

Baja Visión.

Estudio retrospectivo sobre casos

› **Edmundo Usón González**¹

¹ Director de la Clínica Universitaria de Baja Visión (CUVI) de la Universidad de Murcia.

› **M^a Isabel Avellaneda Guirao**

O.C. 17.395

INTRODUCCIÓN

El término discapacidad visual hace referencia tanto a la Baja Visión como a la ceguera, aunque debemos saber distinguir ambos términos, ya que la ceguera legal supone una agudeza visual del mejor ojo corregido inferior a 20/200 y un campo visual inferior a 10°.

Por el contrario, se considera que un paciente tiene Baja Visión cuando posee una agudeza visual del mejor ojo corregido igual o inferior a 60/200 y un campo visual igual o inferior a 20° (OMS 1989). La diferencia fundamental se basa, además, en la diferencia de agudeza visual y campo visual.

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, el 1% de la población padece problemas relacionados con la Baja Visión. Además, un 75% son mayores de 75 años, ya que estas patologías están íntimamente relacionadas con la edad, aunque no es condición única e indispensable para padecer Baja Visión.

Todas estas premisas, unidas al aumento de la esperanza de vida en los españoles (la cual se sitúa en 80,23 años, según el INE), ponen de manifiesto la necesidad de clínicas especializadas en pacientes con deficiencias visuales. Las unidades de Baja Visión ofrecen atención especializada a estos pacientes.

Por este motivo, la Universidad de Murcia habilitó una clínica de Baja Visión para satisfacer dichas necesidades.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión retrospectiva de las principales patologías de Baja Visión tratadas en la Clínica Universitaria de Visión Integral (CUVI), así como de las ayudas más prescritas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el estudio a un total de 72 pacientes que acudieron a la clínica entre los años 2005 y 2009, ambos incluidos.

El protocolo de actuación fue el mismo para todos. En primer lugar se efectuaba una historia clínica, toma de agudeza visual y posterior refracción, todas ellas hechas con el test ETDRS. Después, se evaluaba la tensión ocular en todos los casos y, tras la instilación de un midriático, se procedía a una revisión de fondo de ojo que confirmara el diagnóstico.

Estas personas fueron atendidas en la Clínica Universitaria de Visión Integral durante los años 2005-2009. Haciendo una distribución por fechas, encontramos que un 40,3% del total de la muestra asistió al CUVI en el año 2005, 12,5% en 2006, 19,4% en 2007, 16,7% en 2008 y 4,2% en 2009.

Las principales patologías diagnosticadas en esta muestra de pacientes fueron, en primer lugar, la DMAE con un 47,2%, seguida de glaucoma (16,7%) y de retinopatía diabética (9,7%).

La media de agudeza visual para visión lejana sin corrección fue de 0.096 para el ojo derecho y de 0.08

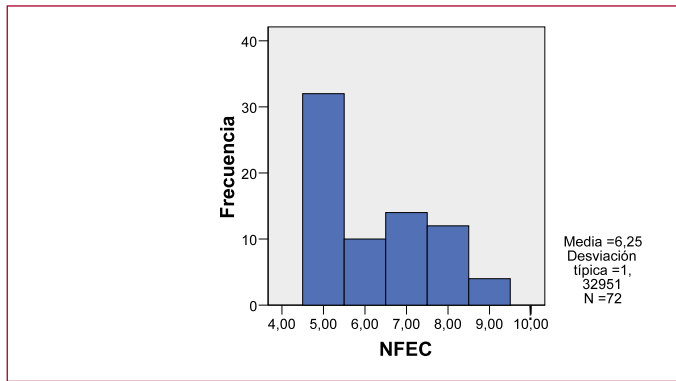


Figura 1. Distribución de pacientes por fecha de consulta.

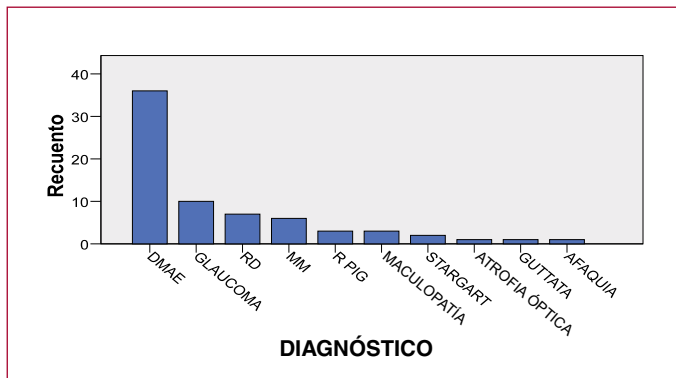


Figura 2. Principales patologías diagnosticadas.

para el izquierdo. Tras la refracción de estos pacientes, la media de agudeza visual fue de 0.16 para el derecho y de 0.12 para el izquierdo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el valor de agudeza visual y la patología diagnosticada ($R^2= 0.002$ ρ 0.733).

El valor medio esférico obtenido para la muestra fue de +0.63 D para el ojo derecho y de +0.17D para el ojo izquierdo, con un valor medio astigmático de -0.99 D para el ojo derecho y de -0.98 D para el izquierdo.

En cuanto a la media de agudeza visual en visión cercana para dicha muestra se obtuvo un valor de 0.051 para el ojo derecho y de 0,059 para el izquierdo. Tras la refracción, estos valores fueron de 0,15 para el ojo derecho y de 0,12 para el izquierdo, obteniendo a su vez una media en la distancia de lectura de 25 cm, con valores que oscilaban entre los 15 cm y los 40 cm. Y con un valor medio de adición de +3.64D con adiciones comprendidas entre +4.00D y +6.00D.

Las ayudas más prescritas para visión lejana fueron los telescopios tipo Kepler y Galileo. Ambos fueron prescritos en un

66,67%: Kepler en un 8,33% y Galileo en un 58,33%. En tan solo un 33,33%, no se prescribieron ayudas para visión lejana, tal y como se puede observar en la **Figura 3**.

En visión cercana las ayudas fueron prescritas en un 61,1% de la muestra. Las ayudas más prescritas fueron los segmentos esféricos (38,9%), seguidos de los Magniplus (9,7%), las gafas biprismadas (6,6%) y las lupas (4,2%).

La agudeza visual de cerca conseguida con estas ayudas fue de 1.5M en un 15.3%, de 1M en un 27.8%, y de 0.5M en un 2.8%.

La mejor agudeza visual fue conseguida con las ayudas ópticas (0,5M), y esta se alcanzó en un 4,55% de los que utilizaron los segmentos esféricos como ayuda óptica para visión cercana.

Por último, encontramos que se prescribieron filtros en un 22,2%. El filtro más prescrito fue Multilens (13,9%) y con una absorción de 527 nm, aunque obtuvimos una media de absorción de 550 nm. Del total de los filtros de absorción, un 11,1% fue prescrito en casos de DMAE, y un 4,2% en casos de glaucoma.

DISCUSIÓN

En el presente estudio nos encontramos con pacientes de edad avanzada. La media de edad de la muestra se sitúa en 76,71 años, lo que hace posible la comparación con otros estudios de características similares³. Además, este es un estudio transversal de cinco años de todos los pacientes que acudieron durante este tiempo a la Clínica de Visión Integral de la Universidad de Murcia.

Encontramos un alto número de casos con DMAE, lo que se corresponde al hallado en otros estudios de características similares, en los que encontramos un alto porcentaje de incidencia de dicha patología^{3,4,6,7}. Esto es debido a que la incidencia de la DMAE es mayor en personas de edad avanzada. Además, encontramos una mayor incidencia en caso de mujeres. En segundo lugar, encontramos el glaucoma, no dependiente de la edad. Hallamos además una mayor incidencia en el caso de los hombres. En

tercer lugar se sitúa la retinopatía diabética, que sí es dependiente de la edad, ya que a mayor edad mayor incidencia, y en este caso sí nos coincide con otros estudios consultados⁴.

Constatamos un elevado número de casos en los que se consiguió una buena adaptación de las ayudas ópticas para visión lejana (66,67%), en los que la mayor satisfacción de adaptación de ayudas se produce para visión cercana^{2,3}, pero esto puede ser debido al alto porcentaje de personas cuya principal necesidad visual requería una mejor visión en lejos. Encontramos un alto número de pacientes con DMAE a los que se adaptó el telescopio tipo Galileo para visión lejana.

En cuanto a la visión cercana, hallamos también un alto número de pacientes con adaptaciones satisfactorias de ayudas ópticas (61%), porcentaje algo inferior a los consultados en otros trabajos^{1,2,3}, en los que este porcentaje superaba el 78% en todos los casos. La ayuda más prescrita para visión cercana fueron los segmentos esféricos con un 34%, todos ellos adaptados a pacientes con DMAE. En segundo lugar, la ayuda más adaptada fueron los Magniplus y gafas biprismadas, con un 6,8% en ambos casos.

En cuanto a la satisfacción de adaptación de estas ayudas, podemos tomar como valor el de la agudeza visual obtenida con estas, y observamos que consiguen una agudeza visual comparable a la letra de periódico en un 45.9% de las adaptaciones, valor que podemos comparar con la agudeza visual encontrada antes de las adaptaciones de ayudas visuales, cuando registramos un valor de agudeza visual para visión cercana de 0.15 en el ojo derecho y 0.12 en el izquierdo.

Como hemos mencionado anteriormente, todos estos datos ponen de manifiesto la necesidad de clínicas especializadas en pacientes con deficiencias visuales.

A modo de conclusión, podemos decir que desde hace 6 años la Clínica Univesitaria de Vision Integral, creada para satisfacer las necesidades visuales de pacientes con Baja Visión, ha atendido en sus instalaciones a más de 100 personas con distintas necesidades visuales, y, como podemos ver en este

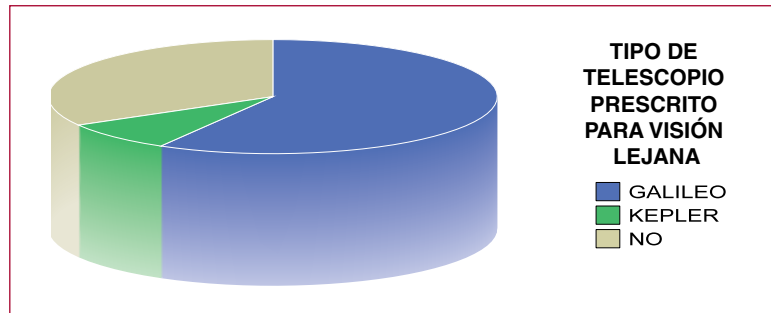


Figura 3. Ayudas prescritas para visión lejana.

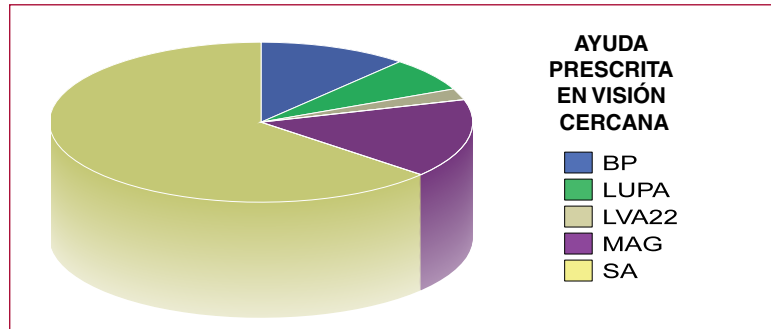


Figura 4. Ayudas prescritas para visión cercana.

artículo, la gran mayoría ha satisfecho sus expectativas.

Aparte de esto, esta clínica sirve a la Universidad de Murcia como un gran apoyo para la inserción de sus estudiantes de Óptica y Optometría en el mundo laboral. ↷)

Bibliografía

1. M^a Angeles Nuñez. La deficiencia visual. O.N.C.E. Salamanca. III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo".
2. Irene Verde López. Lema Gesto I. Piñero Ces A. Rehabilitación visual en pacientes con enfermedades retinianas que cursan con baja visión. Gaceta Óptica 2008; 422: 22-27.
3. Coco Martín MB, Arranz de la Fuente I, González García MJ, Cuadrado Asensio S, Coco Martín RM. Primeros resultados de la unidad de baja visión del IOBA. Arch Soc Esp Oftalmol 2001; 76:719-722.
4. Fernández Guardiola A, Sierra Jane I. Análisis de la patología ocular y de la adaptación de ayudas visuales en pacientes afectados de baja visión: revisión de 1.000 casos. Arch Soc Esp Oftalmol 2001; 76: 527-532.
5. Estudio de las ayudas prescritas en 1.000 pacientes con Baja Visión. A. Barañó García, Pilar Torrejo Osuna. Investigación sobre Baja Visión. 1990.
6. Wu DZ, Wu L, Chang FX, Jin C, Padula W. Visual rehabilitation in low vision patients with aging macular degeneration. J Am Optom Assoc 1995;66:39-41.
7. Rosenthal B, Thompson B. Awareness of age-related macular degeneration in adults; the results of a large-scale International Survey. Optometry 2003;74: 16-24.