

ARTICULO ORIGINAL

Influencia de la cirugía de catarata en la adaptación biopsicosocial del adulto mayor**Influence of cataract surgery in biopsychosocial adaptation in the elderly**

Dra. Leonor Rosario Díaz Alfonso,⁽¹⁾ Dra. Elvira Machado Héctor,⁽²⁾ Dra. Bárbara Suárez Rodríguez,⁽³⁾ Dra. Mariela Julia Curbelo Gómez.⁽⁴⁾

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. MSc. en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor. ²Especialista de II Grado en Oftalmología. MSc. en Pedagogía Básica Superior. Profesor Auxiliar. ³Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. MSc. en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor. ⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. MSc. en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Ophthalmology. MSc. in Satisfactory Longevity. Instructor. ²Terminal Professional Degree in Ophthalmology. MSc. in Basic Higher Pedagogy. Assistant Professor. ³Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Ophthalmology. MSc. in Satisfactory Longevity. Instructor. ⁴Second Professional Degree in General Medicine Second Professional Degree in Ophthalmology. MSc. in General Care for Children. Assistant Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: el siglo XXI se caracteriza por un aumento progresivo del envejecimiento poblacional, con la consecuente demanda de atención médica por la polimorbilidad que presenta esta etapa del ciclo vital.

Objetivo: demostrar la influencia de la cirugía de catarata en la adaptación biopsicosocial del adulto mayor.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, durante los meses de enero a junio del 2008 en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia Cienfuegos, que incluyó a los 60 pacientes adultos mayores operados de catarata en ese periodo. Se utilizó como instrumento la evaluación geriátrica, aplicada antes de la cirugía de catarata y 3 meses después, que incluyó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, para medir función afectiva, y el índice de Katz, para la evaluación funcional. Las variables

utilizadas conforman la evaluación geriátrica preoperatoria que incluye aspectos biomédicos, sociales, funcionales, psicológicos, análisis riesgo beneficio, análisis del riesgo quirúrgico anestésico.

Resultados: el mayor número de pacientes se encontró entre 70 y 74 años, predominó el sexo masculino y el color blanco de la piel. Los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron las artropatías, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Existió una relación significativa, entre los niveles de agudeza visual inicial y los índices de depresión; así como con las limitaciones en la realización de las actividades básicas para la vida diaria.

Conclusiones: con la intervención quirúrgica se logró mejorar la agudeza visual y restablecer un conjunto de capacidades funcionales que permiten una mejor adaptación biopsicosocial del adulto mayor.

Recibido: 18 de agosto de 2010

Aprobado: 25 de agosto de 2010

Correspondencia:

Dra. Leonor R. Díaz Alfonso

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55100

Dirección electrónica: leonorda@jagua.cfg.sld.cu

Palabras clave: extracción de catarata; agudeza visual; ajuste social; adaptación psicológica; anciano

Límites: Humanos; anciano

ABSTRACT

Background: The twenty-first century is characterized by a progressive aging in the population, with the subsequent demand of medical care it implies due to the polymorbidity rates typical of this stage of life.

Objective: to prove the positive influence of cataract surgery in biopsychosocial adaptation of elderlies.

Methods: a descriptive study conducted from January to June 2008 in the General University Hospital "Dr. Aldereguía Gustavo Lima" in Cienfuegos. The 60 elder patients who underwent surgery cataract in that period were included. Geriatric evaluation was used as assessment instrument. It was applied before and 3 months after cataract surgery and included the Yesavage Geriatric Depression Rating Scale to measure emotional function and the Katz index for functional evaluation. The variables used are part of the preoperative geriatric assessment. Among them we can find biomedical, social, functional and psychological aspects as well as risk benefit and anesthetic risks analysis.

Results: the largest amount of patients was between 70 and 74 years old, predominantly males and white skinned. Most frequent personal pathological records were arthropathies, diabetes mellitus and hypertension. A significant relationship between initial visual acuity levels and depression rates was found; as well as limitations in performing basic daily life activities.

Conclusions: with surgical intervention an improved visual acuity was achieved and a number of functional capacities were reestablished to allow a better biopsychosocial adaptation in elderlies.

Key words: cataract extracción; visual acuity; social adjustment; adaptation, psychological; aged

Limits: Humans; aged

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI, desde sus inicios, enfrenta un mundo con una población que presenta un aumento, nunca antes visto, en el número y proporción de personas ancianas. Las consecuencias de este hecho se manifiestan en todos los sectores de la sociedad, pero es particularmente impactante en lo que se refiere al aumento de las necesidades socio sanitarias y de atención médica del segmento más envejecido de la población, situación para lo que no están preparados los servicios de salud y, en especial, los médicos.

Los adultos mayores, sobre todo los considerados como frágiles, presentan características distintivas particulares en relación con la presentación clínica de las enfermedades, matizadas por problemas funcionales, mentales y socio familiares, que son de obligatorio conocimiento para todo médico. ⁽¹⁾

El adulto mayor representa en los países desarrollados cerca del 20 % de la población y las tendencias futuras lo aproximarán al 25 %. En los países en desarrollo y menos desarrollados, supera el 10 % y en las próximas décadas se va a acercar al 20 %. ⁽²⁾

Según las estadísticas anuales sobre el adulto mayor en el Centro Nacional de Investigaciones / Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) – 2005, la población cubana al cierre del 2005 en términos de envejecimiento alcanzó 15,8 % de personas con 60 años y más. ⁽³⁾

Según proyecciones demográficas, para el 2050 ya Cuba será el país de América Latina más envejecido, conjuntamente con Uruguay y Argentina. Entre los factores que están influyendo en que el envejecimiento se comporte de esta manera tenemos: el incremento de la expectativa de vida gracias a la adecuada política de salud de nuestro país, el descenso de la fecundidad, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad. ^(4,5)

Es importante lo concerniente a la posibilidad de prevenir las consecuencias funcionales del envejecimiento, la capacidad del anciano para manejarse en la vida diaria, a pesar de la morbilidad crónica y del grado de asistencia que pueda necesitar para hacerlo, aunque sea a un nivel de actividad reducida, pues un aspecto importante en el envejecimiento es la discapacidad y la familia como administradora de cuidados. Algunos estudios demuestran que alrededor de un 20 % de las personas mayores de 60 años, y más de un 30 % de las personas con 75 y más años, son dependientes de alguna ayuda en las llamadas actividades básicas de la vida diaria. ⁽²⁾

La mayoría de los estudios de prevalencia confirma que las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la osteoartritis y la diabetes son los diagnósticos más comunes en los ancianos y son causas importantes de discapacidad, al igual que los desórdenes que afectan la visión, el oído y los problemas dentales. ⁽⁶⁾

Además de tener consecuencias para la comunicación entre el profesional de salud y el adulto mayor, el déficit sensorial puede producir cambios en el comportamiento, dificultad para la alimentación, limitación en las compras, reducción en la capacidad de autocuidados y disminución de la movilidad, así como puede tener repercusiones en la esfera afectiva: tendencia a la depresión, irritabilidad y aislamiento.

La catarata, una de las primeras causas de ceguera reversible en ancianos, al provocar un déficit sensorial tan importante para la vida de relación, limita la adaptabilidad del organismo al medio y provoca una disfuncionabilidad biopsicosocial del individuo que la padece. La función visual es altamente apreciada por las personas, es quizás el más importante órgano de los sentidos para la vida de relación, por tanto los beneficios de una operación que restaure la visión son ostensibles. ^(7,8)

El término catarata deriva de la palabra latina cataracta

y a su vez del término griego kataraktes que significa caída, cascada, colapso. Desde el punto de vista social es la disminución de la visión con la consecuente invalidez o afectación de la calidad de vida de una población. Se ha constatado que la restauración de la visión tras la cirugía de catarata ha conseguido mejoras del funcionamiento psíquico presente antes de la cirugía.⁽⁹⁾

Para definir el estado de salud de los adultos mayores se utilizan instrumentos de evaluación que permiten medir el estado biomédico, funcional, psíquico y socioeconómico de estos.⁽¹⁰⁾

Por todo lo anteriormente expuesto se decidió realizar esta investigación con el objetivo de demostrar la influencia de la cirugía de catarata en la adaptación biopsicosocial del adulto mayor.

MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado durante los meses de enero a junio del 2008 en el Departamento de Catarata del Servicio de Oftalmología, perteneciente al Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia Cienfuegos, que incluyó a todas las personas de 65 años y más, operadas de catarata durante el periodo de estudio.

Se utilizó como instrumento la evaluación geriátrica,⁽¹¹⁾ que se aplicó en dos momentos de evaluación: uno en el preoperatorio de la cirugía de catarata y otro a los 3 meses de operados. Se realizó la caracterización de los pacientes en el primer momento de evaluación teniendo en cuenta algunos aspectos de este instrumento que abarca elementos biomédicos, psicológicos, sociales y funcionales. Al realizar el segundo momento evaluativo se relacionaron los resultados con los obtenidos antes de la cirugía.

Esta evaluación geriátrica contiene la aplicación de un conjunto de escalas como:

Escalas biomédicas: se tomaron informaciones relacionadas con variables demográficas y clínicas del adulto mayor, cuya fuente fundamental fue la historia clínica y el interrogatorio del paciente.

Escalas para la función de percepción: la función explorada fue la visión, para evaluarla se utilizó el resultado de la agudeza visual binocular y corregida con cristales mediante la cartilla de Snellen. Se clasificó en: PL- 0,1; de 0,2-0,4; de 0,5-0,7 y de 0,8-1,0.

Escalas para la función afectiva: se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage para medir el estado de depresión, útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.

Evaluación funcional: se utilizó el índice de Katz, para actividades básicas de la vida diaria.

Se utilizó el análisis riesgo – beneficio incluido en la escala geriátrica preoperatoria (EGP).⁽¹²⁾

a) ___ Los beneficios sobrepasan los riesgos.

b) ___ Los riesgos sobrepasan los beneficios.

c) ___ A pesar de b) peligra la vida del enfermo si no se opera.

Se utilizó el riesgo quirúrgico-anestésico, expresado en clases (I, II, III, IV, V) incluido en la EGP.⁽¹²⁾

Clase I. Individuo normalmente sano.

Clase II. Paciente con una enfermedad general leve.

Clase III. Enfermo con un padecimiento general intenso que no es incapacitante.

Clase IV. Sujeto con una enfermedad general incapacitante que constituye una amenaza para la vida.

Clase V. Paciente moribundo que no se espera sobreviva 24 horas, con o sin operación.

En todos los casos se cumplió con las normas éticas correspondientes para el empleo de humanos en la investigación científica, cada paciente firmó su consentimiento informado para ser operado y para integrar el estudio.

Los datos se procesaron mediante el programa SPSS, versión 15.0.

Los resultados se expresan en tablas con números absolutos y frecuencia.

RESULTADOS

De un total de 60 pacientes analizados, el mayor número se encuentra entre los 70 – 74 años de edad (17 casos) para un 28 % del total, con un predominio del sexo masculino con 38 pacientes, que representa el 63 % y 22 del sexo femenino, para un 37 %.(Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	6	27	8	21	14	23
65-69	7	32	7	18	14	23
70-74	5	23	12	32	17	28
75-79	3	14	8	21	11	18
80-84	1	5	2	5	3	5
85 y más	0	0	1	3	1	2
Total	22	100	38	100	60	100

Se realizó un análisis no paramétrico en búsqueda de la relación entre los niveles de agudeza visual que presentaban los pacientes y algunas de las variables abordadas en la evaluación biomédica inicial, pero no se encontraron relaciones significativas desde el punto de vista estadístico.

Al aplicar la escala de depresión geriátrica de Yesavage se comprobó que aquellas personas que tenían una disfunción afectiva coincidían con las que portaban

menores grados de agudeza visual, así 42 de los 47 pacientes que en el preoperatorio tenían una visión entre PL y 0,1 mostraron una depresión menor y solo 5 mantenían íntegra la esfera afectiva; mientras que los 13 que tenían entre 0,2 y 0,4 de visión se distribuían por igual entre el estado de depresión menor con 6 pacientes y 7 no presentaron depresión alguna. (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre los niveles de agudeza visual y la depresión antes de la intervención

Agudeza visual inicial	Niveles de depresión inicial		Total
	Normal	Depresión menor	
PL-0,1	5	42	47
0,2-0,4	7	6	13
Total	12	48	60
Pruebas estadísticas		Valor	Significación
Prueba Chi Cuadrado de Pearson		11,882	,001
Coeficiente de contingencia		,407	

Cuando se relacionó el estado de la agudeza visual en el preoperatorio con la capacidad de los pacientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), se evidenció que aquellos pacientes que se encontraban en el grupo de mayor afectación visual, o sea con una visión de PL a 0,1 tenían en todos los casos algún grado de discapacidad, pues de las 47 personas ubicadas en este grupo, 32 tenían dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas para la vida diaria, 7 personas eran además incapaces de bañarse y 8 tenían varias discapacidades. Mientras que de los 13 que mantenían en el preoperatorio una visión entre 0,2 y 0,4; 11 realizaban todas las actividades básicas para la vida diaria. (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre los niveles de agudeza visual y evaluación funcional según índice de Katz antes de la intervención

Evaluación funcional inicial	Agudeza visual inicial		Total
	PL-0,1	0,2-0,4	
A	0	11	11
B	32	0	32
C	7	2	9
D	4	0	4
E	4	0	4
F	0	0	0
G	0	0	0
Total	47	13	60
Pruebas estadísticas		Valor	Significación
Prueba Chi cuadrado de Pearson		50,835	,000
Coeficiente de contingencia		,677	

Al analizar la relación de la agudeza visual en sus diferentes gradaciones en los dos momentos de evaluación, se evidenció una franca mejoría de esta función con la cirugía efectuada, pues mientras que en el preoperatorio el mayor porcentaje de pacientes se agrupaba en los grados desde percepción luminosa (PL) hasta 0,1 de la cartilla de Snellen con 47 pacientes, que representan un 78 % del total de pacientes, en el segundo momento de evaluación a los 3 meses de operados el número mayor de pacientes se ubicaba entre 0,8 y 1,0 con 31 pacientes y 24 entre 0,5 y 0,7 de visión, relación que resultó altamente significativa al aplicar las pruebas de significación estadística para un antes y después. (Tabla 4).

Tabla 4. Niveles de agudeza visual antes y después de la intervención quirúrgica

Agudeza visual antes de la intervención	Agudeza visual después de la intervención				Total
	PL-0,1	0,2-0,4	0,5-0,7	0,8-1,0	
PL-0,1	4	1	22	20	47
0,2-0,4	0	0	2	11	13
0,5-0,7	0	0	0	0	0
0,8-1,0	0	0	0	0	0
Total	4	1	24	31	60
Pruebas estadísticas				Significación	
Prueba de homogeneidad marginal (extensión de McNemar)				0,000	

Al relacionar el estado afectivo medido por la escala de depresión geriátrica de Yesavage antes y después de la intervención, se pudo observar que los valores de depresión encontrados variaron en este grupo de pacientes después de efectuada la cirugía de catarata, pues de los 48 pacientes que tenían en el preoperatorio una depresión menor, solo 29 mantuvieron este grado de afectación en su estado afectivo después de la intervención. En el preoperatorio se contaban 12 individuos como normales al aplicarle la escala de depresión, cifra que posteriormente a la cirugía se incrementó a 31 pacientes con esta categoría, lo que también resultó significativo desde el punto de vista estadístico. (Tabla 5).

Al analizar el comportamiento de la realización de las actividades básicas de la vida diaria en el pre y posoperatorio de la cirugía de catarata, se pudo comprobar que un gran número de pacientes que tenían discapacidades múltiples antes de la cirugía, después de realizada esta se ubicaron en el grupo A del índice de Katz, en el cual se ubican aquellas personas que son capaces de realizar por sí solas todas las actividades de la vida diaria; así antes de operados 11 pacientes se ubicaban en este grupo y a los 3 meses de operados 30

personas eran ya capaces de realizar con independencia todas las actividades de la vida diaria y 20 tenían dificultad para realizar una sola de las funciones (B), no existía ningún caso con dependencia total para todas las funciones (G) en el posoperatorio. (Tabla 6).

Tabla 5. Relación entre los niveles de depresión antes y después de la intervención quirúrgica

Niveles de depresión antes de la intervención	Niveles de depresión después de la intervención		Total
	Normal	Menor	
Normal	12	0	12
Menor	19	29	48
Total	31	29	60
Pruebas estadísticas			Significación
Prueba de homogeneidad marginal (extensión de McNemar)			0,000

Tabla 6. Resultados de la evaluación funcional, medida por el índice de Katz, antes y después de la intervención quirúrgica

Evaluación funcional antes de la intervención	Evaluación funcional después de la intervención					Total
	A	B	C	D	E	
A	11	0	0	0	0	11
B	17	15	0	0	0	32
C	2	5	2	0	0	9
D	0	0	4	0	0	4
E	0	0	1	3	0	4
Total	30	20	7	3	0	60
Pruebas estadísticas						Significación
Prueba de homogeneidad marginal (extensión de McNemar)						0,000

Se pudo observar que después de realizada la intervención los menores valores de agudeza visual se correspondieron con la persistencia de afectación en la esfera afectiva pues de los 4 pacientes que se mantuvieron en la categoría de visión entre PL y 0,1, o sea en los que no se logró una ostensible mejoría de su función visual con la cirugía, se mantuvieron con una depresión menor y los que mejoraron su agudeza visual mejoraron su estado afectivo en el mayor número de casos, relación esta que fue avalada estadísticamente por la prueba de Chi Cuadrado < 0,05, con un coeficiente de contingencia de 0,52. (Tabla 7).

En la medida que los pacientes lograron mejorar su función visual aumentó la capacidad para la realización de las actividades para la vida diaria, así de los 31 que obtuvieron una visión entre 0,8 y 1,0; 28 se ubican en el grupo A del índice de Katz, lo que significa que realizan con independencia todas las actividades de la vida diaria, mientras que los 4 que no lograron mejorar su visión

después de la cirugía obtuvieron la categoría D de funcionalidad, en la cual son independientes en todo, menos el baño, vestirse y una función adicional, lo que implica una importante dependencia de la familia. (Tabla 8).

Tabla 7. Tabla de contingencia que relaciona niveles de agudeza visual y niveles de depresión después la intervención quirúrgica

Agudeza visual después de la intervención	Depresión después de la intervención		Total
	Normal	Menor	
PL-0,1	0	4	4
0,2-0,4	0	1	1
0,5-0,7	6	18	24
0,8-1,0	25	6	31
Total	31	29	60
Pruebas estadísticas		Valor	Significación
Prueba Chi Cuadrado de Pearson		22,60	,000
Coeficiente de contingencia		,52	

Tabla 8. Relación de los niveles de agudeza visual con la evaluación funcional después de la intervención quirúrgica

Agudeza visual después de la intervención	Evaluación funcional después de la intervención				Total
	A	B	C	D	
PL-0,1	0	0	1	3	4
0,2-0,4	0	0	1	0	1
0,5-0,7	2	19	3	0	24
0,8-1,0	28	1	2	0	31
Total	30	20	7	3	60
Pruebas estadísticas				Valor	Significación
Prueba Chi Cuadrado de Pearson				96,170	,000
Coeficiente de contingencia				,78	

DISCUSIÓN

El envejecimiento no es sólo un proceso físico; envejecer también provoca alteraciones psicológicas y sociales, por lo que este proceso está sujeto a la interacción entre el hombre y el medio en que este se desarrolla. ⁽¹⁾

En nuestro país será difícil pensar en la evolución de la atención a la salud tanto en la comunidad como en el hospital, sin pensar en las personas mayores. La medicina familiar y las especialidades médicas y quirúrgicas de manera creciente tendrán al paciente mayor como su centro de atención, por lo que en los últimos años se ha reforzado la idea de que no sólo es necesario formar buenos especialistas en Geriátrica, sino también capacitar a los demás profesionales médicos en el tratamiento de los problemas disímiles y particulares de las personas ancianas para que sirva como estrategia de enfrentamiento a la situación actual de envejecimiento demográfico.

Actualmente constituye un reto enfrentar el envejecimiento poblacional y la búsqueda de excelencia en los servicios que se brindan a la tercera edad en nuestro país.

Se plantea que la catarata es la afección ocular más frecuente en el mundo, constituye del 40 % al 80 % de todos los casos de ceguera en países en vías de desarrollo.⁽¹³⁾

En la mayor parte de los países desarrollados la cirugía de catarata es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en la población adulta, cuya finalidad es mejorar la agudeza visual y por tanto la función visual. En los últimos años se ha impulsado el estudio de la valoración de la función visual y de cómo mejora la vida de los ancianos al devolverles la visión.

En el Servicio de Oftalmología del hospital de Cienfuegos, la enfermedad que con más frecuencia se diagnostica en el adulto mayor es la catarata, enfermedad limitante, invalidante y que por consecuencia se relaciona con una afectación de la esfera afectiva de estos pacientes y los limita en sus actividades de la vida diaria; posteriormente a la cirugía los pacientes afectados por ella mejoran su visión en la mayoría de los casos.

Con el incremento de las cirugías de catarata y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas se le ha dado cada vez más importancia al empleo de cuestionarios relativos a la salud visual.

Se considera en los resultados de una cirugía exitosa, no solo la recuperación visual y la ausencia de morbilidad posoperatoria, sino también la calidad de vida de los pacientes; es por eso que cada día toma mayor auge la medición de aspectos tales como los problemas en las actividades de la vida diaria y el nivel de independencia del paciente, problemas que se producen por la catarata y que generalmente son resueltos tras la cirugía; con lo que se logra la reincorporación de estos ancianos a la sociedad.⁽¹⁴⁾

La evaluación geriátrica es una forma de aplicar el método clínico, en su dimensión más completa, a los problemas de salud especiales de los ancianos y algunos autores la han catalogado como "nueva tecnología", por ser de reciente aplicación y por los beneficios obtenidos cuando se aplica coherentemente. La salud del anciano, como parte integrante de su calidad de vida, hay que medirla en términos de funcionabilidad, en la búsqueda no sólo de la enfermedad sino de la discapacidad; la mejoría de la función, más que la cura para una discapacidad, es precisamente la meta a menudo más apropiada de la evaluación geriátrica. Para resolver toda esta problemática compleja, la geriatría se vale de una metodología que es la evaluación geriátrica.⁽¹¹⁾

En esta investigación se aplicó la evaluación geriátrica preoperatoria,⁽¹²⁾ mediante la cual se detectaron los problemas biomédicos, psicológicos, socioeconómicos y funcionales de los pacientes portadores de catarata y se pudo comprobar la mejoría de algunos aspectos de esta

después de la recuperación visual, a los tres meses de la cirugía. Esto permitió la valoración del paciente como un todo, ya que los problemas de los ancianos son dinámicos en relación con el tiempo por lo que es muy importante su seguimiento.

Al realizar la evaluación biomédica en esta investigación, obtuvimos como resultado que el mayor número de pacientes se encuentra entre los 70 – 74 años de edad para un 28 % del total de la muestra, siguiéndole los del grupo de 60 – 64 años y los de 65 – 69 años con 23 % en ambos casos; esto está dado porque la catarata en los adultos suele estar asociada al envejecimiento y su síntoma fundamental es una gradual pérdida de la visión, lo que se incrementa en los grupos de mayor edad. Castellote en su trabajo "Repercusión funcional de la pérdida de la visión en los mayores" plantea que los mayores de 65 años tienen mayor pérdida de la visión.⁽¹⁵⁾

La catarata como se ha referido anteriormente es una enfermedad que aumenta con la edad, y debido a que cada día aumenta más la expectativa de vida de los ancianos, es una preocupación de la salud pública esta situación.

En cuanto al sexo se observó un predominio del sexo masculino con 38 pacientes, que representa el 63 %, y 22 del sexo femenino, para un 37 %, resultados que coinciden con los de Curbelo Gómez y Lull Tombo, quienes encontraron un 53, 7 % de pacientes masculinos. Esto pudiera estar en relación con que el sexo masculino generalmente tiene una mayor exposición a factores de riesgo que predisponen a la aparición de catarata, como son los traumatismos, la exposición a radiaciones, a luz ultravioleta, entre otras.⁽¹⁶⁾

Dentro de los trastornos psicopatológicos más frecuentes en el anciano tenemos los emocionales como la depresión y la ansiedad que son los que aparecen reportados con mayor frecuencia.⁽¹⁷⁾ Los de tipo depresivo pueden ser primarios, cuando no hay otra causa que esté provocándolo; o secundarios, cuando están provocados por otras afecciones, como por ejemplo: la depresión que aparece en el curso de una enfermedad crónica. La depresión en el anciano presenta algunas características diferentes debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que conlleva la edad; en este trabajo se realizó una evaluación del estado de la función afectiva, según la escala de Yesavage, que permitió conocer que 48 pacientes presentaban una depresión menor, para un 80 % y sólo 12 pacientes categorizaron como normal, para un 20 %, esto pudo estar en relación con que estos pacientes son portadores de una enfermedad invalidante, lo que puede traer aparejado la aparición de estados depresivos.

Los resultados de la intervención quirúrgica demuestran la influencia positiva en la mejoría de este estado afectivo, ya que existió una relación entre la mejoría de la agudeza visual y los estados depresivos en muchos de

estos pacientes. Al aplicar la escala de Yesavage en el posoperatorio; sólo en 19 casos se mantuvo la depresión menor, el estado depresivo del ánimo mejoró en coincidencia con la mejoría funcional.

La pérdida de la visión se ha asociado entre los mayores a una peor salud auto percibida, a una peor calidad de vida y a una mayor prevalencia de déficits cognitivos y de depresión.⁽¹⁸⁾ La restauración de la visión tras la cirugía de catarata ha conseguido mejorías en la memoria y en la capacidad del aprendizaje y ha disminuido los síntomas psíquicos.

En cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, estas llegan a ser abandonadas por los pacientes con catarata debido a su baja agudeza visual, algunos se tornan dependientes de otras personas, lo cual repercute negativamente sobre su calidad de vida y se convierten en una carga importante para los miembros de la familia. Para la evaluación funcional de los adultos mayores en este estudio en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, se utilizó el índice de Katz y se pudo apreciar que el 53 % de la muestra se encontraba en la categoría B, o sea son adultos mayores capaces de tener independencia en todas las actividades de la vida diaria, excepto en una de ellas, sólo un 18 % tenía independencia en todas las funciones básicas; se plantea por algunos autores que el 70 % de los adultos mayores tienen capacidad física para desenvolverse sólo en las actividades de la vida diaria, necesitan sentirse útiles y formar parte viva de nuestra sociedad.⁽¹⁸⁾ Al aplicar el índice de Katz a los 3 meses de la cirugía de catarata se obtuvieron resultados significativos ya que en 30 pacientes se logró una total independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en 20 casos realizaban todas sus actividades solos, excepto con una limitación, sólo en 10 casos tuvieron un poco más de limitación funcional.

La evaluación funcional es un indicador del estado de salud del individuo. Con ella se logra el objetivo de incluir en el diagnóstico, el análisis de las funciones de manera integral.

Los estudios en poblaciones de edad avanzada han mostrado, de manera constante, discrepancias entre las medidas de morbilidad, las condiciones subjetivas de salud y la capacidad para desarrollar las actividades normales de la vida diaria. En estudios revisados, se plantea que el 90 % de los mayores de 75-84 años son independientes en las actividades esenciales de auto cuidado; sin embargo, el 46 % de los mayores de 84 años necesitan ayuda.⁽¹⁹⁾

Al analizar el riesgo - beneficio y el riesgo quirúrgico - anestésico en nuestro estudio, podemos plantear que en todo adulto mayor que se le realiza una cirugía de catarata en la cual el objetivo es devolverle la vista al paciente y por tanto mejorar su validismo, siempre va a ser mayor el beneficio; se han realizado estudios en muchos países para comprobar si la cirugía de catarata logra mejorar la calidad de vida relativa a la salud de los

pacientes, y se ha comprobado una reincorporación a sus actividades cotidianas y un mejoramiento del nivel de independencia, lo que les aumenta la satisfacción por vivir. El porcentaje de pacientes con enfermedades aumenta considerablemente con la edad, aproximadamente el 30 % de pacientes mayores conviven con 3 o más enfermedades o complicaciones y el 80 % tienen por lo menos una complicación que aumenta el riesgo quirúrgico. Las enfermedades o sus complicaciones deben evaluarse sistemáticamente y formular un plan para manejar cada una durante el periodo del perioperatorio.⁽²⁰⁾

La edad, aunque no es una contraindicación de la cirugía, ha sido considerada un factor de riesgo independiente para la muerte posoperatoria; el riesgo de muerte es aproximadamente un 5 % para una persona de 80 años que va a una cirugía mayor, en comparación con el riesgo menor del 2 % para el paciente más joven; pero en este caso la cirugía de catarata es considerada de bajo riesgo según la clasificación de los procedimientos quirúrgicos;⁽¹²⁾ además en este tipo de cirugía se utilizan dosis mínimas de anestesia de tipo local que no implica riesgo alguno para el paciente.

Cuando se relacionaron los niveles de agudeza visual y la depresión, se encontró que existía una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la discapacidad visual y los valores de depresión, esto pudiera estar asociado con que el adulto mayor siente la nostalgia de lo visto, se siente aislado al no reconocer personas, le molesta el uso de cristales permanentemente, aparece la inseguridad, el aburrimiento, la intranquilidad, la pérdida de su rol familiar entre otras causas.^(7,8)

En la agudeza visual inicial 47 pacientes se encontraban entre percepción de luz y 0,1 de visión y 22 pacientes estaban entre 0,2 y 0,4; al compararlos con los resultados obtenidos después de la cirugía, observamos que 31 pacientes alcanzaron entre 0,8 y 1,0 de visión; 24 casos de 0,5 - 0,7 y sólo 5 casos no mejoraron la visión; esto resultó significativo estadísticamente. En la literatura revisada existen diferencias altamente significativas tanto clínicas como estadísticas, que muestran una marcada mejoría de los casos después de la cirugía.⁽¹⁴⁾

En un estudio publicado sobre comportamiento de la función visual después de la cirugía de catarata, se encontró que el 85,1 % de los enfermos mejoró su agudeza visual medida a los 3 meses de la cirugía en el ojo operado, y el 77,6 % reportaron mejoría en la función visual,⁽¹⁴⁾ coincidiendo con nuestros resultados.

Se puede plantear como resultado general de esta investigación que la cirugía de catarata mejora la agudeza visual y existe una relación entre esta mejoría y los estados afectivos, llevando a comportamientos más favorables por parte de los ancianos ya que se restablece un conjunto de capacidades funcionales que le permiten mejoría en la adaptación biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Cabrera AJ. Aspectos cambiantes en la epidemiología, presentación y fármaco-terapia de las enfermedades del adulto mayor. En: Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Cienfuegos:Editorial Universo Sur;2007.p.31-41.
2. Envejecimiento Poblacional e Individual. [CD-ROM]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
3. Centro de investigaciones sobre envejecimiento, longevidad y salud[Internet].Ciudad de La Habana: Infomed; © 1999-2006[actualizada:27 de octubre de 2007;citada:28 de enero de 2008]. Disponible en: <http://centrosoms.sld.cu/Members/sierraly/centro-de-investigaciones-sobre-envejecimiento-longevidad-y-salud>.
4. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2005 [citada: 28 de noviembre de 2006] ; 17 (5 / 6):[aprox. 32 p.]. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf>
5. Fernández Guerra N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano.Acta Médica[revista en Internet].2002 [citada:28 de noviembre del 2006];10(1-2):[aprox. 9 p.].Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act01102.htm
6. Capacidad funcional y envejecimiento sano. [CD-ROM]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
7. García Alcolea EE. Repercusión funcional de la pérdida visual en pacientes geriátricos. Rol del médico general. GEROINFO[Internet].2009[citada:23 de abril de 2010];4(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
8. González Iglesias Y, Zamora Galindo I, Fojaco Colina Y, Suárez Rodríguez B, García Álvarez H. Comportamiento de la calidad de vida relativa a salud antes y después de la cirugía de catarata. Rev Cubana Oftalmol[revista en Internet].2007[citada: 23 de abril de 2010];20(1):[aprox. 8 p.].Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/oft/vol20_1_07/oft04107.htm
9. López Torres HJ, López Verdejo MA, Otero Ouime A, López Verdejo J, Montoso Duránh J. Repercusión de la intervención de cataratas en la capacidad funcional del anciano. Arch Soc Espanola Oftalmol. 2004; 5(2):33-37.
10. Romero Cabrera AJ. Atención al adulto mayor en la atención primaria de salud. Rev Finlay. 2005;10:114-31.
11. Romero Cabrera AJ. La historia clínica en geriatría. Evaluación geriátrica. En: Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Cienfuegos:Editorial Universo Sur;2007.p.42-57.
12. Romero Cabrera AJ. Consideraciones perioperatorias en el paciente geriátrico. En: Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Cienfuegos:Editorial Universo Sur;2007.p.75-82.
13. Limburg H, Silva JC, Luna W, Carrión R, Pongo Águila L. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5-6):387-93
14. Gamarra Benítez BA. Medida de función visual y calidad de vida en pacientes operados de catarata. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/data/Tesis/Salud/gamarra bb/gamarra bb.pdf>
15. Castellote FJ. Repercusión funcional de la pérdida de la visión en los mayores. Rev Mult Gerontol. 2001;11 (1);29-34.
16. Curbelo Gómez MJ, Llull Tombo MA.Repercusión de la cirugía sobre la agudeza visual y la calidad de vida en pacientes seniles. Medisur[revista en Internet].2009[citada: 12 de diciembre de 2009];7(4): [aprox. 8 p].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000400005&script=sci_arttext
17. García Navarro JA.Psicopatología del anciano. Datos epidemiológicos. Rev Mult Gerontol. 2000;10(2):66-91
18. Cabezas León M, Gracia San Román J, García Caballero J, Morente Mata P. Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata. Arch Soc Esp Oftalmol[revista en Internet].2005[citada:12 de diciembre de 2009];80(8):[aprox. 9 p.]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912005000800005&script=sci_arttext
19. Arroyo P, Lera L, Sánchez H, Bunout D, Santos JL, Albala C. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. Rev méd Chile [revista en Internet].2007[citada:13 de marzo de 2009];135 (7):[aprox. 7 p.].Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700004&script=sci_arttext
20. González Sapsin K, Borrego Díaz L, Díaz Santos O, Borrego Díaz R, González Morales RM.Evaluación de algunos aspectos biopsicosociales del anciano. Policlínica "Máximo Gómez". Correo Científico Médico de Holguín[revista en Internet].2009[citada: 13 de marzo de 2009];1(1):[aprox. 8 p.].Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no131/pdf/n131ori11.pdf>