

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Algunas variables clínico epidemiológicas de los pacientes con el diagnóstico de neuropatía óptica atendidos en la consulta provincial de baja visión.

Some clinical epidemiologists variables of patients with Optical Neuropathy diagnosis taken care of the provincial consultation of low vision.

Vicente Fernández Pérez (1), Yohany Díaz Díaz (2), Yoarsig Oñoz Gálvez (3), Carlos Alberto Pérez Padilla (4).

RESUMEN

Las neuropatías ópticas son causa frecuente de baja visión y ceguera. Se identificaron algunas variables clínico epidemiológicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de neuropatía óptica en la consulta de Baja Visión del Hospital General Provincial Docente: "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila durante el período comprendido de enero 2009 a octubre 2011. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en 120 pacientes con el mencionado diagnóstico. El 57,5% de los pacientes pertenecían al grupo de edad de 61 a 80 años, predominó el sexo masculino (60%), el 75% de los pacientes presentaban atrofia óptica glaucomatosa, del total de pacientes con atrofia óptica glaucomatosa, el 56.7% de los pacientes procedieron del municipio Ciego de Ávila. Fueron clasificados el 70.8% como de débiles visuales ligeros y el 65% de los pacientes se rehabilitó. El grupo de edad de entre 61 y 80 años y el sexo masculino fueron los que aportaron el mayor número de casos, la neuropatía óptica glaucomatosa y la procedencia urbana fueron las que predominaron en la investigación, la mayor parte de los pacientes atendidos fueron clasificados de baja visión y rehabilitados.

Palabras clave: ENFERMEDADES DEL NERVIO OPTICO/epidemiología, BAJA VISIÓN.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Instructor.
4. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor auxiliar.

INTRODUCCIÓN

La visión desempeña un papel importante en nuestras vidas. Es el sentido que más nos comunica con el medio ambiente, el hombre es fundamentalmente un ser visual. La pérdida de la visión produce un daño irreparable, no sólo en el que la padece, sino también en su entorno social más cercano (1-2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 41 y 52 millones de seres humanos es ciega o débil visual, de los cuales 90% viven en países en vías de desarrollo y 80% han perdido la visión por enfermedades cuya evolución puede ser modificada (3).

En Cuba la prevalencia de ceguera es de 56 000 personas (1: 200 habitantes) y la prevalencia de baja visión de 180 000 personas (4).

Los estudios muestran que la pérdida de visión afecta a los latinos a una edad más temprana que a otras comunidades (5).

La atrofia óptica causa frecuentemente baja visión, provocada generalmente por el glaucoma de ángulo abierto y el diagnóstico y tratamiento temprano ya sea médico o quirúrgico, pueden ayudar a evitar la pérdida de la visión por lesión irreparable del nervio óptico y de la consiguiente

pérdida del campo visual. Está asociado a diferentes factores de riesgos, algunos de ellos con posibilidad de ser controlados (6-9).

Otro glaucoma, el conocido como de ángulo cerrado puede ser causa de lesiones del nervio óptico pero mucho menos frecuente que el de ángulo abierto, pues permite ser detectado a tiempo en el mayor número de casos (10).

Existen otras enfermedades y situaciones que predisponen a lesiones irreparables de los nervios ópticos, clasificados en hereditarias o familiares y no hereditarias, epidémicas nutricionales, tóxicos, de causas isquémicas e infecciosas capaces de provocar discapacidad visual (11-14).

Aunque se encuentra distante el tratamiento efectivo de muchas formas de neuropatía óptica, el futuro es más brillante de lo que fue unos pocos años atrás. Ha llegado el momento para que se piense en la neuropatía óptica no simplemente como un reto diagnóstico, sino como un grupo de desórdenes para los cuales se tiene, o pronto se tendrán, opciones terapéuticas efectivas (15).

Por la frecuencia de pacientes con el diagnóstico de neuropatías ópticas rehabilitados en el Servicio de Baja Visión se realiza esta investigación en la que se analizan algunas variables clínico epidemiológicas de este grupo de enfermedades en el período comprendido de enero 2009 hasta octubre 2011.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de neuropatías ópticas que fueron rehabilitados en la Consulta de Baja Visión del servicio de oftalmología del Hospital Provincial General Docente: "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes con el diagnóstico de neuropatía óptica de un universo de 475 pacientes que acudieron a consulta de Baja Visión. La información se obtuvo a través de las hojas de cargo de la consulta y las historias clínicas de los pacientes con dicho diagnóstico.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes con diagnóstico de neuropatía óptica atendidos en la consulta de baja visión.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que después del primer examen no continuaron asistiendo a las consultas programadas para su rehabilitación, a pesar de ser citados en varias ocasiones.
- Pacientes que por problemas de salud asociados no pudieron ser rehabilitados.

A los 120 pacientes se les tomó agudeza visual sin cristales y agudeza visual con sus cristales (AVcsc) de lejos y cerca y posteriormente la agudeza visual mejor corregida (AVmc) para lejos y cerca.

Para clasificar a los pacientes según el grado de afectación de la visión se consideró como débil visual ligero (0,3-0,1), moderado (0,09-0,05) y severo peor que esta última.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, tipo de atrofia óptica, procedencia, clasificación de la discapacidad y rehabilitación visual.

Se emplearon métodos empíricos (análisis documental: bibliografía revisada sobre neuropatías ópticas), teóricos (las hojas de cargo y las historias clínicas de los pacientes) y estadísticos (análisis de frecuencias simples y sus porcentajes para resumir la información, procesados en una computadora Pentium IV 2.0 mediante programas de sistemas Windows XP. Se utilizaron tablas para su presentación.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la Tabla No.1 se muestra la distribución de los pacientes según los grupos de edades y sexo donde se observa que el grupo de edad que aportó el mayor número de casos fue el de 61 a 80 años (57,5%). Este comportamiento pudiera estar relacionado con el hecho de que las anomalías visuales que pueden llevar a la incapacidad visual al paciente aparecen en estadios avanzados de la enfermedad, generalmente después de años de evolución de la misma. Estos resultados coinciden con los de Fernández Mena y colaborados en su estudio sobre deterioro visual en el adulto mayor y otras investigaciones realizados en Cuba que reflejan una mayor incidencia de estas enfermedades en personas ciegas y débiles visuales de la tercera edad (16-19).

En cuanto al sexo se aprecia que hubo un predominio del sexo masculino (60%) con neuropatía óptica, esto pudiera justificarse por ser las mujeres más preocupadas y ocupadas por su salud y que las féminas, en sentido general, asisten con mayor interés a las consultas médicas que los hombres y cooperan más en cuanto al control y seguimiento de su enfermedad.

El tipo de neuropatía óptica glaucomatosa fue la que predominó en la investigación con 75% (Tabla No.2). Se puede afirmar que el glaucoma es una de las principales causas de ceguera y discapacidad visual en el mundo actual y fundamentalmente el tipo crónico simple de ángulo abierto, cuyas manifestaciones clínicas comienzan generalmente después de los 40 años las cuales evolucionan hasta la atrofia óptica si no es diagnosticado a tiempo, donde el daño visual ya es irreversible. Resultados similares se reportan en la bibliografía consultada, en las cuales se plantea que el glaucoma constituye un problema de salud a nivel mundial causante de ceguera con daños anatómicos y funcionales irreversibles del nervio óptico (21).

Esto pudiera estar relacionado por incumplimiento o abandono del tratamiento médico por parte del paciente, la no asistencia de las consultas de seguimiento, problemas en el pesquisaje por parte de los oftalmólogos de la comunidad, lo cual hace que el diagnóstico sea tardío o la negativa del paciente a realizarse algunos de los procederes quirúrgicos indicados para evitar la evolución de la enfermedad (21).

La mayoría de los pacientes de la investigación (Tabla No.3), procedían del municipio Ciego de Ávila (56,7%), este resultado está relacionado con el hecho de la mayor densidad de población y mejor accesibilidad de los pacientes al servicio de baja visión por ser este el municipio cabecera de la provincia. En una investigación realizada sobre el tema por Fernández Pérez y colaboradores, sus resultados coincidieron con los del presente estudio (20).

La Tabla No.4 muestra que el mayor número de pacientes atendidos tenían una agudeza visual mejor corregida (AVmc) entre 0,3 y 0,1 que fueron considerados como débiles visuales ligeros (70,8%), esto presenta un valor pronóstico favorable para estos pacientes ya que las posibilidades de ser rehabilitados son mayores en comparación con los que presentan peor visión. Esto coincide con algunos estudios encontrados en la literatura como el de Osorio Illas y colaboradores (18).

Del total de pacientes consultados, el 65% fueron rehabilitados (Tabla No.5), la no rehabilitación de algunos (35%) estuvo relacionado con la desmotivación por parte del paciente, el bajo nivel cultural y otros problemas de salud asociados a su discapacidad visual que afectaban su rehabilitación. En la bibliografía consultada se encontraron resultados similares, en los que la mayoría de los pacientes atendidos fueron rehabilitados (21).

CONCLUSIONES

El grupo de edad entre 61 y 80 años y el sexo masculino fueron los que aportaron el mayor número de casos.

La neuropatía óptica glaucomatosa y la procedencia urbana de los pacientes predominaron en la investigación.

La mayor parte de los pacientes atendidos fueron clasificados de débiles visuales ligeros y rehabilitados.

RECOMENDACIONES

Confeccionar estrategias de trabajo a nivel de la atención primaria de salud con el objetivo de prevenir la ceguera y la discapacidad visual por estas enfermedades en edades socialmente útiles mediante una atención oftalmológica precoz, profiláctica e integral, apoyados por el médico y el oftalmólogo de la comunidad.

Optimizar el flujo de información sobre los factores de riesgo, cuadro clínico y las complicaciones de estas enfermedades oftalmológicas a pacientes, sus familiares así como al personal médico y paramédico comunitario para evitar así el daño que ellas pudieran causar en la población vulnerable.

ABSTRACT

Optic neuropathies are frequent cause of low vision and blindness. Some clinical epidemiologists variables were identified from patients attended with optic neuropathies diagnosis in the consultation of Low Vision at Dr. Antonio Luaces Iraola Provincial General Teaching Hospital of Ciego de Ávila from January 2009 to October 2011. A retrospective descriptive observational study was carried out in 120 patients with the diagnosis mentioned before. 57.5% of patients belonged to the age group from 61 to 80 years, masculine sex predominated (60%), 75% of patients presented glaucomatous optic atrophy, from these 56.7% came from Ciego de Ávila municipality. The 70.8% were classified as low vision and 65% of the patients were rehabilitated. Masculine sex and the group of age between 61 and 80 years were those that contributed the greater number of cases, the glaucomatous optic neuropathy and the urban origin were those that predominated in the investigation, most of the attended patients were classified as low vision and they were rehabilitated.

Key words: OPTIC NERVE DISEASES/epidemiology; VISION, LOW.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Suárez Escudero JC. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Med UPB* [internet]. 2011 [citado 12 Dic 2012]; 30(2):171-180. Disponible en: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/924/834>
2. Fernández Pérez S, José Arturo DL, Peña Sisto L, García Espinosa S, León Leal M. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado 12 Dic 2011]; 13(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000300010&script=sci_arttext&tlang=es
3. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva N° 282 [Internet]. 2011 [citado 12 Dic 2011]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
4. Rio Torres M, Capote Cabrera A, Hernández Silva JR, Eguías Martínez F, Padilla González CM. Oftalmología, criterios y tendencias actuales. 1a ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
5. National Eye Institute. National Institute Of Health. Glosario de baja visión [Internet]. ©2010 [citado 12 Sep 2011] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nei.nih.gov/lowvision/spanish/glossary.asp>
6. Díaz Alfonso LR, Suárez Rodríguez BN, Curbelo Gómez MJ, Soto Serrano Y, Milanés Armengol AR. Caracterización epidemiológica del glaucoma primario de ángulo abierto. *Medisur* [Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2012]; 8(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762006000100005&nrm=iso
7. Labrada Rodríguez YH. Algunas consideraciones sobre la fisiopatología del glaucoma. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2007 [citado 4 Ene 2012]; 20(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200018&tlang=es
8. Labrada Rodríguez YH. Evaluación de los factores de riesgo en el glaucoma primario de ángulo abierto. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2008 [citado 12 Ene 2012]; 21(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762008000100013&tlang=es
9. Kanski JJ. Oftalmología clínica. 4 ed. Madrid: Harcourt; 2000.
10. Alipanahi R, Sayyahmelli S. Outcomes of primary angle closure glaucoma management. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2011 [citado 12 Ene 2012]; 61(7):636-9. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&format=standard.pft&indexSearch=EX&exprSearch=C11.525.381.056&lang=e&base=MEDLINE>
11. Hudson G, Yu-Wai-Man P, Griffiths PG, Caporali L, Salomao SS, Berezovsky A, et al. Variation in OPA1 does not explain the incomplete penetrance of Leber hereditary optic neuropathy. *Mol Vis*. 2010; 16:2760-4.

12. Freixas RS, González SL, Pamías González E, Placencia MF, Suárez Hernández J. Neuropatía óptica epidémica. Nuestra experiencia y revisión histórica. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 1998 [citado 12 Jun 2010]; 11(1):54-65. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/oft/vol11_1_98/oft08198.htm
13. Iglesias Almanza NR. Antecedentes históricos, conceptuales y contextuales sobre ventilación mecánica artificial y el proceso de destete. *Mediciego* [Internet]. 2011 [citado 12 Jun 2010]; 17(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol17_01_%202011/rev/t-19.html
14. Fuentes Pelier D. Consideraciones actuales sobre la neuropatía epidémica cubana en su forma óptica. *Medisan* [Internet]. 2011 [citado 12 Jun 2010]; 15(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000400018&script=sci_arttext&tlang=es
15. Hedges TR. Tratamiento de la neuropatía óptica: nuevas posibilidades. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2005 [citado 12 jun 2010]; 18(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762005000200001
16. 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 [Internet]. *revistaciencias.com*; 2006 [citado 21 jun 2010] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZAVZZEuaCEjeaeV.php>
17. Cruz Fraxedas GA, Rodríguez Pargas A, Landín Sorí M, Cardoso Gillén E. Rehabilitación en pacientes glaucomatosos con baja visión. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2003 [citado 12 Jun 2010]; 7(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n1/771.htm>
18. Osorio Illas L, Hitchman Barada DL, Pérez Pérez JA, Padilla González C. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 [citado 12 Jun 2010]; 19(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000500008&script=sci_arttext&tlang=en
19. Planas N, Muños S, Arruga J. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la neuritis óptica en adultos. *Ann Oftalmol* [Internet]. 2009 [citado 12 Dic 2011]; 17(3):144-151. Disponible en: <http://www.nexusmedica.com/web/articulos/r661/a17845/of-17-3-003.pdf>
20. Fernández Pérez SR, de Dios Lorente JA, Leyet Romero M, Castillo Vázquez C, Roncourt Colás E. Individualización de pacientes con baja visión en el Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". *Medisan* [Internet]. 2010 [citado 12 Jun 2010]; 14(9):2122. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_9_10/san07910.htm
21. Pérez Díaz L. Glaucoma: principal problema de salud en los miembros de la Asociación Nacional del Ciego en Santiago de Cuba. *Medisan* [Internet]. 2009 [citado 12 Dic 2011]; 13(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scholar.google.com.cu/scholar?q=principal+problema+de+salud+en+los+miembros+d e+la+Asociaci%C3%B3n+Nacional+del+Ciego+en+Santiago+de+Cuba&hl=es&btnG=Buscar&lr=>

ANEXOS

Tabla No.1. Distribución de pacientes con neuropatía óptica según edad y sexo.

Edades	Femenino		Masculino		Cantidad	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20 años.	2	1,7	2	1,7	4	3,3
21 a 40 años	2	1,7	7	5,8	9	7,5
41 a 60 años.	17	14,1	9	7,5	26	21,7
61 a 80 años.	21	17,5	48	40,0	69	57,5
Más de 81 años	6	5,0	6	5,0	12	10
Total	48	40,0	72	60,0	120	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Baja Visión.

Tabla No.2. Distribución de pacientes con neuropatía óptica según tipos de neuropatías ópticas.

Tipo de Atrofia óptica	Cantidad de pacientes.	
	No.	%
Glaucomatosa	90	75
No Glaucomatosa	30	35
Total	120	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Baja Visión.

Tabla No.3. Distribución de pacientes con neuropatía óptica según municipio al que pertenece.

Procedencia	Cantidad de pacientes.	
	No.	%
Ciego de Ávila	68	56,7
Morón	8	6,7
Ciro redondo	4	3,3
Majagua	4	3,3
Chambas	11	9,2
Florencia	2	1,7
Bolivia	4	3,3
Venezuela	4	3,3
Baraguá	8	6,7
Primero de Enero	7	5,8
Total	120	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Baja Visión.

Tabla No.4. Distribución de pacientes con neuropatía óptica clasificados según su agudeza visual mejor corregida (AVmc).

Agudeza visual (AVmc).	Cantidad de pacientes.	
	No.	%
0,3 a 0,1	85	70,8
0,09 hasta 0,05	16	13,3
0,04 hasta percepción de luz.	12	10
Ciego Total	7	5,9
Total	120	100

Fuente: Historias Clínicas de la Consulta de Baja Visión.

Tabla No.5. Distribución de pacientes con neuropatía óptica según su rehabilitación.

Clasificación según rehabilitación	Cantidad de pacientes.	
	No.	%
Rehabilitados	78	65
No rehabilitados	42	35
Total	120	100

Fuente: Historias Clínicas de la consulta de Baja Visión.