



---

**Universidad de Valladolid**

**FACULTAD DE MEDICINA**

# **Máster en Rehabilitación Visual**

## **MEMORIA TRABAJO FIN DE MÁSTER TITULADO**

### **Protocolo de derivación en baja visión**

**Presentado por Lourdes Fernández Vicens**  
Tutelado por Jose Alberto de Lázaro Yagüe

En Valladolid , julio 2022

## ÍNDICE

---

RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVO .....	5
MATERIALES Y MÉTODOS .....	5
RESULTADOS .....	6
1. FASE DE PREPARACIÓN	
1.1. Título, problema a tratar .....	8
1.2. Definición del problema .....	8
1.3. Plan de actuación .....	9
1.4. Problema a protocolizar .....	11
1.5. Definir de protocolo .....	13
2. FASE DE ELABORACIÓN .....	14
2.1. Diseño del documento	
2.1.1. Información teórica .....	15
2.1.2. Material operativo .....	16
2.1.3. Modelo de presentación .....	17
DISCUSIÓN .....	19
CONCLUSIONES .....	19
BIBLIOGRAFÍA .....	21

## **AGRADECIMIENTO**

Este trabajo me lo dedico a mi misma. No importa la nota del trabajo solo agradecer haber llegado hasta aquí.

No importa el nivel de dislexia que padezcas, no importa las dificultades que te encuentres en los estudios, lo importante es seguir hacia delante, aceptar tu ritmo y saber que todo lo que uno se propone con el corazón se consigue.

## **RESUMEN**

---

Nadie sabe si su visión siempre se mantendrá igual o si en algún momento de su vida, su visión se verá afectada. Una afectación que no se podrá solucionar con gafas convencionales, lentes de contacto, fármacos ni cirugía; una afectación que alterará todo un estilo de vida.

Es importante la derivación temprana en los pacientes de baja visión en centros especializados, para poder ofrecerles una atención personalizada con el fin de optimizar su calidad de vida.

El equipo de rehabilitación visual, evalúa la visión siempre después de un diagnóstico oftalmológico. El oftalmólogo se encarga de diagnosticar y tratar la patología en el caso de que sea necesario, el optometrista buscará de obtener la mejor visión posible del paciente y sacar el máximo partido y función al resto visual así como la prescripción de ayudas ópticas y el rehabilitador ayudará que el paciente pueda usar su visión de la mejor manera posible, impactando directamente sobre las actividades básicas de la vida diaria y su calidad de vida.

**Palabras clave:** protocolo/s, rehabilitación visual, baja visión, derivación.

## **INTRODUCCIÓN**

---

Los protocolos clínicos son documentos que aglutinan indicaciones sobre los procedimientos a emplear o cómo orientar a los pacientes en función de distintas características. Son de gran importancia, ya que ayudan a normalizar los procesos y se fundamentan en la evidencia científica, por lo que son documentos vivos que van integrando los nuevos hallazgos o tratamientos que surgen. Los protocolos de derivación de pacientes con discapacidad visual pueden servir para que los profesionales dedicados a la salud visual puedan derivar a los pacientes potenciales a obtener la ayuda adecuada para sus actividades diarias. El uso de protocolos de derivación actualizados favorece el desarrollo de un plan de rehabilitación visual, que se podría iniciar tan pronto como los pacientes que experimentan limitaciones, siempre que su patología esté estable, y/o dificultades a consecuencia de su disminución visual.

Los protocolos son documentos que adhieren un conjunto de reglas que contribuyen a normalizar la práctica, favorecen la investigación y permiten recopilar información que servirá como pauta para futuras generaciones. Su utilidad conlleva a la mejora de la eficiencia a la vez que ahorran tiempo en la toma de decisiones. Al unificar criterios y establecer pautas genéricas de actuación, las decisiones se convierten en un proceso racional, reproducible, cuantificable y evaluable.

En algunos servicios sanitarios, en el campo de la visión, la recopilación de datos se basa en anotar valores numéricos de agudeza visual obtenidos con optotipos standards, transcribir algunas de las limitaciones que presenta el paciente a causa de una patología o intervención, pero muchas veces no se le da a la persona una posible solución como ayuda. Es imprescindible un proceso de retroalimentación para que se incluya la evaluación continua y modificación periódica para adaptarse a las nuevas situaciones y ser más eficaces.

En el ámbito laboral, óptico u oftalmólogo, el uso de protocolos para detectar pacientes con baja visión es poco extendido y en muchos casos el personal desconoce que existan ayudas visuales; para paliar las limitaciones que presenta el usuario en su día a día. Al no trabajarse este servicio en la mayoría de las ópticas o clínicas, no se comunica al paciente de dicha posibilidad de ayuda.

Es necesaria, no solo para la salud visual sino también psicológica del paciente, que los profesionales del sector deriven a las personas con limitaciones visuales a especialistas en baja visión y que estos trabajen conjuntamente, compartiendo información, de este modo, el usuario se sentirá acompañado y seguro durante la transmisión para mejorar su calidad de vida en el ámbito de la visión.

Por tanto parece útil disponer de una guía práctica y concisa, con el fin de identificar qué pacientes se benefician de la remisión a centros de baja visión y ofrecer orientación sobre cuándo y dónde remitir a dichos pacientes.

## **OBJETIVO**

---

Construir una estrategia de derivación a servicios de baja visión y rehabilitación visual ajustado a los distintos profesionales sanitarios capacitados para ello.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

---

El presente trabajo es una revisión bibliográfica basada en los contenidos encontrados mediante búsqueda en las plataformas con documentos de carácter científico UVaDOC, Pubmed, Google Scholar, Science Direct y Google académico. La búsqueda se realizó entre los meses de febrero y junio de 2022.

Para elaborar la estrategia de búsqueda, se ha usado el concepto “protocolo” en combinación con “rehabilitación visual” y “baja visión”.

También se ha obtenido información de manuales de baja visión y rehabilitación visual, así como de diferentes trabajos de fin de máster. Asimismo, se ha recopilado información de diferentes páginas webs de organizaciones nacionales e internacionales sobre baja visión y rehabilitación visual, como por ejemplo la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la SEEBV (Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión).

Todo material consultado para la realización de este trabajo se incluye en el apartado de la bibliografía.

## RESULTADOS

---

### BAJA VISIÓN E IMPLICACIONES

La baja visión altera la rutina en la vida de las personas, en sus inicios puede provocar angustia emocional y probablemente depresión.

Se debe pasar por un proceso para adaptarse, física y psicológicamente, a la pérdida sensorial que altera todos los aspectos de su vida diaria.

La deficiencia visual no es diferente a otras minusvalías o discapacidades: la persona afectada debe afrontar el problema y los especialistas deben proporcionar los recursos adecuados a cada caso "*Faye, E. (1984)*". Como cualquier otra discapacidad, puede ser resultado de una alteración congénita, por un accidente o una enfermedad. Pero se conoce que el mayor porcentaje de las enfermedades que causan baja visión tienden a manifestarse a edades avanzadas; por eso, la incidencia de baja visión en ancianos es mayor que en otros grupos de edades.

Los pacientes con baja visión pueden tener dificultades con las actividades de la vida diaria, lo que lleva a una menor calidad de vida y consecuentemente pérdida de autonomía. Es importante conocer los servicios de baja visión para que los pacientes apropiados puedan ser reconocidos y referidos.

Los equipos multidisciplinarios en rehabilitación visual tienen como objetivo maximizar la visión residual de un paciente proporcionando ayudas ópticas, capacitación en orientación y movilidad, apoyo psicosocial y otros métodos de rehabilitación. Es importante informar al paciente que el hecho de utilizar la visión residual no le perjudica en ningún momento; sino que mantienen activo su sistema visual.

Los médicos deben considerar la derivación a especialistas en baja visión cuando un paciente expresa que tiene dificultades para leer, moverse, conducir, reconocer rostros o sufre angustia emocional a consecuencia de su visión. La derivación temprana puede llevar a mejores resultados.

## PROTOCOLOS EN BAJA VISIÓN

Los protocolos clínicos y la protocolización son un tema de máxima utilidad y eficiencia para grupos de estudio a la hora de analizar y evaluar.

En la mayoría de los artículos científicos, se habla de la utilización de protocolos clínicos, pero no especifican cómo y con qué criterios se utilizan. La capacidad para confeccionar protocolos clínicos se les presupone a todos los médicos, pero en la universidad y en la especialidad, es escasa la formación sobre la creación de protocolos y protocolización “*J. Saura Llamas, (Junio 1996)*”. Sin un correcto aprendizaje sobre protocolos, no se pueden crear reglas / pautas de forma eficiente y útil.

El protocolo es un preacuerdo con un grupo de profesionales, donde se formaliza un conjunto de reglas a seguir en determinadas situaciones para obtener una actuación correcta. Se encuentran tres tipos de protocolos diferentes: de decisión, de seguimiento/control y procedimiento.

Pueden aparecer fallos de concordancia entre el documento y la realidad, la protocolización no puede reflejar todas las situaciones clínicas, ya que en un mismo paciente pueden aparecer más de un problema de salud que no se ajusten en el protocolo. Se trabaja con parámetros estándares y comunes dentro de una patología, pero es difícil generalizar ya que cada sujeto tiene un determinado historial clínico que puede alterar los estereotipos.

La rigidez de la protocolización coacciona la libertad individual. Debido a la falta de estudios de investigación con alta evidencia en algunos temas, es difícil alcanzar consenso en los criterios de conformación de un protocolo. Los protocolos requieren una evaluación periódica para su actualización y adaptación al medio donde se utilizan, esto produce un gasto material y económico personal difícilmente asumibles en función del campo de investigación.

Plantear un modelo estándar para elaborar protocolos de derivación de pacientes con baja visión en oftalmología parece adecuado para mejorar la atención a estos pacientes, protocolizando todo el proceso de derivación.



## **1. FASE DE PREPARACIÓN DEL PROTOCOLO**

---

Elaborar una estructura determinada mediante la recopilación de todos los datos necesarios en el tema a protocolizar.

### **1.1 Título, problema a tratar.**

Derivación de pacientes con baja visión a especialistas en baja visión.

### **1.2 Definición del problema, definición clínica.**

La baja visión es un importante cambio en la situación visual que puede sufrir una persona. No se puede mejorar utilizando la mejor corrección en gafas, lentes de contacto e incluso con tratamientos médicos farmacológicos o quirúrgicos, lo que le dificulta la realización de actividades en su vida cotidiana.

Si se toma como referencia la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se considera que un paciente tiene baja visión cuando tras la mejor corrección óptica, su agudeza visual en el mejor ojo es menor o igual de 0.3, o un campo visual inferior a 20°.

La OMS informa que más de mil millones de personas en todo el mundo viven con deficiencia visual porque no reciben la atención que necesitan.

En 2019, publicó un informe donde se puso de manifiesto que el envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida, son algunos de los principales factores que impulsan el aumento del número de personas con deficiencia visual.

### **1.3 Plan de actuación. ¿Qué hacer? ¿Qué es lo que hay que detectar en el paciente?**

Se debe construir una red de información con datos subjetivos y datos objetivos.

En los datos subjetivos se obtiene la información con una entrevista clínica donde el paciente expone sus síntomas, los datos objetivos se obtienen observando al paciente, su comportamiento y la exploración ocular.

Es preferible derivar a los pacientes a los servicios de baja visión en función de la evaluación de su visión funcional.

El plan de actuación se iniciará cuando el paciente expone unos síntomas muy específicos de dificultad.

A continuación, se detallan los síntomas más comunes expuestos por pacientes durante revisiones rutinarias, que pueden servir de orientación a la hora de justificar una derivación para la rehabilitación visual.

#### ***Dificultad de lectura***

La dificultad en la lectura es muy frecuente entre los pacientes con baja visión y su empeoramiento es directamente proporcional a la progresión de la enfermedad oftálmica.

El deterioro de la lectura puede disminuir sustancialmente la calidad de vida, especialmente en pacientes de edad avanzada. La lectura puede verse afectada por la pérdida de la agudeza visual, la pérdida del campo visual o la degradación de la sensibilidad al contraste.

Los servicios de baja visión pueden mejorar la capacidad de lectura de un paciente incorporando cambios ambientales de iluminación, ayudas ópticas y entrenamiento de visualización excéntrica.

El entrenamiento de visión excéntrica y la estabilidad de fijación del locus retiniano preferencial (PRL), que es la zona de la mácula que utiliza el paciente para ver un objeto, al no estar dañada, permite al paciente reorganizar su visión para poder ver objetos en el contexto de un escotoma.

### ***Dificultad para desplazarse***

Las dificultades de movilidad, caminar y bajar escaleras son frecuentes entre los pacientes con baja visión. Están relacionados con un mayor riesgo de caídas y una disminución de la actividad física y social.

El grado de progresión de la enfermedad afecta más la movilidad del sujeto.

La capacitación de un especialista en orientación y movilidad es un elemento importante de la rehabilitación de la baja visión que ayuda a los pacientes con el movimiento básico, las habilidades de percepción, la capacidad física y la comunicación no verbal, tanto en interiores como en exteriores.

Los dispositivos de asistencia para la movilidad incluyen bastones, andadores, dispositivos electrónicos, perros guía y otros mecanismos.

### ***Inseguridad al conducir***

La discapacidad visual puede tener un profundo impacto en la capacidad de una persona para conducir. En pacientes con DMAE, la visión central reducida puede disminuir la capacidad de ver señales de tráfico o vehículos, y en pacientes con glaucoma, una reducción del campo visual periférico puede dificultar la visión de coches o peatones que se aproximan por los lados.

Las personas activas con discapacidad visual, en general lo primero que deben renunciar es a la conducción, ya sea por imposición legal o por seguridad del propio usuario.

### ***Estrés emocional***

Hay un gran impacto en el funcionamiento psicosocial del sujeto. La gravedad de la discapacidad visual se asocia con un mayor impacto emocional.

La rehabilitación de la visión puede ser importante para mejorar la función psicosocial. Los servicios de baja visión se asocian para mejorar los síntomas depresivos y el bienestar emocional en pacientes con baja visión.

La integración de la rehabilitación de la baja visión con los servicios de salud mental puede proporcionar una mejora aún mayor en el bienestar emocional.

Por ello, es muy importante un equipo multidisciplinar, diferentes profesionales con diferentes habilidades, diferentes formaciones académicas y diferentes experiencias profesionales que se complementan para trabajar por un objetivo común, resolver limitaciones concretas del paciente.

### ***Dificultad en reconocimiento facial***

Los pacientes con baja visión pueden tener dificultad para identificar rostros y/o expresiones faciales.

La rehabilitación de baja visión ofrece técnicas de afrontamiento, ayudas ópticas y dispositivos biópticos para ayudar al reconocimiento facial.

## **1.4 Problema a protocolizar**

El envejecimiento es un proceso biológico que disminuye la capacidad funcional del organismo. Aumentan los cambios fisiológicos y el deterioro visual, por lo que las personas mayores de 60 años tienen más probabilidad de tener un deterioro visual que los jóvenes. De ahí la importancia de diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades para evitar su progresión y la discapacidad visual.

La afectación visual, en función de su grado, tiene una repercusión importante en la capacidad de la persona para desenvolverse tanto en lo que concierne a la vida diaria (movilidad, cuidado personal y doméstico, comunicación, etc.), como en todas aquellas situaciones de participación en la sociedad (educación, empleo, ocio, cultura, etc.).

El problema de las personas con deficiencia visual empieza cuando el médico no asocia la enfermedad ocular adquirida con la pérdida de visión funcional. El médico puede estar más preocupado del tratamiento que de la rehabilitación, y el paciente puede dudar antes de expresar sus necesidades respecto a una función visual más efectiva.

Cuando surge un problema de visión, las personas afectadas buscan ayuda acudiendo a un optometrista o a un oftalmólogo. Ya sea el problema médico o quirúrgico, es el oftalmólogo quién debe establecer el tratamiento y el seguimiento. Dado que los pacientes no son derivados con la identificación de “paciente con baja visión” corresponde a ambos profesionales estar alerta sobre las necesidades y problemas visuales de sus pacientes mientras éstos son diagnosticados y tratados. *“Faye, E. (1984)”*.

Los pacientes no diagnosticados en baja visión y que de repente descubren por sí solos que no pueden leer, conducir o desplazarse solos, probablemente busquen un tratamiento. Si su dolencia ocular no puede solucionarse médica o quirúrgicamente, suelen recibir como respuesta que no se puede hacer nada. Se sienten abandonados en el momento más crítico, lo que lleva a sentirse perdidos y retrasa la posibilidad de someterse a unas evaluaciones específicas de baja visión y su posterior tratamiento óptico.

Estos pacientes tienen derecho a adquirir ayudas visuales que les permitan aprovechar su visión bajo condiciones óptimas de iluminación y a recibir un adecuado adiestramiento para utilizar su visión residual.

Es por este motivo que se crean las consultas de baja visión donde se desarrolla la rehabilitación visual. Se interviene una vez completado el tratamiento principal de la enfermedad o de la disfunción ocular determinado por un oftalmólogo.

Se adaptan los exámenes para baja visión y se entregan herramientas, ya sea directamente o mediante derivación. La atención integral a la baja visión incluye una serie de pruebas, evaluaciones y remisiones multidisciplinarias del paciente. *“Faye, E. (1984)”*.

Estos servicios se pueden encontrar en una consulta privada, en un centro especializado, en una óptica o hospitales.

Es en las consultas de baja visión donde se intenta potenciar el rendimiento de la visión residual de las personas con afectación visual.

Factores que potencian el rendimiento:

1. Evaluar la mejor corrección, en gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares o filtros selectivos.
2. Proporcionar aumentos para baja visión y ayudas visuales
3. Rehabilitar con entrenamiento al paciente mediante el uso correcto de la visión residual y otros sentidos.
4. Asesorar para ayudar al paciente a adaptarse psicológicamente a la nueva forma de ver.

### **1.5 Definir de protocolo**

#### **NIVELES DE ATENCIÓN**

Toda persona que acude a un centro oftalmológico sea privado o público, y en establecimientos sanitarios de óptica, debería aplicar un mismo protocolo como el que se propone en este trabajo, con el objetivo de ser derivado a un servicio especializado en baja visión.

Cada especialista de la salud plantea un tratamiento al paciente en función de sus propias experiencias. En la baja visión no hay ninguna profesión que pueda abordar todos los aspectos del tratamiento: el oftalmólogo, el optometrista, el terapeuta ocupacional, el técnico en rehabilitación integral... son todos partes de un todo del cual el paciente debe escoger aquello que le resulte más útil en la situación que se encuentra. *“Faye, E. (1984)”*.

## **2. FASE DE ELABORACIÓN**

---

En esta fase se transcriben todos los datos y conocimientos recogidos anteriormente para obtener una redacción provisional del documento del protocolo.

La baja visión no solo repercute en la calidad de vida del sujeto, sino en la relación familiar y social. Es importante el conocimiento de la epidemiología de la baja visión, muchas veces desconocida por los especialistas de los diferentes niveles de atención médica. *“Miqueli R. (2016)”*.

Un examen especializado de baja visión se diferencia de un examen rutinario estándar al tener en cuenta, no solo la afección oftalmológica, sino también el estado médico y psicológico del paciente, el efecto de los factores socioeconómicos, las características ópticas y los tipos de ayudas disponibles, así como la relación entre estas ayudas y la alteración ocular del paciente. *“Faye, E. (1984)”*.

Los servicios de baja visión están enfocados a proporcionar el cuidado a los pacientes con limitación visual, mediante el uso de dispositivos, el entrenamiento en el uso efectivo de la visión residual y asesoramiento sobre las habilidades de orientación y movilidad.

La rehabilitación de la baja visión tiene como objetivo proporcionar todo tipo de técnicas, estrategias y recursos que permitan a las personas con discapacidad visual realizar actividades cotidianas, participando de forma activa en cualquier entorno educativo, laboral, cultural, de ocio, etc., con el fin de conseguir una integración social normalizada.

El conocimiento de estas entidades, así como una adecuada rehabilitación visual como opción terapéutica, contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

La reacción de una pérdida de visión varía en función de cada paciente.

La necesidad de derivación puede verse determinada por:

- respuesta del paciente a preguntas relativas a su vida emocional y social
- etapa de adaptación en la que el paciente se encuentra
- tipo de pérdida de visión: súbita, gradual o recurrente.
- mecanismos de afrontamiento

## **2.1 Diseño del documento**

### **2.1.1 Información teórica**

La anamnesis es fundamental. Se exponen preguntas donde el examinador descubre la percepción que la persona tiene de su grado de deficiencia visual, sus expectativas y su aceptación.

El médico debe ejercer un papel activo ayudando al paciente a aceptar la deficiencia visual y ayudarlo con una derivación temprana a otros especialistas. Se debe explicar que la visión perdida no se puede recuperar, pero se puede potenciar la visión residual que ha quedado conservada tras sufrir la patología ocular.

La actitud positiva del médico hacia la rehabilitación genera en los pacientes de baja visión seguridad y confianza.

Es importante asegurarse de que los pacientes y sus familiares no tengan una impresión equivocada sobre lo que significa “baja visión” o sobre lo que las “ayudas para la baja visión” pueden hacer para ellos. No debería mantenerse ningún paciente con la creencia de que el médico puede restaurar la visión normal con lentes para baja visión. “Faye, E. (1984)”.



### 2.1.2 Material operativo

A continuación, se ponen un ejemplo de preguntas para poder incluir en consulta con el objetivo de protocolizar y orientar a la necesidad de derivar al paciente.

Se ha desarrollado el cuestionario, en base a las necesidades previamente planteadas, para que los familiares o el paciente valoren el nivel de dificultad visual.

Son preguntas orientativas, se han obtenido a partir de la experiencia personal de las dificultades más comunes en pacientes con alteración visual.

Si la mayor parte de las respuestas son afirmativas, se debe plantear como motivo de derivación para realizar un estudio más profundo de su estado visual.

¿Le molesta la luz?

☐ Sí    ☐ No

¿Tiene dificultad en adaptarse a los cambios de luz?

☐ Sí    ☐ No

¿Tiene dificultad para ver los bordillos o aceras?

☐ Sí    ☐ No

¿Se cae o se tropieza con facilidad?

☐ Sí    ☐ No

¿Tiene dificultad en reconocer las caras?

☐ Sí    ☐ No

¿Tiene dificultad para ver la televisión?

☐ Sí    ☐ No

¿Tiene dificultad para leer los títulos de periódico?

☐ Sí    ☐ No

### **2.1.3 Utilización de un modelo de presentación.**


Para poder facilitar la divulgación de la baja visión e iniciar el reconocimiento de la derivación, se ha diseñado el siguiente tríptico. El diseño se ha realizado teniendo en cuenta que a más contraste mejor capacidad perceptiva y se ha tenido en cuenta la tipografía y el interlineado para facilitar su lectura.

En la parte interna se define qué es la baja visión, se nombran algunas de las patologías más comunes que pueden causar una disminución visual y finalmente una breve explicación de lo que se realizaría en una valoración con un especialista en baja visión.

En la parte externa se encuentra un el cuestionario mencionado en el apartado anterior, para valorar la existencia de una disminución visual que dificulte la vida cotidiana del paciente. Las preguntas están siempre dirigidas al paciente, pero las puede responder un familiar en función de su autonomía.

Se proporciona en el tríptico un número de teléfono para facilitar un punto común de comunicación. Se trata de un número gratuito para pacientes con baja visión y sus familiares que tengan alguna duda sobre su condición visual y poder resolverla.

Esta línea telefónica fue creada por la Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión ( SEEBV ) y es contestada por profesionales, miembros de la junta directiva de la SEEBV. Atienden las consultas y remiten a los afectados a un socio clínico cercano a su domicilio, en el caso que fuera necesaria una visita profesional. De esta forma el paciente se siente acompañado en todo momento.




**¿Que es la Baja Visión?**

Es una disminución en la capacidad visual que dificulta o impide la realización de tareas cotidianas.

El paciente que presenta esta alteración, tiene que reajustar su visión con ayudas visuales.


**Tener Baja Visión no significa renunciar a sus actividades, sino aplicar nuevas formas para llevarlas a cabo.**




Las patologías causantes de la Baja Visión son, entre otras:

- Degeneración macular asociada a la edad (DMAE)
- Retinosis pigmentaria
- Retinopatía diabética
- Miopía magna
- Albinismo
- Cataratas
- Glaucoma
- etc.

Cualquier **patología** debe de estar bajo control de su médico oftalmólogo





**1º EVALUACIÓN VISUAL**  
Examen visual **personalizado**, para conocer el grado de visión.

**2º PRESCRIPCIÓN**  
Se valoran las **capacidades visuales** frente a sus necesidades, y se prescriben las ayudas más adecuada.

**3º ENTRENAMIENTO VISUAL**  
Ejercicios prácticos para aprender a utilizar las **ayudas visuales**. El paciente escoge la que se adapta mejor a sus necesidades, **para sacar el máximo rendimiento visual**.

**4º SEGUIMIENTO Y REVISIÓN**  
**Apoyo telefónico** para conocer la firme evolución del paciente.

*Interior del tríptico*

**TEST DE DERIVACIÓN**

¿Le molesta la luz?  
☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad en adaptarse a los cambios de luz?  
☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad para ver los bordillos o aceras?  
☐ Sí ☐ No

¿Se cae o se tropieza con facilidad?  
☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad en reconocer las caras?  
☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad para ver la televisión?  
☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad para leer los titulares de un periódico?  
☐ Sí ☐ No



Llama ahora al  
teléfono de la visión

**900 809 482**



**NO VEO  
COMO  
ANTES.**



MI VIDA  
DIARIA  
ESTÁ  
LIMITADA

*Exterior del tríptico*

## **DISCUSIÓN**

La principal limitación de este trabajo ha sido la falta de bibliografía disponible de cómo hacer un protocolo.

En toda la literatura científica se habla del uso de protocolos de las investigaciones que se exponen, también existen clasificaciones para los diferentes tipos protocolo, pero casi nunca se especifica cómo se pueden elaborar un protocolo.

Otra de las limitaciones que se encuentra este trabajo es al querer contactar con especialistas, al existir subespecialidades en oftalmología es muy difícil encontrar una forma común de trabajar, lo que anula por completo la existencia de un protocolo de derivación en centros especializados en baja visión.

El objetivo de este trabajo era la creación de un protocolo de asistencia para la derivación temprana de personas adultas con baja visión. Su creación no ha sido posible por falta de información y datos, pero sí que se ha encontrado una estrategia para proporcionar a los profesionales información sobre la importancia de una derivación.

## **CONCLUSIONES**

La aplicación de una estrategia para comunicar la derivación de pacientes con discapacidad visual es fundamental que se implemente en equipos multidisciplinares.. Todo profesional, de cualquier ámbito de la atención sanitaria, delante un paciente que presenta limitaciones en su día a día por su disminución visual deberá ser derivado para una valoración en baja visión.

Reconocer la importancia de recibir atención de especialistas en la intervención temprana de acuerdo con las necesidades, recursos, prioridades e inquietudes del paciente.

La difusión del tríptico diseñado, en diferentes centros sanitarios, puede ser útil para poder entregar a los pacientes y mejorar la atención final.

Se redacta este documento con el propósito de ser el inicio de futuras investigaciones. Su creación no es solo para organizar una forma de trabajar, sino organizar la forma de descubrir de forma temprana las limitaciones del paciente ante una disminución visual y poder dar una solución.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Faye, E. (1984). Traducción (1997). *Clínica de la baja visión*. Estados Unidos: ONCE.
2. Ortiz Ortiz, P. (2012). Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque práctico de la rehabilitación.
3. Miqueli R., López H. y Rodríguez M. (2016). Baja visión y envejecimiento de la población. *Revista cubana de oftalmología*, 29(3), 492-501.
4. Pfeiffer, D. L., Eisenberg, J., Neuber, K., Sinclair-Morris, D., Slonneger, G., & Trump, K. (2010). Guidelines for working with students who are blind or visually impaired in Virginia Public Schools. *Retrieved May, 15, 2012*.
5. De Boer, MR, Langelaan, M., Jansonius, NM y Van Rens, GHMB (2005). Pautas basadas en evidencia sobre la derivación de personas con discapacidad visual a servicios de baja visión. *Revista europea de oftalmología*, 15 (3), 400-406.
6. Field, M. J., & Lohr, K. N. (1990). Clinical practice guidelines. *Directions for a new program*, 1990.
7. Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión (2022) Definición baja visión. Recuperado el 9 de febrero de 2022, de [https://seebv.com/baja\\_vision](https://seebv.com/baja_vision)
8. Coco Martín, B. (2015). Manual de baja visión y rehabilitación visual.
9. Cáceres, M. D. P. O., Hernandez, M., & Rodriguez, M. R. (2012). Capacidad instalada de centros de atención en baja visión en Colombia. *Revista Ustasalud Optometría*, 12, 21-30.
10. VISIÓN, CB (2007). El impacto de la ley de dependencia en pacientes con baja visión. *Arch Soc Esp Oftalmol*, 82, 393-394.
11. Shah, P., Schwartz, SG, Gartner, S., Scott, IU y Flynn Jr, HW (2018). Servicios de baja visión: una guía práctica para el clínico. *Avances terapéuticos en oftalmología*, 10, 2515841418776264. Disponible: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2515841418776264>
12. Rodríguez M., Rojas R., Vázquez A., Venereo R., Baute P., y Landrove, Y. (2014). Caracterización clinicoepidemiológica de la baja visión en el adulto mayor y su rehabilitación visual. *Revista Cubana de Oftalmología*, 27(3), 416-426. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762014000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000300009)

13. Disposición 5735 del BOE núm. 141 (2016). Recuperado el 4 de noviembre de 2021 de <https://www.once.es>
14. Sánchez, Y., González, F., Molina, O., & Guil, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas. *Málaga*, 7(1).
15. Núñez, M. E. L. (2004). Registros y protocolos. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (57), 10-14.
16. García López, C. (2017). Conducción y baja visión: ¿ Es posible un cambio en la normativa actual?.
17. Vingolo, EM, De Rosa, V., Domanico, D. y Anselmucci, F. (2015). Rehabilitación de la baja visión: perspectivas actuales. *Optometría clínica* , 7 , 53.
18. Saura Ll., Saturno H. How are clinical procedures worked out? Proposal of a model for their design. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Centro de Salud Universitario. Vol. 18. Núm. 2. Páginas 49-101 (Junio 1996) Artículo ISSN: 02126567. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-estadisticas-14307>