

RECOMENDACIONES PARA DERIVACION A BAJA VISION

La Comisión de Baja Visión del Consejo Argentino de Oftalmología ha elaborado las siguientes recomendaciones debido a la cantidad de pacientes con patologías oftalmológicas que no se pueden curar y en definitiva producen una discapacidad visual, muchas veces por falta de información, otras por falta de tratamiento adecuado por diferentes causas y otras a pesar de todos los tratamientos clínicos y quirúrgicos realizados oportunamente.

La Ceguera y la Baja Visión, son dos mundos diferentes y se los trata de distinta manera, pero conceptualmente los tenemos juntos y muchas veces así tratamos como ciegos a personas que tienen un resto visual muy útil, y que típicamente pasan por ciegos simuladores.

CUÁNDO SUGERIR UNA EVALUACION POR BAJA VISION?

La OMS define Baja Visión como:

“Una persona con BAJA VISION es quien aún después de un tratamiento clínico y/o quirúrgico con refracción convencional, tiene en su mejor ojo una agudeza visual de 3/10, hasta menos de 1/10 y/o un campo visual menor o igual a 20° y que usa o es potencialmente capaz de usar su visión residual para la planificación o ejecución de una tarea”.

Por lo tanto, a un paciente se le debe proponer una evaluación de baja visión cuando, una vez que hayamos utilizado todos los tratamientos medico-quirúrgicos disponibles, presente con la mejor corrección una agudeza visual entre 1/10 y 3/10 o un campo visual igual o menor a 20 grados (independientemente de su agudeza visual).

La OMS define Ceguera como: “Una persona con ceguera es quien no puede, ni es potencialmente capaz de usar su resto visual para planificar y/o ejecutar una tarea”. Hay distintos límites, alrededor de 1/10, que se utilizan para definir la Ceguera Legal, según los distintos países.

Partiendo de la base de que la mejoría de la calidad de vida en estos casos requiere información, la primera recomendación, en la etapa de la Prevención, sería:

- 1.- Informar en cada paciente el riesgo real (pérdida de visión), del estado de la enfermedad en el momento de la evaluación .
- 2.- Informar al paciente la existencia de la posibilidad de la rehabilitación. Debe saber que si bien puede perder mucha visión a consecuencia de la enfermedad, su vida puede continuar, incluso mejor que antes.

Una vez instalada la discapacidad visual, y si el paciente nunca fue informado en la etapa previa, se sugiere que el oftalmólogo derive a su paciente a un equipo interdisciplinario para evaluarlo y juntos, incluido el oftalmólogo, comenzar el tratamiento de Rehabilitación.

Para ello se recomienda:

- 1.- Informar con toda claridad al paciente del estado actual y probable evolución de su enfermedad y su visión.
- 2.- Para orientar la consulta y examen de una persona con discapacidad visual se puede consultar la GUIA BASICA DE ATENCION EN BAJA VISION PARA OFTALMOLOGOS GENERALES de las Dras. Lourdes Medina y Silvia Veitzman y el Dr. Juan Carlos Silva, en http://www.bajavision.org.ar/profesionales/guia_atencion.html donde se describen distintas técnicas que nos ayudan a evaluar la visión de esa persona, mas allá del clásico “cuenta dedos”.
- 3.- Hacer un certificado donde consten todos los datos necesarios para que el equipo rehabilitador tenga una noción de cómo ve el paciente y que posibilidades tiene de conservar su visión actual. (http://www.bajavision.org.ar/buscador/planilla_disc_visual.pdf)
- 4.- Derivar al paciente en su zona de residencia, a un profesional que oriente su rehabilitación. (http://www.bajavision.org.ar/buscador/RedBajaVision_05_12.xls).
- 5.- Dejar abierta la opción para que las personas que intervengan en la rehabilitación, puedan contactarse con el oftalmólogo que derivó el paciente.