

“En miopía infantil, se debe transmitir la necesidad de cambiar de hábitos, pero sin infundir un temor exagerado”



LA MIOPIA INFANTIL ES UN PROBLEMA CRECIENTE EN TODOS LOS PAÍSES DESARROLLADOS, PUES SE ESTIMA QUE HASTA EL 30 % DE LOS NIÑOS ENTRE CINCO Y SIETE AÑOS SERÁ MIOPE EN 2030.

En España, casi el 20 % de los niños entre cinco y siete años es miope, una prevalencia que, según las estimaciones, podría ascender hasta el 30% en el año 2030. Sin embargo, como especifica **Ana Wert**, especialista en oftalmología pediátrica de Miranza, no solo ocurre en nuestro país, sino que “es un problema de todos los países desarrollados”. “Ya tenemos series donde se habla de que una tercera parte de los niños y adolescentes en escolarización presentan miopía y se estima que esta tendencia vaya en aumento en las próximas décadas”, sostiene.

“El cambio en nuestros hábitos de vida durante la infancia se postula como el gran responsable de esta miopización mundial. Y esto se debe a que estamos perdiendo la vida al aire libre”, asegura sobre esta problemática. Así, la especialista comenta que “di-

versos estudios han demostrado que la exposición a la luz solar y el trabajo en visión lejana son factores protectores para no miopizar y, actualmente, la vida que llevan nuestros niños es todo lo contrario, muchas horas en interiores y con un exceso de actividad en visión próxima”.

El uso de las pantallas no es directamente el problema

Aquí es donde entran en juego las pantallas. “Anteriormente nosotros jugábamos en el exterior y pasábamos horas en la calle al salir de la escuela, ahora esta tendencia ha desaparecido y a los niños tras la salida del colegio les esperan más horas mirando de cerca con sus dispositivos electrónicos”, reflexiona la facultativa. Por lo tanto, “hay que decir que no es un mito que el uso de los móviles y las pantallas causen miopía”, pero aclara que “no es su responsabilidad directa”. “Será el abuso en horas realizando tareas en visión próxima y la ausencia de horas en actividades al aire libre y en visión lejana la que propiciará el desarrollo de miopía”, especifica.

En este contexto, cabe destacar que todavía no existe un tratamiento que haga desaparecer la miopía. Sin embargo, hay opciones para intentar frenar su progresión y que los niños no acaben con miopía altas, como recuerda Ana Wert. “Las lentes de contacto y las lentes oftálmicas de control de miopía, así como el colirio de atropina diluida han demostrado en los últimos estudios unos buenos resultados para controlar la progresión”, explica. Y en este sentido, una de las medidas que la experta considera más importante es “concienciar a las familias y a los niños de que hay que realizar cambios en los hábitos de vida”. “Pasar más horas al aire libre, incorporar actividades extraescolares deportivas y reducir las horas de pantalla ‘extras’ junto a uno de estos tratamientos o a una combinación de ellos será el método más efectivo”, recalca. Es decir, “al igual que los diabéticos deben intentar reducir el peso, caminar más, y comer mejor, y no únicamente pincharse la insulina, etc., nuestros pacientes miopes jóvenes deben entender que ninguno de estos tratamientos será tan efectivo si no realiza cambios en su vida diaria”.

Profundizando en las opciones terapéuticas disponibles, la oftalmóloga señala que “siempre les explico a mis pacientes que tenemos tres opciones con eficacia similar y dependiendo del perfil de paciente elegiremos una u otra opción”. “El colirio de atropina diluida en concentraciones de entre 0,01 al 0,05 se ha demostrado efectivo, y es el más adecuado para aquellos niños que utilizan a veces gafas, a veces lentes de contacto, y para aquellos con miopías iniciales en las que las gafas solo se utilizan du-

rante horario escolar o en determinadas actividades”, expone en primer lugar. Por otro lado, indica que las lentes de contacto las reserva “para aquellos niños que solicitan no llevar gafas o que ya eran usuarios habituales de lentes de contacto”. En tercera instancia, “cada día utilizamos más las lentes oftálmicas como primer tratamiento de control de miopía, ya que es probablemente el más práctico y fácil, es ideal para todos aquellos casos que por su error refractivo medio-alto llevan la corrección durante todo el día”. Las tres opciones, a su parecer, “son muy buenas y adecuadas, pero solo son útiles en la época de crecimiento, aunque cada vez más, lo alargamos hasta la finalización de los estudios superiores si se sigue detectando progresión”, continúa. En cuanto al tratamiento de la miopía en la edad adulta, “va a consistir en prescribir la corrección óptica adecuada y en la detección precoz y prevención de posibles complicaciones”.

De entre las tres alternativas terapéuticas, la doctora se detiene en el uso de bajas concentraciones de atropina diluida, pues es el más extendido entre oftalmólogos, si bien matiza que puede que en unos años esta tendencia vaya cambiando a favor de las lentes oftálmicas. En todo caso, “necesitamos más estudios con un seguimiento más a largo plazo que nos comparen los distintos tratamientos”. “Si las lentes oftálmicas demuestran resultados similares a largo plazo, irán en aumento, puesto que en los niños siempre se va a tender a utilizar el tratamiento más fácil de administrar. No hay nada más sencillo que tener el tratamiento incorporado en la corrección óptica que el niño ya necesita de por sí”, manifiesta. Y eso lo consigue la atropina, cuyo funcionamiento no es del todo conocido, pero se sabe que regula mecanismos a través de señales bioquímicas en la retina y la coroides que regularían el crecimiento axial del ojo. Además, hay que subrayar que “el colirio de atropina no presenta efectos secundarios destacables y es muy seguro”. “Es un tratamiento actualmente subvencionado por el sistema de la Seguridad Social, aunque al no existir comercializado a esas concentraciones requiere de una farmacia que realice formulaciones magistrales”, resalta.

Prevenir sin alarmar

No obstante, como suele suceder, el diagnóstico temprano resulta crucial. Es por ello que la especialista en oftalmología pediátrica resume las señales de alarma que indican que un niño puede estar desarrollando miopía. “Lo más frecuente es que presentan dificultades para ver la pizarra en la clase, por eso a menudo son los profesores los que alertan a las familias de que su hijo no ve bien. Entrecerrar los ojos para ver mejor es otro síntoma frecuente”.

Del mismo modo, “si se acude en estadios iniciales al oftalmólogo y se observa progresión en dos visitas sucesivas se puede plantear iniciar tratamiento para controlar la progresión antes de que la miopía esté ya más avanzada”.

Sin embargo, cree que uno de los retos clave es definir cuándo empezar a tratar a estos niños, “¿desde el inicio? ¿o desde que se evidencia progresión?”, plantea. Asimismo, en lo que a los desafíos se refiere, la experta menciona que “se necesitan más estudios y más años de seguimiento para poder esclarecer cuáles son las opciones terapéuticas con mejores resultados”.

El otro reto importante es “la transmisión de información a la sociedad por parte de los especialistas de la visión”. “Es muy importante que la sociedad entienda que los hábitos de vida deben cambiar para evitar no someter a nuestros ojos a un esfuerzo continuado en visión próxima. Pero, a su vez, debemos huir de la exageración y no equiparar la palabra miopía a miopía grave, miopía patológica o miopía con riesgo de perder la visión”, esgrime. Ahora bien, la oftalmóloga deja claro que, “por suerte, la mayoría de niños miopes acabarán con miopías de carácter leve con muy poca repercusión en su salud ocular”.

“Transmitir estos dos mensajes, necesidad de cambio de hábitos pero sin infundir un temor exagerado, no es fácil. De ahí nuestro reto, que el control de la longitud axial no se convierta en una obsesión familiar”, concluye. ■