

MENCIÓN ESPECIAL

La tasa de cirugía para Catarata es insuficiente en América Latina

Una productividad más alta y una mejor distribución de los recursos son necesarias para llegar a la meta de VISION 2020 para la erradicación de la ceguera evitable en los países en desarrollo, conforme a lo indicado por el copresidente y el coordinador de la organización para la región.

Special to ocular surgery news

Actualmente la Tasa de Cirugía para Catarata (TCC) está por debajo de lo necesario para eliminar la acumulación quirúrgica en todos los países de América Latina y llegar a la meta de VISION 2020, las cuales deben estar en el orden de 3.000 por millón.

El envejecimiento de la población global ha intensificado la incidencia del daño visual, como respuesta, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional Para La Prevención de la Ceguera, han unido fuerzas en 1999 para lanzar la iniciativa VISION 2020: El Derecho a la Visión.

Los temas referentes a las tasas de la cirugía para catarata y su cobertura, bajo este programa de protección, constituyen una división importante. Además de funciones de monitoreo, las fuerzas de tareas de VISION 2020 están activas promoviendo maneras de incrementar las tasas de las cirugías en los países en desarrollo.

Aunque la cirugía de cataratas sigue siendo una de las intervenciones medicas más rentables en todo el mundo, un numero de barreras han impedido el progreso en la elevación de las tasas de la operación para que las poblaciones en los países desarrollados tengan acceso a la cirugía en forma asequible o subsidiada por un tercero en caso que el paciente no lo pueda pagar.

Esto es muy cierto en los países de América Latina. En este artículo discutiremos la forma de atender estas barreras. Examinaremos brevemente también los factores de riesgo asociados con la formación de cataratas y sugerir formas en que se puede retrasar su aparición.

Cirugía de Catarata en América Latina

Las tasas anuales de la cirugía de catarata por 1 millón de personas en América Latina varían considerablemente; de 500 por millón en Bolivia; 850 en Ecuador, Paraguay y Perú; a 2.100 en Argentina y casi 2.500 en Brasil.

Los estudios muestran que en Perú el 75% de las personas que necesitan cirugía de cataratas aun no han sido operadas, en Paraguay Rainald Duerksen, MD, junto con sus colegas han notado que la cobertura de la cirugía varia del 37% para agudeza visual (VA) de menos de 3/60, al 22% para un (VA) de 6/18. Esto significa que por cada ojo operado tres a cuatro ojos aun necesitan cirugía.

En el área de Campiñas de Brasil, lugar que ha tenido una campaña más intensa de cirugía de cataratas, la cobertura es de 89% en forma individual. El tema de un limite de VA para cirugía es también importante, ya que bajarlo va a requerir una tasa de cirugía más alta.

Por ejemplo en un estudio reciente se estima que las tasas de las cirugías necesitan aumentar en un 2,5 al cambiar el limite de VA a menos de 6/60 a un limite de menos de 6/24. Un VA de 6/60 representa el limite para ceguera pero un VA de 6/24 representaría una visión moderadamente dañada.

En algunos casos en América Latina la agudeza visual luego de la cirugía de cataratas aun es un problema en áreas rurales, hasta un 31% de los pacientes quienes han tenido implantes IOL se fueron con VA inferior a 20/200, en comparación al 8% de pacientes en áreas urbanas bien desarrolladas. Un resultado satisfactorio seria un VA > 20/40.

En contraste, en un estudio importante conducido por Barandon G. Busbee y sus colegas en los Estados Unidos; se informo que el VA promedio fue de 20/27 en los 4 meses posteriores a la operación de

cataratas. Esta disparidad claramente apunta a la necesidad de una considerable mejoría en algunas áreas de América Latina.

Barreras a la expansión de la cirugía de catarata

Según el economista en salud Rob Baltussen, PhD, junto con sus colegas afirman que cuando la cobertura quirúrgica llega al 80% al usar extracción extracapsular de catarata con implantación de IOL, el beneficio en América Latina debe llegar a I\$139 (dólares internacionales) por Año de vida adaptado a la discapacidad (DALY). Este es un excelente resultado en cuanto a poder pagarlo, al comparar el producto bruto nacional per capita de muchos de los países que nos interesan.

El dólar internacional es una unidad de moneda común que tiene en cuenta las diferencias entre los poderes adquisitivos relativos de las monedas en todo el mundo.

Entonces: ¿Cuáles son las barreras que impiden alcanzar una cobertura quirúrgica de por lo menos el 80%?

Los problemas asociados a la expansión de la cirugía de cataratas se pueden dividir en dos categorías: los que tienen que ver con la operación de los centros quirúrgicos, y los vinculados con potenciales pacientes.

Uno de los problemas más grandes es que, aun habiendo suficientes oftalmólogos entrenados para los países de América Latina, estos generalmente se encuentran en áreas urbanas en vez de estar en áreas rurales.

Por ejemplo, en Paraguay hay un oftalmólogo para cada 40.000 personas, pero el 90% de ellos viven en o están cerca de la capital, Asunción, según Rainald Duerksen MD y sus colegas.

Para poder cambiar este desequilibrio hemos sugerido que se ofrezcan incentivos monetarios a los oftalmólogos que trabajan en áreas rurales, junto con programas de aprendizaje permanente y la creación de red de conexiones para prevenir el aislamiento. Otra solución potencial son las unidades quirúrgicas móviles.

Han sido también culpados por la baja tasa de las cirugías, los servicios pobres y el costo de cirugía.

Por ejemplo una encuesta publicada en el *Pan American Journal of Public Health* en el 2005, indica que el 28% de la población en el norte de Perú señala imposibilidad de pagar por la operación.

La respuesta está en la habilidad del centro quirúrgico para lograr el poder de comprar en volumen los IOL y otros aparatos a través de las compras al por mayor y una productividad más elevada para ampliar el costo del personal que opera el centro.

Equipos de entrenamiento, los costos de desarrollo pueden ser sustentados por donantes externos y organizaciones no gubernamentales. Fuentes adicionales de ingresos, tales como la venta de anteojos u otros servicios, pueden ayudar a subsidiar el centro. El centro también puede implementar un plan de extensión de honorarios a través del cual los pacientes más ricos esencialmente pagan por las operaciones de los más pobres.

Finalmente el antídoto a los servicios pobres es la adopción de un modelo profesional de atención, tal como lo tienen en el Centro Internacional para el Progreso del Cuidado del Ojo en el Área Rural, establecido en el Instituto L.V. Prasad del Ojo en Hyderabad India solo para mencionar uno, ya que existen otros inclusive en América Latina.

Desde el punto de vista del paciente otros factores pueden prevenir la realización de la cirugía. Miedo a la operación en sí, falta de conocimiento sobre cataratas o que hacer al respecto y la distancia geográfica de un centro quirúrgico, son todos temas citados comúnmente en las encuestas de población. Muchos de estos problemas pueden ser afrontados a través de programas de extensión y de educación.

¿Cómo mitigar los factores de riesgo de catarata?

Además de la vejez, el género y la raza los factores de riesgo de catarata más frecuentemente mencionados incluyen: fumar, alto consumo de alcohol, exposición a la luz ultravioleta, una alimentación pobre, diabetes y drogas prescriptas.

Los anteojos y lentes de sol recetados ayudan a combatir los efectos de los rayos UV mientras que los demás factores dependen hasta cierto punto del estilo de vida.

Los datos muestran más y más que niveles bajos de antioxidantes en el ojo pueden contribuir a un mayor riesgo de cataratas. Según Truscott no se sabe si esto es el resultado de una “barrera” en el ojo que previene que los antioxidantes lleguen al núcleo del lente o simplemente es el resultado de un proceso de envejecimiento que crea un metabolismo defectuoso.

Probablemente lo que más ayudaría sería una alimentación buena y balanceada para las subpoblaciones de países sudamericanos.

En conclusión incrementar la tasa de las cirugías para llegar a los objetivos para América Latina de VISIÓN 2020 es una meta factible a la que se puede llegar con las herramientas y los recursos señalados.

Para más información :

Dr. Van Charles Lansingh, PhD, es el Coordinador Regional de VISIÓN 2020: el Derecho a la Visión – Latinoamérica. Se puede comunicar con él en el Centro de Microcirugía y Láser; Avda. Rep. Argentina 1383, c/ Facundo Machain; Barrio Los Laureles, Asunción, Paraguay; tel./fax: +595-21-602-139.

Dr. Rainald Duerksen es el presidente regional de la IAPB para América Latina y Director Médico de Fundación Visión (con los mismos datos de contacto que el Dr. Lansingh).

Referencias bibliográficas:

Águila LP, Carrión R, Luna W, Silva JC, y Limburg H. Cataract blindness in people 50 years old or older in a semirural area of northern Peru. *Pan Am J Public Health*. 2005;17(5/6):387-93.

Baltussen R, Sylla M, Mariotti SP. Cost-effectiveness analysis of cataract surgery: a global and regional analysis. *Bull World Health Organ* . 2004;82(5):338-345.

Busbee BG, Brown MM, Brown GC, Sharma S. Incremental cost-effectiveness of initial cataract surgery. *Ophthalmol*. 2002;109(3):606-12.

Cano M. Establishing a Vision 2020 committee in Paraguay . *Commun Eye Health J* . 2005;18(56):124-5.

Duerksen R, Limburg H, Carron JE, Foster A. Cataract blindness in Paraguay : Results of a national survey. *Ophthalmic Epidemiol*. 2003;10(5):349-357.

Foster A. Cataract and “Vision 2020: the Right to Sight” initiative. *Brit J Ophthalmol*. 2001;85:635-9.

Foster A. In: Community Eye Health Course; 2003 July, Ecuador .

Javitt JC, Wang F. Blindness due to cataract: epidemiology and prevention. *Ann Rev Pub Health*. 1996;17:159-77.

Leske MC, Wu SY, Nemesure B, Li X, Hennis A, Connell AMS. Incidence and progression of lens opacities in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmol*. 2000;107(7):1267-73.

Pizzarello L, Abiose A, Ffytche T, Duerksen R, Thulasiraj R, Taylor H, et al. Vision 2020: the Right to Sight: A global initiative to eliminate avoidable blindness. *Arch Ophthalmol* . 2004;122:615-20.

Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):844-51.

Shamanna BR, Nirmalan PK , Saravanan S. Roles and responsibilities in the secondary level eye care model. *Commun Eye Health J.* 2005;18(56):120-121.

Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of cataract surgical services (RACSS) in Latin America . *IAPB News* . 2006;49:12.

Taylor H. Cataract: How much surgery do we have to do? *Brit J Ophthalmol.* 2000;84:1-2.

Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. *Bull World Health Organ.* 1995;73(1):115-21.

Truscott RJW. Age-related nuclear cataract—oxidation is the key. *Exp Eye Res.* 2005;80:709-25.

World Health Organization. WHO/PBL/03.92: A framework and indicators for monitoring Vision 2020: the Right to Sight. Geneva , Switzerland , 2002.

World Health Organization. WHO/WW276. State of the world's sight: Vision 2020: the Right to Sight: 1995-2005. Geneva , Switzerland , 2005.

FEH aterriza por primera vez en Vietnam

El Hospital Volante (FEH) ha descendido en Vietnam y un programa histórico se pone en marcha en Da Nang.

Luis Herrero de Paraguay, el nuevo Oftalmólogo del cuerpo de funcionarios baja al pequeño Truong

El equipo de FEH; ORBIS Vietnam; el Cuerpo de Voluntarios y el personal de ORBIS Nueva York hacen un esfuerzo en común con nuestros compañeros de FedEx y el Comité Popular de la Ciudad de Da Nang para que esto sea un gran éxito.

El Día de Control se lleva a cabo sin problemas y la instrucción y las operaciones se ponen en movimiento.

Todos estamos contentos de haber llegado hasta este punto. Un tifón azotó Da Nang hace poco más de una semana y la devastación ha afectado a la población local de la región, al Hospital del Ojo de DaNang, al aeropuerto y a nuestro hotel. Esto requirió de ajustes al programa, pero nuestro equipo y nuestros anfitriones estaban decididos a que el show continué.

Un joven paciente con glaucoma en el día de control.

Nuestro Presidente Oliver Foot se ha reunido con nosotros y ayer dio la bienvenida al Hospital Volante a los dignatarios VIP, los patrocinadores y los medios para una conferencia de prensa con recorridos y visitas.

El Hospital del Ojo de Da Nang es el hospital más grande designado para el cuidado de la vista en Vietnam central y presta sus servicios a una tercera parte de la población del país. Como respuesta a la tragedia del tifón, Oliver anuncio la donación especial de US\$46,800 para la asistencia en los esfuerzos de recuperación y reconstrucción del Hospital del Ojo de Da Nang.

La próxima escala para FEH es China. ¡Estén atentos!
Contribución de: Caroline Bergman