

La catarata sigue siendo la principal causa de ceguera en economías emergentes, incluyendo México



Cataract remains the primary cause of blindness in emerging economies, including Mexico

Sr. Editor:

Se calcula que el 90% de las personas ciegas en el mundo viven en países con economías emergentes¹ y más del 80% de las mismas son mayores de 50 años^{2,3}. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la catarata incluyen el trauma, tabaquismo, exposición a luz ultravioleta y enfermedades sistémicas como la diabetes; sin embargo, el principal factor de riesgo no reversible es la edad⁴⁻⁶.

A pesar de que mundialmente la mujer tiene mayor riesgo de desarrollar cataratas y menos acceso a los servicios para tratarla^{7,8}, en Latinoamérica el género no parece ser un factor importante en el acceso a cirugía de catarata^{9,10}. Un estudio poblacional realizado en el Municipio de Comitán Chiapas¹¹ identificó la escolaridad baja, el origen indígena y vivir en zonas rurales como determinantes sociales importados asociados a la discapacidad visual. En general, podemos decir que la ceguera por catarata en México afecta principalmente a personas de bajos recursos, edad avanzada y en zonas marginadas (lo que conlleva a la falta de servicios oftalmológicos y por ende retrasan la identificación, referencia y tratamiento oportuno). En menor grado, pero sin perder relevancia, el género femenino y las comunidades indígenas enfrentan barreras adicionales al tratamiento.

Se han realizado 2 estudios estandarizados basados en la comunidad mexicana por el Instituto de la Visión de la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, y apoyados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Christian Blind Mission International (CBM) y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB, por sus siglas en inglés): uno en el estado de Nuevo León en el 2006¹² y otro en el estado de Chiapas en el 2010¹³. De acuerdo a estos 2 únicos estudios de estimación rápida de ceguera evitable (RAAB, por sus siglas en inglés) publicados, Nuevo León tiene una prevalencia de ceguera en personas de 50 años o mayores del 1.53%. El 48% de los encuestados sufren de catarata. En el estudio de Chiapas, la prevalencia de ceguera en personas a partir de los 50 años de edad fue del 2.3%. El 63% de estas cegueras se atribuyen a catarata, recordando que se clasifica ceguera como la agudeza visual corregida en el mejor ojo menor a 20/400 con la corrección con la que se presente¹⁴ (categorías de impedimento visual 3, 4 y 5 en ambos ojos de acuerdo al ICD-10)¹⁵. Desde luego, hay que aceptar que estamos en una transición epidemiológica y que rápidamente ganan terreno otras causas de ceguera como la retinopatía diabética, el glaucoma y la degeneración macular relacionada con la edad; situación que es reconocida en países como Canadá, donde los servicios de Catarata tienen excelente cobertura y acceso¹⁶.

Los últimos cálculos realizados por la IAPB, y basados en múltiples fuentes de información, nos dicen que la tasa de cirugía de catarata (CSR, por sus siglas en inglés) en México es de 1,530 cirugías por millón de habitantes, cuando lo ideal sería como mínimo estar realizando el doble de cirugías¹⁷.

La mayoría de nuestros ciegos están en la población vulnerable, ¿cómo poder atenderlos para que el número de ciegos en México no solo no aumente, sino que empiece a disminuir?

Es interesante notar que no es falta de recursos humanos, ya que se calcula que en México somos aproximadamente 26 oftalmólogos por cada millón de habitantes y casi 29 en Latinoamérica (cuando la meta mundial es tener de 10 a 15 oftalmólogos por millón de habitantes)^{18,19}. Sin embargo, es cierto que estamos mal distribuidos, ya que la mayoría viven en las grandes ciudades, quedando municipios con población importante en los que ¡no hay un solo oftalmólogo!

Tampoco es falta de equipamiento adecuado para realizar cirugías de catarata. Todos conocemos hospitales donde hay aparatos e instrumental ociosos o subutilizados. Por último, tampoco podemos decir que la falta de acceso a los insumos necesarios frena nuestro avance, pues hay opciones en el mercado que reducen los costos significativamente.

¿Entonces qué es lo que nos falta para disminuir el número de ciegos? Dejamos esa pregunta en su mente; sin embargo, si queremos como individuos y como sociedad dejar como herencia a nuestros hijos un México mejor, hay que encontrar la respuesta pronto y actuar, porque aún nos queda mucho por hacer. ¿Cuánto? Basándonos en los estudios ya mencionados, se calcula que existe un rezago de al menos un millón de ojos por operar, y cada año que demoramos se acumulan aproximadamente un 20% más como resultante de la incidencia²⁰. Por si esto fuera poco, el compromiso de reducir la ceguera por catarata se ha vuelto urgente y global. Es global porque la OMS en su recientemente aprobado GAP o Plan de Acción Global fijó la meta mundial de reducir la ceguera y deficiencia visual prevenible en un 25% para el año 2019^{2,21}. Esta meta es alcanzable si se realiza un esfuerzo contra el error refractivo y la catarata.

Es urgente porque nuestro país fue el principal impulsor de dicho GAP en el Comité Ejecutivo y en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en donde fue aprobado el mismo; además, hay al menos un par de estudios en vías de publicación que sugieren que la pérdida económica tan solo de productividad es de al menos \$500 millones de dólares anuales para nuestro país. Cabe también mencionar el impacto positivo que las intervenciones de salud ocular tienen en alcanzar las metas del desarrollo del milenio de la Organización de las Naciones Unidas²². Finalmente, durante la reunión de los Ministros de Salud de la región este mes de septiembre en Washington, se aprobó el nuevo plan de Salud Visual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que incluye estos y otros temas importantes para nuestra región, y substituye al que rige actualmente²³.

¿Será necesario cambiar nuestra forma de preparar oftalmólogos? ¿Será necesario volver a considerar los costos de la cirugía desde la perspectiva de la mayoría de los pacientes ciegos por catarata (marginados, sin recursos y sin educación)? ¿Será necesario educar no solo a la población, sino a nuestros colegas y a las autoridades políticas? ¿Será que

lo único que falta en México es un compromiso social de nosotros, sus oftalmólogos?

Sabemos que no tenemos todas las respuestas, pero ya se ha dado otro gran paso con la reciente reactivación del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales de la Secretaría de Salud y el Plan Nacional que el mismo viene desarrollando.

Es necesario un diálogo con todos los actores e interesados a fin de seguir avanzando, pues solo tenemos 5 años para alcanzar la meta.

Bibliografía

1. Ono K, Hiratsuka Y, Murakami A. Global inequality in eye health: Country-level analysis from the Global Burden of Disease Study. *Am J Public Health*. 2010;100:1784-8.
2. Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019 [acceso 26 Sep 2014.]. World Health Organization, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/blindness/actionplan/en>
3. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *Br J Ophthalmol*. 2012;96:614-8.
4. Abraham AG, Condon NG, West Gower E. The new epidemiology of cataract. *Ophthalmol Clin of North Am*. 2006;19:415-25.
5. Heijl A, Leske MC. Cataract epidemiology. *Ophthalmology*. 2007;114:201.
6. West S. Epidemiology of cataract: Accomplishments over 25 years and future directions. *Ophthalmic Epidemiol*. 2007;14:173-8.
7. Lewallen S, Mousa A, Bassett K, et al. Cataract surgical coverage remains lower in women. *Br J Ophthalmol*. 2009;93:295-8.
8. Courtright P, Lewallen S. Why are we addressing gender issues in vision loss? *Community Eye Health*. 2009;22:17-9.
9. Carter MJ, Limburg H, Lansingh VC, et al. Do gender inequities exist in cataract surgical coverage? Meta-analysis in Latin America. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012;40:458-66.
10. Battle JF, Lansingh VC, Silva JC, et al. The cataract situation in Latin America: Barriers to cataract surgery. *Am J Ophthalmol*. 2014;158:242-50e1.
11. Jimenez-Corona A, Jimenez-Corona ME, Ponce-de-Leon S, et al. Social determinants and their impact on visual impairment in Southern Mexico. *Ophthalmic Epidemiol*. 2014:1-7.
12. Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, et al. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol*. 2008;92:315-9.
13. Polack S, Yorston D, Lopez-Ramos A, et al. Rapid assessment of avoidable blindness and diabetic retinopathy in Chiapas, Mexico. *Ophthalmology*. 2012;119:1033-40.
14. State of the World's Sight. VISION 2020, the right to sight 1999-2005 [acceso 26 Sep 2014]. Disponible en: http://www.who.int/pbd/blindness/vision_2020/v2020_therighttosight.pdf
15. International statistical classification of diseases and related health problems [acceso 26 Sep 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/H54>.
16. Gupta N, Kocur I. Chronic eye disease and the WHO Universal Eye Health Global Action Plan 2014-2019. *Canadian journal of ophthalmology Journal canadien d'ophtalmologie*. 2014;49:403-4.
17. Lewallen S, Perez-Straziota C, Lansingh V, et al. Variation in cataract surgery needs in latin america. *Arch Ophthalmol*. 2012;130:1575-8.
18. Organización Mundial de la Salud O. V2020: Global initiative for the elimination of avoidable blindness: Action plan 2006-2011. World Health Organization; 2007 [acceso 30 Sep 2014]. Disponible en: http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf
19. A manual for VISION 2020: The right to sight workshops. En: Graham D, ed. The International Centre for Eye Health; 2005 [acceso 26 Sep 2014]. Disponible en: <https://www.iceh.org.uk/display/WEB/Manual+for+VISION+2020+-+The+Right+to+Sight+workshops>.
20. Leasher JL, Lansingh V, Flaxman SR, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophthalmol*. 2014;98:619-28.
21. CD49.R11: Plan of action on the prevention of avoidable blindness and visual impairment. Organización Panamericana de la Salud, 2009 [acceso 26 Sep 2014]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/391>
22. Ceguera, pobreza y desarrollo. El impacto de VISIÓN 2020 en las metas de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas. IAPB/VISIÓN 2020, Londres, 2010 [acceso 30 Sep 2014]. Disponible en: http://www.v2020la.org/insidepages/docs/MDGs_Leaflet_espanhol.pdf
23. CD53.R11 Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y de las Deficiencias Visuales. Organización Panamericana de la Salud, 2014. (Acceso 13 octubre 2014) Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es).

Pedro A. Gomez Bastar^a, Van C. Lansingh^{b,c,d,e,*}, Jason A. Penniecook-Sawyers^f, Benito Celis Suazo^g, Francisco Martínez Castro^h, Juan F. Battleⁱ y Ellery M. López Star^j

^a *Director General, Instituto de la Visión, Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México*

^b *Coordinador Regional para Latinoamérica de IAPB/VISIÓN 2020*

^c *Profesor Voluntario Asistente de Oftalmología, Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, Estados Unidos*

^d *Director de Actividades Extramuros del Departamento de Oftalmología, Hamilton Eye Institute, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, Estados Unidos*

^e *Instituto Mexicano de Oftalmología, Querétaro, México*

^f *Loma Linda University School of Public Health, Instituto de la Visión, Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México*

^g *Presidente de la Sociedad Mexicana de Oftalmología, México, DF, México*

^h *Miembro activo del Comité de VISIÓN 2020 México, México, DF, México*

ⁱ *Presidente Regional para Latinoamérica de la IAPB.*

Director del Hospital Dr. Elías Santana y Presidente del Comité VISIÓN 2020 de la República Dominicana, Santo Domingo, República Dominicana

^j *Director General del Instituto Mexicano de Oftalmología IAP, Querétaro, México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vlansingh@v2020la.org (V.C. Lansingh).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2014.10.001>