
Geriatría para el médico familiar

LUIS MIGUEL GUTIÉRREZ ROBLEDO
Médico cirujano, Universidad La Salle.
Especialista en Medicina Interna, Especialidad en Geriatría,
Universidad de Grenoble, Francia.
Maestro en Biología del Envejecimiento, Universidad de Paris y
Doctor en Ciencias Médicas, Universidad de Burdeos.
Director, Instituto de Geriatría.

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA PEÑA
Médica cirujana, Universidad Nacional Autónoma de México.
Especialista en Medicina Familiar.
Maestra en Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
Doctora en Salud Pública y Políticas en Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical,
Universidad de Londres.
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, CONACYT.
Investigador Titular B, Instituto Mexicano del Seguro Social.
Académico Numerario, Academia Nacional de Medicina.
Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud.
Área Envejecimiento, Instituto Mexicano del Seguro Social.

VICTORIA EUGENIA ARANGO LOPERA
Médica cirujana, Pontificia Universidad Bolivariana, Medellín, Colombia.
Especialista en Geriatría Clínica, Universidad de Caldas, Colombia.
Maestra en Bioética, Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia.
Jefa de Recursos Humanos especializados del Instituto de Geriatría, México.

MARIO ULISES PÉREZ ZEPEDA
Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México.
Especialista en Medicina Interna y Geriatría.
Investigador en Ciencias Médicas, Instituto de Geriatría.
Profesor titular de Salud en el Anciano, Universidad Nacional Autónoma de México.
Médico adscrito al servicio de Medicina Interna, Hospital General de Zona,
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, "Dario Fernández".

Editor responsable:
Dr. José Luis Morales Saavedra
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Karla Verdiguél Sotelo, Arturo Carrasco Quiroz,
David Eliseo Gómez García

DEFINICIÓN

La enfermedad de ojo seco o síndrome de disfunción lagrimal es una entidad multifactorial causada por trastornos que comprometen la cantidad o calidad de las lágrimas. Cursa con molestias oculares como la irritación ocular, fluctuaciones visuales e inestabilidad de la película lagrimal con daño potencial de la superficie ocular. Se acompaña de aumento en la osmolaridad de la lágrima e inflamación de la superficie ocular.

EPIDEMIOLOGÍA

Las molestias oculares secundarias al ojo seco son sin duda causas frecuentes en la consulta de los ancianos. Se ha informado una prevalencia de la entidad, que oscila entre 5 y 30% en mayores de 50 años de edad y de 15% en los mayores de 65 años. El sexo femenino suele estar más afectado por deficiencia androgénica. Cabe resaltar que es más frecuente en el asiático, y algunos autores incluyen también a los hispanos.

CAUSAS MÁS FRECUENTES

La etiología del síndrome de disfunción lagrimal es multifactorial. Una clasificación práctica y por lo común utilizada es la que divide el ojo seco en dos categorías principales, la hiposecretora y la evaporativa, aunque las dos no son mutuamente excluyentes (cuadro 71-1).

A partir del Taller de Ojo Seco del 2007 diversos factores de riesgo han sido identificados y unificados: edad avanzada, posmenopausia, sexo femenino, cigarrillo y fármacos. El síndrome de disfunción lagrimal u ojo seco es multifactorial y puede estar asociado con diversas entidades tales como la artritis reumatoide, diabetes mellitus, la etapa posterior a la menopausia y el uso de diversos fármacos como β bloqueadores, antihistamínicos, narcóticos, opioides, AINE, esteroides, antihelmínticos, antimalarios (cloroquina), amiodarona, anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, α adrenérgicos, quinidina, bloqueadores gangliónicos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, inhibidores de la recaptura de serotonina (particularmente fluoxetina), barbitúricos, tiazidas, tiouracilos y medicamentos dermatológicos como retinoides, psoriáticos.

Cuadro 71-1. Clasificación de las enfermedades que producen ojo seco

Hiposecretora	<p>Sjögren primario o secundario No Sjögren Relacionada con la edad (la más frecuente) Destrucción del tejido lagrimal por tumor o una inflamación (p. ej., pseudotumor, sarcoidosis, enfermedad ocular tiroidea) Ausencia de glándula lagrimal (después de extirpación quirúrgica) Obstrucción de los conductos de la glándula lagrimal como resultado de cicatrización conjuntival grave (p. ej., penfigoide cicatricial, tracoma) Lesiones neurológicas como el síndrome de Riley-Day</p>
Evaporativa	<p>Función lagrimal normal, pero con película lagrimal anormal secundaria a una enfermedad periocular (p. ej., acné, rosácea, hipovitaminosis tipo A) Por deficiencia de lípidos secundaria a disfunción obstructiva de la glándula de Meibomio o por anomalías palpebrales (anatómicas o funcionales) como el ectropión, entropión, coloboma, oftalmopatía distiroidea, parálisis de Bell, lagofalmia nocturna, que condiciona un parpadeo defectuoso</p>

ÉNFASIS EN EL INTERROGATORIO

El interrogatorio debe estar encaminado a identificar los síntomas: ardor, prurito, sensación de cuerpo extraño, sequedad ocular, pesadez de párpados, visión borrosa y dolor. La mayoría de estos síntomas se presentan en casos graves, sin olvidar que en presentaciones más leves pueden ser poco molestos o esporádicos.

De manera adicional las preguntas deben estar dirigidas a detectar factores desencadenantes, que pueden ser tan sutiles como el ambiente, medicamentos asociados o actividades del paciente, cirugía previa o enfermedades asociadas.

ÉNFASIS EN EL EXAMEN FÍSICO

Después de un interrogatorio dirigido y sistemático, la inspección física orientará sobre las posibles causas del síndrome de disfunción lagrimal. Una inspección meticulosa involucra la exploración de la piel, borde palpebral, pestañas, glándulas de Meibomio, conjuntiva (hiperemia, presencia de filamentos mucoides, conjuntiva redundante) y córnea (reflejo corneal irregular, ulceración o perforación corneal en casos graves).

El parpadeo es importante, ya que el movimiento es factor clave para algunos diagnósticos. Este debe ser en forma vertical descendente, medial y hacia atrás. Durante el estudio físico es indispensable hacer presión del borde palpebral para verificar el estado de las glándulas de Meibomio y el componente lipídico de la película lagrimal. Una secreción anormal, excesiva o taponamiento glandular nos podrá orientar sobre una disfunción de las glándulas de Meibomio.

Algunos otros estudios pueden ser llevados a cabo por el oftalmólogo para determinar la etiología como lo son el tiempo de rotura lagrimal, tinción con fluoresceína, medición del meñisco lagrimal y prueba de Schirmer.

REMISIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS, CON LA SOSPECHA

Se debe remitir al servicio de urgencias oftalmológicas en caso de sospechar patologías agudas como cuerpo extraño, dolor intenso, úlcera o absceso corneal, perforación ocular por ojo seco grave o pérdida de la agudeza visual de forma importante o abrupta.

CASOS EN QUE LA REFERENCIA NO ES URGENTE, PERO SÍ ACONSEJABLE

En caso de sospecha de enfermedades sistémicas asociadas para diagnóstico y tratamiento oportuno.

En cicatrización conjuntival (p.ej. penfigoide ocular cicatrizal, síndrome de Stevens-Johnson, tracoma, secuelas de quemadura ocular).

Anomalía palpebral que predispone a la exposición ocular (causa que predispone a queratopatía por exposición).

Ante la no certeza diagnóstica.

PARACLÍNICOS

A todos los pacientes se les debe solicitar cuadro hemático, proteína C reactiva, anticuerpos antinucleares. Los cuales ayudan en el proceso diagnóstico de la enfermedad de Sjögren.

Solicitar tinción de Gram y cultivo de secreción ocular, en caso de presentarse.

Después de una completa historia clínica y la orientación diagnóstica se debe canalizar al servicio de especialidad ante la sospecha de enfermedades sistémicas asociadas.

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA

En el adulto mayor es común que se presente cierto grado de disfunción lagrimal por lo que la base del tratamiento está encaminado a mantener higiene palpebral adecuada y estabilizar la película lagrimal con el uso de lubricantes oculares. Si existe inflamación o infección asociada se pueden manejar antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos tópicos (los cuales se adecuarán después al resultado de la tinción de Gram y del cultivo de la secreción).

El tratamiento se instala de acuerdo a la gravedad, etiología y factores desencadenantes. La primera línea de tratamiento son los lubricantes oculares (lágrimas naturales), que se pueden aplicar desde 3 o 4 veces al día en casos leves o más frecuentemente hasta cada hora o antes en casos moderados o graves. En ocasiones es útil la aplicación de lubricantes oculares libres de conservadores (para evitar la toxicidad por el conservador) y añadirse gel lubricante por las noches (al momento de dormir), ya que éstos al tener más viscosidad poseen una vida media mayor.

Si estas medidas son inadecuadas o poco efectivas se puede considerar la oclusión palpebral por la noche, previa aplicación de lubricantes en gel, mientras se instituye un tratamiento definitivo (oclusión de puntos lagrimales, cauterización de puntos lagrimales o tarsorrafia temporal).

Además de los lubricantes deben atenderse los trastornos predisponentes como la blefaritis, en caso de presentarse. Las tetraciclinas poseen actividad antiinflamatoria, reducen la producción de citocinas, disminuyen la producción de óxido nítrico e inhiben metaloproteínasa por parte de las células del epitelio corneal. La doxiciclina sistémica mejora la estabilidad de la película lagrimal, en especial en pacientes con rosácea. También mejoran el funcionamiento de las glándulas de Meibomio.

QUÉ HACER CUANDO EL ANCIANO LE ES CONTRA-REMITIDO

- Brindar la orientación sobre el manejo conservador y educar al adulto mayor, o a sus cuidadores, para la

detección oportuna de posibles complicaciones, como infecciones.

- Dependiendo de la intensidad debe revisarse en días o semanas.
- Ante pacientes con ojo seco grave asociado a patología sistémica debe ser monitoreado bajo lámpara de hendidura por el servicio de especialidad de forma constante.

ASOCIACIÓN CON OTROS PROBLEMAS GERIÁTRICOS

- Alteración de la agudeza visual.
- Caídas.
- Polifarmacia.

INTERVENCIÓN DE OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

- Enfermería para garantizar la adherencia medicamentosa y enseñar técnicas de limpieza ocular en caso de presentarse secreción.

QUÉ NO HACER

- Aplicar soluciones oftalmológicas ante la sospecha de ulceración o perforación ocular: se recomienda parche oclusivo y envío a la brevedad a valoración por oftalmólogo.
- Considerar el ojo seco un acompañante del proceso de envejecimiento normal.
- Utilizar multivitamínicos en todos los ancianos con el síntoma.

RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS EN EL HOGAR

Evitar la exposición a factores físicos y desencadenantes ambientales como el humo, polvo, calor excesivo, sistemas de aire acondicionado y calefacción. Es indispensable verificar el adecuado cierre palpebral durante el sueño y es recomendable una dieta que incluya vitamina A, C y omega 3 (no mediante suplementos nutricionales, ni multivitamínicos). Se debe avisar a los pacientes del riesgo de sensibilización frente a los conservadores de muchas lágrimas artificiales. Las lágrimas sin conservadores son las mejores para usarlas con asiduidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Douglas J. Rhee, M.D. Mark F. Pyfer, M.D: Manual de Urgencias Oftalmológicas Tercera Edición Mc Graw-Hill Interamericana. Pág.60, 159.
- Foulks GN: Pharmacological management of dry eye in the elderly patient. *Drugs Aging*. 2008;25(2):105-18.
- Gold D., Lewis R *et al.*: Oftalmología (American Medical Association), Marbán 2006. P p 272-274;110-1110.
- Kaiser, P., Friedman, N *et al.*: The Massachusetts Eye and Ear Infirmary Illustrated Manual of Ophthalmology, 2nd edition, Saunders 2004.p p 104-106, 116-118.
- Kanski J: Oftalmología clínica. Ed. Elsevier 2009 sexta edición, España. Pág. 203-209.
- Kojima T, Dogru M. Tsubota K: Clinical evaluation of the Smart Plug in the Treatment of dry eyes. *Am. J. Ophtalmol.* 2006; 141:386-388.
- Langston, D., Azar, D *et al.*: Manual of Ocular Diagnosis and Therapy, 6th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.P p 21, 113-117, 455-480.
- Lin PY, Cheng CY, Hsu WM, Tsai SY, Lin MW, Liu JH, Chou P: Association between symptoms and signs of dry eye among an elderly Chinese population in Taiwan: the Shihpai Eye Study.*Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2005 May; 46(5):1593-8.
- Chiaradía P: La Córnea en apuros. Ediciones Científicas Argentinas. Buenos Aires 2006.
- The Epidemiology of Dry Eye Disease: Report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007, The Ocular Surface, April 2007, Vol 5, No. 2 www.theocularsurface.com.