

Comportamiento clínico-epidemiológico de la catarata senil en la parroquia de Maiquetía (Venezuela, 2007)

Clinicoepidemiologic behavior of senile cataract present in residents of Maiquetía parish (Venezuela, 2007)

Eglis Esteban García Alcolea

Especialista en Medicina General Integral. Residente de 2do. año de Oftalmología. Instructor. Diplomado en Oftalmología Clínica. Cátedra de Cirugía Experimental Oftalmológica. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la catarata senil en la parroquia de Maiquetía, en el municipio de Vargas (Venezuela), en el 2007. Se investigaron 6020 pacientes mayores de 50 años de edad, 260 de los cuales tenían diagnóstico de catarata senil. Estos últimos conformaron el universo de trabajo, que a su vez coincide con el tamaño total de la muestra. Se rellenó una planilla de recolección de datos con las variables que se estudiarían. Los pacientes comprendidos entre 70 y 79 años y los del sexo femenino mostraron mayor tasa de prevalencia. La hipertensión arterial fue la patología sistémica más frecuente, y la patología ocular asociada fue la retinopatía diabética. El rango de agudeza visual que mayor cifra arrojó fue el comprendido entre 0,1 y 0,3 y hubo predominio de ceguera por catarata en los pacientes de 80 años y más.

Palabras clave: Comportamiento clínico-epidemiológico, catarata senil, pesquisaje, prevalencia, ceguera, Venezuela.

ABSTRACT

A cross-sectional and descriptive study was made to describe Clinicoepidemiologic behavior of senile cataract present in residents of Maiquetía parish, Vargas

municipality, Venezuela in 2007. A total of 6020 patients aged over 50 were studied, 260 had a diagnosis of senile cataract which conformed the work universe that in their turn, coincide to total size of sample. A data collection form was filled including variables that will be studied. Patients aged between 50 and 79 years old, and female sexes showed the greater prevalence rate. High blood pressure was the more frequent systemic pathology and the ocular one associated with diabetic retinopathy. The visual acuity rank with the greatest figure was that between 0,1 and 0,3, and there was a predominance of blindness from cataract in patients aged 80 or more.

Key words: Clinicoepidemiologic behavior, senile cataract, screening, prevalence, blindness, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Gracias al progreso de la ciencia y la tecnología muchos de los trastornos de la salud asociados al envejecimiento pueden compensarse con bastante éxito. La óptica aplicada a la visión, por ejemplo, permite la compensación o la minimización de los problemas mediante sistemas concebidos para proporcionar un mayor grado de visión. Además de las "ayudas ópticas" para baja visión, la aplicación de la óptica a trastornos tan comunes como los de la presbicia o visión de cerca y la catarata senil que están asociados a la edad madura, permiten recuperar un grado de eficacia y funcionalidad visual imposible de conseguir de otra forma. Entre las afecciones más comunes en los mayores está la esclerosis y opacificación del cristalino, comúnmente llamada *catarata senil*. La mayoría de los casos progresan lentamente sin un deterioro visual significativo y pueden conseguir buena visión con una adecuada corrección óptica. Con las cataratas no sólo hay variaciones en cuanto al grado de agudeza visual, sino también en otros aspectos de la visión, tales como el campo visual, la visión de los colores, la visión en profundidad, la sensibilidad de contraste, etc.¹⁻⁵

El actual término *catarata*, que significa opacidad del cristalino, proviene de la palabra griega *uttóxuot* (kataráktes) que significa "caída de agua". Los romanos la denominaron *suffusio*, una extravasación y coagulación de humores detrás del iris; y posteriormente los árabes, depositarios de conocimiento médico, la llamaron *nusul-el-ma* que quiere decir "caída de agua". Basándose en esta expresión, Constantino el Africano, monje cartaginés del siglo XI perteneciente al monasterio Monte Casino y traductor de muchos escritos médicos del árabe al latín en el Medioevo tardío, acuñó el término *catarata* con el que se conoce hasta la actualidad. Las referencias históricas a la catarata y su tratamiento son tan antiguas como la propia historia de la medicina. Desde el papiro de Ebers se hace referencia a "las enfermedades de los ojos y su tratamiento".

Las cataratas constituyen la mayor causa de ceguera en el mundo. En los Estados Unidos, la incidencia de esta afección asciende desde un 5 % a la edad de 65 años, hasta un 50 % en los mayores de 75 años. Tanto en ese país como en el resto del mundo desarrollado, la cirugía de cataratas si bien costosa es accesible al paciente y brinda resultados satisfactorios.^{2,6-9}

En Cuba se considera que la magnitud del problema puede estar en 60 000 ciegos por todas las causas, es decir 1: 200 habitantes, 33 600 de ellos por cataratas. Según los estudios epidemiológicos, más del 25 % de las personas entre 65 y 75 años de edad pueden presentar opacidades del cristalino que reduzcan su agudeza visual. Los mayores de 65 años sufren más pérdida de visión que las personas de cualquier otro grupo etario, y entre los mayores de 70 años ocupa el tercer lugar como origen de discapacidad, tras la osteoartritis y la enfermedad cardíaca.^{10,11}

Durante la realización del pesquijaje oftalmológico en el estado Vargas, en Venezuela, realizado por la Misión Milagro, se observó gran cantidad de pacientes con alteraciones fundoscópicas sugestivas de cataratas, a los cuales nunca se le había realizado un examen oftalmológico por la falta de recursos. Mucho menos habían recibido algún tratamiento, por los altos costos que tiene una consulta médica en ese país.

Por todo lo antes expuesto y porque no existen estudios epidemiológicos publicados de este tipo en la zona, se decidió realizar esta investigación, con el objetivo de describir el comportamiento clinicoepidemiológico de la catarata senil en la parroquia de Maiquetía, estado de Vargas, en Venezuela, desde agosto hasta diciembre de 2007.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, para describir el comportamiento clinicoepidemiológico de la catarata senil en la parroquia de Maiquetía, estado de Vargas, en Venezuela, entre agosto y diciembre de 2007.

Se pesquijó un total de 6020 pacientes mayores de 50 años, casa por casa de la parroquia Maiquetía, 260 de los cuales tuvieron diagnóstico de catarata senil y conformaron el universo de trabajo que a su vez coincide con el tamaño total de la muestra, para una estimación más exacta y el conocimiento real de dicha patología. Se tomó el consentimiento informado de cada uno para participar en la investigación.

Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de catarata senil mayores de 50 años de edad. Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con antecedentes de trauma ocular y catarata.
- Pacientes postrados o con enfermedad mental que dificultara o impidiera el examen.
- Pacientes que no desearan participar en el estudio.

Se estudiaron las variables siguientes: edad (grupo de edades: 50-59; 60-69; 70-79; 80 y más), sexo, primer síntoma presentado (disminución de la visión, visión borrosa, manchas, deslumbramiento, fotofobia, distorsión visual), agudeza visual (0,7-1,0; 0,4-0,6; 0,1-0,3; cuenta dedos; movimiento de manos [MM], percepción luminosa [PL]).

Tasa de prevalencia:

- Tasa de prevalencia de catarata = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con catarata} \times 100}{\text{Total de pacientes pesquijados}}$

- Tasa de prevalencia de ceguera= N° de ciegos x 100 / Total de pacientes pesquisados

Se consideró *ciego* al paciente que presentó una agudeza visual de cuenta dedos o MM-PL.

La información fue recogida mediante una planilla de recolección de datos, la cual se confeccionó al efecto de esta investigación y fue aplicada a todos los pacientes. Una parte se rellenó mediante interrogatorio y la otra cuando concluyó el examen oftalmológico completo al paciente, sobre el cual registraron datos positivos y diagnóstico.

La información fue procesada con la ayuda del programa de *Microsoft Excel*. Se expresaron en frecuencias absolutas, relativas y cálculo de la tasa de prevalencia, y se expusieron en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

En la tabla 1 se puede observar que 260 pacientes tuvieron diagnóstico de catarata senil, lo cual corresponde al 4,32 % del total de 6020 pesquisados. En la distribución por grupos etarios, se puede advertir que el más afectado es el grupo de 70 a 79 años de edad (8,81 %).

Tabla 1. **Tasa de prevalencia de catarata senil según grupos etarios**

Grupos etarios	n	Catarata	Tasa de prevalencia*
50 a 59 años	3087	23	0,75
60 a 69 años	1105	83	7,51
70 a 79 años	1010	89	8,81
80 años y más	818	65	7,95
Total	6020	260	4,32

* Prevalencia por cada 100 habitantes.

En la tabla 2 se distribuyeron los pacientes según sexo y se observó que del universo de trabajo hubo 2842 pacientes del sexo masculino y 3178 del sexo femenino, de los cuales estaban afectados por catarata el 4,19 % y 4,44 % respectivamente.

Tabla 2. **Tasa de prevalencia de catarata senil según sexo**

Sexo	n	Catarata	Tasa de prevalencia*
Masculino	2842	119	4,19
Femenino	3178	141	4,44
Total	6020	260	4,32

* Prevalencia por cada 100 habitantes.

En la tabla 3 se demuestra que el síntoma que refieren los pacientes como iniciador de las molestias oculares a causa de la catarata es la disminución de la visión (35,0 %).

Tabla 3. **Primer síntoma que se presentó en los pacientes con catarata senil**

Primeros síntomas	n	%
Disminución de la visión	91	35,0
Visión borrosa	66	25,4
Manchas	52	20,0
Deslumbramiento	13	5,0
Fotofobia	9	3,5
Distorsión visual	8	3,1
Otros	21	8,1
Total	260	100

Se puede observar que el rango de agudeza visual que mayor número de afectados presentó se correspondió al de 0,1-0,3 con una afectación del 39,2 %, y se advirtió que el grupo de edad más afectado en este rango fue el de pacientes entre 70 y 79 (47,1 %) (tabla 4).

Tabla 4. **Pacientes con catarata senil según agudeza visual y grupo etario**

Agudeza visual	Grupos etarios (años)									
	50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0,7- 1,0	21	75	7	25	--	--	--	--	28	10,8
0,4 – 0,6	2	3,8	38	71,7	13	24,5	--	--	53	20,4
0,1 – 0,3	--	--	30	29,4	48	47,1	24	23,5	102	39,2
Cuenta dedos	--	--	7	12,5	21	37,5	28	50,0	56	21,5
PL - MM	--	--	1	4,8	7	33,2	13	62	21	8,1
Total	23	8,8	83	32,0	89	34,2	65	25,0	260	100

PL: percepción luminosa; MM: movimiento de manos.

Los resultados de la tabla 5 muestran que del total de 2933 personas mayores de 60 años, la prevalencia de ceguera por catarata resultó el 2,63 %, con incremento desde el 0,72 % a los 60 años hasta el 5,01 % a los 80 años y más.

Tabla 5. **Prevalencia de ceguera según grupo de edad**

Grupos etarios	n	Ciegos	Tasa de prevalencia*
60 a 69 años	1105	8	0,72
70 a 79 años	1010	28	2,77
80 años y más	818	41	5,01

Total	2933	77	2,63
-------	------	----	------

* Prevalencia por cada 100 habitantes.

DISCUSIÓN

Cuando se analizó la prevalencia de personas con catarata senil se mostró el aumento con la edad desde 0,75 % con 50 años a 7,95 % con 80 años y más, con aumento en el grupo de 70 a 79 años (8,81 %), lo cual se corresponde con la bibliografía médica revisada, según la cual la prevalencia de ceguera por edad, después de los 50 años, aumenta desde 0,3 % a los 55 años hasta 11,5 % a los 80 años y más, según documenta el estudio realizado en Ciudad de La Habana en el 2005¹¹ y otro similar realizado en Camaguey.¹² En estudios publicados en Venezuela se encuentran resultados similares a estos, y según ellos el grupo de edad de 70 a 79 años es el que prevalece, con una pequeña contracción en el de mayores de 80 años.¹³

En el 2006 sugirió esta misma conclusión la Revisión Sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata, de la Sociedad Española, acerca de estudios en España, Australia y Estados Unidos, y destacó que la prevalencia de cataratas aumenta con la edad, se ubica alrededor del 50 % para los grupos de personas mayores de 70 años, y la diferencia se incrementa a medida que aumenta la edad.^{14,15} Asimismo, en dicha revisión se hace referencia a estudios realizados en Pakistán, donde la relación de catarata en mayores de 50 años se incrementa según la edad.¹⁶

En los estudios revisados, así como en el nuestro, se muestra que la catarata senil aumenta con la edad y está relacionada con el proceso de envejecimiento, en el que las proteínas se desnaturalizan y junto a otros cambios químicos, ocurre la opacificación del cristalino con la siguiente disminución de la visión. Esta puede llevar a los pacientes a una ceguera total y precisamente por el incremento de la esperanza de vida que alcanza nuestra población hoy de 77 años-, este grupo es el más afectado, en correspondencia con las estadísticas revisadas.^{1,4,11}

De igual forma a la que documenta el estudio realizado en Ciudad de La Habana, que refiere una tasa de prevalencia del 1,65 % para el sexo femenino y el 1,56 % para el masculino,¹¹ ocurrió en nuestro estudio, donde la diferencia no es significativa aunque predomina el sexo femenino. Otros estudios revisados muestran resultados similares a los nuestros respecto a la prevalencia de la catarata senil en el sexo femenino.¹²⁻¹⁶

Es necesario plantear que en el presente estudio los valores se mostraron con mayor diferencia entre un sexo y el otro, lo cual pudo deberse a que en el pesquijaje se trabajó con la totalidad de la población y la población femenina es la mayoritaria, que a su vez podría estar relacionado con el incremento de la esperanza de vida de este grupo en la parroquia y este hecho podría estar incidiendo en los resultados mostrados.¹⁷

El síntoma que refieren los pacientes como iniciador de las molestias oculares a causa de la catarata es la disminución de la visión, lo cual coincide con estudios realizados por otros autores.^{11-16,18,19}

En relación al rango de agudeza visual afectada y su distribución según los grupos etarios, la mayor cifra correspondió a la agudeza entre 0,1 y 0,3, lo cual demuestra que la catarata senil repercute definitivamente en la agudeza visual y convierte al paciente en un débil visual. Este hecho se asoció al grupo etario de 70 a 79 años, resultado que se corresponde con la elevada esperanza de vida que tiene hoy nuestro país.¹¹

Al distribuir los rangos de agudeza visual por los grupos de edad afectados se pudo observar que los rangos de mejor agudeza visual se corresponden con los grupos de 50 a 59 años sin mostrar afectación con débiles visuales, y muy diferente se mostró el grupo de 60 a 69 años que, aunque presentó su mayor número con agudeza entre 0,4-0,6, deben ser evaluados en los próximos 6 meses al menos, teniendo en cuenta que este grupo es activo laboralmente y en dependencia de la labor que realice el paciente, se verá afectada su actividad. No se debe olvidar el dato de que al menos el 30 % de ellos tienen criterio de cirugía por la toma de agudeza visual y otro pequeño porcentaje son muestra de débiles visuales. Continuando el análisis se pudo identificar que no se muestra dato alguno en el rango de 0,7-1,0 en el grupo de edad entre 70 y 79 años ni datos significativos con agudeza visual entre 0,4-0,6, pero no ocurre así por debajo de 0,3, donde se observó el mayor porcentaje de afectación. De modo similar se comportó el grupo de 80 años y más, pero en este grupo se recogen los datos de la agudeza visual por debajo de 0,3 solamente, con un elevado porcentaje que se corresponde con los ciegos legales por catarata.

En Cuba, las cifras de deficiencias visuales devienen del estudio nacional de prevalencia de deficiencias, discapacidades y minusvalías concluido en 1995. Según el estudio, el déficit visual profundo de ambos ojos era de 3,9 por 1 000 habitantes; el déficit parcial de visión de 30,2 por 1 000 habitantes y otras deficiencias de la visión del 12,2 por 1 000 habitantes, y los mayores de 60 años correspondieron a los de tasas más elevadas. Se hace referencia también a datos nacionales sobre débiles visuales y ciegos legales por cualquier causa.^{11,12,20}

En los Estados Unidos unas 500 000 personas están clasificadas como ciegos legales, la mayoría más de 65 años de edad. En países del Tercer Mundo las tasas de prevalencia e incidencia de ceguera y otras deficiencias visuales muestran cifras muy superiores a la de los países desarrollados o en vías de desarrollo.⁸

Los datos correspondientes a la prevalencia de ceguera por catarata senil en el área estudiada muestra que dicha afectación se correspondía con los grupos de personas mayores de 60 años, pues el grupo comprendido entre 50 y 59 años, que en la bibliografía revisada se incluye en la prevalencia de ceguera por catarata, la afectación de la agudeza visual se comportó por encima de 0,4-0,6. La prevalencia de ceguera por catarata se incrementó con el aumento de la edad y mostró un ascenso desde el 0,72 % para los 60 años hasta un 5,01 % con 80 años y más, y aunque no se comporta de modo similar a las cifras reportadas por otros estudios, sí coincide en el hecho de que a medida que aumenta la edad, lo hace la prevalencia de ceguera por catarata.^{11,12,14,21,22}

En conclusión, las edades comprendidas entre 70 y 79 años de edad mostraron la mayor tasa de prevalencia de catarata senil. La tasa de prevalencia de catarata senil para el sexo femenino representó el mayor número de casos. Los pacientes refieren como síntoma inicial de presentación de la catarata senil, la disminución de la visión. La agudeza visual mayormente afectada se correspondió con el rango entre 0,1-0,3. La prevalencia de ceguera por catarata senil aportó el mayor número de casos en los pacientes mayores de 80 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaughan DG, Asbury T. Oftalmología General. 11na ed. México: El Manual Moderno; 2000. Pp. 203-15.
2. Cristóbal JA. Historia de la Cirugía de la Catarata. En: Centurión V. El libro del Cristalino de Las Américas. Brasil: Livraria Santos Editora; 2007. Pp. 25-37.
3. Alemañy MJ, Villar VR .Oftalmología.5ta ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. Pp. 87-90.
4. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 5ta ed. Madrid: Elsevier; 2004. Pp.173-5.
5. Gray H. Anatomy of the Human Body. 20 ed. Philadelphia: Bartebyly; 2007. Pp.234-43.
6. Gómez LA. Patología general del cristalino. En: Centurión V. El libro del Cristalino de las Américas. Brasil: Livraria Santos; 2007. Pp.9-22
7. Pérez M. Estudio sobre traumatismos oculares. Rev Cub Oftalmol. 2004;17(1):51-6.
8. WHO. Vision 2020. The Right to Sight. Ginebra: WHO; 2001.
9. Visión 2020. El desafío de la Catarata. Salud Ocular Comunitaria. 2006;1(1):5-7.
10. Murthy GVS, Gupta S, Ellwein LB, Munoz SR, Bachani D, Dada VK. A population-based eye survey of older adults in a rural district of Rajasthan: Central vision impairment, blindness, and cataract surgery. Ophthalmology. 2001;108:679-85.
11. Hernández SJR, Padilla GCM, Ramos LM, Ríos CR, Río TM. Resultados del Programa Nacional de Prevención de Ceguera por Catarata. Cuba 2000-2003. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2004;17(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol17_2_04/oft01204.htm
12. Ibáñez M. Alteraciones psicológicas del paciente portador de catarata senil bilateral. Archivo Médico de Camagüey. [serie en Internet] 2005;14(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n1/882.pdf>
13. Siso F, Esche G, Limburg H. RACSS Rapid Assessment of Cataract and Surgical Services. Primera Encuesta Nacional. Venezuela; 2004.
14. Acosta R. Revisión Sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de Catarata. Rev Esp Oftal. 2006;81:509-16.
15. Cabezas LM, Gracias SR J, García CJ. Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005;8(8):301-5.
16. Haider S, Hussain A, Limburg H. Cataract blindness in Chakwal District, Pakistan: Results of a survey. [monograph on internet]. Available from:

<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a714018432~db=all>.
(Consulta: 4 septiembre de 2007)

17. López N LM. Evolution of the sex differential of life expectancy at birth in Cuba. Rev Cub Salud Pública. 2005; 31(3).

18. Limburg H, Kumar R, Indrayan A, Sundaram KR. Rapid assessment of prevalence of cataract blindness at district level. Int J Epidemiol. 1997;26(5):1049-54.

19. Limburg H, Duerksen R, Foster A. Cataract blindness in Paraguay-results of a national survey. Ophthalmic Epidemiology; 2003;10(5):349-357.

20. Pérez PCA, Herrera LZ. Algunos aspectos epidemiológicos y quirúrgicos de la morbilidad por catarata. Mediciogo 2000;6(2). :28-31

21. Limburg H, Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. British Journal of Ophthalmology 2008;92:315-9.

22. Águila LP, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. Rev Panam Salud Publica [serie en internet]. 2005;17(5-6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26276.pdf>

Eglis Esteban García Alcolea. S-51 Apto. 8, Micro 7. Distrito José Martí. Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: egarciaalcolea@yahoo.com y eglis@medired.scu.sld.cu