

ARTÍCULO CLÁSICO

Glaucoma como causa de baja visión

Dra. Berta G. Depestre Pérez¹
Dra. Silvia L. Álvarez Romero²
Lic. Arellys Fleitas Hernández³
Lic. Esledy Carvajal González⁴

RESUMEN

Realizamos un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Baja Visión del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Villa Clara con el objetivo de determinar la frecuencia de glaucoma como causa de baja visión en nuestro medio y el comportamiento de la rehabilitación en estos casos. El glaucoma se encuentra dentro de las tres primeras causas de discapacidad visual en el mundo; es el glaucoma crónico simple el tipo más común, generalmente no tiene síntomas y por eso se conoce como “el ladrón de la vista”. Nuestro universo de estudio fue el total de personas adultas que acudieron a la consulta desde septiembre de 1997 a septiembre de 2007; a todos les realizamos evaluación clínico-oftalmológica completa y pruebas para baja visión; del total de personas evaluadas (447) el 13.42% presentaron glaucoma como causa de discapacidad visual, predominó el sexo masculino (35), el grupo etario más afectado fue el de más de 60 años (53); la agudeza visual para lejos mejoró en 45 ojos y en ninguno empeoró; el campo visual por ojos: 64 dentro en los límites de la normalidad, 21 entre 10°-6°, 17 con 5° y menos y 18 resultaron nulos; egresaron, rehabilitados, 46 enfermos (76.67%) -siete con corrección óptica convencional para cerca y 39 con ayudas ópticas- No se consideraron rehabilitados 14 por no alcanzar las metas que perseguían al acudir a consulta, a pesar de mejorar su agudeza visual y, por tanto, su calidad de vida.

DeCS:

GLAUCOMA/complicaciones
BAJA VISION
CALIDAD DE VIDA

SUMMARY

A descriptive cross-sectional study was carried out at the Low Vision Services of the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital in Villa Clara with the aim of determining the incidence of glaucoma as a cause of low vision in our environment and the behavior of rehabilitation in those cases. Glaucoma is among the three main causes of visual disability in the world, being chronic simple glaucoma the most common one. It commonly appears without symptoms, that is why it is called “a thief of sight”. Our study universe was the total amount of adult people attending to the Low Vision Services from September 1997 to September 2007. All the patients underwent a full clinical ophthalmologic assessment and low vision tests. From a total amount of 447 people 13.42 percent presented glaucoma as the cause of visual disability. Most of the patients were males (35); the most affected age group was over 60 years of age (53). Long range visual acuity improved in 45 eyes and none of them presented a worsening in this aspect. The visual field per eyes was: 64 within the limits of normality, 21 between 10°-6°, 17 eyes with 5° or less, and 18 eyes which resulted null. A total of 46 patients (76.67%) were considered rehabilitated when discharged; seven with conventional optical correction for short range vision and 39 with optical aids. Fourteen patients were not considered rehabilitated because they did not reach the goals they had when attended the consulting room, though they improved their visual acuity and, thus, their quality of life.

MeSH:

GLAUCOMA/complications
VISION, LOW
QUALITY OF LIFE

INTRODUCCIÓN

La baja visión puede ser causada por distintas enfermedades, accidentes o malformaciones congénitas; en todos los casos se trata de una razón crónica e irreversible, por lo que la rehabilitación de la baja visión entra en juego cuando el oftalmólogo no puede hacer nada más por mejorar la visión.¹⁻⁴ El glaucoma crónico simple se encuentra dentro de las tres primeras causas de discapacidad visual en el mundo,¹⁻⁸ es una enfermedad visual de carácter irreversible que afecta al nervio óptico, puede llegar a provocar ceguera, se define como una neuropatía óptica,^{9,10} es el tipo más común y generalmente no tiene síntomas, por lo que se conoce como “el ladrón de la vista”.^{9,10} El glaucoma es el aumento de la presión intraocular por anomalía en el flujo de salida del humor acuoso o en su formación, lo que produce defectos del campo visual imputables a atrofiar de las células ganglionares retinianas y del nervio óptico, se puede presentar como glaucoma congénito o asociado a otras anomalías congénitas o secundario a enfermedades, traumatismos e intervenciones quirúrgicas oculares.^{9,10}

Signos-síntomas-características: fotofobia, lagrimeo, nebulosidad corneal, aumento del diámetro corneal (en el caso del glaucoma congénito o buftalmos), aumento de la presión intraocular, disminución general de la capacidad visual, alteración de la visión periférica y escotomas centro cecales -el campo visual central no se afecta hasta un estado muy avanzado, que es el estadio final, la visión llamada “en cañón de escopeta”-, alteración en el campo cromático, dificultad para la lectura, para ver objetos de gran tamaño y en el desplazamiento, agudeza visual (AV) mantenida si no existen otras anomalías, visión nocturna disminuida y puede ocasionar ceguera.^{4,6,8-12}

Resulta difícil determinar la prevalencia de la discapacidad visual, no existen suficientes estudios epidemiológicos en este sentido y la mayoría de ellos tienen limitaciones; algunas estimaciones indican que en el mundo existen aproximadamente 38 millones de personas ciegas y se adicionan 110 millones que sufren de baja visión, número que pudiera aumentar como consecuencia del crecimiento demográfico y la mayor expectativa de vida.^{1,5,11,12} Las cifras reales en nuestro país y en nuestra provincia se desconocen, así como sus causas más frecuentes; urge realizar estudios epidemiológicos para determinar nuestras cifras de prevalencia, así como sus principales causas para desarrollar programas adecuados con vistas a su prevención, rehabilitación o ambas, esto ha motivado nuestra investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Baja Visión del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la Provincia de Villa Clara desde septiembre de 1997 hasta septiembre de 2007. La muestra de estudio incluyó a todos los discapacitados adultos (447) que fueron atendidos en la consulta durante esta etapa y ninguno fue excluido de la muestra; analizamos diferentes variables como la edad y el sexo; les realizamos, a cada uno, una evaluación clínico-oftalmológica con examen oftalmológico completo y pruebas para baja visión utilizando las cartillas especiales (Feinbloom) para la toma de la agudeza visual de lejos, a 3 metros y más cerca cuando fue necesario, la cartilla de Zeiss para la visión de cerca con la mejor corrección óptica, la prueba de Amsler para campo visual, el perceptor de colores (visión de colores) y Low contrast flip chart para explorar la sensibilidad al contraste; también se les hizo refracción especializada y se indicaron lentes convencionales y pruebas de baja visión para la prescripción de ayudas ópticas siempre que fue necesario y teniendo en cuenta las necesidades de cada una de las personas. Valoramos el comportamiento de la rehabilitación y las ayudas ópticas que se indicaron con mayor frecuencia. Los datos resultados de nuestro estudio fueron procesados y presentados en tablas.

RESULTADOS

Del total de adultos atendidos (447) el 13.42% presentó glaucoma como causa de su discapacidad visual, la mayor frecuencia de esta enfermedad la encontramos en personas de más de 60 años (53) y predominó el sexo masculino (58.33%) (tabla 1). Se obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto a la visión con la corrección óptica convencional y la agudeza visual mejoró en todos los enfermos y en ninguno empeoró. Los resultados de la diferencia de la visión por ojos fueron: de 120 examinados, 45 (37.5%) mejoraron su visión de lejos (tabla 2) y 37 (30.83%) su agudeza visual de cerca (tabla 3). Al analizar los resultados obtenidos del examen del campo visual por ojos comprobamos que 64 se encontraban dentro de los límites de la normalidad, 21 entre 10°-6°, 17 con 5° y menos y 18 resultaron nulos (tabla 4). Como nuestro objetivo es que la persona que acuda a la Consulta de Baja Visión sea capaz de satisfacer con la rehabilitación las metas que se ha trazado, solo consideramos rehabilitados a quienes lo logran (independientemente de que su calidad de vida mejore al mejorar su agudeza visual), es por esto que se consideraron rehabilitados 46 (76.67%) de los 60 discapacitados atendidos en la consulta por glaucoma, siete con su corrección óptica convencional y 39 con el uso de ayudas ópticas; a todos los casos se les indicó su corrección convencional. De las 39 personas a las que se le indicaron ayudas ópticas a todas le indicamos microscopios y a siete de ellas, además, lupas. Del total de pacientes (60) con glaucoma 14 (23.33%) no lograron satisfacer sus metas.

Tabla 1. Distribución de glaucoma según la edad y el sexo

Grupos etarios	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
30 - 49	-	4	4
50 - 59	-	3	3
60 y más	25	28	53
Total	25	35	60

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 2. Agudeza visual de lejos al inicio y después de corrección

AV al inicio	Agudeza visual después de corrección óptica								Total
	nula	<0.1	0.1	0.125	0.15	0.2	0.25	0.3	
nula	18								18
<0.1		41	4	6	10	2	-	1	64
0.1			3	-	2	2	2	3	12
0.15					3	1	4	3	11
0.2						2	-	3	5
0.25							1	2	3
0.3								7	7
Total	18	41	7	6	15	7	7	19	120

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 3. Agudeza visual de cerca con sus cristales (CSC) y con ayudas ópticas

AV CSC	Agudeza visual de cerca CSC y con ayudas ópticas o ambas										Total
	nula	<0.1	0.1	0.125	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	
nula	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
<0.1		13	2	1	1	-	-	-	-	-	17
0.1			5	-	1	-	1	-	-	-	7
0.125				1	-	1	2	-	-	-	4
0.2					5	-	8	-	-	-	13
0.25						2	2	-	-	-	4
0.3							6	4	-	-	12
0.4								20	8	-	28
0.5									7	-	7
0.6										8	10
Total	18	13	7	2	7	9	37	15	8	4	120

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 4. *Comportamiento del campo visual por ojos*

Normal		20°–11°		10°–6°		5° y menos		Nulo	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
34	28.3	30	25	21	17.5	17	14.2	18	15

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

DISCUSIÓN

La alta incidencia de glaucoma como causa de baja visión en nuestro medio coincide con lo informado en la literatura revisada,^{1-4,6-8,11} aunque conocemos que no todos los pacientes que presentan este diagnóstico y esta afección visual tan importante son remitidos a nuestra consulta para su rehabilitación. Nuestra subespecialidad es relativamente joven y muchos profesionales aun desconfían de sus posibilidades, pero al analizar profundamente este trabajo podrán apreciar el alto índice de rehabilitación en la muestra estudiada y, si tenemos en cuenta que los enfermos del estudio presentaban glaucomas muy avanzados, con profundo daño de su campo visual y en numerosas ocasiones con pérdida absoluta de la función de uno de sus ojos, tendremos una idea más clara de todo lo que puede conseguirse con una remisión precoz de los enfermos de glaucoma a las Consultas de Rehabilitación Visual, lo que coincide con lo planteado por otros colegas.^{2,3,8,12} Como especialistas de la visión no podemos dejar desatendidos a los deficientes visuales que, en este momento, están casi por completo abandonados y compran lupas de filatelia o se superponen unos espejuelos sobre otros para poder leer;¹³ todavía hoy oímos decir en las Consultas de Oftalmología y de Optometría: “no podemos hacer nada más por usted, ya se le indicó todo lo posible en espejuelos”, y eso no es real, siempre podemos hacer algo para mejorar a la persona discapacitada visual, incluso en el caso de que su resto de visión sea muy pequeño podemos rehabilitarlo en orientación y movilidad con apoyo psicológico y pedagógico si es necesario y de esta manera aumentar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina L, Veitzman S, Silva Juan C. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Unión Latinoamericana de ciegos (ULAC) y la Sociedad Panamericana de Baja Visión (SPBV). Guía de atención básica en Baja Visión para Oftalmólogos Generales. Publicación auspiciada por el Fondo ONCE-América Latina (FOAL); 2007.
2. Faye E. Clínica de la Baja Visión. Versión española. Barcelona. ONCE; 1998.
3. Rodríguez Masó S. La evaluación del adulto con Baja Visión. II Taller Nacional de Baja Visión. La Habana: CBM-MINSAP-CIC; 2006.
4. Ponsa EA. Optometría. Identificación del paciente de Baja Visión y su relación con Enfermedades oculares. [Internet]. 2008 [citado 9 dic 2008]: [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/ftp_p_/baja_vision.pdf.
5. Programa para la detección precoz y atención temprana de la Baja Visión. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000.
6. Osorio Illas L, Hitchman Barada D. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud del municipio Lisa. La Habana: ICO “Ramón Pando Ferrer”; 2001.
7. Moreno Pérez L, Miranda Hernández T, Herrera Ramos LF. La Discapacidad visual en el municipio de Artemisa. Rev Ciencias Méd. La Habana [serie en Internet]. 2004 [citado 9 dic 2008]; 10(2): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10_2_04/hab03204.htm.
8. Cruz Fraxedas G, Rodríguez Pargas A, Landín Sorí M, Cardoso Guillén E. Rehabilitación en pacientes glaucomatosos con baja visión. Arch Méd Camagüey. [serie en Internet]. 2003 ene-feb [citado 9 dic 2008]; 7(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/2003/v7n1/771.htm>.
9. El Glaucoma. Instituto Nacional del Ojo; Abril 2006. [Internet]. [actualizado 23 sep 2008; citado 9 dic 2008]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/glaucomaspanish/html/index.htm>.

10. Glaucoma; Noviembre 2007. [Internet]. [actualizado 10 ago 2007; citado 9 dic 2008]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Glaucoma>.
11. Mirando a través de la mente. Programa de rehabilitación para personas con ceguera y baja visión; 2007.
12. Onukki Haddad MA, Wilson Sampaio M, Newton Kara J. Auxilios para Baja Vision. 1ra. ed. Lamara. Brasil: Asociación Brasileira de asistencia al deficiente visual; 2001.
13. Barañano Á. BVAB. Boletín Septiembre. Madrid: ONCE; 2008. Disponible en: <http://www.vivirconbajavision.com>.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Instructora. ISCM-VC.
3. Licenciada en Tecnología de la Salud. Optometría y Óptica. Profesora Instructora. ISCM-VC.
4. Licenciada en Tecnología de la Salud. Optometría y Óptica.