

ARTÍCULO ORIGINAL

Individualización de pacientes con baja visión en el Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Individualization of low vision patients in "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital Ophthalmologic Center

MsC. Sonia Rafaela Fernández Pérez,¹ Dr. C. José Arturo de Dios Lorente,² MsC. Mirelvis Leyet Romero,³ Dra. Carmen Castillo Vázquez⁴ y MsC. Eudisia Roncourt Colás⁵

¹ Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Instructora. Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y II grado en Oftalmología. Máster en Urgencias Médicas. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Medicina del Trabajo. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 73 pacientes con baja visión, que asistieron a la consulta del Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde julio hasta diciembre del 2009, a fin de describir algunas características clínicas y demográficas. La degeneración macular asociada a la edad primó en más de 25,0 % de los integrantes de la casuística, seguida por el glaucoma crónico simple y la miopía degenerativa y, según lugar de procedencia, los pertenecientes al municipio de Santiago de Cuba representaron 73,0 % del total. Se logró rehabilitar a 89,0 % de los pacientes examinados y tratados.

Palabras clave: baja visión, degeneración macular, glaucoma crónico, miopía degenerativa, rehabilitación visual, Centro Oftalmológico

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 73 patients with low vision who visited the Ophthalmologic Center at "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General

Hospital in Santiago de Cuba was carried out from July to December 2009 in order to describe some clinical and demographic characteristics. Macular degeneration associated with age prevailed in more than the 25,0% of the case material, followed by simple chronic glaucoma and degenerative myopia and, according to origin place, those belonging to Santiago de Cuba municipality represented 73,0% of the total. It was possible to rehabilitate the 89,0% of the examined and treated patients.

Key words: low vision, macular degeneration, chronic glaucoma, degenerative myopia, visual rehabilitation, Ophthalmologic Center

INTRODUCCIÓN

La baja visión es el resultado de un trastorno en el sistema visual por distintas enfermedades que las lentes comunes no pueden corregir.¹

Una persona con baja visión es aquella que presenta en el mejor ojo, después de un tratamiento médico o quirúrgico o corrección refractiva convencional o ambos, una agudeza visual en el mejor ojo que va desde 20/70 hasta percepción de la luz, o un campo visual desde el punto de fijación de 20 grados o menos, pero que es potencialmente capaz de utilizar la visión residual con propósitos funcionales.^{2,3}

La ceguera y las discapacidades visuales graves tienen un notable impacto en el desarrollo socioeconómico de los individuos y las sociedades. La pérdida de visión causa además enormes sufrimientos humanos para el individuo afectado y su familia; sin embargo, en 80 % de los casos se puede prevenir o curar.⁴

La prevención de las discapacidades visuales evitables se traduce en ahorros sustanciales a largo plazo en concepto de atención sanitaria y gastos sociales, en proporción al número de individuos que dejan de necesitar asistencia médica o social. A esto se añaden las economías que se derivan de la menor necesidad de familiares que cuiden de la persona discapacitada.⁵

Existe un aumento de las discapacidades visuales atribuibles al mayor envejecimiento de la población por el aumento en la expectativa de vida, especialmente en los países desarrollados. Las enfermedades oftalmológicas que afectan a personas mayores como el glaucoma, la degeneración macular asociada a la edad o la retinopatía diabética, precisan tratamientos prolongados en el tiempo, lo que supone gran coste económico y mayor dificultad en el cumplimiento terapéutico.⁶

En todo el mundo, por cada persona ciega, hay un promedio de 3,4 personas con baja visión. Resulta difícil determinar la prevalencia de personas con ceguera y baja visión. No existen suficientes estudios epidemiológicos en este sentido, la mayoría de ellos con limitaciones.^{7,8}

En el mundo actual, la atención a la baja visión constituye un reto sanitario global por la cifra de personas afectadas, que según la Organización Mundial de la Salud, asciende a 150 millones y este número pudiera continuar en aumento como consecuencia del crecimiento demográfico y la mayor expectativa de vida.^{4,9}

Las causas de ceguera y baja visión varían de diferentes regiones o países a otros y están estrechamente relacionadas con la situación socioeconómica, cultural, climática y, aún, ecológica, en un sentido más amplio.

En Cuba, la discapacidad visual se estimaba en 12,66 % de la población (46 455 personas), según un estudio psicofísico realizado durante el período 2001-2003, y se ha avanzado en la consolidación del programa de discapacidad visual.⁸

Por todo lo planteado anteriormente y con vista a contribuir al pesquisaje, control y seguimiento de pacientes con baja visión y, de hecho, impactar en los indicadores de calidad tanto de la provincia como del país, se llevó a cabo esta investigación.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 73 pacientes con baja visión, que asistieron a la consulta del Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde julio hasta diciembre del 2009, a fin de describir algunas características clínicas y demográficas.

La información al respecto se obtuvo de las hojas de cargo archivadas. Entre las variables de interés figuraron: edad, sexo, enfermedades oftalmológicas, área de procedencia y ayuda óptica.

RESULTADOS

En la serie, se observó que el grupo etario más representado fue el de 61-80 años (**tabla 1**), con 30 pacientes, para 41,0 %, y que las féminas tuvieron la primacía, con 41, para 56,0 %.

Tabla 1. *Pacientes según grupos de edades y sexo*

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 20	5	6,9	4	5,4	9	12,3
21-40	6	8,2	2	3,0	8	11,0
41-60	9	12,3	7	9,5	16	22,0
61-80	14	19,1	16	22,0	30	41,0
81 y más	7	9,5	3	4,1	10	13,7
Total	41	56,0	32	44,0	73	100,0

Las entidades clínicas más frecuentemente encontradas en este estudio (**tabla 2**) fueron la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), para 24,0 %, con predominio en las mujeres (15,0 %); el glaucoma crónico simple, con 20,0 %, que en los hombres afectó a 12,3 %; y la miopía degenerativa, con 14,0 % y mayor representación en mujeres (8,0 %).

Tabla 2. *Pacientes según afecciones oculares y sexo*

Afecciones oculares	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
DMAE	11	15,0	7	9,6	18	24,0
Glaucoma crónico simple	6	8,2	9	12,3	15	20,0
Neuropatía óptica	-	-	1	1,4	2	3,0
Retinopatía diabética proliferativa	4	5,4	1	1,4	5	7,0
Miopía alta	2	2,7	2	2,8	4	5,0
Miopía degenerativa	6	8,2	4	5,4	10	14,0
Aniridia congénita	2	2,7	-	-	2	3,0
Albinismo ocular	1	1,4	1	1,4	2	3,0
Queratopatía bulosa	1	1,4	1	1,4	2	3,0
Atrofia óptica	2	2,7	5	6,9	7	10,0
Catarata congénita	1	1,4	-	-	1	1,0
Distrofia macular	1	1,4	-	-	1	1,0
Hipermetropía elevada	1	1,4	-	-	1	1,0
Glaucoma congénito	2	2,7	-	-	2	3,0
Oftalmopatía tiroidea	-	-	1	1,4	1	1,0
Hemovítrea	1	1,4	-	-	1	1,0
Total	41	56,0	32	44,0	73	100,0

El municipio de Santiago de Cuba fue el más representado (**tabla 3**), con 53 pacientes, para 73,0 %, seguido por el de Palma Soriano (11,0 %) y el de Julio Antonio Mella (4,0 %). En relación con la distribución según el sexo, se observó que las féminas prevalecieron en los 3 municipios antes mencionados.

Tabla 3. *Pacientes según área de procedencia y sexo*

Área de procedencia	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Santiago de Cuba	27	39,6	26	35,8	53	73,0
Palma Soriano	6	8,2	2	3,0	8	11,0
Julio Antonio Mella	2	3,0	1	1,3	3	4,0
San Luis	1	1,3	1	1,3	2	3,0
Contramaestre	2	3,0	-	-	2	3,0
Guamá	-	-	1	1,3	1	1,0
Holguín	1	1,3	1	1,3	2	3,0
Moa	1	1,3	-	-	1	1,0
Guantánamo	1	1,3	-	-	1	1,0
Total	41	56,0	32	44,0	73	100,0

Al relacionar la edad con las enfermedades oftalmológicas (**tabla 4**), se obtuvo que el grupo etáreo más representado fuera el de 61-80 años, con 31 pacientes, para 42,0 %, y que el glaucoma (36,6 %), seguido por la degeneración macular asociada a la edad (26,6 %) constituyeron las afecciones más frecuentes en estas edades. El grupo que le siguió fue el de 41 a 60 años, con 21,0 % de los pacientes estudiados, afectados en orden de frecuencia por retinopatía diabética proliferativa (19,0 %), miopía degenerativa (19,0 %), glaucoma crónico simple (13 %) y DMAE (13%).

Tabla 4. *Pacientes según grupo etáreo y enfermedades oftalmológicas*

Grupos etáreos (en años)	Enfermedades	Pacientes		Total	
		No.	%	No.	%
Hasta 20	Miopía alta	4	44,0	9	12,3
	Aniridia congénita	2	22,0		
	Catarata congénita	1	11,0		
	Albinismo ocular	2	22,0		
21 a 40	Miopía degenerativa	4	50,0	8	11,0
	Distrofia macular	1	12,5		
	Glaucoma congénito	2	25,0		
	Glaucoma crónico simple	1	12,5		
41 a 60	Neuropatía óptica	1	6,6	15	21,0
	Retinopatía diabética	3	19,0		
	Retinopatía proliferativa	1	6,2		
	Retinopatía proliferativa	3	19,0		
	Hipermetropía elevada	2	13,0		
	Hipermetropía elevada	1	6,2		
	Miopía degenerativa	1	6,2		
	Glaucoma crónico simple	2	13,0		
	Glaucoma crónico simple	1	6,2		
	Atrofia óptica				
	Oftalmopatía tiroidea				
	DMAE				
	Hemovítrea				
	DMAE	8	26,6		
DMAE	11	36,6			
61 a 80	Glaucoma crónico simple	2	6,6	31	42,0
	Queratopatía bulosa	5	17,0		
	Atrofia óptica	2	6,4		
	Retinopatía diabética	3	10,0		
80 y más	Retinopatía proliferativa			10	14,0
	Miopía degenerativa				
	Glaucoma crónico simple	1	10,0		
	Glaucoma crónico simple	8	80,0		
80 y más	DMAE	1	10,0		
	Atrofia óptica				
Total				73	100,0

La lupa y el telescopio, por separado, constituyeron las ayudas ópticas más utilizadas por los afectados (**tablas 5-5A**), y los meses en que más se emplearon fueron octubre, para la primera, con 13,6 %, y septiembre, para el segundo, con 4,1 %. Se logró rehabilitar a 65 pacientes, lo que representó 89,0 % del total de personas estudiadas y atendidas.

Tabla 5. *Pacientes según ayudas ópticas por meses (tercer trimestre del año)*

Tipos de ayudas ópticas	Julio		Agosto		Septiembre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lupa	8	11,0	7	9,6	3	4,1
Telescopio	3	4,1	2	2,7	3	4,1
Microscopio	1	1,3	2	2,7	-	-
Telescopio y lupa	-	-	-	-	2	2,8
Microscopio y lupa	-	-	-	-	-	-
Total	12	16,4	11	15,0	8	11,0

Tabla 5A. *Pacientes según ayudas ópticas por meses (cuarto trimestre del año)*

Octubre		Noviembre		Diciembre		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10	13,6	6	8,1	6	8,2	40	61,0
2	2,8	2	2,8	2	2,8	14	22,0
1	1,3	-	-	-	-	4	6,0
2	2,8	2	2,8	-	-	6	9,0
-	-	1	1,3	-	-	1	2,0
15	20,5	11	15,0	8	12,0	65	100,0

DISCUSIÓN

El envejecimiento demográfico, sumado al notable aumento de la deficiencia visual en los grupos etarios de más edad, explica el gran aumento observado en la demanda de servicios para las personas con baja visión.¹⁰

Fernández Mena *et al*⁸ en su estudio sobre deterioro visual en el adulto mayor realizado en el Policlínico "Andrés Pérez" del municipio de Guanabacoa, durante el período 2003-2005, coincidieron con otras investigaciones^{9,10} efectuadas en Cuba sobre la afección, específicamente en los pacientes ciegos y débiles visuales, al reflejarse mayor perjuicio en personas de la tercera edad. Todo lo cual se corresponde con los resultados de la serie, donde el grupo etario más afectado resultó ser el de 61-80 años.

Si se tiene en cuenta, además, que el promedio de vida de la población adulta sobrepasa los 76 años, se entenderá que las enfermedades oculares relacionadas con el envejecimiento se observan con frecuencia y tienen una tendencia ascendente, por lo cual el problema cobrará mayor magnitud en el futuro.^{11,12}

En relación con el sexo, los resultados de otros estudios coinciden con los de la casuística al plantear que las mujeres se encuentran más afectadas por baja visión, lo cual puede estar dado por la longevidad femenina, o sea, debido a que las mujeres viven más años que los hombres, padecen más ceguera causada por enfermedades relacionadas con la edad. Sin embargo, los datos de los miembros de la Organización Nacional de Ciegos Españoles sugieren que no existe diferencia por género.^{2,8}

Las investigaciones indican de forma sistemática que las mujeres de todas las regiones del mundo y todas las edades tienen un riesgo notablemente mayor que los hombres de padecer discapacidades visuales, en particular por la mayor esperanza de vida de estas; en las sociedades más pobres sucede debido a la falta de acceso a los servicios médicos.¹³

Al respecto, otros autores¹⁴ difieren de lo encontrado en los estudios anteriores, pues, según lo obtenido por ellos, la prevalencia de ceguera y baja visión es menor para el sexo femenino que para el masculino.

Rodríguez Masó y Roselló Leyva¹⁵ en su investigación sobre rehabilitación en pacientes con degeneración macular relacionada con la edad informaron predominio en el sexo femenino y el grupo etario de 70-74 años, con lo cual quedó demostrado que la edad sigue constituyendo el factor de riesgo principal en esta afección. Otros autores¹⁶ han hallado datos equivalentes en relación con esta enfermedad, en tanto que las personas cercanas a los 50 años de edad tienen 2 % de desarrollarla y los que pasan los 75 años incrementan el peligro en 30 %.

Por otra parte, en contraposición a lo antes señalado, otros estudiosos⁷ del tema plantean que no existen diferencias importantes en cuanto al sexo en la frecuencia de esta afección.

Se ha planteado ¹⁷ que más de la mitad de todas las personas con impedimento visual, lo deben al glaucoma, lo cual no coincide con lo obtenido en la serie. Sin embargo, los resultados sí se corresponden en que la mayoría de los afectados con la enfermedad eran hombres.

Un estudio efectuado en un área de salud del municipio de La Lisa en Ciudad de La Habana, reveló que la mayor prevalencia de enfermedades oculares correspondió, en orden descendente, a glaucoma, miopía degenerativa y retinosis pigmentaria; todo lo cual difiere de los hallazgos de la serie. ¹⁰

No concuerdan con la casuística, las investigaciones donde se plantean como principales causas de baja visión: cataratas no operadas, opacidades de la córnea no tracomatosas, atrofia óptica glaucomatosa y anomalías de refracción. ¹¹

Respecto a la distribución de los pacientes provenientes de diversos municipios, el de Santiago de Cuba tuvo mayor representación, con predominio en las mujeres, lo que se especula esté en relación con el tamaño y la densidad poblacional de este, así como la accesibilidad de los pacientes de este territorio al servicio del centro oftalmológico. No se encontraron estudios relacionados con el tema en la región, por lo que no pudieron ser realizadas comparaciones.

Las discapacidades visuales se distribuyen desigualmente entre los diferentes grupos etáreos. A medida que aumenta la prevalencia de enfermedades que afectan a los ojos, habrá más personas que padezcan afecciones capaces de provocar baja visión, tales como la degeneración macular relacionada con la edad, la retinopatía diabética y el glaucoma; dichas enfermedades están representadas de forma diferente en los grupos de edades establecidos a partir de la tercera edad. ¹³

Se ha publicado que en los niños, la discapacidad visual suele ser producida por retinopatía del prematuro, retinoblastoma, tumores intracraneales y glaucoma infantil; en adultos, la causa principal está dada por la retinopatía diabética, seguida de la retinosis pigmentaria y la neuritis óptica provocada por inhalantes o la ingestión de alcohol inadecuado para el consumo humano. ¹³⁻¹⁸ Lo anterior se diferencia de los hallazgos en este estudio.

La rehabilitación visual es un conjunto de procesos encaminados a obtener el máximo aprovechamiento visual de un paciente con baja visión, para lo que se utilizan ayudas que pueden ser ópticas (o no) y no ópticas. ^{2,19}

De hecho, las ayudas ópticas indicadas, están relacionadas con las metas de los pacientes y su objetivo es elevar la calidad de vida mediante el logro de autonomía y autosuficiencia en estas personas. ¹²

En la serie las ayudas ópticas más utilizadas fueron la lupa y el telescopio, otros investigadores han indicado con mayor frecuencia, además de las lupas manuales, los microscopios.

Un número importante de los pacientes estudiados lograron ser rehabilitados, lo que coincide con los resultados de un estudio realizado en Sancti Spíritus en el período 2001-2005. ²⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Vargas O, Orozco Buenrostro C, Rentería García H. Estudio comparativo entre ayudas ópticas microscópicas y telescópicas en diferentes patologías de baja visión. <<http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista32/estudio.htm>> [consulta: 21 enero 2009].
2. Vila López JM. Apuntes sobre rehabilitación visual. Madrid: ONCE, 1994.

3. Alessandro C. Baja visión. *Notic Oftalmol Panam* 1998; 15(2):2-8.
4. Landín Sorí M, Romero Sánchez RE. La ceguera y baja visión en el mundo: ¿Un problema médico o social? *Rev Hum Med* 2006; 6(2).
5. Dineen B. Health promotion and community participation in eye care services. *Community Eye Health* 2002; 12(40):53-6.
6. Cejudo M. Reseña y comentarios sobre una selección de apuntaciones a la última edición de la conferencia internacional sobre baja visión. Madrid: ONCE, 2001.
7. Hitchman Barada D, Arencibia Pérez H, Vega García E, Villar Pena M, González Landa A, Medina Vázquez O, et al. Programa Nacional de Baja Visión, 2005-2010. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2010.
8. Fernández Mena Y, Núñez Blanco P, Castilla Selva A, Sosa Palacios O, Gómez Chávez M. Estudio epidemiológico del deterioro visual en el adulto mayor perteneciente al Policlínico Andrés Ortiz durante el periodo 2003-2005. <<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZAIVZZEuaCEjeaeV.php>> [consulta: 21 enero 2009].
9. Cruz Fraxedas GA, Rodríguez Pargas A, Landín Sorí M, Cardoso Gillén E. Rehabilitación en pacientes glaucomatosos con baja visión. *Archivo Médico Camagüey* 2003; 7(1) <<http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n1/771.htm>> [consulta: 21 enero 2009].
10. Osorio I, Hitchman DL, Pérez JA, Padilla C. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5).
11. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra, et al. *Temas de Medicina Interna*. 4 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002; t1:166.
12. Hitchman D, Mier M, Rodríguez S. Rehabilitación óptica en la degeneración macular relativa a la edad. *Rev Cubana Oftalmol* 2002; 15(1):1-2.
13. Organización Mundial de la Salud. Plan Visión 2020. El derecho a la visión: iniciativa mundial para la eliminación de la ceguera evitable. <<http://apo.org.ar/articulos/46-plan-vision-2020-el-derecho-a-la-vision.html>> [consulta: 21 enero 2009].
14. Cabrera Martínez A, Río Torres M, Hernández Silva JR y Padilla González CM. Prevalencia de ceguera y limitación visual severa, en personas mayores de 50 años de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Oftalmol* 2007; 20(2).
15. Rodríguez Masó S, Roselló Leyva A. Rehabilitación visual en pacientes con degeneración macular relacionada con la edad. *Rev Cubana Oftalmol* 2009; 2(Supl):16-21.
16. Quiñones Guillén Y, Sánchez Miranda M, Sera Velásquez S, García Alcolea EE, Velásquez Manresa M, Batista Hernández LM. Rehabilitación visual en pacientes con baja visión. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Febrero 2005-agosto 2008. *Revista Misión Milagro* 2009; 3(3) <<http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no3/inv3304.php>> consulta: [21 enero 2009].
17. Cruz Fraxedas GA, Rodríguez Pargas A, Landín Sorí M, Cardoso Gillén E, Rehabilitación en pacientes glaucomatosos con baja visión. *Archivo Médico de Camagüey* 2003; 7(1). <<http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n1/771.htm>> consulta: [21 enero 2009].
18. Villarreal MG, Ohlsson J, Abrahamsson M. Myoperation. The refractive Tendency in teenagers. Prevalence of myopia among young teenagers in Sweden. *Acta Ophthalmol Scand* 2000; 78(2):177-81.

19. Sierra J. Ayudas visuales de baja visión en pacientes con degeneración macular senil. *Oftalmología* 2000; 2:45-53.
20. Díaz Guzmán E, Cabeza Martínez E, Ruiz Pérez M, Rodríguez Rodríguez M, Nazco Fariñas G. Comportamiento clínico-epidemiológico de la baja visión en Sancti Spíritus. Estudio de cinco años (2001-2005)
<[http://www.magon.cu/infociencia/Art%C3%ADculos/2006/Art.Vol%2010-\(2\)-2006/bajavision421.pdf](http://www.magon.cu/infociencia/Art%C3%ADculos/2006/Art.Vol%2010-(2)-2006/bajavision421.pdf)> consulta: [21 enero 2009].

Recibido: 25 de mayo de 2010

Aprobado: 16 de junio de 2010

Dra. Sonia R. Fernández Pérez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", carretera del Caney s.n., entre 22 y 24, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.

Dirección electrónica: arturode@medired.scu.sld.cu