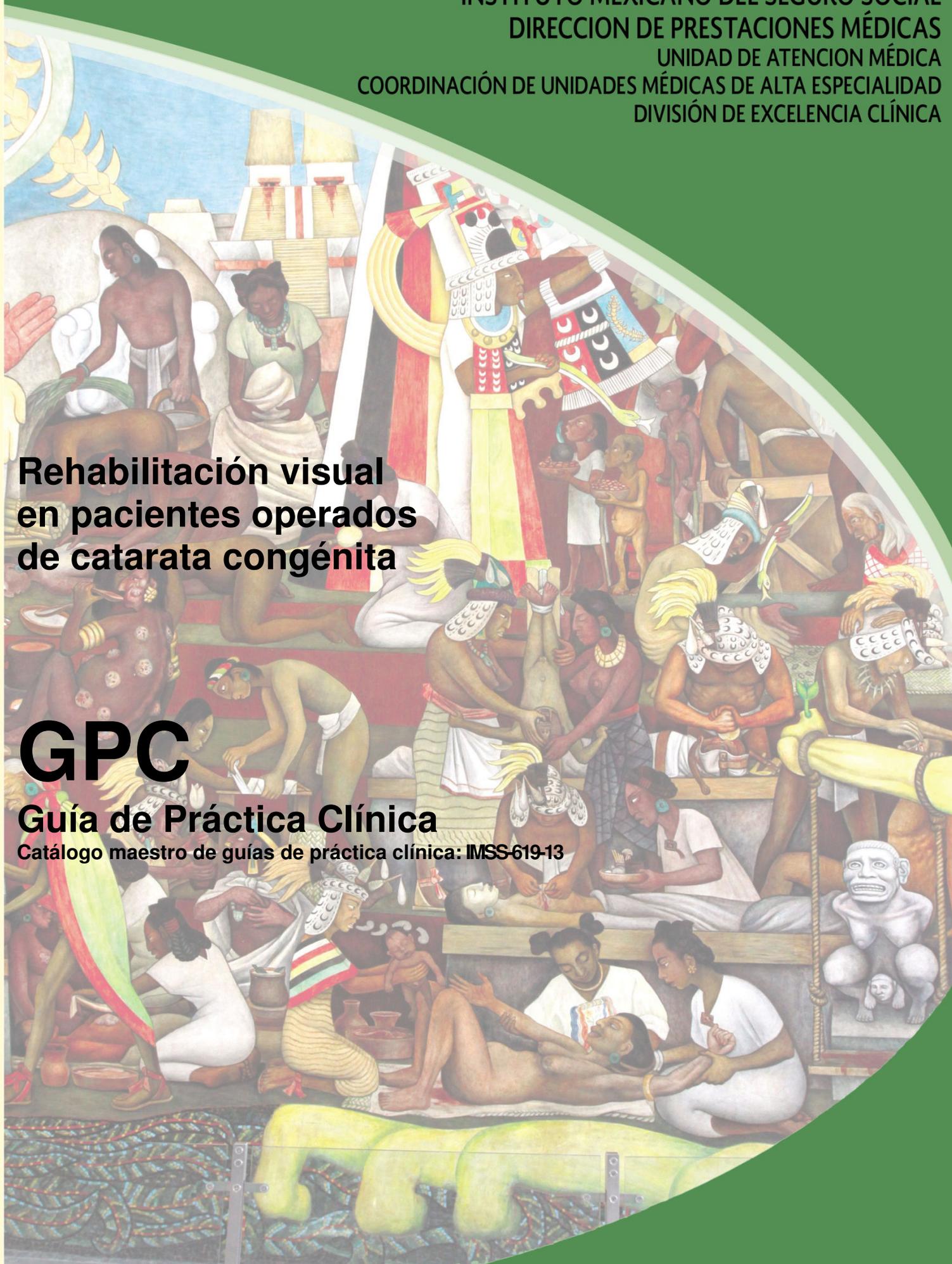


**Rehabilitación visual
en pacientes operados
de catarata congénita**

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-619-13



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: Q12.0 Catarata congénita

95.31 Ajuste de gafas

95.32 Prescripción y adaptación lentes de contacto

93.78 Otra rehabilitación para ciegos

GPC

Rehabilitación visual en el paciente operado de catarata congénita

DEFINICIÓN

La rehabilitación visual es la reeducación de la visión de los seres humanos a través del aprendizaje de nuevos esquemas de comportamiento visual, lo que significa que el paciente debe participar en la obtención de nuevas destrezas adquiridas para mejorar la agudeza visual y perceptual.

REHABILITACION EN CATARATA CONGENITA UNILATERAL

1. Se recomienda cirugía temprana que debe realizarse en las primeras semanas de vida, y colocar corrección óptica adecuada inmediatamente después de la cirugía (ver guía de tratamiento quirúrgico de catarata congénita)
2. La catarata congénita debe ser retirada en los primeros dos meses de vida. En caso bilateral el periodo entre la cirugía de ambos ojos debe ser de 1 a 2 semanas, la refracción debe corregirse con lente de contacto en la primera semana después de la cirugía
3. El implante de lente intraocular y el lente de contacto son igualmente efectivos para mejorar la visión y evitar la ambliopía, su trascendencia radica en iniciar tempranamente la rehabilitación, inmediatamente después de la cirugía
4. Los anteojos no se utilizan para la corrección de la afaquia unilateral. Los lentes de contacto y los lentes intraoculares proporcionan corrección óptica óptima en estos casos. Los niños que se someten a colocación de lente intraocular, así como aquellos con lentes de contacto, también requieren bifocales para afinar la refracción y permitir mejor visión de lejos y cerca. El desenfoque prolongado de la imagen conduce a deterioro visual permanente.
5. A los padres se les debe insistir sobre la importancia de su apoyo en la terapia de rehabilitación colocando el lente de contacto o cualquier otra ayuda óptica.

REHABILITACION EN CATARATA CONGENITA BILATERAL

1. Después del procedimiento quirúrgico, el tratamiento óptico debe comenzar tan pronto como sea

posible. La elección de la corrección óptica debe ser individualizada. Las opciones incluyen lentes:

- de contacto de alta potencia con bifocales
- lentes aéreos de alta potencia
- lentes intraoculares con bifocales.

2. La rehabilitación óptica debe realizarse cuanto antes.

- En pacientes afacos inmediatamente o a la semana de operado
- En pseudofaquicos máximo al mes.

Tienen mejor pronóstico los pacientes con catarata bilateral sin nistagmos ni estrabismo asociado.

3. La rehabilitación visual debe realizarse inmediatamente después de la cirugía.

- El lente de contacto debe ser colocado por un profesional con experiencia en niños.
- La corrección con gafas debe realizarse dentro de las dos semanas posteriores a la cirugía.
- En los niños menores de 4 años, se prefiere la sobrecorrección para dejar miope el ojo.
- En niños mayores se prefiere el bifocal ejecutivo. En los casos unilaterales sólo se realiza en el ojo afectado.

4. Plan de seguimiento

- Durante el primer año el seguimiento es con visitas cada 2 a 4 semanas para control de agudeza visual y evaluación de visión binocular
- Si después de 1 año, el medico considera que alcanza buena visión con su corrección óptica y su visión es estable las visitas podrán prolongarse a cada 6 meses

5. Existen cuatro pasos principales en el diagnóstico de ambliopía:

- Evaluación de la agudeza visual monocular mediante una prueba de la visión adecuada para la edad
- Refracción. Aunque la autorrefracción es relativamente rápida y fácil de realizar, se recomienda la retinoscopía. En los niños pequeños se requiere un fármacos anticolinérgicos
- Examen de fondo de ojos y con medios de contraste para excluir cualquier patología
- Control de la agudeza visual con lentes graduados

Durante el período crítico se espera alguna mejoría en la agudeza visual después de usar los lentes de corrección adecuados. Tradicionalmente éste es un período de aproximadamente 6 semanas pero las pruebas sugieren que la mejoría continúa hasta las 12 semanas. El diagnóstico se realiza si un déficit de agudeza visual persiste después de la corrección del error refractivo durante un período.

6. Las revisiones sistemáticas respecto al uso de terapia de oclusión o penalización con atropina no permiten establecer esquemas de recomendación, ya que los estudios no comparan las estrategias del tratamiento y están sujetos a sesgo significativo. Además, la variación entre los estudios, la forma en que se realiza el tratamiento y se categorizan los resultados impide la comparación o la combinación de los resultados. La tendencia general es a favor de una oclusión intensiva para obtener mejores resultados visuales, pero esto no se ha probado sistemáticamente debido a problemas con el cumplimiento. Debido a esto es difícil formular guías y es muy incierto lo que verdaderamente se debe esperar del tratamiento para la ambliopía por privación de estímulo.

7. Los autores coinciden en que la atropina proporciona una mejoría igual que la oclusión convencional para la ambliopía moderada. El cumplimiento del tratamiento parece ser mayor en las personas a las que se prescribió el control con atropina en contraposición con la oclusión convencional y ambas

tienen tasas informadas de eventos adversos similares.

En caso de ambliopía se sugiere iniciar terapia de oclusión con corrección óptica y de acuerdo a la edad puede agregarse oclusión alterna, oclusión total o penalización alternante. (ver glosario de términos)

8. El control de oclusión debe ser estricto y frecuente para evitar una ambliopía por oclusión del ojo sano. A menor edad del paciente más frecuentes deben ser los controles. Es importante revisar, no sólo, la agudeza visual del ojo ambliope sino también la del ojo fijador contralateral. Los padres deberán ser advertidos de los riesgos de una oclusión y de la importancia de la exactitud de los controles para evitar complicaciones posteriores.
9. El tratamiento de la oclusión deberá ser continua hasta que la visión del ojo ambliope y el ojo fijador, sea igualada para lograr esto pueden ser utilizada técnicas de estimulación visual. Si después de tres meses de oclusión continua no hay una mejoría en la agudeza visual del ojo ambliope se pensará en abandonar el tratamiento. Sin embargo el tiempo de tratamiento en sí es difícil de predecir, ya que depende de la intensidad de la ambliopía y de la edad del paciente.
10. La rehabilitación visual debe realizarse inmediatamente después de la cirugía.
 - El lente de contacto debe ser colocado por un profesional con experiencia en niños.
 - La corrección con gafas debe realizarse dentro de las dos semanas posteriores a la cirugía.
 - En los niños menores de 4 años, se prefiere la sobrecorrección para dejar miope el ojo.
 - En niños mayores se prefiere el bifocal ejecutivo. En los casos unilaterales sólo se realiza en el ojo afectado.

Se debe hacer una adecuada evaluación de la agudeza visual y tratamiento de oclusión en el momento oportuno cuando se inicia la ambliopía. Así como una evaluación ortóptica regular
11. Terapia visual optométrica o ortóptica se refiere al programa de tratamiento total, que puede incluir las opciones de terapia pasiva (por ejemplo, gafas, oclusión, agentes farmacológicos) y terapia activa. Con opciones de tratamiento pasivo como la corrección óptica y la oclusión, el paciente experimenta un cambio en la estimulación visual sin ningún esfuerzo consciente. Terapia activa está diseñada para mejorar el rendimiento visual con la participación consciente del paciente, en una secuencia de tareas visuales específicas y controladas. Esta diseñada para remediar deficiencias en cuatro áreas específicas: movimiento y fijación ocular, percepción espacial, eficiencia acomodaticia y función binocular. Hasta alcanzar habilidades monoculares similares, al integrar al ojo ambliopico en la función visual binocular. La terapia activa para la ambliopía monocular y binocular intenta reducir el tiempo total de tratamiento necesario para lograr la mejor agudeza visual.
12. La agudeza visual debe vigilarse estrechamente cuando se está rehabilitando a un paciente, y siempre debe estar a cargo un oftalmólogo con experiencia.
13. Para mayor información respecto a las técnicas para el manejo de la ambliopía consulte guía correspondiente al tema

TECNICAS DE REHABILITACION VISUAL

1. La rehabilitación óptica adecuada se debe iniciar en forma temprana para tener mejores resultados visuales y debe apoyarse en un equipo multidisciplinario. Además es esencial el apoyo de la familia durante tratamiento.
2. La agudeza visual normal es de aproximadamente:
 - Recién nacido: 3/200
 - 3 meses de edad: 20/200
 - Al año de edad: 20/100
 - Entre 5 y 6 años: 20/20

Por esta razón la rehabilitación visual debe realizarse dentro de los primeros 5 a 6 años de vida.
3. El implante primario o secundario de lente intraocular, o el uso de lente de contacto son opciones adecuadas y confiables para la rehabilitación visual en pacientes operados de catarata congénita.
4. La corrección óptica debe contemplar
 - Ofrecer hipermetropía de +2.00D a +3.00D para obtener claridad en la visión cercana.
 - Ofrecer gafas bifocales en el paciente que inicia la deambulación ya que el ojo pseudofáquico no posee acomodación e incluso una leve hipermetropía no corregida puede llevar a ambliopía severa.
 - Revisión y ajuste de refracción cada 2 a 4 semanas
 - En los niños menores de 4 años, se prefiere la sobrecorrección para dejar miope el ojo.
 - En niños mayores se prefiere el bifocal ejecutivo. En los casos unilaterales sólo se realiza en el ojo afectado.
5. Las gafas de afaquia causan problemas de alteraciones en el campo visual periférico, inducen distorsión y efectos prismáticos, impidiendo un desarrollo visual adecuado. Además, el peso de los cristales positivos de alta graduación también desanima como opción óptima para llevar de forma continuada en el niño afáquico. Se prescriben gafas para los períodos en los que no sea posible otra corrección óptica.
6. Cada paciente debe ser individualizado al momento de elegir entre lente de contacto o anteojos. El rápido crecimiento de los ojos y el cambio del error refractivo en los niños hacen que sean necesarios ajustes frecuentes. Si no se realizan estos cambios de manera oportuna puede resultar en la pérdida permanente de la visión.
7. El momento óptimo para la terapia de oclusión es controversial. Por un lado la agudeza visual no se desarrolla si la oclusión es insuficiente. Por otro lado si es prolongada altera la binocularidad. Otro punto en controversia es que el parche interfiere con el desarrollo psicológico y de percepción del entorno.
8. Es recomendable valorar la agudeza visual siempre que sea posible para obtener cifras objetivas y comparables para visitas subsecuentes. La literatura presenta diversas opciones como son:
 - Menores de 2 a 3 años: test de la mirada preferencial
 - Niños prevervales: potenciales visuales evocados, nistagmus optoquintico y test de mirada preferencial

- Para niños mayores existen: optotipos Lea, Allen o Pigassou, HTOV o la E de Snellen.
9. Aunque no existe evidencia de alta calidad, la terapia de oclusión sigue siendo considerada como una alternativa para el manejo de la ambliopía, sin embargo, se requiere siempre del apoyo de la familia para llevar un buen tratamiento y un seguimiento estrecho para evitar una ambliopía por privación en el ojo ocluido.
 10. Todos los niños operados de catarata congénita y con algún grado de ambliopía deberán ser enviados a rehabilitación integral, al optometrista y en casos especiales a apoyo psicológico (en mayores de 3 años)
 11. Pacientes menores de 6 meses, una vez iniciada la terapia de oclusión requieren ser valorados por el oftalmólogo cada 1 a 2 semanas hasta que cumplan un año de edad. Posterior al año de edad la revisión debe ser entre 2 a 4 semanas hasta los dos años. A partir de esa edad de acuerdo a los cambios en su visión se deben valorarse entre uno y tres meses periódicamente hasta la suspensión de la terapia.
 12. La agudeza visual y su refracción deberán revisarse periódicamente hasta los 5 a 6 años de edad, ya que este periodo es altamente importante en la madurez visual.
 13. Las visitas al oftalmólogo se recomienda sean por lo menos dos veces al año durante toda su edad pediátrica.

CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

En caso que el paciente sea operado en un tercer nivel de atención, se referirá al segundo nivel para su seguimiento y se le realice su rehabilitación visual.

Cuando el paciente sea operado en un segundo nivel de atención, aquí se le realizará su seguimiento y rehabilitación visual.

El médico familiar realizara periódicamente el envío con el especialista oftalmólogo durante toda la edad pediátrica del paciente

ALGORITMO

