

Lentes de contacto multifocales personalizadas

Sergi Herrero, DOO, MSc. Servicios Profesionales Conóptica

Si cada individuo es distinto y, además, presenta necesidades visuales diferentes, ¿cómo se puede esperar que un único diseño pueda satisfacerlos a todos?

La presbicia o vista cansada es un problema visual que afecta a más de 15 millones de personas en España. Los síntomas empiezan a percibirse a partir de los 40-45 años y cursan con la incapacidad de enfoque para objetos cercanos, que, además, empeora a medida que avanza la edad, hasta llegar a los 65 años, cuando el desenfoque es máximo. La prescripción de lentes oftálmicas es el tratamiento más extendido para solucionar este problema visual, siendo el óptico-optometrista el profesional que ofrece el tratamiento. Sin embargo, la propuesta oftalmológica, como solución a la presbicia, transita por la cirugía mediante la implantación de lentes intraoculares multifocales o tratamientos quirúrgicos a nivel corneal. Los resultados hallados empiezan a ser interesantes, aunque no alcanzan aún la calidad óptica que ofrece la lente oftálmica. Por otro lado, una opción interesante desde el punto de vista estético, capaz de competir directamente con la cirugía, es la lente de contacto multifocal. Aunque no es la opción más utilizada, sí que se observa una demanda creciente, sobre todo, por parte de presbíta jóvenes. Por consiguiente, si la población envejece y los jóvenes presbíta demandan una solución que no pase necesariamente por la lente oftálmica, ¿por qué razón no se adaptan más lentes de contacto multifocales?

ADAPTACIONES DE LENTES DE CONTACTO EN ESPAÑA

Según el estudio realizado por GFK en el año 2011 y presentado en el Forum de Contactología, el 7,4% de la población española de en-

tre 12 y 65 años es usuaria de lentes de contacto, lo que se traduce en un mercado de 2,5 millones de usuarios en este rango de edad. El mismo estudio muestra que el 84% de los usuarios de lentes de contacto son miopes, mientras que tan solo el 3,7% son presbíta. ¿Por qué razón existe tal diferencia entre el número de usuarios miopes y usuarios presbíta? Al llegar a la presbicia, ¿ya no son buenos candidatos para lentes de contacto?

OPORTUNIDAD DE CRECIMIENTO

Describamos un posible escenario en el cual tan solo un porcentaje mínimo de pacientes miopes, al llegar a la presbicia, continuaran o se convirtieran en usuarios de lentes de contacto, en este caso multifocales.

Para ello, necesitamos saber aproximadamente cuántos pacientes miopes presbíta tenemos en España. Para averiguarlo, se ha cruzado la información de la prevalencia de defectos refractivos, que se muestra en la **Tabla 1**, obtenida a partir de los estudios realizados por Montes et al en el año 2000, Anton et al en el año 2009 y García-Lazaro en el año 2010 (1,2,3), y el número de población presbíta actual obtenida del Instituto Nacional de Estadística en octubre de 2012 (**Figura 1**).

Los resultados de este cruce de información se detallan en la **Tabla 2**. Se observa que, en la franja de edad de 45 a 50 años, que podríamos

considerar como el grupo de presbíta jóvenes, aparecen un millón de miopes y 1,9 millones de hipermetropes. Mientras que para la franja de edad de 51-70 años, que podríamos considerar como el grupo de presbíta moderados y avanzados, aparecen 2,2 millones de miopes y 6 millones de hipermetropes. Por otro lado, es también interesante observar que, para la franja de edad de 35-44 años, los cuales ocuparían el grupo de futuros presbíta, aparecen 2,3 millones de miopes y 3 millones de hipermetropes.

Bajo un hipotético escenario donde tan solo uno de cada diez presbíta jóvenes y uno de cada veinte presbíta moderados y avanzados que presentan, a su vez, miopía se adaptaran con lentes de contacto multifocales, el resultado daría un total de 212.000 usuarios, un volumen que doblaría el actual presentado por GFK, el cual cuenta con cualquier usuario presbíta de cualquier estado refractivo (miopía, hipermetropía y emetropía). Por tanto, la oportunidad ya existe y se incrementará cada año debido al número importante de futuros presbíta que se observa en nuestra población.

CLAVES DE LA ADAPTACIÓN

La primera cuestión que debemos plantearnos es si existe realmente la demanda de lentes de contacto multifocales por parte de nuestros pacientes presbíta, o tal vez, se pierda el interés en utilizarlas al alcanzar

la presbicia. Una encuesta realizada por Gallup (4) responde bastante bien a esta cuestión y señala que 7 de cada 10 usuarios de lentes de contacto de entre 35 y 49 años y 8 de cada 10 mayores de 50 están interesados en lentes de contacto bifocales o multifocales.

¿Cuál es la razón de que no se adapten más lentes de contacto multifocales?

Una de las principales razones es el desconocimiento por parte del usuario. De acuerdo con el estudio realizado por *Contact Lens Council* en 2007, el 40% de los usuarios de lentes de contacto desconoce que existen lentes de contacto multifocales. La situación comparada con la de un paciente miope joven es bien distinta: el presbíta no preguntará, en la mayoría de los casos, por lentes de contacto multifocales, mientras que el joven miope sí lo hará, o, en caso contrario, el óptico-optometrista se lo ofrecerá como una opción más. Esta situación no suele darse de forma espontánea con el paciente presbíta, es decir, el óptico-optometrista no lo ofrece igual. La razón por la cual no se ofrece con la misma intensidad puede responder a motivos de expectativas visuales no alcanzadas con la lente de contacto multifocal, entendida desde el punto de vista del profesional.

Sin embargo, actualmente contamos con diseños de lentes de contacto multifocales que sí cumplen con las expectativas visuales que podríamos esperar.

Para conseguir un buen resultado en la adaptación de lentes de contacto multifocales, son necesarias dos cosas: conocer bien al paciente que queremos adaptar y conocer bien las soluciones que existen en el mercado.

El conocer a nuestro paciente no solo obedece a expectativas visuales, dedicación durante su jornada laboral o actividades que practica. Es de suma importancia evaluar correctamente el punto de partida de nues-

Tabla 1. Estimación de la distribución del defecto refractivo en la población española.

Edad	Miopía	Hipermetropía	Astigmatismo
31 - 40	33%	36%	...
41 - 50	24%	45%	38%
> 50	20%	55%	60%

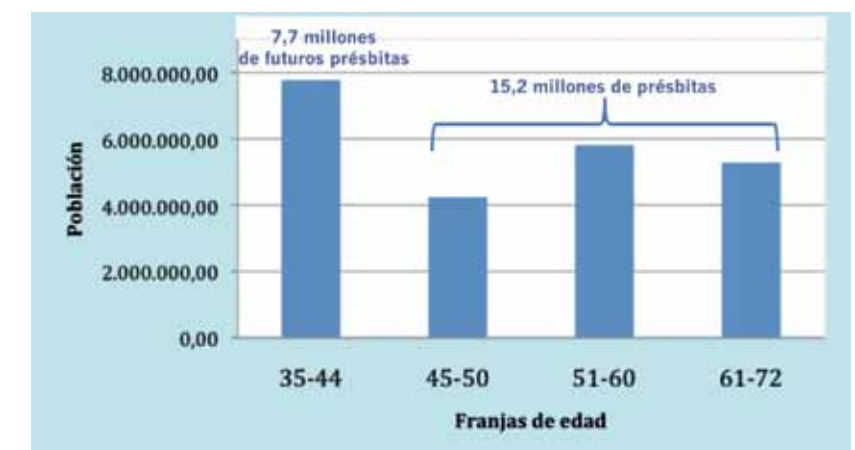


Figura 1. Población presbíta y futuros presbíta. Consulta realizada al Instituto Nacional de Estadística (octubre de 2012).

Tabla 2. Estimación de actuales y futuros presbíta con defectos refractivos.

Grupos de edad		Miopía	Hiperm.
Futuros presbíta	35 - 44 años	2,3 millones	3 millones
Presbíta jóvenes	45 - 50 años	1 millón	1,9 millones
Presbíta moderados y avanzados	51 - 72 años	2,2 millones	6 millones

tras adaptaciones y, para ello, resulta fundamental realizar exámenes previos precisos, en los que se pueda observar claramente cuáles son las carencias de su adaptación actual para, así, poder fijar unos objetivos concretos y un punto de partida determinado. Del mismo modo, observar las ventajas de su adaptación nos puede alertar de qué debemos potenciar, o al menos no perjudicar, en la nueva adaptación con lente de contacto multifocal.

Las soluciones a la presbicia que ofrece el mercado de lentes de contacto son diversas y cada laboratorio propone diseños específicos que evolucionan constantemente. Se pueden dividir en dos grupos: diseños de visión simultánea y diseños de visión alternante. Los diseños de visión simultánea, generalmente lentes de contacto blandas, disponen

de una zona óptica que es capaz de albergar la refracción que el paciente necesita para visión lejana (VL) y próxima (VP). Por tanto, a través de la pupila del paciente, independientemente de que esté observando, se transferirá información enfocada y desenfocada del mismo objeto y al mismo tiempo. Esta superposición de imágenes, una enfocada y otra borrosa, conduce a una reducción de la sensibilidad al contraste (5) que dependerá del diseño escogido, del centrado de la lente, del diámetro pupilar del paciente y de las características personales de cada individuo a nivel cognitivo. Los diseños de visión alternante generalmente se encuentran en lentes GP. Tienen la particularidad de que, en función de la posición de mirada del usuario, la lente se traslada a una posición distinta y, por tanto, se favorece la visión próxima o la visión lejana.

Bias *MultiLIFE*®

Un ejemplo de lente de contacto de visión alternante es la Bias Bicon (lente bifocal), en la que la zona superior de la lente de contacto contiene la refracción para VL y la zona inferior la refracción para VP. Los diseños de visión alternante no producen una reducción de la sensibilidad al contraste tan notable como las lentes únicamente de visión simultánea.

LENTE DE CONTACTO MULTIFOCAL PERSONALIZADA

Si cada individuo es distinto y, además, presenta necesidades visuales diferentes, ¿cómo se puede esperar que un único diseño pueda satisfacerlos a todos?

Con esta reflexión surge la idea de la lente de contacto *Bias MultiLIFE*, un diseño de lente de contacto multifocal GP con zona central para visión lejana y periférica para visión intermedia y próxima, donde combina la visión simultánea y la alternante. Ofrece la posibilidad de escoger entre cinco zonas centrales de distinto tamaño, de mayor a menor –XL, L, M, S y XS–, y cuenta con dos adiciones distintas –adición A para jóvenes presbitas y adición B para presbitas avanzadas– y dos perfiles diferentes, *MultiLIFE* para casos normales y *MultiLIFE PC* diseñada para cubrir especialmente distancias intermedias sin renunciar a una correcta visión lejana y próxima. La personalización de la zona central permite adecuarse a cada paciente en función de sus necesidades o de la situación de la adaptación que actualmente utiliza. Pero el éxito de este diseño no solo reside en la posibilidad de personalización. También puede compensar cualquier grado de astigmatismo, gracias a sus variantes tóricas –interna y externa– o bitóricas.

El astigmatismo no compensado, aun siendo bajo, es otro elemento



Bias MultiLIFE.

que repercute de forma negativa en la agudeza visual a cualquier distancia, sobre todo la de bajo contraste (6). Se trata de un defecto refractivo muy corriente en los pacientes. Casi el 40% de la población presbita joven y más del 70% de la población presbita mayor de 70 años presenta algún grado de astigmatismo (3). Este factor, unido a la caída de la sensibilidad al contraste típica de la edad, puede significar el éxito o el fracaso de la adaptación de una lente multifocal si no se previene.

MultiLIFE representa una oportunidad de adaptación o readaptación para un amplio abanico de casos, pero, sobre todo, para aquellos presbitas ya usuarios de lentes de contacto, tanto de lente de contacto GP como de lente de contacto blanda, que aprecien especialmente

una buena calidad visual. No obstante, también puede significar una opción para pacientes que, aun no siendo usuarios de lentes de contacto, estén interesados en un método compensador alternativo a la lente oftálmica. Además, gracias a que la zona multifocal de la lente se encuentra en la cara anterior, permite combinarse con geometrías internas específicas, como, por ejemplo, los diseños KAKC de **Conóptica** para el queratocono.

Como resumen, el éxito de la adaptación de lentes de contacto multifocales vendrá precedido por un abordaje preciso de las necesidades e inquietudes de nuestros pacientes, de los exámenes previos realizados y del tipo de lente y adaptación elegida, acorde con los objetivos que nos marquemos.

Referencias

1. Montés-Micó, R., & Ferrer-Blasco, T. (2000). Distribution of refractive errors in Spain. *Documenta ophthalmologica*, 101(1), 25-33.
2. Antón, A., Andradá, M. T., Mayo, A., Portela, J., & Merayo, J. (2009). Epidemiology of refractive errors in an adult European population: the Segovia study. *Ophthalmic Epidemiology*, 16(4), 231-237.
3. García Lazaro, S. (2010). Prevalencia refractiva en una población mediterránea española. *Gaceta Óptica*, (448), 34-38.
4. Multi-Sponsor Survey's 2008 Gallup Study of the Consumer Contact Lens Market. 2008
5. Gupta, N., Naroo, S. A., & Wolffsohn, J. S. (2009). Visual comparison of multifocal contact lens to monovision. *Optometry & Vision Science*, 86(2), E98-E105.
6. Wolffsohn, J. S., Bhogal, G., & Shah, S. (2011). Effect of uncorrected astigmatism on vision. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 37(3), 454-460.

www.conoptica.es