

Rehabilitación en pacientes con trauma ocular

Rehabilitation of ocular trauma patients

Dr. Eduardo Ariel Ramos Gómez,¹ Dra. Marilyn Linares Guerra,¹¹ Dra. Mayrelis Quintero Busutil¹¹

¹ Hospital "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

¹¹ Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La rehabilitación en oftalmología tiene como función fundamental lograr el máximo aprovechamiento posible del resto visual. El traumatismo ocular es considerado una de las entidades nosológicas frecuentes que conllevan a una rehabilitación visual. Las causas que provocan este tipo de trauma son variadas y dentro de estas, las agresiones con intención de provocar daños con secuelas son muy frecuentes. Es objetivo de esta revisión puntualizar la importancia de la rehabilitación en pacientes con traumatismo ocular e incentivar el buen accionar de todos los oftalmólogos en cuanto a su atención.

Palabras clave: rehabilitación visual, traumatismo ocular.

ABSTRACT

The main goal of rehabilitation in ophthalmology is to use as much as possible the residual vision. Ocular trauma is considered one of the common diseases that imply visual rehabilitation. The causes of eye injuries are varied; among them assaults with intent to cause damage are the most common. The objective of this article was to point out the importance of rehabilitation in patients with ocular trauma and to encourage all the ophthalmologists to act accordingly.

Keywords: visual rehabilitation, ocular trauma.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en las ciencias médicas y la cirugía ocular, existe un gran número de pacientes que son discapacitados visuales. Esto hace que una nueva especialidad tome auge, la rehabilitación visual, que no es más que el conjunto de procesos encaminados a obtener el máximo de aprovechamiento posible del resto visual que posee una persona con baja visión.¹

La rehabilitación visual tiene como objetivo fundamental conseguir el máximo nivel posible de integración y que se pueda llevar a cabo en distintos ámbitos: familiar, escolar, laboral y social. Este es un proceso que se realiza por un equipo multidisciplinario integrado por oftalmólogos, psicólogos, rehabilitadores, trabajadores sociales, e incluye el binomio familia y sociedad. Individualmente cada parte aporta sus experiencias y conocimientos, estos se fusionan y logran una adecuada adaptación del paciente a su nueva condición física y funcional.¹

DESARROLLO

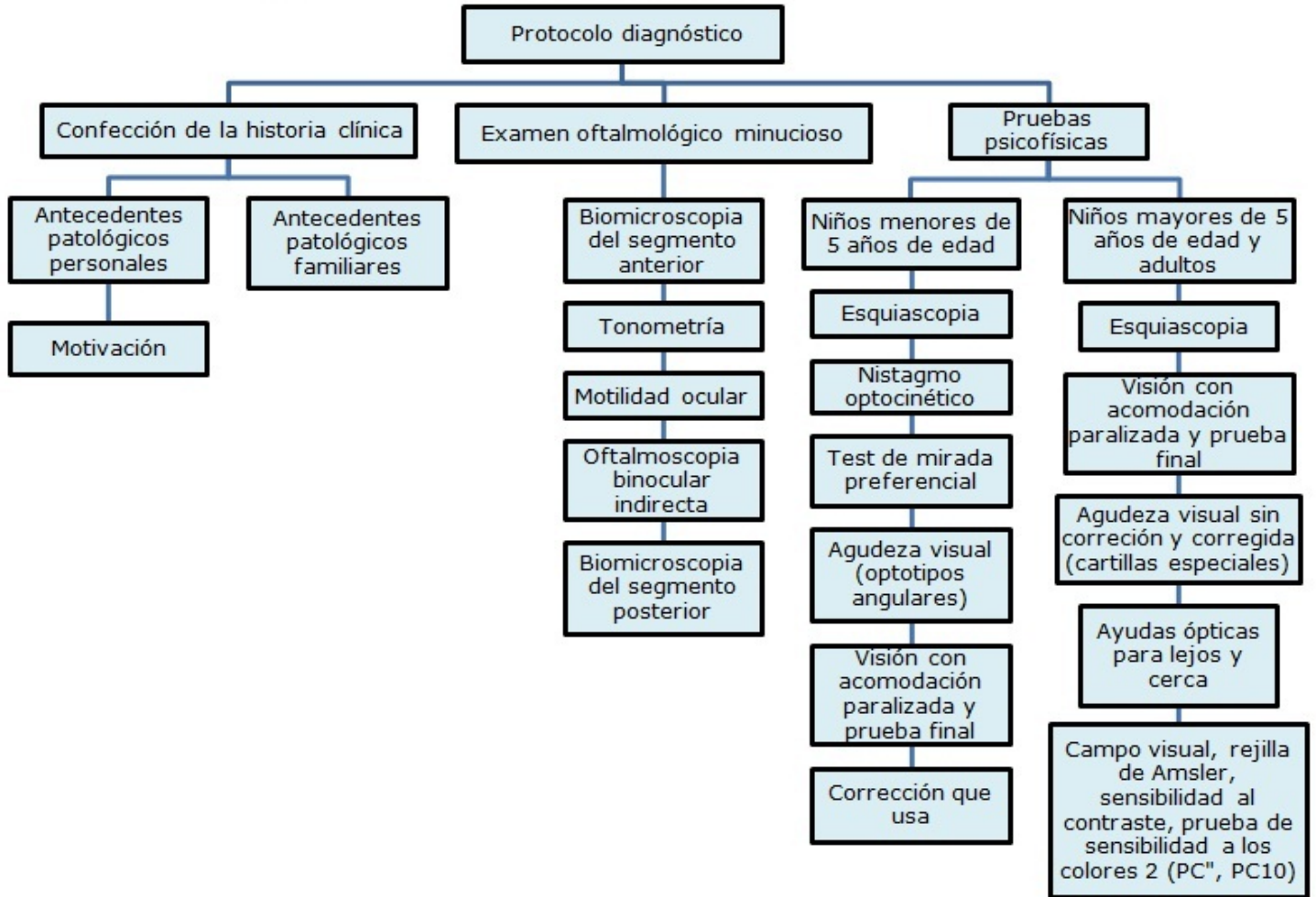
Son múltiples las entidades nosológicas que conllevan a una discapacidad visual, con su posterior rehabilitación en muchos de los casos. Los traumatismos oculares son causas frecuentes de alteraciones visuales y representan 10 % de todos los traumatismos a los que se enfrenta un paciente. Es una de las tres primeras causas de ceguera monocular con una estimación entre 33 y 40 % de los casos, fundamentalmente en jóvenes. Son considerados la segunda causa más frecuente que requiere atención de urgencia en los niños. Constituyen el primer motivo de ingreso por más de 24 horas en las unidades de atención oftalmológicas. En Cuba la ceguera monocular por trauma se estima en 50 % y la binocular entre 10 y 12 %.²

Estudios realizados plantean que los traumatismos oculares son más frecuentes en pacientes jóvenes, masculinos de la raza negra o descendientes de hispanos con ingresos económicos muy bajos vinculados al desempleo, drogadicción, alcoholismo. En los países en vías de desarrollo son las áreas rurales donde se producen con más frecuencias los traumatismos.³

En tiempos no muy lejanos, eran los accidentes en el ámbito laboral los que ocupaban el primer lugar, pero en la actualidad han sido desplazados por los provocados en el hogar, hecho este más patente en países desarrollados. Se plantea que ocurre por el incremento en el uso de los medios de protección en los centros laborales, el cumplimiento de las leyes que sancionan el no uso de estos medios de protección y la disminución del número de trabajadores en centros fabriles por la automatización de la técnica. Los traumatismos oculares causados por accidentes del hogar o en centros laborales son la causa fundamental, y los asaltos con violencia la segunda más importante seguida de las autoagresiones ésta última en empleados en la población penal.³

Se considera a un paciente discapacitado visual cuando en su mejor ojo alcanza una agudeza visual menor o igual de 0,3 a percepción de luz, un campo visual menor o igual a 20 grados; donde la corrección óptica convencional o tratamiento quirúrgico, no resuelve el déficit pero que todavía el resto visual le permite al paciente cumplimentar ciertas actividades (cuadro 1).¹

Cuadro 1. Protocolo de diagnóstico en la rehabilitación de pacientes con trauma ocular



Para considerar a un paciente con trauma ocular un discapacitado visual, la magnitud del trauma tiene que afectar ambos ojos. Si la afección es monocular no clasifica como discapacitado visual, pero si implica que el paciente necesite rehabilitación visual, más si se tiene en cuenta una serie de factores psicoambientales y funcionales que inmediatamente de ocurrido el trauma, se activan y desencadenan una serie de eventos en estos paciente. Los factores psicoambientales a los que se hace referencia son la confianza, aceptación, motivación e inteligencia.

Todo ser humano esta acostumbrado a confiar exclusivamente en el sentido de la vista. Para realizar cualquier actividad diaria nos apoyamos en la visión, el resto de los sentidos participa muy poco en cualquiera de las tareas que se ejecutan. Al existir una disminución de la capacidad visual el paciente comienza a confiar en una información que llega distorsionada.^{1,4}

La aceptación es uno de los factores psicoambientales de más difícil manejo por parte de los pacientes, comprender que la nueva situación visual es irreversible es muy difícil de acoger. Aceptación no es conformismo, ni resignación, es admitir con realismo la enfermedad, es asumir una nueva situación limitativa donde algunos aspectos anteriores tendrán que ser sustituidos. Psicológicamente este factor esta muy relacionado con sentimientos de tristeza y sufrimiento, provoca gran depresión en los pacientes lo que imposibilita la adecuada aceptación de las limitaciones. Por tanto, no se concibe una adecuada aceptación con secuelas psicológicas asociadas. Esta situación solo es perceptible en personas que adquieren su discapacidad visual

en la adultez, donde tienen la posibilidad de establecer comparaciones. En la discapacidad visual congénita el factor aceptación se produce lentamente y desde los primeros años de vida. La aceptación en los niños es una proyección de la actitud de los padres, familiares, maestros y la sociedad.^{1,4}

Se puede afirmar que existen dos tipos de comportamiento en las personas con discapacidad visual: las que afrontan la situación con realismo y una perspectiva positiva, y las que se refugian en los fracasos ante las diferentes situaciones.

La motivación es otro factor importante. Lograr con la visión residual que realice tareas sin ningún tipo de motivación es sumamente difícil. El paciente debe creer que recobrar la posibilidad de leer, escribir, ver televisión, tener una movilidad autónoma supondrá un cambio cualitativo en su calidad de vida.

La inteligencia del paciente influye también en todo el proceso anteriormente explicado. Se debe recordar que nadie puede funcionar visualmente más allá de su capacidad perceptivo-cognitiva general. Un paciente con conciencia clara de su problemática y sus limitaciones, las cuales asume y se encuentra motivado para superarlas, tiene un pronóstico favorable en la rehabilitación.^{1,4}

Dentro de los factores funcionales se encuentran la agudeza visual, el campo visual y la funcionalidad visual. Estos se estudian de forma individualizada en cada paciente. Es conveniente recordar algunos conceptos que son de vital significación a la hora de referirse a la agudeza visual.^{5,6}

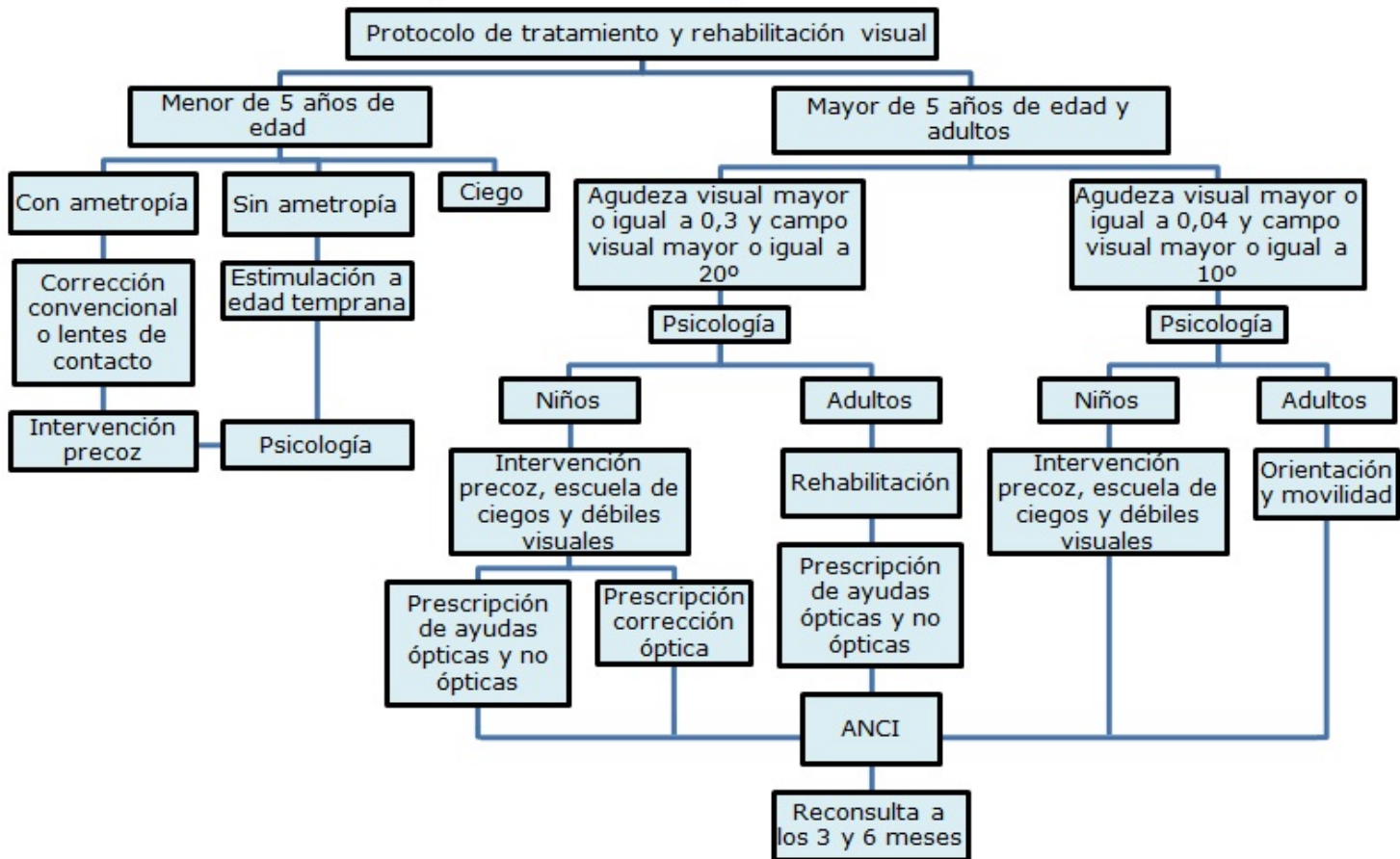
- Agudeza visual: medida clínica de la habilidad para discriminar detalles finos en objetos o símbolos a una distancia determinada.¹
- Ciego: paciente que no tiene percepción ni proyección de la luz en ninguno de los dos ojos.
- Ciego legal: paciente que tiene en su mejor ojo una agudeza visual menos de 0,1 y un campo visual menor de 10 grados.
- Baja visión leve: paciente con agudeza visual entre 0,3 y 0,1.
- Baja visión moderada: paciente con agudeza visual entre 0,09 y 0,05.
- Baja visión severa: paciente con agudeza visual entre 0,04 y percepción de la luz.

La agudeza visual es difícil de conocer con precisión cuando se trata de niños o pacientes que no cooperan adecuadamente. Sin embargo, hay que valorarla lo más acertadamente posible, es un dato cuantitativo; o sea, orienta en cuanto a cantidad aproximada, pero no da datos cualitativos, por lo que no es en sí sola una variable determinante.^{1,6}

En cuanto al campo visual, recordar que es la zona monocular de visión sin mover el ojo desde los 60° en dirección nasal, hasta los 180° en dirección temporal. Este proporciona información sobre la zona útil de visión y la zona de visión pobre o nula. A través de la exploración del campo se comprende diferentes comportamientos visuales que experimentan algunos pacientes. Por ejemplo, un paciente que posea solamente visión central será capaz de leer la letra impresa pero tendrá dificultad para la movilidad y el desplazamiento o tareas que requieran una adecuada visión panorámica. Pero si es el ejemplo contrario, o sea, visión periférica conservada su desplazamiento y movilidad serían adecuados pero la lectura muy imprecisa y no pudiese discriminar detalles finos que solo la visión central (fijación macular) proporciona.^{1,6}

La funcionalidad visual ayuda a comprender por qué pacientes que aún poseen un campo y agudeza visual aceptable dentro de la discapacidad visual son capaces de experimentar buenos resultados en la rehabilitación (cuadro 2). Esto se debe a que poseen un nivel alto de habilidad en la tarea y logran alcanzar un máximo rendimiento posible al proceso perceptivo visual. Es valido recordar que percepción significa habilidad para interpretar lo que se ve, comprender y procesar lo que se recibe a través de la visión.¹

Cuadro 2. Protocolo de tratamiento y rehabilitación visual en pacientes con trauma ocular



Para mejorar el proceso de rehabilitación y hacerlo más eficiente se hace requisito indispensable agrupar los pacientes según su visión funcional. De esta forma se crean cuatro grupos:

- Grupo I: pacientes que tienen alteración central del campo. Son pacientes que no utilizan la macula o visión central.
- Grupo II: pacientes con reducción periférica del campo. Estos paciente no utilizan la periferia de la retina pero si la visión central o parte de esta.
- Grupo III: pacientes con hemianopsias.
- Grupo IV: pacientes con alteraciones no exclusivas del campo. La baja visión no depende de alteraciones del polo posterior sino de alteraciones casi siempre en el segmento anterior.

El entrenamiento de estos grupos tiene sus diferencias, incluso los resultados esperados no son los mismos.⁷ Los pacientes con un traumatismo ocular pueden

pertenecer a cualquiera de los grupos antes mencionados y esto depende de la intensidad del trauma, lugar y e intención.

CONCLUSIONES

Para concluir se presenta esquemáticamente el protocolo de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación visual que se sigue con los pacientes que sufren de trauma ocular y necesitan una rehabilitación visual posterior.^{5,7}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vila López JM, Guijarros Herrero MJ. El entrenamiento en baja visión. En: Vila López JM. Apuntes sobre rehabilitación visual. 4ta. Ed. Madrid: ONCE; 1994. p. 245-308.
2. Torres García D, Morejón Zanz AC, Quintana Sánchez A, Ribott Ruiz LA. Aspectos clínico epidemiológicos de los traumatismos oculares mecánicos en el Hospital "Faustino Pérez". Revista Misión Milagro [serie en Internet]. 2009 Jun [citado: 23 diciembre de 2011];3(2): Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no2/inv3202.php>
3. Kunh F. Clinical Epidemiology, Prevention and Rehabilitation. En: Kunh F. Ocular traumatology. Berlín: Heidelberg; 2008. p. 47-77.
4. Cole RG, Rosenthal BP. Remediation and Management of low vision. Missouri: Mosby; 1996.
5. Eguía Martínez F, Ríos Torres M, Capote Cabrera A. Generalidades de baja visión. En: Eguía Martínez F, Ríos Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. La Habana: Ecimed; 2009. p. 693-9.
6. Rodríguez Masó S, Roselló Leyva A, Rojas Rondón I. Actualización del tratamiento en el paciente con baja visión. En: Ríos Torres M, Capote Cabrera A, Padilla González C, Eguía Martínez F, Hernández Silva JR. Oftalmología. Criterios y Tendencias Actuales. La Habana: Ecimed; 2009. p. 736-50.
7. Rodríguez Masó S, Roselló Leyva A, Rojas Rondón I. Rehabilitación. En: Ríos Torres M, Capote Cabrera A, Padilla González C, Eguía Martínez F, Hernández Silva JR. Oftalmología. Criterios y Tendencias Actuales. La Habana: Ecimed; 2009. p. 751-8.

Recibido: 10 de octubre de 2011.

Aprobado: 3 de febrero de 2012.

Dr. *Eduardo Ariel Ramos Gómez*. Hospital "Dr. Salvador Allende". Calzada del Cerro No. 1551 esq. Domínguez, Cerro, La Habana, Cuba. Correo electrónico: eduardo.ramos@infomed.sld.cu