevos métodos en fármacos que tengan más durabilidad, que necesiten menos inyecciones, "pero por el momento estamos donde estamos. En mi servicio hacemos unas 13.000-14.000 inyecciones al año, que es una barbaridad. Hacemos unas 6.000-7.000 cataratas al año y unos 13.000-14.000 pinchazos al año, que precisan soporte de enfermería, de secretaria, de auxiliar, de médico, etc. No es una inyección que se pueda hacer a domicilio o como la de la insulina, sino que hay que pinchar dentro del ojo con unas medidas de esterilidad determinadas, una sala blanca, que no llega a ser un quirófano con anestésista, pero es una sala donde hay una cierta esterilidad, y eso complica mucho nuestra logística", resalta el doctor.

En el glaucoma, reconoce que la cirugía antes era más abierta, se tardaba más en operar porque el beneficio-riesgo estaba más comprometido, "pero ahora ya estamos haciendo cirugías en pacientes que tienen menos evolución, fundamentalmente para evitar un tratamiento crónico de por vida o porque vemos que es más seguro controlar así el glaucoma. Es, para entendernos, como un stent cardíaco, pero dentro del ojo, en miniatura, que también debe hacerse en un ambiente quirúrgico, pero es una cirugía más rápida y menos agresiva para el ojo y para el paciente".

El doctor especifica que antes, con la cirugía, buscaban que el paciente viera, fundamentalmente. Luego se ajustaba con unas gafas. "Ahora se está buscando también una rehabilitación visual, es decir, que el paciente pueda ver tanto de lejos como de cerca y allí nos metemos en el mundo las lentes multifocales, en el estudio de la superficie anterior del ojo, en que podemos remodelarla, de manera que el paciente tenga una mejor calidad visual. Ya no hablamos solo de visión, sino de tener una mejor calidad visual, y eso es hacia donde está yendo la especialidad, tendiendo a la estandarización de las cirugías y a una mejor corrección visual". Reconoce que todo ello también requiere un mayor estudio del paciente y una mayor inversión en tecnología, "pero



“**PODEMOS ESTUDIAR EL NERVIÓ ÓPTICO IGUAL QUE PODEMOS ESTUDIAR LOS VASOS EN VIVO Y EN DIRECTO**”

conseguimos que, sin ayuda o con menos ayuda de elementos externos, sea de gafas o lentillas, podamos tener un paciente que tenga una muy buena calidad visual a todas distancias y en todo momento”.

En cuanto a la cirugía vitrorretiniana y la cirugía del ojo en general, aunque son pocos, realmente no hay una casuística muy grande, “pero, por ejemplo, en el tratamiento de los tumores intraoculares, melanomas y tratamientos de los retinoblastomas, en todo lo que es un tratamiento oncológico ocular, también se han logrado menos amputaciones. Intentamos que los pacientes conserven el órgano y, en la medida posible, la visión, cuando nos encontramos con un tumor. En tumores orbitarios, lo mismo. También se está avanzando mucho en ese sentido en la oncología oftalmológica”.

El experto también hace hincapié en los tratamientos de los niños, que son una parte muy sensible dentro de la especialidad. “Con una rehabilitación precoz se consigue que haya menos ojo vago, menos ambliopía, y se hace una detección precoz. También se está trabajando y se están consiguiendo muy buenos resultados”.

En cuanto al ojo seco, más del 90% son casos leves que se pueden tratar con gotas de lágrima artificial, “pero hay algunas personas que tienen un ojo más complicado. A veces se asocia con otras enfermedades, otras veces es muy prevalente, sobre todo en mujeres menopáusicas todo el tema de la sequedad ocular y ahora también hay nuevos tratamientos con láser pulsado y con otro tipo de terapéuticas y algunos fármacos, como la ciclosporina, que están mejorando mucho también el tratamiento y el confort de esos pacientes, que a veces eran difíciles de tratar”.

En los trasplantes corneales, “hace unos 10-15 años empezamos a trasplantes por capas, y eso también ha mejorado mucho, hay menos riesgo de rechazo y se está devolviendo la transparencia a muchas córneas que antes parecía de ciencia ficción y prácticamente era imposible hacerlo”.

### Las últimas investigaciones

Destacando la investigación en fármacos, Luis Pablo Júlvez resalta las nuevas formas de aplicar esos fármacos con una

mayor durabilidad de los mismos. Mientras que destaca que los tratamientos intravítreos tampoco tienen muchos años, ya que prácticamente no se inyectaban sustancias dentro del ojo, “era todo tópico o general, por vía parenteral o vía tópica, y ahora muchos tratamientos son intravítreos”.

Se están inyectando corticoides con insertos de liberación retardada. “También se están empezando a hacer tratamientos para el glaucoma con fármacos intraoculares. Las nuevas formas de administración están tomando mucha preponderancia dentro de la especialidad”. Según el doctor, también se está fomentando mucho en nuestro país la interdisciplinariedad, es decir, “que podamos trabajar con otros médicos en determinadas patologías, como enfermedades reumáticas que tienen trascendencia en el ojo, enfermedades endocrinas, diabetes. Lo que se hace es trabajar con este tipo de especialistas para poder dar un mejor tratamiento personalizado. También trabajar con ingenieros informáticos en temas de inteligencia artificial, y eso también está dando una apertura de campo muy importante, porque podemos detectar enfermedades dentro del ojo”.

A la vez, en las líneas de investigación, trabajan mucho con neurólogos y neurocientíficos, porque están detectando, tanto inicio como progresión de enfermedades neurodegenerativas estudiando el nervio óptico. “Podemos, a través de las capas transparentes del ojo, estudiar el sistema nervioso central, directamente en vivo, con una prueba barata sencilla y muy rápida. Podemos estudiar el nervio óptico igual que podemos estudiar los vasos en vivo y en directo. Antes se hacía con una fotografía, y ahora se trabaja con la tomografía óptica de coherencia, el OCT”.

Luis Pablo Júlvez da a conocer que se pueden detectar enfermedades neurodegenerativas a través del ojo con este tipo de tecnología. “De hecho, tenemos una publicación en la que estamos nosotros en Lancet sobre este tema. Probablemente lo que falta es el siguiente paso, que es trasladarlo a la industria. Hay muchos grupos que trabajamos con neurólogos dentro de los hospitales y con este tipo de tecnología, pero lo que hay que hacer es generalizarla, que esa tecnología pase a una fabricación masiva o a una difusión masiva dentro del mundo de la medicina”. ■

### ‘Falta dinero’

Para Luis Pablo Júlvez, en España sobra talento. “Falta dinero, somos un país en el cual la medicina se está haciendo con un coste muy bajo. Los médicos en toda Europa y en Estados Unidos están mucho mejor pagados. Y esto me parece que tiene pocos visos de solucionarse. En España, la oftalmología clínica tiene un nivel comparable a cualquier otro país desarrollado y en muchos casos superior. En Cataluña hay un montón de centros muy prestigiosos, pero pasa en Madrid y pasa en el resto de las provincias”.

“MÁS O MENOS, UN 1% AL AÑO DE LA POBLACIÓN EN NUESTRO MEDIO SE OPERA DE CATARATAS”