

Estudio de las anomalías oculares en la población infantil de la Comarca de Acentejo (Isla de Tenerife)

Ocular anomalies in the infantile population of the District of Acentejo (Tenerife Island)

ABREU REYES JA¹, ICETA GONZÁLEZ I², QUINTANA HERRERA C³

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia de patología visual en la población infantil de la Comarca de Acentejo (La Matanza-La Victoria) en Tenerife, zona rural distante de los ambulatorios con asistencia especializada, contando con la colaboración de la pediatra del centro de salud.

Métodos: La pediatra fue la responsable del despistaje inicial (comprobar la existencia de alteraciones anatómicas en ojos o anejos hasta los 4 años, añadiendo el estudio de la agudeza visual a partir de dicha edad), con posterior valoración en el propio centro por un oftalmólogo desplazado para dicha labor, de los niños que mostraban alguna alteración anatómica o que tenían una agudeza visual anormal.

Resultados: Han sido revisados 920 niños por la pediatra, remitiendo 59 considerados con alguna anomalía para estudio por el oftalmólogo que confirmó la existencia de patología en 14, estando previamente diagnosticados 4. Los otros 45 niños se consideraron dentro de la normalidad.

Conclusiones: Consideramos que el pediatra de los centros de salud tiene un importante papel en la detección de las anomalías visuales en la infancia, debiendo disponer para ello de los medios diagnósticos necesarios; si además cuenta con la asistencia periódica de un oftalmólogo al centro de salud para realizar los estudios específicos y confirmación de los casos patológicos, disminuiría de manera importante la demanda de consulta a los ambulatorios con asistencia especializada.

Palabras clave: Ambliopía, prevención, infancia.

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Oftalmología.

² Licenciado en Medicina. Especialista en Oftalmología.

³ Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría.

Proyecto de Investigación PI 61/98 financiado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS).

Correspondencia:

J.A. Abreu Reyes

Avda. de Tinguaro, 9

38370 La Matanza (Tenerife)

España

E-mail: jabreu@oftalnet.nu

SUMMARY

Objective: To study the incidence of visual pathology in the infantile population of the district of Acentejo (La Matanza-La Victoria) in Tenerife, a rural area distant from the health centers with specialized attendance counting with the help of a paediatrician.

Methods: The paediatrician was responsible for the initial exploration (to check out the existence of anatomical alterations in eyes or adnexa until the age of 4 years, and to study of the visual acuity from this age). Children who showed some kind of anatomic alteration or who had abnormal visual acuity were later evaluated by the ophthalmologist in the centre.

Results: 920 children were revised by the paediatrician, remitting 59 considered with some abnormality for study for the ophthalmologist that confirmed the existence of pathology in 14, being previously diagnosed 4. The other 45 children were considered inside the normality.

Conclusions: We consider that the paediatrician of the primary assistance centres, provided with the necessary devices to diagnose, has an important role in the detection of the visual anomalies in the childhood. The periodic attendance of an ophthalmologist to the primary assistance centre to carry out the specific studies and to confirm the pathological cases, would decrease in an important way the demand of consultations of the specialized health centre.

Key words: Amblyopia, prevention, childhood.

INTRODUCCIÓN

Se puede afirmar que la base de muchos fracasos escolares está en un problema de visión. Hay que tener en cuenta la importancia de la eficiencia visual en clase ya que el 75 % del tiempo académico requiere el funcionamiento del sistema visual. Si se previene este fracaso por causa visual se evitara alteraciones en su desarrollo personal, con consecuencias importantes para la integración social futura.

La ambliopía (ojo vago) afecta al 1-3% de la población general y a más del 5% de los preescolares. Entre sus causas más frecuentes están el estrabismo y las alteraciones refractivas. En los preescolares es asintomática, y si no es secundaria a estrabismo sólo se detectará casualmente salvo que se realicen programas de despistaje.

Actualmente no existe duda de que el nivel visual que se alcanza con tratamiento adecuado es mayor cuanto menor es la edad del niño a la que se detecta la ambliopía. Por este motivo nos planteamos la posibilidad de realizar una campaña de detección precoz en una población eminentemente rural, con

importante aislamiento respecto al acceso a la atención especializada, contando con la colaboración de la pediatra del centro de salud para la realización del estudio inicial, y el desplazamiento al propio centro de un oftalmólogo para practicar las pruebas específicas a los niños que fueron considerados como patológicos inicialmente.

Con nuestro estudio se pretendió detectar y tratar inicialmente las anomalías visuales causantes o no de ambliopía. Así mismo queríamos comprobar la eficacia de una nueva vía de medicina preventiva agilizando la asistencia al desplazarse un oftalmólogo al centro de salud para el estudio selectivo de los pacientes detectados como patológicos por el pediatra, pues en una experiencia anterior realizada en colegios se hizo sin colaboración de este por lo que fue necesario la revisión personal de todos los niños lo que significó la inversión de mucho tiempo (1).

MATERIAL Y MÉTODO

La Comarca de Acentejo, situada en el norte de Tenerife, está constituida por los

municipios de La Matanza y La Victoria. El estudio se ha realizado a los niños que acuden a revisiones pediátricas programadas. Se incluyeron a un total de 920 niños de 0 a 14 años, todos ellos revisados por la pediatra, que previamente se reunió con el oftalmólogo para unificar criterios de exploración y de normalidad o patología según las diferentes edades.

Hasta los 3 años la exploración realizada consistió en detectar malformaciones palpebrales (ptosis, blefarofimosis, asimetrías, etc.), patología de la vía lagrimal (lagrimeo, supuración, etc.), malformaciones del globo ocular (microftalmos, megalocórnea, deformaciones pupilares, catarata, etc.) y trastornos en la motilidad ocular (estrabismo). A partir de los 3 años y hasta los 14 también se realizó la toma de la agudeza visual utilizando los optotipos de Pigassou o de Wecker según el grado de colaboración.

Los niños detectados como patológicos fueron citados en el propio Centro de Salud para ser sometidos a una exploración completa (incluyendo estudio de refracción bajo cicloplejía) por el oftalmólogo, y determinar así la existencia o no de una alteración visual. A las familias de los niños con patología se les informó del defecto encontrado, se le instauró tratamiento inicial, y con el debido informe fueron remitidos al oftalmólogo de zona para seguir su evolución.

RESULTADOS

De los 920 niños valorados por la pediatra 59 fueron considerados patológicos, siendo posteriormente valorados por el oftalmólogo; de ellos, 45 no presentaban alteración oftalmológica alguna (76% de falsos positivos, respecto a los que el pediatra sugirió valoración por el oftalmólogo) y de los otros 14 con patología ya 4 estaban en tratamiento oftalmológico (fig. 1). El elevado porcentaje de falsos positivos se debe a que solo se ha hecho un solo grupo de pacientes patológicos, descendiendo el mismo si solo se valoran los niños que colaboran en la toma de la agudeza visual.

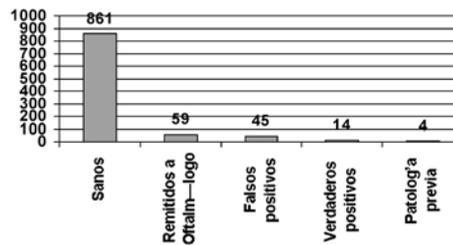


Fig. 1: Gráfica resumen de la población estudiada.

De los 4 niños con patología ya en tratamiento, 2 lo eran por presentar estrabismo y 2 por tener una ametropía bilateral. De los 10 niños con patología desconocida, 2 estaban en el grupo de edad de 1-3 años (1 con nistagmus y 1 con estrabismo-ambliopía), 1 en el grupo de edad de 4-5 años (astigmatismo bilateral), 3 en el grupo de edad de 6-7 años (1 con anisometropía-ambliopía, 1 con miopía bilateral, 1 con astigmatismo e hipermetropía), 1 en el grupo de edad de 7-8 años (astigmatismo bilateral), 1 en el grupo de edad de 9-10 años (estrabismo), 2 en el grupo de edad de 11-13 años (1 con anisometropía-ambliopía, 1 con miopía bilateral) (figs. 2 y 3).

De los 14 niños patológicos, 8 presentaban ambliopía (57,14%), y solo 2 (14,28%) habían recibido tratamiento.

Encontramos mayor cantidad de niños patológicos a partir de los 5 años, pudiendo

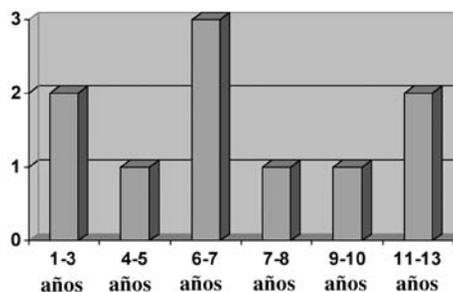


Fig. 2: Distribución de los niños por edades a las cuales se les detectó patología desconocida previamente al examen.

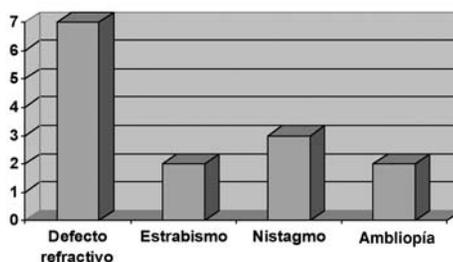


Fig. 3: Distribución de las patologías detectadas a los niños.

ello estar justificado por la no asistencia a los controles pediátricos.

DISCUSIÓN

Hasta los 3 años la exploración realizada por la pediatra consistió en detectar malformaciones palpebrales (ptosis, blefarofimosis, asimetrías, etc.), patología de la vía lagrimal (lagrimeo, supuración, etc.), malformaciones del globo ocular (microftalmos, megalocórnea, deformaciones pupilares, catarata, etc.) y trastornos en la motilidad ocular (estrabismo). A partir de los 3 años y hasta los 14 también se realizó la toma de la agudeza visual utilizando los optotipos de Pigassou o de Wecker según el grado de colaboración. Consideramos que es la manera más eficaz para la detección de anomalías visuales sobre todo de tipo refractivo, como opinan otros autores (2).

La causa más frecuente de patología visual hallada fueron los defectos de refracción seguidos de los estrabismos como ocurre en otras series (3,4).

Uno de los problemas con los que se encuentran los programas de despistaje no realizados por oftalmólogos en niños que no colaboran en la toma de la agudeza visual, es el elevado número de falsos positivos: 76% en nuestro estudio y 75% en el de Williamson (3). En nuestro trabajo debe tenerse en cuenta que la pediatra es la primera vez que participa en un estudio de patología visual donde se incluyen niños de 0 a 3 años, siendo posible que ante la duda citara los casos límite para valoración por el oftalmólogo.

Hemos encontrado que de los 14 niños con patología 10 no lo sabían (71%), cifra superior al 50% encontrado en un estudio realizado por pediatras en Puerto Rico(5), si bien solo se incluyeron en el mismo niños de 3 a 5 años.

Nosotros pensamos a la vista de los resultados que el pediatra debe y puede hacer el despistaje entre los niños que colaboren en la toma de la agudeza visual, mientras que los no colaboradores, los de alto riesgo (bajo peso al nacer, historia familiar de estrabismo, anomalías oculares congénitas y enfer-

medades sistémicas asociadas con manifestaciones oculares) serían revisados directamente por el oftalmólogo.

Coincidimos con Barry (6) en que resultaría muy costoso implantar un sistema de despistaje llevado a cabo por oftalmólogos, aunque si bien ello es necesario cuanto se revisan niños en edades en que la exploración tiene que ser objetiva. Creemos que los pediatras son una buena opción cuando es posible realizar una exploración subjetiva, sobre todo si tenemos en cuenta que en muchas ocasiones el fallo en la toma de la agudeza visual en edades tempranas es debido al retraimiento que experimentan los pequeños ante un adulto nuevo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Alicia Suárez Gutiérrez, Directora de la Zona Sanitaria de Acentejo, y al personal de enfermería de la misma, su ayuda entusiasta y desinteresada en el desarrollo de este proyecto de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez JA, Abreu JA, Ojeda A. Epidemiología de la patología de la refracción en la población escolar de Santa Cruz deTenerife. *Arch Soc Esp Oftalmol* 1979; 39-6: 740-749.
2. Williamson TH, Andrews R, Dutton GN, Murray G, Graham N. Assessment of an inner city visual screening programme for preschool children. *Br J Ophthalmol* 1995; 79: 1068-1073.
3. Pareja A, Martínez A, Abreu JA, Serrano M. Estudio de la agudeza visual y ambliopía en los niños de 3 a 5 años en el Hierro. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2000; 75: 397-402.
4. Lithander J. Prevalence of amblyopia with anisometropia or strabismus among school children in the Sultanate of Oman. *Acta Ophthalmol Scand* 1998; 76: 658-662.
5. Wasserman RC, Croft CA, Brotherton SE. Preschool Vision Screening in Pediatric Practice: A Study From the Pediatric Research in Office Settings (PROS) Network *Pediatr* 1992; 89: 834-838.
6. Barry JC, Hartmann A, Pongs UM, Jockel M. Model for cost-benefit relations of amblyopia screening. *Ophthalmology* 1998; 95: 19-27.