

# CÓMO

Trastornos más habituales  
de la superficie ocular en  
el gabinete de óptica

*Agradecemos la colaboración prestada a Raúl Martín Herranz, PhD,  
Optometrista. Profesor de Optometría en la Plymouth University  
(Reino Unido) y en la Universidad de Valladolid (España).*



## ¿La salud ocular debe estar en la Óptica?

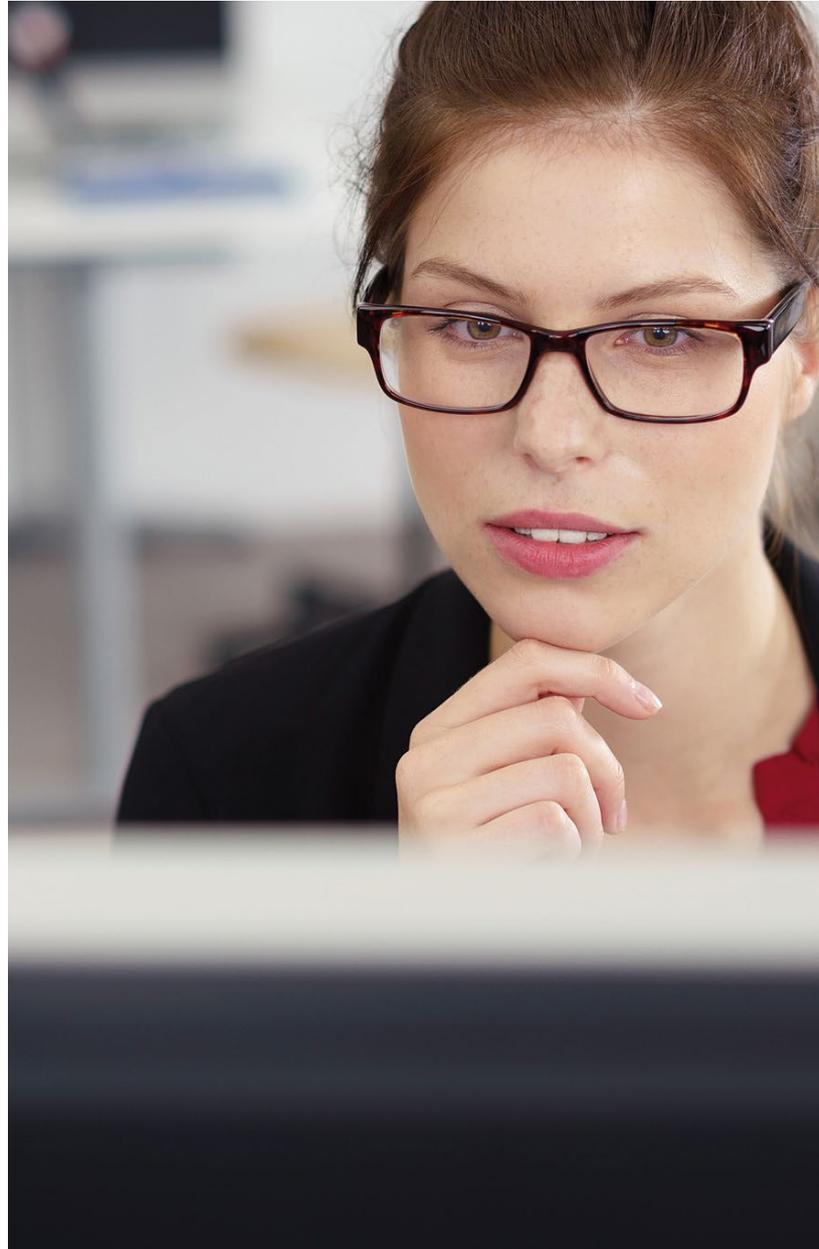
Sí, el lugar natural de la salud ocular debe ser el establecimiento de Óptica y Optometría.

- 1** Porque el óptico es un profesional perfectamente cualificado para detectar diferentes trastornos oculares y recomendar tratamientos de alivio sintomático para afecciones leves, derivando el caso al especialista más adecuado si es necesario.
- 2** Porque el establecimiento de Óptica y Optometría está dotado de un equipamiento tecnológico que permite al óptico tanto la graduación de la vista como la detección de un amplio abanico de patologías y trastornos oculares.
- 3** Porque el óptico-optometrista es cercano y accesible para el público en general y a menudo es el primer profesional a quien se recurre cuando aparece algún síntoma o molestia en los ojos.
- 4** Porque es una oportunidad de obtener el reconocimiento profesional, apostar por la especialización y mejorar el negocio, ofreciendo servicios y productos de calidad y valor añadido para los clientes/pacientes.
- 5** Porque la aportación del óptico-optometrista en el tratamiento de afecciones oculares leves cada vez cobra mayor importancia en Europa, debido a la creciente necesidad de atención oftalmológica de la población. En muchos países como Gran Bretaña este sistema se aplica con éxito desde hace tiempo.

# SÍNDROME DE OJO SECO

También conocido comúnmente como sequedad ocular es un problema muy común que puede afectar al 15-35% de la población según diversos estudios [("International Dry Eye Workshop (DEWS)" (2007)]<sup>1</sup>. Aunque existen varios tipos de síndrome de ojo seco, éste puede clasificarse en dos grandes grupos, por un lado el hiposecretor (deficiencia acuosa) y por otro el evaporativo.

Este último -síndrome de ojo seco evaporativo- está muy relacionado con nuevos estilos de vida y ciertos hábitos muy extendidos en la población, como el uso continuo de pantallas de visualización de datos<sup>2</sup> o la permanencia en ambientes secos con aire acondicionado o calefacción excesiva, que provocan trastornos oculares como sequedad, irritación y otros. De hecho, la sequedad ocular es uno de los motivos más frecuentes en las consultas.

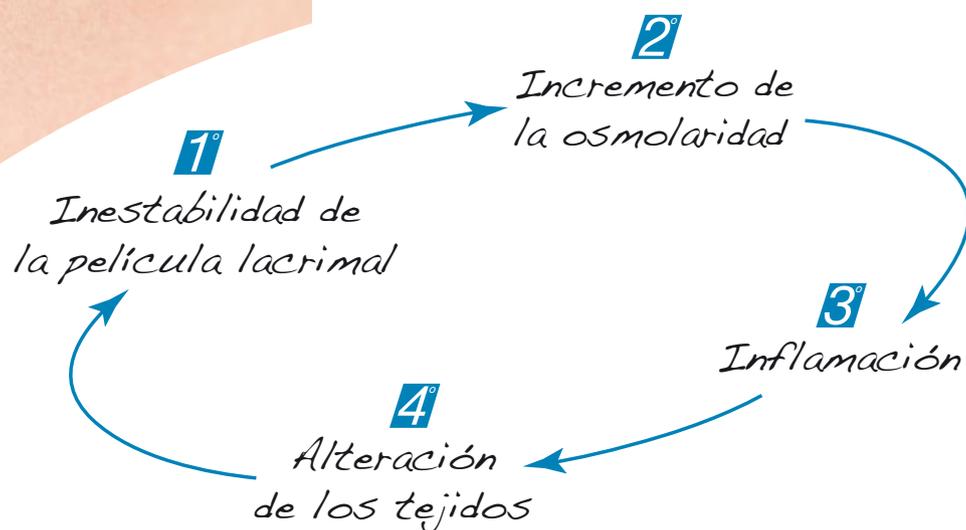




## ¿Qué es el síndrome de ojo seco?

*El ojo seco es un trastorno multifactorial de la lágrima y la superficie ocular que se manifiesta en síntomas de malestar, problemas de visión e inestabilidad del film lacrimal con un daño potencial de la superficie ocular.*

Se acompaña de un aumento en la osmolaridad de la película lacrimal e inflamación de la superficie ocular (DEWS, 2007)<sup>3</sup> que a menudo se relacionan con un descenso de la producción de lágrima o un aumento de su evaporación.



## Grados de sequedad

Existe un razonable consenso entre los expertos en clasificar el síndrome de ojo seco según su gravedad en 4 niveles diferenciados. Los casos de sequedad ocular grado 1 y 2 pueden mejorar mediante cambios en el comportamiento de los pacientes o modificaciones ambientales así como con el uso de gotas lubricantes, con lavados oculares diarios, con preparados que contienen fosfolípidos<sup>4</sup>, etc. Los pacientes con grados de severidad más elevados (3 y 4) suelen precisar tratamiento médico oftalmológico.

### ESQUEMA PARA LA CALIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL OJO SECO<sup>5</sup>

Nivel de gravedad del ojo seco	1	2	3	4*
<b>Incomodidad, gravedad y frecuencia</b>	Leve y/o episódico; ocurre bajo estrés ambiental	Episódico o crónico moderado, con o sin estrés	Frecuente o constante grave sin estrés	Severo y/o discapacitante y constante
<b>Síntomas visuales</b>	Ninguno o fatiga episódica leve	Episódico molesto y/o limitante	Molesto, crónico y/o constante, limitante	Constante y/o posiblemente discapacitante
<b>Inyección conjuntival</b>	Ninguno a leve	Ninguno a leve	+/-	+ / ++
<b>Tinción conjuntival</b>	Ninguno a leve	Variable	Moderado a marcado	Marcado
<b>Tinción corneal (severidad /ubicación)</b>	Ninguno a leve	Variable	Central marcado	Erosiones punteadas severas
<b>Signos corneales / lagrimales</b>	Ninguno a leve	Desechos leves, ↓ menisco	Queratitis filamentosa, agregación de moco, ↑ desechos en las lágrimas	Queratitis filamentosa, agregación de moco, ↑ desechos en las lágrimas, ulceración
<b>Párpado/ Glándulas de Meibomio</b>	MGD variablemente presente	MGD variablemente presente	Frecuente	Triquiasis, queratinización, simbléfaron
<b>TFBUT (seg)</b>	Variable	≤ 10	≤ 5	≤ Inmediato
<b>Puntuación de Schirmer (mm/5 min)</b>	Variable	≤ 10	≤ 5	≤ 2

\* Debe presentar signos y síntomas. TFBUT: tiempo de ruptura lagrimal con fluoresceína. MGD: disfunción de la glándula de meibomio. Reimpreso con permiso de Behrens A, Doyle JJ, Stern L y col. Dysfunctional tear syndrome. A Delphi approach to treatment recommendations. Cornea 2006; 25: 90-7.

# Cómo detectar el ojo seco en el gabinete de Óptica

*Una de las herramientas imprescindibles para la identificación de problemas de sequedad en el gabinete de Óptica es la anamnesis.*

## **Recogida y valoración de síntomas**

Conversando con el paciente sobre sus hábitos y sus síntomas oculares, identificando el grado y frecuencia de las molestias o su relación con ciertas actividades como el uso de ordenadores, e indagando sobre la ingesta de ciertos medicamentos, cuyos efectos secundarios pueden provocar sequedad, es posible identificar claramente al paciente que requiere algún tipo de actuación profesional.

Asimismo, resulta de gran utilidad el uso de cuestionarios validados como el cuestionario OSDI; McMonnies; DEQ-5; SPEED; el Computer Vision Syndrome Questionnaire (CVS-Q) u otros.



## Técnicas de exploración más frecuentes para la evaluación de signos

Una de las técnicas más útiles en el gabinete de Óptica es la exploración de la superficie ocular con la lámpara de hendidura (biomicroscopía de polo anterior). Para analizar los signos relacionados con el ojo seco es conveniente realizar las siguientes pruebas:

- 1 Evaluación de los párpados y pestañas** identificando la presencia de descamaciones en la base de las pestañas, valorando la regularidad del borde palpebral, presencia de neovascularización (telangiectasias) y el estado de las Glándulas de Meibomio, tanto en el párpado superior como en el inferior (ver sección Blefaritis).
- 2 Evaluación del menisco lagrimal** en caso de ser menor de 0,40 mm.<sup>6</sup>
- 3 Valoración de la integridad del epitelio corneal y conjuntival** combinando la instilación de fluoresceína sódica y la exploración bajo luz azul cobalto y filtro amarillo (Wratten 12) e identificando la presencia de tinciones.
- 4 Medida del tiempo de ruptura lagrimal** (TBUT) que ha de ser mayor de 10 segundos para considerarse normal (luz azul y filtro amarillo).





## Pruebas complementarias

Otras pruebas complementarias de gran utilidad en la exploración del paciente con síntomas de sequedad ocular son:

- Medida del tiempo de ruptura lagrimal no invasivo (NIBUT), por ejemplo observando las miras queratométricas o del autorrefractómetro sobre la superficie corneal. También existen equipos comerciales que permiten evaluar esta medida de forma más estandarizada (Tearscope, Oculus Keratograph 5, etc.)
- Medida de la osmolaridad lagrimal.
- Medida del test de Schirmer con o sin anestesia.
- Realización de otras tinciones vitales como el Rosa de Bengala o el Verde de Lisamina.
- Test del rojo fenol u otros.

# Qué recomendar en el gabinete de Óptica

*El uso de gotas humectantes se recomienda como tratamiento base, sea cual sea el grado de sequedad ocular, con el fin de restaurar el equilibrio del film lacrimal.*

## Primera línea de actuación

El tratamiento recomendado dependerá de la severidad del ojo seco. En el gabinete optométrico se tratarán los casos de sequedad ocular leve o moderada. Si se detectaran síntomas de sequedad severa se debería indicar al paciente que, si bien el uso de lágrimas artificiales y baños oculares es adecuado, en su caso sería insuficiente. El paciente deberá ser remitido al oftalmólogo.

## Cuándo recomendar productos sin conservantes

En caso de que su uso se requiera de forma más o menos continuada, por ejemplo durante más de 4 veces al día se recomienda utilizar gotas humectantes sin conservantes para evitar los efectos secundarios de estos sobre la superficie ocular.<sup>7</sup> Por supuesto, el uso de productos libres de conservantes es absolutamente necesario en pacientes con ojo seco severo. (DEWS, 2007).<sup>8</sup>

## Sequedad ocular por circunstancias ambientales adversas

Si la sequedad ocular está asociada a circunstancias medioambientales adversas, como la permanencia prolongada en ambientes secos, uso de pantallas de visualización de datos, edificios con sistemas de calefacción o aire acondicionado “inteligentes”, se recomienda, además del uso de lágrimas artificiales y baños oculares, el empleo de medidas que actúen sobre esas condiciones como el uso de humidificadores, así como productos que hidraten la piel de los párpados y disminuyan la “fatiga palpebral”.

## Sequedad y usuarios de lentes de contacto

Los usuarios de lentes de contacto merecen un capítulo aparte. En su caso el óptico tiene mayor posibilidad de diagnosticar un ojo seco, pues son clientes a los que ve con cierta frecuencia. Además en estos pacientes la probabilidad de padecer sequedad ocular asociada al uso de ordenadores es 80% mayor que en el caso de los no usuarios (OR=4,8).<sup>9</sup> Si sufren sequedad ocular deberán utilizar productos que permitan una rehidratación tanto de la superficie ocular como de las lentes de contacto.



# CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Las alergias afectarán en 20 años a la mitad de la población europea. Se estima que hoy ya padece este problema el 20% y es una cifra que va en aumento en los países occidentales.

Una alergia es una respuesta exagerada del sistema inmunológico cuando entra en contacto con ciertas sustancias (alérgenos).

Uno de los grupos de alérgenos más frecuentes son los pólenes, pero hay otros como hongos, ácaros del polvo, epitelio de animales y ciertos alimentos.





## ¿Qué es la alergia ocular?

*La alergia ocular engloba un grupo de enfermedades con diferentes mecanismos inmunopatológicos y manifestaciones clínicas sin que exista un claro consenso en su definición.<sup>10</sup> Uno de los cuadros más comunes y menos severos es la conjuntivitis alérgica.*

### **Causas de la conjuntivitis alérgica**

En general, se puede afirmar que la conjuntivitis alérgica ocular está provocada por la presencia de ciertas sustancias (alérgenos). Estas sustancias no suelen ocasionar problemas a la mayoría de las personas, pero en el caso de los alérgicos su sistema inmunitario las identifica como nocivas y hace que se pongan en marcha ciertos mecanismos de hipersensibilidad, que desencadenan los síntomas (enrojecimiento de la conjuntiva, picor, secreción, etc.).

## Clasificación de la conjuntivitis alérgica

Recientemente se ha propuesto una clasificación de la conjuntivitis alérgica en función de la duración y frecuencia de aparición de los síntomas. Así, se considera conjuntivitis alérgica intermitente si los síntomas están presentes menos de 4 días a la semana o menos de 4 semanas consecutivas. La conjuntivitis alérgica es persistente si los síntomas aparecen más de 4 días a la semana y más de 4 semanas consecutivas.

Otro criterio de clasificación tiene en cuenta la gravedad de los síntomas:

LEVE	MODERADO (si aparecen 1-3 de los datos)	GRAVE (si aparecen 4 datos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas y signos no molestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas y signos molestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas y signos molestos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No repercuten en la visión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repercuten en la visión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repercuten en la visión</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No interferencia en tareas académicas o laborales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interferencia en tareas académicas o laborales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interferencia en tareas académicas o laborales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No afectación en las actividades diarias, lectura y/o deporte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectación en las actividades diarias, lectura y/o deporte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectación en las actividades diarias, lectura y/o deporte</li> </ul>

Clasificación de conjuntivitis alérgica propuesta en el Consensus Document on Allergic Conjunctivitis (DECA)

En general la conjuntivitis alérgica afecta a personas de cualquier edad (adultos/niños), sin diferencia de sexo y que suelen presentar historia familiar de alergia y/o asociación con otras enfermedades atópicas (rinitis o asma). Puede darse tanto en primavera (estacional) o en cualquier época del año (perenne) y viene acompañada de síntomas/signos como picor ocular, hiperemia conjuntival (ojo rojo), fotofobia, lagrimeo (secreción acuosa) o edema palpebral (hinchazón de los párpados). No debe presentar afectación corneal (no tinción corneal, vascularización u otro).<sup>10</sup>

En la mayoría de los casos el tratamiento con antihistamínicos (orales o tópicos) suele ser adecuado, si bien también pueden ser necesarios vasoconstrictores, antiinflamatorios, corticoides y otros medicamentos dependiendo del caso.<sup>10</sup> Sin embargo, medidas no-farmacológicas como el uso de compresas frías o baños oculares y lágrimas artificiales, así como evitar los alérgenos (modificando el entorno, quitando alfombras, etc.) contribuyen en la mayoría de los casos a proporcionar un alivio notable de los síntomas.

# Cómo detectar la conjuntivitis alérgica en el gabinete de Óptica

*El optometrista, por su preparación y los métodos de diagnóstico de los que dispone, puede diagnosticar una conjuntivitis alérgica, afección cuyo tratamiento no requiere en muchas ocasiones el empleo de medicamentos.*

En el caso de recibir una persona con síntomas compatibles con un cuadro de alergia ocular en el gabinete de Óptica, el primer paso es realizar una cuidadosa anamnesis que incluya la historia familiar de alergia o atopia, explore la frecuencia de aparición de los síntomas (intermitente o persistente), el contacto con alérgenos, etc., así como completar un cuidadoso examen del polo anterior del ojo con la lámpara de hendidura.

Este examen tiene que realizarse de forma sistemática buscando la presencia de edema palpebral, grado de hiperemia



conjuntival, presencia y tipo de secreción (que debe ser acuosa) así como descartar la presencia de afectación corneal (tinción, vascularización, etc.). Se recomienda usar sistemas de gradación como la *Efron Grading Scale* para registrar los hallazgos encontrados. <sup>11</sup>

Si el examen optométrico sugiere un problema importante, por ejemplo, la suposición o certeza de una afección de córnea, el optometrista debe derivar el caso al médico especialista más adecuado para un correcto diagnóstico y tratamiento.

# Qué recomendar en el gabinete de Óptica

*El manejo optométrico de la conjuntivitis alérgica está orientado a mejorar las condiciones de la superficie ocular en cuadros ocasionales y proporcionar al paciente un alivio sintomático.*

## **Aliviar los síntomas**

Hay que considerar los trastornos que el paciente describe y los síntomas clínicos que presenta. El tratamiento depende de la gravedad de la reacción alérgica. Las terapias no medicamentosas son para muchos pacientes con conjuntivitis alérgica estacional o anual el necesario primer paso para el alivio subjetivo de sus síntomas. A veces el primer paso es suficiente.

## **Limpiar e hidratar**

Es muy recomendable realizar baños oculares frecuentes para el arrastre y retirada eficaz de los alérgenos del segmento anterior del ojo con una solución de pH y tonicidad idénticas a las de la lágrima y que a la vez proporcione hidratación. Si aparece gran secreción, que puede acumularse o interferir con la visión, el lavado ocular puede acompañarse del uso de toallitas limpiadoras. Por otra parte, la

aplicación de compresas frías contribuye a la disminución del edema.

Otra medida no medicamentosa que se puede recomendar es el empleo de lágrimas artificiales que, aplicadas varias veces al día, arrastran los alérgenos del saco conjuntival, consiguiéndose así el alivio de los síntomas.<sup>12</sup>





Las gotas humectantes sin conservantes pueden ser útiles para hidratar la superficie ocular, lubricar el parpadeo y minimizar las molestias, también en los casos en los que el paciente alérgico ya tome medicamentos que puedan provocar ojo seco (ciertos antihistamínicos orales, por ejemplo).

Finalmente, el uso combinado de información apropiada y una correcta educación del paciente con el tratamiento adecuado es la mejor manera de manejar el control de la conjuntivitis alérgica.<sup>10</sup>

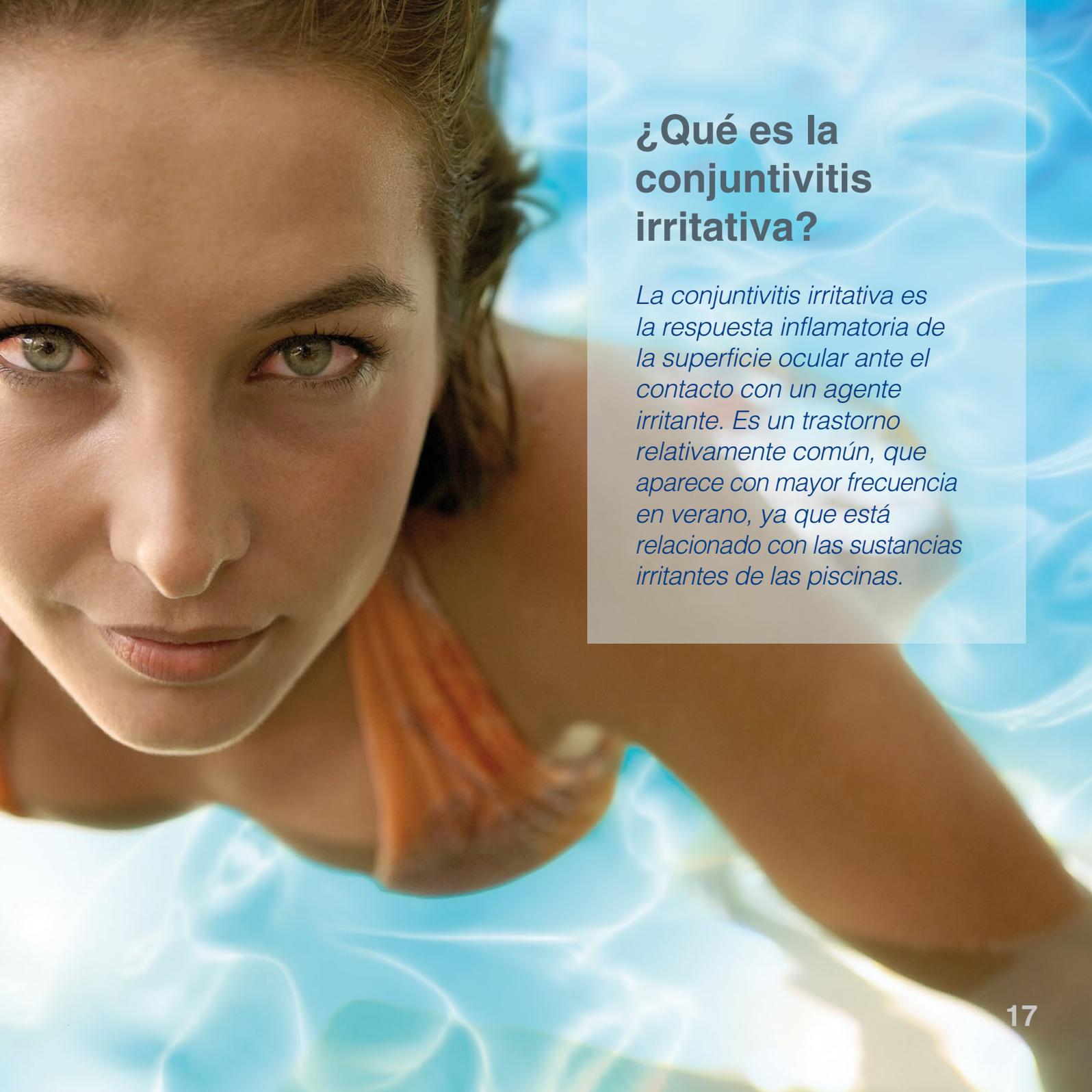
### **El uso de lentes de contacto en el caso de alergias oculares**

En el pasado se desaconsejaba usar lentes de contacto mientras se tuviera una conjuntivitis. El motivo de esta medida de precaución era considerar, entre otras cosas, el peligro de que las partículas que pudieran producir alergia se depositaran en la superficie de la lente. Estos depósitos podían llevar a que los alérgenos actuaran durante más tiempo sobre el segmento anterior de ojo, ocasionando una reacción alérgica de mayor duración o intensidad. Sin embargo, hay estudios que incluso demuestran que el llevar lentillas de uso diario puede, en ciertas condiciones, reducir los síntomas en caso de alergias oculares.<sup>13,14</sup>

# CONJUNTIVITIS IRRITATIVA

El contacto de sustancias químicas irritantes con la superficie ocular puede provocar una conjuntivitis irritativa o tóxica.<sup>15</sup> Existen numerosas sustancias que pueden irritar la superficie ocular, tales como el cloro de las piscinas, algunas cremas solares o cosméticos, o incluso el abuso de fármacos tópicos. Sustancias más agresivas como lejía, amoníaco, álcalis, ácidos u otros pueden provocar quemaduras y deben ser adecuadamente valorados por un profesional especializado. El manejo de estos últimos casos excede el objetivo de esta guía. La conjuntivitis irritativa también se puede asociar con la presencia de blefaritis.





## ¿Qué es la conjuntivitis irritativa?

*La conjuntivitis irritativa es la respuesta inflamatoria de la superficie ocular ante el contacto con un agente irritante. Es un trastorno relativamente común, que aparece con mayor frecuencia en verano, ya que está relacionado con las sustancias irritantes de las piscinas.*

## Cómo detectar la conjuntivitis irritativa en el gabinete de Óptica

*La conjuntivitis tóxica o irritativa es fácil de detectar mediante una cuidadosa anamnesis que identifique la relación entre el cuadro de ojo rojo con el contacto de un agente irritante.*

Los casos relacionados con el uso crónico de fármacos tópicos (colirios) sin control médico pueden ser más difíciles de detectar. El paciente suele referir síntomas similares a los de una conjuntivitis; hiperemia conjuntival, picor, quemazón, lagrimeo, etc. y en ocasiones también visión borrosa o fotofobia (en estos casos es necesario explorar cuidadosamente la superficie corneal).

El examen optométrico se completará mediante una exploración con la lámpara de hendidura que permita identificar los signos clínicos característicos, prestando especial atención a la posible afectación de la córnea mediante la instilación de fluoresceína sódica y exploración con luz azul cobalto. El uso de filtro amarillo (Wratten 12) ayuda a mejorar el contraste de la imagen.





## Qué recomendar en el gabinete de Óptica

*Como primera maniobra se recomienda el lavado del ojo con abundante solución salina o baño ocular compuesto de suero fisiológico y ácido hialurónico que permita eliminar el agente irritante de la superficie ocular*

El manejo del caso dependerá de los signos clínicos encontrados y su gravedad. Para la mejoría del cuadro se pueden recomendar el uso de compresas frías, lavados oculares frecuentes, así como lágrimas artificiales sin conservantes. En casos más graves puede ser necesario un tratamiento con antibiótico o antiinflamatorio (corticoides).

Para los casos en los que la conjuntivitis irritativa se asocie con un abuso de fármacos tópicos es necesario retirar estos fármacos y pautar lágrimas artificiales (4 a 8 veces al día) sin conservantes durante 3 a 5 días y volver a valorar el caso.<sup>15</sup>

Los pacientes que no muestren una mejoría evidente después de estas primeras medidas deben ser reevaluados para identificar la causa<sup>15</sup> y remitidos para su adecuado manejo médico-oftalmológico.

# BLEFARITIS

La blefaritis es un conjunto de condiciones oculares que son la principal causa de ojo seco evaporativo (DEWS 2007).<sup>3</sup> Es relativamente frecuente su asociación con personas de piel y pelo graso.

## ¿Qué es la blefaritis?

*En términos generales la blefaritis puede definirse como una condición inflamatoria ocular asociada con enrojecimiento, picor, descamación y costras en los párpados.*

Es un trastorno común (algunas encuestas encuentran una prevalencia entre el 37% y el 47%) que afecta a niños y adultos en todos los grupos étnicos y en todas las edades.<sup>16</sup>

Aunque existen diferentes clasificaciones es frecuente definir la blefaritis en función de su localización como blefaritis anterior (o también llamada estafilocócica o seborreica), blefaritis posterior (Disfunción de las Glándulas de Meibomio) o blefaritis marginal (incluye ambas; anterior y posterior).<sup>16</sup>



En usuarios de lentes de contacto, este cuadro puede exacerbar los síntomas de sequedad ocular y ensuciar más las lentes, dificultando o impidiendo su uso de forma cómoda y satisfactoria.

# Cómo detectar la blefaritis en el gabinete de Óptica

*La anamnesis presenta una utilidad limitada puesto que los síntomas de la blefaritis son inespecíficos y comunes a otros cuadros.*

Generalmente los pacientes de blefaritis se quejan de ardor, picor, sensación de cuerpo extraño en los ojos, intolerancia al uso de lentes de contacto, fotofobia (sensibilidad a la luz), enrojecimiento ocular y la formación de costras en los márgenes o bordes de los párpados, con mayor frecuencia en el superior que en el inferior. Los síntomas suelen ser más agudos por las mañanas y es frecuente que un mismo paciente pueda tener episodios de exacerbaciones y remisiones.

También es posible, especialmente en usuarios de lentes de contacto, que el paciente refiera alteraciones en su visión que mejoran al limpiar las lentes de contacto, pero que transcurrido un tiempo vuelven a empeorar.

La detección de la blefaritis se realiza mediante la exploración de los párpados con la lámpara de hendidura, prestando especial atención a la presencia de los signos característicos.

- Por ejemplo en la blefaritis anterior es típico encontrar la presencia de costras o collaretes que envuelven las pestañas desde su base, eritema, inflamación o presencia de telangiectasias (neovasos) en el borde palpebral y en casos severos triquiasis (crecimiento anómalo de las pestañas hacia dentro del ojo), poliosis (despigmentación de las pestañas), madarosis (pérdida de las pestañas) o incluso ulceración de los párpados y presencia de cicatrices corneales.
- Por su parte en la blefaritis posterior (Disfunción de las Glándulas de Meibomio) es típico encontrar las salidas de estas glándulas obstruidas, taponadas o dilatadas, mostrando una secreción turbia y de mayor espesor de lo normal. También pueden aparecer telangiectasias en el borde palpebral.

*Debido a su asociación con el síndrome de ojo seco evaporativo, las técnicas para explorar un paciente con sequedad ocular pueden también aplicarse en el caso de blefaritis.*

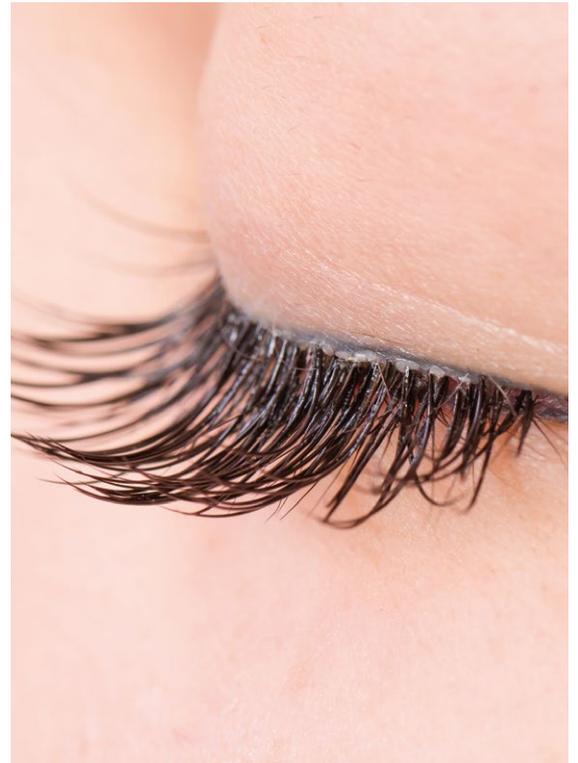
## Qué recomendar en el gabinete de Óptica

*El tratamiento de higiene palpebral consta de tres pasos: aplicación de calor, masaje de párpados y limpieza palpebral.*

En primer lugar es importante identificar si es un cuadro en el que la blefaritis está causando síntomas, ya que grados leves de blefaritis pueden ser asintomáticos y no requerir tratamiento, ni manejo específico. Sin embargo, en los casos en los que el paciente refiera incomodidad o molestias visuales será necesario adoptar medidas. Estas medidas serán similares para los pacientes con blefaritis anterior, posterior o marginal.

El optometrista deberá aclarar al paciente que el tratamiento de higiene palpebral es siempre indispensable. Este tratamiento deberá realizarse a diario, mañana y noche, y consta de tres pasos: aplicación de calor (mediante compresas calientes, antifaces, etc.) para fluidificar el *meibum*, suave masaje palpebral y limpieza de los párpados con toallitas adecuadas para este fin.<sup>16</sup> Una higiene que no contemple estos tres pasos será menos efectiva. En algunos casos suelen ser necesarios medicamentos (antibióticos orales como tetraciclinas o doxiciclinas e incluso corticoides tópicos) que serían recetados por el médico especialista. Asimismo, se recomienda aumentar la ingesta de ácidos grasos no saturados, específicamente Omega 3, para casos moderados o severos.<sup>17</sup>

En usuarios de lentes de contacto, además es aconsejable el uso de limpiadores de superficie adecuados (limpiador desengrasante con alcohol isopropílico) para mejorar el estado de la superficie de las lentes de contacto.



# SENSACIÓN DE TENSIÓN PALPEBRAL

Los párpados cumplen una función de protección muy importante en los ojos. Esta zona es muy sensible a condiciones adversas. La piel alrededor de los ojos es especialmente fina: tiene solo un tercio del grosor medio de la piel de la cara.

La sensación de tensión de los párpados y de la zona del ojo está relacionada con muchos factores como la falta de sueño, la permanencia en ambientes secos (que tiene un efecto negativo no sólo en el film lacrimal, sino también en la piel de los párpados) y también la utilización de las lentes de contacto durante muchas horas a lo largo del día. En general todo esto está relacionado con una deshidratación de los párpados.

A menudo los clientes con tensión en los ojos nos refieren molestias subjetivas en la zona de los párpados, como sensación de fatiga o ligera hinchazón de los ojos y párpados.

## Qué recomendar

En los casos de sensación de tensión del contorno de ojos y del párpado superior se aconseja usar productos con efecto relajante, refrescante y regenerante.



# BIBLIOGRAFÍA (Notas)

- <sup>1</sup> The epidemiology of dry eye disease: report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5(2): p. 93-107.
- <sup>2</sup> Gowrisankaran S, Sheedy JE. Computer vision syndrome: A review. *Work*. 2015;52:303-14.
- <sup>3</sup> The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5(2): p. 75-92.
- <sup>4</sup> Prokopich, C. Lisa et al.: Screening, Diagnosis and Management of Dry Eye Disease: Practical Guidelines for Canadian Optometrists. 2014; 76. Suppl.1: p. 17-18.
- <sup>5</sup> Definición y clasificación de la enfermedad del ojo seco: Informe del Subcomité de definición y clasificación del Taller internacional sobre ojo seco (2007). *Ocul Surf*. 2007. 5(2): p. 90.
- <sup>6</sup> Shen M, Li J, Wang, et al.: Upper and lower tear menisci in the diagnosis of dry eye. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*; 50: 2722-2726.
- <sup>7</sup> Prokopich, C. Lisa et al.: Screening, Diagnosis and Management of Dry Eye Disease: Practical Guidelines for Canadian Optometrists. 2014; 76. Suppl.1: p.18.
- <sup>8</sup> Management and therapy of dry eye disease: report of the Management and Therapy Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf*, 2007. 5 (2): p. 165.
- <sup>9</sup> Tauste A, Ronda E, Molina MJ, Seguí M. Effect of contact lens use on Computer Vision Syndrome. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2016;36:112-9.
- <sup>10</sup> Sánchez-Hernández MC and Spanish Group Ocular Surface-GESOC. Consensus document on allergic conjunctivitis (DECA). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2015;25:94-106.
- <sup>11</sup> Efron, Nathan (2000) Efron Grading Scales for Contact Lens Complications (Millennium Edition), Butterworth-Heinemann. (disponible on-line en <http://eprints.qut.edu.au/11857/1/11857a.pdf>).
- <sup>12</sup> Bielory BP, Terrence P, Bielory L. Management of Seasonal Allergic Conjunctivitis: Guide to Therapy. *Acta Ophthalmologica*. 2012; 90 (5): 399-407.
- <sup>13</sup> Hayes VY, Schneider CM, Veys J. An evaluation of 1-day disposable contact lens wear in a population of allergy sufferers. *Contact Lens Anterior Eye* 2013. Jun;26 (2): 85-93.
- <sup>14</sup> Wolffsohn JS, Emberlin JC. Role of contact lenses in relieving ocular allergy. *Contact Lens Anterior Eye* 2011. Aug;34(4): 169-72.
- <sup>15</sup> American Association of Optometrist. Care of the Patient with Conjunctivitis. 2002. ([www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf](http://www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf))
- <sup>16</sup> Lindsley K, Matsumura S, Hatf E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5:CD005556.
- <sup>17</sup> Geerling G, Tauber J, Baudouin C, Goto E, Matsumoto Y, O'Brien T, Rolando M, Tsubota K, Nichols KK. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52:2050-64.

**DISOP**