

Componentes esenciales de la atención ocular primaria

K. Konyama

Departamento de Oftalmología,
Juntendo University School of Medicine,
Tokyo, Japan.

Introducción

Las actividades de la salud ocular primaria cubren las siguientes dos áreas de servicios de salud comunitaria¹.

1. Componente de servicio clínico.
2. Componente de protección y promoción de salud ocular.

Es muy importante que la mayoría de las actividades se inicien y mantengan por los mismos miembros de la comunidad. El sector oftalmológico ayuda a la comunidad, complementando lo que hacen en sus actividades diarias.

Los elementos esenciales de la salud ocular primaria deberían ser determinados por un estudio cuidadoso, proveyendo un "diagnóstico de la comunidad", basado en un enfoque epidemiológico. El estudio identificará los problemas oculares de la comunidad en orden de prioridad. Para este fin, el estudio debería ser planeado, incluyendo la siguiente información:

1. **Magnitud (M):** prevalencia e incidencia, dado por el número de miembros de la comunidad que sufren condiciones particulares y nuevos casos esperados en un período dado de tiempo
2. **¿Qué implica? (I):** consecuencias sociales y económicas derivadas de la condición dada en términos de gastos, pérdida de trabajo, ausencia en la escuela, etc.
3. **Vulnerabilidad (V):** disponibilidad de medios efectivos de intervención
4. **Costo (C):** recursos necesarios para programas de control

La prioridad puede ser conocida por²:

$$\text{Prioridad} = (M \times I \times V) / C$$

Este es un modelo simple que ilustra la aplicación científica en planeamiento. Debería evitar preferencias "instintivas" basadas solamente en experiencias clínicas.

Componentes del servicio de salud ocular primaria

El servicio en la comunidad debería ser suficientemente amplio como para cubrir aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigidos a todos los miembros de la comunidad, ya sea que tengan o no problemas oculares; este es el punto donde el cuidado comunitario difiere de los servicios en un hospital.



Paciente perteneciente a un área rural reincorporándose a su vida familiar inmediatamente después de su cirugía. PARAGUAY

Oficina Regional IABP LA

Comienza con un conocimiento de cualquier comunidad en un punto en el tiempo y reconoce tres grupos de personas que necesitan un examen de salud ocular:

1. El grupo saludable
2. El grupo con ciertas enfermedades o problemas oculares
3. El grupo con riesgo de enfermedades o problemas oculares.

De ahí que, los servicios no deberían ser solamente clínicos, sino que se debe prestar igual o mayor atención a personas sin enfermedades. La salud ocular primaria, por lo tanto, cubre todo el espectro del cuidado de la salud ocular para todos los miembros de la comunidad.

Componente de los servicios clínicos

El diagnóstico de la comunidad precede a las actividades de salud ocular primaria y puede dar una perspectiva en cuanto a la salud ocular en comunidades individuales. Esto lleva a componentes de servicios adaptados de acuerdo a los estándares sociales y económicos y a los sistemas disponibles de cuidado de la salud. Los elementos esenciales, por lo tanto, varían consecuentemente y pueden incluir no solamente las condiciones de ceguera más frecuentes. Además, los trastornos oculares comunes encontrados en comunidades individuales, requieren servicios simples pero adecuados de acuerdo a la situación particular de esa comunidad. Las decisiones, por lo tanto, deben ser tomadas no de acuerdo al interés clínico sino desde un punto de vista de salud pública. En los servicios de salud ocular primaria están incluidas las condiciones que son simples de prevenir y manejar

además de comunes a muchas comunidades. Esto es así, por ejemplo, para los problemas de lectura entre los ancianos y la conjuntivitis primaveral, que podrían muy bien necesitar de igual atención. En general, la Organización Mundial de la Salud provee las siguientes directrices³:

Directrices de la OMS para la salud ocular primaria

1. Condiciones a ser reconocidas y tratadas por un trabajador entrenado de atención primaria a la salud:
 - Conjuntivitis e infecciones del párpado
 - Conjuntivitis aguda
 - Oftalmía neonatorum
 - Tracoma
 - Conjuntivitis alérgica e irritativa
 - Otra patología palpebral, por ej. orzuelo y chalazión
 - Trauma
 - Hemorragia subconjuntival
 - Cuerpo extraño superficial
 - Traumatismo por contusión
 - Desnutrición causante de la ceguera.
2. Condiciones que deben ser reconocidas y referidas una vez que el tratamiento ha sido iniciado:
 - Úlcera corneal
 - Heridas lacerantes o perforantes del globo ocular
 - Laceraciones del párpado
 - Entropión/triquiasis
 - Quemaduras: químicas, térmicas
3. Condiciones que deben ser reconocidas y transferidas para tratamiento:
 - Enrojecimiento doloroso de los ojos con pérdida visual
 - Catarata
 - Pterigión

Continúa en la pág. siguiente ➤

- Disminución de agudeza visual; <6/18 en cualquier ojo.

Basados en las directrices de la OMS y en datos disponibles, un modelo de salud ocular primaria iniciado en Tailandia en 1981, integró las siguientes condiciones en la atención primaria al ojo

- Catarata (relacionada a la edad/ tipo 'senil')
- Tracoma y sus complicaciones tardías.
- Lesiones oculares
- Úlcera corneal
- Glaucoma, ataque agudo y casos con un ojo ciego
- Oftalmía neonatorum
- Infecciones oculares
- Pterigión*
- Defectos refractivos y dificultad a la lectura
- Condiciones con una agudeza visual

menor a 0,05(<3/60)** (* Con alta prevalencia en Tailandia)

(** Implica casos posibles, con trastornos del segmento posterior del ojo, que podrían necesitar ser referidos).

Se identificaron condiciones casi idénticas en Myanmar y luego en Birmania, que también comenzaron con salud ocular primaria en 1981. De ahí que todo lo mencionado arriba, son elementos esenciales en los servicios clínicos de salud ocular primaria en esta parte del mundo. Lo mismo también es verdad para la salud ocular primaria en Vietnam, Laos, Camboya y aun en China.

Otras regiones del mundo tienen sus propias necesidades particulares. Por ejemplo, donde la oncocercosis tiene una prevalencia muy alta, se necesitan acciones especiales en el contexto de

salud ocular primaria.

Matriz de integración

La salud ocular primaria no debería planearse en forma separada a la atención primaria de la salud. Esto es, la salud ocular primaria es referida como un punto de entrada, con la atención primaria a la salud, que va al centro de la comunidad. Es importante entender que la atención primaria a la salud es el sistema madre en el que la salud ocular primaria está integrada. Es por lo tanto absolutamente necesario hacer un análisis cuidadoso de situaciones, para una atención primaria a la salud efectiva en la comunidad elegida, con especial atención a sus elementos esenciales.

Continúa en la pág. siguiente ►

Tabla 1. Matriz de integración de salud ocular primaria

APS PEC	Educación Sanitaria	Planificación Familiar y SMI (Salud Materno Infantil)	Alimentación y Nutrición	Agua Potable & Higiene Básica	Programa Extendido de Inmunización (**)	Medicamentos Esenciales	Control de Enfermedades endémicas locales (****)	Cuidado para Remedios Suaves (Tratamiento "Simple")
Catarata Quirúrgica No- Quirúrgica	+++ ++	+ para Catarata Congénita	NA	NA	NA	++ cuidado postoperatorio	+++ referencia de casos encontrados y cuidado comunitario	+++ referencia de casos encontrados y cuidado comunitario
Complicaciones de Tracoma Activo	+++ ++	+++		+++ ++	NA	+++ Ungüento de tetraciclina	Programa de Tracoma +++++	Programa de Tracoma +++++
Ataque Agudo de Glaucoma de Ángulo Cerrado (*)	++ ++	+ para Glaucoma Congénita	NA	NA	NA	++ Gotas de pilocarpinal		++ Gotas de pilocarpinal
Lesiones Oculares	++	+++ prevención de accidentes		++ mejoramiento ambiental	NA	+++ Ungüento de tetraciclina		+++ Ungüento de tetraciclina
Úlcera Corneal	+++	+++ prevención de accidentes	NA	NA	Inmunización contra el sarampión	+++ Ungüento de tetraciclina		+++ Ungüento de tetraciclina
Infecciones del Ojo EKG crónico	++ ++	+++ ++	NA	++ ++	NA	+++ ++	En ocasiones manejo de desastres	+++ Ungüento de tetraciclina
Oftalmía Neonatorum	+++	+++	NA			+++		+++ Transferencia Inmediata
Pterigión Quirúrgico No-Quirúrgico	+++ +	NA	NA	++ ++	NA	NA		++ Transferencia
Defectos Refractivos y Dificultades de lectura	++	++ examen a la familia	NA	NA	NA	+ provisión de anteojos simples		+ provisión de anteojos simples
AV menor que 0,05 (<3/60) (***)	++	++ examen a la familia	NA	NA	NA	NA		++ Transferencia

(*) En muchas ocasiones, el glaucoma de ángulo cerrado se refiere al ataque agudo, con un ojo ya ciego y profilaxis requerida para el segundo ojo. El glaucoma secundario es común entre pacientes que sufren catarata relacionada a la edad.

(**) El personal del programa extendido de inmunización PEI es buen promotor de salud, educador y recoge información de la comunidad.

(***) La retinopatía diabética es común en algunas comunidades. Esta es la categoría 4 en las categorías de la OMS de deficiencia visual.

(****) Se puede referir al atraso en el tratamiento de catarata como una enfermedad endémica en la región dada, como tuberculosis, malaria y lepra, etc. El tracoma y su control también es relevante aquí. Cuando las condiciones están bien controladas, se convierten en parte de un programa de salud integrado exitoso en esa localidad.

Programas de catarata y salud ocular primaria

Un programa de catarata puede ser un buen ejemplo de salud ocular primaria, trabajando eficientemente dentro del marco de atención primaria a la salud. Se ha visto en muchos países el éxito de estos programas, dentro de la salud ocular primaria⁴. Las actividades se apoyan grandemente en la participación de la comunidad, como por ejemplo, en encontrar los casos y la referencia masiva. El equipo quirúrgico del ojo, puede jugar su rol eficiente, suponiendo que las preparaciones en la comunidad han sido completadas mucho antes de la

realización de la cirugía.

Las actividades comienzan con un curso corto de entrenamiento para trabajadores comunitarios de la salud en la identificación de catarata, seguidos de visitas de puerta en puerta. Un examen en múltiples etapas, es parte de la salud ocular primaria para encontrar casos y para estimular a los pacientes a presentarse a cirugía. Al mismo tiempo, la información de salud ocular primaria debe hacerse disponible a toda la comunidad por todos los medios posibles. Las actividades comunitarias posibles están resumidas en la Tabla 2.

Referencias bibliográficas

- 1 Strategies for the Prevention of Blindness in National Programmes: A Primary Health Care Approach, WHO/Geneva, 1984: 12.
- 2 Ruderman A P. General Economic Considerations. In: Reinke W A ed. Health Planning, Qualitative Aspects and Quantitative Techniques. Baltimore: Wavery Press Inc., 1978: 114-6.
- 3 Ver página 26 de la referencia 1 de este artículo.
- 4 Srisuphan V. Mass Cataract Intervention in the Context of Primary Health Care. Procedimientos del WHO Inter-country Workshop on Prevention of Blindness, Vientiane, Lao PDR, 1995: 84-92.

Este artículo fue originalmente publicado en Community Eye Health Journal Vol. 11 No. 26 1998 pp 19-21

Tabla 2. Programa de catarata a nivel comunitario

NIVEL	ACCIÓN	APORTE
Individual.	Consciente de su propia visión. Deficiencia visual indolora progresando lentamente, ya sea de uno o ambos ojos. Responde a los trabajadores de salud después del examen. Pronto reporte al equipo de ojos para la operación.	Educación sanitaria, posters, folletos, etc.
Familiar.	Ayudar trayendo al paciente de catarata a la unidad de oftalmología. Fomentar aceptación de la cirugía y preparar la hospitalización. Cuidado postoperatorio adecuado y hospedaje conveniente, actividades externas.	Educación sanitaria, posters, folletos, etc.
Comunitario.	Cooperar con trabajadores de la salud y visitar al personal oftalmológico en la sala de cuidado quirúrgico. Subsidios quirúrgicos para los pobres.	Curso de salud ocular primaria. Equipos de salud ocular primaria, manual y directrices, sistemas de registro y reporte.
1er nivel de contacto (Centro de Salud).	Cooperar con visitas al equipo de ojos en actividades comunitarias. Coordinación comunitaria en los programas de catarata.	Curso de cuidado primario del ojo, suministros mínimos y equipos, sistemas de registro y reporte.
1er nivel de referencia (Hospital local).	Cooperar con visitas al equipo de ojos y preparación de los sitios de servicio. Seguimiento postoperatorio. Cuidado apropiado para casos complicados.	Entrenamiento clínico corto, suministros mínimos requeridos y equipamiento. Monitoreo/supervisión.