

Artículo de Investigación

Causas de diversidad funcional visual en personas de edades avanzadas en el servicio de Oftalmología “Dr. Orfilio Peláez Molina”

Causes of visula functional diversity in elderly people in the ophthalmology service of “Dr. Orfilio Pelaez Molina”

Raisa Hernández Baguer¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4541-9457>

Tania López Fernández¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6102-7544>

Loida Mevis Savón George¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4971-3795>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Servicio de Oftalmología “Dr. Orfilio Peláez Molina”. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende”.

RESUMEN:

Introducción: El envejecimiento poblacional cubano ha impuesto un nuevo reto al cuadro de salud visual.

Objetivo: Explorar las causas de diversidad funcional visual (baja visión) en adultos mayores y personas de edad avanzada en el servicio de Oftalmología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” y valorar su repercusión en las actividades de la vida cotidiana y calidad de vida.

Método: Estudio observacional descriptivo, prospectivo entre noviembre 2022- abril 2023 con muestra no aleatoria e intencionada ente la población mayor de 60 años que acude al servicio. Las variables exploradas fueron: características epidemiológicas, diagnóstico oftalmológico, enfermedades sistémicas, factores de riesgo, capacidad visual y actividades de la vida diaria.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes de ambos sexos, con edades entre 70 y 100 años. Se identificaron la catarata (76%), la neuropatía óptica glaucomatosa (9%), la degeneración macular relacionada con la edad (5%), la retinopatía diabética (5%) y la neuropatía óptica no glaucomatosa (5%) destacaron como las causantes de la baja visión. Se demuestra la coexistencia con enfermedades sistémicas y factores de riesgo modificables. Se toman los criterios personales y familiares sobre las dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Conclusiones: Dificultades socioeconómicas han influido en la variación de las causas de la baja visión en comparación a estudios anteriores. El examen periódico y el diagnóstico precoz es la piedra angular para la prevención de la baja visión. Se orientan medidas rehabilitadoras para mejorar el aprovechamiento visual por el bienestar de las personas en edades avanzadas.

Palabras clave: diversidad funcional visual, baja visión, edades avanzadas rehabilitación.

ABSTRACT:

Introduction: Cuban population aging has imposed a new challenge to the visual health picture.

Objective: To explore the causes of visual functional diversity (low vision) in older adults and elderly people in the Ophthalmology service of the Clinical Surgical Teaching Hospital "Dr. Salvador Allende" and to assess its impact on daily life activities and quality of life.

Methods: Descriptive, prospective, observational, prospective study from November 2022 to April 2023 with a non-random, purposive sample of the population over 60 years of age attending the service. The variables explored were: epidemiological characteristics, ophthalmologic diagnosis, systemic diseases, risk factors, visual capacity and activities of daily living.

Results: 85 patients of both sexes, aged between 70 and 100 years, were studied. Cataract (76%), glaucomatous optic neuropathy (9%), age-related macular degeneration (5%), diabetic retinopathy (5%) and non-glaucomatous optic neuropathy (5%) were identified as the causes of low vision. Coexistence with systemic diseases and modifiable

risk factors is demonstrated. Personal and family criteria on difficulties in the performance of activities of daily living are taken.

Conclusions: Socioeconomic difficulties have influenced the variation in the causes of low vision compared to previous studies. Periodic examination and early diagnosis is the cornerstone for the prevention of low vision. Rehabilitative measures are oriented to improve visual performance for the well-being of people in advanced ages.

Key words: visual functional diversity, low vision, advanced age, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento poblacional cubano ha impuesto un nuevo reto al sistema de salud, si se vive más tiempo y el número de personas adultas es cada vez mayor, se necesita de una adecuada y sostenida capacidad visual para lograr la longevidad activa y la independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana, lo que mejora cualitativamente la calidad de vida.

La atención continuada y especializada de Oftalmología en el municipio Cerro comprende la población de las áreas de salud de los policlínicos Abel Santamaría, Cerro, Héroes de Girón y Antonio Maceo, además de las consultas en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” y la interconsulta en el Hogar de ancianos Santovenia para el cuidado de la salud visual y prevenir la diversidad funcional visual o lo que antes se nombraba discapacidad visual.

Este trabajo se refiere específicamente a la caracterización de las causas de diversidad funcional visual y baja visión en personas de edades avanzadas, lo que en criterio de la Organización Mundial de la Salud se refiere a las personas mayores de 74 años hasta los 85 años o más, incluidas las que han cumplido 100 años (centenarias)

En esta etapa de la vida, puede haber mayores cambios físicos y emocionales que constituyen retos más significativos, por lo que el esmerado cuidado visual no debe ser negado por ya no ser personas socialmente activas que a través del sentido de la visión

se goce de momentos de la vida y de actividades que sean gratificantes para estas personas además de mantenerse en contacto con la sociedad.

Esto a su vez, requiere de conocer qué oftalmopatías de la población mayor que se atiende en las consultas mencionadas llevan a la persona al estado de baja visión. El término Baja Visión se refiere a las personas que tienen una agudeza visual corregida de 0,3 o menos en el mejor ojo o un campo visual reducido a 20 grados de extensión en el mejor ojo, o con ambas condiciones que no son solucionables con tratamiento médico-quirúrgico pero que aún permiten el desarrollo de la actividad diaria, según criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽¹⁾ En esta condición de baja visión, ya ocurrió una pérdida de la eficiencia visual de un 30 %.⁽²⁾

Por otra parte, se estima, en el análisis de las casuísticas mundiales, que hasta el 80% de la ceguera es evitable porque resulta de enfermedades que pueden prevenirse o atenderse precozmente. La mayor proporción de personas ciegas en el mundo es mayor de 50 años y es obvio entonces que la discapacidad visual es un problema de salud de grave impacto en la calidad de vida de los enfermos y las familias, con repercusión psicológica, intelectual laboral y social.⁽³⁾

La presencia de los defectos visuales en los ancianos, necesita de la detección temprana para la aplicación de tratamientos oportunos eficaces y rehabilitadores para el aprovechamiento de la visión residual que han dejado las afecciones causales. La pormenorizada atención a la salud ocular, debe comenzar desde los 50 años, periódicamente realizarse en adultos mayores y continuarse en las personas de edad avanzada, para mantener en lo posible la funcionalidad del aparato visual y procurar el uso de las ayudas ópticas y no ópticas, para disminuir las consecuencias de la pérdida visual parcial.⁽⁴⁾

Con el objetivo de explorar las causas de baja visión en adultos mayores y personas de edad avanzada y conocer la repercusión en la vida diaria se realiza la presente investigación.

MÉTODOS:

Se realiza un estudio observacional descriptivo, prospectivo entre noviembre 2022-abril 2024 con muestreo no aleatorio e intencionado entre las personas mayores de 70 años que acuden a las consultas de Oftalmología en los policlínicos Abel Santamaría, Héroes de Girón, Cerro y Antonio Maceo, Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” y en la interconsulta en el Hogar de ancianos Santovenia para registrar las que se encuentran en condición de baja visión.

Se inicia el proceso para obtener de estos el consentimiento informado si cumplen con el criterio de inclusión: mantener intelecto preservado y aceptable nivel cognitivo para ofrecer en expresión oral coherente, las respuestas a las pruebas y cuestionario diseñado por las autoras.

Se exploran como variables: características epidemiológicas, diagnóstico oftalmológico, enfermedades sistémicas, factores de riesgo, capacidad visual y cumplimiento de las actividades de la vida diaria. Se estudiaron 85 pacientes de ambos sexos, con edades mayores de 70 y con agudeza visual mejor corregida de 0,3 o menos en el mejor ojo; criterio de baja visión leve, moderada y severa según la OMS. ⁽⁵⁾

El diagnóstico oftalmológico confirmado tras el examen ocular, proporciona la identificación del grado de diversidad funcional visual para ser clasificada según las consecuencias del daño orgánico que poseen en cuatro grupos: Grupo I: alteración central del campo visual y no utilizan la visión central; Grupo II: reducción periférica del campo visual; Grupo III: presentan hemianopsia; Grupo IV: alteraciones no exclusivas del campo visual, por segmento anterior. ⁽⁴⁾. Las personas que cooperaron para responder a las preguntas sobre las actividades que podían o no realizar por la limitación visual, lo hicieron con lenguaje claro, adecuado y ofrecieron el consentimiento informado.

Se registran datos en Microsoft Excel y se conforma una base de datos Microsoft Acces. Los datos recolectados son analizados con el software estadístico computacional

“Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versión 22 y se utilizan como medidas de resumen las frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS:

En la muestra estudiada predominaron las mujeres (64,7 %). Predominaron las mujeres de 70-80 años (25 %) (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de personas de edad avanzada según características demográficas

Edades	Mujeres (%)	Hombres (%)
70-80	25	13
81-90	23	10
Más de 90	7	3
Total	55 (64,7)	30 (35,3)

En la Tabla 2 se evidencian las más importantes causas de diversidad funcional visual. La disfunción visual moderada con agudeza visual corregida menor o igual a 0,3 predominó en el grupo II y la disfunción severa con agudeza visual mejor corregida de 0,1 o menos, en el grupo I, acorde al daño estructural orgánico ocular.

Tabla 2. Distribución de personas de edad avanzada según oftalmopatías causantes de la diversidad funcional visual.

Oftalmopatías	No. (%)	Grupo funcional de Baja Visión
Catarata	65 (76)	I
Neuropatía glaucomatosa	8 (9)	II
Degeneración macular relacionada con la edad	4 (5)	I
Retinopatía diabética	4 (5)	I
Neuropatía óptica no glaucomatosa	4 (5)	I
Total	85 (100)	

Las comorbilidades sistémicas aparecen en la Tabla 3 y se señalan todas las que presentan los participantes en la investigación. Predominó la HTA (50,5 %) y la diabetes mellitus (28,2 %).

Tabla 3. Distribución de pacientes de edad avanzada según enfermedades sistémicas

Enfermedades sistémicas y factores de riesgo		N	%
Enf. vasculares	HTA	43	50,5%
	DM	24	28,2%
	No HTA ni DM	6	7,05%
	Cardiopatía isquémica	7	5,07%
Enf. respiratorias	Asma bronquial	8	9,41%
	EPOC	10	11,7 %
Enf. cerebrales	ECV y Epilepsia.	8	9,41%
Enf. renal	IRC	13	15,2 %

Se obtiene un resumen de la calificación dada a los ítems según la puntuación otorgada a cada uno de ellos por las 50 personas que contestaron voluntariamente el cuestionario. Se resume en la Tabla 4 la calificación cualitativa dada a los diferentes ítems según la puntuación otorgada. Las dificultades para realizar las actividades apuntan al grado de capacidad en correspondencia con el grupo funcional de Baja visión con la intención de orientar la posterior rehabilitación visual.

Tabla 5. Capacidad visual según calificación de los ítems por los 50 entrevistados.

Capacidad visual para cumplimiento de los ítems	Número del ítem	Grupo funcional Baja Visión
Leve dificultades	4,5,6,7,8	I y II
Grandes dificultades	1,3,6,12	I
Serias dificultades	2, 9,10,11	I y II

El ítem menos contestado fue el 9 pues las autoras consideran que es poco frecuente para las personas de edad avanzada realizar esta actividad en el contexto cubano. Para criterio de la percepción de la visión o el estado visual estimada por el propio entrevistado, 37 personas (74%) estimaron que presentaban serios problemas para realizar las actividades o la hacen con dependencia de otras personas, por presentar disfunción visual entre moderada y severa.

DISCUSIÓN:

La Organización Mundial de la Salud considera que la funcionalidad es el término que mejor se emplea para valorar el estado de salud de una persona anciana y que para ello se necesita además de la atención del geriatra, la acción directa de las diferentes disciplinas médicas y no médicas y la comprensión familiar.

Entre las capacidades que se pueden mantener aún en edades avanzadas está la del aparato y función visual si desde edades más tempranas el oftalmólogo y el equipo de profesionales integrado por el optometrista y rehabilitadores visuales entrenan poco a poco a las personas con enfermedades oculares o sistémicas que ocasionan baja visión y así minimizar la repercusión negativa en cualquier etapa de la vejez temprana, intermedia o avanzada. En la actualidad, la situación de la capacidad visual está considerada la tercera causa de disfuncionalidad en los ancianos.

Las causas de pérdida visual en los adultos mayores halladas en este estudio, coinciden con lo reportado por otros autores. Se identificaron las mismas que en las primeras décadas del presente siglo XXI, ^(6,7,8), con la particularidad de que en aquellos tiempos la cirugía de catarata en Cuba era más asequible y solo se cuantificaban aquellas no resueltas por causa paciente.

En la actualidad, por las carencias de los insumos necesarios para realizar la cirugía de catarata con implante de lente intraocular artificial, por las conocidas limitaciones de tipo económico que presenta el desarrollo de la medicina cubana, la catarata que aún no ha sido operada ocupa el primer lugar de causa de baja visión en las personas de estas edades. Se conoció por la entrevista realizada a 50 personas que, los más afectados son los pertenecientes a los grupos funcionales de Baja Visión I y II porque presentan más dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria señaladas en el cuestionario, lo que influye en la satisfacción personal y la autoestima.

Las respuestas confiables de esos 50 pacientes del total de la muestra estudiada, fueron provechosas para elaborar las medidas y recomendaciones necesarias para la rehabilitación que estimule las zonas residuales del ojo aún funcionantes y crear nuevas capacidades individuales no utilizadas por desconocimiento o falta de entrenamiento para realizar aquellas actividades demandadas por estas personas de edades avanzadas, ante el deseo del afectado de ser menos dependiente.^(7,8)

La consulta especializada de Baja Visión, tiene como protocolo reconocer la causa y grado de disfunción visual, a qué edad comenzó y cómo se manifiesta y a partir de esto surgen las medidas para la rehabilitación.⁽⁹⁾ Las dificultades más frecuentes detectadas se refieren a la identificación de personas y objetos de lejos y a mediana distancia, ver el televisor, conocer la extensión de espacios o la presencia de muebles, puertas o ventanas que puedan interrumpir la marcha, la lectura de textos que no presentan una tipografía de gran tamaño o contraste adecuado en la impresión, marcar número de teléfono, ver fotografías, leer la prensa, hacer algunas tareas en la cocina, deambular por la calle y visitar vecinos. Estas dificultades pueden coexistir en una misma persona.

De esta forma, se organizan las medidas de rehabilitación con ayudas ópticas y no ópticas según las necesidades. En este período de tiempo del estudio, las ayudas ópticas para la distancia lejana que son los telescopios, no están disponibles en Cuba, por lo que es difícil esa rehabilitación. Todas las ayudas ópticas después de adquiridas requieren de entrenamiento en la consulta para ganar destreza en su manejo.

La rehabilitación para la visión de cerca a menos de 33 cm de la cara comprende desde la hipercorrección con cristales positivos de fuerte poder dióptrico que, si pueden ser confeccionados en los centros ópticos y las lupas manuales, de cuello o de mesa. Por otra parte, el uso de textos mejorados con tipografía adecuada (de gran tamaño y con un color oscuro para contrastar con el color de fondo de la hoja) han sido impresos con esa orientación por amigos y familia para facilitar la lectura de folletos, documentos y plegables.⁽¹⁰⁾ Así también el tiposcopio, aditamento que permite el seguimiento de la línea de texto que se lee o las posiciones de la lectura, se elabora fácilmente también por las familias o en algunos casos por el propio paciente.

La ayuda no óptica como el bastón blanco reconocido internacionalmente, para la orientación en el espacio y la movilidad fácil, motiva a iniciar el entrenamiento para el aprovechamiento de los espacios. Esta cuenta con la ayuda de facilitadores miembros de la Asociación Nacional de Ciegos y Débiles visuales en cada municipio, las que pueden ser recibidas en áreas de la casa, del hospital y los policlínicos.

Otra ayuda no óptica es el buen uso de la iluminación ambiental sobre todo para realizar tareas de cerca, con la aproximación a ventanas o lámparas ubicadas en los mejores ángulos espaciales en las viviendas. En resumen, la rehabilitación visual para el adulto mayor persigue tres aspectos tan básicos como el acceso a la lectura, la seguridad en el desplazamiento y la eficacia en la realización de tareas de la vida cotidiana, lo que se logra con la capacitación en habilidades para el aprovechamiento de los restos visuales y de los auditivos como sentido que apoya al aparato visual.

Pese a todo lo anteriormente señalado, es notable aún que existe entorpecimiento en el ámbito profesional para que las personas de avanzada edad con diversidad funcional visual lleguen a la consulta de Baja Visión, para inspirarlos a preservar la autoestima, la autonomía y el validismo. Se da más atención a los aspectos médicos de los problemas visuales que a los rehabilitativos, lo que genera demorada derivación a esta consulta que atiende la pérdida visual consecuente de las oftalmopatías y de enfermedades crónicas no transmisibles, presencia confirmada en este estudio.

Existen entidades que pueden ser prevenidas al actuar sobre factores de riesgo modificables: estilos de vida, adicciones, buena adherencia a tratamientos y hábitos nutricionales. La escasa información acerca de cómo utilizar al máximo los restos visuales en las personas con baja visión, desaprovecha el propósito de la subespecialidad disponible en todas las provincias cubanas. A esta puede sumarse la labor de los rehabilitadores de los policlínicos y hospitales para entrenar en movilidad y desplazamiento seguro.

La rehabilitación visual personalizada debe acercarse a las expectativas de la persona de edad avanzada y ofrecer seguridad y confianza para la realización de tareas de la vida cotidiana. En la fecha de este estudio, la carencia de ayudas ópticas más importantes, no permite brindar mejores servicios a la población mayor necesitada de estas.

Como recomendaciones las autoras señalan que la población mayor de 50 años, se realice chequeo oftalmológico anual controlado desde la atención primaria de salud. Se sugiere informar y educar a la población que envejece sobre cómo mejorar la salud general y ocular, aún en esa edad y fortalecer el pesquisaje y dispensarización de las oftalmopatías y enfermedades sistémicas halladas como más frecuentes en este estudio.

El precio de una vida prolongada impone a los profesionales de la salud resolver este reto: prevención, diagnóstico temprano, atención esmerada y personalizada.

REFERENCIAS:

1-Miqueli Rodríguez M, López Hernández S, Rodríguez Masó S. Baja visión y envejecimiento de la población. Revista Cubana de Oftalmología 2016; 29(3),492-501.

2-Castro MY, Chincangana JA, Pérez Galvis YY. Prevalencia de patologías del segmento anterior, en adultos mayores, atendidos en los hogares geriátricos del municipio de San Carlos de Guaroa, departamento del Meta, durante el primer semestre del año 2019. Trabajo de grado Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, 2020

3- Cruzado-Sánchez D, Ichiro-Peralta C, Loayza-Torres K, Andree-Téllez W, Osada J. Problemas de visión en personas mayores de 50 años en el Perú: Estudio poblacional. Acta Med Perú. 2021;38(1).

4- Coco M, Herrera J, De Lázaro J, Cuadrado R. Manual de Baja Visión y rehabilitación visual. Madrid: 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana, S.A.2015 Disponible en:

5- Oviedo MP. Baja visión y rehabilitación de la visión: Elementos conceptuales y perspectivas desde la salud pública. [Tesis de grado]: Universidad de Bucaramanga: Colombia. 2021

6-Rocha JS. Prevalencia de causas de deficiencia ocular en personas con discapacidad visual en la región de Arica y Parinacota entre los años 2016 a 2018. [Memoria trabajo fin de máster] Valladolid 2019.

7-Arias J, Llano Y, Astudillo E, Suárez JC. Caracterización clínica y etiología de baja visión y ceguera en una población adulta con discapacidad visual. Rev Mex Oftalmol 2018;92(4):201-208.

8-Díaz E, Rodríguez M, Llorca M, Pacheco J, Rodríguez S. *et al.* Sustentos teóricos acerca de los problemas clínicos de la baja visión y la rehabilitación visual. Revista Cubana de Oftalmología 2017;30(2),1-15.

9 García Hernández J A. Acciones del psicólogo en la atención multidisciplinaria del adulto con discapacidad visual. The international agency for the Prevention of blindness. Hospital de la luz. Centro de atención integral para la discapacidad visual (CADIVI), 2018. Disponible en:<https://www.iapb.org/news/acciones-del-psicologo-en-la-atencion>

10- Rodríguez-Ferrer S. Generalidades acerca de la ceguera y la baja visión. Cap. 39 En Santiesteban R. Oftalmología Pediátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2018, p.510-516.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.