



Boston™ Update

Noticias e información que ofrece Boston Products Group • Volumen 7 • 2010



La diferencia con lentes esclerales

Según los expertos de este artículo, los lentes esclerales cambian las vidas, y no únicamente en ojos con enfermedades o lesiones. Conozca sus estrategias de adaptación y cómo evitar el único y más grande error en que incurren los contactólogos cuando se inician en la adaptación de estos lentes.

Por Virginia Pickles, Colaboradora

En la actualidad, existe gran interés en el uso de lentes GP esclerales o corneoesclerales de diámetro grande para queratocono, tratamiento postoperatorio y astigmatismo irregular. Esta entrevista con algunos de los principales expertos del mundo explora sus puntos de vista sobre las indicaciones, los métodos de adaptación y los conceptos de diseño de este campo de rápida evolución. —Craig Norman, FCLSA

Por mucho tiempo, los lentes esclerales han ocupado un nicho en la práctica profesional de los lentes de contacto como los lentes a los que recurrir en casos de traumatismos o enfermedades oculares, en ojos que han sufrido trasplantes corneales o cirugía refractiva, o que son susceptibles de sufrir erosiones recurrentes o sequedad grave. Indudablemente, éstas son las indicaciones más citadas para los lentes esclerales, y con razón, según hicieron notar los clínicos que entrevistamos, pero a medida que estos lentes están cada vez más a disposición del público, su utilidad se expande.

En este artículo, los expertos explicarán por qué recomiendan lentes esclerales; cuentan sus experiencias y las respuestas de los pacientes y comparten consejos de adaptación útiles para cualquier práctica profesional. En primer lugar, revisemos brevemente los diversos términos utilizados para describir estos lentes.

¿Diámetro grande, mini o semi?

Según indica Riens Visser, fundador del Consultorio Visser Contact Lens Practice en Nijmegen, Países Bajos, se necesita una clasificación internacional para los lentes esclerales y de diámetro grande. Usa los siguientes lineamientos:

- Diámetro grande: 11-14mm
- Mini-esclerales: 14-18mm
- Escleral: ≥ 18 mm

“Existen excepciones para esta clasificación”, acota el Dr. Visser. “Por ejemplo, en ojos pequeños, como en la microftalmía, un lente de 10mm es un lente de diámetro grande; mientras que un lente de 16mm en el ojo de un bebé es un lente escleral.”

Renée E. Reeder, Doctora en Optometría, profesora adjunta de optometría y jefa del Centro Corneal para la Excelencia Clínica del Instituto de Ojos de Illinois en Chicago, diferencia los lentes de la siguiente manera:

- Corneoescleral: 11-13mm
- Semi o mini escleral: 13-16mm
- Escleral: >16 mm

La Dra. Reeder hace notar que “algunos clínicos recomiendan un lente semi escleral que toca la córnea, en vez de dejarla libre, como los lentes corneoesclerales”.



Los materiales de Boston se ofrecen en una variedad de diámetros grandes.

De hecho, el Dr. Perry Rosenthal, fundador y presidente de la organización sin fines de lucro Fundación Boston para la Visión, en Needham, Massachusetts, y un pionero en el diseño de lentes de contacto, no utiliza los términos “mini” o “semi escleral”. “Desde mi punto de vista, un lente es escleral o corneoescleral, según el diseño,” afirma. “Un lente corneoescleral, por definición, se apoya en la córnea y en la esclera. Un lente que evita todo contacto con la córnea y se apoya en su totalidad sobre la esclera es un lente escleral.”

En este artículo, analizamos los lentes esclerales—lentes que se apoyan en la esclera—a menos que se mencione lo contrario.

¿Por qué lentes esclerales?

El Dr. Rosenthal explica los fundamentos de la necesidad (y el éxito) de los lentes esclerales: “Podemos comenzar con la premisa de los principios de los actuales lentes GP corneales. Estos lentes están diseñados para que se apoyen y se deslicen sobre el tejido más sensible del cuerpo humano: la córnea. A medida que los pacientes envejecen y disminuye la producción lacrimal, la fricción creada por los lentes de contacto aumenta, lo que se traduce en mayores molestias y, en algunos pacientes, incluso dolor. Así, muchos pacientes que antes usaban lentes de contacto con éxito, ahora informan que el tiempo de uso con comodidad se ve reducido gradualmente”.

sigue en la página 2

En este número...

Queratocono: Teorías y prácticas actuales	6
Lentes esclerales (pero no son los de tu padre)	8
El Doctor en Optometría Joseph T. Barr bajo el foco	9
Daniela Garese, Gerente Regional para Latinoamérica	10

¡Aumentemos el tamaño! viene de la página 1

“Esto por cierto es más frecuente en pacientes con enfermedades corneales”, afirma el Dr. Rosenthal. “Por eso, parece lógico sostener que un lente de contacto GP resultaría más cómodo de usar y sería mejor tolerado si evitara todo contacto con la córnea”.

Según el Doctor en Optometría Don Ezekiel, fundador de Gelflex Laboratories, con sede principal en Perth, Australia Occidental—y a quien el Dr. Rosenthal llama el “padre de los lentes esclerales permeables a los gases”—estos lentes presentan beneficios obvios. “Es indudable que un lente que permanezca estable sobre el ojo, se apoye en la esclera y recubra la córnea sensible en forma de bóveda es, por lejos, el mejor lente para ese ojo”, sostiene el Dr. Ezekiel.

Según la Dra. Reeder, el uso de lentes de diámetros más grandes está aumentando. “No se trata tanto de un aumento en la necesidad sino más bien un aumento en la disponibilidad,” dice. “Ahora podemos ayudar a pacientes que antes no podíamos. Los materiales como el Boston XO₂™ con un Dk mayor y una buena estabilidad convierten a estos lentes en opciones más saludables. En la actualidad, tenemos pastillas de diámetro mayor a nuestro alcance. Una caja de pruebas para adaptación estándar y las filosofías de adaptación sencillas en materia de los nuevos lentes, tales como el MSD de Blanchard, facilitan el uso de los lentes semi esclerales. También contamos con diseños que son personalizados para el paciente y nos permiten adaptar con éxito lentes a pacientes con más dificultades.

Los lentes esclerales están ganando popularidad, según el Doctor en Optometría Jason Jedlicka, que ejerce en una clínica privada con pacientes que llegan referidos recomendados y es también director de la Clínica de Lentes de Contacto del Departamento de Oftalmología de la Universidad de Minnesota en la ciudad de Minneapolis. “Desde que comencé a adaptar lentes esclerales, hace aproximadamente ocho años, la capacidad de reproducción y los materiales han mejorado enormemente”, comenta.

Además, el Dr. Visser dice que nuevos conceptos de adaptación, tales como uno ideado en su consultorio, hacen que las adaptaciones sean más repetibles, más predecibles y más rápidas, lo que conlleva a una mejor visión y a un mayor tiempo de uso. El Dr. Visser también otorga mérito a artículos publicados en revistas profesionales en el aumento de la conciencia de los contactólogos en cuanto a los beneficios de los lentes esclerales. Y los pacientes están obteniendo información en Internet.

Considerando las mejoras recientes y el interés creciente en los lentes esclerales, ¿han cambiado las indicaciones? Estos clínicos dicen que no, pero han ampliado el uso de los lentes esclerales dentro de las indicaciones aprobadas.

Candidatos principales para los lentes esclerales

Antes reservados para los ojos más enfermos o más lesionados, los lentes esclerales eran considerados como el último recurso, la última parada antes del trasplante de córnea, y al día de hoy conservan su utilidad para esos casos. Muchos de esos pacientes llegan a la Fundación Boston para la Visión, en donde el Dr. Rosenthal reconoce su difícil condición.

“La cirugía de trasplante de córnea, aún en las mejores manos, es una de las operaciones más insatisfactorias en oftalmología, para el paciente y para el doctor”, sostiene el Dr. Rosenthal. “Se puede conseguir un trasplante prístino y perfecto, pero una significativa cantidad de pacientes deben adaptarse a lentes de contacto GP para llegar a una agudeza visual de 20/50 o más. Todo lo que pueda hacer un contactólogo para evitar que el paciente tenga que someterse a un trasplante de córnea es una contribución enorme a su calidad de vida”.

Los clínicos que entrevistamos redoblan sus esfuerzos para enfrentar estas dificultades periódicamente.

“Hago adaptaciones en pacientes con una variedad de trastornos, como queratocono post hidrops o queratoglobos, degeneración marginal pelúcida y casos de postoperatorios con resultados pobres”, dice la Dra. Reeder. “¡Es asombroso el confort y la visión que puede



Es indudable que un lente que permanezca estable sobre el ojo, se apoye en la esclera y recubra la córnea sensible en forma de bóveda es, por lejos, el mejor lente para ese ojo”.

—Dr. Don Ezekiel, OD



Oficinas internacionales

Europa/Medio Oriente/África:

Sr. Marcel Kopito
marcel.kopito@polymer.com

Japón/Corea del Sur/Taiwán:

Sr. Tatsuo Harata
tatsuo.harata@bausch.com

Latinoamérica:

Ms. Daniela Garese
daniela.gareseausch.com

China/Australia/Nueva Zelanda/Asia del Sur:

Sr. Charles di Natale
charles.dinatale@bausch.com

Oficinas de América del Norte

David Bland

Director de negocios comerciales mundiales de materiales Boston GP
david.bland@bausch.com

Kurtis Brown

Gerente de marketing mundial de materiales GP
kurtis.brown@bausch.com

Karen M. Dussault

Asistente Ejecutiva Administrativa
karen.m.dussault@bausch.com

Christina Englund

Jefa Principal de diseño gráfico
christina.englund@bausch.com

Andrew White

Gerente de ventas para América del Norte Operaciones comerciales de materiales Boston GP
andrewwhite@bausch.com

John Hibbs

Gerente regional para la zona occidental de Estados Unidos
john.hibbs@bausch.com

Edward D. Luce

Gerente regional para la zona oriental de Estados Unidos
edward.d.luce@bausch.com

Jim Lunkley

Representante técnico mundial de campo
jim.lunkley@bausch.com

Virginia Pickles

Editora colaboradora
ginny@medcomspec.com

Para obtener información sobre el boletín

Bausch & Lomb Incorporated

Centro de Wilmington
100 Research Drive
Wilmington, MA 01887 USA
Teléfono 1-978-658-6111
boston@bausch.com

El boletín Boston Update Newsletter publica artículos y estudios aportados por contactólogos de todo el mundo. Los puntos de vista presentados no reflejan necesariamente los de Bausch & Lomb Incorporated. Los símbolos ®/™ denotan marcas registradas de Bausch & Lomb Incorporated. © Bausch & Lomb Incorporated. Todos los derechos reservados. Otras marcas o nombres de productos constituyen marcas registradas de los correspondientes propietarios.

lograrse en pacientes que quizás ya se habían resignado a reducir el tiempo de uso o a una visión reducida!”

Además de estas indicaciones, el Dr. Jedlicka también prescribe lentes esclerales para ojos con sequedad, con error refractivo estándar y con presbicia. “Comencé a adaptar lentes esclerales en un intento de encontrar algo nuevo y mejor para mis casos más difíciles”, afirma. “A medida que mejoré mis habilidades de adaptación, comencé a usarlos para casos menos complejos. He tenido tanto éxito que ahora uso lentes esclerales en hasta un 50% de mis casos de lentes GP. Casi todos los pacientes en los que adapto este tipo de lentes quedan impresionados con la comodidad inicial, especialmente si han usado lentes incómodos anteriormente”.



Los artículos publicados en jornales profesionales están aumentando la conciencia de los contactólogos en cuanto a los beneficios de los lentes esclerales. Y los pacientes están obteniendo información en Internet.

—Riems Visser

El Dr. Visser clasifica los usos de los lentes esclerales de la siguiente manera:

1. Visual (principalmente, córneas irregulares)
2. Terapéutico (ojos con sequedad, cicatrización)
3. Protección (párpados con cicatrices, exposición de la córnea)
4. Deportes (natación)

Dadas las numerosas indicaciones, estos clínicos tienen confianza en que los lentes esclerales pueden servir como herramienta para atraer pacientes al consultorio de quien esté dispuesto a aprender, lo cual, afirman, no es difícil.

Cómo empezar

Los contactólogos que entrevistamos notan que existe una curva de aprendizaje—si bien no muy pronunciada—en la adaptación de lentes esclerales.

“Honestamente, pienso que la curva de aprendizaje no es mucho más complicada que la de adaptación de lentes GP corneales”, afirma el Dr. Jedlicka. “Si un contactólogo está apto para adaptar lentes GP corneales y dispuesto a aprender una técnica nueva, lo hará con muy poco tiempo y esfuerzo”.

En función de su experiencia, el Dr. Visser recomienda que los contactólogos aprendan en etapas: “Primeramente, aprendan cómo hacer el control de los pacientes con lentes esclerales”, dice. “Luego, aprendan cómo adaptar nuevos lentes a sus pacientes, y luego intentar una nueva adaptación. Asistan a un curso de enseñanza sobre lentes esclerales y traten de recibir entrenamiento práctico en una clínica con experiencia. Idealmente, podrán aprender de colegas en un entorno en el que tendrán contactólogos más experimentados para consultar”.



“Es asombroso el confort y la visión que puede lograrse en pacientes que quizás ya se habían resignado a reducir el tiempo de uso o a una visión reducida”.

—Dra. Renée Reeder, OD

Según el Dr. Ezekiel, la adaptación de los lentes esclerales equivale a la adaptación de lentes de contacto básicos, hecha en dos etapas. En primer lugar, adaptan la parte corneal del lente; en segundo lugar, la parte escleral del mismo. Es esencial una caja de pruebas para la adaptación, declara la Dra. Reeder.

“Es fácil trabajar con la caja de lentes de prueba MSD”, dice. “Tiene todo lo que uno necesita. Generalmente, es posible lograr el éxito con unos pocos lentes. Se pueden usar dos o tres lentes para adaptar el centro. Luego, un lente más para adaptarla la periferia. Es una adaptación bastante eficiente”.

Hablando de eficiencia, estos contactólogos están de acuerdo en que usted necesitará más tiempo con sus primeros pacientes de lentes esclerales. “Sin embargo, una vez logradas las primeras adaptaciones, el tiempo es comparable a adaptar un lente GP estándar”, sostiene el Dr. Jedlicka. “A propósito, a efectos de coordinar horas, considero que estos pacientes se enfrentarán a adaptaciones complejas tal como cualquier otra adaptación difícil con un lente de menor diámetro”.

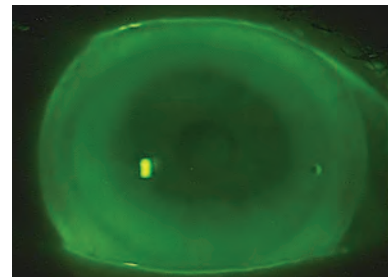
¿Cuál es el error más grande que los contactólogos hacen al comenzar a adaptar lentes esclerales? Tratar de aprender a través de la adaptación de los casos más complejos, dice el Dr. Visser. “Mi primer error fue realizar adaptaciones únicamente en los ojos más difíciles”, dice. “Se necesitaba una cantidad de nuevas adaptaciones y lentes para lograr buenos resultados, y éste era un proyecto caro que requería mucha paciencia.

“Hoy en día, con el concepto de adaptación que ideamos en nuestro consultorio, adaptar lentes esclerales lleva el mismo tiempo que adaptar lentes de contacto normales”, dice el Dr. Visser.

A medida que estos contactólogos obtenían experiencia y alcanzaban un nivel de expertos, recopilaron una lista de las cosas que se pueden hacer y las que no, que generosamente accedieron a compartir con nosotros.

La voz de la experiencia

El primer lugar de la lista del Dr. Jedlicka lo ocupa una directiva enfática: “¡Tengan un juego de adaptación!” a



Corrección de miopía, astigmatismo y presbipia con los Lentes Corneoesclerales Multifocales SoClear. Foto: cortesía del Dr. Jason Jedlicka.

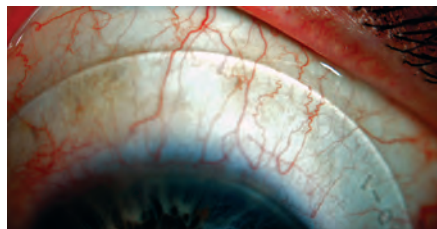
Cómo leer los patrones de compresión hápticos (superficie de apoyo escleral)

El requisito principal para lograr una buena adaptación de un lente escleral es lograr que la forma posterior de la superficie háptica esté alineada con la superficie subyacente de la esclera. La única forma de determinar actualmente la alineación háptica es observando el patrón de la compresión vascular por debajo de la háptica. El patrón de la compresión vascular es, a los lentes esclerales, lo que los patrones de fluoresceína son para los lentes GP corneales. En muchos casos, es obvio, pero uno no puede estar seguro hasta que los lentes se hayan asentado por dos o tres horas.

—Dr. Perry Rosenthal



Patrón de compresión háptica usando series de conos tradicionales.



Alineación háptica usando funciones (spline).

continuación, siguen estos consejos para una adaptación satisfactoria de lentes esclerales:

1. Para lentes que apoyan en limbo o córnea, enjuague ligeramente el acondicionador con solución salina antes de colocar el lente en el ojo.
2. Para lentes que se apoyan sólo en la esclera, puede usar solución salina o lágrimas artificiales de baja viscosidad (ligera) en el volumen que queda entre el lente y la córnea.
3. Una vez logrado la adaptación satisfactoria, deje que los lentes se asienten por diez o quince minutos y revíselos nuevamente.
4. Los lentes se ajustarán, no solamente en la consulta de adaptación sino también en las consultas de control una vez iniciado el uso.
5. Evite usar una ventosa de silicona para extraer los lentes si es posible. Enseñe técnicas manuales de extracción para evitar la adherencia.
6. No se asuste si detecta algo de residuos debajo de los lentes en el control de seguimiento. Si el paciente presenta síntomas (visión borrosa con el tiempo, menos comodidad) aconseje quitarse los lentes, enjuagarlos y colocárselos nuevamente una o dos veces por día.

El Dr. Jedlicka aporta un recordatorio sobre la actitud frente al tiempo y los conocimientos técnicos necesarios para adaptar lentes esclerales. “No se preocupen por la disposición del cliente para pagar”, afirma. “Hagan que se prueben los lentes y permitan que se decidan”.



“A medida que mejoré mis habilidades de adaptación, comencé a usarlos para casos menos complejos. He tenido tanto éxito que ahora uso lentes esclerales en hasta un 50% de mis casos de lentes GP”.

—Jason Jedlicka, OD

El Dr. Ezekiel concuerda en que los honorarios profesionales deben reflejar la naturaleza específica de estos lentes. “Informen a sus pacientes que los lentes esclerales no son lentes descartables, de “talla única”, dice. “Asegúrense de que sepan que sus lentes son hechos a medida de sus ojos. Quizá lleve un poco más de tiempo para culminar la adaptación, y habrá un costo adicional en comparación con los lentes descartables, pero una vez adaptados, los mismos lentes les servirán perfectamente por muchos años”.

La Dra. Reeder agrega cuatro factores más para mejorar su habilidad de adaptación y la experiencia de su paciente:

1. Al trabajar con lentes encargados por curva base, no se sorprendan si ésta es más plana de lo que esperaban. La curva base no es tan importante como la altura sagital. Buscar alineamiento o algo de acumulación de lágrima centralmente primero.
2. Tratar de recubrir el limbo sin apoyarse en él.
3. Asegúrense de que no haya compresión. Para verificarlo, 25 minutos de tiempo de asentamiento está bien pero no es esencial.
4. No importan las burbujas si se mueven y son transitorias. Algunas veces, de hecho la fenestración induce burbujas en algunos casos. Así que quizás la adaptación esté correcta. Sólo necesita volver a encargar los lentes sin fenestración. (Ver “Lentes Fenestrados y no Fenestrados” para obtener una breve explicación de estas opciones.)

Un consejo final del Dr. Rosenthal: “Desarrolle una estrecha relación y una buena comunicación con los fabricantes de lentes esclerales. Esto es primordial. Estos lentes requieren un grado mucho mayor de personalización que los lentes corneales tradicionales para lograr un

Lentes fenestrados en comparación con lentes no fenestrados

Existen dos principales diseños de lentes esclerales. Uno es un lente no fenestrado que yo llamo con ventilación de fluidos. El otro es un lente con ventilación de aire. Ambos diseños se describen por el método por el que se evita la succión.

En el lente con ventilación de fluidos, la succión se evita permitiendo que cantidades minúsculas de lágrimas externas se empujen por debajo del lente para evitar la presión hidrostática. Por otro lado, el lente con ventilación de aire aspira aire para evitar la succión.

—Dr. Perry Rosenthal

resultado óptimo. Convertir los hallazgos clínicos en parámetros de diseño de los lentes requiere que el contactólogo y el fabricante hablen un lenguaje común. Debe existir una estrecha relación de colaboración”.

Cambio de vida

Una adaptación exitosa de lentes esclerales es más que una marca en una gráfica, comentan estos contactólogos. Cuando se les solicitó ejemplos de casos, se vieron ansiosos de contarlos.

“Es increíble cómo los lentes esclerales mejoran las vidas de la mayoría de los pacientes”, sostiene el Dr. Visser. “Vuelven a tener vida social porque pueden desenvolverse en forma más independiente. Pueden volver a trabajar o estudiar; pueden hacer deportes; reconocer amigos en la calle y muchas cosas más. Cambian como personas”. El Dr. Visser recuerda los siguientes casos como ejemplos de estos beneficios:

Caso 1: Una mujer de 40 años de edad con queratocono bilateral había estado usando lentes GP corneales por un máximo de dos horas por día. Ella caminaba protegiéndose sus ojos con sus manos debido a una extrema fotofobia. Cuando vino a verme, no era optimista. Dijo: Me recomendaron su nombre debido a mi mal estado de visión, pero no creo que usted pueda ser de ayuda”. Después de usar lentes esclerales por 14 días, se transformó en una persona feliz y positiva.

Caso 2: Una mujer de 48 años vino a verme con serios problemas después de un accidente de automóvil, 25 años atrás: Daño al cerebro, un ojo que quedó ciego, una cicatriz corneal en el ojo derecho y ausencia de producción lagrimal. El tratamiento durante los pasados 25 años ha sido lágrimas artificiales y ungüento. La agudeza visual en el ojo



“Desarrolle una estrecha relación y una buena comunicación con los fabricantes de lentes esclerales. ...Trasladar los hallazgos clínicos en los parámetros de diseño de los lentes requiere que el contactólogo y el fabricante hablen un idioma en común”.

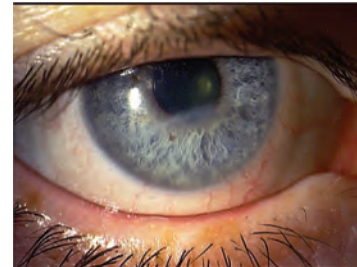
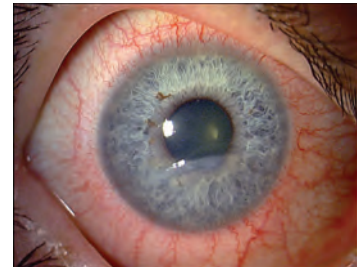
—Dr. Perry Rosenthal

derecho era de 2/300 (movimiento manual a dos metros). Con un lente escleral, su agudeza visual mejoró a 20/25. Después de 25 años, pudo ver a sus propios hijos nuevamente. En todas las consultas de control, todavía recibo tres besos.

Caso 3: Un niño de tres años presentaba defecto en cierre de párpados y queratitis de exposición de córnea como consecuencia de una cirugía de tumor cerebral. Después de dos semanas de uso de lente escleral, el ojo se tornó blanco y la córnea, clara (véase las fotos a continuación). El niño, los padres, y el contactólogo, felices.

La Dra. Reeder recuerda esta historia de éxito: “Mi paciente se había sometido a queratotomía radial (RK) hace varios años. Él llegó al consultorio con anteojos y visión reducida. Había perdido su trabajo como conductor de camiones porque ya no podía pasar las pruebas de visión. Sus córneas estaban muy finas, irregulares y extremadamente

distorsionadas, con más de 25 incisiones en cada ojo. Procedí a adaptarle los lentes con el sistema MSD, y ahora puede ver 20/30 con cada ojo. Pudo cumplir los requisitos para obtener la licencia de conductor comercial nuevamente, y tiene un nuevo trabajo con otra compañía. “Tengo otro paciente que tuvo queratocono agudo y tenía miedo de que su única opción fuese un trasplante”, comenta la Dra. Reeder. “Muchas de estas personas han evolucionado extremadamente bien con diseños semi esclerales y han podido ver bien y usar lentes por períodos de hasta 14 horas por día. Es realmente asombroso lo que el cambio puede significar en sus vidas.



Defecto de cierre de párpado por cirugía de tumor cerebral. Arriba: Antes de usar lente escleral. Abajo: Después de 10 días de uso de lente escleral el ojo volvió a su color blanco. Fotos cortesía de Rients Visser.

Comience a marcar la diferencia

El Dr. Ezekiel recuerda que el Dr. Roger Buckley, jefe del área de lentes de contacto del Moorfields Eye Hospital de Londres escribió en correspondencia personal que el lente escleral es el “lente de contacto por excelencia”. No existe problema óptico de la córnea en el que no pueda ayudar. Los clínicos que hemos entrevistado están comprobando la validez de la afirmación del Dr. Buckley a medida que toman en cuenta a los lentes esclerales para una variedad más amplia de condiciones.

El Dr. Ezekiel agrega: “Es verdad que lleva más tiempo su adaptación y su cuidado posterior. Sin embargo, como contactólogos serios, ¿no debemos considerar el bienestar del paciente en primer lugar? Si éste se trata del mejor lente para el bienestar visual de un paciente, entonces es el que debemos escoger. Yo creo que la adaptación de los lentes esclerales es la mejor forma de adquirir la práctica necesaria. Ofrecer a los pacientes un uso cómodo durante todo el día con una visión óptima es la mejor recompensa para un contactólogo serio. ▶

¿En busca de capacitación? Observe esto.

Acculens	http://www.accumens.com
Art Optical	http://www.artoptical.com
Blanchard	http://www.bausch.com/vst
Dakota Sciences	http://www.soclearlens.com
Medlens Innovations	(540) 636-7976

Si desea ponerse en contacto con los profesionales o consultorios mencionados en este artículo:

Don Ezekiel, AM, OD (<http://www.gelfl ex.com>) dezek@gelfl ex.com;

Jason Jedlicka, OD (<http://mncontactlensinstitute.com>) jgjod@yahoo.com;

Renée E. Reeder, OD (<http://iei.ico.edu/home.html>) rreeder@ico.edu;

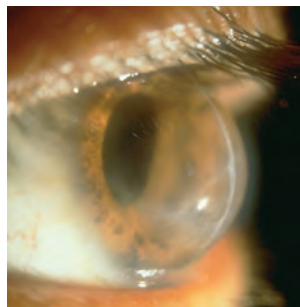
Perry Rosenthal, MD (<http://www.bostonsight.org>);

Rients Visser (<http://www.sclerallens.eu>) rvisser@vissercontactlens.nl.

Queratocono: Teorías y prácticas actuales

Un estudio de artículos recientes revela la dedicación de investigadores y contactólogos de todo el mundo, que buscan alternativas de tratamientos más satisfactorias.

Por Craig W. Norman, FCLSA



Los científicos y los contactólogos han estado estudiando el queratocono por más de 150 años, pero recién en los últimos 50 años el conocimiento ha aumentado en forma sustancial, principalmente gracias a la investigación clínica y de laboratorio que la nueva tecnología hizo posible. El año pasado, se publicaron más de 100 documentos científicos en revistas con revisores

externos, e incontables artículos aparecieron en publicaciones profesionales. A continuación se detalla una breve reseña de algunos de dichos artículos.

Temas generales

- **Conferencia Gregg de 2008 de Sir Norman McAlister: 150 años de observaciones prácticas de la córnea cónica: ¿qué hemos aprendido?** *Clin Experiment Ophthalmol.* 2009;37:160-176.

En su conferencia Gregg, McGhee ofrece una reseña de aspectos históricos y contemporáneos del queratocono con gran cantidad de referencias y de amplia cobertura, que incluye:

- Los factores de diagnóstico, fenotipo y pronóstico revelados por los estudios clínicos de gran envergadura
- Avances importantes en el diagnóstico logrados en la topografía corneal, mediante el sistema de disco de Plácido y escáner de hendidura
- Los nuevos roles del análisis de aberrometría de las aberraciones de alto índice e histéresis corneal al delinear el queratocono incipiente y subclínico
- Herencia y predisposición genética al queratocono
- Se revelan cambios microestructurales corneales mediante microscopía confocal en vivo
- Teorías unificadoras que explican las asociaciones entre queratocono, atopía, restregar ojos y apoptosis de los queratocitos
- Opciones quirúrgicas para el queratocono, tales como trasplante de córnea, segmentos o anillos intraestromales, enlaces cruzados de colágeno y trasplante de queratocitos.

McGhee concluye que, después de 150 años, "Nuestro conocimiento del queratocono continúa incompleto, pero los adelantos tecnológicos seguramente nos permitirán unir las piezas finales del rompecabezas en un futuro cercano".

- **Queratocono con hipermetropía alta.** Revista "Lentes de contacto oculares". *Eye Contact Lens.* 2009;35:159-162.

Aunque poco común, el queratocono puede aparecer en casos de hipermetropía alta. El tratamiento del queratocono con hipermetropía con lentes de contacto GP puede ser similar al aplicado en otros casos de queratocono, tal como se ilustra en este caso.

Martín examinó a un hombre de 32 años de edad con hipermetropía grave y un historial de 10 años de uso diario de lentes de contacto de hidrogel, para confirmar la presencia de queratocono. La topografía Orbscan del paciente fue coherente con queratocono asimétrico bilateral, presentando una asimetría de poder dióptrico, astigmatismo irregular, valores altos de elevación corneal anterior y posterior, y grosor corneal en los conos a 450 y 471 micrones en el ojo derecho y el ojo izquierdo, respectivamente. La biomicroscopía con la lámpara de hendidura mostró estrías de Vogt en el ojo derecho. El paciente recibió una adaptación con lentes de contacto GP de alto Dk en un diseño para queratocono.

Análisis de la superficie de la córnea

- **Imágenes Scheimpflug de córneas después de enlaces cruzados de colágeno.** *Cornea.* 2009;28:510-515.

Koller y colegas reclutaron 21 pacientes con queratectasias progresivas. Uno de los ojos por paciente era tratado con enlaces cruzados de colágeno (CXL, por su sigla en inglés) usando el criterio de riboflavina UV-A, mientras que el otro ojo permanecía sin tratamiento y servía como control. En el año 1 después del tratamiento, los investigadores informaron lo siguiente:

- Ninguno de los ojos en tratamiento mostró una progresión topográfica en contraste con el grupo de control, en el que ocho ojos experimentaron una progresión significativa.
- El radio de curvatura mínimo aumentó sustancialmente después de un año, comparado con las medidas previas a la operación, mientras que en el ojo que no recibió tratamiento disminuyó en gran medida.
- El grosor corneal mínimo se redujo en un valor significativo después del tratamiento ($P < 0,002$ a los 12 meses).
- Las córneas mostraron una evolución hacia una forma más regular según lo indicado por una importante reducción en 4 de 7 índices de queratocono.
- No hubo complicaciones de CXL en este pequeño grupo de estudio.

Los investigadores concluyeron que después del tratamiento de enlaces cruzados (cross linking), la forma corneal pasa por un proceso de regularización, activo durante el primer año posterior al tratamiento y que puede continuar. Se garantiza un seguimiento más prolongado para estimar la cantidad total de regresión de la queratectasia después de los CXL.

- **Comparación de la profundidad de la cámara anterior de ojos normales y ojos con queratoconos usando fotografía Scheimpflug.** Revista "Lentes de contacto oculares". *Eye Contact Lens.* 2009;35:120-122.

Edmonds y colegas usaron la fotografía Scheimpflug para medir la profundidad de la cámara anterior corneal (ACD, por su sigla en inglés), ajustada por edad y sexo, de 162 pacientes normales y 41 pacientes con queratocono.

El análisis univariante mostró que la ACD media de 162 sujetos normales era limitrofe, significativamente menor de 41 pacientes con queratocono (3,28 +/- 0,40 mm; P=0,079). Sin embargo, los investigadores descubrieron que el sexo (P=0,001) y la edad (P<0,001) estaban relacionados de manera importante con la ACD en todos los pacientes. Las mujeres con visión normal tenían una ACD media significativamente menor que los hombres. Los ojos de las mujeres con queratocono también tenían una ACD media menor que los hombres con queratocono. La regresión bivariada mostró que, con cada año adicional de edad, la ACD disminuía en un promedio de 0,012mm en un ojo normal y de 0,014mm en un ojo con queratocono. El análisis de regresión mostró que el sexo (P=0,003), la edad (P<0,001) y el queratocono (P=0,003) son todas variables importantes para la determinación de la ACD. Después de realizar los ajustes de edad y sexo, los ojos con queratocono tenían una ACD media significativamente mayor (3,34 +/- 0,34mm) que los ojos normales (3,18 +/- 0,28mm) (P=0,003).

Lentes de contacto para queratocono

- **Calidad de vida relacionada con los lentes de contacto en pacientes con queratocono. Revista "Lentes de contacto oculares".** *Eye Contact Lens.* 2009;35:123-127.

Un total de 71 pacientes que usaban lentes de contacto GP, híbridos o tóricos blandos en por lo menos un ojo llenaron el cuestionario sobre Impacto de los lentes de contacto en la calidad de vida (CLIQ, por su sigla en inglés). Se incluyó un ojo de cada paciente en el estudio. De ellos, 40 ojos usaron lentes GP, 20 usaron lentes híbridos y 11 usaron lentes tóricos blandos. En este estudio, Erdumus y colegas no encontraron diferencia significativa entre los tres grupos en resultados notificados por cuenta propia provenientes del cuestionario CLIQ (P=0,8). Independientemente de la modalidad, los pacientes notificaron un impacto similar de los lentes de contacto en su calidad de vida.

- **Actualización sobre los lentes esclerales. *Curr Opin Ophthalmol.*** 2008;19:298-301.

Jacobs analiza el uso de lentes GP esclerales para la rehabilitación visual de ectasias y astigmatismos irregulares, y como alternativa terapéutica para enfermedades de la superficie ocular. Cita casos individuales y series de casos, así como un artículo exhaustivo que analiza la historia y los principios que sustentan los actuales lentes GP esclerales, con particular atención en su uso para el tratamiento de los trastornos en la superficie ocular. Jacobs concluye que los contactólogos que tratan a sus pacientes con trastorno en la superficie ocular deberían tomar en consideración a los lentes GP esclerales como alternativa terapéutica, y hace notar que los avances en diseño de lentes hace de estos lentes una opción práctica para un aumento en la cantidad y variedad de pacientes con enfermedad corneal.

- **Lentes esclerales Jupiter en el tratamiento de la enfermedad crónica del rechazo del injerto contra el huésped (EICH). Revista "Lentes de contacto oculares".** *Eye Contact Lens.* 2008;34:302-305.

En esta serie retrospectiva de casos, Schornack y colegas evaluaron a cinco pacientes consecutivos con queratoconjuntivitis sicca (KCS, por su sigla en inglés) con la enfermedad crónica del rechazo del injerto contra el huésped. Estos pacientes, que no pudieron ser atendidos adecuadamente con el tratamiento convencional, pudieron adaptarse con éxito a los lentes de contacto esclerales Jupiter (Medlens Innovations, Front Royal, Va., o Essilor Contact Lens Inc., Dallas, Texas). Los investigadores evaluaron tres resultados: la habilidad del paciente

para tolerar y manejar con éxito los lentes, la mejora en los síntomas de KCS y la mejora en la agudeza visual. Todos los pacientes notificaron mejoras subjetivas en comodidad; también una mejor corrección en la visión en 7 de los 10 ojos.

- **Uso de lentes GP de diámetro grande para mejorar la comodidad: Estos cuatro casos demuestran que los diámetros más grandes ofrecen muchos beneficios en la adaptación de los lentes GP.**

En este artículo, publicado en el ejemplar de mayo de 2009 de *Contact Lens Spectrum*, el Dr. John Laurent hace notar que, a pesar de las mejoras en la fisiología de los lentes GP de hoy en día, "la incomodidad del paciente es, en esencia, la misma que con los lentes PMMA", básicamente debido a la sensación que experimentan cuando sus párpados tocan los bordes de los lentes. Laurent presenta casos de pacientes con queratocono cuya principal insatisfacción radicaba en la incomodidad. Él describe su proceso de adaptación y los resultados positivos que logró usando lentes GP de diámetros mayores.

Laurent afirma: "Los lentes semi-esclerales que yo adapté en estos pacientes eran más confortables que sus lentes corneales anteriores debido a la reducida interacción entre el párpado y el lente de contacto. La comodidad de un lente GP de diámetro grande que se acomoda bajo el párpado puede acercarse a la comodidad lograda con los lentes blandos".

- **Readaptación en pacientes con queratocono: Explicación de la dioptría perdida.**

En este artículo, publicado en el ejemplar de mayo de 2009 de *Contact Lens Spectrum*, el Dr. Bezalel Schendowich, F.I.A.C.L.E., analiza los cambios de forma, a veces inducidos por el uso de los lentes de contacto, en córneas con queratocono. Schendowich cita una publicación del año 2002 de Mountford y Noack en la que informan acerca de una sobrerrefracción de dioptría inesperada después de la primera semana de uso de lentes de contacto en, aproximadamente, el 15% de los casos, y ofrece una explicación para este fenómeno; describe cómo él readapta a sus pacientes con queratocono teniendo lo anterior en cuenta. Schendowich describe casos comunes de readaptación y ofrece consejos prácticos sobre adaptación y tratamiento de pacientes.

- **Alternativas en lentes de contacto para tratar el queratocono: Al conocer las alternativas, usted podrá alcanzar las metas de una adaptación exitosa de lentes de contacto y la satisfacción del paciente.**

En este artículo, publicado en el ejemplar de abril de 2009 de *Contact Lens Spectrum*, el Dr. Nicky Lai, OD, MS, FAAO, estudia los principios básicos de diagnóstico de queratocono y analiza las actuales opciones en cuanto a lentes de contacto—blandos, GP, híbridos y lente rígido sobre lente blando (piggyback)—para estos pacientes. Incluye una tabla de opciones de lentes y estrategias de adaptación para diversos tipos de pacientes.

El estudio exhaustivo de Lai abarca diseños de lentes, estrategias de adaptación y técnicas de resolución de problemas. Él hace notar: "Éstas opciones no se presentan como una progresión de lentes a través de la enfermedad, sino como una encuesta de algunas alternativas. Lo que resulta satisfactorio para un paciente puede no serlo en otro, por lo que tener estrategias diferentes puede aumentar el éxito".



Craig Norman es director de la Sección de Lentes de Contacto de la South Bend Clinic en South Bend, Ind. (EE.UU.). Es fellow de la Contact Lens Society of America y asesor del GP Lens Institute. Es consultor clínico y en educación de Bausch + Lomb.

Lentes esclerales (pero no son los de tu padre)

Nuevos materiales y procesos de fabricación amplían la utilidad de los mini-lentes esclerales.

Por Kurtis Brown

Con el desarrollo de los materiales de hiper Dk y de procesos de fabricación controlados por computadora y de ultra precisión, está comenzando a aparecer una nueva generación de lentes de diámetro grande en los consultorios de los contactólogos de los lentes GP modernos. Cada vez más, los laboratorios y los contactólogos demuestran su interés en adaptar diseños de lentes GP de diámetro grande para una variedad de aplicaciones, tales como en casos de postoperatorios, córneas irregulares, pacientes con dificultad de adaptación al uso de lentes GP o pacientes para quienes la comodidad de los lentes GP es esencial. Para atender esta necesidad, Bausch + Lomb dispuso de los materiales Boston™ Equalens™ II, Boston XO™ y Boston XO2™ para la fabricación de lentes de diámetro grande.

La prueba de esta tendencia se hizo evidente en la conferencia global sobre queratocono del año 2008 (GKC, o 2008 Global Keratoconus Conference) que tuvo lugar en Las Vegas, Estados Unidos. Allí, los contactólogos y los diseñadores de lentes de todo el mundo presentaron estudios y afiches que describían el uso de los lentes de diámetro grandes y esclerales. En forma notable, el Dr. Perry Rosenthal, de Estados Unidos, moderó un panel internacional compuesto por: el Doctor en Optometría Don Ezekiel (Australia), la Doctora en Optometría Christine Sindt (EE.UU.) y la Licenciada en Ciencias E. Simone Visser (Países Bajos).

*Brinde esperanzas
ciertas de una mejor
visión y de córneas
más saludables a sus
pacientes con más
dificultades.*

Introducción de nuevos diseños

En la conferencia, los fabricantes presentaron dos nuevos diseños de diámetro grande producidos a nivel comercial: el lente MSD, diseño mini-escleral concebido por Rikke Dootjes de Viscon Corporation, de Edmonton, Alberta, Canadá, y el lente SoClear, desarrollado por Dakota Sciences de Sioux Falls, South Dakota, Estados Unidos. También disponibles en Estados Unidos están los lentes DigiForm de TruForm Optics de Dallas, Texas; el lente escleral Jupiter de Essilor of America Inc. y el lente escleral Maxim de Accu Lens de Denver, Colorado. Se trata de opciones interesantes y complementarias para aquellos contactólogos que desean trabajar con diseños comprobados de diámetro grande.

Lentes DigiForm: El DigiForm, disponible en Boston XO™ y Boston XO2™, es un lente de 15,0mm con una sola fenestración. El lente DigiForm tiene cinco opciones de diseño: para queratocono, post injertos, post LASIK, post queratotomía radial (RK) y córnea normal. Cada diseño presenta un juego de prueba de 14 lentes.

El lente DigiForm fue desarrollado mediante la recopilación electrónica de datos sobre cientos de ojos. Cada uno de estos "moldes digitales" tiene un diámetro que supera ampliamente lo que puede medir la topografía convencional. Una vez realizadas la digitalización y la

categorización de dichos ojos, el fabricante creó cinco diseños tipo plantilla. El lente se adapta escogiendo el diseño apropiado para el problema del paciente y luego seleccionando uno de los 14 lentes de prueba de ese juego.

En octubre de 2007 se presentó una patente sobre este método de adaptación de lentes esclerales.

Lentes esclerales Jupiter: Los lentes esclerales Jupiter integran dos de las principales categorías de diseño: la serie de 15mm de diámetro (mini-escleral) y la serie de 18mm de diámetro. Ambas series constituyen verdaderos lentes esclerales en el sentido de que se apoyan en la esclera y recubren la córnea.

La serie Jupiter de 18mm fue diseñada como un lente que sella parcialmente la córnea y no es necesario que la recubra con precisión en su totalidad. La parte escleral fue diseñada para permitir un adecuado intercambio lagrimal pero retiene un volumen mucho más grande de fluido lagrimal. Puede atender las necesidades de córneas irregulares y asimétricas, así como ofrecer un gran depósito de fluido lagrimal en casos graves de sequedad ocular. La serie Jupiter de 15mm se atiene con más precisión al contorno de la córnea. Todos los lentes de las series Jupiter de 15mm y 18mm usan óptica esférica para reducir aberraciones esféricas y así mejorar la precisión visual.

Las series Jupiter de 15mm y 18mm de lentes se ofrecen en tres configuraciones para adaptarse a tres geometrías corneales diferentes variando el diseño posterior: el diseño Jupiter Standard (Jupiter estándar), el diseño Jupiter Advanced Keratoconic (Jupiter de queratocono avanzado) y el diseño Jupiter Reverse Geometry (Jupiter de geometría inversa). Se dispone de zonas esclerales tóricas para mejorar la alineación en ojos con escleras muy irregulares.

Essilor recomienda los lentes Jupiter para pacientes en los cuales los diseños GP alternativos no se centran u ocasionan fuerzas intolerables en los puntos de apoyo sobre la córnea central. Estos lentes también son indicados para córneas irregulares con deformidades graves por queratono, traumatismos o postoperatorias provenientes de un injerto, queratotomía radial (RK), queratotomía fotorrefractiva (PRK) y queratomileusis in situ asistida con láser (LASIK). Además, los lentes Jupiter se recomiendan para trastornos en que la córnea o la esclera están extremadamente secas y necesitan una protección contra la exposición directa.

Lentes esclerales Maxim: El Maxim es un lente escleral patentado de 16mm, de Accu Lens. Maxim incorpora una superficie posterior de múltiples curvas que propicia la alineación y el recubrimiento de la córnea. La adaptación se realiza por profundidad sagital más que por curvatura base. Un juego de prueba simple de 12 lentes de diferentes valores sagitales es suficiente para manejar casi cualquier tipo de distorsión corneal, inclusive trasplantes, queratocono, degeneración marginal pelúcida (PMD) y lesiones en la córnea.

Lentes para MSD: Con un diámetro promedio de 15,8mm, los lentes para MSD están diseñados para recubrir la córnea y apoyarse en la esclera. El espacio entre la córnea y la superficie posterior del lente se llena de fluido lagrimal, lo que crea una capa lagrimal que reduce las irregularidades por distorsión óptica de la córnea y permite que la superficie posterior del lente se eleve por sobre la superficie epitelial de la córnea. Esto minimiza la posibilidad de una irritación en la superficie

de la córnea causada por el lente de contacto y, al igual que con otros diseños de diámetro grande, facilita un buen centrado del lente.

La superficie posterior del diseño para MSD incorpora la geometría inversa, con curvas posteriores especialmente diseñadas. Gracias a la geometría inversa, la profundidad sagital del lente puede cambiarse independientemente de los valores del perfil de la zona óptica central o de separación en la zona del limbo. Además, el lente para MSD tiene un perfil afinado diseñado para reducir la interacción entre el borde del lente y el párpado.

El fabricante del lente para MSD lo considera una herramienta para tratar el queratocono de conos ovales y paracentrales, degeneración marginal pelúcida (PMD) y queratoglobos, así como ectasia inducida por RK, PRK y LASIK, casos que aparecen después de injertos y otras córneas con problemas o irregulares.

Lentes SoClear: Con un diámetro regular de 14mm, el lente SoClear se adapta de 1,00mm a 1,50mm más grande que el diámetro de iris visible (VID por sus siglas en inglés) y está diseñado para distribuir equitativamente la presión a lo largo de las superficies corneales y esclerales. Las partes central y periferal del lente SoClear pueden ajustarse en forma independiente.

El fabricante sostiene que el objetivo del diseño de este lente es proporcionar un desempeño visual que se equipare con los diseños GP, así como una comodidad y estabilidad que se acerquen a las de los diseños de lentes blandos. Si bien los lentes SoClear originalmente fueron concebidos para córneas irregulares y complejas, algunos

contactólogos los usan para pacientes no tan graves debido a la mayor comodidad y estabilidad que ofrecen, en comparación con las de los lentes de menor diámetro.

Se ha descubierto que el diseño SoClear es útil en el tratamiento de casos de cicatrices en la córnea, enfermedad de la córnea, tal como queratocono y PMD, e irregularidad posterior a una intervención quirúrgica. Es más: esta área cubierta por el material GP tiene menos evaporación y parece mitigar sustancialmente los síntomas de sequedad ocular.

Llegan más innovaciones

En el correr del próximo año, podemos esperar observar varios nuevos productos de diámetro grande; lentes que irán desde intralimbares hasta totalmente esclerales. Con la disponibilidad de materiales de hiper Dk y el continuo desarrollo de sofisticadas técnicas de adaptación, esta modalidad creará nuevas y emocionantes oportunidades para ofrecer una real esperanza a sus pacientes con más dificultades oculares, para que alcancen una mejor visión y una córnea más saludable. **D**

Kurtis Brown es el Gerente de Mercadeo Mundial de Materiales GP del Boston Group de Bausch & Lomb Inc.



El Doctor en Optometría Joseph T. Barr (Maestría en Ciencias) bajo el foco



Para esta sección del boletín, conversamos con el Dr. Joe Barr, Vicepresidente de Asuntos Clínicos y Médicos a nivel Mundial y Servicios Profesionales de Vision Care.

Dr. Barr, usted ha sido un defensor de los lentes de contacto por muchos años. Como clínico, educador e investigador, ¿puede comentarnos

sus reflexiones sobre la importancia de los lentes GP en la práctica profesional actual? ¿Cuál considera que constituye la contribución más significativa de los lentes GP hasta ahora?

En términos simples: muy buena visión y a la vez mantenimiento de la integridad corneal. Aún en casos de ojos delicados, tales como córneas con queratocono e irregularidades por intervenciones quirúrgicas, el lente GP ofrece la mejor visión y casi siempre mantiene la fisiología de la córnea. Además, son lentes eficaces en cuanto a su costo, tanto para los pacientes como para los contactólogos. ¿Quién no desea un producto saludable y de duración prolongada que permita ver el mundo con nitidez?

¿Existe todavía alguna aplicación que no haya sido aprovechada en materia de los lentes GP?

Creo que la mayor oportunidad para los lentes GP radica en el área de la corrección de la presbicia. Ya sea con diseños multifocales en los inicios de la presbicia, o con diseños actuales mejorados en la visión alternante o diseños por traslación, muchos pacientes se podrían beneficiar de esta corrección si aprovechamos la oportunidad de capacitar a los contactólogos y de informar a los consumidores sobre esta posibilidad.

¿Qué argumenta para alentar a los contactólogos a que aumenten el uso de los lentes GP?

Se me ocurren al menos cinco tipos de pacientes o de situaciones que los contactólogos enfrentan con frecuencia para los que yo los alentara a considerar los lentes GP.

Primeramente, consideren la ortoqueratología nocturna para los pacientes con miopía más jóvenes. En segundo lugar, siempre que adapten lentes en pacientes con astigmatismo que tengan una toricidad corneal que casi coincida con el astigmatismo de sus anteojos. Tercero, en todos los casos de astigmatismo irregular, prueben primeramente los lentes GP. Cuarto, cuando el paciente enfrente inconvenientes de uso de lentes blandos, tales como inflamación, consideren recomendar lentes GP. Y finalmente, repito, piensen en los lentes GP para pacientes presbítes; en especial, aquellos pacientes de lentes GP que hayan comenzado recientemente a tener presbicia (estos casos siempre tienen éxito). Recuerden considerarlos cuando los multifocales blandos o los lentes de contacto con monovisión no tengan éxito o cuando un paciente con presbicia esté especialmente motivado.

¿Qué mejoras prevé en los lentes GP?

A medida que aparezcan más sistemas, creo que las empresas y los contactólogos usarán datos sobre topografía y sobre aberrometría (wavefront) para trabajar con los laboratorios en el diseño de lentes con un mejor desempeño.

¿Qué áreas de la investigación sobre lentes GP cree que son más promisorias y más interesantes?

Ciertamente, continuamos explorando el control de la miopía y la ortoqueratología. También es muy interesante el uso de los lentes esclerales y semiesclerales en córneas irregulares. Sería bueno si se pudiese disponer de información a largo plazo en este campo.

¿Cómo pueden mejorar los contactólogos sus habilidades para adaptar lentes GP?

B+L posee varias herramientas de capacitación excelentes. Los contactólogos pueden obtener programas educativos sobre adaptación general de lentes GP, adaptación ortoqueratológica y corrección de la presbicia, a través de los laboratorios o directamente de la empresa. Siempre se están elaborando nuevas herramientas, por lo que alentamos a los contactólogos a informarse acerca de las novedades en los laboratorios o en B+L en forma periódica. Además, el Instituto del Lente GP (gpli.info) ofrece excelentes programas de capacitación.

¿Existe un foro que recomendaría a los contactólogos a fin de intercambiar información sobre casos de lentes GP?

El GPLI (Instituto del Lente GP) publica casos interesantes en su sitio web. No obstante, se trata de un área que podría ser explotada aún más, a un nivel más profundo. Algunas otras fuentes a visitar son el foro en línea en optcom.com así como los grupos de usuarios de los diversos fabricantes. Si saben de otras, nos encantaría recibir sus datos para poder así pasar la información.

Le solicitamos que haga alguna reflexión sobre su función en B+L y sobre sus objetivos inmediatos y a largo plazo.

Trabajo con el director del área de asuntos clínicos, el Dr. Mo Merchea, y sus equipos en Rochester, Nueva York (EE.UU.), y en Waterford, Irlanda, así como con los doctores Bill Reindel y Gerard Cairns en asuntos médicos. Trabajamos en colaboración con profesionales clínicos de todo el mundo para someter a prueba nuevos lentes y productos en el cuidado de los lentes, a fin de respaldar nuestras actividades de investigación y desarrollo y crear avances científicos. Compartimos estas pruebas con el otro director de asuntos médicos, el Dr. Gary Orsborn, quien brinda asistencia a nuestros equipos de estrategia y mercadeo, y con la Dra. Carla Mack, que lleva adelante el apoyo de programas académicos y nuevas actividades educativas y editoriales para respaldar nuestro negocio a nivel mundial. Nuestro equipo también trabaja con gerentes de servicios profesionales estadounidenses y de todo el mundo para brindar apoyo a los contactólogos de todos los países.

Nuestros principales objetivos son la innovación, la educación, el servicio y forjar relaciones de mejora continua con nuestros clientes. ▶

El Dr. Barr vive en Rochester durante la semana y en Dublin, Ohio, con su esposa e hijas los fines de semana, cuando no está viajando. Le gustan los deportes, especialmente correr, y le agrada cocinar. También disfruta de jugar con su nieto y tener a su nieta en brazos.



El Dr. Barr en la reunión de 2007 de la American Optometric Association, en Boston.

Bausch + Lomb Boston le da la bienvenida a Daniela Garese como Gerente Regional para Latinoamérica



Bausch + Lomb Boston se complace en incorporar a Daniela Garese como Gerente Regional para Latinoamérica. Daniela representará a Bausch + Lomb Boston en reuniones y ferias comerciales, y trabajará con los laboratorios asociados a nuestra compañía para ayudarlos a sacar el mayor partido de la línea Boston de materiales GP y soluciones.

Daniela Garese creció en un laboratorio de lentes de contacto en Montevideo,

Uruguay, ya que era un emprendimiento familiar y ha usado lentes de contacto GP desde los 11 años de edad. La familia continúa llevando adelante el laboratorio. Se graduó en óptica en Uruguay. Ha viajado por Latinoamérica y América del Norte, visitando laboratorios y

consultorios de contactólogos, lo que le permitió profundizar su comprensión sobre diseño y adaptación de lentes de contacto.

La Sra. Garese fue la primera docente en materia de lentes de contacto en la escuela técnica de óptica Universidad del Trabajo del Uruguay en Montevideo en donde impartió cursos durante 14 años. Actualmente, ofrece cursos especializados de lentes de contacto en dos instituciones: Universidad Católica del Uruguay y un curso privado, en los cuales hace énfasis en la importancia de la adaptación de los lentes GP. En 1996, fue nombrada socia (Fellow) de la Asociación Internacional de Docentes de Lentes de Contacto (IACLE). Actualmente, es miembro del Consejo Latinoamericano de IACLE.

Nadadora de competición, la Sra. Garese es casada y tiene tres hijos de 20, 18 y 16 años. Daniela espera convertirse en el vínculo entre Bausch + Lomb Boston y los laboratorios de Latinoamérica, que aprecian la importancia de trabajar con lentes GP de alta calidad. Todavía usa lentes de contacto GP—ahora, multifocales—y afirma que son los lentes que prefiere para adaptar porque “la gente adaptada queda verdaderamente fiel y feliz para siempre”. ▶