



Repercusiones en el Tratamiento Médico Del Glaucoma, Enfermedad de la Superficie Ocular: Perspectiva y Manejo



Vital P. Costa, MD

Director, Glaucoma Service, University of Campinas, Brazil

El glaucoma es una enfermedad crónica que frecuentemente requiere de tratamiento a largo plazo con colirio tópico ocular hipotensivo. El uso de medicamentos antiglaucomatosos se ha asociado con Enfermedad de la Superficie Ocular (ESO) (1) (2), en parte por los conservadores utilizados (3). El cloruro de benzalconio (BAK) es el conservador más frecuente, ha mostrado disminuir la estabilidad de la película precorneal por un efecto detergente en la capa lipídica y una reducción en la densidad de las células caliciformes.(4)

Leung y colaboradores aplicaron el cuestionario OSDI (5) para investigar los síntomas secundarios a la ESO a 101 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto o hipertensión ocular y reportaron que 59% de los pacientes padecían ESO en al menos un ojo. Posteriormente, evaluaron el tiempo de ruptura lagrimal y observaron que 78% presentaban una calidad anormal en al menos un ojo. Recientemente, Fechtner y colaboradores (1) en un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico aplicaron el cuestionario OSDI a 630 pacientes con glaucoma y encontraron 48.4% con síntomas leve (n= 134, 21.3%), moderado (n=84, 13.3%) y severo (n=87, 13.8%) de ESO.

ESO posee muchos signos y síntomas, incluyendo ardor, picor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, sensación de ojo seco.(6) (7) Al examinar a los pacientes con ESO presentan niveles variables de tinción anormal al utilizar fluoresceína ó verde de lisamina sobre la conjuntiva y córnea, reduce el tiempo de ruptura lagrimal, presenta examen anormal de Schirmer (6) (7). Baffa (8) y colaboradores examinaron 21 pacientes con glaucoma y 20 controles, encontraron que la fluoresceína y el verde de lisamina tiñen de manera intensa y significativa y el tiempo de ruptura lagrimal presentó una reducción significativa en el grupo con glaucoma. Posteriormente, muchos autores sugieren que ESO tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. (7)-(9)

En un estudio nacional, se encontró que el ojo seco es más frecuente en los pacientes con glaucoma que en aquellos sin glaucoma (16.5% VS 5.6%, $p < 0.0001$), no se encontró una tendencia significativa en los pacientes con glaucoma y ojo seco que reportaran tasas más elevadas de medicamentos hipotensores que aquellos sin ojo seco

(44.2% vs 35.0%, $p < 0.076$) (10). Martone y colaboradores (11), en un estudio retrospectivo y comparativo mediante microscopia confocal, encontró una menor densidad de células epiteliales superficiales, mayor densidad de células epiteliales basales, mayor activación de queratocitos estromales, menos nervios sub basales y mayor tortuosidad en los pacientes con glaucoma y tratamiento crónico.

El tratamiento inicial en ESO se basa en el uso de lágrima artificial, otras opciones incluyen omega 3, ácidos grasos esenciales, ciclosporina tópica, agentes antiinflamatorios y tapones lagrimales. (12)-(17). Por esta razón, diseñamos un estudio para evaluar la necesidad de lágrimas artificiales en los pacientes con glaucoma bajo tratamiento e identificar los factores de riesgo asociados. Nuestra hipótesis es: si los medicamentos antiglaucomatosos asocian ESO, esto puede incrementar la necesidad del uso de lagrimas artificiales en estos pacientes (18). Nuestros resultados confirman nuestra hipótesis, ej. Los pacientes con glaucoma presentan una mayor necesidad de uso de lagrimas artificiales que los controles, lo que se correlaciona con reportes previos.(1) (2) (11)

Identificamos también como factores de riesgo para uso de lágrimas artificiales el sexo femenino, el número de medicamentos antiglaucoma y la duración del tratamiento de glaucoma. El sexo femenino es uno de los factores de riesgo para ojo seco. Otros estudios han reportado también como factor de riesgo el número de medicamentos antiglaucoma para padecer ojo seco.(15) – (19) Fechtner (1) y colaboradores observaron que el puntaje promedio del cuestionario OSDI se encontraba significativamente más elevado de 12.9 cuando se utilizaba sólo un medicamento a 19.4 cuando se utilizaban 3 o más medicamentos ($p = 0.0001$). Rossi y colaboradores (20) investigaron la ocurrencia de síndrome de ojo seco (definido como la presencia de queratitis punteada o disminución en el tiempo de ruptura lagrimal) en 61 pacientes con glaucoma divididos de acuerdo al número de gotas instiladas al día (1, 2 ó 3). La prevalencia de

ojo seco fue 40% en pacientes que utilizaban 3 gotas/día, 39% en pacientes con 2 gotas/día y 11% en pacientes con una gota al día. Posteriormente, el cuestionario OSDI reveló que 15% de aquellos con 3 gotas/día y 8.7% de aquellos con 2 gotas/día mostraban ESO severo.

Finalmente, Pisella y colaboradores (4) observaron que la prevalencia de los síntomas y signos oculares relacionados con ojo seco fueron dosis dependiente, incrementando con el número de gotas antiglaucoma.

Sin embargo, hay evidencia de que el glaucoma puede estar asociado con disminución de la producción de lágrima basal (21), la mayoría de los estudios culpan el desarrollo de ojo seco al uso crónico de medicamentos antiglaucoma, especial-

mente en presencia de conservadores. Es concebible que los efectos tóxicos de los conservadores en la superficie ocular es acumulativa, lo que explica porque la duración de tratamiento mayor de 5 años fue un factor de riesgo para utilizar lágrima artificial en nuestra serie. El conservador más frecuente fue BAK y es un amonio cuater-

nario que causa inestabilidad de la película lagrimal, pérdida de células caliciformes, metaplasia conjuntival, apoptosis y disrupción de la barrera epitelial corneal, lo que lleva a mayor penetración del medicamento en la cámara anterior. Muchos estudios han comparado los signos y síntomas de la superficie ocular en pacientes utilizando colirios con conservadores vs sin conservadores y todos ellos indican que el uso de colirio sin conservador asocia reducción de efectos adversos.(22) – (23)

De manera interesante, algunos de nuestros pacientes utilizaban colirios con BAK como conservador, que en teoría empeora la superficie ocular. Es importante enfatizar que los pacientes con ESO secundario al uso crónico de medicamentos antiglaucoma de manera preferencial deben ser manejados con colirios libre de conservador. El uso de tapones para disminuir la salida de la película lagrimal debe ser utilizado con precaución en estos pacientes, ya que existe la posibilidad de incrementar el

Identificamos también como factores de riesgo para uso de lágrimas artificiales el sexo femenino, el número de medicamentos antiglaucomatosos y la duración del tratamiento

contacto entre el conservador y la superficie ocular.

En conclusión, el glaucoma asocia una prevalencia elevada de Enfermedad de Superficie Ocular (ESO). El desarrollo de medicamentos antiglaucomatosos libres de conservador o con conservadores menos tóxicos son beneficiosos para los pacientes, reduciendo los cambios en la superficie ocular y mejorando la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Fechtner RD, Godfrey DG, Budenz D, Stewart JA, Stewart WC, Jasek MC. Prevalence of ocular surface complaints in patients with glaucoma using topical intraocular pressure-lowering medications. *Cornea* 2010;29:618-21.
2. Leung EW, Medeiros FA, Weinreb RN. Prevalence of ocular surface disease in glaucoma patients. *J Glaucoma* 2008;17:350-5.
3. Baudouin C, Labbe A, Liang H, Pauly A, Brignole-Baudouin F. Preservatives in eyedrops: the good, the bad and the ugly. *Prog Retin Eye Res* 2010;29:312-34.
4. Pisella PJ, Fillacier K, Elena PP, Debbasch C, Baudouin C. Comparison of the effects of preserved and unpreserved

- formulations of timolol on the ocular surface of albino rabbits. *Ophthalmic Res* 2000;32:3-8.
5. Schiffman RM, Christianson MD, Jacobsen G, Hirsch JD, Reis BL. Reliability and validity of the Ocular Surface Disease Index. *Arch Ophthalmol* 2000;118:615-21.
6. The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). *Ocul Surf* 2007;5:75-92.
7. Tavares F de P, Fernandes RS, Bernardes TF, Bonfioli AA, Soares EJ. Dry eye disease. *Semin Ophthalmol* 2010;25:84-93.
8. Baffa P, Ricardo JR, Dias AC, et al. Tear film and ocular surface alterations in chronic users of antiglaucoma medications. *Arq Bras Oftalmol* 2008;71:18-21.
9. Garcia-Catalan MR, Jerez-Olivera E, Benitez-Del-Castillo-Sanchez JM. [Dry eye and quality of life]. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2009;84:451-8.
10. Schmier JK, Covert DW. Characteristics of respondents with glaucoma and dry eye in a national panel survey. *Clin Ophthalmol* 2009;3:645-50.

11. Martone G, Frezzotti P, Tosi GM, et al. An in vivo confocal microscopy analysis of effects of topical antiglaucoma therapy with preservative on corneal innervation and morphology. *Am J Ophthalmol* 2009;147:725-35 e1.
12. Rosenberg ES, Asbell PA. Essential fatty acids in the treatment of dry eye. *Ocul Surf* 2010;8:18-28.
13. Ervin AM, Wojciechowski R, Schein O. Punctal occlusion for dry eye syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006775.
14. Donnenfeld E, Pflugfelder SC. Topical ophthalmic cyclosporine: pharmacology and clinical uses. *Surv Ophthalmol* 2009;54:321-38.
15. Abelson MB, Ousler GW, 3rd, Maffei C. Dry eye in 2008. *Curr Opin Ophthalmol* 2009;20:282-6.
16. Ambrosio R, Jr., Tervo T, Wilson SE. LASIK-associated dry eye and neurotrophic epitheliopathy: pathophysiology and strategies for prevention and treatment. *J Refract Surg* 2008;24:396-407.



La Intervención Psicológica del Paciente con Glaucoma y su Familia desde el Modelo de la Terapia Médica Familiar



Psic. Juana Alejandra García Hernández
 Lic. En Psicología egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
 Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz IAP. México, DF

Introducción

La Terapia Médica Familiar (TMF) es una disciplina que surgió en Estados Unidos a finales de los 80's y principios de los 90's como respuesta a la necesidad de algunas familias que tenían un enfermo crónico o terminal en casa.

A diferencia de la terapia familiar convencional que atiende crisis de desarrollo y dificultades de comunicación relacionadas con transiciones en el ciclo vital de las familias; la TMF pone su atención en el paciente que vive en estrés debido a una enfermedad y extiende la intervención a su familia y a todos los sistemas con los que tiene relación a causa de su padecimiento (médico tratante, profesionistas de apoyo y sistema hospitalario).

En la TMF se promueve el desarrollo de fortalezas individuales y familiares que

favorecen el enfrentamiento a la enfermedad pero además; junto con todos los actores que rodean al paciente se puntualiza en que éste se adapte a su situación y se apegue a sus tratamientos médicos.

Ante el hecho de que cualquier profesionalista del área de la salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, y enfermeros) puede especializarse en TMF, el presente artículo propone dicho modelo como una alternativa de intervención para los pacientes con glaucoma y rescata la importancia de que su familia y el personal que le atiende le brinden acompañamiento emocional.

TMF y familia

La mayoría de las familias que se enfrentan a la enfermedad crónica o terminal de alguno de sus miembros no están preparadas para ello por lo que es necesario que, paralelo a la contención emocional que se brinde al paciente cuando éste conoce su diagnóstico, su familia también reciba una intervención inmediata donde se le dé la orientación conveniente para enfrentar y manejar la situación.

Todas las familias pueden enfrentarse a

dos tipos de enfermedades: las agudas e intempestivas o las que se presentan de manera gradual.

Dado que la TMF percibe a la familia como unidad de cuidado potencial para el enfermo; es importante que el terapeuta médico familiar explore el sistema de creencias de la familia de sus pacientes y su organización ante las adversidades ya que esto influirá en su respuesta hacia la enfermedad.

Un padecimiento repentino (como una embolia) demandará que el sistema familiar se movilice rápidamente y que afronte la crisis con los recursos que tiene a la mano por lo que las familias que cuentan con un historial de tolerancia a situaciones hostiles y flexibilidad para adaptarse a los problemas tendrán ventaja ante este tipo de padecimientos.

Por otro lado, una enfermedad gradual y progresiva (como la esclerosis múltiple) requiere que la familia del paciente tolere cambios continuos y con ello, un alto nivel de estrés. Así, para las familias que son altamente resistentes para recibir y asimilar cambios o información nueva, el contar con tiempo para adaptarse a la