

Consejo Mundial de Optometría
Guía práctica para la atención de niños con miopía

A principios de este año, el Consejo Mundial de Optometría (WCO) y CooperVision desarrollaron y dictaron una resolución de normas asistenciales para tratar la miopía. El objetivo es concienciar de que la miopía es una epidemia internacional e incentivar a los optómetras a adoptar enfoques científico-estadísticos centrados en la atenuación, la medición y el tratamiento.

El WCO pidió a cuatro reconocidos optómetras especializados en el tratamiento de la miopía que compartieran su opinión profesional sobre qué implican las normas asistenciales a la hora de tratar esta anomalía y cómo las aplican en sus consultas. Nos complace compartir sus reflexiones en este artículo. Sus perspectivas se basan en la experiencia de diversos profesionales del cuidado de la vista que tienen diferentes opciones de tratamiento a su disposición y que atienden a comunidades de pacientes muy dispares.

Dra. Carmen Abesamis-Dichoso, Filipinas

La Dra. Carmen Abesamis-Dichoso se doctoró en Optometría en los Colegios Centrales de Filipinas en 1989, logró las máximas calificaciones y fue miembro de excelencia de la Junta. Hizo un máster en Educación en el mismo centro y recibió una beca para Docentes de IACLE en la Facultad de Optometría de la Universidad de Waterloo (Canadá). La Dra. Abesamis-Dichoso ha dado conferencias a nivel local e internacional sobre el tratamiento de la miopía. Dirige su propia consulta privada desde 1998.

Dra. Rufina Chan, Hong Kong

La Dra. Rufina Chan se licenció y especializó en Optometría en la Universidad de New South Wales, Australia. Se doctoró en Ciencias de la Salud en la Universidad Politécnica de Hong Kong (HKPU). Actualmente, atiende pacientes en su consulta privada y es profesora invitada en la Facultad de Optometría de la HKPU. Sus principales intereses dentro de la práctica clínica incluyen la ortoqueratología, la visión infantil, la visión binocular y los problemas de visión relacionados con el aprendizaje.

Dra. Kate Gifford, Australia

La Dra. Kate Gifford se graduó en la Universidad Tecnológica de Queensland (QUT) en el 2003 con matrícula de honor y una medalla de la universidad, y se doctoró en Óptica de Lentes de Contacto para Tratar la Miopía en la QUT en el año 2018. La Dra. Gifford es científica clínica y educadora afincada en Brisbane, Australia, así como cofundadora de Myopiaprofile.com. Trabaja en la consulta, tiene un puesto de investigadora visitante en la QUT y es la presidenta del comité y autora principal de las Pautas de atención médica del Instituto Internacional de Miopía.

Dra. Fuensanta Vera-Diaz, Estados Unidos

La Dra. Fuensanta Vera-Diaz es especialista en el control de la miopía desde una perspectiva científica y clínica. Se doctoró por la Universidad de Bradford (Reino Unido) con su trabajo de investigación sobre la miopía. Más adelante, hizo un posdoctorado en el [New England College of Optometry \(NECO\)](http://NewEnglandCollegeofOptometry.com) y fue beneficiaria de una beca de investigación de Harvard. La Dra. Vera-Diaz ha creado un próspero programa de investigación en el NECO, financiado por los NIH. Investiga los mecanismos que contribuyen al desarrollo de la miopía y las intervenciones que se pueden llevar a cabo. La Dra. Vera-Diaz ha publicado numerosos artículos y trabaja como revisora científica para varias revistas y secciones de estudios de panel de los NIH. Además, dirige la Clínica para el control de la miopía de NECO ([NECO's Myopia Control Clinic](http://NECOsMyopiaControlClinic.com)).

¿Qué opina de la atenuación temprana como parte de las normas asistenciales en el tratamiento de la miopía? ¿Cómo la pone en práctica en su consulta?

Dra. Abesamis-Dichoso: Al provenir de una familia de tres generaciones de profesionales de la salud ocular, aprendí a corregir la miopía con el «método tradicional», por lo que la transición al tratamiento según la norma asistencial no fue fácil. Como suele decirse, cuesta acostumbrarse al cambio. He tenido que hacer frente a mucho escepticismo para emprender esta transformación.

En el 2013, mi consulta pasó a centrarse de lleno en el tratamiento de la miopía y, a día de hoy, gran parte de mis esfuerzos van dirigidos a que los niños vengan a examinarse la vista. Intento que suceda de diferentes maneras. En primer lugar, animo a todos los pacientes adultos a que traigan a sus hijos para hacerse una prueba de la vista. [También hemos actualizado nuestro sitio web](#) con información sobre la importancia de que los menores acudan a las exploraciones oftalmológicas de forma periódica. Como consulta, [participamos activamente en las redes sociales](#) y publicamos artículos en periódicos y revistas en línea en un intento de promover el cuidado de la vista infantil.

Mis recomendaciones:

- Sean pacientes: La transición de la corrección tradicional al tratamiento de la miopía requiere esfuerzo.
- Tomen la iniciativa: Como profesionales de la salud ocular, son *ustedes* quienes deben tomar las riendas, no al revés.
- Las redes sociales son un medio muy eficaz para hacer correr la voz.

En su clínica, ¿cómo identifica a los niños que están en posible riesgo de desarrollar miopía? ¿Tiene alguna reflexión en concreto con respecto a los menores en edad preescolar?

Dra. Gifford: Es posible identificar a los niños que corren el riesgo de desarrollar miopía por sus antecedentes familiares (uno o dos padres miopes), factores de riesgo visual de índole ambiental —como pasar menos de 90 minutos al día al aire libre y más de dos o tres horas diarias realizando actividades a corta distancia (fuera de horario lectivo)— y condiciones particulares de la visión binocular relacionadas con el desarrollo de la miopía, como la esoforia, el retraso acomodativo, la alta relación AC/A y el estrabismo divergente intermitente.

Sin embargo, el principal factor de riesgo de cara al futuro, independientemente de estas otras variables, es no tener una hipermetropía acorde con la edad. Un niño que tiene +0,7 dioptrías o menos a los seis años de edad corre el riesgo de volverse miope en la adolescencia y debe considerarse premiope. Esta es mi reflexión clave para los niños en edad preescolar y para los que están empezando la escuela primaria: lograr una refracción precisa para evaluar la premiope.

Mis recomendaciones:

- Factor de riesgo más importante: +0,75 dioptrías o menos a los seis años
- Otros factores de riesgo: Antecedentes familiares de miopía, entorno visual y visión binocular.

¿Cuándo cree que es apropiado plantear la posibilidad de tratar la miopía?

Dra. Chan: Cuando un niño es vulnerable a la miopía, es especialmente importante informar en detalle a los pacientes y los padres. Creo que es fundamental explicar las causas de esta afección y dar recomendaciones sobre hábitos de vida saludables, como el tiempo que se pasa al aire libre y la necesidad de restringir el tiempo dedicado al trabajo

de cerca, así como de descansar la vista periódicamente.¹ Explicaría los riesgos de la miopía a los pacientes y padres para que estén al tanto de la posible aparición de la miopía. Finalmente, presentaría brevemente a la familia las diferentes opciones de tratamiento que tienen a su disposición para que estén preparados para el posible futuro cercano.

Las medidas que tomo como profesional de la salud ocular dependen de si la vista de los niños se desarrolla o no de la forma prevista. Si su estado refractivo indica que tendrán miopía en el futuro, les sugiero que vuelvan a la consulta en seis meses.

Mis recomendaciones

- Informar a los pacientes y los padres:
 - Causas y riesgos del desarrollo y la progresión de la miopía
 - Tiempo que se pasa al aire libre y cómo gestionar el tiempo dedicado al trabajo de cerca.
 - Introducir diferentes tratamientos de la miopía.
- Seguimientos: cada seis meses o con mayor frecuencia.

¿Qué factores influyen en sus expectativas sobre la efectividad de un tratamiento determinado para la miopía? ¿Por qué motivos se plantearía cambiar de tratamiento?

Dra. Vera-Díaz: Es difícil predecir la efectividad que tendrán los tratamientos en cada niño, ya que aún no tenemos suficientes pruebas para hacer predicciones tan específicas. Por lo general, la evolución de la miopía varía según la edad. La vista de los niños mayores empeora más despacio que la de los más pequeños, por lo que es importante barajar diferentes tratamientos en función de la edad. Aunque no están completas (la tasa de crecimiento de la longitud axial varía con la edad y según el sexo y el origen étnico), las curvas de crecimiento ocular previstas están disponibles y deben usarse para estimar el empeoramiento esperado en cada niño.^{2,3,4,5}

Otro factor importante que tener en cuenta es la motivación. Los niños que están muy motivados, en concreto con las intervenciones que conllevan el uso de lentes de contacto, suelen seguir mejor las indicaciones médicas, lo que augura mejores resultados. Por supuesto, el apoyo de la familia también es importante, pero la motivación del menor es el factor más decisivo.

Por último, debemos tener en cuenta el estilo de vida. Algunas familias tienen dificultades para seguir las recomendaciones sobre el trabajo de cerca y el tiempo al aire libre. Aconsejo reducir el tiempo que se pasa haciendo trabajo de cerca (con cualquier

¹ Ramamurthy D, Lin Chua SY, Saw SM. A review of environmental risk factors for myopia during early life, childhood and adolescence. *Clin Exp Optom*. 2015; 98:497-506.

² Tideman JWL, Polling JR, Vingerling JR y cols. Axial length growth and the risk of developing myopia in European children. *Acta Ophthalmol*. 2018;96:301-309.

³ Sanz-Díez P, Yang L-H, Lu M-X, Wahl S, Ohlendorf A. Growth curves of myopia-related parameters to clinically monitor the refractive development in Chinese schoolchildren. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2019;257(5):1045-1053.

⁴ He X, Sankaridurg P, Naduvilath T y cols. Normative data and percentile curves for axial length and axial length/corneal curvature in Chinese children and adolescents aged 4-18 years. *Br J Ophthalmol*. 2021-319431.

⁵ Truckenbrod C, Meigen C, Brandt M y cols. Longitudinal analysis of axial length growth in a German cohort of healthy children and adolescents. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021 May;41(3):532-540.

material), aumentar la distancia de visualización y hacer descansos frecuentes.^{6,7} Con respecto al tiempo al aire libre, recomiendo que el niño pase dos horas al día o más fuera de casa cuando aún hay luz solar.^{8,9}

Para valorar si una intervención es efectiva o no, utilizo tanto los grados de miopía en dioptrías como la longitud axial, una prueba importante que es más precisa que la refracción a la hora de determinar la evolución de la miopía. Aparte del número de dioptrías, hay que tener en cuenta el posible alargamiento excesivo del ojo. Si al cabo de 12 meses, como mínimo, la vista sigue empeorando a un ritmo inadecuado para la edad del menor, recomiendo cambiar el tratamiento o añadir otro.

Mis recomendaciones:

- Motivación de los niños y los padres: factor clave para el éxito del tratamiento de la miopía
- Estilo de vida: Gestión del trabajo de cerca (con descansos frecuentes) y un mínimo de dos horas al día al aire libre
- Situación tras 12 meses: examine la evolución de la vista según lo previsto para la edad (dioptrías y longitud axial)

Cuando examina la vista de un niño con miopía, ¿a qué aspectos presta especial atención?

Dra. Chan: Mi enfoque en las exploraciones oftalmológicas de revisión varía según el tipo de tratamiento de la miopía. En general, lo que más me preocupa es que el paciente cumpla adecuadamente las indicaciones médicas: que se ponga las lentes de contacto y las gafas el tiempo oportuno, que se eche colirio con la frecuencia prescrita, etc. Con independencia de que el paciente lleve gafas, se ponga lentes de contacto o utilice fármacos para controlar la miopía, la eficacia del tratamiento dependerá en gran medida de si se ciñe al plan acordado. Por otro lado, si el paciente no manipula o limpia las lentes de contacto adecuadamente, pueden surgir complicaciones que pongan en peligro la vista.^{10,11} Así pues, es imprescindible evaluar su grado de tolerancia a posibles efectos adversos¹² y averiguar si suele seguir las indicaciones.

⁶ Wen L, Cao Y, Cheng Q y cols. Objectively measured near work, outdoor exposure and myopia in children. *Br J Ophthalmol*. 2020 Nov;104(11):1542-1547.

⁷ Huang PC, Hsiao YC, Tsai CY y cols. Protective behaviours of near work and time outdoors in myopia prevalence and progression in myopic children: a 2-year prospective population study. *Br J Ophthalmol*. 2020 Jul;104(7):956-961.

⁸ Rose KA, Morgan IG, Ip J y cols. Outdoor activity reduces the prevalence of myopia in children. *Ophthalmology*. 2008 Aug;115(8):1279-85.

⁹ Lanca C, Yam JC, Jiang WJ y cols. Near work, screen time, outdoor time and myopia in schoolchildren in the Sunflower Myopia AEEC Consortium. *Acta Ophthalmol*. 2021 Jun 17.

¹⁰ Liu YM, Xie P. The safety of orthokeratology--A systematic review. *Eye Contact Lens*. 2016;42:35-42.

¹¹ Yam JC, Li FF, Zhang X y cols. Two-year clinical trial of the Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: Phase 2 report. *Ophthalmology*. 2020;127:910-9.

¹² Chia A, Chua WH, Cheung YB y cols. Atropine for the intervention of childhood myopia: Safety and efficacy of 0.5%, 0.1%, and 0.01% doses (Atropine for the Intervention of Myopia 2). *Ophthalmology*. 2012;119:347-54.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, utilizo la refracción subjetiva y ciclopléjica para analizar la eficacia del tratamiento y la medición de la longitud axial^{13,14}. Estos datos complementarios me ayudan a saber cómo evoluciona la miopía. Es indispensable realizar una exploración oftalmológica minuciosa para controlar los posibles efectos secundarios o complicaciones. Por último, es fundamental explicar los resultados y las medidas de refuerzo necesarias a los pacientes y los padres para que el tratamiento de la miopía dé buenos resultados.

Mis recomendaciones:

- Anamnesis: cumplimiento del tratamiento recomendado y adaptación
- Análisis de la evolución: refracciones subjetivas y ciclopléjicas, y medición de la longitud axial
- Efectos secundarios y complicaciones: exploración oftalmológica interna y externa
- Enfoque en la comunicación familiar: resultados y cumplimiento del tratamiento

¿Tiene en cuenta tanto el equivalente esférico como el alargamiento axial a la hora de medir el éxito de los tratamientos de miopía?

Dra. Gifford: Proporcionar una refracción precisa a nuestros pacientes jóvenes y miopes es posiblemente el componente más importante y visible de la exploración oftalmológica. El tratamiento de la miopía consiste en corregir, mantener y conservar la visión. Tanto los padres como los pacientes entienden la refracción sin dificultad. No obstante, la refracción es de 7 a 10 veces menos precisa para medir pequeños cambios en la miopía que la medición de la longitud axial mediante la biometría óptica. Asimismo, la longitud axial suele indicar un mayor riesgo de sufrir una enfermedad ocular. Creo que ambos factores son importantes y seguirán siéndolo. Eso sí, dependen del contexto y deben explicarse claramente. Por ejemplo, a veces veo a padres que se decepcionan cuando su hijo de 8 años empeora -0,50 en un año, o cuando su longitud axial aumenta 0,15 mm, a pesar de que son muy buenos resultados a esa edad.

Mis recomendaciones:

- Equivalente esférico: medida más importante para corregir, mantener y conservar la visión
- Longitud axial (útil pero no esencial): indica el riesgo de enfermedad y mide la evolución de forma más precisa
- Cómo evaluar la miopía: tome como referencia la evolución anual habitual de un niño con corrección de visión simple según su edad y origen étnico

¿Qué opina sobre el tratamiento como parte de las normas asistenciales para controlar la miopía? ¿Cómo lo pone en práctica en su consulta?

Dra. Gifford: Tratar la miopía va más allá de corregir errores de refracción. Primero hay que explicar a los pacientes y sus padres cómo evoluciona esta anomalía en la infancia, qué repercusiones tiene a corto plazo y qué consecuencias acarrea con el paso del tiempo, como un mayor riesgo de desarrollar enfermedades oculares y de sufrir un deterioro de la

¹³ Song JS, Yoon DY, Hyon JY, Jeon HS. Comparison of ocular biometry and refractive outcomes using IOL Master 500, IOL Master 700, and Lenstar LS900. Korean J Ophthalmol. 2020;34:126-32.

¹⁴ Wolffsohn JS, Kollbaum PS, Berntsen DA y cols. IMI - Clinical myopia control trials and instrumentation report. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2019; 60:M132-M60.

visión. Comprender las implicaciones de esta alteración suele costarles más a los padres de niños miopes que no tienen miopía o tienen muy poca.

El siguiente paso es ofrecer asesoramiento sobre el entorno visual; más concretamente, aumentar el tiempo que se pasa al aire libre a 90 minutos al día y tratar de reducir el tiempo de ocio con visión cercana o frente a la pantalla a menos de dos horas al día (fuera de horario lectivo). Esta práctica es de por sí beneficiosa para cualquier niño. De hecho, muchos padres se las ven y se las desean para conseguir que sus hijos despeguen los ojos de las pantallas. Por último, en mi opinión es necesario sopesar cuál es el mejor tratamiento óptico disponible para cada paciente, tanto para corregir la miopía como ralentizar su evolución.

Mis recomendaciones:

- Hay que seguir tres pasos fundamentales:
 - Explicar la evolución de la miopía, sus repercusiones funcionales y el riesgo que entraña para la salud ocular
 - Asesorar sobre la importancia del entorno visual
 - Elegir un tratamiento óptico idóneo que corrija la miopía y ayude a controlarla

¿A qué edad recomienda empezar a tratar la miopía infantil? ¿En qué basa sus decisiones?

Dra. Vera-Díaz: En general, recomiendo empezar a tratar la miopía lo antes posible, ya que al principio es cuando más rápido evoluciona. Por consiguiente, aconsejo iniciar el tratamiento nada más diagnosticarla, sea cual sea la edad del menor. Además, sabemos que, cuanto antes se desarrolla la miopía, más rápido empeora y durante más tiempo, siendo más acusada en la edad adulta.^{15,16} El tratamiento más efectivo para un niño en concreto es el que mejor se adapta a sus hábitos y su situación personal en todas las etapas de la vida. De este modo, es importante disponer de varios tratamientos útiles a nivel clínico que estén basados en datos científicos.

Por estos motivos, aconsejo tratar la miopía especialmente en los niños más pequeños, sobre todo si tienen mucha. Nunca recomendaría métodos «antiguos» para corregir esta anomalía, como gafas monofocales o lentes de contacto, a niños cuya miopía pueda evolucionar; es decir, para la mayoría de niños con menos de 15 años.

Mis recomendaciones:

- Iniciar el tratamiento lo antes posible
- El control de la miopía es especialmente importante en:
 - Niños más pequeños
 - Niños con un mayor grado de miopía

¿Cómo elige el tratamiento idóneo para cada paciente miope?

Dra. Abesamis-Dichoso: Pregunto a los padres sobre el estilo de vida de sus hijos: qué pasatiempos tienen, qué deportes practican, a qué hora se acuestan, cuántas horas

¹⁵ Mutti DO, Hayes JR, Mitchel GL y cols. Refractive error, axial length, and relative peripheral refractive error before and after the onset of myopia. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007 Jun;48(6):2510-2519.

¹⁶ Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Chu RH y cols. Myopia Progression as a Function of Sex, Age, and Ethnicity. 2021 Aug 2;62(10):36.

duermen, etc. Así puedo determinar si el tratamiento que tengo en mente será fácil o no de seguir para el niño.^{17,18}

Por ejemplo, una niña miope de 10 años que vaya a clases online de ballet 8 horas al día, cinco días a la semana, seguramente será capaz de seguir la ortoqueratología. En cambio, a un niño miope de 10 años con la misma graduación que pase mucho tiempo jugando en línea y se acueste muy tarde probablemente le vengan mejor las lentes de contacto suaves para controlar la miopía, ya que deben usarse durante un máximo de 10-11 horas al día.

Si las lentes de contacto monofocales no dan resultados o los padres aún no están preparados para que sus hijos usen lentillas, solemos recomendar un tipo específico de gafas que tienen como objetivo reducir la evolución de la miopía o, simplemente, lentes bifocales de modelo ejecutivo.

Si la longitud axial no disminuye y la miopía sigue aumentando, no suelo cambiar de estrategia, sino que colaboro con un oftalmólogo que prescribe la instilación ocular de 0,05 % de atropina todas las noches. Esto debería tener una repercusión del 30 al 70 % en la evolución de la miopía.^{19,20} Sin embargo, en Filipinas este método para tratar la miopía es muy exclusivo, por lo que normalmente solo pueden permitírsele las familias adineradas. Yo ofrezco tratamientos más asequibles, como lentes bifocales de modelo ejecutivo.

Mis recomendaciones:

- No existe una solución única para tratar a miopía.
- Entrevistar a padres e hijos para comprender cuáles son sus pasatiempos y hábitos de sueño.
- Barajar diferentes tratamientos según el poder adquisitivo de cada familia.

¿Por qué motivos se plantearía cambiar de tratamiento?

Dra. Chan: Si la miopía de mi paciente no está bajo control, me planteo usar un tratamiento diferente o combinar el inicial con otro. En investigaciones recientes, se ha observado que combinar tratamientos como la atropina y la ortoqueratología,²¹ o lentes de contacto multifocales²², puede dar resultados beneficiosos.

Si un paciente no sigue las indicaciones médicas, también me plantearía cambiar el tratamiento inicial por otro que le venga mejor, o incluso suspender el tratamiento.

¹⁷ Jones LA, Walline JJ, Gaume A, Rah MJ, Manny RE, Berntsen DA, Chitkara M, Kim A, Quinn N; CLIP Study Group. Purchase of contact lenses and contact-lenses-related symptoms following the Contact Lenses in Pediatrics (CLIP) Study. *Cont Lens Anterior Eye*. 2009 Aug;32(4):157-63.

¹⁸ Sankaridurg P, Bakaraju RC, Naduvilath T, Chen X, Weng R, Tilia D, Xu P, Li W, Conrad F, Smith EL 3rd, Ehrmann K. Myopia control with novel central and peripheral plus contact lenses and extended depth of focus contact lenses: 2 year results from a randomised clinical trial. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2019 Jul;39(4):294-307.

¹⁹ Yam JC, Jiang Y, Tang SM, Law AKP, Chan JJ, Wong E, Ko ST, Young AL, Tham CC, Chen LJ, Pang CP. Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial of 0.05%, 0.025%, and 0.01% Atropine Eye Drops in Myopia Control. *Ophthalmology*. 2019 Jan;126(1):113-124.

²⁰ Chua WH, Balakrishnan V, Chan YH y cols. Atropine for the treatment of childhood myopia. *Ophthalmology*. 2006 Dec;113(12):2285-91.

²¹ Tan Q, Ng AL, Cheng GP y cols. Combined atropine with orthokeratology for myopia control: Study design and preliminary results. *Curr Eye Res*. 2019; 44:671-8.

²² Huang J, Mutti DO, Jones-Jordan LA, Walline JJ. Bifocal & atropine in myopia study: Baseline data and methods. *Optom Vis Sci*. 2019; 96:335-44.

Mis recomendaciones:

- Si el paciente no responde bien:
 - Cambiar el tratamiento inicial.
 - Combinar el tratamiento con otro.
- Si el paciente no sigue las indicaciones o sufre efectos secundarios:
 - Cambiar el tratamiento inicial.
 - Suspender el tratamiento.

¿Cuándo suele plantearse suspender el tratamiento y cómo hace un seguimiento de los pacientes una vez finalizado?

Dra. Gifford: Esta es una pregunta importante que los padres suelen hacer en la primera consulta. La respuesta es que la mitad de los pacientes miopes suelen estabilizarse a los 16 años. No obstante, esto significa que la otra mitad sigue empeorando. Unas tres cuartas partes de los pacientes miopes se estabilizan a los 18 años. Después de esa edad, el 20 % puede empeorar en al menos una dioptría entre los 20 y los 30.

Por lo tanto, mi consejo es seguir tratando la miopía hasta los 18 años, y probablemente hasta la edad adulta temprana si el paciente realiza muchas actividades que impliquen usar la vista de cerca, como los universitarios. Si bien esto es lo que indican las investigaciones, no podemos saber si la miopía de los niños a los que tratamos en la consulta se estabilizará a los 14 años, a los 24 años o incluso más tarde. Como profesionales, debemos aplicar la mejor estrategia posible a partir de observaciones generales y contemplar siempre la posibilidad de suspender el tratamiento. Por ejemplo, si a un paciente de 18 años le funciona la ortoqueratología o las lentes de contacto multifocales o de enfoque dual, ¿deberá dejar el tratamiento? Como aún no se le ha corregido la visión, en principio no convendría suspender el tratamiento, a menos que presente efectos secundarios, la prescripción se prolongue en demasía, los costes sean muy elevados, etc.

Tras suspender el tratamiento, es importante examinar la vista para determinar si corregirla sería beneficioso para el paciente (los adolescentes de mayor edad y los jóvenes no suelen experimentar un efecto rebote significativo). También es primordial instar al paciente a seguir acudiendo a la consulta para revisarse la vista de forma periódica.

Mis recomendaciones:

- Desde el primer contacto: explicar que la miopía posiblemente deberá tratarse hasta los 18 años e incluso durante más tiempo.
- Motivos para suspender el tratamiento antes de los 18 años: necesitaría muchos años, los costes son elevados o se sufren efectos secundarios.

Para obtener más información sobre las normas asistenciales de la miopía redactadas por el Consejo Mundial de Optometría basadas en la mitigación, la medición y el tratamiento, así como para adoptarlas en la consulta, visite la página web www.myopia.worldcouncilofoptometry.info. Únase al foro en línea sobre el tratamiento de la miopía para compartir ideas y hacer preguntas en www.myopia.worldcouncilofoptometry.info/community-forum.

Este artículo se ha financiado gracias a una beca escolar otorgada por CooperVision, Inc.