

CUESTIONARIO DE McMONNIES

Johnson&Johnson Vision Care pone a disposición del Profesional de la Visión el Cuestionario McMonnies, que es el compendio de diferentes estudios y aprendizajes unido a las mejores prácticas alrededor del mundo. El Cuestionario McMonnies indaga y clarifica si en nuestro paciente hay una fuerte tendencia al ojo seco que pudiera llegar a determinar la adaptación como de "especial seguimiento y monitoreo".

El uso del Cuestionario McMonnies en la consulta diaria de contactología asegura más fácilmente en nuestros pacientes el control de la estabilidad lagrimal que es un factor importante para el mantenimiento de la fisiología ocular y esencial para el éxito en la adaptación de Lentes de Contacto.

El "Ojo Seco" es una causa muy frecuente de síntomas de malestar ocular y puede hacer que un Usuario de Lentes de Contacto abandone el uso de ellos o que el Profesional de la Visión no tenga éxito en el manejo del caso.

El presente Cuestionario de McMonnies nos puede ayudar hasta con un 90% de eficiencia a determinar si una persona tiene Ojo Seco o no.

Se considera que una persona con un puntaje mayor de 20 corresponde a un diagnóstico de Ojo Seco* y no será un buen candidato a usar Lentes de Contacto de forma constante. Por otro lado, alguien que se ubica en un valor entre 10 y 20 puntos se designa como "Marginal", pero **NO LE IMPIDE EL USAR LENTES DE CONTACTO**. Si en cambio, el valor señala menos de 10 puntos tiene más posibilidades de uso confortable y éxito con la utilización de Lentes de Contacto Blandos.

CUESTIONARIO		
Género	Edad (Años)	Puntaje
Hombre o Mujer	-25	0
Hombre	25-45	1
Mujer	25-45	3
Hombre	+45	2
Mujer	+45	6

1. ¿LE HAN RECETADO GOTAS O ALGÚN OTRO TRATAMIENTO PARA "OJO SECO"?

Sí (**2**) No (**0**) No sabe (**1**)

2. ¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO O ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS OCULARES?

Sensibilidad (**1**) Rasguños (**1**) Resequedad (**1**) Arenosos (**1**) Quemazón (**1**)

3. ¿QUÉ TAN FRECUENTE HA EXPERIMENTADO ESOS SÍNTOMAS?

Nunca (**0**) Algunas veces (**1**) A menudo (**2**) Constantemente (**3**)

4. ¿SUS OJOS SON SENSIBLES AL HUMO DEL CIGARRILLO, SMOG, CALEFACCIÓN O AIRE ACONDICIONADO?

Sí (**2**) No (**0**) Algunas veces (**1**)

5. ¿SUS OJOS QUEDAN MUY IRRITADOS O ENROJECIDOS DESPUÉS DE NADAR?

No aplicable (**0**) Sí (**2**) No (**0**) Algunas veces (**1**)

6. ¿ESTÁN SUS OJOS SECOS O IRRITADOS DESPUÉS DE TOMAR ALCOHOL?

No aplica (**0**) Sí (**2**) No (**0**) Algunas veces (**1**)

7. ¿USTED UTILIZA GOTAS OFTÁLMICAS O MEDICAMENTOS? TALES COMO...

- a) Antihistamínicos (Gotas u Orales) (**1**)
- b) Diuréticos (Para Hipertensión) (**1**)
- c) Píldoras para Dormir (**1**)
- d) Anticonceptivos (**1**)
- e) Tranquilizantes (**1**)

8. ¿PADECE USTED ARTRITIS?

Sí (**2**) No (**0**) No sabe (**1**)

9. ¿EXPERIMENTA RESEQUEDAD EN NARIZ, BOCA, GARGANTA, PECHO O VAGINA?

Nunca (**0**) Algunas veces (**1**) A menudo (**2**) Constantemente (**3**)

10. ¿PADECE ALGUNA ANORMALIDAD EN LA TIROIDES?

Sí (**2**) No (**0**) No sabe (**1**)

11. ¿DUERME CON SUS OJOS ENTREABIERTOS?

Sí (**1**) No (**1**) Algunas veces (**1**)

12. ¿SUS OJOS SE ENCUENTRAN IRRITADOS DESPUÉS DE DORMIR?

Sí (**2**) No (**0**) Algunas veces (**1**)

Cada respuesta brindada por el Usuario tiene un valor dentro del Test.

Son 13 respuestas que debes sumar.

El valor en rojo en cada posible respuesta, es el valor que se debe tener en cuenta.

No olvides:

Para verificar si el potencial Usuario de Lentes de Contacto Blandos es "apto" o "debe monitorearse" sigue estos 5 pasos:

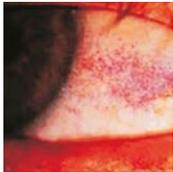
PASO 1

Realiza el Cuestionario de McMonnies a todos tus pacientes. **¡Es mejor prevenir!** Es tiempo de indagar por los antecedentes importantes a nivel de Salud General y alertas de resequeidad ocular.

PASO 2

Evalúa la cantidad y calidad lagrimal en el examen clínico de pre-adaptación. Puedes hacer uso de cualquiera de estas técnicas:

1. Break Up Time. (BUT)
2. Not Invasive Break Up Time. (NIBUT)
3. Altura del Menisco Lagrimal. (Cualitativa)
4. Test de Schirmer.
5. Prueba del Hilo de Fenol Rojo.
6. Prueba de Rosa de Bengala.
7. Valoración de lágrima en la lámpara de hendidura, o en su defecto con la evaluación de las miras del Queratómetro al hacer la toma.
8. Interferómetro de lágrima.
9. Evaluación de lágrima con Tearscope.



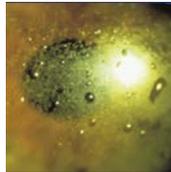
Prueba Rosa de Bengala



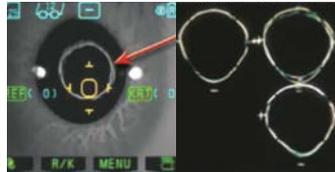
Prueba Hilo Rojo Fenol



Test de Schirmer



Lente Grasoso, mala humectación



Evaluación de las miras del Queratómetro al hacer la toma



Tearscope



Evaluación a la lámpara de hendidura

PASO 3

Busca el Lente de Contacto ideal para las condiciones oculares, visuales y de seguridad y confort del paciente, acorde con su estilo de vida.

PASO 4

Explica al Usuario sobre su tipo de lágrima y las condiciones "óptimas" de higiene de los Lentes de Contacto, para favorecer la humectación e hidratación del Lente de Contacto y la lubricación ocular.

PASO 5

No olvides en cada control de la adaptación, evaluar nuevamente las condiciones de calidad y cantidad lagrimal de tu paciente Usuario de Lentes de Contacto Blandos.

VALORACION CUESTIONARIO McMONNIES

20 o MAS

Si el resultado del Cuestionario de McMonnies es mayor a 20 puntos, piensa en probar un Lente de Contacto de reemplazo diario, bajo contenido acuoso, agente humectante extra, y controles "estrictos" frecuentes. Recomienda el uso de limpiador de Lentes de manera diaria y con frote mecánico, aun más si la lágrima es grasosa.

10 a 20

Si el resultado del Cuestionario de McMonnies está entre 10 y 20 puntos, piensa en utilizar un Lente de Contacto que tenga medio y bajo contenido acuoso, un agente humectante presente y limpieza diaria. Recomienda controles frecuentes.

10 o MENOS

Si el resultado del Cuestionario de McMonnies es inferior a 10 puntos, ten la confianza y seguridad que de acuerdo a tu análisis profesional y excelente criterio, cualquier Lente de Contacto que escojas va a funcionar sobre todo si tuviste en cuenta las necesidades predominantes del Usuario. Los controles deben ser programados así como el uso del Lente de Contacto siempre teniendo en cuenta tu asesoramiento.

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL DE LA VISIÓN.

Producto de uso bajo prescripción del profesional de la salud. Para más información sobre uso, cuidado de mantenimiento y seguridad consulte a un profesional de la visión, llame al centro de atención al cliente 0800-444-2604, visite www.acuvue.com.ar, escribanos a contactenos.ar@acuvue.com o consulte la Guía de Instrucciones para el usuario. Johnson & Johnson de Argentina S.A.C e I. CUIT 30-50057230-9. Mendoza 1259, Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1428DJG). **ADVERTENCIA:** Los lentes de contacto que absorben rayos UV no son reemplazo de elementos similares, tales como anteojos protectores o de sol con filtro UV, porque no cubren completamente el ojo y el área de alrededor. Debería continuar usando este tipo de elementos del modo prescrito por el médico. Ante cualquier duda, consulte a su profesional de la visión. **ACUVUE®** es marca registrada de Johnson & Johnson Vision Care, Inc. © Johnson & Johnson de Argentina S.A.C. e I. 2023. Todos los derechos reservados. VEEVA: PP2023AMB4389

ACUVUE®