

MEV
70515
V7226
2006

3041
V713
952

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA - POSGRADO
PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA



***BARRERAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATA
EN PACIENTES QUE ACUDIERON A
CAMPAÑA “100 CIRUGÍAS POR
COCHABAMBA”***



Autor: Dra. Patricia Villarroel Arratia

Tutores: Dr. Rodrigo Cortes Arce

Dra. Graciela Arnez Osinaga.

GESTIÓN - 2006

INDICE

1.- Resumen.....	Pág. 3
2.- Identificación.....	Pág. 4
3.- Planteamiento.....	Pág. 4
4.- Objetivos.....	Pág. 4
5.- Marco teórico.....	Pág. 5
6.- Metodología.....	Pág. 7
7.- Instrumento	Pag. 8
8.- Actividades.....	Pag. 11
9.- Resultados.....	Pág. 11
10.-Discusión y Conclusiones.....	...Pag.13
11- Recomendaciones.....	Pag. 14
12.- Bibliografía.....	Pag. 15
13.- Anexos.....	Pag. 16

BARRERAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATA

1. RESUMEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las barreras de la cirugía de catarata?

OBJETIVO GENERAL

Identificar la barrera importante que impide la accesibilidad al tratamiento quirúrgico en pacientes que acudieron a la campaña "100 CIRUGÍAS POR COCHABAMBA"

Las cataratas son más comunes en los ancianos como consecuencia del proceso de envejecimiento.

En Bolivia para una población aproximadamente de 8 millones la Tasa de Cirugías de Catarata deberá ser de 16000 a 40000 cirugías, cifra difícil de conseguir.

Hay varios factores que condicionan esta situación, como las dificultades diversas referentes a los pacientes, índice de pobreza, esperanza de vida o por obstáculos impuestos por los propios sistemas de salud, que impiden la utilización de los recursos quirúrgicos en su plena potencialidad.

Estas barreras sociales, culturales, y organizacionales que limitan la accesibilidad a los tratamientos oftalmológicos, crean una brecha entre los hospitales, unidades oftalmológicas y las personas que padecen cataratas

RECOMENDACIONES

Se deben hacer ingentes esfuerzos por proporcionar a la comunidad canales más fuertes, mediante los cuales pueda acceder al servicio de salud, aún hay muchos que no cuentan con un adecuado cubrimiento en salud y sabemos que gran parte de los que se encuentran respaldados por un seguro (CAJA NACIONAL DE SALUD, Hptal E. SETON, Etc.) , deben esperar largos trámites para que les sea entregado un servicio que no siempre es de la mejor calidad

BARRERAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATA

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La opacidad del cristalino, catarata, es la principal causa de ceguera previsible. Hay aproximadamente 50 millones de personas ciegas en el mundo, dos y medio millones viven en América Latina. La causa principal, el 60%, es la catarata, con un millón y medio de personas ciegas por esta causa.

En Bolivia, la incidencia de ceguera por catarata es del 3%, y del 40 % en la población mayor de 60 años, lo que pudiera incrementarse dado que en estos momentos se cuenta con 6.68 % de población mayor de 60 años, con una tendencia al aumento, a causa de el aumento de la esperanza de vida que en el país alcanza los 61.9 años,

Para superar este problema, es necesario realizar entre 2000 a 5000 cirugías de catarata por año, para una población de un millón

Sin duda es importante conocer las causas en nuestro medio por las cuales, los pacientes no se realizan cirugías de catarata, siendo una de las cirugías con menor riesgo quirúrgico en comparación con otros tipos de cirugía.

Por ello, es de mi consideración, realizar un estudio que nos oriente sobre estas barreras, para minimizarlas y así aumentar la Tasa de Cirugías de Catarata.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las barreras de la cirugía de catarata?

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la barrera importante que impide la accesibilidad al tratamiento quirúrgico en pacientes que acudieron a la campaña "100 CIRUGÍAS POR COCHABAMBA"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el sexo mas afectado.
2. Determinar la procedencia de pacientes afectados..
3. Determinar el grupo etáreo mas afectado.
4. Identificar el grado de alfabetizacion en la población estudiada.
5. Determinar el medio por el cual se enteraron de la campaña.
6. Determinar la ocupación de los pacientes diagnosticados de catarata

7. Identificar las causas por las cuales estos pacientes dejaron de trabajar
8. Cuantificar porcentualmente si los pacientes conocían que tenían cataratas.
9. Determinar si los pacientes acudieron anteriormente a algún servicio de oftalmología.
10. Determinar el grado de confianza con relación a la cirugía de cataratas.
11. Determinar las razones por las cuales los pacientes no se operan.
12. Determinar, si en caso de cirugía, la familia del paciente consentiría y/o apoyaría el procedimiento quirúrgico.
13. Determinar antecedente quirúrgico de otra persona conocida.

5. MARCO TEÓRICO

El cristalino normal del ojo es transparente y enfoca la luz sobre la retina para crear la imagen, pero a medida que se desarrollan las cataratas, el lente se torna más opaco y obstruye la ruta normal por la cual la luz entra al ojo, con lo cual la visión se oscurece. El objetivo de la cirugía de catarata es la extracción del lente opaco y el reemplazo por un lente artificial para reestablecer la visión clara.

Las cataratas son más comunes en los ancianos como consecuencia del proceso de envejecimiento, sin embargo, los niños pueden nacer con cristalinos opacos (cataratas congénitas) secundarios a infecciones adquiridas antes del nacimiento. El tipo más frecuente de catarata es la relacionada con la **edad**. Su prevalencia es del **50%** entre los **65** y **74** años, y del **70%** por encima de los **75** años.

Otras causas menos frecuentes son medicamentos como los corticoesteroides, traumatismos o perforaciones oculares, enfermedades como la diabetes mellitus, exposición a la luz solar sin protección durante tiempo prolongado y algún tipo de cirugía ocular previa.

La cirugía por lo general se recomienda a las personas que tienen pérdida de la visión o anomalías de la visión causadas por las cataratas creando dificultades en su vida diaria

La catarata senil, causa pérdida de la capacidad visual, ceguera que a su vez origina problemas psicológicos, sociales, económicos y de calidad de vida, pues implica pérdida de autoestima, de status, restricciones ocupacionales y una consecuente disminución de ingresos, esto origina dificultades de sobrevivencia.

Hay en el mundo 150 millones de personas con baja visión y 50 millones de personas ciegas; este número de ciegos se incrementa cada año en 1 a 2 millones, con un índice de ceguera total que va del 0.3 al 1.5%

En América latina hay una prevalencia de ceguera de 0,6%; con una incidencia de otras 100 000 personas que quedan ciegas por año. De los 50 millones de personas ciegas

en el mundo, 2,5 millones viven en América latina, siendo la causa principal la catarata, con 1 500 000 de personas ciegas por esta causa, corresponde al 60%.

Para disminuir el numero de pacientes ciegos por catarata es necesario una tasa de cirugías/ población/ año entre 2000 a 5000 operaciones para 1 000 000 habitantes.

De acuerdo, a estas cifras en Bolivia para una población aproximadamente 8 millones la Tasa de Cirugías de Catarata deberá ser de 16000 a 40000 cirugías, cifra difícil de conseguir.

Hay varios factores que condicionan esta situación, como las dificultades diversas referentes a los pacientes, índice de pobreza, esperanza de vida o por obstáculos impuestos por los propios sistemas de salud, que impiden la utilización de los recursos quirúrgicos en su plena potencialidad.

Estas barreras sociales, culturales, y organizacionales que limitan la accesibilidad a los tratamientos oftalmológicos, crean una brecha entre los hospitales, unidades oftalmológicas y las personas que padecen cataratas.

Para mejorar la Tasa de Cirugía de Catarata en Bolivia se debe identificar las barreras que dificultan la accesibilidad a los servicios oftalmológicos.

CIRUGÍA DE CATARATA

A través de la historia se han ideado diferentes procedimientos para remover la catarata o al menos alejarla del eje visual. Hoy en día el procedimiento ideal en la mayoría de los casos es la facoemulsificación.

EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR

Es una técnica antigua que consiste en la extracción del cristalino incluyendo su envoltura (cápsula). La incisión requerida debe ser lo suficientemente grande para permitir la salida del cristalino completo (aproximadamente 14mm). Esto aumenta el tiempo de recuperación y el riesgo de astigmatismo (deformidad de la cornea). No se puede implantar un lente intraocular para reemplazar el cristalino ya que no hay cápsula para sostenerlo. Por lo tanto debe utilizarse lentes de contacto o anteojos con altos poderes convergentes después de la cirugía.