

ENFERMEDADES

DEL

OJO

GLAUCOMA

Es una enfermedad caracterizada por una elevación de la presión intraocular hasta un nivel que produce un daño irreversible en las fibras del nervio óptico.

Las fibras del nervio óptico, se dañan cuando la presión intraocular se eleva por encima de un nivel que es variable de unos individuos a otros. Si la situación de presión elevada se mantiene durante mucho tiempo, o alcanza cifras exageradamente altas, estas fibras se pueden dañar de forma irreparable, es decir, la pérdida de visión se hace irreversible.

Cuando la totalidad de las fibras del nervio óptico se han dañado, se pierde por completo la capacidad de transmitir imágenes al cerebro, encontrándonos ante una ceguera total.

¿POR QUÉ SE PRODUCE EL GLAUCOMA?

Por el interior del ojo circula un líquido, encargado de la nutrición de las estructuras internas del ojo. Este líquido cumple una función similar a la sangre, pero tiene la ventaja de que al ser totalmente transparente, que la luz traspasa este líquido, permitiendo al ojo cumplir la misión para lo que ha sido diseñado. Este líquido denominado humor acuoso, tiene un sistema de producción y otro de evacuación. El perfecto equilibrio entre estos dos sistemas, permite mantener prácticamente constante la presión intraocular. Si como consecuencia de algún fallo en estos mecanismos, entra más líquido del que puede salir del ojo, la presión se eleva y el nervio óptico comienza a dañarse.

TIPOS DE GLAUCOMA

1.- *Glaucoma congénito:*

Se produce como consecuencia de un desarrollo defectuoso de las vías de salida del humor acuoso. En las primeras semanas o meses de vida, el niño va a presentar lagrimeo y fotofobia (no es capaz de mantener los ojos abiertos cuando hay luz). La córnea va perdiendo transparencia y se ve blanquecina. Simultáneamente, el ojo, como consecuencia del aumento de presión en su interior, va aumentando de tamaño. Hay que tener especial cuidado con los niños que tienen los ojos mucho más grandes que el resto de los niños de su misma edad, especialmente si les molesta mucho la luz.

2.- *Glaucoma crónico de ángulo abierto:*

Es el más frecuente de todos. Se produce por el deterioro progresivo del sistema de eliminación del humor acuoso, que de una forma natural se produce con la edad, pero en este caso se exagera hasta perder la capacidad de mantener una cifra normal de presión intraocular. La enfermedad se presenta de una forma muy lenta sin producir síntomas que la persona que lo sufre, sea capaz de detectar.

3.- *Glaucoma agudo o de ángulo cerrado:*

Es la más conocida por presentarse bruscamente con gran dolor y disminución de la visión, visión halos coloreados alrededor de las luces, e incluso sensación de náuseas, vómitos, etc.. Se produce por el cierre brusco de las vías de eliminación del humor acuoso, como consecuencia de que por la forma especial del ojo de estas personas, el ángulo a través del cual se ha de eliminar este líquido, es excesivamente estrecho y, es posible, que en determinadas circunstancias, las paredes de este ángulo se pongan en contacto, obstruyendo por completo el paso. Esto trae como consecuencia la rapidísima elevación de la presión y el intensísimo dolor (dolor de clavo).

POBLACIÓN DE RIESGO

Así se denomina a las personas que poseen uno o varios factores que predisponen a padecer la enfermedad. Los más importantes son los siguientes:

- 1.- Antecedentes familiares de glaucoma.
- 2.- Edad. Más frecuente en personas de edad avanzada.
- 3.- Miopía.
- 4.- Diabetes.
- 5.- Tratamientos prolongados con corticosteroides.
- 6.- Enfermedades cardiovasculares.
- 7.- Traumatismos o intervenciones quirúrgicas oculares.

TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA

Las posibilidades del tratamiento son mayores cuanto más rápido se haga el diagnóstico.

El tratamiento tiene como objetivo conservar la visión y el campo visual tal y como estaban en el momento del diagnóstico, ya que después es imposible la regeneración de las fibras del nervio óptico que ya estaban atrofiadas. La progresión del daño del nervio óptico, se evita manteniendo la presión intraocular en cifras normales.

Dependiendo del tipo de glaucoma se opta por el tratamiento médico o quirúrgico, hay glaucomas que únicamente responden al tratamiento quirúrgico, el congénito por ejemplo.

1.- *Tratamiento médico:*

En los casos más leves, es muy probable que la enfermedad se mantenga bajo control con la utilización de colirios hipotensores oculares. Estos colirios se han de aplicar una o varias veces al día, según prescripción del oftalmólogo y se debe mantener indefinidamente. Los colirios pueden producir reacciones adversas, locales o generales que deben ser comunicadas de inmediato al oftalmólogo para que proceda a modificar el tratamiento de modo que estos efectos adversos sean mínimos.

2.- *Tratamiento quirúrgico:*

Existen dos modalidades de cirugía, la realizada con láser y la quirúrgica propiamente dicha.

Tratamiento láser: En el glaucoma crónico, el láser aplicado en la zona que se encuentra obstruida e impide el

paso del humor acuoso, permite mejorar la salida de éste, disminuyendo de este modo la presión intraocular. Ésta técnica **Trabeculoplastia**, es muy útil para los pacientes que no toleran la medicación o que su presión intraocular no se mantiene.

En el glaucoma agudo, el láser para realizar un orificio en el iris que comunica las cámaras anterior y posterior del ojo, tiene una gran efectividad. Este procedimiento que se conoce por **Iridotomía**, se debe hacer en los dos ojos cuando se produce un ataque de glaucoma agudo en uno de ellos.

Trabeculectomía: Esta operación consiste en crear una nueva vía de salida para que el humor acuoso abandone por ella el globo ocular y se mantenga así la presión en límites normales.

CATARATAS

La palabra catarata asusta a mucha gente, porque se cree que significa ceguera; la realidad es que es una causa de pérdida de visión, que la cirugía puede resolver en la mayoría de los casos.

Una catarata es la pérdida de la transparencia del cristalino, estructura situada en el interior del ojo, por detrás de la pupila, detrás de los ojos, que cumple la función de una lente, enfocando las imágenes en la retina, como un objetivo de una cámara de fotos, que enfoca la luz sobre la película (Retina).

CAUSAS DE LAS CATARATAS

La mayoría de las cataratas se produce con la edad, un síntoma más del envejecimiento.

Debe saber que la edad de presentación varía, que es frecuente la bilateralidad, que la evolución de uno a otro ojo varía y que la pérdida de agudeza visual es lenta y progresiva.

Existen otras causas relacionadas con agresiones externas, traumáticas, asociadas a enfermedades generales (diabetes), producidas por enfermedades oculares, por uso o abuso de fármacos (corticoides), causas ambientales, radiaciones ultravioletas, infrarrojos.

Existe un tipo especial de catarata, denominado congénita, que aparece en el momento de nacer, y puede pasar desapercibida, con alto riesgo para el desarrollo de la visión futura. Debe saber que todo niño después del nacimiento tendrá que ser examinado por un especialista.

SÍNTOMAS DE LAS CATARATAS

Visión borrosa, con niebla, como a través de un velo.

Evolución lenta y diferente en los dos ojos.

Deslumbramiento ante luces o cambios de luminosidad.

Dificultad conducción nocturna.

Los colores se van desvaneciendo, se ven de manera diferente.

Visión doble con un sólo ojo.

Cambios frecuentes en la graduación de sus gafas o lentes.

Una mejoría temporal en la vista de las personas que necesitan gafas para ver de cerca.

TRATAMIENTO

El único procedimiento efectivo es el quirúrgico.

No existen medicamentos que curen las cataratas. Únicamente en casos aislados y favorables, pueden retrasar su progresión.

¿EN QUÉ CONSISTE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

Limpiar o suprimir el cristalino opacificado, consiguiendo la transparencia del eje visual.

Sacando la lente opacificada, el cristalino en su totalidad, operación, que en la actualidad, se hace en muy pocas ocasiones.

Limpiando la opacificación, respetando la pared anterior y posterior del cristalino. Este procedimiento se llama extracapsular, puede efectuarse por procedimientos manuales, mecánicos o por ultrasonidos (facoemulsificación).

DESPRENDIMIENTO

DE RETINA

La retina es al ojo, lo que la película a una cámara de fotos, de modo que cuando la luz enfoca sobre ella, la estimula y se forma una imagen, que es enviada al cerebro, a través del nervio óptico, donde se revela la fotografía.

El globo ocular está formado por tres capas, la más externa, la esclera que le da rigidez, es el esqueleto del globo; la capa media o capa nutricia, la coroides, que alimenta al ojo, y la capa más interna, que es la retina.

En el interior del globo ocular se encuentra un gel transparente como la clara de huevo, llamado vítreo, unido a la retina.

Hay que distinguir en la retina dos partes fundamentales:

La parte central, mácula, ojo del ojo. Nos permite la visión con mayor detalle. Se utiliza para reconocer, leer, conducir, etc.

La retina periférica nos da una imagen más burda. Es la visión que tenemos cuando estamos leyendo y entra una persona, no la vemos con detalle, no la podemos precisar. Cuando esta capa se rompe, el líquido existente en la cavidad vítrea pasa a través del agujero o rotura, acumulándose bajo la retina, separando la retina de su lecho y produciendo el desprendimiento de retina.

CAUSAS DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Cuando por procesos atróficos o degenerativos, la retina se adelgaza y sufre tracciones del gel vítreo, se rompe, se desgarra y, si no es tratada, se puede desprender.

La alteración del vítreo, motivada por cualquier causa, inflamatoria, hemorrágica, traumática, puede traccionar la retina, romperla y desprenderla.

SÍNTOMAS

Como signos premonitorios habría que tener presente la aparición de:

Moscas volantes.

Destellos luminosos.

Aparece una sombra o telón, ocultando parte del campo de la visión, que puede ir aumentando hasta ocupar todo el campo visual.

TRATAMIENTO

Conviene diferenciar dos estadios:

Roturas o agujeros. Se deben tratar inmediatamente con láser o aplicación de frío, consiguiendo una soldadura o bloqueo del desgarro.

Si no se consigue la oclusión de la rotura o desgarro desencadenará el D.R., y si se produce se debe pasar al tratamiento quirúrgico, sin demora, urgencia que vendrá dada si el desprendimiento compromete o no a la llamada retina central.

¿EN QUÉ CONSISTE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

Existen dos tipos de cirugía:

Cirugía extraescleral, colocación de implante fuera del ojo para facilitar el taponamiento de los desgarros.

Retinopexia neumática, inyección de gas dentro del ojo.

El porcentaje de reaplicación, es decir, que la retina vuelva a su sitio, es del 90%, con cualquier forma elegida. Si esta recuperación no se consigue se puede volver a operar; el fallo es debido, generalmente, a la formación de tejido fibroso sobre la retina, que tira de ella, y la vuelve a desprender, y la única solución para despegarla y volver a aplicarla, es eliminar el gel vítreo, ésto es lo que se conoce con el nombre de vitrectomía.

FACTORES DE RIESGO. PREVENCIÓN.

- Antecedentes de D.R. o rotura en el otro ojo.
- Miopes.
- Operados de cataratas.
- Enfermedades degenerativas de la retina.
- Traumatismos oculares.
- Traumatismos craneales.

Debe saber que cualquier persona y más si cumplen alguna premisa anterior, debe ser examinada de manera periódica y urgentemente si nota moscas, centelleos, luces o pérdida del campo visual

AMBLIOPIA

OJO VAGO

La ambliopía, un ojo vago, consiste en la pérdida parcial, mayor o menor, de la visión de un ojo, siendo generalmente monocular.

Puede ser, con menos frecuencias, bilateral, por existir defectos importantes de refracción en ambos ojos, especialmente astigmatismos severos, y también por una serie de cuadros que cursan con temblor, movimientos oculares involuntarios, llamado nistagmus.

CAUSA DE LA AMBLIOPÍA

El origen más frecuente es la presencia de un estrabismo en el que el niño fija mucho más con el ojo contrario al ambliope o vago, dicho estrabismo puede ser evidente, estéticamente manifiesto; o puede ser pequeño, microestrabismo, pudiendo pasar desapercibido, y por lo tanto, la falta de diagnóstico precoz, puede aumentar el riesgo de la ambliopía.

Otra causa frecuente es la anisometropía, o diferencia de graduación de un ojo a otro, que puede favorecer el retraso del desarrollo de la capacidad visual del ojo con mayor defecto, aumentando la ambliopía de dicho ojo.

Causas oculares propias como la aparición de enfermedades con entidad propia que impiden el desarrollo visual, entre ellas la catarata congénita es la más frecuente.

TRATAMIENTO DE LA AMBLIOPÍA

Dos objetivos:

1º Recuperar la agudeza visual máxima.

2º Mantenimiento de esta recuperación.

El Tratamiento de Recuperación debe ser:

Precoz.

El método más aceptado es la oclusión con parches directamente sobre el ojo sano.

La pauta de las oclusiones variará según los casos y la vigilancia debe ser extrema y cuidadosa, para ir acoplándola a las necesidades de cada momento.

El Tratamiento de Mantenimiento:

Va dirigido a estabilizar la agudeza visual conseguida, los procedimientos son varios, oclusiones o las llamadas penalizaciones métodos más suaves que las oclusiones sobre el ojo sano, correcciones ópticas especiales, dilataciones pupilares (niña de los ojos).

ESTRABISMO

Es la pérdida del paralelismo de los ojos. Los dos ojos no miran al mismo sitio, uno de ellos dirige la mirada al objeto que fija, mientras que el otro se desvía en otra dirección.

La desviación puede ser grande y entonces constituye un defecto estético llamativo, pero puede haber casos donde la desviación es muy pequeña, no apreciándose estéticamente, puede pasar desapercibido, pero creará los mismos problemas de visión que las grandes desviaciones.

TIPOS DE ESTRABISMO

Los ojos pueden desviarse horizontalmente, ya sea hacia adentro, estrabismo convergente, niño bizco; o hacia afuera, estrabismo divergente, ojo despistado. O verticalmente, estrabismo vertical, uno desplazado hacia arriba o hacia abajo.

Pueden darse combinaciones horizontales y verticales a la vez.

MANIFESTACIONES

Desviación de un ojo, pérdida del paralelismo de los ojos.

Disminución de la agudeza visual de un ojo respecto al otro. Ojo Vago (Ambliopía).

posiciones anormales de la cabeza, desviaciones, inclinación, tortícolis.

Diplopía, o visión doble, cuando el estrabismo se inicia en edad adulta.

Mal cálculo de las distancias y relieves, pérdida de visión binocular.

CAUSAS QUE PROVOCAN UN ESTRABISMO

Causas Diversas: no existe causa única, se produce por la unión de varios factores, unos conocidos y otros aún no podemos determinarlos.

Existe una alteración de los músculos del ojo unido a una mala visión. Un ojo se tuerce porque ve mal, y ve mal porque se tuerce.

Factor importante es la herencia familiar, transmitiendo una predisposición al sufrir esta alteración.

Diversas causas pueden influir, como sufrimiento fetal, infecciones, tumores, traumatismos, factores emocionales, etc.

Cuando el estrabismo aparece en edad adulta, las causas más frecuentes son traumatismos, tumores, enfermedades musculares, afectaciones de tiroides, el síntoma principal es la diplopía o una visión doble.

TRATAMIENTO

OBJETIVOS que se persiguen:

Curación de la disminución de la visión, tratar la ambliopía, el ojo vago.

Establecer precozmente el equilibrio muscular, el paralelismo de los ojos.

TRATAMIENTO:

Dos fases:

TRATAMIENTO MÉDICO: Que es muy variable, corrección óptica, gafas, oclusiones con parches, cristales especiales, ejercicios musculares, todo ello encaminando a intentar recuperar la visión del ojo vago y mejorar la acción de los músculos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Cuando el tratamiento médico no es suficiente y los persisten desviados se debe recurrir al tratamiento quirúrgico, fortaleciendo o debilitando los músculos del ojo. El oftalmólogo le indicará la cirugía para ayudar a conseguir buena visión y evitar que los ojos se tuerzan, pero deberá tener en cuenta que habrá que unir parte del tratamiento médico ya comentado.

OJO SECO

El término de ojo seco se utiliza para designar el padecimiento ocular de escasez o falta de lágrima.

Los ojos secos, según la gravedad de la sequedad se clasifican en ligeros, medios y graves. Siendo en la actualidad la enfermedad ocular más frecuente, al comprobarse que la mayoría de los ojos irritables se produce por ojos secos.

Para poder comprender esta patología y explicar sus tipos debemos conocer cómo es la lágrima y donde se produce:

Las glándulas lagrimales segregan la fracción acuosa, que constituye el 99% del total lacrimal.

La conjuntiva, que tapiza lo blanco del ojo y la pared posterior de los párpados, está sembrada de millones de células calciformes que producen mucina, la cual es menos del 0.5% del total lacrimal.

Los párpados tienen en su espesor las glándulas de Meibomio (que cuando enferman originan los orzuelos y chalazios), que producen grasas en cantidades ínfimas.

Estos tres componentes se disponen sobre la superficie ocular en tres estratos:

La mucina se extiende sobre la superficie de la córnea, siendo el estrato más posterior de la lágrima.

La lágrima acuosa se coloca sobre la mucina formando el estrato medio.

La lágrima grasa se extiende como una finísima película sobre la acuosa, formando el estrato más exterior, el anterior.

La superficie de la córnea es hidrofóbica (rechaza la lágrima), lo que hace la mucina extendiéndose sobre ella es hacerla hidrofílica (acepta la lágrima).

La lágrima acuosa (que está sobre la mucina), es la que mantiene húmeda la superficie ocular y lubrica el parpadeo.

Sobre la capa acuosa se extiende la capa lipídica, esto evita que la lágrima acuosa se evapore fácilmente, además facilita la extensión de la capa acuosa sobre la mucina.

CLASES DE OJO SECO:

Acuodeficiente (falta de lágrima acuosa).

Mucodeficiente (falta de mucina).

Lipodeficiente (falta de grasa)

Epiteliopático, aunque abundan las tres fracciones lagrimales, el epitelio enfermo de la córnea, no se deja untar por la mucina, rechazando así los tres componentes lagrimales.

Ojo seco por incongruencia párpado/ojo, es decir, el ojo en el que el párpado padece deformidades o parálisis, y en consecuencia no se aplica adecuadamente sobre la superficie ocular, y por consiguiente, aunque la producción de los tres componentes lagrimales sea normal, el párpado no los extiende sobre el ojo.

CAUSAS DEL OJO SECO

La falta de cualquiera, uno o varios, de los componentes lagrimales.

Otras menos frecuentes, las lesiones del epitelio corneal, alteraciones palpebrales, deformaciones o parálisis.

Las blefaritis marginales, es decir, la inflamación del borde de los párpados es otra causa frecuente.

La mujer durante el embarazo, cuando toman anticonceptivos o cuando son postmenopáusicas.

Cuando se toman medicinas por razones extraoculares, hacen segregar menos lágrimas y saliva, como por ejemplo, los ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos, et

MANIFESTACIONES

Ojo Seco:

Enrojecimiento.

Sensación de arenilla.

Ojo Seco Medio:

Notoria escasez de lágrima, microulceraciones, erosiones, pequeñas heridas corneales.

Sensación de cuerpo extraño al parpadear con disminución de visión cuando la córnea se queda seca.

Ojo Seco Grave:

Sequedad intensa de la superficie ocular, leucomas corneales, manchas blancas y disminución de visión.

TRATAMIENTO

Prevenir y tratar las causas predisponentes. Estudios destinados a descartar causas locales, generales y ambientales.

Tratamiento higiénico.

Tratamiento sustitutivo de la lágrima o intentar mantenerla en el ojo, evitando su eliminación, en primer caso se recomienda el uso de lágrima artificial, en el segundo caso, se puede proceder al taponamiento de los puntos lagrimales, para ocluir la vía lagrimal o aumento del depósito de retención de la lágrima, por medio de intervenciones quirúrgicas, sobre los párpados.

En caso de ojo seco grave, se puede efectuar un cierre de ambos párpados, cosiendo uno a otro, eso se llama blefarorrafia.

DEFECTOS DE REFRACCIÓN OCULAR

Son todos aquellos defectos oculares que tienen como denominador común que la visión es imperfecta, como consecuencia de la falta de enfoque de la imagen sobre la retina. En el ojo normal, la imagen que procede del mundo exterior, tras sufrir la refracción correspondiente a través de la córnea y el cristalino, se proyecta, perfectamente nítida sobre la retina, siendo perfecta la transmisión desde ésta hasta el cerebro, por el contrario, en la personas que sufren miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, etc., este enfoque no puede realizarse y la imagen que captan es borrosa.

TIPOS DE REFRACCIÓN

MIOPÍA:

El individuo miope, tiene un ojo más largo del normal, por ello, la imagen se va a formar por delante de la retina. En la práctica, esto se traduce en la dificultad por parte del que la sufre, de conseguir nítidamente los objetos lejanos, teniendo por el contrario, una buena visión de cerca.

La miopía suele comenzar a manifestarse durante la infancia o la pubertad, aunque tiene un claro componente hereditario, y sufre una progresión más o menos constante y acelerada hasta los 20 a 22 años, momento en que la mayoría de los casos, cesa en su progresión. El máximo aumento se produce habitualmente en la pubertad.

Las miopías bajas, de hasta unas 6 dioptrías aproximadamente, apenas se diferencian de los ojos normales en cuanto al riesgo de sufrir complicaciones. Las miopías de tipo medio, entre 6 y 12 dioptrías aproximadamente,

requieren ya una vigilancia periódica de la retina, pues el riesgo de padecer desprendimientos de la retina y otras complicaciones propias de la miopía, es claramente más elevado que en la población general. Las miopías elevadas, conocidas también como miopías degenerativas o progresivas, requieren una especial vigilancia y precisan con frecuencia actuaciones preventivas para evitar la aparición del desprendimiento, pues cuando este se ha presentado, la intervención quirúrgica es casi inevitable. Además estas miopías elevadas, sufren con frecuencia otro tipo de lesiones retinianas, siendo la más grave, la mancha de Fuch que es una lesión degenerativa de la mácula que sólo en casos excepcionales ha podido ser tratada eficazmente mediante el láser.

HIPERMETROPÍA:

Al contrario que el miope, estos pacientes tienen su ojo más corto que lo normal, eso trae como consecuencia que tienen grandes dificultades para la lectura y trabajos de visión próxima, pues la imagen se va a formar detrás de la retina. Los hipermetropes jóvenes, suelen tener una muy buena visión de lejos, sin embargo, a lo largo de su vida, van teniendo también dificultades crecientes en visión lejana.

Los niños pequeños, suelen tener una discreta hipermetropía que suele desaparecer hacia los 6-8 años. Las hipermetropías ligeras, no suelen presentar más complicaciones que los individuos normales, por el contrario, las hipermetropías elevadas, son en la infancia factor de riesgo importante para el conocido ojo vago y en el individuo de más de 50 años, un importante factor de riesgo para el glaucoma de ángulo estrecho.

ASTIGMATISMO:

En el ojo normal, la córnea presenta una superficie anterior prácticamente como si fuera una esfera, en el individuo que padece astigmatismo, esta superficie es más curva en una dirección que en la perpendicular, como si fuese la mitad de un balón de rugby cortado transversalmente. Con una lente de tan mala calidad, el individuo que padece astigmatismo ve como cuando miramos a través de una lente imperfecta o de mala calidad. La persona con astigmatismo no tiene buena visión ni de lejos ni de cerca.

El astigmatismo puede presentarse como defecto aislado, sin embargo, en la mayoría de los casos, se encuentra combinado a la miopía o hipermetropía.

El astigmatismo es un defecto que apenas se modifica a lo largo de la vida, sin embargo, sí puede modificarse la miopía o hipermetropía asociados a él.

PRESBICIA (Vista cansada):

El cristalino es una lente elástica que tenemos en el interior del ojo. Gracias a esa elasticidad, puede modificar su forma bajo el efecto de un músculo (músculo ciliar) que se encuentra en el interior del ojo, unido al cristalino a través de una especie de tendón llamado zónula. Cuando necesitamos fijar nuestra vista en un objeto cercano, leemos, escribimos, enfocamos la pantalla del computador, etc., el músculo ciliar se contrae y el cristalino aumenta su diámetro anteroposterior, transformándose en una lente de más dioptrías que nos permite enfocar correctamente a la distancia de trabajo. A lo largo de la vida, el músculo va perdiendo fuerza y el cristalino pierde elasticidad por lo que los trabajos en visión próxima, en especial la lectura, se va haciendo cada vez más difícil. De un modo natural, a partir de los 45 años, la mayoría de nosotros, somos incapaces de leer, salvo por períodos cortos de tiempo o en ambientes con muy buena iluminación. Este defecto va progresando lentamente hasta que alrededor de los 55 años, alcanza su máximo.

CORRECCIÓN DE LOS DEFECTOS DE REFRACCIÓN

1.- Gafas:

El uso de gafas es la forma más clásica. En los defectos medios o bajos, las gafas son una solución óptima, ya que resulta más ventajosa pues actúan corrigiendo perfectamente el defecto de refracción y al mismo tiempo, son un escudo protector que previene todo tipo de accidentes (cuerpos extraños, quemaduras, rayos ultravioletas, etc.).

Corrección de la miopía: gafas con cristales negativos (cóncavos o divergentes). Con ellas veremos los objetos más pequeños.

La hipermetropía: gafas con cristales positivos (convexos o convergentes). Veremos todo más grande.

La presbicia se corrige igual que la hipermetropía, la diferencia de los dos anteriores es que usan las gafas para la lectura y trabajos que obliguen a emplear la visión próxima.

El astigmatismo: con unos cristales especiales (cilíndricos o cilindros). Con ellas veremos a través de un círculo, como una elipse.

2.- *Lentillas:*

La lentilla o lente de contacto en las grandes ametropías, en especial miopías elevadas, permite una mejor visión, y tiene la ventaja de resolver el problema estético y mejorar la calidad de vida.

No es recomendable para corregir la presbicia y el individuo con astigmatismo no suele tolerar tan bien las lentillas como el miope, aunque puede beneficiarse el uso de lentillas rígidas o semirígidas.

Otras Enfermedades:

La conjuntivitis

Ocurre cuando la membrana que cubre el interior de los párpados, y el blanco del ojo, la conjuntiva, se inflama. Esta enfermedad es contagiosa. Por lo general se utilizan los antibióticos para eliminarla.

Los orzuelos

La glándula de Moll o de Zeis, una glándula sebácea del párpado, se inflama debido a una infección estafilocócicas. Es recomendable vacunarse contra el estafilococo para evitar orzuelos.