

Verificación del diagnóstico y acciones de salud con pacientes débiles visuales. Jiguaní - 2013.

Verification of the diagnosis and health action in patients with visual deficiency. Jiguani 2013.

Marilín Batista Mendoza;¹ Gleisis Mayda Sardiñas Ocaña;² Dennis Francisco Castellanos Benítez.³

1. *Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Policlínico Docente "Edor de los Reyes Martínez Arias". Jiguaní. Granma.*
2. *Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Policlínico Docente "Edor de los Reyes Martínez Arias". Jiguaní. Granma.*
3. *Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Policlínico Docente "Edor de los Reyes Martínez Arias". Jiguaní. Granma.*

RESUMEN

La pérdida o disminución de la visión constituye un importante problema de salud, pues ocasiona cambios psíquicos, sociales y laborales de quien la padece. Se realizó un estudio experimental en el municipio Jiguaní durante los meses de enero-junio del 2013, con el objetivo de verificar el diagnóstico de débil visual en los pacientes investigados en este municipio y realizar acciones de salud que ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos. El universo del trabajo estuvo constituido por 300 pacientes con un diagnóstico previo de débiles visuales y pertenecían a la ANCI. La muestra fue conformada por 228 pacientes que mantuvieron el diagnóstico de débiles, para incorporarlos a la sociedad recibieron el tratamiento adecuado según su discapacidad: tratamiento médico, quirúrgico, de rehabilitación visual en la consulta de baja visión. Se obtiene como resultado que los pacientes menores de 15 años el mayor porcentaje lo presentó el sexo masculino con 8 niños para un

0,04% y en los mayores de 15 años el mayor porcentaje fue también en el sexo masculino con 110 pacientes para un 0,5%, según defectos refractivos el más frecuente fue el astigmatismo según el tipo de tratamiento brindado, el más utilizado fue el tipo no óptico con 66 pacientes para un 0.29% y tratamiento óptico con 60 pacientes para un 0,26%, hipermetrópico con 122 pacientes para un 0,48% y la hipermetropía con 98 pacientes para un 0,43%, distribución de pacientes según el tipo de tratamiento brindado. En la distribución de pacientes según agudeza visual antes y después del tratamiento 94 pacientes (0.41%) tenían inicialmente una moderada afectación visual, luego de recibir el tratamiento solo 32 (0.14%) mantuvieron su déficit visual y 31 pacientes (0.01%) tenían severa disminución de la visión, después de el tratamiento solo 20 (0.09%) mantuvieron su afectación visual. Se comprobó el diagnóstico de débil visual en todos los pacientes estudiados, fue comprobada la agudeza visual inicial y final. Fueron realizadas acciones de salud con los pacientes finalmente diagnosticados.

Descriptores DeCS: PERSONAS CON DAÑO VISUAL; EDUCACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

ABSTRAC

The loss or decrease of the vision constitutes an important health problem, as it provokes psychic, social and labour changes of the person who suffers from it. It was performed an experimental study in Jiguaní during the months of January-June of the 2013, with the aim to verify the diagnostic of visual deficiency in the patients investigated in this municipality and there were carried out health actions that favours the improvement of the life quality of these persons. The universe of work was constituted by 300 patients with a previous diagnostic of visual deficiency and belonged to the ANCI. The sample was made by 228 patients with the diagnostic of deficient; in order to incorporate them into the society they received the suitable treatment according to their disability: medical, surgical treatment, visual rehabilitation in the consult of visual deficiency. As a result it was evidenced that in the patients younger than 15 years the greater percentage was in the masculine sex with 8 boys for 0,04% and in the patients older than 15 years the greater percentage was also in the masculine sex with 110 patients for 0,5%. According to the refractive defects, the most frequent was the astigmatism according to the type of treatment offered, the mostly used was the non optical type with 66 patients for 0.29% and the optical treatment with 60 patients for 0.26%, hypermetropic with 122 patients for 0, 48% and the hypermetropy with 98 patients for 0, 43%, distribution of patients according to the type of treatment offered. In the distribution of patients according to visual sharpness before and

after the treatment 94 patients (0.41%) had initially a moderate visual affection, after they received the treatment, 32 of them (0.14%) kept their visual deficit and 31 patients (0.01%) had severe decrease of the vision, after the treatment 20 (0.09%) kept their visual affection. It was checked the diagnostic of visual deficiency in all the patients studied, it was evidenced the initial and final visual sharpness. There were performed health actions with the finally diagnosed patients.

Subject heading: VISUALLY IMPAIRED PERSONS; EDUCATION OF VISUALLY DISABLED

INTRODUCCIÓN

La visión representa un factor clave en la autonomía y desenvolvimiento de cualquier persona. De forma muy especial, desempeña un papel primordial en el desarrollo de los seres humanos. Las diferentes enfermedades y alteraciones oculares pueden reducir en diversos grados, e incluso anular la entrada de información visual. Por tanto, la pérdida de la visión representa un obstáculo en la vida de las personas, que determina en ocasiones importantes cambios en las esferas psíquicas, sociales y laborales de quien la padece.¹

En el mundo se estima que existen 50 millones de personas ciegas, 135 mil con baja visión, 1 millón son ciegos legales. En América Latina por cada millón de habitantes hay aproximadamente 5000 ciegos y 20000 con una disminución significativa de la agudeza visual. Según la OMS 2012, una persona con baja visión es aquella que tiene una agudeza visual de 0,3 (20/60), hasta la percepción de luz en su mejor ojo con corrección óptica o tratamiento médico quirúrgico (o ambos) y un campo visual igual o menor que 10 grados.² El débil visual se clasifica según la agudeza visual (AV) en ligeros (AV= 03-0,1), moderado (AV=01-0,05), severo (AV=0,04 a percepción de luz). Un paciente se considera ciego legal cuando su AV es igual o menor de 0,1 y campo visual menor de 5 grados. El paciente ciego total es aquel que no tiene percepción de la luz en ninguno de los ojos.³

Actualmente en nuestro país existe gran interés y se desarrolla una exhaustiva labor de investigación entorno a todos los aspectos relacionados con esta entidad. En Granma la rehabilitación visual ha cobrado mucho valor cuando el tratamiento médico o quirúrgico ha fallado o no ha llegado a tiempo. Siendo este el conjunto de

procesos encaminados a obtener el máximo aprovechamiento visual de un paciente portador de baja visión, comienza con una valoración por un oftalmólogo y un equipo multidisciplinario integrado además por: optometrista, rehabilitador, trabajador social, psicólogo, con la finalidad de maximizar el resto visual, mediante el entrenamiento y uso de ayudas ópticas y no ópticas.⁴

Por lo anteriormente expuesto nos motivamos a realizar esta investigación con el objetivo de verificar el diagnóstico de débil visual en los pacientes investigados en este municipio y realizar acciones de salud que ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos.

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental en el municipio Jiguaní durante los meses de enero-marzo del 2013. El universo del trabajo estuvo constituido por trescientos pacientes con un diagnóstico previo de débiles visuales y pertenecían a la ANCI. La muestra fue conformada por 228 pacientes, los que verdaderamente mantuvieron el diagnóstico de débiles visuales, después de haber sido examinados con experticidad, teniendo en cuenta: edad ,sexo, diagnóstico oftalmológico (fondo de ojo, refracción y agudeza visual, campo visual, fonometría, paquimetría, etc..) Se usó el método porcentual y los datos fueron procesados a través de una computadora y los resultados fueron presentados en tablas para su posterior análisis y discusión . Finalmente se compara la visión inicial (reflejada en la historia clínica) con la visión final (a los 3 meses y a los 6 meses de reconsultas) .

Resultados

En la distribución de los pacientes según sexo y edad (tabla 1), se muestra que en los pacientes < de 15 años el mayor porcentaje lo presentó el sexo masculino con 8 niños para un 0,04%. Con ligera afectación de la visión (5 niños para un 0,02%) y en los mayores de 15 años el mayor porcentaje fue también en el sexo masculino con 110 pacientes para un 0,5%.

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo y edad

Pacientes	Femenino				Masculino				Total	
	<15 años		>15 años		<15 años		>15 años			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ligeros	2	0.1	55	0.24	5	0.02	41	0.2	103	0.45
Moderados	4	0.02	37	0.16	3	0.01	50	0.2	94	0.41
Severo	1	0.0111	11	0.05	0	0	19	0.1	31	0.14
Total	7	0.03	103	0.45	8	0.04	110	0.5	228	100

En la distribución de pacientes según enfermedades diagnosticadas y edad (tabla 2). Los trastornos de la refracción fue la enfermedad que mayor porcentaje alcanzó con 115 pacientes para 0,50%.

Tabla 2. Distribución de pacientes por enfermedades diagnosticadas

Enfermedades	<15 Años		>15 Años		Total	
	No	%	No	%	No	%
Trastornos refractivos	51	0.22	64	0.28	115	0.5
Ambliopía	10	0.04	12	0.05	22	0.09
Anoftalmía	1	0.01	1	0.01	2	0.01
Catarata congénita	1	0.01	3	0.01	4	0.02
Estrabismo	15	0.06	2	0.01	17	0.07
Retinopatía	2	0.01	0	0	2	0.01
Glaucoma	12	0.05	40	0.17	52	0.23
Retinosis pigmentaria	2	0.02	12	0.05	14	0.06
Total	94	0.41	134	0.59	228	100

En la distribución de pacientes según defectos refractivos el más frecuente fue el astigmatismo hipermetrópico con 122 pacientes para un 0,48 % y la hipermetropía con 98 pacientes para un 0,43 %. (tabla 3)

Tabla 3. Distribución de pacientes por defecto refractivo.

Defecto Refractivo	Femenino				Masculino				Total	
	< 15años		>15años		< 15años		>15años			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Astigmatismo	3	0.01	52	0.23	4	0.02	53	0.23	112	0.48
Hipermetrópico										
Astigmatismo	1	0.01	1	0.01	1	0.01	4	0.02	7	0.04
Miópico										
Miopía	1	0.01	2	0.01	1	0.01	7	0.04	11	0.05
Hipermetropía	2	0.01	48	0.21	2	0.01	46	0.2	98	0.43
Total	7	0.04	103	0.45	8	0.01	110	0.48	228	100

En la distribución de pacientes según el tipo de tratamiento brindado, el más utilizado fue el tipo no óptico con 66 pacientes para un 0.29% y tratamiento óptico con 60 pacientes para un 0,26 % (tabla 4)

Tabla 4. Distribución de pacientes por el tipo de tratamiento brindado.

Tratamiento Brindado	No de pacientes	%
Médico	48	0.21
Quirúrgico	54	0.24
Óptico	60	0.26
No óptico	66	0.29
Total	228	100

En la distribución de pacientes según agudeza visual antes y después del tratamiento 94 pacientes (0.41%) tenían inicialmente una moderada afectación visual y luego de recibir el tratamiento solo 32 (0.14%) mantuvieron su déficit visual y 31 pacientes (0.01%) tenían severa disminución de la visión y luego de recibir el tratamiento solo 20 (0.09%) mantuvieron su afectación visual, (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes por agudeza visual antes y después del tratamiento.

Agudeza visual	Inicial		Final	
	No	%	No	%
Ligeros 0.1-0.3	103	0.45	176	0.77
Moderados 0.09-0.005	94	0.41	32	0.14
Severo 0.04-PL	31	0.01	20	0.09
Total	228	100	228	100

DISCUSIÓN

En la distribución de los pacientes según sexo y edad (tabla 1) se obtuvieron resultados similares en otros estudios.⁵ En los pacientes mayores de quince años predominó el sexo masculino, con 110 pacientes para 0.48 % con moderada afectación de la visión (50 pacientes para un 0.24%) y se corresponde con otros estudios consultados.⁶ En nuestro trabajo se diagnosticaron 228 débiles visuales que representa el 0,09% del total que se habían diagnosticado en nuestra provincia (2460 pacientes). Resultados similares a los obtenidos en la bibliografía revisada.⁷ Debe tenerse en cuenta que en Cuba los trastornos refractivos ocupan el primer lugar en las entidades que ocasionan disminución de la visión (tabla 2) por lo que se corresponde con otros estudios revisados.⁸

El astigmatismo hipermetrópico es el defecto refractivo más frecuente (tabla 3), lo cual está dado por cambios degenerativos importantes que ocurren en la retina en estos pacientes y en nuestro país, como ya dijimos la hipermetropía es el más frecuente y se correspondió estadísticamente con otros estudios.⁹

Según el tipo de tratamiento brindado el más utilizado fue el tipo no óptico (tabla 4), este se refiere a la rehabilitación visual con enseñanza especial: (mecanografía en negro, estenografía Braille, actividades domésticas, talleres, etc.), con el objetivo de preparlos para la vida y el trabajo, que posibilita la adecuada incorporación de los rehabilitados a la vida social (continuación de estudios o realización de alguna labor). El tratamiento óptico representado por 60 pacientes (0.26%) le continuó como uno de los más utilizados, recibiendo ayuda óptica muchos de los pacientes: cristales correctores montados en gafas, lupas, telelupas, lupas con apoyo, lupas con soporte, lupas con mango, lupas con regla y el telescopio, similar tratamiento y resultado se han obtenido en otras investigaciones.¹⁰

CONCLUSIONES

Fueron identificados todos los pacientes débiles visuales por la Asociación Nacional de Ciegos y de débiles visuales. Además se comprobó el diagnóstico de débil visual en todos los pacientes estudiados .Fueron realizadas acciones de Salud con los pacientes finalmente diagnosticados y fue comprobada la agudeza visual inicial y final en todos los pacientes verificados.

Se ahorro al país por concepto de ayuda social: donde los integrantes del núcleo familiar era de 1 persona se ahorro \$147: si estaba integrado por dos personas se ahorraron \$158: si era de tres se ahorraron \$167: si eran cuatro se ahorraron \$175: y si eran cinco se ahorraron \$190.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Educación especial (Internet Wikipedia. org (actualizado 17 de febrero 2013 citado 20 de febrero 201309aprox.6 pantallas). Disponible en <http://es.wikipedia.org/Wiki/Eduaci%C3%B3nespecial>
2. La educación de escolares ciegos ,con baja visión y con el estrabismo y ambliopía (Internet)La Habana: MINED,2010 (citado 21 marzo2013 <http://www.rimed.cu/index.php>
3. Abin Gómez T, Rodríguez Chávez CJ. Manual de juegos de orientación y movilidad para escolares ciegos del primer ciclo en las clases de Educación Física. Revista Digital (Internet) Buenos Aires: efdeportes, com 2013(citado 12 Ene 2013)14 (141) (aprox.11 p.)
4. Pupo Negreira EC,Labrada Rodríguez YH, Verdecia Jacobo K. Rehabilitación visual en niños ambliopes . Rev Cubana Oftalmol (Internet) 2013 citado 12 Ene 2013 022(20(aprox .7 p.). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php.pid - SO864-217620090002000055SCRIPT-SCIARTTEXT](http://scielo.sld.cu/scielo.php.pid-SO864-217620090002000055SCRIPT-SCIARTTEXT)
5. Nelson LB.OftalmologíaPediátrica 4th ed,México: McGraw Hill; 2012.
6. Louis BC.Basis and clinical science Academic of Ophthalmology, 2012.

7. Valencia Tejada M, Jiménez Medinaceli R Morbilidad ocular en la población escolar .Rev Soc Boliv Pediatric.2012; 31 (2):44-7.
8. Pérez GR, Hornia PM .Pezquisaje Oftalmológico en el área de salud. Su interrelación con el médico de familia. Rev Cubana Oftalmol,2012 2(3):103-109.
9. Albóniga Morales L, Boffill Corrales AM, López Torres M, Gracia MuñozCL, Gómez Martinez N. Comportamiento clínico-epidemiológico de la baja visión en Pinar del Río, Cuba .Mayo de 2011-1012. Avances (Internet) 2008(citado 12 de Ene 2013) 10 (3) (aprox 9 p). Disponible en:
<http://www.avances.pinar.cu/No5202008-3/artículo.htm>
10. Osorio IliasL Hitchman BradaL.Pérez PérezJA, Padilla González CPrevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud .Rev Cubana Med Gen Integr 9Internet) 2013 (citado 12 Ene 2013): 19 (5) (aprox 8p).

Recibido: 14 de febrero de 2014

Aprobado: 3 de marzo de 2014