

ARTÍCULO ORIGINAL

Operación de catarata senil con la técnica de Blumenthal en ancianos del municipio venezolano de San Francisco

Senile cataract operation with the Blumenthal technique in elderly from Venezuelan municipality of San Francisco

Dr. Ernesto Marrero Rodríguez,¹ Dr. Osmar Sánchez Vegas¹ y Dra. Dania Valdés Boza¹

¹ Especialistas de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Instructores. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 100 pacientes operados de catarata senil (un ojo en cada caso) con la técnica de M. Blumenthal en el municipio de San Francisco, estado Zulia (Venezuela), en el período febrero- agosto de 2007. Se halló predominio de la catarata en ancianos de 60-69 años y del sexo femenino, de la agudeza visual por debajo de 0.1 y de la catarata mixta. Se obtuvo mejoría visual entre la unidad de visión y 0.3 en casi la totalidad de los integrantes de la casuística y fue bajo el número de complicaciones (con primacía del hifema), todo lo cual reveló que esta técnica resultó ser eficaz para el tratamiento quirúrgico de la citada afección.

Palabras clave: catarata, catarata mixta, anciano, técnica de M. Blumenthal, hifema

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 100 patients operated on for senile cataract (an eye in each case) with the M. Blumenthal technique in San Francisco municipality, Zulia (Venezuela), from February to August 2007. There was prevalence of cataract in 60-69 year-old females, visual acuity below 0.1 and mixed cataract. Visual improvement was obtained between the unit of vision and 0.3 in almost all the patients of the series, and the number of complications (with predominance of hyphema) was low, which revealed that this technique was effective for the surgical treatment of the abovementioned condition.

Key words: cataract, mixed cataract, elderly, M. Blumenthal's technique, hyphema

INTRODUCCIÓN

La catarata es la opacidad progresiva en el cristalino transparente, que cuando alcanza cierta magnitud, dificulta la visión al interferir con el paso ordenado de los rayos luminosos que forman la imagen en la retina; por tanto, deviene la principal causa de dificultad visual y ceguera reversible en el mundo.¹ El envejecimiento puede generar el

endurecimiento y la opacidad del cristalino hasta originar las cataratas seniles, que constituyen el tipo más común de discapacidad producida por la disminución de la visión y, de hecho, un grave problema sociosanitario, teniendo en cuenta que al empeorar el nivel de independencia de los ancianos de ambos sexos y verse imposibilitados de ejecutar las actividades de la vida diaria, estos se convierten en una considerable carga para los demás miembros de la familia.

La operación de catarata es la más comúnmente efectuada en hombres y mujeres, pero fundamentalmente en la población geriátrica.^{2,3}

Diferentes autores^{4,5} han tratado de describir su propio método quirúrgico, muchos de los cuales encaminados a disminuir el tamaño de la incisión, abaratar el costo del procedimiento, así como lograr una rápida y efectiva recuperación visual posoperatoria, a saber: las técnicas de extracción extracapsular del cristalino (que incluían la facofractura como las de Peter Kansas y David Mc Intyre, respectivamente) y la del mininúcleo de Michael Blumenthal.

Desde la llegada de la Misión Barrio Adentro a la República Bolivariana de Venezuela y con ella la Misión Milagro a mediados del 2004, cuyo propósito es ayudar a aquellas personas con bajos recursos económicos para que puedan ser operadas de distintas afecciones oculares, comenzaron a realizarse las primeras intervenciones quirúrgicas oftalmológicas a pacientes con glaucoma, estrabismo, retinosis pigmentaria, pterigión, retinopatía diabética, ptosis palpebral y cataratas, estas últimas predominantemente seniles y operadas con la técnica de Blumenthal.

La justificación del presente artículo se basa en exponer cómo mejoró la agudeza visual en la población tratada, sobre todo en los ancianos, quienes serán cada vez más numerosos en el orbe y particularmente en los países donde las políticas sanitarias priorizan programas de salud encaminados a garantizar la atención médica e incrementar la calidad de vida de los senescentes.

MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de una muestra de 100 pacientes operados de catarata senil (de 122 en total), que asistieron a la consulta de oftalmología en el municipio de San Francisco del estado de Zulia, en la República Bolivariana de Venezuela, desde febrero hasta agosto del 2007, incluidos ambos meses.

A los efectos de la investigación se estudió un ojo por paciente.

Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, ocupación, agudeza visual antes y después de la operación, complicaciones posoperatorias y causas de la no recuperación visual.

La información primaria se obtuvo de las hojas de cargo e historias clínicas individuales.

RESULTADOS

Las cataratas (**tabla 1**) prevalecieron en el grupo etario de 60-69 años (41,0 %) y en el sexo femenino (53,7 %); pero no así en los gerontes de 70-79, entre los cuales primó el masculino, si bien las mujeres fueron las más afectadas en sentido general (53,0 %).

Tabla 1. *Pacientes con catarata senil según grupos etarios y sexo*

Grupo etario (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%*	No.	%*	No.	%
60 a 69	19	46,3	22	53,7	41	100,0
70 a 79	22	59,4	15	40,6	37	100,0
80 a 89	5	26,3	14	73,7	19	100,0
90 y más	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Total	47	47,0**	53	53,0**	100	100,0

* Porcentaje estimado sobre la base del total de cada grupo

** Porcentaje estimado sobre la base de la muestra

En cuanto a las variables ocupación y sexo (**tabla 2**), hubo un marcado predominio de la enfermedad en quienes realizaban labores del hogar (45 de 100), que solían ser preponderantemente las féminas (93,3 %).

Tabla 2. *Pacientes con catarata senil según ocupación y sexo*

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%*	No.	%*	No.	%
Jubilados	28	75,7	9	24,3	37	100,0
Obreros	16	88,9	2	11,1	18	100,0
Labores del hogar	3	6,7	42	93,3	45	100,0
Total	47	47,0**	53	53,0**	100	100,0

* Porcentaje estimado sobre la base del total de cada grupo

** Porcentaje estimado sobre la base de la muestra

Con respecto a la agudeza visual (**tabla 3**), en 75,0 % de los pacientes primaba la de 0,05 a 0,1 antes del acto quirúrgico y solo en 10,0 % fluctuaba entre <0,3 a 0,1; pero después de la operación, en 88,0 % de los intervenidos mejoró hasta alcanzar los grados de 1,0 – 0,3.

Tabla 3. *Pacientes con catarata senil según agudeza visual antes y después de la operación*

Agudeza visual	Antes de la operación		Después de la operación	
	No.	%	No.	%
20/20 – 20/60 (1,0 – 0,3)	-	-	88	88,0
<20/60 – 20/200 (<0,3 – 0,1)	10	10,0	8	8,0
<20/200 – 20/400 (<0,1 – 0,01)	75	75,0	3	3,0
<20/400 (<0,01)	15	15,0	1	1,0
Total	100	100,0	100	100,0

Las complicaciones posoperatorias fueron muy escasas: hifema en 3 (3,0 %) e hipertensión ocular, uveítis y edema corneal en 1 (1,0 %), respectivamente).

En la casuística, entre las causas que impidieron obtener una buena recuperación visual, el primer lugar fue ocupado por la degeneración macular asociada a la edad en 3 de sus integrantes (3,0 %), seguida por la retinopatía diabética en 2 (2,0 %), así como en igual

número (1, para 1,0 %) por la opacidad de cápsula posterior, edema corneal crónico y atrofia óptica.

DISCUSIÓN

Se ha confirmado que la catarata senil está presente en 4 de cada 10 senescentes y en mayor o menor grado en casi todas las personas que rebasan los 70, habida cuenta que esa oftalmopatía se incrementa con la edad, sobre todo después de los 60 años,⁶ como igualmente se halló en esta serie. Cerca de 50 % de los norteamericanos de 65 a 74 años la padecen.^{7,8}

También se ha encontrado que suele afectar más a las mujeres, con primacía en las que se dedican a las labores domésticas y la crianza de los hijos, pues en muchos casos su poca preparación científica les impide acudir en tiempo a la consulta de oftalmología;⁹ hallazgo que se corresponde con lo observado en ese municipio.

En otras investigaciones al respecto^{5,10} se informa que 66 % del total de pacientes intervenidos de catarata, tenían una visión por debajo de 0,1 - 0,01, con la mayor corrección, y 34 % la recuperaron hasta alcanzar valores entre 0,3 - 0,1 en el ojo operado; beneficio que en la muestra estudiada se obtuvo en 88 de los 100 órganos de la vista tratados quirúrgicamente, en 20 % de los cuales la unidad de visión corregida mejoró como promedio 5 líneas en la cartilla de Snellen, pues antes del procedimiento la agudeza visual era inferior de 0,1 en 90 % de ellos.

Para los ancianos, múltiples son las ventajas de la recuperación visual después de la operación de catarata: aumentan el tiempo de conducción, la participación en actividades comunitarias y hogareñas, así como la satisfacción por vivir, a la vez que no solo mejoran la salud mental, la memoria y la capacidad de aprendizaje, sino que disminuyen las manifestaciones somáticas provocadas por la pérdida de la visión.

La cirugía de catarata es exitosa en alrededor de 96% de los pacientes y tiende a evolucionar sin complicaciones, siempre que no haya otra enfermedad asociada;¹⁰ por ello los autores de este trabajo aconsejan que se proceda a su intervención quirúrgica cuando ya se vean limitadas las actividades de la vida habitual de los gerontes, pues aunque las complicaciones posoperatorias graves son poco comunes, su aparición puede conducir a una acentuada pérdida de la visión, toda vez que suelen tratarse de restos corticales, atalamia, mala posición de la lente intraocular, hipertensión ocular, endoftalmitis aguda y descompensación corneal, entre otras, que generalmente se presentan en la ancianidad y acompañadas de otros procesos morbosos crónicos.^{11, 12}

En la muestra investigada, apenas 6 de los 100 pacientes se complicaron, 3 de ellos con hifema, que recibieron tratamiento médico con esteroides tópicos del tipo de la prednisolona al 0,5 % y subconjuntival (triancinolona); midriáticos como la homatropina al 2 %, hipotensores oculares (betabloqueadores como el timolol al 0,5 %), en ambos casos con evolución satisfactoria sin necesidad de reintervención quirúrgica.

Ocasionalmente, después de una operación de catarata senil no complicada, algunos pacientes refieren una agudeza visual indeseada. La degeneración macular asociada a la edad es una causa de pérdida de visión en las personas mayores de 60 años, debido a que solo suele afectar el centro de la vista, y aunque infrecuentemente origina ceguera, a veces puede dificultar leer, manejar vehículos o ejecutar otras tareas diarias para las cuales se necesita el detalle de la vista central. Según Dorothy *et al*,¹³ el riesgo de que

ello ocurra en individuos de mediana edad, es aproximadamente de 2 %; y en los de 75 años y más, de casi 30 %.

La retinopatía diabética fue otra de las afecciones oculares encontradas como génesis de poca recuperación visual, diagnosticada a través de la oftalmoscopia, que permitió observar, en 2 de los pacientes, numerosas microhemorragias con exudados duros y blandos en todo el polo posterior.

Se asevera que hoy existe una tendencia manifiesta al envejecimiento poblacional y que esa propensión continuará produciéndose en la primera mitad del siglo XXI, lo cual significa que aumentarán las oftalmopatías características en la senescencia; sin embargo, los avances terapéuticos en esta rama de la medicina garantizarán que cada vez un número más elevado de adultos mayores mejore o recobre la visión, que fue lo que ocurrió con la agudeza visual en la muestra de los venezolanos intervenidos en el municipio de San Francisco con la técnica de M. Blumenthal por presentar cataratas seniles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 41(3):223-33.
2. Latorre JM, Montañés J. Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: *Vejez, envejecimiento y sociedad en España. Siglos XVI-XXI*. La Mancha: Universidad de Castilla, 2005.
3. Rosenthal R, Kavic S. Assessment and management of the geriatric patient. *Crit Care Med* 2004; 32 (suppl 4):92-105.
4. García González I. Estudio de células endoteliales corneales en pacientes operados de catarata con la técnica de M. Blumenthal. Curso Internacional por el XVII Aniversario del Centro de Microcirugía Ocular. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", 2006.
5. Rodríguez J. *Un mundo de ciegos*. Caracas: Ciencia y Bienestar, 2005.
6. Miranda M, García S. Sobre las influencias ambientales relevantes en la prevención del desarrollo precoz de la catarata senil. *Bol Asoc Med P Rico* 1981; 73:18-26.
7. Hernández Silva JR, Padilla González CM, Ramos López M, Ríos Cazo R, Ríos Torres M. Resultados de la facoemulsificación en 4 años de experiencia. *Rev Cubana Oftalmol* 2004; 17(2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol17_2_04/oft09204.htm#cargo> [consulta:18 enero 2010]
8. Rabsilber TM, Auffarth GU. Pharmacological means to prevent secondary cataract. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2006; 223(7):559-67.
9. Mackool RJ, Mackool RJ Jr. Removal of the lens epithelial cells to delay anterior capsule- intraocular lens adherence. *J Cataract Refract Surg* 2006; 32(10):1766-7.

10. Venkatesh R. Phacoemulsification vs manual small-incision cataract surgery. *Ophthalmology* 2006; 113(10):1884-5.
11. Kurz S, Krummenauer F, Gabriel P, Pfeiffer N, Dick HB. Biaxial microincision versus coaxial small-incision clear cornea cataract surgery. *Ophthalmology* 2006; 113(10):1818-26.
12. Unal M, Yucel I, Akar Y, Oner A, Altin M. Outbreak of toxic anterior segment syndrome associated with glutaraldehyde after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2006; 32(10):1696-1701.
13. Dorothy M, Appthurai B, Maylahn C. Enfermedades oculares vinculadas a la edad: Un desafío para los profesionales de la Salud. *Prev Chronic Diseases* 2005; 2 (3): 200-4.

Recibido: 15 de marzo de 2010
Aprobado: 23 de marzo de 2010

Dr. Ernesto Marrero Rodríguez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", carretera de El Caney, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: marrero@medired.scu.sld.cu