

Retinopatía del prematuro: información para padres sobre los controles luego del alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales

Nota: el presente texto, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone y el Grupo Colaborativo ROP-Argentina del Ministerio de Salud de la Nación. Su texto original no debe ser modificado.

1) Constancia de entrega de este formulario a los padres

En el día de la fecha el Dr. nos ha entregado el presente formulario conteniendo información de la enfermedad ocular de nuestro hijo (retinopatía del prematuro) y los controles que deben efectuarse luego del alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

2) ¿Qué es la retinopatía del prematuro?

El ojo ha sido comparado con una cámara fotográfica o una filmadora. Tiene una lente interna (el cristalino) que enfoca las imágenes en una membrana sensible (la retina). Luego la retina envía esas imágenes a través del nervio óptico hacia el centro de la visión en el cerebro.

La retina es una delicada membrana con células sensibles a la luz y vasos sanguíneos que la nutren. Esta membrana tapiza el interior del ojo como el empapelado de las paredes de una habitación.

Los vasos sanguíneos de la retina terminan su desarrollo al final del embarazo, por ello, cuando un niño nace prematuramente, su retina aún no tiene vasos sanguíneos en determinados sectores (a esas áreas se las denomina zona avascular).

En estos casos de recién nacidos prematuros, los vasos sanguíneos de la retina deben completar su crecimiento luego del nacimiento.

La inmadurez de la retina y sus vasos sanguíneos, sumados a la necesidad que tienen los prematuros de recibir oxígeno, pueden alterar en algunos casos ese crecimiento ordenado de los vasos sanguíneos de la retina.

Esto puede llevar a que crezcan vasos sanguíneos patológicos que tironean de la retina generando un desprendimiento de retina.

Habíamos comparado a la retina con el empapelado de una habitación; en el desprendimiento de retina “el empapelado” se despega de la pared del ojo.

Esta enfermedad, que evoluciona por cinco etapas de gravedad creciente, se denomina: retinopatía del prematuro (ROP).

Tres conceptos importantes

1. La retinopatía del prematuro es la principal causa de ceguera en la infancia, pero
2. No todos los prematuros sufren retinopatía del prematuro, y
3. la enfermedad se detiene espontáneamente en la mayoría de los prematuros que la presentan en sus etapas iniciales.

La enfermedad afecta a los niños prematuros pero especialmente a aquellos menores de 1.500 gramos de peso al nacer y/o menores de 32 semanas de edad gestacional. Sin embargo, también puede presentarse en prematuros de mayor peso al nacer y mayor edad gestacional pero con evolución neonatal complicada por factores de riesgo tales como, por ejemplo, la administración de oxígeno (O₂), falta de maduración pulmonar, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), desnutrición posnatal, sepsis (infección generalizada), transfusiones sanguíneas, etc.

La gravedad de la evolución de la ROP está inversamente relacionada con el peso y la edad gestacional de los recién nacidos prematuros (RNP), es decir que a menor peso al nacer y/o menor edad gestacional, mayor será la gravedad de la enfermedad y también está directamente relacionada con la presencia de los factores de riesgo.

En síntesis, la gravedad de la evolución de la retinopatía del prematuro (ROP) es mayor cuanto menor es el peso al nacer, cuanto menor es la edad gestacional y con la presencia de los factores de riesgo explicados.

Importante: el diagnóstico oftalmológico efectuado por el médico oftalmólogo en el momento adecuado y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico visual de los niños con ROP. Pero, a pesar de ello, en algunos niños la enfermedad sigue progresando hasta su etapa terminal con pérdida definitiva de la visión.

Los niños con secuelas severas (baja visión o ceguera) deben acceder tempranamente a programas de rehabilitación que faciliten su inserción social (por ejemplo programas de estimulación temprana).

La retinopatía del prematuro tiene 5 etapas o grados: desde los iniciales o leves hasta los finales o severos. Es importante saber que en la mayoría de los prematuros en que se detectan las etapas iniciales la enfermedad se detiene espontáneamente y no avanza hasta las etapas o grados finales.

Concretamente, en el 85% de los prematuros que presentan signos iniciales de retinopatía del prematuro la enfermedad se detiene espontáneamente sin necesitar tratamiento.

Existe una variedad de retinopatía del prematuro particularmente agresiva en la cual si no se aplica el tratamiento para intentar detener su evolución, lleva inexorablemente a la ceguera. A esta variedad se la denomina *agresiva posterior (AP-ROP)*.

Al fondo de ojo (retina) del recién nacido se lo divide en tres zonas:

1) la zona 1 es la más posterior, es decir el sector en el que se encuentra el nervio óptico y la parte central de la retina (mácula) que es el área de visión más precisa. Cuando la retinopatía del prematuro compromete severamente esta zona 1 es un signo de extrema gravedad e indica un inminente riesgo de evolución rápida hacia la ceguera.

2) La zona 2 es un área intermedia de la retina.

3) La zona 3 es la más periférica.

La extensión de la enfermedad se expresa en horas como si fuera el cuadrante de un reloj. Por ejemplo, un prematuro puede tener una enfermedad leve cuando sólo esta ubicada en la zona 3 de la retina (la más periférica) y, dentro de esa zona 3 sólo compromete un sector equivalente a 3 o menos horas de reloj. Lo opuesto (es decir un cuadro grave) sería que un prematuro tenga afectada toda la zona 1 (la más central o posterior de la retina).

El tipo de lesión que se puede encontrar en una retinopatía del prematuro se clasifica en 5 etapas (o estadios evolutivos):

Estadio 1: (el más leve) es sólo una línea que separa la retina con vasos sanguíneos normales (retina vascular) de la retina sin vasos sanguíneos (retina avascular o retina inmadura).

Estadio 2: esa línea demarcatoria se convierte en un cordón (es decir que adquiere cierto volumen).

Estadio 3: en ese cordón o junto a él han crecido vasos sanguíneos anormales (neovasos) con un tejido fibroso que los rodea. A esto se lo llama neovascularización (vasos sanguíneos nuevos pero anormales).

Estadio 4: aquí aparece algo nuevo: un desprendimiento de la retina que compromete un sector de la retina. Se lo clasifica en 4a (el desprendimiento no afecta al centro de la retina o mácula) y 4b (cuando el desprendimiento afecta el área central de la retina). El desprendimiento de retina puede "tironear" al nervio óptico y/o la retina central (mácula).

Estadio 5: aquí el desprendimiento de la retina es total.

Hay ciertos signos del fondo de ojo que indican mayor gravedad y a esto se lo denomina "enfermedad plus". Por ejemplo: 1) vasos sanguíneos muy dilatados y sinuosos (tortuosos) principalmente en la zona posterior de la retina o en la pupila o 2) turbidez en el interior del ojo (en la gelatina llamada humor vítreo). Estos signos indican que hay muchas posibilidades que la enfermedad se agrave.

3) Una vez efectuado el primer examen de la retina, ¿cómo es el plan de controles?

De acuerdo con los hallazgos del o los exámenes oftalmológicos efectuados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, el oftalmólogo determinará con qué intervalo se efectuará el siguiente control. Esto puede ocurrir, por ejemplo, a los pocos días, a la semana o a las dos semanas. Se recomienda que el examen de la retina se repita más frecuentemente si hay determinadas lesiones que indican que hay posibilidades de agravamiento.

Controles a largo plazo

Se sugiere realizar los controles oftalmológicos de los niños prematuros a los 3, 6, 9 y 12 meses y posteriormente una a dos veces por año de acuerdo con los hallazgos. En caso de niños tratados por retinopatía del prematuro, se sugiere que estos controles continúen hasta la vida adulta.

Se debe realizar la derivación a especialistas en estimulación visual temprana lo más precozmente posible.

¿Cuál es el objetivo de los controles de la retina?

Básicamente, el oftalmólogo que realiza estos controles tiene tres objetivos:

- 1) Detectar si existen signos de la enfermedad (retinopatía del prematuro);
- 2) Efectuar el control del crecimiento de los vasos sanguíneos de la retina hasta que no quede ningún sector de la retina sin vasos.

3) En el caso que la retinopatía del prematuro se agrave, detectar a tiempo el momento preciso para efectuar el tratamiento.

Es importante recordar que en la mayoría de los niños, la retinopatía del prematuro detiene su evolución y/o regresa dejando un mayor o menor grado de secuelas. Los estadios 1 y 2 curan habitualmente sin dejar secuelas.

Las secuelas del estadio 3 dependerán de la localización. Si la enfermedad se encuentra en la zona III y no compromete el polo posterior, el pronóstico visual es bueno.

En el estadio 4a (desprendimiento de retina parcial que no compromete el centro de la retina), los niños pueden a veces conservar un remanente útil de visión dado que la mácula queda aplicada.

En el estadio 4b (desprendimiento de retina parcial que compromete el centro de la retina) la visión remanente permite distinguir sólo bultos.

En el estadio 5 (desprendimiento de retina total) algunos pacientes pueden percibir la luz.

Muy importante

Luego de cada control oftalmológico de su hijo LOS PADRES DEBEN TENER CLARAMENTE INFORMADA LA FECHA DE LA SIGUIENTE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA; en qué centro de salud o consultorio se efectuará y qué médico oftalmólogo realizará el control.

4) ¿Qué ocurre si no se trata la retinopatía del prematuro cuando está indicado efectuar el tratamiento?

De no aplicarse el tratamiento a tiempo, existen elevadas posibilidades de evolucionar hacia la ceguera (más aún y más rápidamente en los casos de la variedad agresiva posterior).

5) Características particulares que presenta la enfermedad de su hijo

6) Control oftalmológico

El siguiente control oftalmológico de su hijo lo efectuará el Dr. el día en (dirección de la entidad o consultorio donde se efectuará el control):

7) Firma de los padres o representante legal

Luego de haber recibido este formulario con tiempo suficiente para su detallada lectura y habiendo aclarado satisfactoriamente todas nuestras dudas, nuestra firma al pie certifica que nos comprometemos a cumplir con los controles planificados luego del alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales de nuestro hijo

Firma del padre:
Aclaración:
DNI:
Firma de la madre:
Aclaración:
DNI:
Firma de representante legal (de corresponder).....
Aclaración:
DNI:
Firma del médico:
DNI:
Matrícula:

NOTA: se firman dos ejemplares del mismo tenor de este formulario. Uno para ser incorporado a la historia clínica y el restante queda en poder de los padres del paciente o su representante legal.