

VER PARA CREER - CONOCER PARA VER

Optómetras al cuidado de la salud visual en la localidad de Melchor Romero



Paula A. Faccia (Lic. en Optometría- Docente- Investigadora CONICET)

María de los Ángeles Gutiérrez (Lic. en Optometría- Docente- Investigadora CONICET)

Mayra Mujica (Lic. en Optometría- Estudiante de doctorado CIC)

Sofía Corral (Estudiante de Optometría)

Florencia E. Toledo (Lic. en Optometría- Docente- Personal de Apoyo CONICET)

Darío H. Panaroni (Lic. en Optometría- Estudiante de doctorado CIC)

Lucía Cabello (Lic. en Optometría- Farmacéutica)

Proyecto de extensión "Atención Primaria en Salud Visual" (FCE-UNLP). Consultorios externos "Eva Perón" del Hospital Sub-zonal Especializado Dr. José Ingenieros (HJI), calle 161 y 515, Melchor Romero, La Plata, Bs As. Teléfono: 0221-478-2243. Código Postal: 1903.

Mail: paulafaccia@gmail.com, florenciaetoledo@gmail.com

Relato de experiencia	Enfoque disciplinar cuali y cuantitativo	Categoría temática clínica ampliada	Trabajo inédito
-----------------------	--	-------------------------------------	-----------------

Agradecimientos

A todo el equipo del hospital José Ingenieros, por abrirnos las puertas y permitirnos participar y trabajar en conjunto, sin lo cual no habiéramos podido realizar este trabajo.

Por reconocernos como optómetras y colaborar en la tarea de difusión y reconocimiento.

A las instituciones que han financiado total o parcialmente el proyecto durante el transcurso de los tres años (UNLP- Facultad de Ciencias Exactas- SPU).

A todos los alumnos, docentes y extensionistas que aportaron su tiempo, dedicación y compromiso profesional y permitieron que este proyecto se desarrolle.

A los pacientes por confiar en nosotros.

ÍNDICE

Descripción	4
Objetivo e Interrogantes planteados	
8	
Metodología	9
Resultados y discusión	9
Experiencia de integración al equipo de trabajo del HJI	9
Experiencia en atención y condición visual encontrada en el período 2016-2019	11
Conclusiones y recomendaciones	19
Bibliografía	20

Descripción

La optometría, definida según el consejo mundial de optometría (World Council of Optometry –WCO), es “...una profesión sanitaria, autónoma, con un sistema docente y regulada (legislada y colegiada), dedicada al cuidado de la salud. Los optometristas ejercen labores de atención primaria de la salud visual, que comprende la refracción y adaptación de ayudas visuales, detección [...] de las enfermedades del ojo y la rehabilitación de las diferentes condiciones anómalas del sistema visual” (WCO, 2010). La Optometría presta especial cuidado al funcionamiento e integración del sistema visual a cortas, medias y largas distancias. Su origen data del siglo XVII, y tanto en el mundo como en Argentina, la Optometría es una profesión sanitaria, no médica e independiente del primer nivel de asistencia sanitaria.

En la actualidad el optometrista es un profesional que, a nivel mundial, cuenta con el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por ser un integrante “necesario en el primer nivel de atención y en el equipo de salud que trabaja en el programa global VISION 2020, cuyo objetivo es erradicación de la ceguera evitable para el año 2020 (OMS, 2013). Asimismo, es una profesión reconocida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y que ya se encuentra incorporado dentro del sistema de salud en más de 70 países (Ej. Estados Unidos, Colombia, España, México, Brasil, etc.).

En Argentina, existe desde el año 2001 la carrera de Lic. en Óptica Ocular y Optometría en la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de la Plata (FCEX-UNLP), cuya duración es de 5 años. Desde el año 2007 egresan Optómetras especialistas en el cuidado visual y ocular primario, formados para la detección y tratamiento de las anomalías visuales (refractivas, acomodativas, musculares y/o sensoriales), adaptación de ayudas ópticas especiales, lentes de contacto o prótesis oculares y rehabilitación visual. Asimismo tienen la función de trabajar en la promoción y prevención de patologías oculares y sistémicas con incidencia en el sistema visual mediante la detección y remisión al médico especialista o profesional sanitario apropiado ante cualquier indicio clínico. Sin embargo, hasta la fecha esta profesión aún no se encuentra reconocida, ni está regularizada por el ministerio de salud nacional o provincial (a excepción de la provincia de Río Negro), lo que dificulta nuestra incorporación al sistema de salud público, y limita el cumplimiento de nuestra función como efectores de salud.

La importancia de realizar prevención en salud visual, sobre todo en niños y adultos mayores, se demuestra a partir de los datos recopilados e informados por la OMS (OMS, 2013). El último reporte presentado informa que el 80 % de las discapacidades visuales halladas en todo el mundo se pueden prevenir o curar. La discapacidad visual se describe como una pérdida parcial o total del sentido de la vista que limita las acciones y funciones del sistema visual e interfiere con la capacidad del ser humano de realizar una actividad en la forma o dentro del rango considerado como normal. Entre las principales causas de discapacidad visual informadas por la OMS se encuentran los errores refractivos no corregidos (como la miopía, hipermetropía o astigmatismo), las cataratas no operadas, la degeneración macular asociada a la edad y el glaucoma. Los errores refractivos son la principal causa de discapacidad visual (con un 43 %) siendo a su vez fácilmente diagnosticables y corregibles. A su vez, en dichos reportes estiman que 12 de los 19 millones de niños que presentan discapacidad visual, son a causa de errores refractivos no corregidos a tiempo, y 1,4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible y necesitan intervenciones de rehabilitación visual para su pleno desarrollo psicológico y personal. (OMS 2013).

Además los defectos refractivos no corregidos, y su consecuente efecto en la interrupción del completo y adecuado desarrollo del sistema visual, presentan una problemática socio-económica real para la población, sobre todo para los sectores más vulnerables, que asimismo son los más desprotegidos por el sistema de salud dada la falta de acceso y equidad. Tal es así, que en los países en vías de desarrollo se observó el 90 % de las discapacidades visuales informadas en el mundo (OMS, 2013). Además se indica que alrededor de un 65 % de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, las cuales aún forman parte de un sector laboralmente activo.

El plan de acción propuesto por la OMS, establece como objetivo general reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública mundial y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales. Remarcando la necesidad de generar datos científicos sobre la magnitud y las causas de la discapacidad visual y los servicios de salud ocular, a fin de promover un mayor compromiso político y económico con respecto a la salud visual y mejorar el acceso universal a la salud ocular.

A esta necesidad se suman los alarmantes reportes brindados por Brien Holden Vision Institute (BHVI) Y World Health Organization (WHO) los cuales informan que en el año

2010 se estimó que la miopía y la miopía alta afectaba al 27 % (1893 millones) y al 2,8 % (170 millones) de la población mundial, respectivamente (WHO, 2015). El aumento de la prevalencia de la miopía incrementa significativamente el riesgo de discapacidad visual por afecciones patológicas asociadas a la miopía alta, las cuales incluyen daño retiniano, cataratas y glaucoma (Spaide y col., 2014.). Asimismo, se estima que su valor está en aumento y que para el año 2050 la miopía mundial sería del 50 %, si las tendencias actuales continúan (WHO, 2015).

En Argentina existen escasos reportes de las condiciones visuales que se presentan en la población. Uno de los pocos trabajos encontrados es el de Verroni y col. (2008), quienes determinaron la prevalencia de agudeza visual baja y determinaron los trastornos oftalmológicos causantes en una población de 177 niños de seis años de la ciudad de Santa Fe, Argentina. Encontrando que el astigmatismo fue el efecto refractivo con mayor frecuencia en los niños con agudeza visual baja (Verroni y col., 2008).

En nuestro trabajo el foco de atención-acción se dirigió a la localidad de Melchor Romero, ubicada en el tercer cordón del Gran Buenos Aires, en el partido de la Plata, al sudoeste del Casco Urbano de la capital de la Provincia de Buenos Aires. Esta localidad está delimitada por las calles 149 y 191; desde 38 hasta 448 y se asienta sobre el sector denominado de “altas terrazas”, correspondientes a las Lomas de Ensenada como se muestra en la Figura 1. La localidad es atravesada por Los arroyos El Gato y Rodríguez, que definen una franja inmediata de terrenos anegables con áreas densamente pobladas, zonas de quintas y asentamientos.

La demografía de Melchor Romero se caracteriza por ser heterogénea y presentar un crecimiento considerable en las últimas dos décadas. Tal como se informa en el trabajo “Queremos el durazno, banquemos la pelusa”, realizado por residentes de medicina general del hospital, el crecimiento de la población es consecuencia de la migración desde el interior del país (especialmente de Jujuy, Formosa y Chaco) y desde países limítrofes (Paraguay y Bolivia), y a su vez también por la reubicación de familias que se habían asentado previamente en el conurbano bonaerense (Alvarez, V. R., Cali, J. M., Dickson, D., Drake, J., 2015). En la actualidad, de acuerdo a las cifras que arroja el Censo Nacional de Población y vivienda de 2010, la localidad cuenta con una población de 27.371 habitantes (INDEC - Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010).

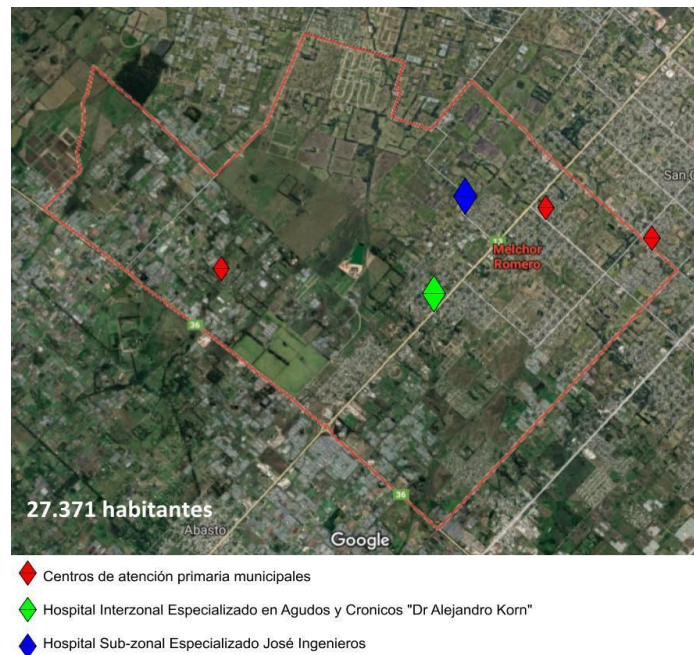


Figura 1. Imagen satelital de la localidad de Melchor Romero tomada el 1-10-2019. En la imagen se representan los efectores de salud de la zona.

Las viviendas de los asentamientos son mayormente precarias, construidas con materiales rudimentarios (madera, chapa, cartón y barro) y en algunos casos ladrillo y cemento. Respecto a los servicios sanitarios, como se muestra en la Figura 1, esta localidad cuenta con dos instituciones efectoras de salud de gran importancia, el Hospital Inter-zonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. A. Korn y el Hospital Sub-zonal Especializado José Ingenieros (HJI), ambos provinciales. Además de contar con 3 centros de salud municipales dentro de los límites de la localidad, cuyas especialidades en su mayoría son: medicina clínica o general, enfermería, obstetricia, odontología, pediatría, psicología, y trabajo social (www.lapлата.gov.ar/#/ciudad/caps). Dado que la oftalmología es considerada una especialidad de segundo nivel de atención, solo se cubre la demanda en salud visual con el servicio de oftalmología que se ofrece en el Hospital A. Korn.

Por su porte, el HJI es un establecimiento estatal que data de 1956, inicialmente creado para funcionar como un Instituto de Menores y que en el año 1993 se transforma en el Hospital Subzonal Especializado, orientado a la atención de varones con capacidades diferentes, entre 12 y 21 años de edad. Recién en el año 2006, ante el déficit de atención sanitaria en la zona y respondiendo a la demanda de los vecinos, se crean los consultorios externos "Eva Perón". Hoy en día cuentan con un equipo de trabajo conformado por

profesionales formados en: medicina general, enfermería, obstetricia, odontología, pediatría, psicología, trabajo social y administración, además de los rotantes y residentes.

Los consultorios externos del hospital tienen una gran demanda por parte de la población de la localidad de Melchor Romero, ya que es identificado por la población como un centro de referencia en Atención Primaria de la Salud. La población que asiste son en su mayoría, mujeres y niños, se caracteriza por presentar una gran diversidad cultural, (compuesta por inmigrantes de países limítrofes y ciudadanos nacionales provenientes de distintas provincias, especialmente del noroeste argentino).

Involucrados con nuestro rol como profesionales de la salud y atentos a la necesidad de controles visuales y a la falta de prevención en salud visual que se presenta en dicha zona es que, en el 2015, un grupo de optómetras (vinculados con la FCEX) nos acercamos al HJI a fin de poner a disposición nuestro saber al servicio de la comunidad que asiste y trabaja en dicho hospital. A partir de ello es que en el año 2016, surge el proyecto de extensión “Atención Primaria en Salud Visual” (APSV) que nos vincula como profesionales y docentes de la FCEX con el HJI, contextualiza nuestro trabajo en atención visual y acerca a la universidad a las problemáticas específicas de la población a fin de promover y favorecer una construcción conjunta e integrada del saber.

El proyecto funciona en los consultorios externos “Eva Perón” (CE) y tiene como objetivo trabajar en la prevención de la ceguera funcional o la pérdida de agudeza visual generada por los defectos refractivos no corregidos, y en la promoción, al educar y concientizar a la población sobre la importancia del cuidado de la función visual desde un enfoque multidisciplinario. A su vez, el proyecto busca acercar al optómetra a la problemática específica del barrio, aportar al trabajo en salud que se realiza en el HJI, y acercar a futuros graduados al trabajo en campo.

Objetivos e Interrogantes planteados

El presente trabajo tiene como objetivo exponer nuestra experiencia de integración a el equipo de trabajo de los CE-HJI, contar sobre la dinámica de trabajo construida, visibilizar el acceso a la salud visual que presentaba la población que acudió a los controles e informar la prevalencia de defectos refractivos y alteraciones binoculares encontrados.

Los disparadores que dieron origen a este trabajo y que intentaremos develar son:

- ¿Existe una demanda de atención visual en el barrio?

- ¿Qué acceso a la prevención en salud visual hay en el barrio?
- ¿Cuál es nuestro rol dentro del sistema de salud? y ¿Qué podemos aportar como profesionales al equipo de salud?
- ¿Cuál es el estado refractivo y binocular de la población que acudió a los CE-HJI?

Metodología

A fin de transmitir nuestra experiencia y contestar los interrogantes se realizará una descripción cronológica ordenada de los diferentes instancias y momentos abordados.

En cuanto a la experiencia en atención visual, se realizará un análisis descriptivo transversal de los datos registrados en las historias clínicas (HC) de los pacientes atendidos durante el período 2016 a 2019. A cada paciente se le explico el procedimiento, siendo condición de participación la firma del consentimiento informado.

La atención visual optométrica comprende principalmente el estudio del estado refractivo, binocular, acomodativo y la percepción del estado de salud general del globo ocular y sus anexos. A este estudio pueden sumarse otras valoraciones relacionadas con la percepción del paciente que dependen del motivo de consulta y la presentación del caso. Las técnicas empleadas para los resultados que aquí se informan, y que corresponden a exámenes de rutina realizados durante la consulta optométrica (Grosvenor, 2005) fueron: el registro de datos y anamnesis; valoración de la Agudeza Visual (AV) empleando un optotipo LogMAR con la E direccional, tanto en visión próxima (40 cm) como en visión lejana (5 m); valoración del defecto refractivo y determinación de la corrección final empleando la técnica de retinoscopía complementada con test subjetivos de afinación y balanceo de la corrección; valoración del estado binocular según el método adecuado para cada caso pudiéndose aplicar la técnica de Krimsky o Cover Test (CT); y la desviación se midió usando una caja de prismas. Para el análisis de los resultados, las historias clínicas se registraron en una base de datos generada por el Ing. José Vera (Facultad de Ingeniería - FI) a fin de facilitar la extracción de la información, organización y análisis.

Resultados y discusión

Experiencia de integración al equipo de trabajo del HJI

En el hospital José Ingenieros hemos encontrado un grupo de trabajo multidisciplinar conformado por más de 34 profesionales (mediques generalistas, pediatras, enfermeras,

obstetricas, psicólogas, trabajadoras sociales, promotoras en salud, administrativas, farmacéuticas, rotantes y residentes) que nos abrieron las puertas para poder realizar esta experiencia y estuvieron siempre dispuestos a trabajar en equipo con nuestra profesión y a resolver las distintas problemáticas encontradas.

Dentro de su organigrama de trabajo, cuenta con espacios de tiempo predestinados para la coordinación, diagramación y capacitación de todo el equipo, siendo los martes el espacio de coordinación y los días viernes de mañana el de capacitación, lo que les permite articular el trabajo en equipo, definir acciones y tareas, formarse, etc.

En nuestro caso, se tuvieron reuniones regulares con el equipo de coordinación de los CE y el espacio de Docencia e investigación que nos hicieron de nexo tanto para las dificultades, como para coordinación y consultas.

Dentro de este espacio de discusión y reflexión, sobre el transcurso del proyecto y atentos a las posibilidades y necesidades, es que surgieron a demanda 6 charlas de intercambio multi y bidisciplinar, entre las que se tocaron tópicos como: ¿qué es la optometría?; Baja visión: definición y manejo; Campo visual generalidades; Optometría pediátrica; Anomalías oculares y técnicas de tamizaje; Controles visuales: ¿cuándo y por qué?. Estas charlas fueron incluidas dentro del cronograma de capacitación (durante el 2016 a 2019) que regularmente organiza el HJI todos los viernes como un espacio de formación continuada que atiende a las demandas y necesidades del grupo. En algunas ocasiones surgieron propuestas o reflexiones que motivaron cambios o nuevas propuestas de talleres o charlas. Por ejemplo, durante el último encuentro surgió la necesidad de contar con un espacio de intercambio más fluido para ver cómo se desarrollan las consultas de ambos lados y la necesidad de hacer talleres para reforzar el tamizaje en niños.

Asimismo, frente a nuestra necesidad de incursionar y reforzar nuestra formación en modelos de salud y las prácticas habituales de trabajo multidisciplinar como estrategia en la Atención Primaria de la Salud (APS), varios integrantes del equipo se ofrecieron a elaborar una charla las cuales se dieron en el marco de unas jornadas que organizó el proyecto APSV en el ámbito de la FCEy y que estuvieron dirigidas a toda la comunidad. En este ámbito pudimos reflexionar sobre el estado de salud de la Argentina, como la historia nos trajo a este momento, cuales son los principales pilares de la APS y porque es importante encarar las diferentes problemáticas de manera conjunta.

A estas actividades se suma la participación a partir de este año de una serie de postas de salud organizadas por el HJI con el fin de dar alcance más específico a diferentes sub-áreas del barrio de Romero, las cuales, debido a problemas de accesibilidad y/o carencia no acceden a los servicios de salud.

En particular mi experiencia, como estudiante y relatora, participar de las actividades del proyecto me permitió comprender cómo funcionan los CE-HJI, cómo se integran los roles profesionales en un grupo interdisciplinario de trabajo y enriquecer mi formación y práctica profesional. Además, me permitió dimensionar la gran demanda de atención primaria en salud visual que tiene ese barrio, la condición de su accesibilidad a la salud visual, y cuáles son las problemáticas en salud más frecuentes de acuerdo al tipo de defecto refractivo y binocular, así como de acuerdo a su contexto sociocultural. También me dio la posibilidad, durante las postas o las consultas, de crear una vía de comunicación para transmitir información sobre la existencia de la profesión, sobre promoción y prevención de la salud, sobre el derecho al cuidado de la salud visual, conocimientos imprescindibles para conseguir esos derechos.

Experiencia en atención y condición visual encontrada en el período 2016-2019

En función de la vacancia de espacio físico en los CE-HJI y del tiempo disponible de nuestro equipo, la atención visual se realizó cada quince días en el turno mañana, con una duración de 45 a 60 minutos por consulta. Dada nuestra dependencia con la FCEX, la atención se corresponde con la temporalidad que maneja la UNLP, siendo de Febrero a mediados de Julio y de Agosto a mediados de Diciembre. La asignación de los turnos se encuentra a cargo del personal administrativo de los CE-HJI.

Los consultorios para los controles visuales fueron armados en lo que se conoce como el SUM (Figura 2). Este espacio fue acondicionado con los carteles y la iluminación adecuada, y gracias a la acreditación del proyecto en diferentes convocatorias de proyectos de extensión (UNLP, FCEX y de la Secretaría de políticas Universitarias -SPU-) se ha logrado comprar el material básico necesario para la atención de los pacientes. Hoy en día se cuenta además con una lámpara de hendidura que ha sido cedida a préstamo temporal por uno de los programas de extensión de la facultad -Programa Ambiental de Extensión Universitaria, PAEU- y la secretaría de extensión de la FCEX.



Figura 2. Fotos tomadas de los consultorios durante la atención.

Durante el período 08-2016 a 08-2019 se registró la atención de 450 pacientes (66 % mujeres, 34 % hombres). En la Figura 3 se muestra la procedencia de los pacientes atendidos. En su mayoría se ubican en la zona comprendida entre las calles 167 a 155 y de 32 a 510, perteneciente al barrio de Melchor Romero. Además se observan grandes focos de atención en los barrios: Joaquín Gorina, San Carlos y Altos de San Lorenzo.

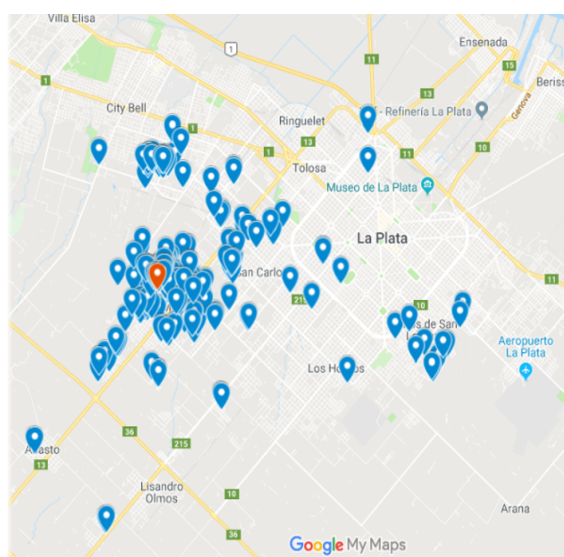


Figura 3. Mapa de ubicación de 338 de pacientes atendidos. En naranja se encuentra señalada la ubicación del HJI.

Según los datos encontrados en la página oficial del partido de La Plata, en la localidad de Melchor Romero hay dos hospitales y 3 CAPs. De los cuales solo el hospital A. Korn cuenta con servicio de oftalmología. Teniendo en cuenta la población registrada en el censo 2010, que fue de 27.371 personas, la demanda en salud visual en un año sería de 105 personas/día.

Teniendo en cuenta lo anterior es que nos preguntamos, ¿cuál fue la fecha del último control visual referido por el paciente?. Los datos se agruparon en tres grupos y los resultados se presentan en la Figura 4.

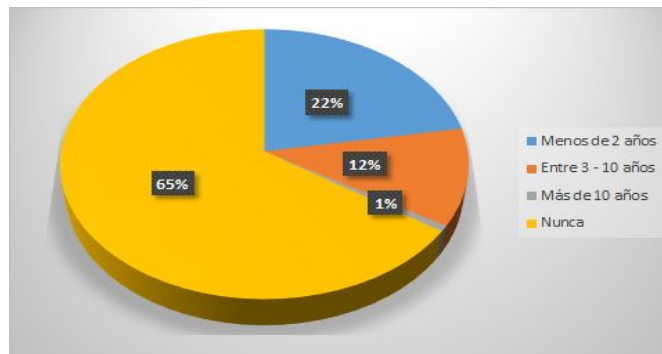


Figura 4. Porcentaje referidos respecto al tiempo transcurrido desde el último control (n=450).

La gráfica nos muestra que el 65 % de los pacientes nunca se había realizado un control visual. Mientras que el 35 % de los pacientes había accedido alguna vez a controlar su salud visual y el 22 % lo realizó con una frecuencia menor a dos años.

La frecuencia ideal de controles visuales es cada un año a dos años, esto permite detectar la aparición de signos y/o síntomas que pueden estar relacionados con las instauración de patologías oculares o sistémicas y/o la aparición de anomalías visuales.

Por otro lado, del total de los pacientes que alguna vez se controlaron (35 %), el 62 % lo hizo con una regularidad menor o igual a los 2 años. Por el contrario, el 38 % de la población restante nos refiere la necesidad de continuar o implementar estrategias y/o campañas que promuevan la concurrencia y favorezcan el acceso al sistema de salud público con una frecuencia adecuada.

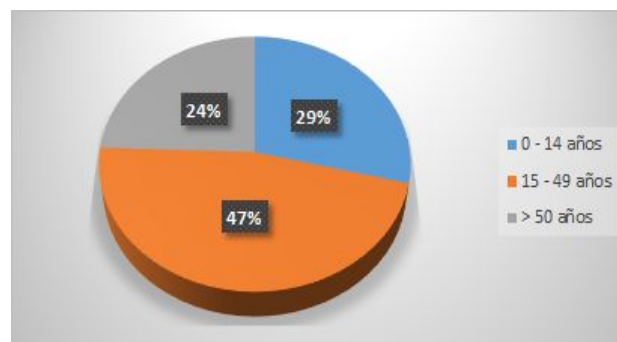


Figura 5. Distribución de las personas atendidas (n=450) según su edad en rangos de 0 a 14, de 15 a 49 y mayores a 50 años.

La población atendida estuvo comprendida en un rango etario de 3 a 88 años, la distribución de edades se puede visualizar en la Figura 5. Los resultados muestran que cerca de la mitad de la población atendida posee entre 15 a 49 años. Aproximadamente el 70 % corresponde a personas activas laboralmente, para las cuales gozar de una buena salud

visual representa no solo la posibilidad de poder desarrollarse como sujetos sociales , sino que también de obtener su sustento económico.

En relación a los motivos por los cuales asistieron a la consulta, los resultados se informan en la Figura 6.

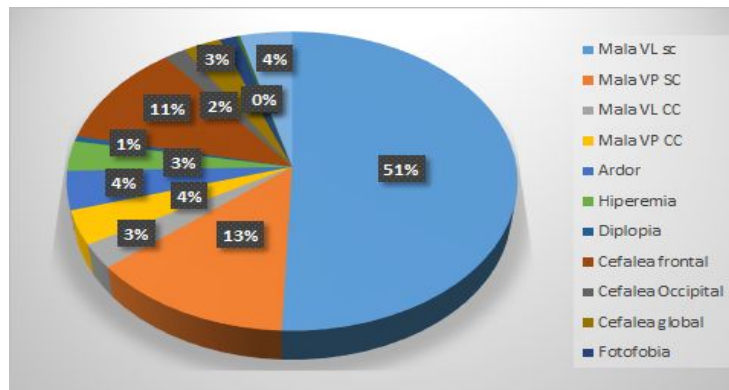
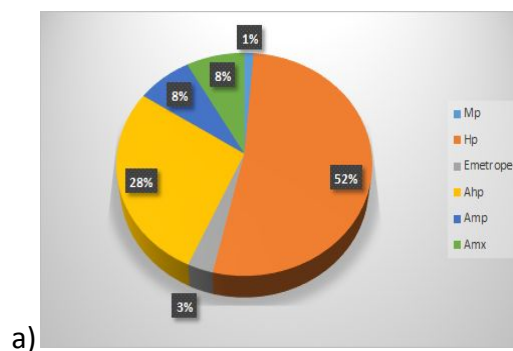


Figura 6. Porcentaje de los motivos de consulta reportados (n=450). Las abreviaciones corresponde a: VL: visión lejana; VP: visión próxima; SC: sin corrección; CC: con corrección.

Entre los motivos de consulta registrados, el más frecuente fue la mala visión lejana (VL) con una frecuencia del 51 %, seguido de mala visión próxima y cefalea frontal con un 13 y 11 %, respectivamente. Nuevamente nuestra experiencia nos habla de que la mayoría de las consultas se realizan cuando existe un impedimento visual, dado que los demás síntomas asociados a otras anomalías visuales, que pueden corregirse o no con ayudas ópticas, fueron reportados con una baja frecuencia. Esto nos remarca que uno de los principales motivos por lo que acuden es la falta de visión y nos prende una alarma sobre la posible necesidad de prevenir otras anomalías visuales que por no afectar la visión quizás no son atendidas.

Los diagnósticos refractivos encontrados según los rangos etarios definidos anteriormente, se muestran en la Figura 7.



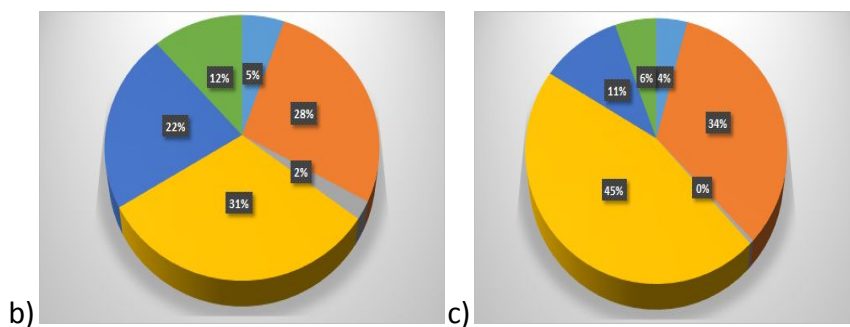


Figura 7. Diagrama de distribución de los diagnósticos refractivos de los pacientes presentados por rangos etarios: a) de 3 a 14 años b) de 15 a 49 años y c) mayor e igual a 50 años. Siendo: Emetropía (E, gris); Miopía (Mp, celeste); hipermetropía (Hp, naranja); Astigmatismo hipermetrópico (AHp, amarillo); Astigmatismo miópico (AMp, azul) y Astigmatismo mixto (AMx, verde).

En niños (de 3 a 14 años) el defecto refractivo que apareció con mayor frecuencia fue la Hp con un 52 %, seguido de Astigmatismo (As) con un 34 %, dentro del cual prevaleció el As hipermetrópico (AHp), mientras que la miopía (Mp) apareció en apenas un 1 % y la emetropía apareció con un 3 % en niños mayores a los 8 años.

La prevalencia de Hp se relaciona con el desarrollo visual que está acompañado del desarrollo ocular durante el proceso de emetropización que transcurre desde el nacimiento hasta los 6-8 años. A su vez, una prevalencia alta de As también fue reportada por Verrone (2008) en una población de niños de Santa Fe.

En el rango etario medio, apareció con mayor frecuencia el As (65 %), con una distribución cercana entre AMp e AHp. El defecto refractivo esférico que más se presentó fue la Hp. El mayor porcentaje de AMp se ve en este rango etario, con un 24 % comparado con un 4 y un 11 %, en niños o adultos respectivamente. Por otro lado, los pacientes mayores de 50 años presentaron Hp (34 %) y As Hp (45 %). En este caso esta prevalencia se puede deber a una disminución de la tensión del músculo ciliar (Grosvenor, 2006).

Por otra parte se analizó el estado del alineamiento motor, como uno de los requisitos principales para la visión binocular (integración de las imágenes provenientes de cada ojo para formar una única imagen). Las anomalías de la visión binocular se pueden dividir en dos grandes grupos según si se mantiene o no la visión binocular, distinguiéndose: el estrabismo o tropia, y la foria. La foria corresponde a la situación donde, frente a la ausencia del estímulo de fusión (y por ende de binocularidad), los ojos adoptan una posición de reposo, que es desalineada de un ojo respecto al otro. El estrabismo o tropia es la condición en la cual los ojos se encuentran desalineados en condiciones binoculares.

En tanto, el diagnóstico binocular que presentaron los pacientes se informa en la Figura 8 y los resultados fueron clasificados en normal, con valores de foria en VL: $1 \pm 3 \Delta$ y VP: $3 \pm 3 \Delta$, (Scheiman y Wick, 1996); Foria, los pacientes que presentaban un estado fórico fuera del rango de lo normal en VL y/o VP; y estrabismo, los pacientes que presentaron una desviación ocular manifiesta en VL y/o VP.

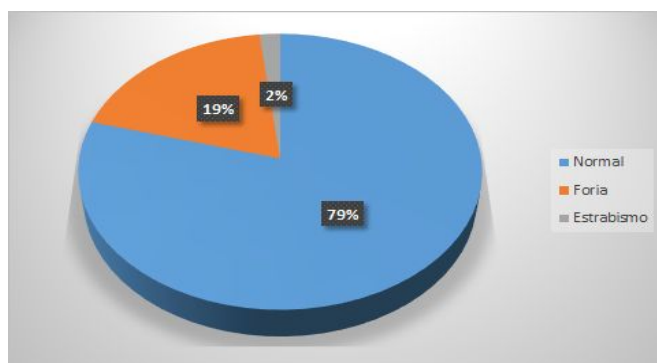


Figura 8. Diagnóstico binocular en porcentajes, subdividido en normal (forias en rangos de normalidad); forias (en VL o VP fuera de los valores normales); estrabismo (tropia en lejos y/o cerca permanente).

Se pudo observar que el 79 % de los pacientes presentaban un alineamiento ocular normal, mientras que el 19 % presentó un estado fórico anormal, con una desviación asociada posiblemente a la presencia de una anomalía binocular no estrábica. Dentro de las anomalías binoculares se agrupan un conjunto de entidades clínicas que se caracterizan por ser, en su mayoría, muy sintomáticas y traer inconvenientes durante las actividades de lejos y/o cerca. En muchos casos si no se tratan pueden derivar en estrabismos con pérdida de visión binocular central y estereopsis. Su tratamiento se maneja mediante la corrección del defecto refractivo de base y el uso de terapia visual y/o prismas.

Como tratamiento para las anomalías refractivas encontrada se entregaron 276 ayudas ópticas, de las cuales solo una fue de baja visión (ceguera legal), mientras que el 55 % fue para VL, el 9 % para VP y el 36 % para ambas distancias. Como es esperable, esto se corresponde con el reporte de sintomatología presentado, donde el motivo de consulta más frecuente era mala visión lejana sin corrección.

La AV es una medida clínica que determina en forma cuantitativa la habilidad del sujeto de discriminar los detalles finos de un objeto a una distancia determinada y que a su vez permite cuantificar su estado de salud ocular. En la Figura 9 se presentan los valores de AV obtenidos, luego de corregir el defecto refractivo, expresados mediante la notación decimal de Snell para 20 pies (que equivalen a 6 metros) y agrupados por rangos, asociados

a los diferentes niveles de deficiencia visual que se encuentran en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, actualización y revisión de 2018). En dicha revisión la deficiencia visual se subdivide en cuatro niveles en función de la AV en lejos siendo: deficiencia visual leve para AV inferiores a 20/40 (0,5 décima), moderada para AV inferiores a 20/60 (0,33 décima), grave para AV inferiores a 20/200 (0,1 décima) y ceguera legal para AV inferiores a 20/400 (0,05 décimas). Por otra parte las AV entre 20/16 y 20/20 se consideran normales, y entre 20/25 y 20/32 relativamente buenas, ya que estas últimas no generan un mayor impedimento de las tareas cotidianas y por ende no presentan mayor deficiencia visual.

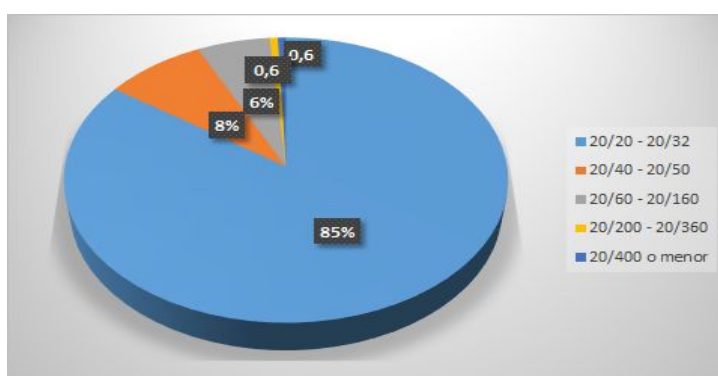


Figura 9. Diagrama de distribución de las agudezas visuales obtenidas con la mejor corrección.

De la gráfica se desprende que el 85 % de la población posee una visión dentro del rango de visión aceptable, mientras que el 8 % presentó una deficiencia visual leve, el 6 % moderada, 0,6% severa y 0,6% presentó ceguera legal. Considerando que el 65 % de la población estudiada no reportaba estudios visuales previos, los valores de AV con corrección hallados son significativamente buenos y no se corresponden con algunos de los reportes referidos a nivel mundial en el año 2017 (Bourne y col, 2017). De todas formas, se deben considerar varios factores: que el número de casos reportados es muy bajo comparado con otros estudios; que la población mayoritaria es la de 14 a 50 años, mientras que a nivel mundial el 65 % de las discapacidades visuales se presentan en la población mayor a los 50 años (OMS-2019); que la prevalencia de defectos refractivos varía según la región y la etnia.

A pesar de ello, Igualmente hay un 15 % de pacientes que cuentan con una funcionalidad visual disminuida que les afecta desde tareas como leer, mirar televisión, conducir, cocer (en los casos leves), hasta desenvolverse en las actividades cotidianas e interactuar con otros. Esta población cuenta con una afección visual más profunda que no fue posible de recuperar con la corrección área y necesita de otros cuidados.

Generalmente, un valor de AV bajo se puede deber a la presencia de alguna patologías ocular o sistémica, defectos refractivos, estrabismo y/o ambliopía. A nivel mundial se ha determinado que las causas de discapacidad pueden variar de un país a otro. Por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medianos hubo una mayor proporción de deficiencia visual atribuible a las cataratas (en adultos y niños), tal que en los países de ingresos altos fueron atribuidas con mayor frecuencia en adultos a enfermedades como la retinopatía diabética, el glaucoma y la DMAE, en niños a la retinopatía del prematuro (OMS, 2019).

En nuestro caso no fue posible aún determinar la causa de las deficiencias visuales encontradas ya que se requiere un análisis más profundo respecto a los valores encontrados, y además se hace necesario confirmar la presencia o ausencia de las patologías presupuestas, acción que se escapa de nuestro ámbito de incumbencia. Es por ello que nos parece sumamente necesario e importante trabajar en colaboración con la especialidad de oftalmología, a través de un grupo multidisciplinario. Con el objetivo de poder establecer no sólo la prevalencia y magnitud de las deficiencias visuales sino también las causas de las mismas, en el mayor número de individuos posible, nos permitiría contar con una herramienta sólida para exigir un mayor compromiso político y económico a fin de mejorar el acceso y la equidad en salud visual y ocular. En este sentido aún se debe construir una vía de acceso, derivación y comunicación que permita la continuidad y seguimiento del los paciente derivados, favoreciendo así la calidad de la atención.

Finalmente en la Figura 10 se muestran las frecuencias de las de remisiones realizadas a las diferentes especialidades. Se debe mencionar que si bien a todos los pacientes se les observa el fondo de ojo (FO) mediante la técnica de oftalmoscopia directa, a todo paciente mayor a 40 años se le indica de rutina que se realice un control de FO y toma de presión intraocular (PIO). Estos casos no están contemplados dentro de la gráfica, solo se reportan los que presentaron signos presuntivos y/o requerían de otro tipo de tratamiento diferente a la corrección óptica convencional.

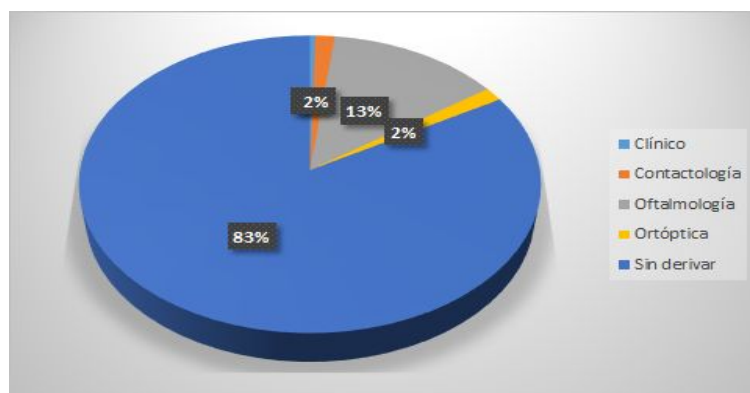


Figura 10. Distribución de las remisiones de los pacientes a las diferentes áreas de la salud visual.

De la gráfica se desprende que el 83 % de los pacientes no requirieron de otra especialidad para solucionar su motivo de consulta durante la atención en el primer nivel, mientras que el 17 % necesitó ser derivado a otra área/especialidad de salud. Estos resultados muestran la importancia de nuestra inserción profesional en el sistema de salud ya que favorece el testeo visual de la población y aumenta la accesibilidad a la salud visual especializada, disminuye el costo del sistema en salud y optimiza el uso de los recursos. Los casos que se derivaron a oftalmología fueron para valoración en especial del fondo de ojo (67 %); opacidades en cristalino (13 %); por presunto signos asociados al glaucoma (10 %); segmento anterior (8 %) y baja visión (2 %).

Conclusiones y recomendaciones

Analizando las acciones que hemos realizado en el transcurso de estos tres años en los que el proyecto de extensión trabajó junto al equipo de CE-HJI, hemos visualizado la demanda de atención visual que hay en la localidad de Melchor Romero, y probablemente en otros barrios, dado que hemos notado que también acudieron a atenderse a los CE-HJI desde zonas como Joaquin Gorina, San Carlos y Altos de San Lorenzo. Además nos sorprendió el porcentaje de pacientes que nunca se habían realizado un control visual (65 %). Esto concuerda con la velocidad la que se ocupan los turnos, y nos da una idea real de la necesidad de atención visual que hay en la zona. Si a esta observación le sumamos el porcentaje de pacientes, que aún con la mejor corrección, presentaban algún grado de deficiencia visual (15 %) y el porcentaje de pacientes que presentaron alguna anomalía binocular (21 %), podemos afirmar que existe un espacio de vacancia que debemos como profesionales de la salud cubrir, y que necesitamos trabajar en la promoción y prevención de la salud visual a fin de favorecer la equidad y la accesibilidad.

Esperamos con este trabajo poder visualizar la importancia de la inserción del optómetra dentro de los equipos de salud en primer nivel para: ampliar la cobertura del cuidado visual y ocular; aumentar la posibilidad de pesquisar en el primer nivel anomalías, disfunciones o condiciones patológicas que detectadas, tratadas y/o derivadas a tiempo evitan la aparición de discapacidades visuales; mejorar la calidad de vida de las personas; disminuir el costo del sistema de salud y mejorar el Índice de desarrollo humano del país.

Finalmente consideramos que la participación y gestión de los proyecto de extensión nos permiten construir, en conjunto con la comunidad, experiencias que enriquecen continuamente la construcción de nuestro saber como sociedad. Mientras que desde la perspectiva como docente, nos da herramientas que permiten favorecer y mejorar la enseñanza y el aprendizaje.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019. 2013. [internet]. [consultado el 8 de Octubre de 2013] ISBN: 978 92 4 550656 0. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/universal_eye_health/es/

World Health Organization. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness, 2004; En: <http://encolombia.com/medicina/guiasmed/alteracion-visual/bibliografia-9/#sthash.JBS9tTZe.dpuf>

World Health Organization. The impact of myopia and high myopia: report of the Joint World Health Organization–Brien Holden Vision Institute Global Scientific Meeting on Myopia [internet]. University of New South Wales, Sydney, Australia; 16–18 March 2015. [consultado en septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/blindness/causes/MyopiaReportforWeb.pdf>

Verrone PJ, Simi MR. Prevalencia de agudeza visual baja y trastornos oftalmológicos en niños de seis años de la ciudad de Santa Fe. 2008 [citado 16 de junio de 2011];106(4): [aprox 11 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752008000400008&script=sci_arttext

Spaide RF, Ohno-Matsui K, Yannuzzi LA. Pathologic Myopia. New York: Springer; 2014.

Scheiman, M. y Wick, B. Tratamiento clínico de la visión binocular. Disfunciones heterofóricas, acomodativas y oculomotoras. Madrid: Ciagami S.L.;1996.

Grosvenor, Theodore. Optometría de Atención Primaria. 4ª Edición. España: Masson; 2005.

Alvarez VR, Cali JM, Dickson D, Drake J. Queremos el durazno, banquemos la pelusa. XXX Congreso de la Federación Argentina de Medicina General FAMG, 7 al 10 de Noviembre; Santa Fé, Argentina. Disponible : <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-de-investigacion/category/118-promocion>

INDEC - Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010.

www.lapлата.gov.ar/#/ciudad/caps [consultado 29 de septiembre de 2019].

Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das a, Jonas JB, Keeffe J, Kempen JH, Leasher J,, Silvester A, Stevens GA, Tahhan N, Wong TY, Tylor HR, on behalf of the Vision Loss Expert Group. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. Vision 2020 [internet] 2017 [consultado el 29-09-2019]; volumen (5). Disponible en: www.thelancet.com/lancetgh.

VER PARA CREER - CONOCER PARA VER
Optómetras al cuidado de la salud visual en la localidad de Melchor Romero
Faccia, Paula A.; Gutiérrez, María Á.; Mujica, Mayra; <u>Corral, S.</u> ; Toledo, Florencia E.; Panaroni, Dario H.; Cabello, Lucia
Proyecto de extensión "Atención Primaria en Salud Visual" (FCE-UNLP). Consultorios externos "Eva Perón" del Hospital Sub-zonal Especializado Dr. José Ingenieros (HJI), calle 161 y 515, Melchor Romero, La Plata, Bs As. Teléfono: 0221-478-2243. Código Postal: 1903. Mail: paulafaccia@gmail.com , florenciaetoledo@gmail.com
Relato de experiencia
Categoría temática clínica ampliada
Trabajo inédito
En el marco del proyecto de extensión "Atención Primaria en Salud Visual" (APSV) de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de la Plata (FCE-UNLP, un grupo de optómetras -profesional sanitario, no médico e independiente al cuidado de la salud visual primaria- nos vinculamos con el Hospital José Ingenieros (HJI) a fin de promover los controles visuales en la población de la localidad de Melchor Romero. Este trabajo tiene como objetivo exponer nuestra experiencia de integración a el equipo de trabajo de los CE-HJI, determinar el acceso a la salud visual que presentaba la población que acudió a los controles e informar la prevalencia de defectos refractivos y alteraciones binoculares mediante un análisis descriptivo transversal de los datos registrados. Durante el período 2016 a 2019 se registró la atención de 450 pacientes (66 % mujeres, 34 % hombres) comprendidos entre los 3 y 88 años, de los cuales solo un 35 % acusó haberse hecho un control previo, el defecto refractivo predominante fue el astigmatismo seguido de hipermetropía, el 15 % presentó algún grado de deficiencia visual, el 21 % presentó anomalía binocular, el 17 % fue remitido a otra especialidad. Analizando la trayectoria de estos tres años en los que trabajamos junto al equipo de CE-HJI, corroboramos la demanda en atención visual que existe y la necesidad de seguir trabajando en promoción y prevención a fin de favorecer la equidad y la accesibilidad. Esperamos poder visualizar la importancia de insertar al optómetra en los equipos de salud.
Optometría, Salud visual, equipo de salud, defectos refractivos, Hospital Jose Ingenieros