

Ensayos sobre la discapacidad visual

Beneficios y daños: ¿Los efectos deseables superan a los efectos no deseados?

Explicación: No hay evidencia directa sobre la efectividad de la búsqueda de casos en la comunidad a través del cribado y la derivación para la discapacidad visual en personas mayores. Se evaluaron seis ensayos controlados aleatorios (ECA) basados en la población y no encontraron diferencias en la visión y otros resultados clínicos o funcionales al comparar la identificación de casos mediante el examen de la vista con pruebas de agudeza visual o preguntas con la atención habitual, ni pruebas de detección de la visión o demoradas. Cinco de los ECA reclutaron personas de 70 años o más y se realizaron en entornos de atención primaria o comunitaria. La evaluación de la vista se realizó como parte de una evaluación de riesgos multicomponente del funcionamiento de la salud. La evaluación de la vista en cuatro de esos ensayos se realizó en el hogar de la persona mayor. Los datos sobre las mejoras autoinformadas en la visión se combinaron en el metanálisis. El cociente de riesgo agrupado de problemas visuales autoinformados para las personas mayores en la intervención versus los grupos de control fue de 1,03 (3494 participantes, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,92 a 1,15). No se observó heterogeneidad significativa en el estimado agrupado ($\chi^2 = 0,88$, $df = 4$, $P = 0,93$, $I^2 = 0\%$). Las razones de la falta de beneficio en los seis ensayos podrían haber incluido: la alta pérdida durante el seguimiento en todos los ensayos; contaminación de la intervención; una frecuencia similar de detección y tratamiento de

trastornos de la vista en los grupos de detección y control en un ensayo; el uso de una pregunta de selección para identificar a las personas para realizar más pruebas; y baja aceptación de las intervenciones recomendadas.

En la revisión Cochrane, se analizaron tres ensayos aleatorios incluidos ($n = 3346$) de detección visual realizados como parte de una intervención de detección multicomponente en personas mayores (edad media, 76-81 años). Los ensayos no encontraron diferencias entre el cribado de la vista en comparación con ningún cribado de la vista, la atención habitual o el cribado diferido en la visión y otros resultados clínicos en la evaluación de seguimiento, de seis meses a cinco años después. Un grupo de ECA ($n = 4340$) comparó el cribado universal para la visión deterioro (usando la tarjeta de agudeza de Glasgow seguida de pruebas de agudeza visual peor que 20/60) con un examen selectivo basado en un breve cuestionario de selección. Solo el 34% de las evaluaciones de la vista se llevaron a cabo en los hogares de las personas; el resto se llevó a cabo en la cirugía de práctica general. En el seguimiento, 3-5 años después del cribado, la relación de riesgo para la agudeza visual inferior a 6/18 en cualquiera de los ojos para el cribado universal versus el cribado dirigido fue de 1,07 (IC del 95%: 0,84 a 1,36, $p = 0,58$). La puntuación compuesta media del



Ensayos sobre la discapacidad visual

Beneficios y daños: ¿Los efectos deseables superan a los efectos no deseados?

cuestionario de funcionamiento visual del National Eye Institute (NEI-VFQ-25) de 25 ítems fue de 85,6 en el grupo de cribado dirigido y de 86,0 en el grupo universal; la diferencia de 0,4 no fue significativa (IC del 95%: -1,7 a 2,5, $P = 0,69$). En este ensayo, solo la mitad de los pacientes a los que se les recomendó ver a un proveedor de atención oftalmológica después del examen de la vista en realidad recibieron nuevos anteojos, lo que podría haber atenuado los posibles beneficios.

Existe evidencia limitada de baja calidad sobre la efectividad de la búsqueda de casos comunitarios y la provisión inmediata de servicios de atención para el error de refracción y las cataratas para mejorar la agudeza visual en personas mayores. Dos ECA informaron que la corrección inmediata del error refractivo con anteojos para personas mayores se asoció con mejoras moderadas en la calidad de vida o la función relacionada con la visión a corto plazo (2 a 3 meses de seguimiento) en comparación con el tratamiento retrasado. En un ensayo, las personas mayores en el brazo de intervención recibieron recetas y comprobantes para lentes gratis, mientras que, en el otro ensayo, las personas mayores recibieron

inmediatamente gafas correctoras. Los participantes en un ensayo fueron personas mayores de 65 años o más que viven en la comunidad, mientras que el otro ensayo reclutó a residentes de hogares de ancianos de 55 años o más. En ambos ensayos, las puntuaciones de la subescala de visión general del NEI-VFQ mejoraron en una media de aproximadamente 10 (de 100) puntos en los grupos de tratamiento inmediato. La diferencia media agrupada entre los grupos de intervención y control fue 11.87 (IC 95%: 6.87 a 16.87).

No se encontraron ECA que evaluaran la cirugía de catarata versus ninguna cirugía. Sin embargo, identificamos tres ensayos que examinaron la efectividad de la cirugía de catarata acelerada en comparación con la cirugía de catarata de rutina. Los resultados mostraron que la cirugía acelerada se asoció con ganancias en la función visual y discapacidad visual reducida.

Los beneficios de este enfoque superan los daños: las consecuencias adversas asociadas con la búsqueda de casos comunitarios y la provisión inmediata de atención fueron pequeñas o ninguna.

