

COMUNICACIÓN

Resultados de la rehabilitación visual en ambliopes

Dra. Ana Isabel Santana Machado¹

Dra. Cila Machado Pinto²

Dr. Armando Y. Estévez Díaz³

RESUMEN

Ambliopía, en la actualidad, se puede definir como la falta de consolidación de la agudeza visual consecutiva a la carencia de estímulos o a la presencia de un estímulo inadecuado o insuficiente que actúa en un período crítico de desarrollo, se considera como la causa más frecuente de disminución de la visión en niños, pero puede persistir hasta la adultez. Se realizó una evaluación del trabajo al concluir el curso 2007-2008 y se constató, según las evaluaciones de agudeza visual inicial y final y el tipo de fijación, que el tratamiento rehabilitador fue efectivo en el 85% de los enfermos atendidos. Queremos hacer un llamado de alerta a los padres, a los médicos y en general a todo el personal de la salud para que ofrezcan su interés y colaboren en la realización de los programas de pesquisaje a toda la población infantil, puesto que la edad de comenzar el tratamiento es de vital importancia para la obtención de resultados exitosos.

DeCS:

AMBLIOPIA/rehabilitación
BAJA VISION
EVALUACION
POBLACION EN RIESGO

SUMMARY

Amblyopia can currently be defined as the lack of consolidation of the consecutive visual acuity to the lack of stimuli or the presence of an inadequate or insufficient stimulus acting in a critical period of development. It is considered as the most frequent cause of a decrease in vision in children, but it can persist in adulthood. An assessment of the work at the end of the academic year 2007-2008 was carried out, and it was determined, according to the assessments of the initial and final visual acuity, that the rehabilitating treatment was effective in 85 percent of the patients. We would like to request from parents, doctors and health care workers in general, their collaboration and interest in the implementation of screening programs of the whole infantile population because the age for starting the treatment is very important in order to obtain successful results.

MeSH:

AMBLYOPIA/rehabilitation
VISION, LOW
EVALUATION
POPULATION AT RISK

Resultados de la rehabilitación visual en ambliopes:

El término ambliopía proviene del griego amblyós=obtusos y óps=ojo, en la actualidad se puede definir como la falta de consolidación de la agudeza visual consecutiva a la carencia de estímulos o a la presencia de un estímulo inadecuado o insuficiente que actúa en un período crítico de desarrollo; existen también déficit en la sensibilidad de contraste y dificultades de localización y distorsión espacial.

Otra forma de expresar el concepto de ambliopía unilateral o bilateral se refiere a la disminución de la visión causada por deprivación visual o a una anormal interacción binocular, en la que no existe una anomalía estructural del ojo o de la vía visual posterior y la que no mejora con corrección óptica.^{1,2} Al aceptar que el origen de esta anomalía se ubica en un determinado momento de la vida debemos aclarar algunos conceptos.

¿Qué se entiende por período crítico?

Período crítico o sensitivo es el lapso de tiempo posnatal durante el cual la corteza visual permanece lo suficientemente lábil como para adaptarse a las influencias derivadas de la experiencia o del medio ambiente.¹ El período de plasticidad sensorial es máximo y mantiene un potencial sensible a cambio durante los dos primeros años de vida y en menor grado hasta los siete u ocho años, lo que permite los tratamientos de rehabilitación.^{1,3}

La ambliopía es la causa más frecuente de la disminución de la visión en niños y puede persistir hasta la adultez. En un estudio realizado por Flynn se concluyó que la ambliopía constituyó, para sorpresa de todos, la causa principal de la pérdida de la visión monocular en el grupo de personas entre 20 y 70 años y sobrepasó a la retinopatía diabética, el glaucoma, la degeneración macular relativa a la edad y la catarata.⁴

Principales causas de ambliopía:

Ambliopía estrábica: resultado de una anormal interacción binocular

Ambliopía anisométrica: diferencia de refracción entre un ojo y otro, incluso en ocasiones tan pequeña como de 1.00 dioptría (D)

Ambliopía exanopsia: causada por interferencia de la imagen en el comienzo de la vida, por ptosis palpebral, leucoma corneal, catarata y opacidad del vítreo

Ambliopía ametrópica: causada por ametropías grandes, miopía mayor de 10 D, hipermetropía mayor de 6 D y astigmatismo mayor de 5 D

Ambliopía congénita:

-orgánica: lesión foveal microscópica no detectable por oftalmoscopia

-secundaria a nistagmo.⁵

Características clínicas:

La ambliopía muestra una disminución de la agudeza visual en un ojo con respecto al otro de al menos dos décimas; además se acompaña de alteración de

la localización espacial de la frecuencia crítica de fusión de estímulos luminosos, de dificultad de separación y de los efectos de la luminancia.⁶⁻⁹

Ha pasado mucho tiempo desde que Buffon (1742) y Erasmus Darwin (1801) recomendaron la oclusión del ojo sano para mejorar la visión del ambliope, desde entonces los conocimientos sobre la fisiopatología de la ambliopía han alcanzado un alto nivel, lo cual aportó un perfeccionamiento en los métodos diagnósticos y las soluciones terapéuticas acordes con ellos; la oclusión del ojo sano es en la actualidad el tratamiento considerado más efectivo,⁵⁻⁸ aunque existen otras modalidades: las penalizaciones y los tratamientos activo y farmacológico;^{5,6,8,9} es conocido que el pronóstico de dichos tratamientos varía dependiendo de la edad del enfermo, la intensidad de la ambliopía y su causa, así como del tipo de fijación.^{2,5,8,9}

En nuestro país está normado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el chequeo oftalmológico previo a la incorporación de los niños a las vías no formales para lograr la detección precoz de la enfermedad. La Revolución creó y mantiene los centros de rehabilitación de niños ambliopes mediante trabajo conjunto del MINSAP y el Ministerio de Educación (MINED); inicialmente fueron escuelas para niños entre cinco y ocho años de edad y en la actualidad, debido al diagnóstico más precoz, funcionan desde la etapa del círculo infantil. En nuestra provincia comienza a funcionar el centro de rehabilitación desde 1976 con resultados muy favorables durante todos estos años.

Al concluir el curso 2007-2008 se realizó una evaluación del trabajo y se constató, según las evaluaciones de agudeza visual inicial y final y el tipo de fijación, que el tratamiento rehabilitador fue efectivo en el 85% de los enfermos atendidos; la mejoría se expresó en distintos grados: no fue eficaz en el 15% con ambliopía severa y fijaciones excéntricas, las oclusiones -en el 100% de los niños- y la corrección óptica en aquellos que la necesitaban fueron los tratamientos usados.

Numerosos autores como Helventon, Von Noorden y Flynn consideran la ambliopía estrábica la forma más común;⁷ en este estudio es la anisométrica seguida por la ametrópica y la estrábica. Consideramos que nuestros resultados difieren de estos autores debido a las características de nuestro sistema de salud, el cual permite el diagnóstico más temprano del estrabismo mientras que las ambliopías por anisometropías y ametropías elevadas requieren de mayor observación del comportamiento del niño y de un examen más minucioso. Por todo lo anterior queremos hacer un llamado de alerta a los padres, a los médicos y en general a todo el personal de la salud para que ofrezcan su interés y colaboración en la realización de los programas de pesquisaje a toda la población infantil, incluyendo a su vez a aquellos niños que no asisten a las vías no formales de enseñanza, puesto que la edad de comienzo del tratamiento es de vital importancia para la obtención de resultados exitosos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera se encuentran enfrascadas, mediante la iniciativa "Visión 2020", en la lucha contra la discapacidad visual y la ceguera en el ámbito mundial, y son los niños la mayor prioridad.¹⁰ Trabajemos pues por los niños de

hoy, que serán los hombres del mañana, y su preparación, en la que juega un papel fundamental su capacidad visual; será nuestro mayor aporte a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams Daniel L. Normal and Abnormal Visual Development. En: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 3ra ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2005. p. 15-18.
2. Krachmer JH, Wrigth KW, Spicgel PN. Los Requisitos en Oftalmología Pediátrica y Estrabismo. España: Editorial Harcourt; 2004.
3. Pons Castro L. Desarrollo visual en el niño. Conferencia del Servicio de Oftalmología Pediátrica del ICO [CD-ROM]. Cuba: sn; 2007.
4. Flynn J. Amblyopia revisited. 17th Annual Frank Costenbader Lecture. J Pediatric Ophthalmol Strabismus. 1991;28(24):183-201.
5. Romero Apis D. Estrabismo. México: Editorial Auroch; 2000.
6. Méndez TJ. Ambliopía. Conferencia del Servicio de Oftalmología Pediátrica del ICO [CD-ROM]. Cuba: sn; 2007.
7. Prieto Díaz J. Estrabismo. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Jims; 2005.
8. Kanski. Estrabismo. En: Oftalmología Clínica. 5ta ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2004. p. 514-47.
9. Repka Michael X. Amblyopia Managment. En: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 3ra ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2005. p. 862-67.
10. Rahi JS, Gilbert CE. Epidemiology of visual impairment and blindness in Childhood. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 3ra ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2005.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Master en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesor Instructor. ISCM-VC.