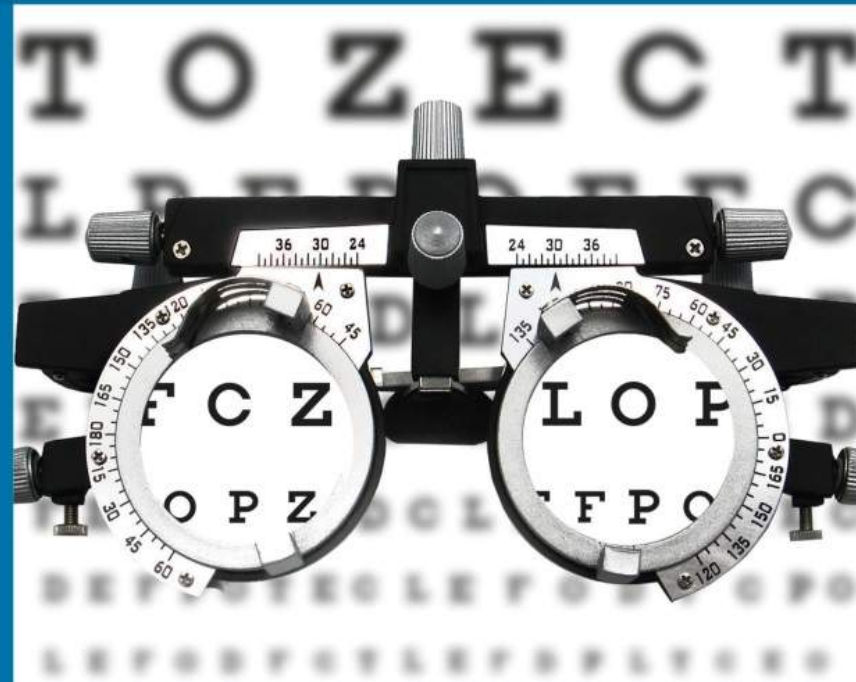


Coco • Herrera
Cuadrado • De Lázaro

Manual de Baja Visión y Rehabilitación Visual



WWW


EDITORIAL MEDICA
panamericana

utilizadas en baja visión, la desarrollada por E. Faye en 1984, cataloga los déficits visuales en tres categorías, dependiendo del modo en que las enfermedades oculares alteran la función visual: visión borrosa generalizada, defectos del campo central y defectos de campo periféricos.

Y desde luego en el concepto de *discapacidad visual* se incluye la limitación funcional por la existencia de una agudeza visual disminuida, sensibilidad al contraste anómala, pérdida de parte del campo visual, fotofobia, diplopía, visión distorsionada, dificultades en la percepción visual o una combinación de las anteriores.

La pérdida de campo visual (central o periférica) tiene un enorme impacto en actividades cotidianas como conducir o leer.

Por lo tanto, la estimación del campo visual no sólo es importante para definir el estado del paciente, sino también para entender el impacto de la enfermedad sobre la función visual y sus capacidades.

● CONCEPTO DE CAMPO VISUAL Y ESCOTOMA

Se considera que el campo visual es la percepción global que nace de la estimulación de toda la retina en un momento determinado, o también la cantidad de espacio que se es capaz de percibir con un ojo manteniendo la fijación en un punto. El campo visual normal se extiende a 50° en la zona superior, 60° en la zona nasal, 70° en la inferior y 90° en la zona temporal.

Se denomina *escotoma* a la zona del campo donde la función es inferior a la normal o completamente ciega.

Dependiendo de la pérdida de sensibilidad, los escotomas se clasifican en absolutos, si la pérdida es total, o relativos, si sólo existe una disminución de la sensibilidad. A su vez, los escotomas se consideran centrales (Fig. 3-1), si afectan al punto de fijación (lo que conlleva indefectiblemente una pérdida de agudeza visual), o periféricos, si respetan esta zona. Si un escotoma afecta a un cuadrante

del campo, se habla de *cuadrantanopsia*, y si afecta a medio campo, se habla de *hemianopsia*. Las lesiones capaces de producir alteraciones en el campo visual pueden estar localizadas a lo largo de toda la vía visual, desde la retina hasta la corteza occipital.

● EXPLORACIÓN DE LOS DEFECTOS DE CAMPO

Existen varias técnicas para explorar los defectos de campo. La más habitual es la perimetría computarizada que, sin embargo, presenta serios inconvenientes en los pacientes con baja visión, muchos de los cuales tienen problemas importantes de fijación. Por esta razón, en estos pacientes se recurre a otras técnicas:

- **Perimetría por confrontación:** se trata de confrontar el campo del paciente con el del examinador, que se supone que es normal. Es una técnica rápida, simple y que se puede realizar casi con cualquier paciente. Proporciona una idea de los grandes defectos periféricos, como las hemianopsias, y puede utilizarse en pacientes con defectos centrales para que se autoeduquen y comprueben que su campo periférico está intacto. Pero se trata exclusivamente de una aproximación al campo visual y debe ir seguida de una exploración más sensible.
- **Rejilla de Amsler:** instrumento diseñado de tal forma que es capaz de explorar los 20° centrales a una distancia de 33 cm. Exige un cierto grado de fijación central, y es una exploración supraumbrales, es decir, no proporciona valores de sensibilidad.
- **Pantalla tangente:** es un procedimiento poco utilizado. Explora el campo central, pero necesita cierto grado de fijación central por parte del paciente, ya que es difícil de controlar la pérdida de fijación. Suele realizarse a una distancia de 1 m.

Los perímetros de Goldman o de cúpula han caído en desuso por parte de los oftalmólogos, pero siguen siendo útiles en el ámbito de la baja visión y en neurooftalmología.

- **Perímetro de Goldmann o de cúpula** son ideales para pacientes que se fatigan o pierden la fijación con facilidad. El explorador puede controlar al paciente de un modo relativamente sencillo,