



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD OCULAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN SALUD DE LA POBLACION

URUGUAY
Setiembre - 2006



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Directora de la División Salud de la Población

Dra. Liliana Etchebarne

Director del Programa Nacional de Salud Ocular

Dr. Homero Demicheli

ESTADO DE SITUACIÓN

La OMS en su programa 2020, aspira lograr en el mundo para ese año, la erradicación de la ceguera evitable, proponiendo líneas de acción en diversas afecciones oculares.

Es así que plantea el combate al tracoma, a la oncocercosis y a la avitaminosis A, como temas prioritarios en la mayoría de los países subdesarrollados.

Esta problemática en el Uruguay esta resuelta ya que el tracoma fue erradicado hace unos 50 años, la oncocercosis no existe en el país y la avitaminosis A, a pesar de la crisis económico- social, ya no se observa.

Muchas de las otras causas de ceguera evitable o tratable todavía las encontramos en nuestro medio y algunas constituyen un problema social muy importante.

Las dividimos según la edad:

A) En el niño

- 1 **Las malformaciones congénitas**, en las que pesan afecciones hereditarias y metabólicas y entre ellas la catarata congénita, el glaucoma congénito y el retinoblastoma, así como otras que son consecuencias de infecciones durante el embarazo como por ejemplo la rubéola. Las primeras merecen el consejo genético y la rubéola cuenta con una vacuna eficaz y obligatoria en nuestro medio.
- 2 **La ambliopía y el estrabismo**, ambos ligados como causantes uno del otro
- 3 **Los defectos de refracción no corregidos**. Estos junto a la ambliopía y al estrabismo se han detectado en cerca del 20 % de los niños examinados en algunas escuelas de Montevideo.
- 4 **La retinopatía del prematuro (ROP)** en el recién nacido de bajo peso. Es importante el buen control del embarazo para evitar el parto prematuro y en caso de ocurrir, hacer un control oftalmológico y tratamiento adecuado.

B) En el adulto

- 1 **La catarata** es la causa más frecuente de ceguera tratable y su prevalencia está directamente relacionada con la oportunidad quirúrgica.
- 2 **El glaucoma**, es una enfermedad que afecta especialmente al adulto mayor ya que su incidencia aumenta con la edad, es una causa frecuente de ceguera definitiva. La detección temprana y el tratamiento oportuno permiten retardar o evitar una ceguera que será en muchos casos inevitable si se vive el tiempo suficiente. Hay tratamientos médicos, quirúrgicos y con láser. La población de

mayor riesgo: personas de raza negra, familiares directos de glaucomatosos, miopes, y mayores de 40 años.

- 3 **La retinopatía diabética**, una de las causas más importantes de ceguera. Debe detectarse a tiempo con el examen de fondo de ojo periódico de todo diabético y debe tratarse oportunamente con láser.
- 4 **La degeneración macular relacionada con la edad**, afecta especialmente al adulto mayor y termina con la pérdida de la visión central y por lo tanto de la capacidad de lectura y de trabajo manual fino. Se beneficia de tratamientos programados de rehabilitación visual.

PROPOSITO

Contribuir a la disminución de la prevalencia y de la incidencia de las enfermedades capaces de llevar a la ceguera o de afectar la visión en tal forma que pueden disminuir la calidad de vida de las personas afectadas, promoviendo la salud ocular desde el nacimiento.

ESTRATEGIAS

1. Promoción de la salud ocular desde el nacimiento, con acciones orientadas a los grupos de riesgo (preescolares, ingreso escolar, adolescentes, adultos mayores)
2. Prevención de la enfermedad ocular, en sus tres niveles (detección precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación)
3. Restablecimiento de la visión cuando ya está deteriorada.

Se plantean

- 1) objetivos para la población de niños y adolescentes
- 2) objetivos para los adultos

OBJETIVO GENERAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Promover la salud ocular y detectar precozmente las malformaciones congénitas y las afecciones que pueden provocar deficiencias visuales y en consecuencia afectar el desarrollo normal del niño

1) Objetivos específicos para niños de 0 a 24 meses.

Detección precoz y oportuna por el pediatra de las malformaciones y enfermedades oculares que pueden llevar a la ceguera y el envío inmediato a consulta con oftalmólogo.

1, 1) Detección por el pediatra de anomalías congénitas en el examen del recién nacido

1, 2) Detección por el pediatra de signos como:

1, 2,1) Leucocoria (pupila blanca) las más frecuentes y de mayor gravedad son:

Catarata congénita que es responsable de buena parte de la ceguera de la infancia. Debe ser diagnosticada y tratada antes de los 2 meses de edad, ya que la mácula se desarrolla a los 4 meses de edad.

Retinoblastoma, tumor maligno que aparece con poca frecuencia y se observa también en forma hereditaria.

1,2,2) Megalocórnea. Se trata de córneas con diámetro mayor a los 11,5 mm, Hay muchas que son hereditarias sin ninguna repercusión sobre la visión. La megalocornea puede corresponder a un glaucoma congénito.

1,2,3) Ptoxis palpebral. Si obstaculiza por completo debe ser operada precozmente para evitar la ambliopización del ojo.

1,2,4) Parálisis oculomotora y estrabismo. Requieren detección y tratamiento oftalmológico adecuado para evitar la ambliopía.

1, 2,5) Respecto al niño prematuro de bajo peso al nacer, el peligro es el desarrollo de la retinopatía del prematuro que debe detectarse a tiempo para evitar la ceguera.

Estrategia

Incluir el examen oftalmológico en cada control pediátrico, haciendo énfasis en el recién nacido, al ingreso escolar y en el adolescente, de acuerdo a las Guías Básicas de Afecciones Oftalmológicas en el niño.

El examen ocular, que se puede hacer con una linterna y si se tiene con un oftalmoscopio, es muy simple y consume muy poco tiempo y permite detectar malformaciones, leucocoria y megalocórnea, así como desviaciones oculares. Si se utiliza un oftalmoscopio examinando el reflejo rojo se pueden detectar opacidades de los medios oculares.

En todos los centros de perinatología se debe contar con instrumental adecuado para el examen del fondo de ojo del prematuro y sistemas de referencia oportuna a Oftalmólogo en los casos necesarios.

Con la finalidad de prevenir la **toxoplasmosis congénita** se incluirá la información necesaria en los controles de la mujer embarazada, comprendiendo aspectos generales de la enfermedad, como se contagia, alteraciones que puede producir en el recién nacido y las medidas higiénicas a tomar para evitar el contagio.

2. Objetivos específico para niños mayores de 2 años.

Contribuir a disminuir la prevalencia del estrabismo y la ambliopía y a la detección y corrección de los defectos de refracción, que son las mayores causas de deterioro visual en este grupo.

Detección oportuna de esas afecciones, promoviendo la consulta oftalmológica adecuada.

Estrategia

Examen ocular somero efectuado por pediatras, iniciando la medida de la agudeza visual en la consulta pediátrica, con intervención del oftalmólogo en períodos de la vida programados, sensibilizando a padres y maestros sobre la salud ocular de sus niños.

Control con oftalmólogo programado a edades predeterminadas.

Se incluyó en el Programa de Salud del Niño la realización de examen ocular efectuado por oftalmólogo a la edad de 3, 5 y 12 años. Será exigible por los Institutos de Enseñanza. Entre otros el objetivo de esta medida es detectar y tratar en forma oportuna la ambliopía, el estrabismo, los vicios de refracción

Distribución de material informativo para padres sobre la ambliopía, en los controles en salud de los niños por parte del pediatra.

Uso de una **metodología de tamizaje** para aplicar en Instituciones de Enseñanza Primaria y otro para las de Enseñanza Secundaria, como por ejemplo el tamizaje visual de alumnos que cursan el primer año liceal, con el objetivo de detectar y encaminar a su tratamiento a los estudiantes con vicios de refracción, estrabismo o heteroforias, que son las afecciones más frecuentes a esta edad.

Distribución de afiche con consejos básicos para el uso de las computadoras, con el fin de prevenir el Síndrome Visual por Computadora.

Elaboración y distribución de material informativo acerca de los accidentes y traumatismo oculares en el niño y de como prevenirlos.

OBJETIVO GENERAL PARA ADULTOS

Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de las afecciones oculares que pueden llevar a la ceguera con más frecuencia en nuestro medio.

Estas afecciones son:

Cataratas

Glaucoma

Retinopatía diabética

Degeneración macular relacionada con la edad

1) CATARATAS

Existe en todo el mundo una prevalencia elevada de ceguera por cataratas, que va en aumento por la prolongación de la vida.

Se trata de una afección que aumenta notoriamente con la edad de la persona. La catarata tiene varias formas de presentación y puede provoca deficiencia visual variable, dependiendo se su evolución y de la localización en el cristalino.

A los enfermos con cataratas se los considera ciegos cuando su agudeza visual es 20/400 en el ojo mejor, y deficiente visual severo si la visión es mayor de 20/400 pero menor de 20/200. **Se estima que las cataratas son la principal causa de ceguera en el mundo.**

Se considera que debe operarse cuando la visión es menor a 20/60 (0.3) o cuando invalida para la vida diaria de la persona. La catarata produce nublamiento de la visión,

disminución de la visión de contraste, deslumbramiento y alteración de la visión de los colores.

Medida preventivas:

Disminuir la exposición a los rayos ultravioleta
Control de la diabetes
Evitar el uso de corticoesteroides.

En la etapa actual de la oftalmología la cirugía de la catarata con implante de lente intraocular es, en general, altamente eficiente para restaurar la visión.

La tasa de cirugía de catarata se define como el número de cirugías de catarata por millón de habitantes por año. Esta tasa debe ser igual a la tasa de incidencia para disminuir la prevalencia de la ceguera por catarata.

La indicación de la cirugía en el paciente con catarata debe hacerse cuando

- a) la agudeza visual no se ajusta a las necesidades visuales del paciente
- b) cuando la operación puede aportar un aumento razonable de la calidad visual.
- c) cuando la opacidad del cristalino impide el tratamiento de afecciones del segmento posterior del ojo.

El resultado de la cirugía debe ser monitoreado tomando en consideración las recomendaciones de la OMS que se basan en :

El porcentaje de complicaciones
La agudeza visual postoperatoria (al otro día de la operación)
La agudeza visual a las 8 semanas de postoperatorio.

2) GLAUCOMA

El glaucoma primario se presenta en dos formas:

glaucoma de ángulo cerrado
glaucoma de ángulo abierto.

Los factores de riesgo son:

Edad, a mayor edad mayor frecuencia.
Raza, es más frecuente en la raza negra.
Historia familiar de glaucoma
La hipertensión ocular
El espesor corneal menor a 545 μm
Uso de corticoesteroides
Miopía elevada

Diabetes
Jaqueca
Vasoespasma

La detección de los casos debe hacerse entre la población de mayor riesgo: pacientes de raza negra, familiares de glaucomatosos, miopes elevados, diabéticos, jaquecosos.

El glaucoma de ángulo cerrado es mucho menos frecuente, se caracteriza por tener el ángulo muy estrecho o cerrado y puede tener un curso agudo presentándose con un cuadro dramático de dolor, pérdida marcada de la visión y ojo congestivo o puede presentarse en forma de crisis poco dolorosas acompañadas de enturbiamiento de la visión y de la percepción de halos coloreados alrededor de las luces. Esas crisis a veces pueden resolverse espontáneamente.

Factores de riesgo del glaucoma de ángulo cerrado son :

Raza asiática
Hipermetropía elevada
Herencia
Edad, se va estrechando la cámara anterior y cerrando el ángulo
Catarata intumesciente
Toma de sustancias anticolinérgicas por vía general o tópica ocular
Uso de Psicofármacos

La detección del glaucoma de ángulo cerrado debe hacerse en toda persona que clínicamente tenga una cámara anterior estrecha, que tome la medicación de riesgo, que tenga antecedentes familiares, en pacientes con cataratas en quienes la intumescencia del cristalino puede cerrar el ángulo, y en toda persona con cefaleas y visión borrosa en forma de crisis, ya que podrían corresponder a cierres angulares.

Estrategia

Para ambos tipos de glaucoma es fundamental la educación, procurando que toda la población de riesgo se haga controlar.

Se debe aprovechar toda consulta oftalmológica para detectar pacientes sospechosos de glaucoma o con factores de riesgo examinando el estado de la papila, la tensión ocular y la profundidad de la cámara anterior.

3) RETINOPATIA DIABETICA

Es la microangiopatía de la retina que se observa en el diabético caracterizada por la presencia de hemorragias, microaneurismas, exudados duros y blandos, áreas de isquemia, alteraciones venosas, proliferación neovascular y finalmente desprendimiento de retina. Es una causa muy frecuente de ceguera.

Los factores de riesgo de la retinopatía diabética son:

La edad de la diabetes, es decir los años de diabetes
La hipertensión

El embarazo
 El control de la glucemia
 El tabaco
 La nefropatía
 La hemoglobina glucosilada elevada
 Dependencia de la insulina
 Dislipemia
 Factores genéticos

Se clasifica actualmente en:

Nivel de retinopatía	Signos clínicos	Manejo
Leve no proliferativa	Más de 1 microaneurisma	Revisión cada 12 meses
Moderada no proliferativa	Hemorragias microaneurismas en 1 a 3 cuadrantes, exudado algodonoso, arrosamiento venoso, IRMAs	Revisión cada 6 meses
Severa no proliferativa	Hemorragias, microaneurismas en los 4 cuadrantes, o arrosamiento venoso en 2 cuadrantes o IRMAs en 1 cuadrante	Revisión cada 3 meses
Proliferativa	Neovascularización	Pan fotocoagulación
Edema macular clínicamente significativo	Maculopatía con deterioro de la agudeza visual.	Grilla macular con láser

Estrategia

Educación a la población y en especial a los diabéticos acerca de la afección y de su riesgo.

Promover la formación en los centros de asistencia de equipos de médicos especializados en el control retinal de los diabéticos y en su tratamiento

Tamizaje sistemático de todo paciente diabético
 Se debe hacer control del fondo de ojo a:

Los pacientes con DM I todos los años a partir de los 5 años de enfermedad.
Los pacientes con DM II al diagnóstico y luego cada año

4) DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD (DMRE).

La DMRE es una enfermedad de la región macular caracterizada por la pérdida de la visión central, cuya frecuencia va en aumento, afecta a gran parte de los adultos mayores, se clasifica en:

- a) DMRE inicial
- b) DMRE intermedia
- c) DMRE avanzada

Los factores de riesgo son:

- Edad
- Cigarrillo
- Hipertensión
- Herencia
- Alta ingestión de ácidos grasos saturados y colesterol
- Exposición a la luz solar
- El riesgo disminuye con el consumo de antioxidantes (vitaminas C y E, beta caroteno, luteína, Zinc y con el consumo de grasas omega -3.

Estrategia

Promover el control oftalmológico periódico, cada 3 a 4 años en la población entre 40 y 64 años y en los mayores cada 1 o 2 años, para identificar a los pacientes con riesgo de pérdida de visión por DMRE

Educar a los enfermos y a su familiares sobre la enfermedad, los factores de riesgo y las medidas preventivas y promover el autocontrol de los pacientes con el test de Amsler.

Promover el tratamiento y control oftalmológico de los pacientes, llevar un registro de pacientes con DMRE y hacer seguimiento del resultado de los tratamientos efectuados.

Promover la rehabilitación visual, estimulando la formación de centros especializados en rehabilitación visual y en reeducación del paciente con deficiencia no recuperable