

ARTÍCULO CLÁSICO

Miopía como causa de baja visión

Dra. Silvia L. Alvarez Romero¹

Dra. Nancy Duquesne García¹

Lic. Arellys Fleitas Hernández²

Lic. Esledy Carvajal González³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo cuasi experimental, longitudinal y retrospectivo en la Consulta de Baja Visión del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la Ciudad de Santa Clara, Villa Clara, desde septiembre de 1997 hasta septiembre de 2006, con el objetivo de identificar la frecuencia de baja visión por miopía en la provincia. La miopía es la ametropía que con más frecuencia encontramos en las Consultas de Oftalmología y se convierte en una afección oftalmológica seria cuando es progresiva y magna o maligna, o ambas; a pesar de que no se reciben aun en la consulta a todos aquellos que realmente lo necesitan, se aprecia un gran número de miopes con relación al resto de las enfermedades que han producido baja visión en los pacientes que acuden a la misma, lo que motivó este trabajo. El universo de estudio lo constituyó el total de personas que fueron atendidas en la consulta en este período de tiempo; a todas se les realizó una evaluación clínico-oftalmológica completa y pruebas para baja visión; del total de personas evaluadas (408) el 19.85% presentaron miopía como causa de su discapacidad visual que es, además, la primera causa de baja visión en el universo de estudio; la mayor frecuencia la encontramos en personas mayores de 15 años (46), predominó el sexo femenino (51.85%) y la miopía severa o magna (más de 6d) estuvo presente en el 79.02% de la muestra.

DeCS:

MIOPIA/complicaciones

BAJA VISION

SUMMARY

A descriptive, quasi-experimental, longitudinal and retrospective study was carried out at the Low Vision Services of the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital in Villa Clara province. It went on from September 1997 to September 2006 with the aim of identifying the incidence of low vision due to myopia in the province. Myopia is the kind ametropia most frequently found in Ophthalmology consulting rooms and it turns into a serious ophthalmologic condition when it is progressive and magna or malignant, or both. In spite of the fact that not all of the people affected by this condition, and requiring medical attention, attend the consulting room yet, it is noticeable a large amount of people suffering from myopia compared to the rest of the illnesses causing low vision in patients attending these services. This situation motivated our study. The universe was formed by the total amount of people attending these services during the above mentioned period; all of them underwent a full clinical ophthalmologic assessment and low vision tests. From the total amount of assessed patients (408), 19.85 percent presented myopia as a cause of visual disability, representing the highest cause of low vision in our study universe. The highest incidence was found among people over 15 years of age (46), most of the patients were females (51.85%) and serious myopia or myopia magna (more than 6d) was found in 79.02 percent of the sample.

MeSH:

MYOPIA/complications

VISION, LOW

INTRODUCCIÓN

Hasta el momento las estadísticas referentes a la epidemiología de la discapacidad visual no son adecuadas y las cifras exactas están ausentes casi totalmente. Hay una gran necesidad de cuidados en medicina preventiva para la población con baja visión, pero para poder establecer programas de salud preventivos y de rehabilitación, o ambos, es necesario determinar sus causas etiológicas más frecuentes, así como su prevalencia. La baja visión puede ser causada por distintas enfermedades, accidentes o malformaciones congénitas; en todos los casos se trata de una razón crónica e irreversible;¹⁻⁵ es imprescindible conocer, para trabajar con enfermos que presentan dichas alteraciones visuales, la enfermedad ocular, la forma en que se altera la función visual, las opciones de tratamiento y la naturaleza evolutiva de la misma.⁶ Una de cada cuatro personas es miope, un defecto de visión con base genética, aunque se desconocen los factores ambientales que la activan.⁷

Cuando la baja visión es causada por defectos de refracción elevados y por alteraciones de los medios refringentes o ambos, tiene características similares que inducen síntomas visuales semejantes;^{1,2,4} basado en esos síntomas el médico estudia un plan de tratamiento específico, en el caso de la miopía elevada deben contemplarse las lentes de uso prolongado y las de contacto. La miopía, según diferentes autores, está entre las principales causas de baja visión;^{1-5,8} en la Consulta de Rehabilitación de Villa Clara, a pesar de conocer que no todos los que lo necesitan son remitidos a ella, se ha identificado la miopía como una importante causa de discapacidad visual.

Resulta difícil determinar la prevalencia de la discapacidad visual porque no existen suficientes estudios epidemiológicos en este sentido y la mayoría de ellos tiene limitaciones. Algunas estimaciones indican que en el mundo existen aproximadamente 38 millones de personas ciegas y se adicionan 110 millones que sufren de baja visión -este número pudiera aumentar como consecuencia del crecimiento demográfico y la mayor expectativa de vida-.⁹⁻¹² Las cifras reales en Cuba, y en Villa Clara en particular, se desconocen; así como sus causas más frecuentes. Urge realizar estudios epidemiológicos para determinar nuestras cifras de prevalencia, así como sus principales causas con el fin de crear programas adecuados con vistas a su prevención y rehabilitación; esto ha motivado nuestra investigación.

MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo cuasi experimental, longitudinal y retrospectivo en la Consulta de Baja Visión del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, desde septiembre de 1997 hasta septiembre de 2006 con el objetivo de identificar la frecuencia de baja visión por miopía en nuestro medio. El universo de estudio incluyó a todas las personas (408) que acudieron a la consulta durante esta etapa -ningún paciente con discapacidad visual por miopía fue excluido de la muestra-; describimos diferentes variables como la edad (adultos >15 años y niños <15 años), el sexo, la agudeza visual, el campo visual y el grado de miopía; se realizó, a cada uno de los enfermos, evaluación clínico-oftalmológica con examen oftalmológico completo y pruebas para baja visión utilizando las cartillas especiales (Feinbloom) para la toma de la agudeza visual de lejos, a 3 metros y más cerca cuando fue necesario, la cartilla de Zeiss para la visión de cerca con la mejor corrección óptica, la prueba de Amsler para campo visual y el perceptor de colores (visión de colores); también se les realizó refracción especializada y se indicaron lentes convencionales. Los datos resultados de nuestro estudio fueron procesados y presentados en tablas.

RESULTADOS

Del total de personas atendidas (408) (tabla 1), el 19.85% presentó miopía como primera causa de discapacidad visual en el universo de estudio (gráfico 1); se pudo constatar que la mayor frecuencia se encontró en personas mayores de 15

años -46 (56.79%)-, mientras los menores de 15 años fueron 36 pacientes; predominó el sexo femenino con 42 enfermos -51.85%- (tabla 2) y la miopía severa o magna (más de 6d) estuvo presente en el 79.02% de los enfermos de la muestra, seguida en orden decreciente por la miopía moderada (3–6d) con un 12.34% y, en último lugar, la miopía ligera (menos de 3d) con el 8.64% (tabla 3).

Tabla 1. Distribución según la edad y el sexo

Edad	Sexo		Total
	Femeninos	Masculinos	
Adultos	133	153	286
Niños	63	59	122
Total	169	212	408

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 2. Distribución según la edad y el sexo

Miopes	Femeninos	Masculinos	Total
Adultos	23	23	46
Niños	19	16	35
Total	42	39	81

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 3. Distribución según el grado de miopía

Grado de miopía	Adultos	Niños	Total	%
Ligera > 3d	5	2	7	8,64
Moderada (3 – 6d)	4	6	10	12.34
Severa > 6d	37	27	64	79.02
Total	46	35	81	100

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

DISCUSIÓN

Con este estudio se comprobó la alta incidencia de miopía como causa de baja visión en los enfermos atendidos en esta consulta, lo que coincide con la literatura revisada;^{1-5,7} es la miopía la primera causa de discapacidad visual entre los enfermos que han acudido a dicha consulta, si bien conocemos que no todos los pacientes que presentan este diagnóstico y esta afección visual importante son remitidos a la misma para su rehabilitación.

La miopía es una afección ocular que responde satisfactoriamente a la rehabilitación^{10,12} y hemos comprobado en nuestra práctica diaria que en muchas ocasiones, al igual que lo planteado en la literatura revisada, las personas logran sus metas usando únicamente su corrección convencional montada en armaduras o aun más eficientemente con el uso de lentes de contacto;^{7,10,12} en aquellos casos en los cuales los enfermos no logren satisfacer sus objetivos visuales con su corrección común, se emplean ayudas ópticas de baja potencia, generalmente microscopios (muy bien aceptadas por las personas y que proporcionan gran eficiencia visual).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponsa EA. Optometría. Identificación del paciente de Baja Visión y su relación con Enfermedades oculares. PDF. 2008. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/ftp_p/_baja_vision.pdf.
2. Faye E. Clínica de la Baja Visión. Versión española. Barcelona: ONCE; 1998.

3. Rodríguez Masó S. La evaluación del adulto con Baja Visión. II Taller Nacional de Baja Vision. La Habana, Cuba: CBM-MINSAP-CIC; 2006.
4. Medina L. Organización Panamericana de Salud. Baja Visión en América Latina y en México. II Taller Nacional de Baja Vision. La Habana: CBM-MINSAP-CIC; 2006.
5. Osorio Illas L, Hitchman Barada D. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud del municipio Lisa. La Habana: ICO "Ramón Pando Ferrer"; 2001.
6. Turcios Tristán SE. Afecciones oculares más frecuentes. En: Álvarez SR. Temas de medicina general integral. Vol 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 883-94.
7. Montaner J. Miopía progresiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid: Asociación Nacional de Afectados de Miopía Magna (AMIRES); 2008.
8. Moreno Pérez L, Miranda Hernández T, Herrera Ramos LF. La Discapacidad visual en el municipio de Artemisa. Rev Ciencias Méd. La Habana [serie en Internet]. 2004 [citado 15 dic 2008]; 10(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10_2_04/hab03204.htm.
9. Medina L, Veitzman S, Silva Juan C. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Unión Latinoamericana de ciegos (ULAC) y la Sociedad Panamericana de Baja Visión (SPBV). Guía de atención básica en Baja Visión para Oftalmólogos Generales. Publicación auspiciada por el Fondo ONCE-América Latina (FOAL); 2007.
10. Mirando a través de la mente. Programa de rehabilitación para personas con ceguera y baja visión; 2007.
11. Programa para la detección precoz y atención temprana de la Baja Visión. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000.
12. Onukki Haddad MA, Wilson Sampaio M, Newton Kara J. Auxilios para Baja Visión. 1ra ed. Lamara. Brasil: Asociación Brasileira de asistencia al deficiente visual; 2001.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Instructora. ISCM-VC.
2. Licenciada en Optometría y Óptica. Profesora Instructora. ISCM-VC.
3. Licenciada en Optometría y Óptica.