

Informes académicos de lentes de contacto basados en la evidencia (BCLA CLEAR) – (I)

Fuente: BCLA CLEAR. Global Contact Lens Evidence-Based Academic Report, 2021.

El Informe académico basado en evidencias de lentes de contacto de BCLA (totaliza más de 300 páginas en 11 artículos. Coordinado por 10 presidentes de comités, escrito por 102 autores con sede en 16 países, se publicó en marzo de 2021 y ya está disponible). BCLA CLEAR establece el estándar al que los profesionales de la salud visual pueden consultar para obtener la información más reciente en el campo de las lentes de contacto, al tiempo que destaca las oportunidades para futuras investigaciones. Este resumen se basa en los puntos clave de los documentos para informar sobre la práctica basada en la evidencia.

La evidencia se basa en la práctica

La práctica basada en la evidencia se define como el “uso explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones en la atención de pacientes individuales. Integra la mejor evidencia de investigación científica disponible y clínicamente relevante con la experiencia de un especialista y los valores y el entorno de un paciente.

Punto clave

Es una expectativa razonable de los pacientes que los optometristas basen sus decisiones en la mejor evidencia científica disponible para ayudar a maximizar la probabilidad de éxito de los usuarios de lentes de contacto. El profesional debe mantener la satisfacción del

paciente con el uso de lentes, retener a los usuarios y hacer crecer su negocio de contactología.

BCLA CLEAR en la práctica

Este resumen cubre los puntos clave del viaje del paciente desde la adaptación de lentes de contacto hasta el manejo y cuidado posterior. La información confirma la validez de muchas prácticas comunes, destaca dónde la evidencia contradice creencias comúnmente sostenidas e identifica dónde aún existen brechas en el conocimiento. Los enlaces se utilizan para dirigir al lector a los informes completos con el fin de acceder a más información.

Terminología y abreviaturas estándar

BCLA CLEAR aclaró la terminología anatómica adecuada que los profesionales deben adoptar para garantizar que todos hablemos el mismo idioma (*Tabla 1*). Asimismo, las abreviaturas pueden ser confusas y se ha propuesto un conjunto estandarizado.

1. Historial de síntomas, consideraciones de desgaste

Este paso inicial es esencial para ayudar a informar sobre la recomendación de lentes, evaluar la probabilidad de éxito y la presencia de factores de complicaciones. Este paso debe incluir las razones del uso, la utilización previa de lentes de contacto, información sobre salud ocular y patología sistémica, fármacos, defectos de refracción, estilo de vida y *hobbies*.

Lo que se sabe

Lo que sigue puede afectar a la posibilidad de lograr una identificación exitosa y cómoda del uso de lentes de contacto, lo que puede informar en el asesoramiento al paciente, la recomendación de lentes y el manejo de cualquier patología coexistente:

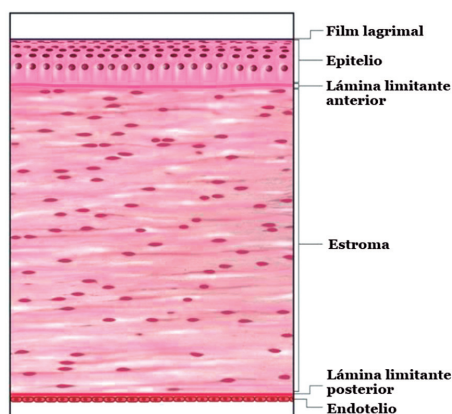
- Es mejor revisar los síntomas iniciales de malestar ocular sin el uso de lentes de contacto junto con las medidas de cantidad y calidad de lágrima.

TABLA 1. NUEVA TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA

Original	Nueva terminología	Razón fundamental
Membrana de Bowman Membrana de Descemet	Lámina limitante anterior Lámina limitante posterior	Recomendar el uso de nomenclatura descriptiva estandarizada dentro de la práctica de lentes de contacto utilizando la terminología recomendada por el Comité Federal de Terminología Anatómica (FCAT), consulte la <i>Figura 1</i> y el Informe CLEAR de Anatomía y Fisiología.
Lentes RGP o GP	Lentes rígidas corneales (LRC)	Todas las lentes actuales son permeables a los gases. Se recomiendan “lentes esclerales” para todas aquellas lentes adaptadas que se amplían a conjuntiva, por lo que “corneal” se usa aquí para describir una lente de apoyo corneal más pequeña ⁵ .
Uso extendido (6 noches) y continuo (30 noches).	Uso nocturno planificado o esporádico.	El uso “prolongado” y “continuo” se han utilizado indistintamente. Las definiciones actuales se superponen y ninguno de los términos explica el uso ocasional de lentes de contacto durante la noche o durante la siesta. La nueva terminología cubre todo lo anterior y proporciona una distinción entre uso nocturno planificado o no planificado.
Sin plazo previo acordado	Lentes de contacto medicalizadas	Definidas como cualquier tipo de lente de contacto que se usa con el propósito principal de tratar una enfermedad subyacente o un estado refractivo complicado; pueden corregir o no el error de refracción y se prescriben por razones distintas al propósito cosmético de eliminar la necesidad de gafas ⁶ . Consulte el Informe de usos médicos de lentes de contacto para obtener las características completas de: Lentes de contacto terapéuticas o lentes de contacto de rehabilitación.

FIGURA 1

Diagrama de la estructura corneal en sección transversal. (El diagrama no está a escala).



la fisiología del polo anterior y de la película lagrimal, utilizando un biomicroscopio con lámpara de hendidura y tinciones diagnósticas, además de una topografía ocular. Se debe considerar la captura de imágenes digitales para mejorar el mantenimiento de registros, la clasificación, la gestión y la formación del paciente.

Lo que se sabe

- La videotopografía proporciona un perfil más completo que solo la queratometría. Por ello, se recomienda, como medida de referencia, para determinar si el ojo podría adaptarse al estándar en lentes, en la detección de afecciones como el queratocono y cuando se requiera en la adaptación de lentes de Orto-K).

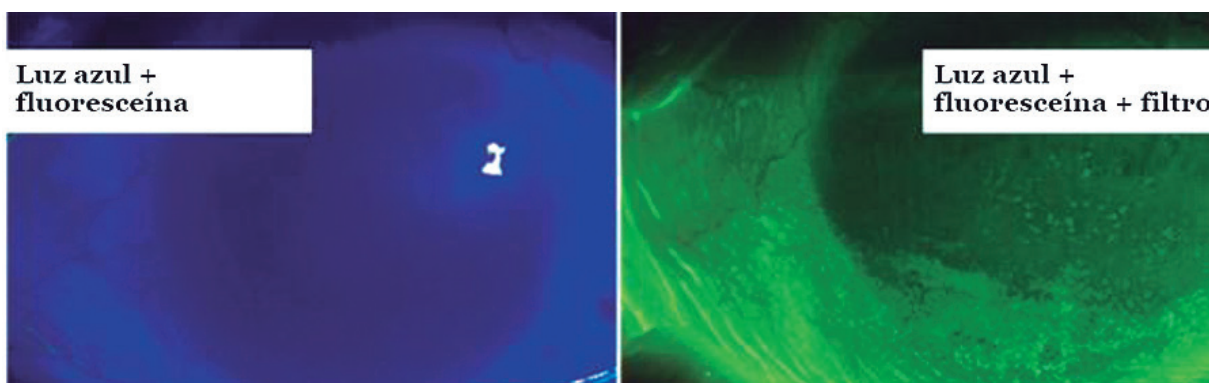


FIGURA 2

El daño conjuntival y el LWE se ven mejor de 1 a 5 minutos después de la instilación de 2 gotas en 2 tiras de papel de verde de lisamina retenido en la tira durante, al menos, cinco segundos para aumentar la concentración. Si usa fluoresceína, espere de 3 a 5 minutos antes de verlo. En la eversión palpebral, siempre se debe tener cuidado de no tocar el área limpiadora del párpado superior.

- En relación a los fármacos que pueden afectar a la película lagrimal, debemos consultar el Informe de práctica de lentes de contacto basada en la evidencia.
- Presencia de Demodex (asociado con una mayor deserción en el uso de LC).
- La presencia de factores de riesgo para eventos de infiltración corneal (EICs) puede dar pistas sobre la recomendación de lentes de contacto blandas desechables diarias en lugar de reutilizables, que son: edad del paciente (<25 años> 50 años), historia previa de EICs, aumento de la carga biológica del margen palpebral por blefaritis o MGD, ciertas condiciones de salud (enfermedad de la tiroides, mala salud autoinformada), antecedentes de tabaquismo y mala higiene.

Lo que no se sabe

Aparte de la consideración de la transmisibilidad del oxígeno para un alto error de refracción o uso nocturno, hay poca evidencia disponible para informar sobre la elección del material de lentes blandas (hidrogel frente a hidrogel de silicona, SiHy).

2. Examen de polo anterior

Antes de adaptar las lentes de contacto y en cada visita posterior resulta necesario un examen completo del polo anterior. Este examen debe incluir la evaluación de

- En cada visita, se debe consultar una escala de clasificación para métricas clave como hiperemia bulbar, limbal y palpebral, y rugosidad palpebral (mejor imagen con instilación de fluoresceína), junto con el registro, mediante diagramas apropiados, del grado de tinción corneal y conjuntival.
- El orden de la prueba debe ser de menos a más invasivo, comenzando con la película lagrimal y concluyendo con la adición de tinciones diagnósticas, eversión del párpado y evaluación de las glándulas de Meibomio.

Lo que no se sabe

- Etiología de los pliegues conjuntivales del párpado (se desconoce el modelo propuesto de aumento de la fricción entre el párpado y la superficie ocular o la lente de contacto. Se consideran un predictor de regular a significativo de la incomodidad de las lentes de contacto.
- No se ha establecido una relación entre la epitelio patía del párpado y la incomodidad de las LC.

¡Consejo clínico! Uso óptimo de la tinción

- Para la tinción corneal, humedezca una tira de papel de un solo uso con solución salina, sacuda el exceso e instile una cantidad mínima de fluoresceína para ver las estructuras oculares entre 1 y 3 minutos después con una luz azul adecuada y un filtro amarillo (cortado). 📷