

Boston[®] update

EDICIÓN LATINOAMERICANA



EN ESTE NÚMERO

EL TRATAMIENTO DE LA MIOPIA CON LENTES RGP

Importante investigación en curso: ¿El uso de lentes de contacto RGP (rígidos gas permeables) tiene un efecto de enlentecimiento de la miopía en los niños?

Una gran cantidad de expertos en la adaptación de lentes de contacto podrían tender a concluir que los lentes RGP sí retrasan la miopía en los niños. El hecho es que si bien se han llevado a cabo estudios en el pasado(1), ninguno ha resultado lo suficientemente sustancial como para probar en forma convincente este beneficio circunstancial de los lentes RGP. Es decir, hasta ahora. De hecho, en la actualidad se están desarrollando actividades importantes en Asia y los Estados Unidos con el fin de establecer un vínculo directo de causa y efecto entre el uso de RGP en los niños y el control de la miopía. El Dr. Brian Levy, vicepresidente de Global Biological and

Clinical Research ha comentado que "si los resultados de tales estudios indicasen un menor avance de la miopía cuando los niños usan los lentes RGP (en contraposición a los que usan anteojos en un grupo de control), la importancia tendría un efecto profundo en el crecimiento del mercado de RGP, sin mencionar el efecto que tendría sobre la industria de la óptica en general."

El Dr. Levy inició el Estudio de Miopía en Singapur en 1995 para determinar si el uso de lentes RGP en niños podría resultar en un menor avance de la miopía. Contrató al Dr. Oliver Shein, de la Universidad John Hopkins, para asistir en el diseño del experimento clínico y para manejar el análisis de los datos. Se eligió al Instituto Nacional de la Visión de Singapur, bajo la dirección del Dr. Chew Sek Jin, como el lugar en donde se desarrollaría la

Sigue en la página 6

REEMPLAZO PLANIFICADO DE LOS RGP: ¿TRUCO DE MARKETING O MODALIDAD LÓGICA? ALEX CANNELLA, PTC, RN, FCLSA

Los beneficios clínicos y las ventajas de esquemas de reemplazo planificado para los lentes blandos han sido correctamente comprendidos y aceptados durante casi una década. En el mercado de los Estados Unidos, los lentes de reemplazo planificado constituyen más del 70% de las nuevas adaptaciones. Si el reemplazo planificado de los lentes blandos es beneficioso para los pacientes y para los contactólogos, ¿hay razones para suponer que el reemplazo planificado de RGP proporcione los mismos beneficios?

Una de las ventajas indiscutidas de los RGP es su capacidad de transmitir oxígeno a la córnea. La mayoría de los especialistas clínicos estarán de acuerdo en que, en lo que respecta al oxígeno, cuanto más cantidad, mejor. Pero a medida que se

incrementa la permeabilidad de los materiales RGP, generalmente se termina obteniendo materiales que son más delicados y más propensos a daños o deterioro. La mayor concesión por parte de los RGP de alta permeabilidad radica en la vida útil de los lentes.

Mientras que los expertos en la adaptación de lentes de contacto prefieren recetar lentes RGP de alto Dk en mayor cantidad, se torna responsabilidad de los expertos en la adaptación ayudar al paciente a que tenga expectativas razonables en cuanto a la vida útil de los lentes. Pero, ¿qué le debe decir el adaptador al paciente? Se ha hecho muy poco para recopilar y analizar información sobre la forma de determinar y establecer la vida útil del lente RGP.

Sigue en la página 7

- ▶ EL TRATAMIENTO DE LA MIOPIA CON LENTES RGP PAGINA 1
- ▶ REEMPLAZO PLANIFICADO DE LOS RGP: ¿TRUCO DE MARKETING O MODALIDAD LÓGICA? PAGINA 1
- ▶ AERCOR™ – LA AUMICA PATENTA DA DETRÁ DE BOSTON® EO Y BOSTON® ES PAGINA 2
- ▶ BOSTON® XO – MATERIAL PARA USO PERMANENTE? PAGINA 3
- ▶ INSPECCION DE SUPERFICIE Y BORDES DE LOS LENTES RGP PAGINA 4
- ▶ ACTUALIZACION... FINALMENTE: UN ESTÁNDAR INTERNACIONAL PARA DK PAGINA 4
- ▶ "PREGÚNTELE A ALEX" – RESPUESTAS PARA SUS PREGUNTAS PAGINA 5

¿Sabía usted?

EL SITIO WEB DE PTC DE ESTRADOS UNIDOS HA SIDO RENOVADO. PUEDE VISITARNOS EN <http://www.polymer.com>

USTED PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON PTC POR INTERNET (EN EL INTERIOR DE ESTE FOLLETO ENCONTRARÁ LAS DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO).

PTC FUE EL PRIMER FABRICANTE DE MATERIAL RGP DE LOS ESTADOS UNIDOS EN RECIBIR LA CERTIFICACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9002 Y EN 46002.



BOSTON® XO AHORA PUEDE CONSEGUIRSE EN COLOR AZUL HIELO.



POR MÁS
INFORMACIÓN

USA (BOSTON)

para obtener información
sobre el boletín, póngase en
contacto con:

Polymer Technology Corp.
100 Research Drive
Wilmington, MA 01887 USA

TELÉFONO 1-978-658-6111
FAX 1-978-658-4690

CORREO ELECTRÓNICO:
boston@polymer.com

MARKETING DE PTC
WILMINGTON

JONATHAN JACOBSON

DIRECTOR DE NEGOCIOS INTERNACIONALES
E:MAIL jonathan_jacobson@polymer.com

DAVID CARDENTE

GERENTE INTERNACIONAL DE SERVICIOS
E:MAIL david_cardente@polymer.com

ALEX CANNELLA

GERENTE INTERNACIONAL DE
SERVICIOS PROFESIONALES
E:MAIL alex_cannella@polymer.com

ELIZABETH SHANNON

ASISTENTE EJECUTIVA INTERNACIONAL
DE ADMINISTRACIÓN
E:MAIL elizabeth_shannon@polymer.com

© 1999 POLYMER TECHNOLOGY CORPORATION
Todos los derechos reservados a nivel mundial.

Polymer
Technology
Corporation
U.S.A.

AERCOR[™] – LA QUIMICA PATENTADA DETRÁS DE BOSTON[®] EO Y BOSTON[®] ES

Desde el comienzo de los materiales para lentes RGP (rígidos gas permeables) en la década de los setenta, la búsqueda de avances tecnológicos ha continuado impulsando a este mercado. Los profesionales de oftalmología han exigido materiales que protejan la salud de la córnea proporcionando el oxígeno necesario para los ojos. Y también han exigido materiales que puedan ser utilizados para una variedad de diseños y de necesidades en las adaptaciones.

El método tradicional de lograr una mayor permeabilidad al oxígeno ha sido aumentar la cantidad de silicona. Sin embargo, se deben aceptar concesiones significativas a medida que se aumenta el contenido de silicona para aumentar la permeabilidad del lente, entre ellas:

- Pobre humectación de la superficie del lente
- Mayor atracción de depósitos
- Mayor flexión e inestabilidad del lente
- Menor durabilidad del lente
- Características de fabricación deficientes

Para satisfacer el deseo de los profesionales

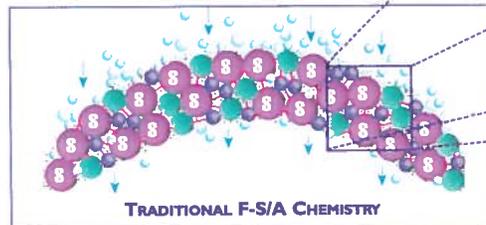


Figura 1: Química tradicional F-S/A



Figura 2: Química tradicional F-S/A

adaptadores de contar con una mayor transmisión de oxígeno y con diseños y aplicaciones de lentes de contacto aún más exigentes, PTC concentró su investigación sobre el material RGP en el logro de tres

objetivos primordiales:

- Reducir la silicona
- Aumentar la permeabilidad al oxígeno
- Mejorar la estabilidad y evitar la deformación

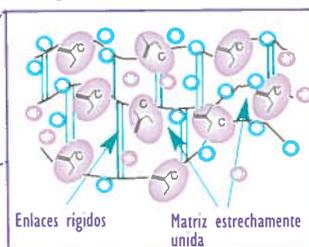
El resultado de la investigación específica constituyó un avance significativo en la química del material RGP; una nueva arquitectura de material que hemos denominado AERCOR.

La arquitectura AERCOR difiere de las arquitecturas de RGP tradicionales, en que sus componentes exclusivos ofrecen mecanismos tanto para una excelente transmisión de oxígeno como para la estabilidad del material. Esto se logró de la siguiente manera:

TECNOLOGÍA "BULKY ESTER" (PERMEABILIDAD SIN SILICONA)

El uso de grandes monómeros permeables al oxígeno desarrollados exclusivamente para la química AERCOR impiden que las cadenas poliméricas queden firmemente

Figura 1A: Enlaces rígidos



unidas como en la química tradicional F-S/A (Figura 1 y 1A).

La arquitectura AERCOR crea más

espacios de "volumen libre" que permiten mayor difusión de oxígeno a través del material (Figura 2 y 2A). El uso de esta tecnología nos permite reducir la silicona. Esto es muy importante porque podemos ofrecer elevados niveles de permeabilidad al gas a la vez que limitamos los efectos perjudiciales de la silicona.

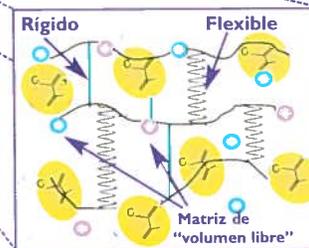


Figure 2A:

Sigue en la página 7

CLAVE PARA LAS ILUSTRACIONES:

	ELEMENTO PRINCIPAL DE AERCOR [™]
	SILICONA
	FLÚOR
	BASE PMMA
	OXÍGENO
	ENLACE AERCOR [™]
	ENLACE TRADICIONAL

BOSTON® XO – MATERIAL PARA USO PERMANENTE? FRITZ SPELLITZ

Nota del Editor: La creciente atención y análisis con respecto al uso constante de lentes blandos también ha aumentado el interés en utilizar lentes RGP de alto Dk como opción de credibilidad para uso continuo. Hace poco tiempo recibimos, sin haberlo solicitado, el siguiente informe de casos de un laboratorio cliente en Austria.

INTRODUCCIÓN

A fines de 1997 recibimos información sobre el material BOSTON XO de Polymer Technology. A partir de las propiedades físicas y de un DK de 100 (ISO/Fatt), decidimos realizar algunos ensayos clínicos con este material para un uso más permanente. Nuestra idea era utilizar este material para nuestros casos más complicados. Los siguientes informes de casos constituyen una representación típica de nuestras conclusiones.

RESEÑA SOBRE EL CASO 1

Helen S., enfermera de 58 años de edad que ha estado utilizando lentes de contacto BOSTON® Equalens desde 1985. Como tiene problemas de dexteridad y físicamente no está capacitada para ponerse y sacarse los

lentes por sí misma, su esposo lo hace. En noviembre de 1997 cambiamos y le colocamos a Helen, Boston XO. Los parámetros de los lentes que le colocamos se presentan en el recuadro "CASO 1".

Al enterarnos del uso continuo autoimpuesto por esta señora y determinar que no había repercusiones perjudiciales por la utilización de los lentes, comunicamos a Helen que deseáramos controlarla mensualmente durante los tres meses siguientes, y luego realizar controles trimestrales. En 371 días de uso continuo, los lentes de Helen fueron retirados solamente dos veces a

efectos de higienizarlos y pulirlos. Las mediciones de los parámetros de los lentes no mostraron cambios de radio o deformaciones de los lentes. A partir de los resultados positivos y de no haber

lentes por sí misma, su esposo lo hace. En noviembre de 1997 cambiamos y le colocamos a Helen, Boston XO. Los parámetros de los lentes que le colocamos se presentan en el recuadro "CASO 1".

La primera visita de control de Helen fue diez días después de la colocación, y la siguiente, tres meses después, en febrero de 1998. Para ese momento, ella había estado utilizando los lentes durante 102 días continuamente porque su marido había estado enfermo y no había podido sacarle y ponerle los lentes. Sus ojos no estaban irritados en absoluto, de manera que continuó usándolos.

Realizamos un exhaustivo examen con lámpara de hendidura con sus lentes

CASO 2

OD: 7,60 mm base curva / + 10,50 de poder / 10,0 mm de diámetro ATO/06/00(1) + 2,50 cil. a 005°

OS: 7,70 mm base curva / + 11,00 de poder / 10,0 mm de diámetro ATO/06/00 + 2,00 cil. a 175°

La agudeza visual binocular en el momento de entregar los lentes fue de 0,8* (*equivalente 20/25) (1)ATO = corresponde a la sigla en inglés de tóricas anteriores con excentricidades de 0,06 y 0,00 en meridianos primarios.

encontrado efectos negativos, permitimos a Helen continuar su régimen de uso permanente, con la condición de que concurra a nuestro consultorio para realizarse controles exhaustivos trimestralmente.

RESEÑA SOBRE EL CASO 2



Fritz Spellitz

El Dr. Gerhard K. es un neurólogo de 44 años de edad. Usa lentes de contacto desde 1982. Visitó nuestro consultorio en diciembre de 1997 porque necesitaba actualizar la receta de sus lentes. Colocamos al Dr. K

lentes Boston XO con los parámetros que se exhiben en el recuadro sobre el "CASO 2".

Debido a las vacaciones, el Dr. K. no regresó a nuestro consultorio para su visita de control en tres meses. Durante ese periodo pasó sus vacaciones de invierno en la montaña en una zona de ski. Por el mal tiempo y las malas condiciones de higiene, decidió no sacarse los lentes. Luego de un período de dos semanas de uso continuo, el Dr. K. afirmó que no había sufrido irritación, incomodidad, ni ningún síntoma visual. Lo que disfrutó el paciente fue la conveniencia de usar los lentes de contacto constantemente. Mencionó que se le nublaban un poco la visión en la mañana al despertarse. No obstante, el uso de solución salina estéril aliviaba estos síntomas. En las posteriores visitas trimestrales de control no hubo quejas subjetivas ni hallazgos objetivos.

A pesar de los 350 días de uso continuo de los lentes Boston XO, el Dr. K no se había sacado los lentes siquiera para limpiarlos o desinfectarlos. Si bien sus lentes son de un espesor aproximado de 0,36mm, es evidente que el material

Boston XO con un DK de 100 brinda oxígeno suficiente al tejido de la córnea. Pese a que el Dr. K. es médico, igualmente le aconsejamos visitar al oftalmólogo y programamos recibirlo en nuestro consultorio trimestralmente.

Sigue en la página 6

INSPECCION DE SUPERFICIE Y BORDES DE LOS LENTES RGP

JIM LUNKLEY, REPRESENTATE DE SERVICIO TECNICO (PTC)

Si estamos de acuerdo en que el borde y la calidad de la superficie del lente son factores esenciales para la comodidad del usuario, ¿por qué todavía estamos usando métodos de inspección que no corresponden a dicha importancia para evaluar estos elementos?

En lo que se refiere a la inspección de la superficie, el método más frecuentemente usado en la actualidad es una lupa de mano de 7X o 10X. La pregunta es si este método ofrece una visión adecuada de las superficies de los lentes. Desde mi punto de vista, la inspección de bordes y superficie con bajo aumento no es lo adecuado para detectar los defectos. Esto es especialmente cierto en la detección de manchas en la superficie del lente o de inducción de esfuerzos por calor.

Creo que el uso de un equipo de microscopio de 20X debe ser el método de inspección elegido. El valor para el laboratorio es que la inspección del lente a un aumento elevado no solamente asegura productos de alta calidad en materia de lentes, sino también ayuda a ajustar y perfeccionar el proceso de fabricación.

Lo ideal es que se utilicen todos los pasos de la inspección como parte de un plan general de mejora de procesos. La mayoría de los laboratorios desean

producir un lente con un borde bien rebajado, bien redondeado, con el vértice del lente ubicado ya sea en forma central o levemente superior. Con el uso de un equipo de microscopio de 20X, es muy sencillo comprobarlo. Se puede ver claramente la forma del borde, la posición del vértice, si el borde está bien pulido y si hay astillas (Figuras 1 y 3). No hay necesidad de adivinanzas ni especulaciones, como generalmente es el caso al usar una lupa de 7 o de 10X (Figuras 10 y 4).

Debido a que el microscopio muestra las imperfecciones en forma tan clara, es relativamente fácil volver al proceso de producción y realizar los ajustes para reducir las probabilidades de recurrencia. La base de la buena calidad en cualquier situación de producción es un proceso bien ajustado y controlado. Un elemento de control es contar con buenos métodos de inspección que verdaderamente demuestren el resultado del proceso de producción. Una lupa de 7 o 10X no mostrará en forma adecuada la calidad en la superficie y los bordes que se está logrando en la mayoría de los procesos. Un microscopio de 20X con buena iluminación logrará realizar esta tarea y ayudará a incorporar calidad en el proceso de fabricación de los lentes de contacto. ■

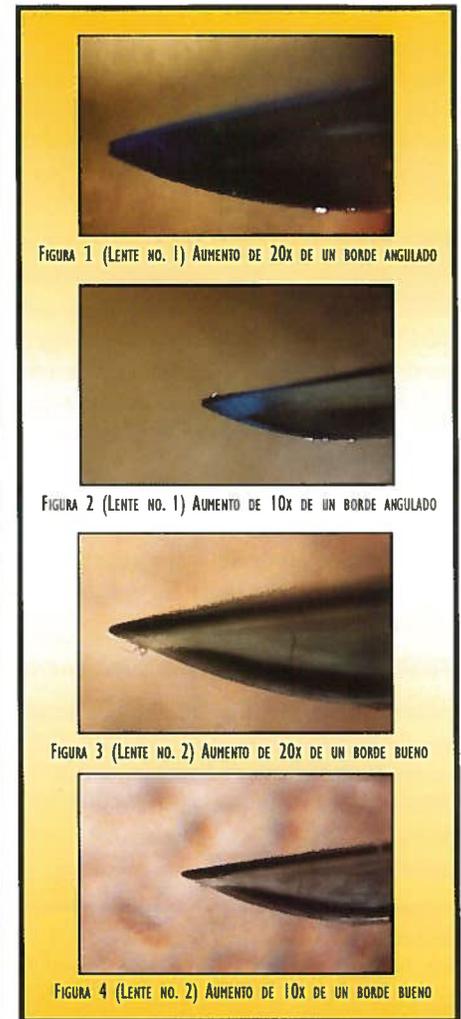


FIGURA 1 (LENTE NO. 1) AUMENTO DE 20X DE UN BORDE ANGULADO

FIGURA 2 (LENTE NO. 1) AUMENTO DE 10X DE UN BORDE ANGULADO

FIGURA 3 (LENTE NO. 2) AUMENTO DE 20X DE UN BORDE BUENO

FIGURA 4 (LENTE NO. 2) AUMENTO DE 10X DE UN BORDE BUENO

ACTUALIZACION... FINALMENTE: UN ESTÁNDAR INTERNACIONAL PARA DK

Nos gustaría proporcionar información adicional relativa al artículo que apareciera en el último número del Boston update, titulado: "Finally An International Standard for Dk Measurement" (Finalmente, un estándar internacional para la medición de Dk"), por Jim Bonafini.

Primeramente, quisiéramos corregir un error al establecer las líneas generales para la medición de Dk. El número que proporcionamos fue ISO/DIS 8321-2. Debería haber figurado correctamente el ISO/DIS 9913-1.

Asimismo, hemos sabido que el Comité ISO ha decidido estandarizar más profundamente los valores de permeabilidad de los lentes RGP usando unidades International Systems (IS) en lugar de unidades CGS. La diferencia entre ambas unidades es que las IS se expresan

en hectopascales (hPa), mientras que las CGS se expresan en milímetros de mercurio (mm/Hg). El método real de medición de Dk no ha cambiado. La permeabilidad se sigue midiendo usando el método ISO/Fatt.

El efecto sobre los valores notificados de Dk es que disminuirán un 25% a partir de los valores detallados en el último número del Boston Update. El cuadro al final del presente artículo muestra las mediciones de Dk de todos los materiales de Boston expresados de tres maneras.

A medida que avanzamos, usted observará que nosotros expresamos los Dk utilizando tanto unidades SI como CGS. Nos apartaremos por completo de los valores gas a gas de PTC. A medida que otras empresas y nosotros transitamos hacia el uso de las unidades SI, seguramente surgirá cierta confusión. Sin

embargo, la adopción de un estándar universal nos facilitará el trabajo a todos a largo plazo. ■

MATERIAL	PERMEABILIDAD (DK)		
	ANTES GAS-A-GAS CGS*	ISO CGS*	AHORA ISO SI†
Boston II	15	12	9
Boston IV	27	19	14
Boston ES	36	18	14
Boston RXD	45	24	18
Equalens	64	47	35
Boston 7	73	49	37
Boston EO	82	58	44
Equalens II	127	85	64
Boston XO	140	100	75

* $\times 10^{-11} \text{cm}^3 \text{O}_2 (\text{cm}) / [(\text{sec})(\text{cm}^2)(\text{mmHg})]$
 † $\times 10^{-11} \text{cm}^3 \text{O}_2 (\text{cm}) / [(\text{sec})(\text{cm}^2)(\text{hPa})]$

“PREGUNTELE A ALEX” – RESPUESTAS PARA SUS PREGUNTAS ALEX CANNELLA, RN, FCLSA

“Más rápido no quiere decir necesariamente mejor cuando se trata de la sobrerefracción sobre los lentes de contacto para presbicia de prueba”

P. He escuchado opiniones dispares con respecto al método de refracción propio en el diagnóstico de armazón para presbicia y determinar el aumento. ¿Qué es lo que usted considera más eficiente y ventajoso y por qué?

R. "Eficiente" y "ventajoso" pueden ser elementos contradictorios en esta situación. La introducción y el uso del foróptero hizo que el proceso de refracción sea mucho más eficiente. Sin embargo, el uso de probines individuales (suelos) de refracción con lentes de prueba no resulta necesariamente un atraso cuando se trata de ajustar lentes RGP para un diagnóstico de presbicia. El uso del foróptero no permite al paciente usar alternativamente la visión a distancia, intermedia y de cerca. Esta actividad no solamente es imprescindible para determinar la agudeza visual óptima a todo nivel, sino que también permite al paciente ver exactamente cómo funcionarán los lentes en el uso cotidiano.

El uso de probines de refracción suelos permite al paciente alternar rápida y fácilmente entre optotipos de agudeza visual de cerca y de lejos. Al mismo tiempo, el adaptador puede evaluar si los lentes están funcionando correctamente en cuanto a su translación y también utilizar el proceso de prever en qué medida el paciente podrá adaptarse a estos lentes. También se trata de un momento muy natural para que el profesional comience a educar al usuario sobre cómo funcionarán mejor sus lentes.

Alex Cannella ha sido adaptador de lentes de contacto por 25 años. Es enfermero profesional registrado, experto en lentes de contacto certificado por NCLE, y miembro de la Sociedad de Lentes de Contacto de Estados Unidos. Alex es gerente internacional de servicios profesionales de PTC.

P. "El área de la adaptación de los lentes RGP que me causa mayores problemas es la de los lentes que caen en su parte inferior y no se mantienen correctamente centrados. ¿Cuáles son las posibles causas? ¿Cómo puedo remediarlo?"

R. La descentralización inferior del lente puede deberse a una infinidad de causas. Creo que lo primero que yo me preguntaría es: "¿Cómo está la imagen de fluoresceína cuando el lente está en la posición primaria?" Si el lente no permanece centrado suficiente como para evaluarlo, el adaptador debe manualmente hacer que el lente tome su posición, usando el párpado inferior. Esta evaluación es esencial para identificar si la curva base del lente es demasiado ajustada o demasiado plana. Por ejemplo, los lentes de curvas muy cerradas generalmente se caen, lentamente. Los lentes de curvas demasiado flojas tienden a deslizarse horizontalmente (hacia la nariz o hacia el temporal) antes de caerse. Esta descentralización inferior del lente floja es más bien abrupta y rápida. Cuando se mueve el lente hacia su posición primaria, la imagen de fluoresceína debe confirmar una relación de adaptación de curva ajustada o floja.

La caída del lente puede estar también relacionada con el diseño. Ésta puede ser la causa específica cuando se colocan lentes que tienen una graduación ya sea altamente negativa (sobre -4.00 D) o positiva. Los lentes de alto poder negativo tienen bordes gruesos que agregan masa (peso) al lente. Debemos siempre tener en cuenta que el arte de la adaptación de los lentes rígidos es también el arte de vencer la gravedad. Y estos lentes de alto poder negativo, con bordes gruesos y gran masa serán empujados hacia abajo por el párpado superior, así como por la gravedad. En el caso de los altos poderes positivos, el centro de gravedad del lente está ubicado

en el centro. Además, está el hecho de que el borde delgado de los lentes positivos contribuye a que el lente se deslice más fácil y rápidamente fuera del ojo, desde debajo del párpado superior. Esto se conoce como el "efecto de semilla de sandía."

El método para controlar la posición del lente es por medio de la lenticulación. Los lentes negativos de poderes mayores a -4.00 o -4.50D deben tener un carrier o soporte lenticular positivo recortado sobre el borde anterior del lente para reducir el grosor del borde y su peso total. Todos los lentes positivos deben estar diseñados utilizando carrier lenticular. Esto permite que el párpado superior sostenga el borde del lente y mejora el centrado y la posición del lente.

Los lentes también pueden caerse debido a que el diámetro total es demasiado pequeño. Esto puede darse especialmente cuando se trabaja con córneas que son esféricas o que tienen muy poca toricidad.

El diámetro de la zona óptica posterior y/o la configuración del sistema curvo periférico también tendrá efectos sobre el centrado del lente. Pero no al grado de los efectos que tiene la curva base, el diámetro y el diseño del borde. Si hay dudas, el mejor consejo es ponerse en contacto con el asesor en materia de adaptación del laboratorio que fabrica los lentes. ■



Alex Cannella ha sido adaptador de lentes de contacto por 25 años. Es enfermero profesional registrado, experto en lentes de contacto certificado por NCLE, y miembro de la Sociedad de Lentes de Contacto de Estados Unidos. Alex es gerente internacional de servicios profesionales de PTC.

EL TRATAMIENTO DE LA MIOPIA CON LENTES RGP

Viene de la página 1

investigación. El objetivo básico de este estudio se plantea la siguiente pregunta: **¿los lentes de contacto RGP retrasan la elongación axial del ojo, retrasando o deteniendo el avance de la miopía en los niños de edad escolar, al compararse con la corrección mediante anteojos?**

Actualmente, el estudio involucra 300 niños con miopía (-0.75 a -1.00D), de 9 a 11 años de edad, divididos en grupos de 150 niños cada uno (usuarios de RGP contra usuarios de anteojos), con un seguimiento durante un periodo de cuatro años. Las mediciones clínicas clave incluyen:

- Scan para verificar la longitud axial del ojo
- Topografía de la córnea y queratometría
- Refracción objetiva y subjetiva

- Actividad de cerca y otros factores del estilo de vida

Las preguntas que esperamos responder con el estudio son:

- El grupo de usuarios de RGP tiene una miopía general menor que el de usuarios de anteojos?
- Si existe una diferencia, ¿es esta significativa desde el punto de vista clínico?
- ¿Pudo un porcentaje alto de los niños adaptarse al uso de los lentes RGP?
- Si el grupo presenta diferencias en la miopía, ¿el cambio se debió a cambios en la longitud axial, a cambios en la curvatura de la córnea, o a ambos?

El Dr. Jeffrey Walline y la Dra. Karla Zadnik de la Universidad del Estado de Ohio están llevando a cabo un segundo gran ensayo en América del Norte. Este

estudio, patrocinado por el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos, estudiará el avance de la miopía en niños que serán distribuidos al azar en un grupo de usuarios de lentes RGP, y un grupo de control que usa lentes de contacto blandos.

La importancia de estos estudios podría ser enorme para la industria de los lentes RGP. Si los resultados indican que los RGP tienen efectivamente un efecto en el avance de la miopía, entonces el uso de estos lentes podrían potencialmente convertirse en un tratamiento terapéutico de la visión similar al uso de los aparatos en la ortodoncia. ■

Grosvenor, T. OD, PhD; Perrigin, D. OD; Perrigin, J. OD; Quintero, S. OD; Do Rigid Gas Permeable Contact Lenses Control the Progress of Myopia? [¿Los lentes de contacto rígidos de gas permeable controlan el avance de la miopía?] Contact Lens Spectrum; julio de 1991; páginas 29-35.

BOSTON[®] XO – MATERIAL PARA USO PERMANENTE? FRITZ SPELLITZ

Viene de la página 3

CONCLUSIÓN:

La elevada transmisión de oxígeno que brinda Boston XO, conjuntamente con sus excelentes propiedades de humectación, nos han permitido ofrecer lentes RGP de uso continuo a nueve pacientes a la fecha de la redacción de este artículo. Pensamos que existe un tipo de pacientes que ya tienen una necesidad de oxígeno relativamente baja en la córnea, que tienen excelente química en la película lagrimal, que siguen las instrucciones y que son confiables en el sentido de que asisten a las consultas para el control de sus lentes. Es importante asimismo que la persona que usa los lentes esté plenamente informada de los beneficios y los riesgos del uso constante de lentes RPG, preferiblemente por escrito y con la firma del paciente, lo cual implica su comprensión. Para estas personas, y en estas condiciones,

quisiéramos alentar a los expertos en la adaptación con una amplia experiencia en la materia, a probar el concepto de uso continuo de lentes RGP. ■

Fritz Spellitz, nacido en 1939.

Kotaklinsenoptiker, 1953.

Augenoptiker, abrió un centro de colocación de lentes en Viena, Austria en 1961. Comenzó a fabricar lentes de contacto en 1985.

A SU DISPOSICIÓN EN PTC



Folletos para el consumidor que promocionan los beneficios de los lentes RGP y que se pueden solicitar a PTC.

Comuníquese con David Cardente o con Servicio al Cliente de PTC Wilmington para hacer el pedido de estos nuevos folletos.