

**Centro Mexicano
Para Visión Baja, A.C.**

**NO ES EL FINAL . . .
ES UN PRINCIPIO PARA
TU PACIENTE CON
VISIÓN BAJA**



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

INTRODUCCIÓN

¡Qué gusto poder compartir y hacer llegar a tus manos este documento!

En él, estoy segura que encontrarás la información necesaria para tomar decisiones correctas en el manejo de tus pacientes con Visión Baja. Si miras atentamente, encontrarás más pacientes con agudezas visuales en parámetros de Visión Baja de lo que te imaginas, y con esta información podrás darles la orientación adecuada.

Desafortunadamente en la formación médica, no se hace hincapié en la importancia de la prevención y rehabilitación de enfermedades. Principalmente se nos enseña la etiología, el cuadro clínico, el tratamiento y someramente la prevención y la rehabilitación. Esto nos pone en desventaja para dar la recomendación adecuada cuando el paciente se encuentra ya con alguna discapacidad.

Te pido que después de leer este manual, les brindes la oportunidad de recibir una atención adecuada y a tiempo, evitando una limitación más importante y mejorando así su calidad de vida. Haciéndole sentir de forma cálida que no obstante su pérdida visual, tendrá las herramientas para seguir siendo independiente. Con esta información te damos la bienvenida a ver la Visión Baja desde otro punto de vista, uno más humano, en donde tu capacidad de actuar por tu paciente no se limite a la responsabilidad de verlo en el consultorio, sino acompañarlo en la forma en que se desenvuelve fuera de él, asegurándote así que su vida realmente tuvo un impacto positivo al ser atendido por ti.

Uno de los objetivos del **Centro Mexicano Para Visión Baja** es el de promover dentro del ámbito académico la atención especializada para el paciente. Este documento fue desarrollado con la entusiasta participación de un grupo de especialistas en el área, quienes han dedicado gran parte de su práctica oftalmológica a la Visión Baja.

Es el resultado de una revisión de un grupo mexicano de profesionistas comprometidas con la salud visual, para dar a conocer de forma sencilla la participación deseable del oftalmólogo en el primer contacto con sus pacientes con Visión Baja.

Te invitamos a que saques el mejor provecho de este material. Y te hacemos una cordial invitación para contactarnos si te interesa algún dato en especial o ampliar la información a este respecto.

¡Disfruta!

Dra. M. Fromow Guerra
Centro Mexicano Para Visión Baja
Presidente 2013-2014.

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

EQUIPO DE TRABAJO DEL CENTRO MEXICANO PARA VISIÓN BAJA, A.C.

- Dra. Ana María Beauregard (anamariabeau@gmail.com)
- Dra. Alicia Lozano Pratt (drapratt@yahoo.com)
- Dra. Araceli Robles Bringas (maxrobles86@hotmail.com)
- Dra. Lourdes Medina y A.T (lourmedina2010@gmail.com)
- Dra. Miney Fromow Guerra (mineyfromow@yahoo.com)
- Dra. Rosa Elena de la Torre (rosael110@msn.com)
- Dra. Roxana Urdapilleta (roxanaum@gmail.com)
- Dra. Vanessa Bosch Canto (vabosch@gmail.com)



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

NO ES EL FINAL.... ES UN PRINCIPIO PARA TU PACIENTE CON VISIÓN BAJA

Sabías que....

- a) ... en México se estima que la discapacidad visual ocupa el segundo lugar entre las discapacidades, con un 27%. (1)
- b) ... en América Latina existen entre 7.5 y 10 millones de personas con visión baja (2)
- b) ... en el mundo, hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de los cuales 39 millones son ciegos y 246 millones con problemas de visión baja. (3)

¿Crees que tú has tenido pacientes con discapacidad visual?

¿Los has identificado?

¿Cómo los has manejado?

¿Qué les has aconsejado?

¿Los has referido a una atención especializada?

Permítenos compartir algunas claves al respecto y lo haremos contestando algunas preguntas que son frecuentes entre nuestros colegas:

1.- ¿Quién es un paciente con visión baja?

“Un paciente de baja visión es aquél que presenta en el mejor ojo, después de tratamiento médico, quirúrgico y con corrección convencional, una agudeza visual que va de 20/60 hasta PL; o un campo visual, desde el punto de fijación, de 20 grados o menos, *pero que sea potencialmente capaz de utilizar la visión con propósitos funcionales.*”



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

En otras palabras:

- Que el deterioro de visión sea irreversible o transitorio en espera de tratamiento quirúrgico, posterior al mismo o mientras, como en el caso de espera de córnea para un trasplante.
- Que la disminución de la visión ocurra en ambos ojos,
- Que la disminución de la visión sea central, periférica o mixta. Es decir, puede ser tanto en la magnitud de agudeza visual como en grados de campo visual,
- Que cuente con un remanente visual que pueda ser cuantificado, Que el remanente visual pueda ser utilizado para las actividades de la vida diaria del paciente.

De una manera más coloquial podemos decir que es aquella persona que tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas, con una corrección convencional.

2.- ¿Quién es un paciente ciego?

Se considera un paciente ciego cuando cursa con la ausencia completa de visión, es decir, no percepción de luz en ambos ojos, denominada amaurosis.

La definición de ceguera legal como agudeza visual menor o igual a 20/200 en el ojo de mejor visión o un campo visual menor de 20° es la definición como su nombre lo indica **para fines legales**, como pensiones, incapacidades laborales, etc. Si la persona presenta una visión de 20/200 podemos ofrecer mejoría visual para la realización de sus actividades, como se expresó anteriormente. Ésta situación no significa incapacidad para utilizar la visión que conserva. Quienes atendemos a las personas con visión baja, consideramos que una visión así podemos potencializarla y rehabilitarla con fines funcionales, de tal manera que, aunque existe el término de “*ceguera legal*”, **no** es conveniente emplearlo con el paciente que conserva un remanente visual utilizable, ya que dicho paciente escuchará únicamente que *está ciego* y no que **conserva posibilidades visuales**.

Y aún en el caso de una ceguera total o amaurosis, podemos referir a la persona a una rehabilitación integral y mejorar su calidad de vida mediante apoyo que le permita ser autosuficiente.

¡Siempre se puede hacer algo para mejorar la calidad de vida de la persona!



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

3.- ¿Cómo puedo medir la visión que conserva el paciente con visión baja?

Aprendimos que cuando no es posible evaluar la visión con cartillas, se anota la distancia a la cual el paciente puede contar dedos, ver el movimiento de manos o en su caso saber si únicamente percibe luz y localiza el sitio de donde proviene.

La manera de cuantificar la visión en pacientes débiles visuales es disminuir la distancia a la cual se realiza la prueba y matemáticamente establecer su equivalente a Snellen como a continuación se explica: por ejemplo una A.V. de 4/200, lo cual (como recordarás) significa que a 4 pies de distancia ve lo que una persona “normal” ve a 200 pies. Lo que es equivalente a una AV de 20/1000 (se ha multiplicado tanto numerador como denominador por un factor común de 5, o sea:

$$4 \times 5 = 20 \text{ y } 200 \times 5 = 1000$$

O bien la utilización de cartillas especiales a distancias menores (si se cuenta con ellas). Pero si no tienes cartillas especiales ¡no importa! Acerca la cartilla de Snellen al paciente o viceversa.

Se permite al paciente adquirir la posición de cabeza y ojos con la que tenga la mejor visión.

Un paciente con visión baja puede tener una visión residual insuficiente para ver las cartillas habituales a las distancias de rutina y por lo mismo, el oftalmólogo puede inferir que el paciente es ciego.

Por favor, ya no uses “contar dedos”, pues tus dedos y los míos pueden ser de un tamaño muy diferente, así como el contraste figura-fondo. ¡Trata de cuantificar la agudeza visual y te llevarás gratas sorpresas!

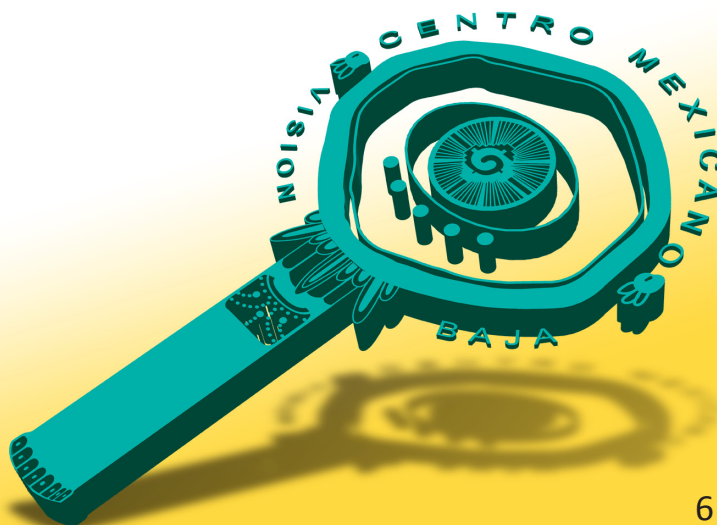
4.- ¿Qué puedo ofrecer a este tipo de pacientes?

CALIDAD DE VIDA, mejorando la funcionalidad de la visión disminuida mediante las diferentes opciones ópticas y no ópticas, rehabilitación dirigida e individualizada, así como apoyo psicológico, para incorporarse a la realización de actividades de la vida diaria, laborales, escolares, sociales etc.

Está Prohibido decir: “No hay nada que ofrecer”

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

Siempre se puede ofrecer algo para mejorar la calidad de vida del paciente. Aun en el caso en que no exista remanente visual, la persona debe de ser referida a un servicio especializado en rehabilitación integral.

A los pacientes que conservan visión, se les puede ofrecer que la utilicen de la mejor manera, con ayudas ópticas y/o no ópticas, para la ejecución de algunas actividades que le sean necesarias, tales como leer, escribir, firmar, hacer compras, reconocer personas, etc.

Todo esto tiene como finalidad el que la persona recupere su autosuficiencia y confianza en sus capacidades.

5.- ¿Cómo puedo informar al paciente acerca de su situación actual?

Con empatía sobre su padecer, colocándonos en sus zapatos. Preguntándonos *¿Cómo me gustaría que me informaran si yo estuviera en la misma situación?*

La información debe ser **veraz, clara, sencilla y comprensible**, realista, sin falsas expectativas al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades de mejorar o no la visión residual.

Es importante hacer esta entrevista con tiempo, calidez y positivamente, resaltando las posibilidades que el paciente conserva y no las pérdidas que presenta.

Debido al gran ascendente que tiene el oftalmólogo sobre el paciente, el consejo que pueda dársele será de gran relevancia para su futuro y expectativas en la vida.

6.- ¿Para qué necesito saber el manejo del paciente con visión baja, si en mi práctica diaria no es tan frecuente ver este tipo de personas?

No hay que olvidar que la función del oftalmólogo es preservar la visión mediante tratamiento médico y/o quirúrgico. Por ello debemos ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento integral y en caso de no ser posible mantener la visión, que reciban el apoyo adecuado para continuar con su vida de la mejor manera en todos aspectos.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

De acuerdo a los parámetros de agudeza y campo visual registrados anteriormente, cada vez es más frecuente que se detecten pacientes de baja visión, en la consulta general o de otras especialidades, dado que las principales causas de visión baja son **retinopatía diabética, degeneración macular relacionada a la edad y glaucoma**. Como la incidencia de estas patologías progresa con el aumento de la esperanza de vida, será más probable que tengamos pacientes con estas características en nuestra práctica cotidiana. El 80% de los pacientes que eran considerados anteriormente como “ciegos” y a los que se les decía “no hay nada que hacer”, son personas con visión baja, con visión utilizable, a quienes puede ofrecerse mejoría visual y de calidad de vida.

¡No hagamos ciegos a quienes no lo son!

7.- ¿Tengo que hacer un interrogatorio especial?

La historia clínica que hacemos rutinariamente es nuestra base, aunque nos es muy útil preguntar al paciente si la visión que conserva es suficiente para....

- caminar por la calle
- conducir un auto
- su arreglo personal
- localizar la comida en el plato
- firmar
- leer, etc.

Es bueno preguntar también “*Si pudiéramos mejorar su visión ¿para qué actividades le gustaría que lo hiciéramos?*”

8.- Y luego ¿qué?

Cuando terminas el interrogatorio ya te puedes dar idea de cuán limitada o no está la visión funcional. Muchas veces el mismo paciente se asombra de las cosas que puede hacer con su visión, de lo cual no era consciente.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

Asimismo puedes valorar –a grosso modo- el grado de aceptación, depresión, estado emocional, sobreprotección, dependencia de la familia, en general, del ambiente psicosocial de la persona.

Entonces se inicia la **Exploración de la visión funcional**:

a) Valoración de AV.

- a.1) Inicia a la menor distancia y ve alejándote, ya que esto le dará confianza al paciente. Si lo haces de lejos a cerca generará mayor frustración.
- a.2) Permite que mueva la cabeza o los ojos para buscar el optotipo, pues de hecho lo ideal es entrenarlo en que tenga una fijación excéntrica, especialmente en casos de pérdida de campo central.
- a.3) Explícales en términos coloquiales que puede ver a “x” distancia objetos de “tal” tamaño, con condiciones de alto contraste e iluminación adecuada.

b) Valoración de visión cercana

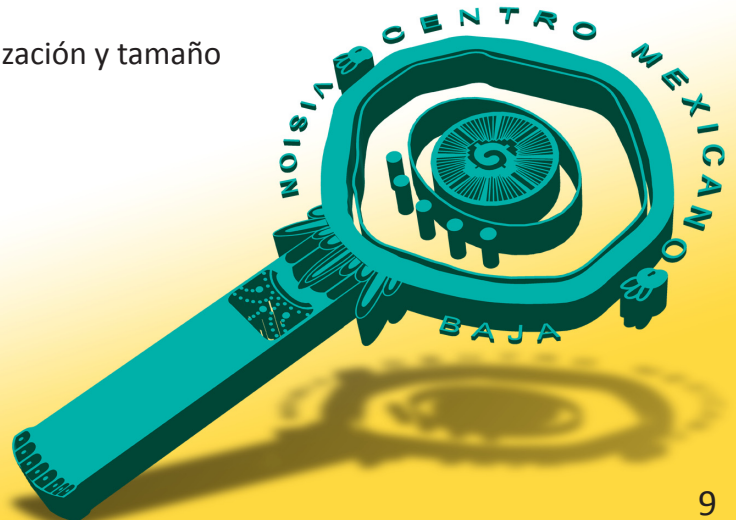
- b.1) Siempre valora la visión cercana, aún en el caso de los niños
- b.2) Permite la aproximación y explícales que afortunadamente contamos con la acomodación y que se le permita acercarse lo que necesite. Explicarlo a los maestros y únicamente tener cuidado con la postura.
- b.3) ¿Qué parte del renglón pierde? Así podemos inferir el defecto campimétrico.

c) Valoración de sensibilidad al contraste

- c.1) Utiliza cualquier tipo de cartilla para valorar la calidad de la visión, aunque a menor distancia de lo habitual
- c.2) Si está disminuida, podremos aconsejar aumentar los contrastes como marcando la orilla de los escalones, utilizando plumón negro para escribir, contraste alto entre alimentos y platos, etc.

d) Valoración de campo visual

- d.1) Prueba de Amsler para estudiar tipo, localización y tamaño de escotoma central.
- d.2) Campimetría por confrontación



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

d.3) Solicitar un estudio de campimetría, especialmente perimetría.

Al conocer el campo útil del paciente podremos saber si corresponde a qué tipo de clasificación: Sin pérdida campimétrica, con pérdida central, con pérdida periférica o mixta. Y en función de esto referirlo a un programa de rehabilitación, como se mencionará más adelante.

e) Estudio de refracción

¡Nunca olvides hacer un buen estudio de refracción! No aconsejamos el uso de sistemas computarizados para este tipo de pacientes, pues muchas veces cursan con opacidad de medios, nistagmus, etc.

Después has un subjetivo empleando armazón y caja de pruebas para permitirle el movimiento de cabeza. Es mejor que no utilices el foróptero para que el paciente pueda mover la cabeza o los ojos buscando la mejor zona de visión, ya que puede cursar con una fijación excéntrica y tener una posición compensatoria de cabeza.

f) Exploración oftalmológica general

Como acostumbras

g) Solicitud de estudios especiales

Los necesarios, como FAG, ERG, PVE, ecografía, etc. De esta manera podrás comprender mejor cuánto y cómo ve tu paciente y así dar el mejor consejo y referencia con la finalidad de hacer más eficiente la visión que conserva.

9.- Y una vez hecho lo anterior y comprendiendo cómo y cuánto ve el paciente ¿qué hacer?

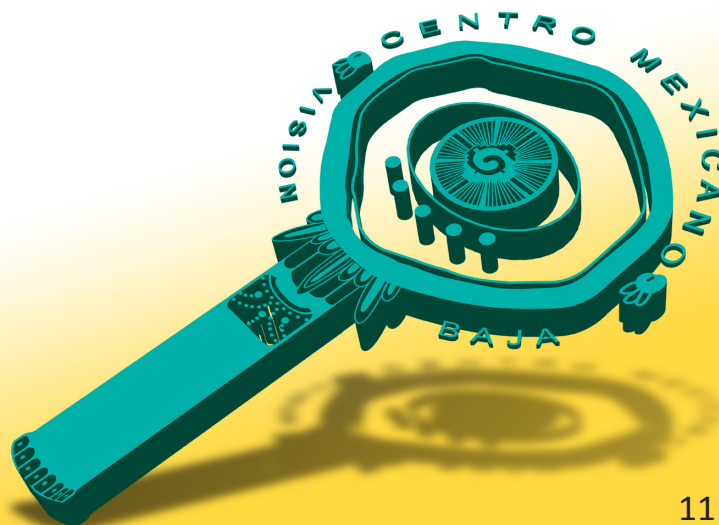
Es importante explicarle a él y a la familia cómo es la visión, cuál es el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de una manera clara, veraz y asertiva.

a) Lo que en el manejo del paciente con visión baja hacemos, en muchas ocasiones, es *“hacerle grande el mundo”* mediante varios recursos, como: acercamiento de los objetos o textos, ampliación de los textos usando sistemas de lentes positivos (lupas de diversos tipos y poderes), así como telescopios y sistemas electrónicos. También podemos aconsejarle para mejorar el contraste en las actividades cotidianas, entre otras cosas.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

- b) Prescripción de lentes para visión cercana: Recuerda que a mayor poder dióptrico menor distancia focal, por lo que podemos prescribir lentes para mejorar la visión cercana, pero el paciente tendrá que hacer sus actividades más cerca que lo habitual.
- c) Lentes bifocales: Ten mucho cuidado con la prescripción de bifocales en pacientes con alteraciones campimétricas, especialmente aquéllos con disminución periférica, pues ya de hecho es un campo reducido y no los beneficiamos con dos graduaciones.
- d) Lupas: *“las lupitas son más potentes que las lupotas”*.
A mayor poder dióptrico de una lente positiva menor será su diámetro.
Lupas de mano: Son las más comunes y fáciles de adquirir. Hay que verificar su calidad óptica, pues pueden tener aberraciones y dificultar aún más la visión de la persona. Las lupas de mano se aconsejan para actividades rápidas, como ver un teléfono, un nombre de medicamento, etc. No se aconsejan para lectura prolongada. Contraindicado cuando hay temblor de manos.
- e) Las lupas de apoyo y especialmente las que tienen luz, son aconsejables para lectura prolongada,
- f) Existen lupas tipo clip que se añaden a los lentes,
- g) Los telescopios pueden ser enfocables y utilizarse para distancias varias. **Nunca para caminar ni manejar.**
- h) Las ayudas electrónicas son muy útiles pues aumentan el tamaño y a la vez se puede modificar el contraste.
- i) Computadora: Puede usarse la herramienta de accesibilidad en el panel de control y aumentar tanto el tamaño como el contraste, sin necesidad de utilizar programas especiales, que también los hay con ampliación y/o sonoros.
- j) Consejo y referencia a rehabilitación visual.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

VISION BAJA INFANTIL

1.- Sabías que.....

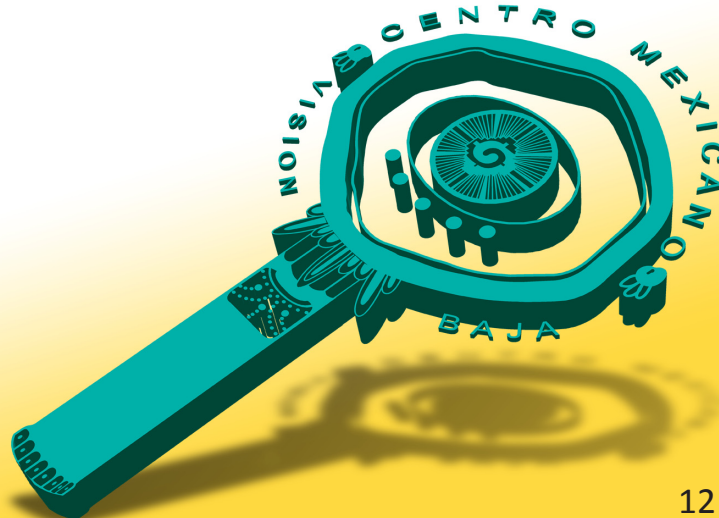
- De acuerdo a la OMS, Se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción fácilmente diagnosticable y corregible.
- Sufren ceguera irreversible 1.4 millones de menores de 15 años.
- Se considera que en Latinoamérica existen aproximadamente un millón de niños con discapacidad visual.
- En México, de acuerdo a la INEGI en el censo de población 2010, el total de niños menores de 14 años con discapacidad visual corresponde el 1.3% de la población mexicana.

2.- ¿Cuáles son las causas de Visión baja en niños?

En México y en Latinoamérica se considera que los errores refractivos en niños son la causa más frecuente de discapacidad visual, seguida de la retinopatía del prematuro, el glaucoma congénito y malformaciones congénitas.

3.- ¿Cuál es la importancia de atender en forma temprana a niños con visión baja?

Un niño con visión normal desarrollará la capacidad de ver de una forma espontánea; sin embargo un niño con visión baja, en la mayoría de los casos, no lo hará de forma automática, por ello se le deberá estimular visualmente mediante un programa sistemático, encaminado a desarrollar sus funciones visuales. Si no hacemos esto, funcionará visualmente muy por debajo del nivel que le permitiría su problema visual. Faye dice: *“la visión residual debe ser usada al máximo de la capacidad”*, lo que desde el punto de vista perceptivo y del aprendizaje significa que cuanto más se mira y se usa la visión, más eficacia visual se logra. Por tanto, la visión, es una función aprendida y su calidad puede mejorarse con entrenamiento durante un periodo de tiempo adecuado.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

4.- ¿Cuándo se considera a un bebé ciego?

Podemos considerar que no existe un bebé ciego hasta que se demuestre lo contrario. Antes de declarar que un bebé es ciego, haremos un interrogatorio completo, una buena exploración y solicitaremos los estudios de gabinete. Deberemos iniciar un programa de estimulación visual y estimulación temprana a la brevedad posible.

Un 60 % de los niños con discapacidad visual tienen al menos otra deficiencia añadida, por lo que es importante realizar un diagnóstico global y multidisciplinario del estado neurológico, sensorial y visual del niño.

5.- ¿Qué se puede afectar si el bebé no desarrolla visión?

La visión es el motor que impulsa el desarrollo psicomotriz en los primeros años de vida. La visión logra obtener información sobre el mundo que nos rodea, con el fin de integrarla a otras funciones corticales y corporales como para dirigir al cuerpo, para establecer los conceptos de espacio, propiocepción, cartografía, empatía, y con ellos ofrecer al ser humano elementos de supervivencia, desarrollo, inteligencia, memoria, etc. Todas estas funciones se pierden cuando los bebés no desarrollan la visión. El desarrollo de la visión favorece y facilita los procesos de desarrollo, socialización e integración del niño. **Hay que recordar que el niño hace lo que ve y que la visión es fundamental para su desarrollo armónico.**

6.- ¿Qué es la estimulación temprana?

La atención temprana a niños con ceguera o visión baja comprende el conjunto de medidas de orden psicopedagógico, médico y social para ofrecerle al niño la posibilidad de recuperar o construir un lugar como persona. En lo emocional la privación de la mirada como código universal de contacto y de comunicación interferirá en la relación del bebé con sus padres.

7.- ¿Qué necesito saber del desarrollo visual del niño?

Es importante conocer el desarrollo psicomotor de acuerdo a la edad del niño que estamos explorando, recordando que el desarrollo es céfalo caudal y se puede ver afectado presentando retraso psicomotor por la alteración visual. Se interrogará sobre el desarrollo de las funciones motoras como son: el sostén cefálico, el poder voltearse, sentarse, gatear, caminar, el control de esfínteres, y la comunicación.

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

8.- ¿Cómo puedo ayudar a un niño que tiene riesgo de visión baja?

Depende de la edad a la que llegue el niño a la consulta, ya sea un lactante, preescolar o escolar, pero siempre, siempre, existen técnicas y programas para habilitar a los niños. Por lo que debemos orientar a los padres y tutores de la importancia de iniciar programas para mejorar la calidad de vida, tanto en las etapas iniciales como en la edad escolar, para tener un desarrollo armónico.

9.- ¿Cómo puedo determinar la visión funcional en los niños?

La evaluación clínica del infante esta VB difiere de la practicada en el adulto. Se utilizan materiales apropiados a la edad y desarrollo del niño. Es importante que el oftalmólogo observe el comportamiento del niño ante diferentes estímulos luminosos y objetos de alto contraste.

Hay cartillas especiales para determinar la agudeza visual, sensibilidad al contraste y campo visual para los diferentes grupos de edad. Siempre permitir que la cabeza o los ojos estén colocados en la posición que el niño vea mejor.

10. ¿Qué puedo recomendar a los padres?

Los padres son las personas más importantes en realizar la estimulación visual y estimulación temprana, por lo que se les debe informar de las expectativas en el desarrollo visual del niño y si es necesario, prestarles ayuda psicológica para que lleven a buen fin al niño y se pueda desenvolver.

Los objetivos básicos de la atención temprana son:

- 1) Favorecer el desarrollo armónico del niño con baja visión
- 2) Dar soporte y apoyo a la familia.

11.- Y luego ¿qué?

La estimulación visual es una parte de la habilitación del niño, pero recordemos que muchos de ellos necesitan una corrección óptica para mejorar aún más la visión, por lo que se debe revisar en forma periódica la refracción de estos niños. Cuando se encuentren en la etapa escolar debemos estar en contacto con los maestros para informarles de sus deficiencias visuales.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

Rehabilitación en Visión Baja

Definición OMS (Ginebra, 1968):

Se entiende por rehabilitación la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con objeto que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional.

1.- ¿En qué consiste la rehabilitación en Visión Baja?

La rehabilitación visual consiste en poner en práctica ejercicios y estrategias que ayuden al paciente a mejorar la calidad de su visión reducida con técnicas alternativas compensatorias.

No se trata de dar más visión sino de potenciar y optimizar la visión con la que cuenta, para poder usarla en una o varias tareas concretas, para lo cual tendrá que utilizar las ayudas ópticas, no ópticas, entrenamiento en actividades de la vida diaria, orientación y movilidad y las que correspondan en su caso. Por lo tanto, la finalidad de la Rehabilitación en Visión Baja es:

Retomar las actividades que se creían perdidas por la limitación visual.

La finalidad es obtener objetivos concretos según el tipo de paciente. En niños va dirigida a conseguir un desarrollo general normal, psíquico, cognitivo, psicomotriz y socio-afectivo.

En adultos es intentar restaurar las deficiencias que pueda encontrar en los diferentes aspectos de su vida. Es apoyarles para que hagan lo que hacían antes, pero de modo diferente para mejorar su calidad de vida.

2.- ¿Cómo se rehabilita el paciente de visión baja?

Con un programa individualizado para instruirlo en el uso de sus ayudas ópticas, no ópticas y electrónicas. Por ejemplo, a qué distancia usar sus lentes para lectura, cómo usar las lupas, cómo enfocar el telescopio.

También en el uso de visión excéntrica y en caso necesario en técnicas de movilidad, especialmente cuando el campo visual está muy reducido.

Todo esto es con la finalidad de que la persona sea autosuficiente.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

3.- ¿Quién rehabilita?

La rehabilitación se inicia con el *consejo y referencia que tú le puedes dar a tu paciente.*

El equipo ideal está integrado por el oftalmólogo, el optometrista, el técnico en rehabilitación visual, el psicólogo y el trabajador social. Sin embargo, sabemos que esto no es fácil, pero puedes recurrir a profesionales independientes y tú ir valorando la evolución del paciente y aconsejando los cambios a realizar en dicho programa.

4.- ¿Es igual en el caso de los niños?

En el caso los niños con visión baja es importante conocer las consecuencias de la misma desde el nacimiento o a edad temprana, si recordamos que el desarrollo sensorial precede y es más veloz que el motor y que conduce -por decirlo así- al correcto desarrollo del niño, frente a los estímulos del mundo que lo rodea, sobre todo los estímulos visuales.

Además de la disminución en la recepción de los estímulos visuales, que impacta en el desarrollo motor del niño, se afecta la relación con los padres, especialmente con la madre, pues es difícil establecer el vínculo visual, lo cual puede repercutir en sentimientos de rechazo, culpa y finalmente abandono, falta de estimulación y por lo tanto mayor retraso funcional.

Por todo lo anterior es una verdadera **urgencia para el desarrollo del niño el que se haga una referencia lo más temprano posible a un programa de estimulación. Ayer ya es tarde.**

La estimulación temprana y la estimulación visual están íntimamente ligadas. Sin estimulación temprana no hay estimulación visual y cuando la visión es deficiente la estimulación temprana está limitada en sus alcances.

“Es impresionante lo que se puede hacer de un resto de visión aparentemente insignificante, al estimular a un a niño con amor, a través de estímulos afectivos”.

(Dr Ciancia, XV Jornadas de A.S.A.E.R.C.A.,BS.as.,2000).

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

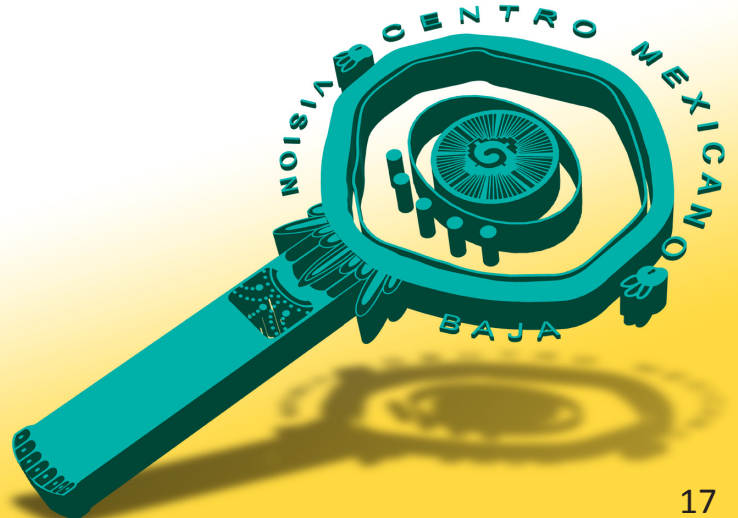
Consejos prácticos

¿Qué recomendaciones debo sugerir a mi paciente?

Si bien es cierto que en muchas ocasiones el paciente con visión baja requiere de ser referido a un rehabilitador visual, también es cierto que nosotros como oftalmólogos podemos empezar a dar las primeras indicaciones o consejos que le serán útiles incluso antes de empezar su rehabilitación.

Algunos de los consejos que puedes dar a tu paciente y que seguramente apreciara son los siguientes:

1. **Iluminación adecuada** en las áreas en que se desenvuelve el paciente, habitaciones bien iluminadas y durante la lectura, utilizando lámparas flexibles.
2. **Uso de atril** cuando requiere acercar el texto para poder leerlo.
3. **Uso de plumones negros y gruesos** para escritura.
4. Etiquetas con letras grandes y legibles.
5. Teléfonos amplificados.
6. Colores contrastantes del mantel y el plato para comida.
7. No usar vasos transparentes, sugerirlos con alto contraste dependiendo el líquido que sirva.
8. Marcar hornillas y apagadores.
9. Clasificar y ordenar los utensilios en cocina.
10. Marcar medicamentos.
11. Marcar sustancias peligrosas.
12. Uso de visera, gorra, sombrero de ala o lentes oscuros para evitar deslumbramiento.
13. Marcarle borde de los escalones o bordes con desniveles.
14. Evitar tapetes y obstáculos con los que pueda tropezar.
15. Usar tapetes anti-derrapantes.
16. Uso de espejo amplificador para rasurarse o maquillarse.
17. Tinas y regaderas con bandas adhesivas de fricción.
18. Contraste en la regadera o en la tina.
19. Regaderas y baños con pasamos de seguridad.



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

¿Por qué dedicarse a la Visión Baja?

Testimonios

“¡Mamá, no había visto que tienes pequitas en tu cara!” fue lo que dijo María al poder conocer la cara de su madre cuando la vio por primera vez a través de un telescopio.

¿Cómo no dedicarse a esto? ¿Cómo no darles la misma oportunidad a todas las Marías, Pepes, Panchos... a tu padre, a tu abuelito, a mi hermano...a mí misma...?

Dra. Lourdes Medina y Álvarez Tostado

Un día me encontré con un compañero oftalmólogo quien me dijo que se dedicaba a la visión baja y bueno casi casi le dije que “qué era eso”. Me dijo que es una especialidad a través de la cual puedes ayudar a mejorar la calidad de vida de niños y adultos, y que por el avance de la patología que presentan, no pueden mejorar más con tratamiento médico o quirúrgico. Al poco tiempo tomé el curso con la Dra. Lourdes Medina, en donde llegué a la conclusión de que siempre, siempre, siempre, podemos a ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes por medio de la rehabilitación visual o integral, lo cual he corroborado a través de los últimos años.

Dra. Ana María Beauregard

Para dedicarme a la Visión Baja me impulsa el amor para dominar la técnica y vencer el temor al fracaso para lograr el éxito, porque para poder hacer algo que te propongas, sólo tienes que adaptarlo a tu condición.

Dra. Roxana Urdapilleta Meza



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

¿Por qué me dedico a los pacientes con Visión Baja?

*Porque aprendí en mis años de residente que todos mis maestros y colegas hablaban de rehabilitación visual refiriéndose a procedimientos quirúrgicos. Y a las personas que recuperaban visión que era muy baja, frecuentemente le decían “no hay nada más que hacer”. **No acepte la condena a la que se sometía tanto al paciente como a su familia**, educándolos como si el paciente sufriera ceguera total. Empecé a investigar cómo procedían a tratarlos en otros países y encontré que había un método poco conocido, el cual fui aprendiendo lentamente en bibliografía, por la que tenía que esperar semanas –no existía el internet-. Posteriormente aprendí directamente del Dr. Max Popper, doctor en optometría, que visitó el hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes” de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México. Más adelante con los Doctores Eleanor Faye, R. Feimbloom, R. Brilliant y A.Colenbrader, quienes me brindaron el entrenamiento necesario para empezar una clínica de visión baja ¡cosa que hice con mucho entusiasmo y pasión al comprobar **que sí hay mucho que ofrecer y que sí se puede ayudar al paciente con visión baja a vivir con dignidad!***

Dra. Alicia Lozano Pratt

Mi encuentro con la Visión Baja ocurrió de manera accidental en 1994 durante mi etapa de residente en el Hospital General de México. Buscaba un tema para presentar una sesión clínica y llamó mi atención “La Visión Subnormal” (así denominada por aquellos ayeres), tema novedoso y desconocido. Acudí al Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana al servicio del mismo nombre, dónde el Dr. Corzo me atendió amablemente y me prestó el libro de la Dra. Eleanor Faye.

De ahí nació mi interés por ofrecer algo más a los pacientes y a los pocos meses, en entrevista “bajo la lupa” con la Dra. Lourdes Medina, inicié mi trayecto en éste camino.

Dra. Araceli Robles Bringas

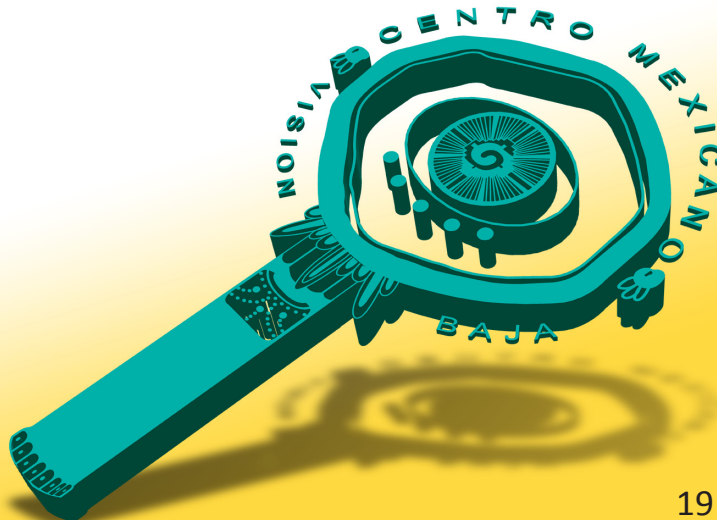
Algunas frases, citas, dichos y hechos para reflexionar

Lo que hay que evitar decir:

- “Es mejor esperar a que el niño tenga siete años”
- “Ya no hay nada de hacer”
- “Lleven al niño a una escuela especial”
- “No se puede ver tan cerca”

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

Lo que puede ayudar:

- Resaltar lo que el paciente conserva y no de lo que carece: por ejem. En lugar de *“lo poquito de visión que tiene usted”*, usar *“la visión que usted conserva le ayuda para . . .”*
- Recordar que siempre hay algo que hacer para mejorar la calidad de vida
- *“Mi médico oftalmólogo me dijo que ya no había forma de mejorar mi visión . . . pero me envió a un Servicio de Rehabilitación y me enseñaron a mejorar mi calidad de vida con la misma visión que tenía”.*

Una persona ciega, una tragedia. Diez personas ciegas, un desastre. Un millón de personas ciegas, un dato estadístico.

Apple DJ, Ram J, Foster A, Peng Q. Blindness in the world. *Surv Ophthalmol* 2000; 45: S21-31.

“La discapacidad no está en las personas faltas de una parte de su cuerpo, está en la mente de muchas que se dicen sanas”.

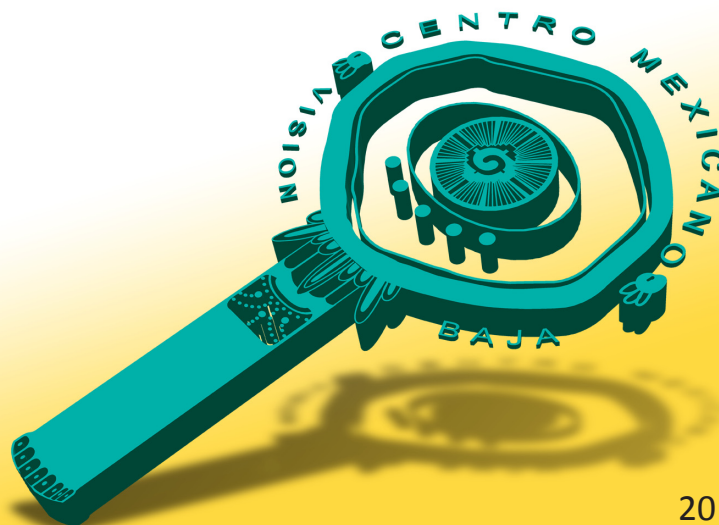
Marithe Lozano.

“El miedo es la más grande discapacidad de todas”

Nick Vujiic

Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.
Boston No. 99, Col. Nochebuena
México D.F., C.P. 03720
info@cmpvb.com

www.visionbaja.mx



Centro Mexicano Para Visión Baja, A.C.

Bibliografía

- Ceguera y discapacidad visual - Nota descriptiva N° 282
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- Vision 20/20 Latinoamerica
<https://vision2020la.wordpress.com>
- Guía para el oftalmólogo general
<http://visionbajamedina.blogspot.mx/>
- Concepto de Rehabilitación
<http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.mx>
CONTACTO: consrehabintegral@gmail.com
- Atención médica y rehabilitación
<http://www.who.int/disabilities/care/es/>
- <http://www.inegi.gob.mx>
- <http://www.once.es>
- Moguel S, Bosh V. Retinopatía del Prematuro. Grupo ROP. Capítulo 16 y 17: 131 – 163
- WHO/APB. Management of low vision in children: a report of a WHO/APB. Scientific meeting held at Bangkok, 23-24 July 1992. Geneva: WHO, 1993; (WHO/PBL 93.27).
- Medina L, Bosh V. ROP y Visión Baja. Boletín Bimestral, Visión 2020.
<http://www.v2020la.org/>
- Faye, E Clinical Low Vision. 2ed. Boston: Little Brown and Company, 1984.
- Usón GE MD, Sobrado CP MD, Avellaneda GMI, López LM, Baja Visión y Rehabilitación Visual: Una alternativa clínica. Revista Lab. Thea 2007
- www.visionfarma.es
- Álvarez RS MD. Generalidades de la baja visión. Material de apoyo a la docencia. Acta Médica del Centro, Vol. 2, No. 3, 2008

