

ARTICULO ORIGINAL

Repercusión de la cirugía sobre la agudeza visual y la calidad de vida en pacientes seniles.

Impact of surgery on visual acuity and life quality of senile patients

Dra. Mariela Julia Curbelo Gómez;⁽¹⁾ Dra. María Adela LLull Tombo. ⁽²⁾

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. MSc en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. ²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. MSc en Longevidad Satisfactoria. Hospital General Dr. "Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in General Comprehensive Medicine. Specialist in Ophthalmology. MSc. in Children Comprehensive Care. Assistant Professor. ²Second Professional Degree in General Comprehensive Medicine. Specialist in Ophthalmology. MSc. in Satisfactory Longevity. General University Hospital "Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: La cirugía de catarata tiene un valor determinante en la actualidad, con ella se logra mejorar la visión y la calidad de vida del paciente. **Objetivo:** Evaluar el resultado visual, la calidad de vida y las ventajas de la microcirugía de catarata. **Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, con empleo de variables como edad, sexo, antecedentes patológicos personales generales y oculares, del total de pacientes seniles operados de catarata que acudieron a la consulta provincial en el Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el período comprendido del 1 de enero del 2008 al 31 de marzo del mismo año. Se estudiaron 285 pacientes de 60 años y más, se le aplicaron cuestionarios diseñados para el estudio y un examen oftalmológico completo. **Resultados:** Después de dos meses de aplicada la cirugía se comprobó que la agudeza visual mejoró notablemente, llegó a alcanzar 0,5 y más en casi todos los pacientes (97,2%); el 96,8% modificó su calidad de vida después de la cirugía. El grado de satisfacción fue del 96,9 %. **Conclusiones:** Recomendamos esta cirugía porque los pacientes operados de catarata senil presentan evidencias de mejoría en la agudeza visual, función visual y calidad de

vida percibida respecto a su situación antes de la operación.

Palabras clave: Catarata; cirugía; agudeza visual; longevidad; calidad de vida

Límites: Humanos; adulto

ABSTRACT

Background: Cataract surgery is widely accepted nowadays since it helps improving vision and life quality. **Objective:** To assess the visual outcome, life quality and advantages of microsurgery in one of the most common visual diseases. **Methods:** A prospective, descriptive, study including variables as age, gender, general and visual personal pathological history of all the patients who attended to the provisional consultation of the General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" in Cienfuegos between January, 1st 2008 and March 31st, 2008. 285 patients of 60 years and more were studied using questionnaires and a complete ophthalmological study. **Results:** Two months after the surgery it was proved that visual sharpness improved significantly reaching 0,5 and more in almost all the patients (97,2 %); 96,8% changes their life quality after the surgery.

Recibido: 21 de agosto de 2009

Aprobado: 28 de agosto de 2009

Correspondencia:

Dra. Mariela Julia Curbelo Gómez
Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.
Avenida 5 de Septiembre y calle 51-A,
Código Postal 55100

Dirección electrónica: mariela.curbelo@gal.sld.cu

Satisfaction degree was 96.9 % and 96.8 %.
Conclusions: We recommend this surgery since the operated patients present evidences of improvement in visual functioning and sharpness and life quality compared with their conditions before the surgery.

Key words: Cataract; surgery; visual acuity; longevity; quality of life

Limits: Humans; adult

INTRODUCCIÓN

La catarata es precisamente, una enfermedad relacionada con el envejecimiento, y se define como la opacidad del cristalino; es la causa más importante de ceguera evitable a nivel mundial, que representa más de la mitad de los casos con pérdida de visión.⁽¹⁾

El término cataratas deriva de la palabra latina *cataracta* y a su vez del término griego que significa cascada, caída, colapso. Se basa en el proceso anatomopatológico como la pérdida de la transparencia u opacificación del cristalino; desde el punto de vista social es la disminución de la visión, la invalidez o afectación en la calidad de vida de una población.⁽²⁾

Se plantea que la catarata es la enfermedad ocular más frecuente en el mundo, constituye del 40 % al 80 % de todos los casos de ceguera en países en vías de desarrollo.⁽³⁾ Es responsable de la disminución de la agudeza visual (AV) en el 25% de las mujeres y el 12 % de los hombres.⁽²⁾

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 45 millones de personas en el mundo padecen de ceguera, se considera la catarata la causa más importante.^(4,5)

En Cuba, a pesar de contar con una elevada tasa anual de cirugías de cataratas, aún no se cuenta con estudios de prevalencia para determinar mejor la magnitud de este problema de salud que avalen de forma clara los resultados finales de la cirugía desde el punto de vista de la función visual y de la calidad de vida.

En la provincia de Cienfuegos, en el año 2003, existió una tasa de cirugías de catarata de 245 por 100 000 habitantes, que representó una elevada cifra, con un incremento paulatino en el año 2006. Un estudio de pacientes operados de catarata corroboró que el 91,2 % de los pacientes modificaron su calidad de vida de forma positiva después de la cirugía.⁽²⁾

La cirugía de la catarata se considera parte de la cirugía refractiva, y el objetivo final es la recuperación de la visión. Cuando se toma una decisión quirúrgica debe tenerse en cuenta los cambios morfológicos del ojo, las dificultades percibidas y la función visual del individuo.^(2,6)

Actualmente en el ámbito mundial existe una amplia aceptación sobre la importancia de la medida de la calidad de vida para evaluar las intervenciones en el cuidado de la salud. En Oftalmología, el énfasis ha

estado en demostrar la mejoría funcional entre los pacientes intervenidos de cirugía de catarata usando los instrumentos de encuesta de calidad de vida y función visual. Estos estudios se encuentran concentrados en los países industrializados, principalmente porque los instrumentos se han desarrollado y probado en estas poblaciones; otros estudios se realizan en países del tercer mundo, con valiosos instrumentos escasamente empleados en la evaluación de pacientes con cataratas.⁽⁷⁾

Este estudio pretende evaluar el resultado visual, la calidad de vida y las ventajas de la microcirugía de catarata como una de las afecciones oculares de mayor prevalencia.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, con empleo de variables como edad, sexo, antecedentes patológicos personales generales y oculares, del total de pacientes operados de catarata senil que acudieron a la consulta provincial en el Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el período comprendido del 1 de enero del 2008 al 31 de marzo del mismo año. El estudio estuvo conformado por un total de 285 pacientes de 60 años y más con catarata, que acudieron a la consulta de pre-operatorio y fueron operados, coincidió la muestra con el universo del estudio.

Se aplicó un cuestionario sobre calidad de vida y función visual, previa a la cirugía y se repitió 2 meses después de la intervención con igual procedimiento. El grado de severidad del problema asociado con cada pregunta de función visual fue establecido usando una escala de 4 puntos graduada desde nada hasta mucho. Las áreas evaluadas por el cuestionario de función visual fueron las siguientes:

General: la pregunta 1 evaluó la función visual global
Percepción visual: limitación en las actividades diarias y AV. preguntas 2-5.

Visión periférica: pregunta 6.

Adaptación sensorial: adaptación a la luz, oscuridad, búsqueda visual, discriminación de color e incapacidad por deslumbramiento, preguntas 7-10, 12,13.

Percepción de profundidad: pregunta 11.

El cuestionario de calidad de vida estuvo diseñado para enfocar específicamente sobre las actividades que son importantes en la vida diaria en las que el deterioro de la visión tiene un impacto adverso y cubrió los dominios de calidad de vida. Se identificaron las dimensiones más importantes de la calidad de vida que son afectadas por problemas de visión en la población.

Las áreas evaluadas por el cuestionario de calidad de vida fueron las siguientes:

Cuidado personal: comer, vestirse y asearse.

Movilización: caminar por el vecindario, ir de compras, hacer los quehaceres de la casa.

Social: asistir a eventos sociales, reunirse con familiares o conocidos.

Mental: sentimiento de ser una carga para los demás, depresión y pérdida de confianza.

Las preguntas de este formulario fueron valoradas numéricamente del siguiente modo:

4□ si el paciente tiene mucha dificultad para realizar esa actividad.

3,□ 2 y 1 si el paciente tiene una dificultad moderada, mínima, o ninguna para la práctica de una actividad.

El paciente sólo puede elegir entre estas 4 posibilidades.

Finalmente se interpretó de la siguiente forma:

Puntuación mínima 25 = No existe ninguna dificultad o limitación para realizar determinada actividad debido a la visión.

Puntuación máxima 100 =Existe mucha dificultad para realizar esa actividad debido a su visión.

Una vez valorada cada pregunta se extrajo la media (suma total dividida por el número de respuestas valoradas) y se multiplicó la media obtenida por 25.

El resultado final varió de 0 (capacidad de desarrollar todas las actividades sin dificultad) hasta 100 (incapacidad de desarrollar actividades).

Los pacientes finalmente se dividieron en 4 grupos de acuerdo al puntaje obtenido para así evaluar su calidad de vida:

1. I Grupo: Muy buena calidad de vida (0-25)
2. II Grupo: Buena calidad de vida (26-50)
3. III Grupo: Moderada calidad de vida (51-75)
4. IV Grupo: Muy mala calidad de vida (76-100).

Adicionalmente, la satisfacción por el tratamiento fue evaluada por 3 preguntas en una escala de evaluación de 5 puntos: satisfacción general, la agudeza visual comparada con la que tenía antes de la cirugía, y recomendación a un pariente íntimo con respecto a la

cirugía.

A todos los pacientes se les realizó una valoración completa y un interrogatorio indagando datos demográficos, antecedentes patológicos personales generales y oculares. El examen físico oftalmológico incluyó el examen subjetivo de la AV sin cristales y con cristales con la cartilla de Snellen y un examen objetivo de los anexos, segmento anterior, medios, segmento posterior con oftalmoscopio Neitz y lámpara de hendidura Keitz y tensión ocular, mediante tonometría por aplanación, se utilizó el tonómetro de Goldman. ⁽²⁾

Se confeccionó un formulario de datos expresamente para este estudio. El instrumento fue llenado por la autora principal para evitar los sesgos del observador y se utilizó como fuente de información el dato recogido mediante la entrevista directa al paciente, la revisión de la historia clínica, así como los resultados del examen físico ocular. A todos los pacientes se les realizó una cirugía de catarata tunelizada autosellante. Toda la información se recogió aplicando los formularios de datos que se almacenaron y procesaron mediante el paquete SPSS (versión 12.0 en español)

En todos los casos se cumplió con las normas éticas correspondientes para el empleo de humanos en la investigación científica, cada paciente firmó su consentimiento informado para ser operado y para integrar el estudio. Los resultados se muestran en tablas de frecuencia y relación de variables expresados en números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

Se estudiaron 285 pacientes de 60 años y más, predominaron los que poseen entre 70 y 79 años (113 casos para un 39,7 %) y los de sexo masculino con 153 pacientes para un 53,7 %. Al relacionar edad y sexo se comprobaron mayores cifras en el grupo entre 70 y 79 años tanto entre los masculinos (39,9 %) como entre los femeninos (39,4 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes operados de catarata según edad y sexo

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		cantidad	%
	cantidad	%	cantidad ^o	%		
60-69 años	53	34,6	44	33,3	97	34,0
70-79 años	61	39,9	52	39,4	113	39,7
80-89 años	35	22,9	34	25,8	69	24,2
90 y más años	4	2,6	2	1,5	6	2,1
TOTAL	153	100	132	100	285	100
%	53,7 %		46,3 %			

n= 285

Se detectaron 102 personas hipertensas (29,7 %) y 34 diabéticos (9,9 %). Las principales enfermedades oftalmológicas en este estudio fueron el glaucoma y la retinopatía diabética, con 3,8 % y 2,6 % respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales generales y oculares según sexo

Antecedentes patológicos personales	Sexo				Total N= 285	
	Masculino n= 153		Femenino n= 132			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión arterial	39	25,5	63	47,7	102	29,7
Diabetes mellitus	13	8,5	21	15,9	34	9,9
Glaucoma	5	3,3	8	6,1	13	3,8
Retinopatía diabética	2	1,3	5	3,8	7	2,0
Retinopatía hipertensiva	3	1,9	6	4,5	9	2,6
Otras	4	2,6	7	5,3	11	3,2
TOTAL	66	43,1	110	83,3	176	100
	23,1		38,6		61,7	

n= 285

Antes de la cirugía el 53,0 % (n=151) tenían una visión entre percepción de luz hasta 0,1, seguido de aquellos en que la visión se encontraba entre 0,2-0,4 con 128 casos para un 44,9 %. Sólo en 6 ancianos se encontró una AV de 0,5 a 0,7. No se realizó intervención quirúrgica en pacientes con 0,8 o más de visión. Al comparar estas cifras, pasados los dos meses de la cirugía, se observó que 178 pacientes (62,5 %) mejoraron ostensiblemente su AV y se ubicaron en la escala del 0,8 a 1,0 y el 34,7 % alcanzó una visión entre 0,5 a 0,7 (n=99), mientras que sólo 3 pacientes tenían 0.1 o menos de visión para un 1.0 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Influencia de la cirugía de cataratas en la agudeza visual

Agudeza visual	Agudeza visual del ojo con catarata			
	Antes de la cirugía		Después de la cirugía	
	Nº	%	Nº	%
PL – 0,1	151	53,0	3	1,0
0,2 – 0,4	128	44,9	5	1,8
0,5 – 0,7	6	2,1	99	34,7
0,8 – 1,0	0	0,0	178	62,5
TOTAL	285	100	285	100

n= 285

Se observó que antes de la intervención más del 50 % de los casos presentaban afectaciones del cuidado personal debido a su visión, el 56,5 % para comer (n=161), 155 pacientes refirieron tener afectaciones para vestirse para un 54,4 % y el 52,3 % para el aseo (n=149), estas limitaciones se modificaron después de la cirugía, debido a que existió una relación indirectamente proporcional con respecto a la recuperación de la visión, a mejor AV, menor afectación del cuidado personal. (Tabla 4)

Tabla 4. Relación entre los cuidados personales y la recuperación de la visión

Actividades	Relación entre el cuidado personal y la recuperación de la visión			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Bañarse	179	62,8	7	2,5
Comer	161	56,	3	1,1
Vestirse	155	54,4	6	2,1
Asearse	149	52,3	5	1,8

n= 285

Se corroboró que 231 pacientes manifestaban limitaciones para ir de compras a las tiendas lo que representó el 81,1 % del total de los casos, después de operados sólo 9 casos continuaron con igual dificultad para un 3,2 %. El 64,2 % de los ancianos (n=183) refirieron tener afectaciones para caminar por el vecindario, esta alteración fue modificada tras la cirugía, 8 quedaron con esta limitación para un 2,8 %. Antes de la operación 179 pacientes refirieron tener dificultades para hacer los quehaceres del hogar, sin embargo, esta situación se transformó porque sólo 5 longevos operados mantuvieron este problema para un 1,8 % del total de los casos. (Tabla 5)

Tabla 5. Actividades que interfieren en la movilidad por la afectación visual

Actividades	Afectación de la movilidad			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Caminar por el vecindario	183	64,2	8	2,8
Ir de compras a las tiendas	231	81,1	9	3,2
Hacer los quehaceres de la casa	179	62,8	5	1,8

n= 285

Un total de 229 ancianos (80,4 %) tenían limitaciones para asistir a actividades sociales y 198 refirieron dificultades para encontrarse con amigos y parientes debido a la mala visión, que representa el 69,5 %, estas situaciones se modificaron después que se operaron de catarata, quedó el 3,2 % con limitaciones para ir a funciones sociales y el 2,8 % con dificultades para encontrarse con amigos y parientes. (Tabla 6)

Tabla 6. Afectación de la esfera social

Actividades	Afectación de la esfera social			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Asistir a actividades sociales	229	80,4	9	3,2
Encontrarse con amigos y parientes	198	69,5	8	2,8

n= 285

Antes de la operación el 91,6 % refirieron estar deprimidos, el 90,5 % había perdido la confianza para hacer sus cosas, y el 90,2 % manifestó ser una carga para los demás. Una vez operados estas situaciones se modificaron totalmente. (Tabla 7)

Tabla 7. Correspondencia entre la esfera mental, la cirugía y la calidad de vida

Actividades	Afectación de la esfera mental debido a la visión			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Una carga para los demás	257	90,2	6	2,1
Deprimido	261	91,6	4	1,4
Pérdida de la confianza para hacer sus cosas	258	90,5	3	1,1

n= 285

DISCUSIÓN

Las cataratas en los adultos suelen estar asociadas al envejecimiento y su síntoma fundamental es una gradual pérdida de visión, que se incrementa constantemente en los grupos de mayor edad.^(2,8) Esto se corroboró en el estudio realizado, pues el mayor porcentaje de los casos mostró edades entre los 70 a 79 años para un 39,7 %. Cadavinovic y colaboradores hallaron en un estudio sobre cirugía de cataratas y calidad visual, que la edad media de sus casos estaba alrededor de los 65 años de edad.⁽⁹⁾ Sin embargo, otros autores internacionales, encontraron una edad media de 73 años^(10,11) nuestra investigación no difiere de lo reportado en la literatura en cuanto a grupos de edades más afectados.

En el estudio "Desarrollo de la catarata y factores de riesgo asociados," quedó demostrado que la edad avanzada era un factor de riesgo mayor y no modificable para el desarrollo de todos los tipos de cataratas, con una tendencia de riesgo creciente a lo largo de la vida para la catarata nuclear⁽¹²⁾. La tendencia de incidencia creciente de catarata con la edad avanzada es una preocupación de salud pública. La edad tiene una relación directamente proporcional con la aparición de la catarata senil, se plantea que el 50 % de los pacientes entre 65-74 años ya tienen su catarata y esta proporción aumenta a un 70% en las personas de 75 años y más.⁽¹³⁻¹⁵⁾

El mayor porcentaje lo representaron los hombres (53,7 %), esto estuvo condicionado a que este sexo tiene generalmente un marcado acercamiento a los factores de riesgo que se describen como mayor exposición a radiaciones, a la luz ultravioleta, entre otras,⁽⁴⁾ por lo que diferimos de otros estudios revisados donde el sexo que predominó fue el femenino, Cabezas-León en su estudio encontró también que el 60 % de sus pacientes eran mujeres.⁽¹¹⁾

El origen multifactorial y la interacción de diversos factores que sensibilizan los componentes del cristalino a las

influencias nocivas del medio ambiente, conduciendo a su opacificación, hacen imposible su prevención en la actualidad. De ellos la senilidad es la más importante, si se tiene en cuenta su vinculación con otros factores de riesgo. Al no existir medios terapéuticos para evitar su aparición o su evolución hacia la pérdida visual, se trata de una afección que puede ser curable mediante la cirugía. A pesar de que se dispone de procedimientos quirúrgicos simples y seguros, la mayoría de los enfermos permanecen ciegos por diversas circunstancias que no les permiten acceder a la cirugía. Por ejemplo, en Perú, se estima que existen aproximadamente entre 70,000 y 100,000 personas ciegas por catarata, de las cuales son operadas el 10 %, como ocurre en otras áreas pobres del mundo, debido a factores económicos, sociales y psicológicos.

Sólo con la cirugía de catarata se puede resolver el problema visual del paciente, así como otras repercusiones en la esfera psíquica, social y laboral, en la mayoría de los casos, porque no hay dudas de que la visión es uno de los aspectos más importantes de la actividad de las personas, estudios revisados afirman que los éxitos terapéuticos sobrepasan el 80 %, dejando el 20 % restante para los casos con enfermedades generales u oculares que provoquen lesiones irreversibles como la degeneración macular relacionada con la edad, el glaucoma, la atrofia del nervio óptico, la retinopatía diabética e hipertensiva, entre otras, y las complicaciones que puedan aparecer durante o después de la cirugía, de ahí la importancia de conocer los antecedentes personales de enfermedades generales y oculares de los pacientes, así como la realización de un correcto examen físico durante el preoperatorio, para emitir el pronóstico visual al paciente antes del acto quirúrgico.⁽¹⁶⁾

En el trabajo se evidencia un predominio de pacientes hipertensos y diabéticos, si comparamos, se encuentran resultados similares en las bibliografía consultadas,⁽⁴⁾ al afirmar que la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes

mellitus (DM) son las enfermedades crónicas más frecuentes en Cuba y en el mundo, por lo que su control continúa siendo un desafío para la práctica clínica. Se afirma que la prevalencia de hipertensos es proporcional a los años de vida de las personas y más del 30% de la población adulta la padece, ⁽¹⁷⁾ lo que ocasiona una elevada morbilidad cerebrovascular, cardiovascular y ocular, por lo que es de vital importancia el control y seguimiento de la HTA por la frecuencia que este tipo de enfermedad general favorece al desarrollo de enfermedades vasculares, que pueden contribuir a la disminución de la visión de los pacientes. ⁽¹⁷⁾

Al comienzo de este estudio el mayor número de pacientes sometidos a la cirugía (n=285) se encontraban con una agudeza visual inferior a 0,4 según la cartilla de Snellen (con refracción), sólo 6 pacientes para un 2.1 % tenían una visión entre 0,5-0,7 y después de los dos meses de la cirugía el mayor porcentaje mejoró su AV por encima de 0,5 lo que corrobora el resultado hallado en relación con este parámetro. En toda la literatura revisada existen diferencias altamente significativas tanto clínicas como estadísticas, que muestran una marcada mejoría de los casos después de la cirugía. Este porcentaje se hace mayor cuando se emplean técnicas más modernas como la facoemulsificación con incisión pequeña. ⁽²⁾

En un estudio publicado sobre comportamiento de la función visual después de la cirugía de catarata, se encontró que el 85,1 % de los enfermos mejoró su AV medida a los 3 meses de la cirugía en el ojo operado, y el 77,6 % reportaron mejoría en la función visual. ^(2,18) Por lo que no encontramos discrepancias con otros autores

Actualmente se deben valorar tres aspectos fundamentales para considerar que una cirugía es exitosa, estos son: la recuperación visual, la ausencia de morbilidad postoperatoria y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Existe la opinión de que los índices de función visual y calidad de vida sean considerados, al igual que lo es ahora la medida de la AV, para decidir la necesidad de tratamiento quirúrgico en un paciente con cataratas para evaluar los resultados de la cirugía. ⁽²⁾

Las acciones recuperadoras son tan importantes si consideramos que la pérdida visual que afecta a la persona ciega por catarata tiene repercusiones en lo psicológico, social y laboral, afectando severamente su calidad de vida, como comprobamos en el trabajo, que más del 72 % de los pacientes refirieron problemas severos con respecto a la visión de forma general, a la percepción visual, con la visión periférica, con la adaptación sensorial y con la percepción de profundidad, pero también manifestaron sus limitaciones para realizar las actividades

que les son importantes en la vida diaria, como el cuidado personal, la movilización, las limitaciones sociales y las afectaciones en la esfera mental debido al deterioro de la visión, situación que se modificó posterior a la cirugía, ya que más del 96 % de los operados modificaron su vida.

Por lo antes expuesto, la cirugía de catarata no debe decidirse específicamente por la AV, sino que debe emprenderse cuando los beneficios en la calidad de vida pesan más que los riesgos, esto depende de la interferencia que ejerce la catarata en la función visual del paciente. Existe la opinión de que los índices de función visual y calidad de vida sean considerados, al igual que lo es ahora la medida de la AV, para decidir la necesidad de tratamiento quirúrgico en un paciente con catarata y para evaluar los resultados postoperatorios. ⁽²⁾

El grado de satisfacción de los pacientes operados depende de varios factores, entre los que se encuentran los buenos resultados de la cirugía, las no complicaciones, la AV alcanzada y la recuperación postoperatoria entre otras. Diversos autores ⁽¹⁰⁾ plantean que existe una relación directamente proporcional entre la buena AV y la satisfacción positiva del paciente, lo que coincide con nuestro estudio, donde encontramos que el 96,9 % de los operados están conforme con ella, pero existe un 1,4 % que están en desacuerdo con la cirugía, e incluso el 1,1 % de ellos no recomendaría este tipo de cirugía, precisamente estos pacientes fueron los que no alcanzaron mejoría en su visión después de la intervención. Los pacientes operados de cataratas seniles presentaron evidencias de mejoría en la AV, función visual y calidad de vida percibida respecto a su situación antes de la operación.

La medición de los resultados en la cirugía de catarata se ha centrado fundamentalmente en la AV, ya que su finalidad es mejorar esta agudeza y por tanto, la función visual, se considera que esto implica una mejoría en la calidad de vida. Es por ello que cada día toma mayor auge la medición de aspectos tales como: los problemas en las actividades de la vida diaria y el empeoramiento en el nivel de independencia del paciente, todos producidos por la catarata y finalmente recuperados tras la cirugía, así se logra la reincorporación de los ancianos a la sociedad. Evaluamos a través del cuestionario de función visual y el cuestionario sobre calidad de vida el resultado visual final de la cirugía de catarata y su impacto sobre la calidad de vida relativa a la salud; se encontró una diferencia en la función visual y la calidad de vida después de la cirugía, lo que corrobora que este tipo de operación es la solución terapéutica más factible y con mayores resultados en este tipo de enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Romero A, Ramos González N, Ibáñez Morales M, Muñoz Estrada L. Cataratas senil bilateral psicológico pre y post-operatorio. Rev Cubana Oftalmol [monografía en Internet]. 2003[citado 12 abril 2005]; 16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol16_2_03/oft07203.htm
2. López Torrez HJ, López Verdejo MA, Otero Ouime A, López Verdejo J, Montoso Duránh J. Repercusión de la intervención de cataratas en la capacidad funcional del anciano. Arch Soc Espanola Oftalmol. 2004; 5(2):33-37
3. Ventruba J. The influence of visual acuity and contrast sensitivity on subjective evaluation of visual function before and after cataract surgery. Cesk Slov Oftalmol. 2005; 61(4):265-72.
4. Osorio Illas L, Hitchman Barada DL, Pérez Pérez JA, Padilla González C. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud. 2003. Rev. Med Gen Integ [serie en Internet]. 2003 [citado 15 junio 2005]; 19 (5): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/
5. Gupta AK, Tewari HK, Ellwein LB. Cataract surgery in India: Results of a 1999 survey of ophthalmologists. Indian Journal of Ophthalmology. 1999; 46:47-50.
6. Nathenson AL. Cataract development and removal. How to answer the question a patient asks. Postgrad Med. 1999; 91: 129-133.
7. Hennig A, Johnson GJ, Evans JR, Lagnado R, Poulson A, Pradhan D, et al. Long term clinical outcome of a randomised controlled trial of anterior chamber lenses after high volume intracapsular cataract surgery. British J Ophthalmol. 2001; 85(1):11-17.
8. García López MV. Formas de atención. Identificación de los espacios de actuación. En: Enfermería del anciano. Madrid: Ediciones DAE; 2005.p.58-9.
9. Canadanovic V, Latinovic S, Babic N. Quality of life in patients with cataract -VQOL study group report. Pro News Letter. 2005; (35): 23 – 24.
10. López-torres Hidalgo J, López Verdejo MA, Otero Puime A, Belmonte Useros M, López Verdejo J, Montoro Durán J. Repercusión de la intervención de cataratas en la capacidad funcional del anciano. 2004. Arch Soc Esp Oftalmol; 79 (5): 200-208.
11. Cabezas León M, Gracia San Román J, García Caballero J, Morente Matas P. Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005; (8): 301-305.
12. Mukesh BN, Le A, Dimitrou PN, Ahmed S, Taylor HR, CcCarty CA. Development of Cataract and associated risk factors: The Visual Impairment Project. Arch Ophthalmol. 2006; 124(1): 79-85.
13. Tuft SJ, Minassian D, Sullivan P. Risk factors for retinal detachment after cataract surgery; a case-control study. Ophthalmology. 2006; 113 (4): 650-6.
14. Vijava L, George R, Paul PG, Baskaran M, Arvind H, Raju P, et al. Prevalence of open- angle glaucoma in a rural south Indian population. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2005; 46 (812): 4461-7
15. Lee JE, Fos PJ, Sung JH, Amy BW, Zuniga MA, Lee WJ, et al. Relationship of cataract symptoms of preoperative patients and vision-related quality of life. Qual Life Res. 2005; 14(8):1845-53.
16. Valderas JM, Rue M, Guyatt G, Alonso J. The impact of the VF-14 index, a perceived visual function measure, in the routine management of cataract patients. Qual Life Res. 2005; 14(7):1743-53.
17. Osorio Illas L, Hitchamh Barada L, Toledo Y, Silva I. Alteraciones fundoscópicas en el paciente hipertenso en un consultorio del médico de la familia. Policlínico Elpidio Berovides. Revista Cubana Oftalmol. [serie en Internet]. 2003 [citado 18 abril 2005]; 16(1): [aprox 4p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol16_01_03/oft05103.htm
18. Alfonso J. Prevalencia de la HTA en una comunidad del municipio de Cárdenas. Ciudad de La Habana: Félix Varela; 2002.