

Caracterización clinicoepidemiológica de la baja visión en el adulto mayor y su rehabilitación visual

Clinical and epidemiological characterization of the low vision in the older adult and their visual rehabilitation

Dra. Susana Rodríguez Masó,^I Dra. Irene Rojas Rondón,^I Dra. Yanis Vázquez Adán,^I Lic. Adriana Venereo Rodríguez,^I Lic. Bárbara Baute Puerto,^{II} Dra. Yusimí Landrove^{III}

^I Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Especial de Ciego y Débiles visuales. La Habana, Cuba.

^{III} Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Lucía Ñíguez Landín". Holguín, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con diagnóstico de baja visión, así como su rehabilitación.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, en 628 pacientes atendidos en el Servicio de Baja Visión en el período de 2011 a 2012 en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Se recogieron los datos generales, los antecedentes generales y oculares, el defecto refractivo, la causa de la baja visión, la motivación, la ayuda óptica y la evaluación de la rehabilitación visual. La información obtenida se plasmó en una base de datos; posteriormente se procesaron y analizaron para dar salida a los objetivos del estudio.

Resultados: predominaron el sexo femenino, la raza blanca y el grupo de edad entre 70 y 79 años. La mayor parte de los pacientes no presentaron enfermedad sistémica y sí estuvo presente en la mayoría de los pacientes con predominio del glaucoma, lo que constituyó la primera causa ocular de discapacidad visual en estos. La ayuda óptica estuvo en correspondencia con la motivación expresada por ellos, donde la principal fue la lectoescritura. En la mayoría de los casos se logró una adecuada rehabilitación.

Conclusiones: en los casos de baja visión, la rehabilitación presenta relación estadística con el sexo, los antecedentes patológicos generales, la motivación y la ayuda óptica, algunas sin explicación clínica.

Palabras clave: baja visión, rehabilitación visual, adulto mayor con discapacidad visual.

ABSTRACT

Objective: with the objective of characterizing clinical epidemically to the patients with diagnostic of low vision as well as its rehabilitation.

Methods: was carried out a descriptive study, prospective in 628 patients assisted in the service of Low Vision in the period from the 2011 to the 2012 in the ICO "Ramón Pando Ferrer". the general data were picked up, the general and ocular antecedents, refractive defect, causes of the drop vision, motivation, helps optics and evaluation of the visual rehabilitation. The obtained Information was captured in a database, later on they were processed and they analyzed to give exit to the objectives of the study.

Results: it prevailed the feminine sex, the white race and the age group between 70 and 79 years. Most of the patients didn't present systemic illness. I didn't seize in the ocular pathological antecedents that it was present in most of the patients with prevalence of the glaucoma, constituting the first ocular cause of visual discapacidad in these. The optic help was in correspondence with the motivation expressed by the same ones, where the lecture-write was the main one, in most of the cases an appropriate rehabilitation was achieved.

Conclusions: the rehabilitation was evaluated meeting statistical relationship with the sex, the general pathological antecedents, the motivation and the optic help, some without clinical explanation.

Key words: low vision, visual Rehabilitation, bigger adult with visual discapacidad.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico que produce la disminución progresiva de la capacidad funcional del organismo hasta que los cambios regresivos producen una disminución del rendimiento biológico incompatible con la vida. La epidemiología del envejecimiento poblacional señala que existen alrededor de 580 millones o más de personas mayores de 60 años, cifra superior a la existente en la década de los 90, en la que existían solamente 66 millones de personas mayores de 80 años. Se prevé que para el 2050 existirán 2 billones de personas ancianas.^{1,2} En el año 2000 había 63 millones más de mujeres que de hombres de 60 años o más, y en las edades más avanzadas la supremacía era de dos a cinco veces.³

La pirámide poblacional en Cuba se ha transformado con rapidez tras los grandes cambios socioeconómicos producidos en las últimas décadas. Datos estadísticos actuales destacan al país como uno de los más envejecidos en Latinoamérica. El 7 % de la población cubana tiene algún tipo de discapacidad que demanda una creciente atención y rehabilitación, especialmente de ayudas técnicas. Una de las más solicitadas son las ayudas ópticas, ortopédicas y auditivas, las cuales

globalmente solo cubren el 45 % a pesar de haberse tenido en los últimos años mayor financiamiento.⁴

El envejecimiento de la población es profundo y tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana. En lo económico incide en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, incide en la atención de la salud, la composición de la familia y las condiciones de vida, la vivienda y la migración. En lo político, puede influir en los patrones de voto y la representación. La tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible, y es muy poco probable que vuelvan a darse las poblaciones jóvenes del pasado.⁵

En el adulto mayor conservar la visión constituye un elemento fundamental; se conoce que la visión es el máspreciado de los sentidos del ser humano. Además, se estima que es responsable de alrededor del 80 % del total de las sensaciones que se reciben. Son innumerables los síntomas y signos oculares que anuncian el proceso de envejecimiento normal. Se conoce que con el paso de los años la mayoría de las estructuras oculares —como párpados, conjuntiva, sistema lagrimal, córnea, cristalino, vítreo y la retina— degeneran, y aparecen afecciones propias de la senectud. La catarata, el glaucoma, la retinopatía diabética proliferativa, la degeneración macular relacionada con la edad, la retinosis pigmentaria, entre otras, son entidades que producen baja visión. Cuando las afecciones oculares son causadas por el envejecimiento, existen múltiples alternativas de tratamiento. Una de ellas es la prescripción de cristales, el tratamiento médico y las opciones quirúrgicas. En ocasiones estos no logran ofrecer al paciente una visión útil, y aparece la baja visión.^{6,7}

La baja visión se puede definir como la agudeza visual central reducida o la pérdida del campo visual, que incluso con la mayor corrección óptica proporcionada por lentes convencionales, se traduce como una deficiencia visual desde el punto de vista de capacidades visuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 la definió de la siguiente manera: "Un sujeto determinado posee baja visión cuando después de corrección refractiva y/o tratamiento médico y/o quirúrgico posee una agudeza visual igual o inferior a 0,3 (3/18, 20/60) en el mejor ojo y/o un campo visual igual o inferior a 20° del punto central de fijación".^{7,8}

La baja visión, como cualquier otra discapacidad, puede resultar por una alteración en el nacimiento, por un accidente o una enfermedad. Pero se conoce que el mayor porcentaje de las enfermedades que causan baja visión tiende a manifestarse a edades avanzadas; por eso, la incidencia de baja visión en ancianos es mayor que en otros grupos de edades.^{9,10}

Las personas con baja visión mantienen una visión útil que puede ser mejorada con rehabilitación visual, ayudas ópticas y no ópticas, que consisten en dispositivos técnicos específicos que mejoran la visión. Existe gran cantidad de ayudas ópticas y se emplean para múltiples propósitos. Cada ayuda debe utilizarse para una tarea y a una distancia determinada. El hecho de utilizar la visión restante no le perjudica; solo mantiene el sistema visual más activo.

La baja visión no solo repercute en la calidad de vida individual, sino en la relación familiar y social. Es importante el conocimiento de la epidemiología de la baja visión, muchas veces desconocida por los especialistas de los diferentes niveles de atención médica. No existen estudios que aborden la discapacidad visual y la rehabilitación en el adulto mayor. El conocimiento de estas entidades, así como una adecuada rehabilitación visual como opción terapéutica, contribuirá al

mejoramiento de la calidad de vida de estos. Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con diagnóstico de baja visión, así como su rehabilitación, motivó la realización de este estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo cuyo universo de estudio estuvo constituido por los 649 adultos mayores que acudieron a la consulta de baja visión desde enero de 2011 hasta diciembre de 2012. La muestra quedó conformada por 628 pacientes que cumplieron los criterios de selección. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión que los pacientes presentaran baja visión, tuvieran más de 60 años y aceptaran participar en la investigación.

Después de explicársele a cada paciente las características de la investigación y obtener su consentimiento para su participación, se procedió a la recogida de la información, para lo cual se utilizaron las historias clínicas individuales ambulatorias de los pacientes, a quienes se les realizó un adecuado interrogatorio y el examen físico oftalmológico. Toda la información fue registrada en un modelo único de vaciamiento confeccionado al efecto para el posterior resumen de las variables.

Con la información recogida se elaboró una base de datos en Excel, la cual fue procesada con el programa estadístico SPSS versión 11.5. Se revisaron y se comprobaron los datos. Seguidamente a las variables del estudio se les calcularon los números absolutos y los porcentajes. Se aplicó la prueba estadística chi cuadrado con una confiabilidad del 95 % para buscar posible relación entre la evaluación de la rehabilitación y las variables del estudio. La variable motivación se agrupó para su análisis en cerca, mixta y lejos, las que quedaron conformadas de la siguiente forma: cerca, los que se motivaban por la lectoescritura; lejos, por ver TV; y mixta, el resto. Se confeccionaron tablas y gráficos con el fin de hacer más comprensibles los resultados.

RESULTADOS

El mayor porcentaje lo presentó el sexo femenino con el 58,1 %; el grupo de edad de 70 a 79 años (38,4 %) y el color de la piel blanca para el 65,0 %. En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según variables demográficas.

Se encontró que la rehabilitación fue satisfactoria en casi la totalidad de los pacientes (77,5 %), y no se logró en 141 (22,5 %), como se muestra en la figura 1.

En la figura 2 se muestran los pacientes según sexo y evaluación de la rehabilitación. De 365 pacientes del sexo femenino (58,1 %), 324 obtuvieron una evaluación satisfactoria (51,5 %). En el caso del sexo masculino, de 263 pacientes, (41,9 %), obtuvieron una evaluación satisfactoria el 26 %. La prueba estadística arrojó resultados estadísticamente significativos ($p= 0,00$) por lo que existe relación entre el sexo y la evaluación de la rehabilitación.

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables sociodemográficas

Variables	No.	%
Sexo		
Femenino	365	58,1
Masculino	263	41,9
Grupo de edad		
60 - 69	231	36,8
70 - 79	241	38,4
80 y más	156	24,8
Color de la piel		
Blanca	408	65,0
No Blanca	220	35,0
Total	628	100,0

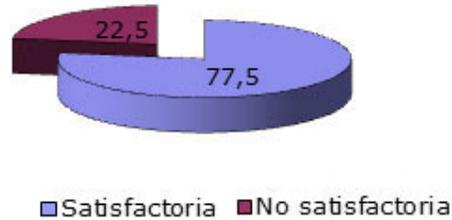


Fig. 1. Pacientes según la evaluación de la rehabilitación.

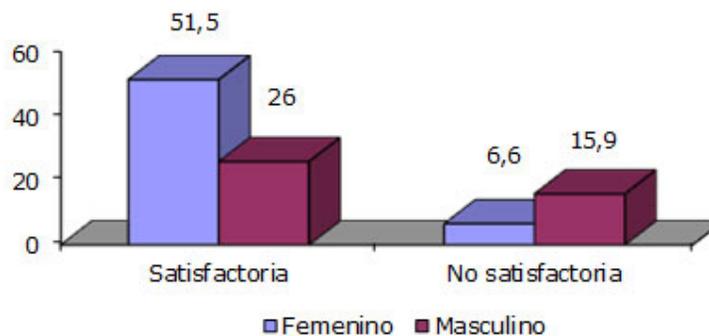


Fig. 2. Pacientes según sexo y evaluación de la rehabilitación.

En la figura 3 se muestran los pacientes según antecedentes patológicos generales y la evaluación de la rehabilitación. De 512 pacientes sin antecedentes (81,6 %), 384 obtuvieron una evaluación satisfactoria para un 61,1 %. Los pacientes con antecedentes sumaron 116 (18,4 %); de ellos, el 16,4 % obtuvo una evaluación satisfactoria. Al aplicar la prueba estadística arrojó resultados estadísticamente significativos ($p= 0,001$), por lo que existe relación entre los antecedentes patológicos generales y la evaluación de la rehabilitación.

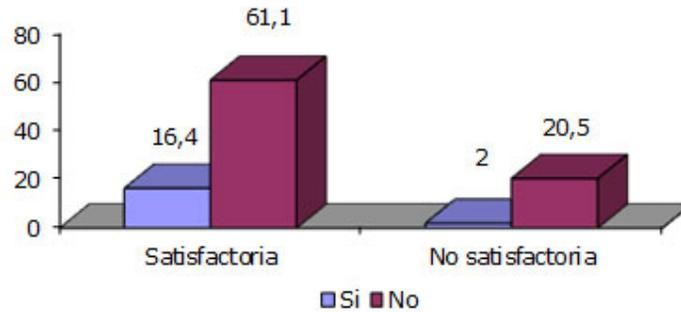


Fig. 3. Pacientes según antecedentes patológicos generales y evaluación de la rehabilitación.

En cuanto a la relación entre motivación y la evaluación de la rehabilitación, como se muestra en la figura 4, de los 628 pacientes, 522 presentaron motivación para tareas de cerca; de estos, 390 (74,7 %) obtuvieron una evaluación satisfactoria. Mostraron una motivación mixta 93 pacientes; en 85 de ellos, la rehabilitación fue satisfactoria (91,4 %), lo que demuestra que existe relación estadística ($p = 0,001$) entre la motivación y la evaluación de la rehabilitación.

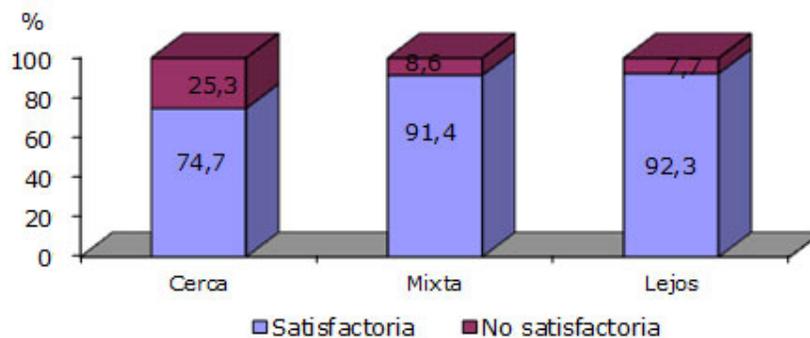


Fig. 4. Pacientes según motivación y evaluación de la rehabilitación.

La tabla 2 ilustra la relación entre los pacientes según ayuda óptica y la evaluación de la rehabilitación. Se observa que de 628 pacientes, 349 emplearon el microscopio como ayuda óptica y en 228 de ellos la evaluación fue satisfactoria

(65,3 %). La lupa fue demandada por 128 pacientes; de estos, 123 presentaron evaluación satisfactoria (96,1 %). Se demostró que la relación entre el tipo de ayuda óptica y la evaluación de la rehabilitación fue estadísticamente significativa ($p= 0,00$).

Tabla 2. Distribución de pacientes según ayuda óptica y evaluación de la rehabilitación

Ayuda óptica	Satisfactoria		No satisfactoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Microscopio	228	65,3	121	3,7	349	100,0
Lupa	123	96,1	5	3,9	128	100,0
Microscopio y lupa	60	88,2	8	11,8	68	100,0
Microscopio y telescopio	35	92,1	3	7,9	38	100,0
Telescopio y lupa	28	90,3	3	9,7	31	100,0
Telescopio	13	92,9	1	7,1	14	100,0
Total	487	77,5	141	22,5	628	100,0
Valor de p	0,00					

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio en pacientes con diagnóstico de baja visión causada por las afecciones degenerativas oculares, por lo que se decidió caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico de la baja visión en el adulto mayor y su rehabilitación visual, y de esta forma poder mejorar su calidad de vida.

En el estudio, el mayor número de pacientes lo presenta el grupo de 70 a 79 años. Esto demuestra que la edad es un factor de riesgo común para muchas de las afecciones sistémicas que se analizan en este trabajo. Cuba es uno de los países más envejecidos en Latinoamérica, lo que justifica la cifra mencionada.

A partir de los 50 años se producen modificaciones en casi todos los sistemas y órganos, lo que coincide con otros estudios.¹¹ En cuanto al sexo, el resultado no difiere de lo reportado por otros autores, quienes plantean mayor afectación del sexo femenino. Esto guarda relación con los cambios hormonales y la expectativa de vida. Se conoce que las féminas muestran mayor preocupación por los temas de salud, ya que solicitan más atención médica en este sentido.¹² Se ha demostrado que las mujeres constituyen el 64 % del número total de personas ciegas a nivel global.¹²

Predominaron los pacientes de piel blanca, dato este que coincide con todas las series consultadas en la bibliografía.⁹⁻¹¹ Esto constituye un factor de riesgo muy importante en estas afecciones, fundamentalmente en la diabetes mellitus. La afección sistémica más frecuente fue la diabetes mellitus. Del 3 al 5 % de la población mundial padece de esta entidad. Esto equivale a que existan alrededor de 30 000 a 50 000 diabéticos por millón habitantes. En un estudio similar, se encontró que esta enfermedad predominó en más de la mitad de los pacientes del estudio.^{12,13} Los antecedentes patológicos personales oculares presentes en los pacientes estudiados predominaron en más de la mitad de ellos. Esto se relaciona

con la causa que influyó en la baja visión de los pacientes longevos, que son más propensos a la discapacidad visual, lo que coincide con la bibliografía revisada.³

En este estudio, el glaucoma constituyó el antecedente patológico ocular más frecuente, dato que concuerda con múltiples estadísticas.^{13,14} Se estima que es la segunda causa de ceguera en el mundo y la primera de ceguera irreversible en América Latina, y afecta a alrededor de 70 millones de personas. En estudio reciente se publicó que para el año 2020 la cifra alcanzará aproximadamente 79,6 millones de personas.¹⁵ La retinopatía diabética proliferativa ocupó el segundo lugar en frecuencia luego del glaucoma, lo cual coincide con el gran número de pacientes diabéticos encontrados en este trabajo.^{16,17}

La causa ocular responsable del mayor número de pacientes con baja visión corresponde también al glaucoma, afección muy relacionada con la edad. La edad avanzada constituye un factor de riesgo de gran importancia, ya que ocupa el tercer lugar luego de la presión intraocular elevada y los antecedentes familiares. Se ha encontrado un incremento de 4 a 10 veces mayor en los grupos de edad por encima de los 60 años.¹⁶ Este alto porcentaje pudiera estar vinculado a que muchas de las afecciones oculares pueden desencadenar secundariamente una hipertensión ocular, y dar lugar a un glaucoma secundario.

Casi la totalidad de los pacientes que se rehabilitaron utilizaron ayudas ópticas para cerca. El microscopio fue el más solicitado, seguido de la lupa. La indicación de la rehabilitación está muy relacionada con la motivación del paciente con discapacidad visual para realizar tareas. Estos necesitan usar más la visión para adquirir mayor independencia, confianza, esperanza y dignidad en sí mismo y el entrenamiento en actividades que propicien autonomía personal. La lecto-escritura fue la motivación que predominó, seguido por la combinación de la lectoescritura y ver televisión. Estas fueron las más solicitadas ya que, el sexo femenino predominó en este estudio, estas tienen mayor riesgo de presentar enfermedades oculares, por lo tanto una incidencia mayor.

En el mayor número de los pacientes, la evaluación de la rehabilitación visual fue satisfactoria, al cumplirse los parámetros del entrenamiento. Los resultados obtenidos fueron similares a los encontrados por otros investigadores.^{18,19} Se analizó la interrelación de las variables estudiadas con la evaluación en la rehabilitación. Se demostró que existe mayor relación entre el sexo femenino y una evaluación satisfactoria en la rehabilitación. La mujer, por el rol que cumple en la sociedad, presenta mayor motivación para realizar tareas, prioriza las necesidades de la familia, la cual depende muchas veces de ella, y muestra un mayor interés y empeño por lograr una rehabilitación exitosa.^{20,21}

En cuanto al color de la piel, antecedentes patológicos personales oculares y causa ocular, se demostró la no relación con la evaluación de la rehabilitación. La rehabilitación visual está modulada por factores como capacidad y experiencia visual, inteligencia, grado de afectación de la agudeza y campo visual, estado psicológico del paciente, que el individuo haya aceptado su nueva condición ocular, la edad, así como la motivación para sentirse independiente y utilizar su visual residual.²²

En el estudio no se demostró relación entre la edad y la evaluación de la rehabilitación, lo cual no coincide con la experiencia obtenida en esta investigación. Esto puede estar relacionado con el hecho de que existen otros factores que pudieron modificar o influir en estos resultados como: el número de sesiones de la rehabilitación, la curva de aprendizaje, el sexo y la motivación.

La relación entre los antecedentes patológicos generales y la evaluación de la rehabilitación arrojó resultados estadísticamente significativos que no se pueden explicar desde la clínica, ya que los pacientes mejor rehabilitados fueron los que presentaban antecedentes, aunque se puede plantear que en estos pacientes, el hecho de tener un mayor conocimiento de su enfermedad y disciplina en la rehabilitación, ayuda a que el afrontamiento a un nuevo tratamiento sea más aceptado.²²⁻²⁴

La motivación y el tipo de ayuda óptica tuvieron relación y resultados estadísticamente significativos con la evaluación de la rehabilitación. La realización de tareas para la visión de cerca se basa en el uso de ayudas como el microscopio y la lupa, así como el desarrollo habilidades como la lectoescritura y ver la televisión. Este resultado está relacionado con la experiencia del rehabilitador, el trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario (oftalmólogo, optómetra, rehabilitador, psicólogo y trabajador social),^{3,11,16,24} así como el seguimiento de los pacientes para comprobar en cada consulta la utilidad de las ayudas ópticas.

Se concluye que en los casos de baja visión, la rehabilitación presenta relación estadística con el sexo, los antecedentes patológicos generales, la motivación y la ayuda óptica, algunas sin explicación clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayarre H, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográficas, epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. GEROINFO. 2006 [citado 24 Marzo de 2013]; 1(3). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf
2. García Carrasco MR. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico-técnica; 2005.
3. Programa de Gerontología y Geriatria. Manual de Geriatria. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Medicina Interna. 2000 [citado 24 Marzo de 2006]. Disponible en: http://Escuela.med.puc.cl/publ/Manual_Geriatria/Geriat_M_05.html
4. Díaz Guzmán E, Cabrera Martínez E. Comportamiento clínico-epidemiológico de la baja visión en el adulto mayor espiritano. Santi Spiritus. Rev Cubana Oftalmol. 2006; 10(2): 1-6.
5. Hernández Castellón R. Importancia, características, retos y perspectivas del envejecimiento de la población. La Habana: Folletos Universidad de La Habana Centro de Estudios Demográficos; 2008.
6. Rojas Rondón I. Resultados quirúrgicos en el adulto mayor con afecciones palpebrales en el Servicio de Oculoplastia. Rev Cubana Oftalmol. 2013; 12(1): 79-89.
7. Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y procedimientos en Oftalmología. Protocolo de actuación en Oftalmología. Generalidades de la Baja Visión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 693-5.

8. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology. A systematic approach. EE.UU: Elsevier. 2007. p. 629.
9. Clare G. Comprendamos qué es la baja visión. Sal Ocul Comunit. 2012;5(12):50-1.
10. Lansingh VC. The epidemiology of cataract and blindness. En: Colectivo de autores. El libro del Cristalino de las Américas. Brasil: Editorial Livraria Santos; 2007. p. 41-8.
11. Masket S, Caprioli J, Lum F. Cataract in the adult eye. Preferred Practice Patterns. EE.UU.: American Academy of Ophthalmology; 2001.
12. Minto H, Gilbert C. Baja visión: todos podemos hacer más. Rev Sal Ocul Comunit. 2013;5(12):49.
13. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y procedimientos en Oftalmología. Protocolo de actuación en Oftalmología. Glaucoma primario de ángulo abierto. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009;34:315-9.
14. Paczka Zapata J. Epidemiología del glaucoma en América Latina. Rev Sal Ocul Comunit. 2013;5(13):77-8.
15. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y procedimientos en Oftalmología. Protocolo de actuación en Oftalmología. Grupos funcionales según tipo de afección visual. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 696-9.
16. Bonafonte S, García Ch. Retinopatía diabética. Madrid: Elsevier; 2006. p. 73-168.
17. Organización Mundial de la Salud. Visión 2020. El derecho a la visión. Iniciativa mundial para la eliminación de la ceguera evitable. Plan de acción 2006-2011. OMS; 2008. p. 1-56.
18. Rodríguez Masó S. Rehabilitación visual en pacientes con degeneración macular relacionada con la edad. Rev Cubana Oftalmología. 2009;22(Sup.):16-21.
19. Hernández Silva JR, Bauza Fortunato Y, Veitía Rovirosa ZA, Río Torres M, Ramos López M, Rodríguez Suárez B. ULTRAMICS: Microemulsificación por ultrachop [Internet]. Noticiero ALACCSA-R; 2009 [citado 24 de julio 2009]. Disponible en: http://www.alacssa.com/tc_ultra.htm
20. Baraño García A. Óptica y optometría. Apuntes sobre rehabilitación visual. Madrid: ONCE; 2008.
21. Chang V. Cómo enseñar a las personas a usar dispositivos para la baja visión. Sal Ocul Comunit. 2012;5(12):50-1.
22. Courtright P. Género y salud ocular. Sal Ocul Comunit. 2010;4(8):10-2.
23. WHO/PAHO. Strategy and action plan for Low Vision in Latin America for 2008-2012. México: Sal Ocul Comunit. WHO/PAHO; 2007 [citado enero de 2009];2(4). Disponible en: <http://www.revistasaludocular.org/4ta.edicion/journal/0101.htm>
24. Hernández Silva JR, Río Torres M, Padilla González CM. Resultados del RACSS en Ciudad de La Habana, Cuba, 2005. Rev Cubana Oftalmol. 2006;19(1):1-6.

Recibido: 24 de febrero de 2014.
Aprobado: 17 de marzo de 2014.

Dra. *Susana Rodríguez Masó*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: susanarguez@infomed.sld.cu