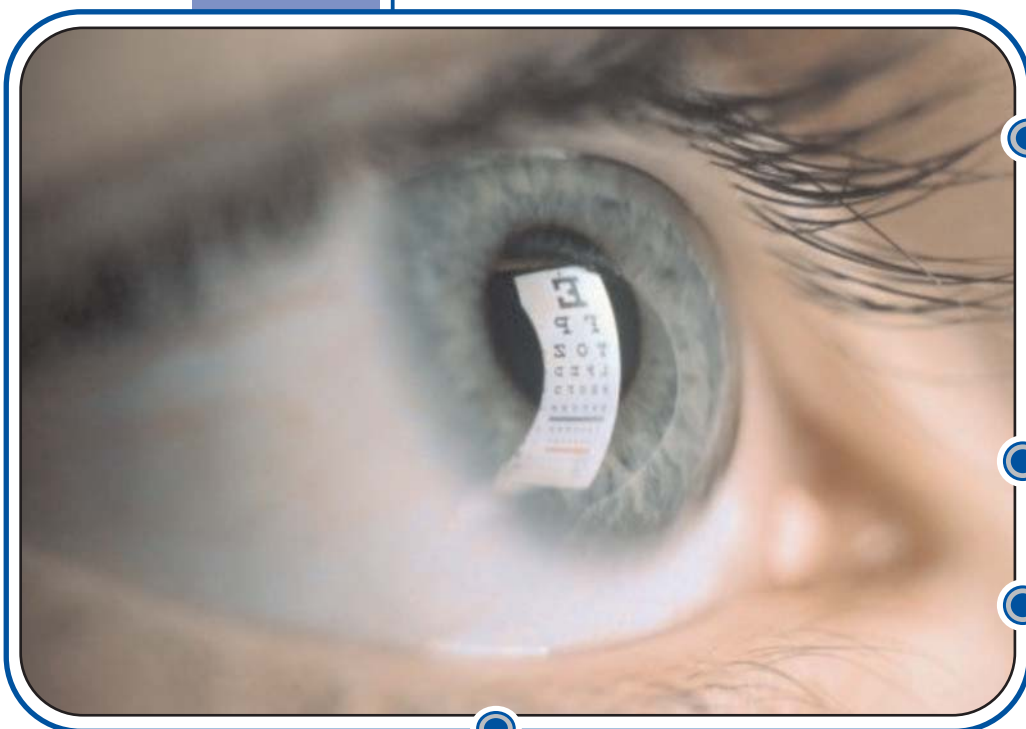


Salud ocular



Programa de
salud ocular y
prevención de
la ceguera

Vicios de
refracción

Glaucoma

*Acciones de Atención Primaria de la Salud en
un Hospital Oftalmológico*



Boletín Remediar

Atención Primaria de la Salud

• AUTORIDADES DEL MINISTERIO •

Señora Ministra de Salud de la Nación

- Lic. María Graciela Ocaña -

Señor Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

- Dr. Juan Carlos Nadalich -

• AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR •

Coordinación General del Programa

- Dra. Graciela Ventura -

Responsable Area de Capacitación

- Dra. Daniela Tupá -

• Boletín PROAPS-REMIAR •

Director general

Dr. Gonzalo Meschengieser

Comité de RedacciónLic. Cristina Ratto
Lic. María Luisa Morales
Lic. Martín Etcheverry**Comité Editorial**Dr. Carlos Pacheco
Dr. Armando Reale
Lic. Mauricio Monsalvo
Dr. Martín Romano**Corrección y Revisión**

Prof. Silvia Pachano

Producción

Lic. Luciana Correa

Diseño EditorialPablo Conte
Emmanuel Filomena**Agradecimientos**Lic. Zulema Vidal
Farm. Gabriela Ettlin**Dirección postal**Proaps - RemediAR - Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54
(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina
Tel: 0-800-666-3300
mail: boletinremediAR@proaps.gov.ar
ISSN 1668-2815
Propietario: Programa PROAPS - REMEDIAR
Suscripción gratuita:
suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar**En este número:**

Editorial: Programa salud ocular y prevención de la ceguera	3
Dr. Carlos Soratti - Secretario de Políticas, Regulación e Institutos. Ministerio de Salud de la Nación.	
Cataratas	5
Dr. Javier F. Taboada - Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA).	
La terapéutica racional en oftalmología	7
Dra. Mabel Valsecia - Directora Docente. Curso de URM. Universidad Nacional del Nordeste.	
Glaucoma	10
Dr. Javier F. Taboada - Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA).	
El Caballo de Troya	12
Dr. Hugo Francés Maza - CAPS Jardín Residencial f. Director Docente del Curso de URM - Fundación BARCELO. La Rioja.	
Retinopatía diabética	15
Dr. Marcelo Zas - Médico Oftalmólogo. Docente Adscripto de Oftalmología - Hospital de Clínicas (UBA).	
La mirada de nosotros - Una aproximación a la ceguera	17
Dr. Gonzalo Meschengieser - PROAPS-RemediAR.	
Vicios de refracción	21
Dr. Javier F. Taboada - Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA).	
Acciones de Atención Primaria de la Salud en un hospital oftalmológico	24
Dra. Graciela Reybaud - Directora Hospital de Oftalmología Santa Lucía f. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	
Correo de lectores	25
Reflexiones acerca de la formación	26
Lic. Cristina Ratto - PROAPS-RemediAR.	
Programa Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera: Evaluación Octubre 2006 - Diciembre 2007	29
La fatiga visual y el uso intensivo de computadoras	30
Revista Salud Ocular Comunitaria	31
- Comentario bibliográfico -	
Alimentando nuestra visión	32
Lic. en Nutrición María Jimena Arauz - PROAPS-RemediAR.	
Punto de vista	34
Lic. Martín Etcheverry - PROAPS-RemediAR.	
Hospitales públicos adheridos para la cirugía de cataratas	35

Editorial

Programa salud ocular y prevención de la ceguera

Hasta el 80 % de los casos de ceguera son evitables, ya sea porque son prevenibles –en un 20 % de los casos– o bien porque en otro 60 % pueden tratarse. En virtud de ello, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha el Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera para el diagnóstico precoz de las patologías oculares y la prevención de la ceguera evitable, garantizando así un mejor acceso a la atención oftalmológica. El mismo fue institucionalizado mediante la Resolución Ministerial 1.250/06, y funciona en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias.

Asimismo se creó el Comité de Salud Ocular, integrado por distintos representantes del Ministerio de Salud de la Nación, el Consejo Federal de Salud (COFESA), el Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) y la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO), con el objetivo de discutir aspectos vinculados con las políticas de prevención y tratamiento de las enfermedades oculares.

Prevención, promoción y tratamiento

Las actividades de promoción de la salud ocular han sido incluidas en todos los programas del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo se aumentó la cobertura de las cirugías de cataratas para llegar –en un plazo de 4 a 5 años– a resolver la demanda no satisfecha de esas intervenciones, así como también los nuevos casos que se produzcan.

El Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera abarca también la prevención de la retinopatía del prematuro, la retinopatía diabética, la detección de vicios de refracción, la detección precoz y el tratamiento del glaucoma.

Cataratas

El Ministerio de Salud de la Nación adquiere insumos críticos para la cirugía de pacientes (lentes intraoculares, sustancia viscoelástica, suturas y colirios), evaluando las necesidades de los servicios públicos de las provincias para apoyarlos en cuanto a la disponibilidad de instrumental y equipamiento.

Desde su inicio en octubre de 2006, el Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera ha entregado más de tres mil lentes intraoculares y los insumos para las cirugías de cataratas, en cincuenta Centros de Salud de todo el territorio nacional adheridos a la iniciativa.

Glaucoma

Otro de los objetivos del programa es la detección precoz del glaucoma. Así, a través del Programa REMEDIAR, el Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera entrega gratuitamente los colirios indicados para el tratamiento de la patología.

Prevención de la ceguera en la infancia por Retinopatía del Prematuro (ROP)

Merced a la labor del Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico -creado en mayo de 2003 en el Ministerio de Salud de la Nación, y constituido por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y distintas sociedades científicas vinculadas a la temática- se redactaron y difundieron recomendaciones para el control del uso del oxígeno en prematuros y para el screening oftalmológico en estos niños.

En 2004 se inició un programa de fortalecimiento de grandes servicios públicos de Neonatología para la prevención de la retinopatía del prematuro, que en la actualidad se extiende a treinta Servicios de hospitales públicos de veinte provincias, que asisten 113.647 nacimientos anuales. Esta estrategia permitió reducir en un 50 % los casos graves de ROP que requieren tratamiento con láser.

Es fundamental el rol que tiene el primer nivel de atención en la prevención y el diagnóstico precoz de las patologías oculares y su posterior referencia al segundo nivel.

Es fundamental porque prevención de patología ocular es lograr buena cobertura de vacunación, control adecuado de todas las embarazadas a fin de disminuir el número de nacimientos prematuros, control y tratamiento del paciente diabético, examen periódico de agudeza visual en los niños y referencia de los mayores de 50 años a control oftalmológico.

Es por ello que dedicamos este Boletín a la Salud Ocular.

Dr. Carlos Soratti

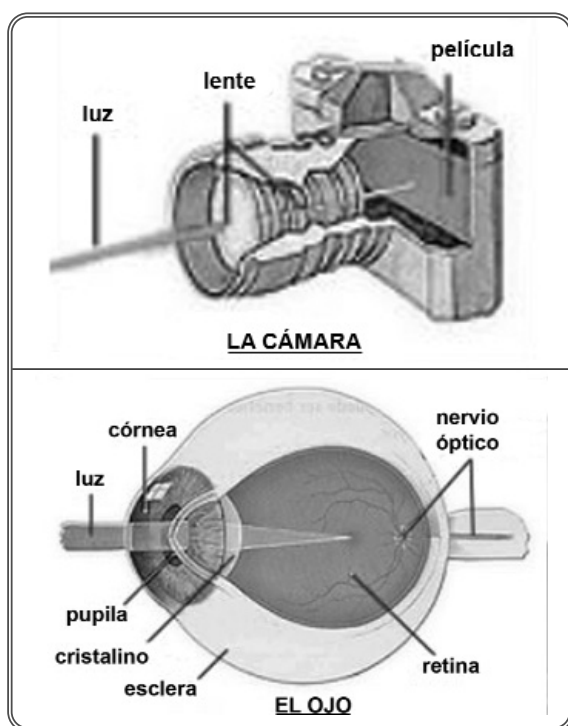
Secretario de Políticas, Regulación e Institutos
Ministerio de Salud de la Nación

Para más información: programaver@msal.gov.ar - Tel: 4379-9085

Cataratas

Se denomina catarata a la opacidad del cristalino. Esto es una lente de alto poder refractivo (+/- 18 dioptrías) convergente que junto con la córnea son los que producen la desviación de los rayos que inciden en el ojo desde el espacio exterior.

El ojo puede ser comparado con un sistema de lentes similar al de una máquina fotográfica; los rayos que inciden sobre él son desviados para que converjan en la superficie retinal.



Esta función de lente convergente del cristalino puede verse afectada por cambios en su transparencia, fenómeno al que se denomina catarata.

Cuando esto sucede y según la localización y la magnitud de la opacidad se presentan distintos síntomas a los que nos referiremos con el objeto de poder transmitir conceptos básicos de sospecha diagnóstica con los elementos con los que cuentan los CAPS.

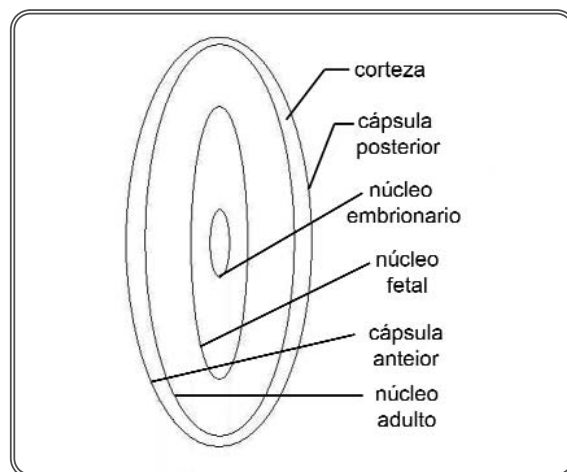
Dr. Javier F. Taboada

Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA)

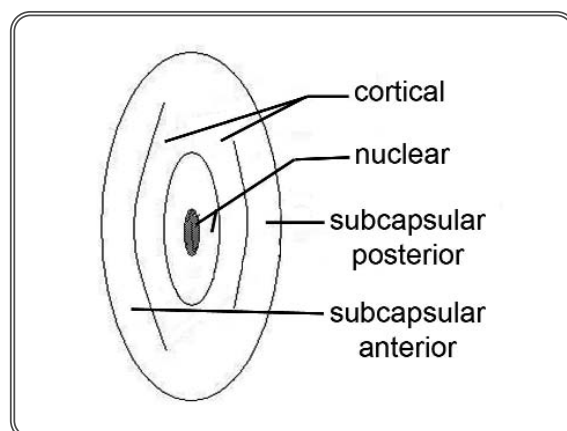
Ex Médico de planta de la 1ª Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" (UBA)

Clasificación de las cataratas según su ubicación anatómica:

El cristalino puede dividirse anatómicamente en:



Podemos clasificar entonces a los distintos tipos de cataratas de la siguiente manera:

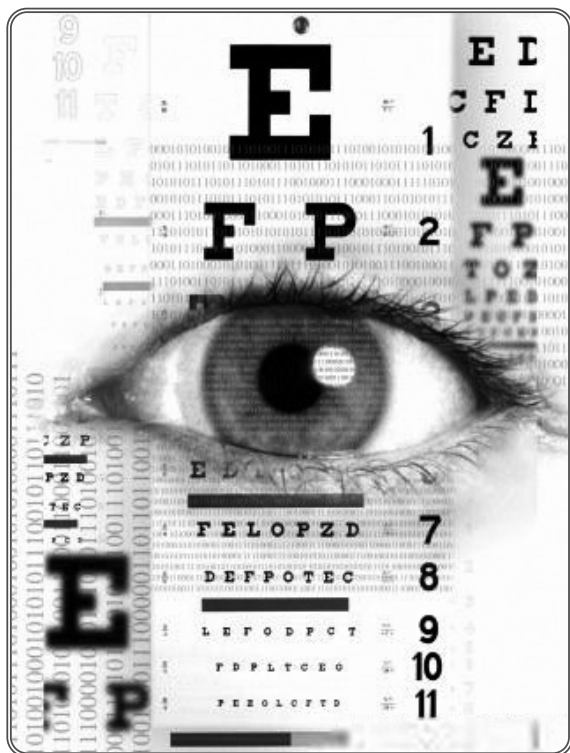


Sintomatología según su ubicación anatómica:

Sub-capsular	Disminución de la agudeza visual. Fotofobia marcada por la dispersión de la luz. Esta alteración es más notoria para las distancias cercanas. Ej.: lectura.
Nuclear	Disminución de la agudeza visual más notoria de lejos. Fenómeno de miopización por aumento de la densidad del cristalino.
Cortical	Afecta menos a la agudeza visual durante su evolución ya que ésta ocurre en la periferia del cristalino.

Signos de las cataratas:

Leucocoria	Significa pupila blanca. Puede observarse a simple vista en las cataratas maduras o en las congénitas. En éste último caso no olvidar el diagnóstico diferencial del retinoblastoma.
Disminución de la agudeza visual	Debe ser evaluada con el cartel de optotipos y en forma monocular.
Reflejos	Si contamos con un oftalmoscopio directo y nos ubicamos a 20cm del paciente regulándolo en 4 dioptrías positivas podemos observar con claridad a través de éste, la opacidad del cristalino.



Esta breve reseña intenta aportar criterios básicos para la detección de cataratas con el objeto de que los pacientes sean derivados a los especialistas en oftalmología a fin de resolver mediante la colocación de una lente intraocular esta patología.

El Ministerio de Salud de la Nación a través del Subprograma de Cataratas aporta los insumos necesarios para la realización de estas cirugías a fin de lograr la resolución de las mismas y la reinserción de los pacientes en su vida cotidiana.

Bibliografía

- Arturo A. Alezzandrini y col. Fundamentos de Oftalmología. Ed. Ateneo, 1996.
- Carlos Stefani, Arturo Maldonado Bas. Cristalino. Maestría a distancia en Oftalmología, Consejo Argentino de Oftalmología, Universidad Católica de Salta, 2006.
- Hugo Nano y col. Atención primaria ocular - guías y normas de atención ocular primaria para el médico no especialista. Clínica de ojos Dr. Nano. 2001.
- Daniel Vaughan, Taylor Asbury, Paul Riordan Eva. Oftalmología general. Ed. El Manual Moderno, SA de CV, México DF- Santafé de Bogotá, 1994.
- Enrique Graue Wiechers. Oftalmología. Interamericana Mc Graw-Hill, México DF, 1994.
- Jack J. Kanski. Ilustraciones: Santiago A. Cedrón. Oftalmología Clínica. Ed. Doyma. Inglaterra. 1989.

La terapéutica racional en oftalmología

En la práctica clínica habitual, el médico se encuentra frente a un paciente con un diagnóstico específico que requiere un tratamiento, y la realidad es que para tratar una enfermedad o un síntoma cualquiera, puede haber más de un tratamiento posible, más de un fármaco disponible; a veces hasta diez principios activos (con 3 o 4 nombres comerciales). No todos estos fármacos son iguales o equivalentes: uno puede ser más eficaz en un tipo de paciente, otro puede ser mejor para otro; algunos son más tóxicos a nivel local, mientras que otros poseen mayor toxicidad a nivel sistémico. Esta realidad hace que, si se quiere tratar a un paciente de la manera más apropiada con las pruebas científicas más recientes, se requiera un cuidadoso proceso llamado de la terapéutica racional¹ que incluye:

1. **definir el problema;**
2. **identificar el objetivo terapéutico** (por ejemplo, reducir la presión intraocular, prevenir la ceguera, eliminar la inflamación);
3. **seleccionar las estrategias terapéuticas para este paciente** pueden ser no farmacológicas y/o farmacológicas;
4. **iniciar el tratamiento;**
5. **proporcionar información, instrucciones y advertencias y**
6. **supervisar el tratamiento.**

La presión asistencial y la dificultad para tener acceso a la información fiable e independiente sobre los medicamentos hacen que, en la práctica, muchas veces se opte por prescribir el último fármaco disponible, el que está de moda o el que recientemente fue promocionado por el visitador médico, pasando por alto el razonamiento clínico que supone la selección de medicamentos. Esta es una de las causas de que muchos tratamientos sean inapropiados.

Para poder realizar un uso seguro y apropiado de medicamentos, se debe analizar no solamente la "salud" del medicamento, sino también la "seguridad" del paciente. La selección de un medicamento requiere, no sólo una lectura crítica de la información científica -que puede estar sesgada-, sino

Dra. Mabel Valsecia
Directora Docente - Curso URM
Universidad Nacional del Nordeste

conocer en qué pacientes y circunstancias se realizaron los ensayos clínicos disponibles y si éstos difieren de las características del paciente habitual. A menudo resulta muy ilustrativo contrastar dicha información con las presiones que se ejercen sobre los médicos y las que se ejercen sobre los "consumidores" mediante publicidad exagerada, cuando no engañosa.

La toxicidad de los medicamentos

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) pueden ser síntomas o signos clínicos comunes con otras patologías, que imitan enfermedades o síntomas (por ejemplo, disminución de la agudeza visual, visión borrosa o inflamación palpebral). El patrón de las RAM es tan amplio y variado, que para asegurar que se diagnostica una RAM apropiadamente y no se confunde con un síntoma idiópático, siempre habría que incluir los medicamentos en el diagnóstico diferencial de los diferentes problemas de salud.

Antes de que aparezca un medicamento en el mercado de nuestro país, debe ser autorizado obligatoriamente por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Previamente al proceso de autorización se estudian sus efectos, tanto los beneficiosos como los posibles efectos adversos que pueda producir; la mayor parte de los estudios disponibles en esta etapa son ensayos clínicos. Sin embargo, los ensayos clínicos tienen ciertas limitaciones, ya que se llevan a cabo en un número escaso de pacientes, durante un período de tiempo limitado y con una población seleccionada, de manera que algunos efectos adversos (por ejemplo los que son poco frecuentes o los que aparecen después de su uso continuado o debido a la interacción con otros medicamentos), no se pueden detectar por una cuestión numérica. Por todo ello, **el perfil de toxicidad de los medicamentos de comercialización**

reciente es poco conocido; la experiencia de uso permite aumentar dicho conocimiento mediante la farmacovigilancia, sobre todo, la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas.

Consideremos dos casos clínicos de hipertensión ocular producida por corticoides tópicos, atendidos en un servicio de oftalmología:

- **N 1:** Varón de 24 años con blefaritis escamosa en ambos párpados, de varios meses de evolución. Tratado con valerato de betametasona en crema, cinco veces al día, 30 días. Se presenta con bordes palpebrales edematizados, enrojecidos, descamados. Refiere prurito en esa región, enrojecimiento intenso en ambos ojos, congestión conjuntival. PIO (presión intraocular): **31 mm Hg** en ojo derecho y **27 mm Hg** en el izquierdo. Sin cambios en la oftalmoscopia.

- **N 2:** paciente de 19 años de edad, sexo femenino con dermatitis de contacto ante un nuevo elemento de maquillaje, en ambos párpados. Tratada con valerato de betametasona en crema, 6 veces al día, durante 25 días. Intenso enrojecimiento en ambos ojos. PIO: ambos ojos **27 mm Hg**. Sin cambios apreciables al fondo de ojo. La aplicación tópica de glucocorticoides sobre la piel de los párpados produjo hipertensión ocular. La suspensión del tratamiento revirtió el cuadro hipertensivo a las dos semanas, en ambos casos. Estos son dos ejemplos de "patologías farmacológicas" que pueden pasar desapercibidas si:

- se desconoce o se minimiza la potencialidad de los fármacos para producir efectos adversos,
- no se incluyen sistémicamente los "fármacos" en la lista de diagnósticos diferenciales, y
- no se lleva a cabo una anamnesis farmacológica cuidadosa.

Numerosos fármacos pueden causar aumento de la presión intraocular, es por ello que **los pacientes deben ser instruidos respecto a los medicamentos que aumentan la presión intraocular**

Las contraindicaciones rara vez se aplican a los glaucomas de ángulo abierto; lo mismo sucede en glaucomas de ángulo cerrado a los cuales se les ha realizado iridotomía con láser. Cuando la pupila tiene entre 3 a 5 mm la posibilidad de bloqueo y cierre angular es grande: un miotico de efecto leve, o un miótico en pequeñas dosis, puede colocar la pupila en posición crítica, al igual que la ilu-

minación suave. La administración sistémica de agentes como los corticoides y anticolinérgicos (ej. Antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos -imipramina-) puede causar aumento de la presión intraocular. La administración tópica de fenilefrina o adrenalina, dilata la pupila y pueden producir glaucoma de ángulo estrecho. Existen más probabilidades de producir glaucoma o aumento de la presión intraocular en las personas mayores de 65 años, o las que padecen de hipermetropía o están desarrollando cataratas. Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, mianserina, fueron asociados con glaucoma de ángulo cerrado agudo. A pesar de que tienen un perfil de tolerancia favorable, en algunos pacientes, la principal causa de abandono del tratamiento fue la aparición de trastornos visuales inespecíficos. Un 2%-10% de tales pacientes informó visión borrosa. Se describieron casos de glaucoma agudo de ángulo estrecho luego de 5 semanas de administración de fluoxetina, también ocurrieron casos similares con paroxetina y fluvoxamina. En un estudio se comprobó que luego de la administración de fluoxetina se produce un incremento significativo en la PIO. En algunos casos, el estado del cristalino, y la midriasis pasiva inducida por paroxetina, pudo haber desencadenado los episodios, en otros casos fueron hipermetropes. En general, se inclina a la midriasis pasiva como evento precipitante del cierre agudo del ángulo. Se describieron casos de aumento de la PIO y de **miopía** producidos por topiramato. Los síntomas suelen aparecer al principio del tratamiento y los pacientes describen una disminución rápida de la agudeza visual y/o dolor ocular

Se describieron casos de **visión borrosa** por: metformina, glibenclamida, rosiglitazona, ranitidina, pantoprazol, eritropoyetina, lovastatina, oxibutina, levotiroxina, cefotaxima, dipirone, piroxicam, fenitoína, alprazolam. Pérdida brusca de la visión por sildenafil, tadalafil y vardenafil; constricción del campo visual por vigabatrina, uveítis por pamidronato

Los medicamentos pueden producir además edema palpebral, conjuntivitis, disminución de agudeza visual, crisis oculogiras, epifora, midriasis, dolor ocular agudo, diplopia, queratitis, sequedad ocular, nistagmus, miosis, ciclopejía, xantopsia, retinopatía, mirada fija, úlcera de córnea, hemorragia conjuntival, blefaritis, petequias palpebrales, depósitos en la córnea². Es posible que la incidencia de efectos adversos oculares esté subestimada

Errores de medicación

Los errores de medicación pueden ocurrir en toda la cadena del medicamento desde la dispensa, prescripción, administración o seguimiento, aunque la mayoría ocurren en la prescripción, en especial en la dosificación. La mayoría de las dosis se basan en el peso o la superficie corporal, y la necesidad de hacer cálculos en cada caso, introducen una mayor complejidad en el proceso de la prescripción, lo que favorece el error. Existen diferentes tipos de error, y el hecho de conocer los mecanismos por los que se producen, contribuye a evitarlos en el futuro. En servicios de toxicología de Argentina existen registros de consultas de administración por vía oral de gotas oculares o nasales o, a la inversa, debido a que no existen envases característicos en nuestra región. Estos accidentes ocurren cuando se guardan en botiquines o se los deja en la mesa de luz.

Errores por similitud fonética u ortográfica

Existen medicamentos con similar nombre comercial o con similitud fonética u ortográfica, algunos de utilización ocular. Incluso algunos preparados que contienen distintos principios activos en su composición, por ejemplo el *Gotabiotic®* contiene tobramicina, el *Gotabiotic D®* contiene una asociación de tobramicina + nafazolina + dexametasona y el *Gotabiotic F®* contiene una asociación de tobramicina + dexametasona; otro ejemplo de similitud fonética u ortográfica es el caso del *Oftalmotoni®*, que contiene brimonidina para disminuir la presión intraocular y el *Oftalmolet®*, que contiene un antibiótico del grupo de los macrólidos, la eritromicina. Otro caso de similitud es el de la *Isoptocarpina®* que contiene el miótico pilocarpina, la *Isoptoatropina®* que contiene el miástrico atropina y el del *Isoptomax®* conteniendo una asociación de dexametasona + neomicina + polymixina³.

Una forma de evitar estos errores es utilizando el nombre genérico o DCI (denominación común internacional) para las prescripciones. En Argentina está vigente la ley N° 25649/02, de promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.

La oferta de medicamentos

La proporción de fármacos poco útiles o inaceptables (por su falta de eficacia o su composición no sustentada por pruebas científicas) varía de un país a otro. En Argentina se comercializan medica-

mentos cuya eficacia terapéutica no ha sido demostrada y hay algunas presentaciones cuyo valor terapéutico potencial podría clasificarse de dudoso o inaceptable, según la clasificación del valor intrínseco terapéutico descripta por Laporte y cols.

Cumplimiento del tratamiento o adherencia

Se sabe poco acerca de los factores que pueden influir en el grado de cumplimiento o adherencia al tratamiento. Influyen varios factores como la relación médico-paciente, la educación, el estado socioeconómico, trastornos de memoria, ansiedad, estrés. El glaucoma es una enfermedad crónica que la no adherencia puede traer graves consecuencias. El incumplimiento puede no se reflejando en la presión intraocular, debido a que el paciente puede ponerse las gotas antes de ir a la consulta, pudiéndose producir daño progresivo del nervio óptico y pérdida de la visión a pesar de tener la PIO normal. La medida de la pupila y su reactividad tampoco son indicadores de cumplimiento. Lo mejor es educar al paciente con un esquema de estilo de vida y sus gotas para mejorar el cumplimiento. Las instrucciones verbales y escritas repetidas pueden ayudar a mejorar la adherencia. Una manera práctica para acercarse a la utilidad de un tratamiento es multiplicar el porcentaje de efectividad de un producto por el porcentaje de tolerancia o cumplimiento. Por ejemplo la pilocarpina es efectiva en disminuir la PIO en un 80% pero es tolerada en un 70%, la utilidad del producto es de un 56%. El timolol es efectivo en un 75% y tolerado en un 95%, su utilidad sería de un 71%.

Una terapéutica racional, exige una educación continua y una lectura crítica de la información sobre medicamentos.

Referencias Bibliográficas

1. Guía de la Buena prescripción. Organización mundial de la salud. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. TPGM de Vries; R.H Henning, H.V. Hogerzeil y D.A. Fresle. OMS. 1998.
2. Base de datos Sietes (Sistema Esencial en Terapéutica y Salud) palabras claves: oftalmológicos
3. Manual farmacéutico on line. Grupo Alfa beta. [en línea] <<http://www.alfabeta.net>> [acceso 10 de enero de 2008]

Glaucoma

Definición de Glaucoma

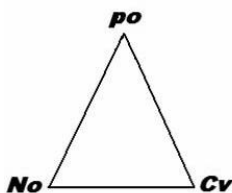
El glaucoma de ángulo abierto es una enfermedad que se manifiesta por un aumento de la presión intraocular por encima de la zona de normalidad, que luego de siete a catorce años produce alteración de la papila; excavación glaucomatosa por disminución del anillo neuroretinal y defectos del campo visual, como consecuencia de la muerte de las fibras retinales⁽¹⁾.

El glaucoma de ángulo abierto o crónico simple es la misma enfermedad definida desde dos enfoques diferentes, anatómico y clínico respectivamente. Una definición más exacta desde el punto de vista semántico y clínico para el manejo correcto en la práctica médica es definir al glaucoma de ángulo abierto como una Neuropatía Óptica Multifactorial Crónica Simple. Neuropatía Óptica por la alteración de las células ganglionares de los cilindroejes que dan origen al nervio óptico, crónica porque el daño neurológico evoluciona lentamente, evolutiva ya que no es una enfermedad autolimitante y si no se la controla adecuadamente lleva a la ceguera y multifactorial porque son varias las causas que actúan aisladas o concomitantemente⁽²⁾.

Patogenia del Glaucoma Crónico Simple

Es el desequilibrio entre la Po (presión ocular) y un complejo de factores: presión de perfusión, estructura de la lámina cribosa, factores vasculares, etc. que condicionan la vulnerabilidad del nervio óptico ante una presión determinada y que llamaremos R (resistencia).

Los medios diagnósticos de este desequilibrio entre la Po y R se esquematizan en un clásico triángulo:



Donde Po = presión ocular; No = Nervio óptico y Cv = Campo visual.

Dr. Javier F. Taboada

Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA)

Ex Médico de planta de la 1ª Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" (UBA)

La presión ocular sigue siendo el elemento más importante preponderancia y es en el consultorio el elemento clínico más importante por su preponderancia patogénica.

Controlando la presión nos encontraremos con diferentes grupos excluyendo a los normales:

- Hipertensos con lesiones
- Hipertensos sin lesiones
- Normotensos con lesiones

Al evaluar los primeros dos grupos debemos recordar que el glaucoma se conformó por el daño ya causado en el campo visual y el nervio óptico. Lo que separa a estos "dos grupos" es la etapa evolutiva de la enfermedad.

En el último grupo en el que se comprueba realmente la presión normal estamos frente a un glaucoma del segmento posterior del globo ocular por una disminución de la resistencia.

Epidemiología

La edad de los pacientes que padecen glaucoma crónico simple se extiende entre los seis a setenta años con una frecuencia de 1,47 % en total, cuya presencia después de los 40 años aumenta al 2,3%, correspondiendo 2,31% a los hombres y el 1,97% a las mujeres. El 33% de estos ojos ya presenta daños en el campo visual. Al ser el glaucoma una enfermedad crónica evolutiva en todos los ojos aparecerán daños en el campo visual entre los siete y los catorce años de evolución y estos daños serán irreversibles.

Tratamiento

Como se mencionó anteriormente el daño glaucomatoso se produce por un desbalance entre la pre-

sión ocular PO y la resistencia R del nervio óptico, siendo la presión ocular PO el factor fundamental sobre el que podemos actuar para evitar el daño neurorretinal irreversible. Básicamente podemos dividir al tratamiento del glaucoma en clínico y quirúrgico, siendo el primero suficiente en la mayoría de los casos para controlar la enfermedad mediante el uso de distintos fármacos que actúan, unos limitando la producción del humor acuoso, y otros, facilitando su salida del mismo globo ocular.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los glaucomas son controlables por medio de estos fármacos mencionaremos los dos fármacos considerados como la primera opción terapéutica y que han sido incorporados recientemente por esta razón al Programa Remediar. Estos son: Maleato de timolol 0,5% y el latanoprost.

- **Maleato de timolol 0,5%:** Es un b-bloqueante no selectivo que disminuye la formación del humor acuoso su eficacia es del 40% la primera semana y luego se estabiliza en un 20%, la posología es de una gota cada 12hs (mañana-noche)
- **Latanoprost:** Mejora la facilidad de salida del humor acuoso, su eficacia en el descenso de la presión intraocular varía entre un 35% a 55%, la posología es de una gota cada 24hs por la noche.

Conclusión

El Glaucoma es una enfermedad progresiva que puede causar ceguera si no se es tratada. En sus comienzos no da síntomas, por lo tanto para su detección precoz requiere control oftalmológico periódico. Cuando el glaucoma comienza a presentar síntomas la visión ya está dañada. La única manera de prevenir daños es realizar un examen una vez al año, a partir de los 35 años.

La incorporación al Programa Remediar de la primera línea terapéutica del tratamiento del glaucoma permite proteger a un alto porcentaje de enfermos, preservándolos de su fatídica evolución a la ceguera.

Bibliografía

1. Sampaolesi R. Glaucoma. Segunda edición. Ed: Panamericana. 1991.
2. Maestría en Oftalmología. Universidad Católica de Salta. Consejo Argentino de Oftalmología. Módulo. 7 Junio 2000.

Sistema Nacional de Farmacovigilancia

La ANMAT es un organismo descentralizado perteneciente a la Administración Pública Nacional. En relación a los medicamentos, los objetivos de la ANMAT especificados a través de su misión son la regulación, fiscalización y control de medicamentos, para alcanzarlos deben planificarse diversas estrategias. La Vigilancia en Salud, se entiende como un "Alerta Responsable", es decir, el monitoreo permanente de la realidad con capacidad de respuesta para la toma de medidas adecuadas (oportunas y apropiadas). La Farmacovigilancia aplica estos conceptos a los hechos que ocurren durante la utilización de los medicamentos. El Sistema Nacional de Farmacovigilancia recibe de sus efectores periféricos, profesionales del equipo de salud, y particulares notificaciones de sospecha de reacciones adversas o de desvíos de calidad de los medicamentos comercializados en el país. De acuerdo a la gravedad y/o magnitud de las notificaciones en relación a posibles efectos adversos se adoptan las medidas regulatorias y/o de intervención que correspondan.

En caso de que aparezca un efecto adverso a algún medicamento REMEDIAR, sugerimos completar este formulario con todos los datos solicitados y enviarlo junto con muestras de los lotes del medicamento involucrado a Avda. de Mayo 869, Piso 11 - CP 1084. Buenos Aires. Sistema Nacional de Farmacovigilancia - ANMAT. Es muy importante el envío de las muestras del mismo lote reportado ya que permite analizar la calidad del mismo y relacionarlo con el efecto adverso comunicado. Si son comprimidos no deben ser menos de 60, idealmente 90 y si son frascos 4 unidades.



El Caballo de Troya

El siglo XXI estaba por nacer; y por ese entonces, todos nos preparábamos para recibir el año 2000, con ansiedad y esperanza de un nuevo siglo por venir. El temido y promocionado Efecto Y2K amenazaba con paralizar los sistemas informáticos y todo aquello que de ello dependiera. Se pronosticaba una paralización de los servicios básicos como energía eléctrica, provisión de agua potable, red de comunicaciones y transportes. Y casi como un parto gemelar, también nacía un nuevo gobierno en nuestro querido país.

Sin embargo la popular creencia de que todo niño que nace "viene con el pan bajo el brazo", no se cumplió. El ocaso de un modelo político económico se aproximaba. Los argentinos no habíamos sabido aprovechar el cambio para incorporar tecnología y hacer crecer nuestras industrias. Por el contrario, colmamos los aviones con destinos extranjeros. Brasil, Europa, Estados Unidos. La picardía criolla llenaba el puerto de containeres con productos importados a precios inimaginables que eran fabricados en países con ultra exigentes sistemas de producción.

El modelo de Washington para las economías de los países latinoamericanos y el fenómeno de la Globalización se basaba en la desregulación, la privatización, y la delegación de las funciones de rectoría del Estado. Su aplicación terminó por profundizar la inequidad y la inaccesibilidad a servicios básicos como Salud y Educación.

Así fue que los argentinos tuvimos la deshonrosa habilidad de transformar una "Oportunidad en una Amenaza", una "Fortaleza en una Debilidad".

Ejemplos que ilustran esta situación en el ámbito sanitario sobran. Podemos citar el caso de los medicamentos. En el año 2000, el frasco de amoxicilina cotizaba en el Mercado público hospitalario entre \$ 2,50 a 3,50, que a precio dólar equivaldría actualmente entre \$ 7,50 a \$ 10,5 (como veremos más adelante, como consecuencia de las políticas aplicadas en materia de medicamentos, en septiembre de 2006 su precio es de \$ 2,50, que equivalen a U\$S 0,83).

Dr. Hugo Francés Maza

CAPS "Jardín Residencial", La Rioja, Capital.

Director Docente del Curso Anual de URM - Fundación BARCELO, La Rioja.

La desocupación, el crecimiento de la pobreza y la indigencia, las discordantes políticas sanitarias entre la Nación y las Provincias, impactaban directamente en la salud de la gente.

En todo tipo de crisis, los más perjudicados son los más pobres, y como nunca, en el 2001 se alcanzaron índices impensados. Como decía el Dr. Ramón Carillo, "la peor de las enfermedades, como el germen más virulento, quedan marginados al lado de pobreza y la ignorancia".

En ese entonces se reimpulsa y fortalece el COFESA como estrategia de consenso nacional para poder, entre todos, salir adelante con políticas sanitarias claras que llegaran a todos los argentinos y que revirtieran, principalmente, la inaccesibilidad y la inequidad.

Y como nunca, pudieron encontrarse en un mismo momento el sentido común, la decisión política y los recursos. Así nació, para enfrentar esa crisis, el programa REMEDIAR.

Alguien decía que ante una decisión lo mejor que se puede hacer, es lo mejor, lo segundo mejor. es lo posible, pero lo que no se puede hacer, es no hacer nada. Con el Programa REMEDIAR creo que se hizo lo mejor. Antes el 20% más pobre gastaba el 80% de sus ingresos en salud mientras que el 80% más rico sólo lo hacía en un 20%.

Fue así que una amenaza se transformó en oportunidad, y que una debilidad se convirtió en fortaleza. El programa REMEDIAR comenzó a distribuir medicamentos para cubrir el 80% de las patologías prevalentes, a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del país.

Aunque siempre supimos que en una sociedad con trabajo y educación muy pocas serían las enfermedades y no habría problemas de acceso ni inequidad.

Desde la provincia de La Rioja percibo este momento de la historia sanitaria de nuestro país como uno de los más trascendentes. Concibo al programa REMEDIAR que es como **"El Caballo de Troya"**.

Así como los griegos lo usaron tácticamente como un regalo para introducir a sus soldados dentro de la ciudad de Troya, de igual modo se está valiendo el Programa REMEDIAR para adentrarse en lo más íntimo de la Atención Primaria de la Salud.

Y como demostración fáctica de lo mencionado, podemos decir que desde la implementación de REMEDIAR el número de consultas y recetas en los CAPS se triplicó, descongestionando a los hospitales públicos y fortaleciendo el primer nivel de atención en los lugares donde vive la gente.

Además de aportar medicamentos y permitir de esta manera que las provincias más pobres puedan aprovechar esos recursos con otros destinos REMEDIAR contribuyó sustancialmente a la construcción de un vasto cuerpo de conocimientos que permite conocer un poco más qué es lo que ocurre en los CAPS.

Entre la información relevada se destacan tópicos en materia de gestión y de políticas sanitarias como el número pacientes con Obra Social que se benefician con el Programa, el peso del paciente que permite inferir una aproximación del estado de nutrición de la población, la situación laboral, el perfil prescriptivo de los médicos y odontólogos, etc.

Por otra parte, se realizó un catastro en los CAPS de todo el país a través del cual se obtuvo información sobre el estado de la red de atención primaria, el perfil asistencial de cada centro, la disponibilidad de recursos humanos, equipamiento e infraestructura y el grado de desarrollo de los sistemas de información orientados a la atención primaria.

Así como del Caballo ya ingresado a Troya empezaron a descender sus soldados para cumplir su cometido, de la misma manera REMEDIAR comenzó a intervenir con acciones más profundas



que conducen a un cambio real en la percepción y en el cuidado de la salud, más que en el tratamiento de la enfermedad.

REMEDIAR también aporta información crucial y crítica por medio de excelentes Boletines, sobre las patologías prevalentes y su abordaje basado en evidencias científicas, como así funciona como espacio de participación y divulgación de vivencias y situaciones de los CAPS de todo el País. Uno de los proyectos que promovieron ello fue el Concurso de Relatos de Experiencias en APS, que movilizó y motivó a todo el equipo de salud a comprometerse con la investigación local de problemas en APS. Luego se realizó el concurso de Proyectos Locales Participativos, donde se fue aún más adentro. Aquí era obligatoria la participación de la comunidad en el análisis de los problemas locales y la elaboración de un proyecto para cambiar esa realidad con financiamiento del Programa.

Simultáneamente, el Programa Médicos Comunitarios, íntimamente ligado a Remediar, financia la capacitación del equipo de salud con un abordaje de la APS orientado social y comunitariamente.

Y para ir más a fondo, nace el Curso de Uso Racional de Medicamentos y Terapéutica Razonada Basada en Problemas, como una necesidad detectada a través del análisis del perfil prescriptivo de médicos y odontólogos a partir de los datos obtenidos de los formularios "R" (recetas).

En él se observaba una inmensa variabilidad de criterios diagnósticos y prescriptivos que poco concordaban con la evidencia científica aportada en los boletines.

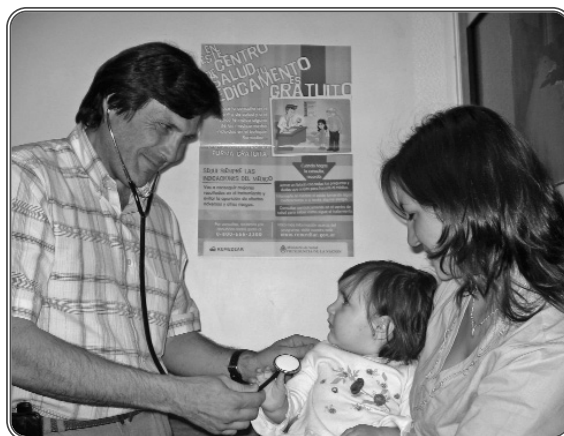
Fue así entonces que se dio una vuelta más de tuerca y se convocó para esta misión a las Universidades de todo el país, para que por medio de ellas se capacite a más de 5000 profesionales Prescriptores Médicos y Odontólogos.

La participación de las Universidades también produjo cambios en la currícula de Pregrado en las mismas.

Pero esto es sólo el principio. A partir del Curso de Uso Racional de Medicamentos se estimula y promueve a las Universidades a desarrollar trabajos científicos que serán financiados por el Programa, sobre distintas líneas de trabajos, desde tipos descriptivos, a analíticos y prospectivos.

¿Quién iba a pensar en el año 2001 que ahora se estén produciendo estos hechos significativos para el crecimiento de nuestra sociedad, con participación de la comunidad, las Universidades y las Sociedades Científicas?

Cuando a la gente se le ponen reglas claras y se mantienen en el tiempo, la gente responde. Ésta es otra de las claves del éxito del Programa.



Nunca se pensó que las auditorias serían como se dijo que iban a ser, nunca se pensó que se suspendería un CAPS por no cumplir con la normativa. Se cumplió con las directrices y eso le da pre-visibilidad y seriedad. Y la gente responde con respeto y acompañamiento.

Ningún Programa Sanitario tuvo la magnitud y la universalidad que tiene REMEDIAR, ejemplo en el mundo de programas de este tipo.

Salud ocular y Proyectos Locales Participativos

Por la salud visual trabajamos todos juntos, el proyecto emprendido por la Unidad Sanitaria N° 1 de Villa Corina 02037, Avellaneda, de la mano de la comunidad, fue uno de los destacados de los Proyectos Locales Participativos. Formaron parte de la iniciativa la Asociación Todos juntos podemos, el CAPS N° 1, la Cámara Argentina de ópticas y la Secretaría de Salud de Avellaneda. Posteriormente se incorporaron el Centro Argentino de Oftalmología, la Escuela Técnica N° 2, EGB N° 58 y la Universidad Abierta Interamericana.

El proyecto nace a partir de haberse observado que en Villa Corina, de 13.416 habitantes, la mayoría de los niños y adolescentes jamás había concurrido a una consulta oftalmológica y que en los casos en los que sí se efectuó una revisión y se les detectara disminución de la agudeza visual, no habían podido acceder, por motivos económicos, a los lentes.

El proyecto tuvo gran impacto y mostró, desde sus comienzos una activa participación de la comunidad. El programa consiste en detectar, solucionar y prevenir patologías relacionadas con problemas visuales, que pueden originar problemas de aprendizaje y concentración. Además se incluye la entrega gratuita de anteojos y una campaña de concientización acerca del daño que ocasionan los lentes descartables adquiridos sin prescripción médica. A partir de la campaña *Toma de la agudeza visual* se captaron beneficiarios para realizar una evaluación de salud integral.

La campaña fue declarada de Interés Socio Comunitario por la Intendencia municipal de Avellaneda.



Retinopatía diabética

¿Qué es la retinopatía diabética?

La *retinopatía diabética* es una complicación de la diabetes mellitus que afecta a la retina del ojo humano. Es causada por la oclusión de los vasos sanguíneos que nutren la retina. Estos vasos ocluidos y debilitados generan acumulación de plasma (*edema*) y falta de oxigenación de la retina (*isquemia*).

Es la misma retina la que, para suplir la falta de oxígeno, genera circulación nueva (*neovascularización*). Estos neovasos tienen gran tendencia al sangrado intraocular (*hemorragia*) y como consecuencia de esta neoformación de vasos, se puede generar el desprendimiento de retina por tracción de los mismos que quita la visión al paciente, produciendo además otras complicaciones, como son el glaucoma secundario y la catarata.

La *retinopatía diabética* es la segunda causa de ceguera en el mundo occidental en la población adulta.

La retinopatía diabética es una patología evitable, si es manejada en tiempo y forma.

Cuando la diabetes se desarrolla en la niñez o en la adolescencia, se la conoce como *diabetes juvenil, insulino dependiente o tipo I* y cuando aparece en la adultez se la denomina *diabetes del adulto, insulino independiente o tipo II*.

El riesgo de desarrollar retinopatía diabética se incrementa proporcionalmente con la duración de la enfermedad general. Alrededor de un 80% de los pacientes que han tenido diabetes durante 15 años o más, presentan algún grado de retinopatía.

Hay dos formas de retinopatía diabética. La primera es llamada *retinopatía diabética no proliferativa*, en la cual aparecen microhemorragias y microexudados en el fondo de ojo que pueden comprometer o no el área macular, desarrollando en caso afirmativo lo que se conoce como *edema macular*, que es la primera causa de disminución de agudeza visual en los diabéticos tipo II.

Dr. Marcelo Zas

Médico Oftalmólogo

Docente Adscripto de Oftalmología - Hospital de Clínicas "José de San Martín" - Universidad de Buenos Aires

La segunda forma es la *retinopatía diabética proliferativa*. Comienza de la misma forma que la anterior pero además, como consecuencia de la isquemia retinal, se desarrolla *neovascularización*, que crece sobre la superficie de la retina, del nervio óptico o del humor vítreo. Estos frágiles neovasos pueden romperse y sangrar generando una disminución brusca o paulatina de la agudeza visual. El tejido neovascular se asocia con un componente fibroso-cicatrizal que genera habitualmente una tracción sobre la superficie de la retina pudiendo llegar a desprenderla. Este cuadro se denomina *desprendimiento traccional de retina* que es responsable de la posible pérdida de la visión. A su vez el proceso neovascular puede comprometer el segmento anterior del ojo (iris y cristalino) generando un *glaucoma neovascular*.

De estas condiciones puede resultar una severa pérdida transitoria o definitiva de la visión, que suele asociarse en algunos casos a dolor ocular permanente.

Detección y diagnóstico

Un examen ocular completo realizado por el oftalmólogo es la mejor prevención contra la progresión de la retinopatía diabética. Los pacientes diabéticos deben ser conscientes de los riesgos de desarrollar trastornos visuales y deben hacer examinar sus ojos en forma periódica.

Para detectar una retinopatía diabética, el principal examen que realiza el oftalmólogo es el del fondo de ojo. Esta evaluación permite realizar un correcto diagnóstico de la forma clínica de la enfermedad. Si se detecta retinopatía diabética, un segundo método diagnóstico llamado *Retinofluoresceinografía*, o RFG, permite detectar cuáles de los vasos están filtrando o sangrando.

Con los resultados de estos exámenes se evalúa la conducta a seguir.

Los pacientes con antecedentes familiares de la enfermedad deben controlarse anualmente la glucemia y hacerse un examen oftalmológico periódico.

Tratamiento

Luego del diagnóstico oftalmoscópico, junto con la evaluación de la edad del paciente, sus antecedentes generales (renales, cardíacos, neurológicos, hematológicos y otros asociados), la duración de la enfermedad y el grado de compromiso ocular, el oftalmólogo planea el tratamiento integral del caso, incorporando al equipo al médico diabetólogo, médico clínico y a la familia.

El tratamiento puede comenzar realizando un procedimiento que mediante el uso de un Láser intenta fotocoagular los vasos sangrantes y toda el área comprometida. Este procedimiento se denomina *Fotocoagulación* y se efectúa en el consultorio del oftalmólogo.

Si la retinopatía diabética es detectada en forma precoz, la fotocoagulación con láser puede detener el avance del daño. Aún en estados avanzados de la enfermedad, puede disminuir la probabilidad de pérdida severa de la visión.

Es clave recordar que el láser NO es curativo de la enfermedad retinal sino que su función fundamental es la *detención de la evolución de la misma*.

A pesar de todo, la fotocoagulación puede no ser efectiva en todos los pacientes. Dependiendo de la localización y extensión de la retinopatía diabética, si el vítreo está demasiado turbio por presencia de sangre o si existe un desprendimiento de retina, debe utilizarse el tratamiento quirúrgico, llamado *Vitrectomía*. Esta técnica consiste en extraer el cuerpo vítreo hemorrágico, transparentando los medios oculares, liberando las tracciones patológicas sobre la retina y restaurando la anatomía intraocular.

El tratamiento exitoso de la retinopatía diabética no sólo depende de la detección temprana con control y tratamiento por un oftalmólogo, sino también del compromiso e información del paciente y de sus familiares.



Visión a través de un ojo sano (Foto: National Eye Institute, EEUU)



Visión a través de un ojo con retinopatía diabética (Foto: National Eye Institute, EEUU).

Debe enfocarse el cuadro en forma multidisciplinaria (Médico clínico, médico diabetólogo y otros) recalcándole al paciente que el *compromiso ocular está directamente relacionado con la enfermedad general (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, función renal, etc.)* como así con otras enfermedades que presente el paciente.

La detección temprana de la retinopatía diabética es la mejor protección contra la pérdida de la visión.

Aún cuando los síntomas no estén presentes, los pacientes diabéticos deben realizarse exámenes periódicos con su oftalmólogo quien les planteará la conducta a seguir en cada caso.

La mirada de nosotros

Una aproximación a la ceguera

Quizá sea tiempo de replantearse el significado de visión.

¿A quién va usted a creer, a mí o a sus propios ojos?

Cruzar la calle y subir al colectivo se hace más difícil. Leer. Trabajar. La salud ocular nos plantea dos cuestiones. Primero, destinar esfuerzos para evitar que se produzca el 80% de los casos de ceguera, evitable por definición. El segundo, para el 20% restante, construir una sociedad apta para los no videntes. Exhaustivas búsquedas bibliográficas se tornan innecesarias para entender que la pérdida de la visión suele ser el final de un proceso y el comienzo de una vida con rasgos diferentes.

¿A quién va usted a creer, a mí o a sus propios ojos? Groucho Marx lo dijo aún varias décadas antes de que la imagen se convirtiera en el paradigma de la verdad. Como nunca antes en la his-

toria la realidad es lo que vemos. No obstante existen en el mundo millones de personas que han sufrido la pérdida de la visión. Y no por ello permanecen fuera de la realidad.

La visión es, al menos así se define en Wikipedia, un sentido que consiste en la habilidad de detectar la luz y de interpretarla; fundamentada anatomofisiológicamente en un proceso que comienza en el ojo y que finaliza en el cerebro donde se reconstruyen las distancias, colores, movimientos y formas de los objetos que nos rodean. En definitiva, el sentido de la vista aproxima al hombre conocer el medio que lo rodea.

Informe sobre ciegos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ceguera es aquella visión menor de 20/400 ó 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión es menor de 20/200 ó 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección.

La ceguera se clasifica dependiendo de dónde se ha producido el daño que impide la visión. Éste puede ser en las estructuras transparentes del ojo, la retina, el nervio óptico y el cerebro. Las principales causas de la ceguera son los accidentes, las lesiones cerebrales y enfermedades como cataratas, glaucoma, diabetes y retinopatías.

Según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (Censo INDEC / ENDI del año 2004) en todo el país existe un 20,6 % de hogares con al menos una persona con discapacidad. En el 22 % de los casos, se trata de personas con discapacidad visual, de los cuales un 7,1 % es ciego y un 92,9 % tiene dificultades para ver. Según la clasificación del INDEC, las otras discapacidades son la auditiva, motora y mental. En cuanto a la edad de origen de la primera discapacidad visual, se produ-



ce antes de los 5 años de vida en el 18,2 % de los afectados, el 23,9 % lo sufre entre los 5 y los 29 años, y el 38,9 % entre los 30 y los 64.

En cuanto a la legislación vigente, en Argentina existe el Sistema de protección integral de las personas discapacitadas, que se ve plasmado en la ley nacional 22.431, que trata sobre salud, asistencia social, trabajo, educación, barreras arquitectónicas y beneficios en el transporte.

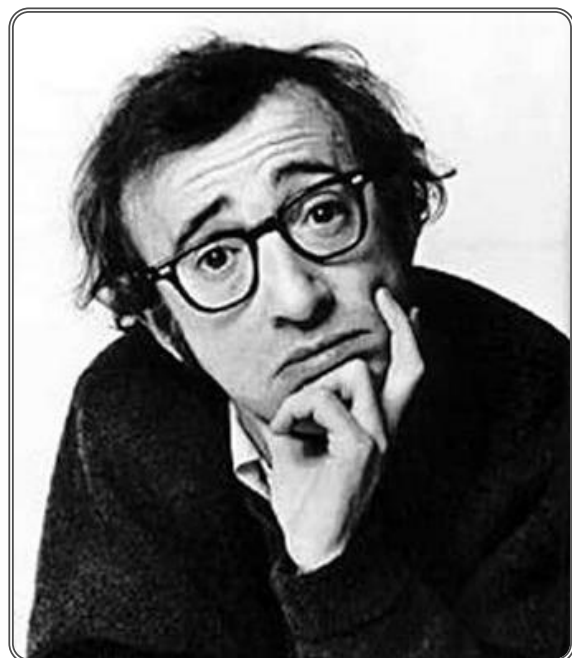
La mirada de los otros

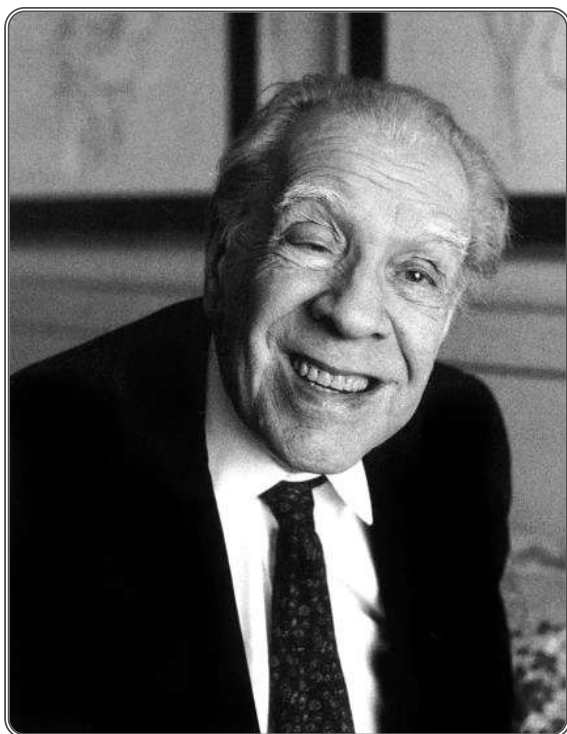
En *Film con el sello de Woody Allen*, publicado el 7 de agosto de 2003 en *La Nación*, Bartolomé de Vedia analizaba *La mirada de los otros*, por aquel entonces la más reciente creación del actor y director neoyorquino: "el film nos cuenta los avatares de un director de cine que, en el preciso momento en que empieza a filmar una película, tropieza con un inesperado "contratiempo": se queda ciego. Se supone que perder la vista es una experiencia extrema y trágica, pero el personaje de este film no lo vive de ese modo, sino en función de la dificultad que le crea para la concreción de su más inmediato proyecto profesional: dirigir el film que le han encomendado. Alguien se queda ciego y en vez de medir su desgracia como una tragedia que habrá de condicionar toda su existencia futura la recibe como una fastidiosa contrariedad profesional". Perder la visión supone un cam-

bio profundo en la vida que exige, como corolario y de forma literal, depender de la "mirada de los otros" para cumplir objetivos, así sean esas pequeñas cosas de la vida cotidiana. Más aún, la discapacidad es causa y consecuencia de problemas sociales que tienen a la pobreza y marginalidad como sus mayores exponentes. No es el único destino. Una adecuada contención familiar y profesional es capaz de alentar a las personas que la sufren a reinserirse, en un proceso pautado, a sus actividades. Para ello es muy importante revalorizar el rol de los profesionales de la salud en un contexto en donde la relación médico paciente ha perdido protagonismo. En este punto puede decirse que la ceguera ha trascendido su definición nosológica para representar síntomas que se expresan en la sociedad. Al respecto el Dr. Hugo Acosta, en *Sábado* y el "Informe sobre ciegos" hablaba del más celebrado capítulo de la novela de Ernesto Sabato, *Sobre héroes y tumbas*: "se puede decir que hay en esta especie de "ceguera" del hombre moderno, que "ve" la aparente solución de todos sus males en el poder que la tecnología le ofrece, sin poder "ver" ni medir los terribles alcances de su propia involución espiritual, un potencial peligro que debemos tener. Tal como Fernando Vidal Olmos (uno de los personajes del relato) advierte en su delirio el peligro que significan los integrantes de la Secta Sagrada de los Ciegos, y a modo de analogía, debemos también advertir el serio peligro que supone esta "ceguera" de la que es víctima el hombre de la sociedad super-tecnológica".

No hay peor ciego que el que no quiere ver

La ceguera es la peor pesadilla para un director cinematográfico, ¿no? Preguntaba el periodista Pablo O. Scholz a Woody Allen a días de estrenarse la película: "Hay algunas ocupaciones en que la ceguera es lo peor que puede pasar. Originalmente, mientras escribía el guión de la película, pensé que sería gracioso que el personaje fuera un cirujano. Pero eso habría sido demasiado brutal". La ceguera es una enfermedad que debe ser evitada en todos los casos en los que sea posible. Y una vez instalada la enfermedad, se debe procurar que aquellos que la padecen cuenten con la motivación y herramientas necesarias para superar dicha dificultad. Afortunadamente para Jorge Luis Borges la pérdida gradual de la visión no fue un impedimento para crear las representaciones del *Aleph* ni lo fue para Juan





Sebastián Bach al momento de componer los *Conciertos de Brandeburgo*. Diferente fue el caso de Helen Keller, José Feliciano y Ray Charles, quienes tuvieron que aprender a convivir con la ceguera desde muy niños. *Luz en mi Oscuridad* de la multifacético escritora, baladas como *Un ciego no vive en la oscuridad* del músico centroamericano y el auténtico jazz del pianista son claros ejemplos de que la pérdida de la visión es un obstáculo, no el final. ¿Más ejemplos? Si la ceguera fuera el fin hubiésemos carecido de las enseñanzas de *La Ilíada* y *La Odisea* de Homero y de *Ulises* de James Joyce; los logros deportivos de los murciélagos serían parte de las fantasías y hasta tendríamos que haber prescindido de la incesante ingenuidad de las ratas ciegas de Shreck o las desopilantes intervenciones de Mr. Magoo para sortear todo tipo de peligros.

Ojos que no ven corazón que previene

Evitar accidentes, tratar precozmente enfermedades que puedan causarlas, efectuar controles en el embarazo. Realizar una consulta oftalmológica precoz. Los chequeos regulares de los ojos por parte de un oftalmólogo deben hacerse periódicamente. El médico recomendará exámenes más

frecuentes y más tempranos si la persona tiene diabetes, hipertensión arterial o muestra disminución de la visión. Entre las medidas destinadas para prevenir problemas visuales se destacan, entre otras, no fumar y consumir alimentos ricos en antioxidantes.

Entre las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas con dificultades para ver se encuentran las relacionadas con la seguridad, como aumentar la cantidad de iluminación para prevenir accidentes domésticos y evitar que la persona conduzca de noche en caso de que se encuentre habilitada para hacerlo. Al respecto cabe recordar que el más del 85% de la información que se utiliza al manejar proviene del sentido de la vista. Además es fundamental tener bien ordenados los medicamentos con el fin de evitar la toma de fármacos equivocados con la consecuente aparición de complicaciones.

Por otra parte se han desarrollado otras herramientas que le permiten a los no videntes acceder a la lectura y moverse libremente. Nos referimos específicamente al braille, que es un sistema de lectura, y escritura táctil pensado para personas ciegas y a los perros entrenados para guiar a personas ciegas o con daño visual.

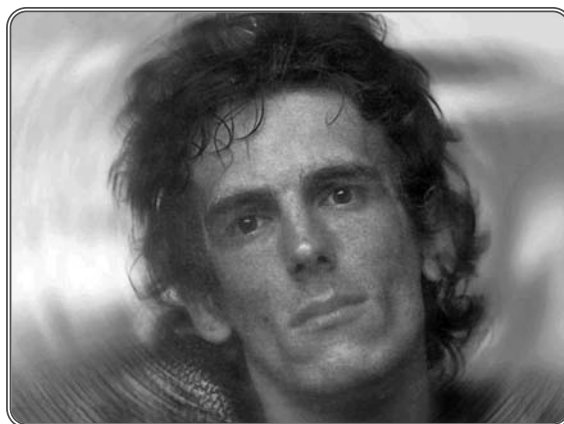
Acompañar al enfermo a consultar al especialista puede ayudar a la resolución del problema en sus fases iniciales. El sistema de salud con debe hacerlo propio aplicando los ya clásicos niveles de prevención de Leavell y Clark: prevenir la aparición de la enfermedad, tratar la patología evitando llegar a las instancias terminales y reinsertar en la sociedad a todo aquel que sufra secuelas permanentes.

Visión compartida / lo esencial es invisible para los ojos

Múltiples acepciones responden al término *visión*. Para Ricardo Serbanescu es una imagen del futuro, no probable sino posible, que deseamos de forma realista y atractiva. Una visión compartida es la respuesta a la pregunta: "¿Cómo seremos cuando lleguemos allí?" Jonathan Swift, escritor irlandés del siglo XVIII, pensaba que *visión* era el arte de ver las cosas invisibles. Los dilemas en torno a la ceguera se suceden y las respuestas pueden tener algo en común. Para tener una

visión compartida no es necesario "ver" y para ayudar a los ciegos es necesario incorporarlos a una idea de futuro deseado. Y en este punto creo oportuno retomar la descripción de Bartolomé de Vedia: *"el espíritu burlón de los diálogos convive con la sombría realidad de la ceguera y todo llevará, finalmente, al progresivo redescubrimiento de un mundo en el que todos estamos un poco ciegos y necesitamos que alguien mire por nosotros las cosas que están más allá de nuestra órbita de luz"*.

Los dos asuntos que inauguraron este artículo se ciernen sobre una frase: la omnipresente "cuestión visual" fue y será objeto de atención del ser humano. Al menos eso dice El ojo blindado de Luca que, según *Yo contra el mundo*, se refiere a un supuesto engaño de una novia del cantante de la banda. El *Qué ves cuando me ves?* de Divididos, los colores santos y el amor amarillo de Ceratti; aquel personaje ciego de amor de los cadillacs que no pudo pensar, las margaritas que juntaba del mantel la chica ante la mirada de Páez y Spinetta, el mismo



creador de la muchacha de ojos de papel. O las penas y olvidos que ya no verá Le Pera cuando regrese a su Buenos Aires querido.

Dr. Gonzalo Meschengieser
PROAPS - Remediar

Maculopatía

La Maculopatía es una enfermedad que genera la pérdida de la visión central. No abarca toda la retina, de manera que se ve, pero se pierde la agudeza visual. Se manifiesta alrededor de los 60 ó 65 años y afecta tanto a hombres como a mujeres. Junto con las cataratas son las causas más comunes de incapacidad visual en esta edad. Produce una severa incapacidad para la lectura o para ver nítidamente los objetos. **Esta enfermedad no conduce a la ceguera absoluta.**

La mácula es la parte central de la retina. Es una región situada en la parte más profunda del ojo en el eje antero-posterior del mismo. Tiene el tamaño un poco mayor que una cabeza de alfiler. Allí se concentran un tipo de células denominadas conos que nos permiten distinguir los detalles finos, leer y percibir los colores.

Esta enfermedad tiene dos presentaciones: seca, el 80% de los casos, y húmeda, en el 20% de los casos.

La degeneración macular relacionada con la edad "**seca**" consiste en áreas limitadas de atrofia de la retina, si estas comprometen la parte central de la mácula (fovea) la visión disminuye. No hay hemorragias ni acumulación de líquido. La Maculopatía seca no tiene tratamiento. Es un proceso degenerativo, que progresa pero que con el tiempo se autolimita.

La degeneración macular relacionada con la edad "**húmeda**" se observa más frecuentemente en pacientes diabéticos o con trastornos vasculares. Crecen por debajo de la retina unos vasos sanguíneos patológicos muy frágiles que pierden líquido que inunda la mácula y que pueden sangrar. Para las húmedas se han propuesto distintos tratamientos. La Terapia fotodinámica presenta recidivas (reaparición de la lesión) con mucha frecuencia. El tratamiento moderno se ha orientado a cerrar estos vasos sanguíneos patológicos e impedir que crezcan nuevos.



Vicios de refracción

Si bien es incumbencia del especialista en oftalmología el diagnóstico y su correspondiente tratamiento, no es menos cierto que una aproximación diagnóstica en un centro de salud puede ser el primer paso de la detección temprana de alguna distorsión del aparato de la visión. El objetivo de este artículo es acercar un poco de ayuda para que estas detecciones tempranas sucedan.

La evaluación periódica por parte del pediatra o médico generalista, mediante simples procedimientos, nos permite descartar las patologías más frecuentes en los primeros años de vida: los vicios refractivos, el estrabismo y la catarata congénita.

La anamnesis no deja de ocupar el primer lugar de la acción evaluativa y nos orienta en los antecedentes o motivos actuales de alguna determinada circunstancia como puede ser el acercarse a los objetos para poder visualizarlos, una tortícolis o la pérdida del paralelismo ocular intermitente o permanente, los antecedentes familiares también cuentan debido a una mayor posibilidad de transmisión vertical, las enfermedades sistémicas con repercusión ocular como son la diabetes, la artritis reumatoidea juvenil, etc.

Luego de la anamnesis continuaremos con la observación e inspección tomando la a/v (agudeza visual) utilizando los carteles de optotipos que ha distribuido el Plan Federal de Salud. Esta evaluación se debe realizar primero en el ojo derecho tapando el izquierdo y luego inversamente. El sujeto debe alcanzar la agudeza visual esperada 7/10 en edad preescolar y 8/10 a 10/10 para la edad escolar. Para la evaluación coloque el cartel en una pared lisa, bien iluminada a la altura de los ojos del niño que estará ubicado a tres metros, explique lo que se va a realizar y cómo debe responder, para dónde o en qué posición están las letras dibujos u optotipos. Al ocluir el ojo no evaluado no se debe ejercer presión sobre él y debemos comenzar la evaluación con los optotipos de mayor a menor alentando y elogiando las respuestas positivas.

Si el paciente evaluado no alcanza los umbrales considerados normales podemos mediante la utilización de un agujero estenopeico determinar la necesidad de corrección óptica. Para crear en forma práctica un agujero estenopeico basta con

Dr. Javier F. Taboada

Médico Oftalmólogo Especialista Universitario (UBA)

Ex Médico de planta de la 1ª Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" (UBA)

realizar un orificio de 2 mm en una hoja de papel negro por donde el paciente deberá mirar hacia el cartel de evaluación. El efecto de esta acción es la eliminación de un posible vicio de refracción por lo que el sujeto deberá ver más líneas de las que pudo con el ojo al descubierto, es decir que con esta evaluación de la a/v con y sin agujero estenopeico podemos determinar la necesidad de un control a cargo de un especialista.

Fig. 1: Agujero estenopeico profesional

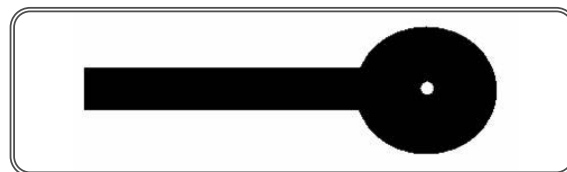
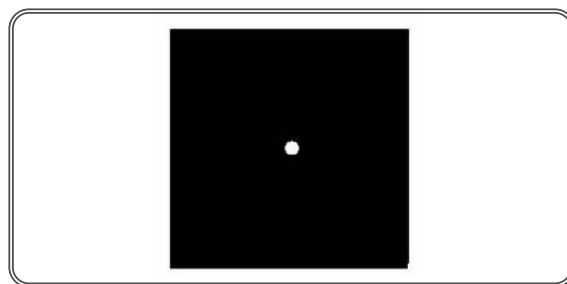


Fig. 2: Agujero estenopeico artesanal



Evaluación de la posición y motilidad ocular

La posición de paralelismo de los ejes oculares al objeto de fijación ubicado a 6 m se llama Ortotropía. La pérdida de este paralelismo de un ojo con respecto al otro se llama Heterotropía o Estrabismo y éste presenta diferentes denomina-

ciones según hacia donde se produce la desviación:

Fig. 3: Esotropía ojo derecho



Fig. 4: Exotropía ojo izquierdo



Fig. 5: Hipertropía ojo izquierdo



Fig. 6: Hipotropía ojo derecho



La Organización Mundial de la Salud propone el cuarto mes de vida para el primer control de rutina, descontando que si se sospecha algún riesgo debe controlarse de inmediato como en los casos de los nacidos pretérminos.

Para evaluar el paralelismo ocular y su motilidad podemos valernos de una linterna pequeña. Dirigiéndola hacia las distintas posiciones de la mirada tendremos una noción de la correcta o incorrecta motilidad ocular, con la misma linterna haciendo brillar la luz frente a ambos ojos, con el examinado en posición primaria de la mirada es

decir mirando hacia adelante se observa el reflejo de la fuente de luz (linterna) sobre la superficie corneal, este reflejo y su ubicación en la cornea nos orientará ante la presencia de la pérdida de la ortotropía es decir ante la presencia de algún estrabismo:

Fig. 7: Reflejos Centrados Ortotropia



Fig. 8: Reflejos Descentrados Estrabismo



Los reflejos lumínicos están representados por los círculos negros, el descentrado de éstos puede ser nasal, temporal, arriba o abajo, uni o bilateral.

Debemos tener en cuenta la posibilidad de hallarnos frente a un pseudostrabismo, cuando el paciente es portador de un puente nasal ancho y plano, epicanto y ojos con poca separación entre sí.

Los estrabismos pueden ser solapados para poder detectarlos recurriremos a las pruebas de oclusión de fácil y sencilla realización y que nos aportarán datos de suma importancia diagnóstica.

Para realizar las pruebas de oclusión es necesario que el ojo a examinar tenga capacidad de fijación y la colaboración del paciente. Básicamente contamos con dos pruebas:

A. Prueba de oclusión-descubrimiento.

Se realiza ante la presencia de una desviación manifiesta y es monocular. Si hemos observado una desviación del reflejo corneal en la prueba anterior tapamos el ojo contralateral y observamos el movimiento que realiza el ojo no ocluido esto nos orientará acerca del tipo de estrabismo. Si el ojo se mueve en sentido temporal estamos frente a una esotropía, si por el contrario lo hace en sentido nasal, frente a una exotro-

pía, si desciende, frente a una hipertropía y por último si asciende frente a una hipotropía.

B. Prueba de la ocasión alterna.

La utilizamos para poner de manifiesto una desviación latente (heteroforia). Se ocluye un ojo durante unos segundos y con el mismo oclisor se tapa el ojo contralateral. Debemos observar cuál es el movimiento de ese ojo recientemente desocluído mientras fija. La ausencia de movimiento nos habla de ortofonía, por el contrario al igual que en la prueba de oclusión-descubrimiento el sentido del movimiento del ojo recientemente desocluído nos revelará el tipo de heteroforia esto se produce al momento en el que el ojo vuelve a fijar ya que la oclusión había roto el mecanismo de fusión.

Las pruebas de oclusión-descubrimiento y la oclusión alternante deben realizarse en ese orden para que nos sea posible distinguir una heterotropía de una heteroforia. La primera manifiesta y la última latente.

No nos olvidemos nunca de iluminar la pupila del examinado antes de toda evaluación para evaluar el rojo pupilar, la ausencia de éste nos orientará a opacidades corneales (leucomas) o cristalinas (cataratas) o retinoblastomas, además de evaluar la capacidad de fijación que es la primera orientación acerca de la función visual. En síntesis valiéndonos de una linterna pequeña,

un oclisor, un oclisor estenopeico y la cartilla de agudeza visual podemos tener una valiosa aproximación del estado funcional y motriz para determinar la necesidad de una rápida evaluación por el especialista a los efectos de evitar daños funcionales irreversibles tales como la ambliopización evitables muchas de ellas si son tratadas de forma oportuna.

Bibliografía:

- Eduardo Soraide Durán, Rafael Iribarren. Refracción clínica y quirúrgica, Consejo Argentino de Oftalmología - Universidad Católica de Salta, (Maestría a distancia en Oftalmología, módulo 3), 2005.
- Hugo Nano y col. Atención primaria ocular - guías y normas de atención ocular primaria para el médico no especialista. Clínica de ojos Dr. Nano. 2001.
- Daniel Vaughan, Taylor Asbury, Paul Rioridan Eva. Oftalmología general. Ed. El Manual Moderno, SA de CV, México DF - Santafé de Bogotá, 1994.
- Enrique Graue Wiechers. Oftalmología. Interamericana Mc Graw-Hill, México DF, 1994.

Conjuntivitis en verano

La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva, membrana que cubre la superficie interior del párpado y parte del globo ocular. Habitualmente en los meses de verano aumentan los casos debido a diferentes factores, como la concurrencia a piletas de natación, la permanencia en ambientes poco ventilados o los cambios bruscos de temperatura. Los principales síntomas de esta enfermedad son el hinchazón en los párpados, picazón en los ojos, sensibilidad a la luz, dolor, lagrimeo, disminución de la agudeza visual, y síntomas de infección del tracto respiratorio superior como fiebre, dolor de garganta e inflamación de ganglios preauriculares. Una persona puede contagiar a otra durante los diez primeros días de aparición de la infección, ya sea por contacto directo con una persona afectada, o en forma indirecta a través de toallas, sábanas, etc.



Recomendaciones

- No compartir objetos personales con personas infectadas.
- Lavado frecuente de manos
- Mantener con adecuada higiene las piletas de natación
- Evitar frotar los ojos con las manos.
- Evitar contacto directo con el infectado
- Ventilar los ambientes.
- No colocarse gotas oftálmicas sin indicación médica.
- Consultar a un médico oftalmólogo ante la aparición de síntomas.

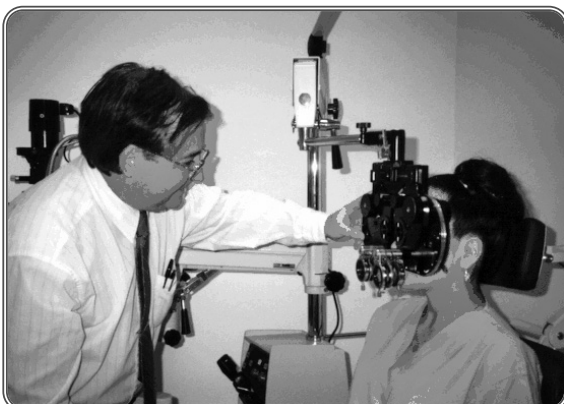
Acciones de Atención Primaria de la Salud en un hospital oftalmológico

El Hospital Santa Lucía, ubicado en la calle San Juan del barrio de San Cristóbal, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es considerado un hospital de referencia en Oftalmología.

Para lograr sus objetivos la institución cuenta con diferentes servicios: Guardia, Córnea, Plástica, Vías Lagrimales, Estrabismo, Glaucoma, Orbita-Neurooftalmología, Oftalmopediatría, Retina, Segmento Anterior, Uveítis, Infecciosas, Cirugía, Laboratorio, Radiología, Clínica Médica y Odontología.

Entre las acciones de Atención Primaria en Oftalmología realizadas en el Hospital se destacan las siguientes:

- *Detección precoz de vicios de refracción en los niños de 1º grado de todas las escuelas de Capital Federal bajo el programa "A ver qué ves".*
- *Screening visual en las colonias de vacaciones de Capital Federal.*
- *Campaña de Detección de Glaucoma, conjuntamente con el Consejo Argentino de Oftalmología.*
- *Campaña de Fondo de Ojo en los pacientes diabéticos.*
- *Campaña de Fondo de Ojo en los pacientes hipertensos.*



Dra. Graciela Reybaud

Directora Hospital de Oftalmología "Santa Lucía" - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Web: www.hospitalsantalucia.org



- *Charlas para pacientes con Glaucoma realizadas en el Hospital por parte del Servicio.*
- *Charlas para pacientes con diabetes junto con el Departamento de Alimentación.*
- *Charlas para pacientes hipertensos.*
- *Charlas para pacientes con Síndrome de Sjogren.*
- *Charlas para pacientes que van a ser injertados por el Servicio de Córnea.*
- *Jornadas de concientización de Donación de Órganos.*
- *Colaboración junto con el CAO para revisar niños y adultos con capacidades diferentes en las jornadas de las Olimpiadas.*
- *Detección y entrega de anteojos para las escuelas de adultos del plan "reinserción escolar".*

Otras acciones planificadas para el año 2008 son:

- *Charlas en las fábricas sobre bioseguridad.*
- *Charlas en las escuelas sobre prevención de accidentes domésticos y el uso de pirotecnia.*

Correo de lectores

*Somos asiduos lectores de las publicaciones de **Boletín PROAPS** del Plan Federal de Salud, y es nuestra intención presentarnos.*

Integramos el Programa Provincial de Detección Precoz DESEPREC, de la Gerencia de Discapacidad - Gobierno de Mendoza.

Estamos trabajando por la prevención de la discapacidad desde el año 1990 a la fecha, en el ámbito de la APS y hospitales de la provincia, en el marco de las Leyes provinciales 5041/85 y 7395/2006.

Creemos que es de interés recibir esta información de una experiencia de 17 años trabajando en salud pública, con características de distribución federal, de intervención precoz, innovadora, propia y asidua.

Quedamos a vuestra disposición para profundizar aspectos de nuestra operatoria en Atención Primaria de la Salud y nuestra experiencia de transversalidad en terreno.

Celina Conte

Programa de Detección, Seguimiento
y Estimulación Precoz (DESEPREC)
Ministerio de Desarrollo Social
Gobierno de Mendoza

Reseña del Programa

El Programa de Detección, Seguimiento y Estimulación Precoz (DESEPREC), es un Programa preventivo y asistencial destinado a la atención de la población infantil de riesgo en su desarrollo psicomotor, que se implementa en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud de la provincia de Mendoza. Funciona desde 1990 a la fecha, en forma centralizada en la Gerencia de Discapacidad y descentralizada en Centros de Salud y Hospitales de la provincia, en el marco de las leyes provinciales 5041/85 y 7395/2006.

- **Objetivo:** detección precoz, seguimiento evolutivo y tratamiento oportuno de situaciones de riesgo de niños de 0 a 4 años, de etiología orgánica, psicológica y/o social. Acciones dirigidas a la **prevención** de la discapacidad mental, sensorial, motriz o múltiple.
- **Estrategia:** asignación a madre y/o familiar a cargo del niño del rol central en las actividades de estimulación/compensación de déficit, mediante orientación profesional.
- **Se implementa** en forma descentralizada en 7 Hospitales y 21 Centros de Salud.
- **Equipo** integrado por 22 profesionales: Neuropediatra (Jefe del Programa), Psicólogas, Fonoaudiólogas, Profesoras de Educación Física y Kinesiólogos, especialistas en prevención e

intervención temprana.

- **Metodología:** intervención diagnóstica y terapéutica (rol activo de la familia), seguimiento evolutivo, interconsultas, derivaciones específicas a Servicios especializados, coordinación y trabajo en red con organismos y/o entidades relacionadas a las problemáticas detectadas.
- **Logros:** atención de más de 20.000 niños al año 2007. Incremento de la edad de atención en un comienzo era de 0 a 24 meses actualmente es de 0 a 4 años. Mayor cobertura territorial del servicio. Aumento en el número de profesionales. Incorporación de nuevos instrumentos de detección y desarrollo de nuevas estrategias de intervención. Capacitación en territorio a los agentes de salud, docentes y comunidad en general en prevención de factores de riesgo causantes de discapacidad. Articulación en Red para la contención de riesgos con Programas, servicios, organismos e instituciones afines, Municipalidades, Maternidad e Infancia y Jardines Maternales SEOS, entre otros.

Áreas cubiertas por el Programa:

- Zona Norte: Capital, Las Heras, Maipú, Guaymallén, Luján, Godoy Cruz y Lavalle
- Zona Este: San Martín, Rivadavia y Junín
- Zona Sur Valle de Uco: San Carlos, Tunuyán, Tupungato.

Esperamos contar con su colaboración a la dirección: boletinremediar@proaps.gov.ar

Reflexiones acerca de la formación

Hace algunos años atrás, los avatares políticos y económicos de nuestro país hicieron que se fundara un nuevo barrio en terrenos un tanto alejados de la Capital, ocupados hasta ese momento sólo por pastizales y algún que otro árbol interrumpiendo el descampado. Con tiempo y esfuerzo, sus habitantes, hombres y mujeres de trabajo, le fueron dando vida, de a poco, peleando palmo a palmo cada una de las cosas que lograban: la luz, el gas, el pavimento, y ni hablar del teléfono. Nada resultó fácil. Los fundadores solían evocar el principio de los tiempos, cuando sólo llegaba un colectivo dos veces por día, cuando no había escuela y los chicos tenían que caminar “cuadras y cuadras de barro” para asistir a clases. Eso sí: desde el principio estuvieron la iglesia, el club de barrio y la salita de primeros auxilios. Para tranquilidad de los vecinos y de los parientes que habían quedado al otro lado de la General Paz, el barrio tenía un “lugar” adonde acudir si “algo sucedía”. Ese lugar pequeño, apenas una piecita pintada de blanco ubicada en un esquina, con una enfermera y un médico que se turnaban para atender, era una enorme fortaleza de tranquilidad para todos los que habitaban el barrio nuevo. Porque el hospital estaba lejos, muy lejos, y nadie tenía auto, y el colectivo pasaba sólo dos veces por día.

Hoy en día, las salitas se han multiplicado por mil a lo largo de nuestro inmenso territorio. Hay de todas clases: desde las más humildes con paredes de barro y ventanitas que apenas dejan entrar algún rayo de sol, hasta las más modernas dotadas de los últimos adelantos tecnológicos. ¿Qué tienen en común todas ellas? ¿Qué las une a pesar de las enormes diferencias que pueden existir entre una y otra?. Seguramente muchas cosas, entre ellas se pueden destacar dos. En primer lugar: representan la expresión visible de un modelo basado en la atención primaria de la salud. En segundo lugar, necesitan equipos de salud que comprendan y desarrollen actividades acordes con las reglas propias de dicho modelo de atención. De aquí que, la formación es un eje fundamental.

Cuestión de concepto

Toda reforma o transformación que se implemente, desde la más pequeña en el propio ámbito de

trabajo hasta los grandes cambios estructurales que responden a nuevos paradigmas, sólo puede prosperar si las personas encargadas de concretarla se forman adecuadamente para tal fin y participan activamente en su construcción. La atención de la salud depende de varios factores. Entre ellos, quienes trabajan en el sector, en todos los niveles y funciones. Si el objetivo es mejorar la salud de la población, será necesario tener en cuenta qué condiciones laborales dignas y formación adecuada a la realidad se constituyen ejes fundamentales para lograrlo. En tal sentido, el documento de discusión elaborado para la reciente Conferencia Buenos Aires 30/15, establece en el punto 37 que:

“El recurso humano deberá formarse para poder abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque interdisciplinario. Deberá también poseer las habilidades necesarias para trabajar con los determinantes sociales de la salud.”¹

Hoy en día está plenamente demostrado que la situación económica, la productividad, las condiciones laborales y ambientales, los cambios sociales y culturales constituyen condicionantes de la salud y de la enfermedad sobre los cuales hay que intervenir si se quiere mejorar la calidad de vida de la población. Por lo tanto, resulta indispensable generar estrategias de motivación al personal de salud para que se capacite, mejore sus conocimientos sus habilidades y su desempeño, y finalmente se sientan satisfechos con su trabajo. La educación es algo propio de los servicios de salud, forma parte de ellos, se desarrolla en su propio interior.

El concepto de formación puede analizarse desde distintos puntos de vista:²

- Como conjunto de actividades por las cuales las personas adquieren conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de sus tareas en sus lugares de trabajo.
- Como derecho de todo sujeto a recibir educación a lo largo de la vida.
- Como necesidad de la sociedad para poder hacer frente a los problemas que surgen en una sociedad sumamente cambiante.

- Como parte fundamental de la dinámica del desarrollo personal, proceso por el cual las personas se convierten en sujetos psíquicos, sociales y culturales, interactuando y estableciendo relaciones en el seno de los diversos grupos a los cuales pertenecen. Va más allá de lo profesional y de lo laboral pues alude a la formación de la persona en sí misma, como sujeto adulto, autónomo y libre.
- Como proceso necesario para que las personas actualicen y perfeccionen sus conocimientos, habilidades y actitudes con el fin de desempeñarse en sus ocupaciones.

El presente artículo toma como eje de discusión el último de los enfoques mencionados. Vinculada con las nociones de educación permanente y educación de adultos, la formación es un proceso mediado institucionalmente que se desarrolla en un contexto social, cultural y organizacional determinado. Representa la herramienta fundamental para poder afrontar los cambios económicos, productivos, sociales, científicos y culturales propios de los tiempos que nos tocan vivir. Abraham Paín, experto internacional en formación y capacitación laboral, rescata la importancia del rol de los adultos en las situaciones de cambio acelerado y permanente, señalándolos como participantes activos en la generación y puesta en práctica de las innovaciones. En tal sentido afirma que:

*"el éxito del cambio depende de su (los adultos) grado de adhesión, una de cuyas manifestaciones es la participación política y el voto, que decide el futuro en el momento de tomar decisiones, pero principalmente en la actividad cotidiana en tanto productor."*³

Desarrollo profesional continuo

Si bien la WFME⁴ (Federación Internacional para la Educación Médica) centra su accionar en la educación médica, algunos conceptos pueden ser extrapolados a otras profesiones vinculadas con el sector salud. Este organismo internacional representa a todos los profesores e instituciones de enseñanza de la medicina. Su principal objetivo es elevar la calidad de la educación médica para mejorar la salud de la población. Promueve el desarrollo de los más altos estándares de calidad en la formación médica. Concibe a ésta en tres etapas: la educación médica básica, la educación de postgrado y el desarrollo profesional continuo. La primera de ellas comprende la formación de grado, que se realiza en las instituciones universi-

tarias acreditadas para tal fin. La segunda consiste en la formación en alguna especialidad con el fin de profundizar los conocimientos y habilidades en algún campo particular de la medicina. Las instituciones formadoras se diversifican: no sólo las universidades sino también otras organizaciones como las sociedades médicas, asociaciones profesionales, etc. Finalizada esta instancia de formación, el médico obtiene un certificado de especialista que lo habilita para ejercer su profesión como tal.



El desarrollo profesional continuo incluye todas las actividades que los médicos realizan con el fin de actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes como profesionales de la salud. Ubicado en el continuo formativo, tiene como objetivo final mejorar la calidad de la atención a través de una formación y capacitación adecuada a sus necesidades, posibilitando además que el médico pueda sentirse satisfecho con su propia labor. Se caracteriza fundamentalmente por ser un aprendizaje autónomo, independiente, que se realiza tanto de manera formal como no formal, a través de instituciones dedicadas a la enseñanza de la medicina, sociedades científicas, asociaciones profesionales, organismos públicos y empresas privadas. Entran en esta categoría los cursos, congresos, conferencias, ateneos y todo tipo de modalidad de formación que el profesional médico encara para actualizarse y mejorar su propia práctica. Y también, la reflexión sobre la propia práctica, la experiencia profesional interviene como importante factor educacional. Compartir opiniones con pares es habitual en el ámbito de la profesión médica.

El propio ámbito de trabajo es un contexto motivacional para el desarrollo y la formación. Cabe recordar que el juicio médico se fundamenta no sólo en los aprendizajes formales realizados a lo largo de su carrera. También intervienen, casi dirí-

amos con mayor intensidad, el diálogo con otros colegas, intercambiando opiniones o efectuando consultas a fin de tomar decisiones que afectan a la salud de sus pacientes. Por este motivo, se debe dar importancia al desarrollo profesional continuo a fin de asegurar la mejor calidad de atención.

Estas mismas consideraciones pueden extenderse a otras profesiones y labores vinculadas con el sector salud. Tal es el caso de la capacitación al personal de enfermería, los farmacéuticos, técnicos en farmacia, agentes sanitarios y otros actores que en el día a día trabajan para hacer realidad los principios de la atención primaria.

Capacitación en servicio

Una de las estrategias del desarrollo profesional continuo es la denominada capacitación en servicio o supervisión capacitante. Se desarrolla en el ámbito laboral, estructurada alrededor de los problemas generados por la propia práctica, con participación activa de todo el equipo de salud. Requiere de una actitud flexible para acordar contenidos y reconocer los principales problemas en el ámbito laboral y en la población que atiende. Implica por parte de la organización la capacidad para generar ambientes de aprendizaje propicios para la capacitación de todo el personal, independientemente de sus roles y funciones. La noción de supervisión capacitante definida en 1981 por Carlos Vidal asocia educación y trabajo.

El documento de discusión elaborado para la Conferencia Internacional Buenos Aires 30/15, en su punto 39 reconoce en la formación permanente en servicio una estrategia adecuada para asegurar calidad del recurso humano. En tal sentido, afirma:

"Un recurso humano que posea un espacio permanente para su formación y reflexión acerca de sus propias prácticas, en un marco de interdisciplina enriquecerá su mirada para abordar los problemas y diseñará mejores estrategias para su resolución".⁵

Perfiles profesionales inadecuados, falta de relación entre formación y necesidades sociales, deficiencia en la formación para la actualización permanente son algunos de los problemas que debe afrontar el sector. Si consideramos que la atención de la salud depende fundamentalmente del recurso humano, su capacitación y desarrollo permanente es una responsabilidad de todos los niveles: desde el propio individuo, pasando por las organizaciones y la sociedad en general. De nada sirve

poseer la mejor tecnología de última generación si quienes deben utilizarla no saben darle la utilidad para el cual fueron creadas.

Haciendo visible lo esencial

El tiempo hizo que el barrio nuevo se hiciera antiguo, creciendo con su gente, agrandándose en casas y calles pobladas de nuevos sueños, nuevas esperanzas. Seguramente la salita ya no es más esa habitación chiquita y blanca, con un banco de plaza en la vereda para aliviar la pesadez de la espera. ¡Habrà crecido y cambiado junto con el barrio!. Así también desde aquel entonces, miles y miles de salitas han ido poblando todos los rincones de nuestro país. Allí están, con su gente peleándole al dolor, a la desesperanza, al descreimiento. Despertando cada mañana un entusiasmo nuevo para que toda su comunidad tenga una mejor vida. La atención primaria se hace visible, toma cuerpo en cada salita de cada barrio, de cada pueblo, de cada ciudad; en cada trabajador que día a día le pone el hombro a la salud. Ahí está lo esencial. Y es visible.

Bibliografía

1. Buenos Aires 30/15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de la Salud para el Desarrollo. Propuesta para la discusión. Hacia un cuidado de la salud para la equidad. 13 al 17 de agosto de 2007.
2. Souto Marta. Grupos y dispositivos de formación. Ediciones Novedades Educativas. Colección Formación de Formadores. Buenos Aires. 1999.
3. Paín, Abraham. Educación Informal. El potencial educativo de las situaciones cotidianas. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1992.
4. World Federation for Medical Education. Continuing Professional Development of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office. University of Copenhagen. Denmark. 2003.
5. Buenos Aires 30/15. Op. Cit.

Lic. Cristina Ratto
PROAPS - Remediar

Programa Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Evaluación Octubre 2006 - Diciembre 2007

Creado por resolución ministerial 1250/06, Programa Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera tiene como objetivos:

- Promover la realización de Diagnóstico precoz y oportuno de las patologías oculares
- Prevenir la ceguera evitable
- Prevenir las discapacidades visuales
- Disminuir la ceguera y discapacidad visual por cataratas.
- Garantizar un mejor acceso a la atención oftalmológica para el tratamiento de las patologías oculares a la población del País.

Entre las acciones más destacadas del Programa en cuanto a dos de las patologías causantes de la ceguera se encuentran:

Cataratas

- Se firmaron convenios con 23 provincias y con la Universidad de Córdoba (Hospital de Clínicas).
- Actualmente el programa desarrolla acciones en conjunto con 19 provincias y 51 efectores. Aún no se han incorporado al Programa Santa Cruz, Jujuy, Catamarca, Entre Ríos y Corrientes.
- Se ha coordinado con el Tren Sanitario e INAI (Instituto de Asuntos Indígenas) del Ministerio de Desarrollo de la Nación la derivación de los casos diagnosticados a efectores adheridos al Programa.



- Se han entregado lentes intraoculares, sustancia visco elástica y algunos insumos (cuchilletos, suturas, campos quirúrgicos y colirios).
- En enero de 2008 comienza la entrega de cajas de cirugía.

Se encuentra planificado para el año 2008 impulsar cirugía de cataratas en el sector Público en provincias que aun no adhirió a programa e incrementarla en aquellas con poco número de cirugías. Analizar causas. (Recurso humano, disponibilidad de quirófano, equipamiento).

Glaucoma

- Se entregaron en la ciudad de Buenos Aires, provincias de Córdoba, Mendoza, provincia de Buenos Aires y Entre Ríos, colirios para tratamiento del Glaucoma; Maleato de Timolol y Latanoprost a través de Programa RemediAR y del Programa de Salud Ocular, respectivamente. Esto se produjo en CAPS con oftalmólogo, en CAPS de referencia del Servicio de oftalmología del Hospital y en algunos casos en Hospitales (que implementen el Plan Médico de Cabecera)

Se encuentra planificado para el año 2008:

- Continuar con la entrega de colirios e incorporar progresivamente las provincias no incluidas hasta el momento.
- Coordinar acciones con efectores sanitarios para lograr una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes para lograr un aumento de la adherencia al tratamiento evitando daños progresivos a la visión, incluso la ceguera.

La fatiga visual y el uso intensivo de computadoras

Los problemas de visión que podría ocasionar un uso intensivo de la computadora es un tema que se viene estudiando hace más de una década en nuestro país. Diversos estudios científicos, concluyeron que la pantalla del monitor puede agravar problemas visuales preexistentes y disminuir la agudeza visual. A su vez, las causas muchas veces tienen que ver con otros factores externos a la computadora en sí misma, por ejemplo, las malas condiciones de trabajo, posturas inadecuadas y/o incorrectas de los usuarios, escasa iluminación e inclusive la presión y el estrés laboral.

Toda persona que trabaja frente al monitor más de seis horas por día en algún momento puede sentir pesadez o tensión ocular, falta de nitidez en la visión o enrojecimiento de los ojos. Estos síntomas son conocidos como "fatiga visual" y surgen por una exigencia ocular que se puede solucionar simplemente mejorando las condiciones de trabajo (la iluminación del lugar principalmente) y realizando breves descansos visuales.

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), estas personas que trabajan más de seis horas diarias frente a una computadora presentan un mayor deterioro visual que quienes no la usan. Países como Alemania, Inglaterra y Francia han establecido medidas y reglamentos de trabajo que contemplan pausas de descanso, de entre 10 y 15 minutos cada cuarenta y cinco minutos de actividad.



Recomendaciones

- Buena iluminación: procurar que la lámpara o fuente principal de luz produzca la menor cantidad de reflejos posibles.
- Ubicación del monitor: éste debe ligeramente por debajo del nivel de los ojos del usuario, unos 10 a 20 grados de inclinación, y a una distancia de 50 cm de los ojos. Es recomendable colocarle un filtro delante para evitar reflejos. Si usa anteojos se aconseja hacerles un tratamiento antirreflex.
- Correcta postura: mantener recta la espalda, bien apoyados los pies, los hombros deben estar relajados, los codos a 90 grados y las manos sobre el teclado. De ser posible, tratar que la silla sea móvil y ajustable.
- Descansos regulares: es aconsejable levantarse, caminar, estirarse algunos minutos para mejorar la circulación sanguínea de las zonas entumecidas por inmovilidad.
- Parpadear: las actividades que exigen grandes cuotas de atención visual producen una disminución en la frecuencia del parpadeo y una sequedad ocular (perturba en especial a los usuarios de lentes de contacto). Parpadear seguido y con regularidad. Puede recurrir también a gotas de lágrimas artificiales recetadas por su médico; de esta manera mantendrá los ojos frescos y lubricados.

Revista Salud Ocular Comunitaria

Comentario bibliográfico

Latinoamérica se convirtió en la tercera región en tener su propia edición de la prestigiosa **Revista de Salud Ocular Comunitaria**, RSOC, (*Community Eye Health Journal* o simplemente CEHJ en inglés). Se trata de dos ediciones piloto, con artículos seleccionados de la revista en inglés de los últimos años. La revista es editada por el Centro Internacional por la Salud Ocular (ICEH) y la Organización Mundial de la Salud, la Revista de Salud Ocular Comunitaria.

El objetivo de la publicación es brindar información actualizada en el campo de la prevención de la ceguera.

La edición N° 4 de diciembre de 2007 trata la problemática de **La deficiencia visual en la infancia**. En la nota editorial, titulada en forma homónima, Célia Nakanami y Silvia Veitzman, de la Sociedad Brasileña de Oftalmología Pediátrica, UNIFESP, describen la situación de la salud visual en los niños latinoamericanos. Ambas autoras afirman que la deficiencia visual en la infancia tiene un impacto significativo en todos los aspectos de la vida del niño (social, educacional, psicológico), afectando su independencia y autoestima, calidad de vida e interacción con la familia y la comunidad. Esto ocasiona un alto costo a cualquier país, ya que el niño con impedimento visual necesita asistencia especializada tanto en salud como educación y no tiene la oportunidad de ser económicamente activo en el futuro. Asimismo dan cifras a dicha situación mencionando que la prevalencia de la ceguera en Latinoamérica está estimada entre 0,3 a 0,5 %, y 7 a 10 millones de individuos podrían tener visión baja. De acuerdo a la OMS y otros datos publicados, la prevalencia de la ceguera infantil en la región es de 0,6%, lo cual representa 900 niños por cada millón de habitantes que necesitan asistencia para visión baja. La ceguera infantil representa el 6,4% de las causas totales de la enfermedad. En lo referente a la ceguera infantil, aseguran que las anomalías de la retina dan cuenta del 47% de todas las causas y la retinopatía del prematuro (ROP) puede ser responsable del 14% al 60% de los casos, dependiendo de la prevalencia de cada país. Se calcula que existen 25 a 30 mil niños ciegos en Latinoamérica a



causa de la ROP, lo cual convierte a esta condición en un problema de salud pública por la magnitud y el impacto de la misma. Otras causas de deficiencia visual en niños son la toxoplasmosis ocular, la atrofia del nervio óptico, el glaucoma congénito, la catarata congénita y las distrofias de la retina.

El siguiente artículo de la publicación, **Brindando atención a niños con visión baja**, lleva la autoría de Karin van Dijk, Especialista de visión baja de CBM, Consultora de visión baja para la Atención de Ceguera Oscura y Blanca y para el Centro Kilimanjaro de Oftalmología Comunitaria. Deventer, Países Bajos. En él describe que muchas iniciativas, tales como VISTÓN 2020, el Taller de visión baja de Oslo y la campaña global de Naciones Unidas "Educación para Todos", reconocen la importancia de proveer atención a niños con visión baja. Muchos niños con visión baja pueden desempeñarse mejor de lo que sus padres o cuidadores piensan y pueden gozar de la misma calidad de vida que cualquier otro niño.

Los artículos que completan la edición son: El rol de los docentes itinerantes, Encontrando a niños ciegos, Ceguera infantil: una perspectiva mundial, ¿Cómo manejar a niños pequeños para un examen visual?, Programas de investigación y entrenamiento, Investigación práctica: esquema básico para personal de nivel medio de atención ocular, Encuesta de ceguera infantil en tres escuelas para ciegos de Zambia, Mantenimiento de instrumental y equipo: una historia de éxito, Brindando servicios educativos y Notas y anuncios.

Se puede acceder a sus textos completos en forma gratuita a través del sitio:

www.revistasaludocular.org

Alimentando nuestra visión

Durante la Segunda Guerra Mundial, la Fuerza Aérea Real Británica, para explicar el incremento repentino de aviones alemanes que eran derribados, corrió el rumor de que los pilotos habían agudizado su visión por el consumo de zanahorias, esto no fue más que una estrategia para ocultar el nuevo sistema de radares creado con el fin de interceptar los bombarderos nazi.

Sin embargo, aun hoy, podemos vincular el consumo de zanahoria con un mejoramiento en la visión, debido a su gran contenido de betacarotenos. Los Betacarotenos son sustancias, que tienen la función de ser provitámnicos A, es decir que una vez incorporados al organismo y, específicamente en la mucosa intestinal, se transforman en vitamina A y es aquí donde comenzamos a explicar su vinculación con el ciclo visual. Esta vitamina forma parte de un pigmento (rodopsina) que permite la visión nocturna o con poca claridad y su déficit se manifiesta clínicamente, en principio, con dificultad en la visión ante escasa luminosidad, lesiones conjuntivales blanquecinas y, en estadios más avanzados queratinización de la cornea (xeroftalmia) que conduce a la ceguera total.

Esta es la razón por la que aún se sustenta esta vieja leyenda. Sin embargo, no sólo la zanahoria aporta betacaroteno, también podemos hallarlo en espinaca, acelga, brócoli, zapallo, batata, apio y pimientos rojos, entre otros.



Existen otras fuentes directas de vitamina A, que se incorporan como tal al organismo y que incluyen lácteos enteros y aquellos descremados que están fortificados con esta vitamina; hígado y aceite de hígado de bacalao.

Hasta aquí reconocemos entonces la importancia de la incorporación de vitamina A y Betacarotenos a nuestra alimentación, pero existen además otros nutrientes que intervienen en el mejoramiento de la visión. En principio mencionaremos la vitamina C, vitamina E, vitamina B2 y Zinc, todos ellos desempeñan una acción antioxidante, que consiste en detener o retrasar la oxidación de sustancias que ocurren en el organismo, cuya reacción puede provocar alteraciones fisiológicas desencadenantes de enfermedades.

Si traducimos esto a alimentos debemos incorporar en nuestra alimentación, por su capacidad antioxidante, aceites vegetales (Vit. E), carnes, hígado, lácteos, cereales integrales, frutas secas, legumbres, levadura (Vit. A), cítricos, vegetales,



tomate (Vit. C), carnes rojas, pescados, mariscos y cereales (zinc).

Además, en los últimos años, se ha dado gran importancia al estudio de otros carotenoides: luteína y zeaxantina, que a diferencia de los Betacarotenos, no poseen una función provitamínica, pero dada su alta concentración en distintas zonas del ojo humano desempeñarían un papel fundamental en la agudeza visual. Luteína y Zeaxantina son prácticamente los únicos carotenoides presentes en la retina, la macula y el cristalino.

Un estudio realizado en España en el año 2003 en **pacientes con catarata senil** demuestra que la suplementación con luteína eleva las concentraciones de la misma en suero y provoca una mejora significativa en los parámetros de la función visual. Este es un efecto relevante en la **progresión de la enfermedad** y aunque existen estudios que la

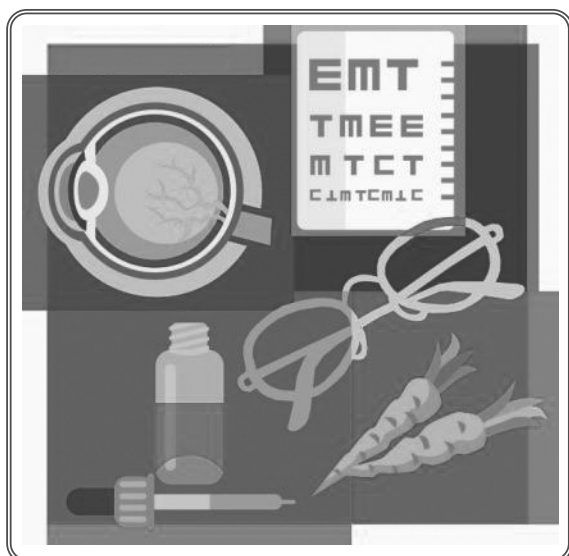
han asociado con un menor riesgo de la misma, esta asociación específica sigue siendo controvertida.

Otros estudios epidemiológicos han mostrado una asociación inversa entre elevados niveles de ingesta de Luteína y Zeaxantina y riesgo de degeneración macular asociada a la edad (maculopatía).

Los alimentos fuente de estos carotenoides son hortalizas de hojas verdes (Luteína y Zeaxantina), pimientos rojos, naranjas, maíz (Zeaxantina).

Teniendo en cuenta la importancia de estos nutrientes para mantener una adecuada salud ocular, debemos siempre priorizar su incorporación al organismo a través de los alimentos sin necesidad de recurrir a suplementos vitamínicos, y en caso de utilizarse, deberán ser indicados y supervisados por un médico. Si bien el déficit de estos nutrientes puede ocasionar trastornos, estos también pueden adjudicarse al exceso de ciertas vitaminas.

Por lo tanto, para mantener un buen estado de salud general es importante, más allá de la incorporación de los alimentos previamente mencionados a nuestra dieta, tener una alimentación variada; que incluya diariamente frutas y verduras de todo tipo y color; carnes rojas y blancas, un incremento en el consumo de pescado y una disminución en el consumo de azúcar, sal y bebidas alcohólicas.



Lic. en Nutrición **María Jimena Arauz**
PROAPS - Remediar

Punto de vista

Como ya se mencionó en un artículo anterior, *la realidad es lo que vemos, y la imagen se convierte en el paradigma de la verdad*. Tomando esta idea, se puede afirmar que una película es un discurso audiovisual que se constituye en una *representación* de una parte de esta realidad que permite conocer aun más la realidad. Esta afirmación no es ninguna novedad, sino todo lo contrario, data de casi un siglo atrás cuando Dziga Vertov (1896-1954, director de cine soviético que revolucionara la manera de hacer cine documental allá por la primera mitad del siglo XX) crea un grupo llamado *Cine-Ojo*. Su objetivo era captar la “verdad” cinematográfica, montando fragmentos de actualidad de forma que permitieran conocer una verdad más profunda que no puede ser percibida por el ojo. Según el propio Vertov, “fragmentos de energía real que, mediante el arte del montaje, se van acumulando hasta formar un todo global”. Esta definición no hace más que redimensionar la importancia que tiene la imagen en la construcción y resignificación de la realidad.

En este sentido, se introduce otra categoría fundamental en la teoría del cine que es el *punto de vista*. Adelantándonos casi 60 años y en el género ficción, llegamos a otro ejemplo que merece prestarle atención. Toda película, toda secuencia y/o toda escena, está narrada siempre desde el punto de vista de un personaje. Esto permite posicionar al espectador de una determinada manera y lograr que se identifique con este personaje (generalmente el protagonista de la película). Un film que permite explicar perfectamente esta cuestión es *E.T., el extraterrestre* (Steven Spielberg, 1982), película ya convertida en un clásico mundial que ha marcado a más de una generación. Todo aquel que haya visto la película, sintió compasión por el pobre extraterrestre “olvidado” en el planeta tierra por sus compañeros. Ahora bien, uno como espectador, ¿se sintió identificado con este extraño ser? Todo indicaría que sí. Error! Uno se identifica con el personaje de Elliot, el niño y verdadero protagonista de la película. La película (de principio a fin) está narrada desde el punto de vista de este niño, y de esto se trata justamente el *punto de vista*: la habilidad discursiva del director por acercar emocionalmente, de manera no forzada, al espectador con un personaje a lo largo de la película. Todo lo que sucede durante el film está contado desde el niño e intenta (exitosamente) representar lo que una persona sentiría y experimentaría en una situación de este tipo.

Otro ejemplo que viene al caso (siguiendo con la temática extraterrestre, valga la coincidencia), es una hipotética situación que se suele utilizar como ejercicio en los estudiantes de cine. La situación es la siguiente: si en pleno microcentro porteño, específicamente junto al obelisco descendiese un OVNI ante la mirada atónita de cientos de individuos y uno tuviese en su poder una filmadora, ¿a qué cosa le prestaría mayor atención, si el objetivo es transmitir la situación y el clima reinante de este momento? ¿Filmaría únicamente el OVNI? ¿Filmaría principalmente las caras, las expresiones y las miradas de la gente? La respuesta habitualmente suele ser: filmar el OVNI exclusivamente, ya que se trata de un objeto extraño y posiblemente irrepetible ante la vista de tanta gente junta. Sin embargo, y desde el punto de vista narrativo, registrar las emociones de las personas con primerísimos primeros planos (principalmente acentuando los ojos y por ende las miradas de la gente) resulta fundamental si se quiere “llevar” al espectador que está del otro lado de la pantalla.

Con estos simples ejemplos, se intenta demostrar lo importante que resulta el poder de la imagen y el papel que tiene la vista en tanto manera de relacionarse con el medio y con las personas en el mundo actual. Tal como se menciona en el artículo del Dr. Gonzalo Meschengieser, “la cuestión visual fue y será objeto de atención del ser humano”, y merece desde el punto de vista (valga la redundancia) de la salud un especial cuidado y prevención en todas las etapas de la vida del ser humano.

Martín Etcheverry - Programa Remediar



Hospitales públicos adheridos para la cirugía de cataratas

Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Buenos Aires

- Hosp. Posadas
- Hosp. Oftalm. Tres De Febrero
- Hosp. Oftalm. Malvinas Argentinas
- Hosp. Cordero (San Fernando)
- Hosp. J. C. Paz
- Hosp. Rossi
- Hosp. San Roque (Gonnet)
- Sor Maria Ludovica
- Higa Evita
- Hosp. Pte. Perón (Avellaneda)
- Hosp. Municipal Tres Arroyos
- Hosp. Pintos (Azul)
- Higa Dr. Oscar Allende (Mar Del Plata)
- Hosp. Municipal Gral. Alvarado

Ciudad De Buenos Aires

- Hosp. Ramos Mejía
- Hosp. Santa Lucía
- Hosp. Lagleyze
- Hosp. Durand
- Hosp. de Clinicas
- Hosp. Rivadavia
- Hosp. Fernández
- Htal. Pirovano
- Htal. de Niños Gutiérrez

Chaco

- Hosp. Perrando

Córdoba

- Hosp. de Clinicas (Córdoba Capital)
- Hosp. Pediátrico del Niño Jesús
- Hosp. San Roque

Chubut

- Hosp. Trelew

Formosa

- Ministerio de Desarrollo Humano
- Hosp. de Alta Complejidad Pte. Perón

La Pampa

- Hosp. Gob. Centeno
- Hosp. Lucio Molas

La Rioja

- Hosp. Vera Barros

Mendoza

- Hosp. Schestakow
- Hosp. Perrupato
- Hosp. Central

Misiones

- "Programa Sanar" del Ministerio de Salud

Neuquén

- Hosp. Provincial Neuquén

Río Negro

- Hosp. Zatti (Viedma)
- Hosp. Zonal de Bariloche
- Hosp. Cipolletti

Santiago del Estero

- Hosp. Oft. Dr. Enrique De María

San Juan

- Hospital Marcial Quiroga

Salta

- Hosp. San Vicente de Paul (Orán)
- Hosp. Sr. del Milagro Viejo

Santa Fe

- Hosp. Central Reconquista
- Centro Unico de Alta Complejidad
- Hosp. Prov. del Centenario
- Hosp. Samco (Rafaela)

San Luis

- Policlínico Regional J. D. Perón (Villa Mercedes)

Tierra del Fuego

- Hosp. de Ushuaia

Tucumán

- Hosp. Angel C. Padilla

Visión, ordenamiento y toma de medicamentos

Los envases de los medicamentos provistos por el Programa Remediar se imprimen en diferentes colores en función de su actividad terapéutica y según la codificación de las drogas de la Clasificación Anatómica de Medicamentos (ATC) donde figuran las dosis diarias definidas (DDD) de cada droga. De esta manera 12 colores diferentes contribuyen a facilitar el acomodamiento y ubicación de los medicamentos en el CAPS.

Asimismo es fundamental ordenar los medicamentos por fecha de vencimiento, colocando aquellos que lo harán en forma más próxima en la parte proximal de los estantes.

Grupo terapéutico	Color
ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTÉMICO	AZUL
DERMATOLÓGICOS	NARANJA
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	NEGRO
PREPARACIONES HORMONALES SISTÉMICAS	VERDE
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS	VERDE CLARO
SANGRE Y HEMATOPOYESIS	FUCSIA
SISTEMA CARDIOVASCULAR	ROJO
SISTEMA DIGESTIVO Y METABOLISMO	CELESTE
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	GRIS
SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	TURQUESA
SISTEMA NERVIOSO	VIOLETA
SISTEMA RESPIRATORIO	BORDEAUX



En relación a la toma de medicamentos y la visión, es importante recordar que las personas con disminución de la agudeza visual pueden tener dificultades para hacerlo y corren mayores riesgos de cometer algún error. Es importante aconsejar a los beneficiarios a que presten especial atención al momento de ingerir los fármacos y que revisen periódicamente el contenido de sus botiquines domiciliarios con el objetivo de descartar aquellos que se encuentren vencidos. En el caso de los ancianos es aconsejable supervisar la toma de los medicamentos. Para ello es necesario contar con un registro diario de los remedios que la persona consume.