

¿QUÉ DECIR DE LA BIODIVERSIDAD REGIONAL Y QUÉ IMPLICA?

Acercamiento inicial a la salud visual de los líderes indígenas.
Quebrada Guabo, Comarca Ngöbe-Buglé, Panamá septiembre de 2003.

Palabras clave:

Astigmatismo, hipermetropía, miopía, presbicia, catarata.

RESUMEN

Propósito y justificación:

La población indígena panameña vive en un ambiente de exclusión, en territorios de difícil acceso; con pobre acceso a los servicios de salud; haciéndoles caer aún más en la pobreza.

Los líderes comunitarios de la comarca Ngöbe-Buglé señalaron los *problemas de salud visual como una prioridad*; y no hay estudios previos registrados en la literatura acerca de la condición general de la salud visual de ningún grupo indígena en Panamá.

Objetivos: Describir el estado de la visión y salud oftálmica de los líderes indígenas que acudieron al taller de “Violencia Doméstica” en Quebrada Guabo.

Métodos: Realizamos examen oftalmológico macroscópico, registramos las agudezas visuales, errores de refracción, casos de conjuntivitis y cataratas entre los líderes comunitarios que solicitaron evaluación oftalmológica.

Resultado: Encontramos conjuntivitis en un 21.6%. Cataratas en 10.8%. Errores de refracción en 91.9%: Astigmatismo en 45.9%, miopía en 32.4%, hipermetropía en 51.4%, y presbicia en 48.6% de la población atendida.

Conclusión: El alto porcentaje de líderes comunitarios que solicitaron evaluación oftalmológica (82.2%), la alta prevalencia de errores refractivos, y la ausencia de cirugías oftalmológicas previas entre los pacientes atendidos, sugieren una necesidad real de servicios oftalmológicos organizados en la comarca Ngöbe-Buglé.

INTRODUCCIÓN

Atacar la pobreza directamente, como un problema de Derechos Humanos, se ha convertido en una emergencia global. Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud, y la baja calidad de los que les son accesibles, no les permiten cubrir las necesidades básicas; haciéndoles caer aún más profundamente en la pobreza. 1

Panamá como país, combina altos índices de crecimiento económico, e indicadores sociales altos; paradójicamente con altos niveles de pobreza. La gran mayoría de los habitantes en las comunidades indígenas – cerca de 86% no están en la pobreza, sino en la pobreza extrema. 2

La pobreza está desigualmente distribuida a lo largo del territorio panameño. La población indígena vive con múltiples exclusiones, en territorios autónomos pobres de difícil acceso. 200,000 indígenas pobres representan 19% del total de la población panameña pobre. En Panamá hay aproximadamente 300 000 indígenas; que representan aproximadamente 10% de la población total del país. 3

Desde el 2001 se estuvo corriendo un proyecto relacionado con Salud Sexual y Reproductiva en Quebrada Guabo, por la Asociación de Mujeres Ngöbe (ASMUN), las cuales recibieron apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud de Panamá, el Consulado de Canadá en Panamá, y la empresa hidroeléctrica de Fortuna; considerando otros muchos factores asociados a la pobreza. La comunidad de Quebrada Guabo se encuentra aproximadamente a 40 minutos de la población de San Félix, tomando en cuenta el mal estado de la carretera al momento de realizar el estudio.

Las enfermedades/ deficiencias visuales están en la lista de los problemas de salud más importantes percibidos por los líderes Ngöbe. El hecho de que no hay información ni estudios previos acerca de los problemas oftalmológicos, ni acerca de su magnitud o características; en ningún grupo indígena panameño; nos llevó a un acercamiento inicial a los mismos. Aprovechamos la reunión de los líderes comunitarios para un taller sobre “Violencia doméstica”, para ofrecer evaluación oftalmológica.

En diversas áreas en desarrollo en el mundo, se han establecido estrategias como tamizaje de problemas oftalmológicos, personal suficiente, y estructuras adecuadas; para facilitar la logística y proveer acceso a lentes de calidad razonable a individuos con ceguera por errores refractivos. 4

Entre las muchas razones prevenibles de ceguera en el mundo, se han identificado cinco condiciones como prioridades inmediatas: cataratas, tracoma, oncocercosis, ceguera de la infancia y defectos refractivos. 5 . En la medida que no encontramos ninguna información que nos sugiera la posibilidad de tracoma o de oncocercosis en Panamá, como problema oftálmico; concentramos nuestra atención en las tres condiciones visuales restantes. En las Américas y el Caribe, los errores refractivos no corregidos es una causa importante de pérdida de la visión en todas las edades. 6

La pobreza, la mala calidad de la ruta de acceso, y la falta de centros de atención primaria bien equipados para enfrentar problemas visuales, son algunas de las razones por las cuales la población Ngöbe con errores de refracción no recibe las prescripciones adecuadas de lentes, ni los lentes en sí.

Actualmente no hay ningún estudio de epidemiología oftalmológica que detalle la condición visual de las comunidades indígenas del occidente panameño. El hecho de que las asentamientos indígenas existan como casas muy distantes una de las otras, lo quebrado e inhóspito del terreno, el difícil acceso para llegar a las comunidades, y la falta de delimitación socio-geográfica clara dentro de la comarca Ngöbe-Bulé; hace que sea muy costoso llevar un proyecto de investigación con demarcación de un área para estudiar la población que en ella habita.

Con este pequeño estudio no pretendemos determinar la condición epidemiológica de los indígenas en Panamá. El mismo lo ofrecemos como un abordaje inicial a un problema no documentado en informes previos; y deseamos que sirva como sugerencia de la necesidad de recursos, tanto para estudiar a fondo los problemas visuales en las comunidades indígenas, como para abordar los mismos de forma sistemática y efectiva.

MÉTODOS

Objetivos

- Describir el estado de la visión y salud oftálmica de los líderes indígenas que acudieron al taller de “Violencia Doméstica” en Quebrada Guabo.

Muestra

Usamos como muestra a nuestro universo de líderes comunitarios que acudieron al taller de Violencia Doméstica los días 11 y 12 de septiembre de 2003.

Limitaciones

La falta de equipo oftalmológico apropiado, debido a la hostilidad de la ruta de acceso; la barrera cultural y lingüística; y la dispersión de las viviendas en medio de un terreno montañoso, lo cual dificulta la delimitación comunitaria; fueron nuestras limitaciones principales.

Métodos

Usamos un cuestionario estándar, para registrar los datos generales y las historias clínicas. Usamos la cartilla de “E”, para analfabetas, para medir la agudeza visual; junto a la cartilla de rayas divergentes para medir errores de refracción cilíndricos; usando una distancia de 6 metros entre los pacientes y las cartillas. Usamos la corrección con lentes, siempre tratando de mantener una buena iluminación en el cuarto utilizado.

En todos los casos el examinador y los métodos de examen fueron los mismos, para evitar errores de medición inter-personales.

Consideraciones éticas

Los exámenes fueron realizados estrictamente cuando fueron solicitados por los líderes comunitarios. Recomendamos ir a hospitales de segundo/ tercer nivel, con clínicas de ojos, cuando lo consideramos necesario. También dimos la opción a l@s organizador@s del proyecto, de llevar a los líderes comunitarios con síntomas oculares a Ciudad de Panamá, para ser evaluados gratuitamente con equipo oftalmológico completo.

RESULTADOS

82.2% de la población de líderes comunitarios que acudieron al taller solicitaron atención oftalmológica. Vimos 37 pacientes. Tres de ellos se acercaron sólo para solicitar gotas oftálmicas para manejo de conjuntivitis.

Registramos conjuntivitis en 21.6% de la población atendida. Los casos de conjuntivitis tuvieron características comunes como: secreción mucosa, síntomas en un solo ojo, varios días entre la afección de un ojo y el otro ojo, y la falta de asociación a visión borrosa o fotofobia; las cuales nos hace pensar en conjuntivitis bacterianas. 7

91.9% de la población atendida tuvo errores de refracción, lo cual significa 75.6% de la población total atendida durante el taller.

La edad estuvo distribuida entre los 20 y 62 años, con una mediana en 39 años. 35.3% de la población atendida fue masculina, distribuida entre los 22 y 62 años, con una mediana en 34 años. 64.7% fueron del sexo femenino, distribuida edades entre los 20 y 56 años, con una mediana de 43 años.

Cataratas :

10.8 % de la población atendida presentó cataratas. La tasa femenino/ masculino fue de 3:1

Errores de refracción:

Astigmatismo: Lo encontramos en 45.9% de la muestra; distribuido en un rango entre 22 y 56 años de edad, con una mediana de 35 años de edad. 36.8% de las mujeres con errores de refracción presentaron algún tipo de astigmatismo, con un rango entre 0.25 y 0.87 dioptrías; mientras que el 75% de los hombres presentó astigmatismo en un rango entre 0.25 a 1 dioptría. 35.3 % de los pacientes con astigmatismo presentaron error de refracción cilíndrico en ambos ojos.

26.1% de los astigmatismos registrados fueron con la regla, 17.4 % fueron en contra de la regla y 56.5 % fueron astigmatismos oblicuos; tomando como definición de con la regla: $90^\circ + / - 20^\circ$, contra la regla: 0 ó $180 + / - 20^\circ$, y oblicuo: 21° a 69° , o 110° a 159° . 8

Encontramos miopía en 32.4 % de los individuos, distribuida en el rango de edad entre 20 y 32 años, con una mediana en 27 años de edad. La miopía estuvo presente en 41.7% de los hombres; y en 31.8 % de las mujeres con errores de refracción. Los errores miópicos estuvieron entre - 0.12 y -6 dioptrías, con una mediana de - 0.63 dioptrías.

La diferencia de los errores refractivos entre ambos ojos fue menor a 1 dioptría en 75 % de los pacientes con miopía. La diferencia de refractiva más alta entre ambos ojos fue de 3.12 dioptrías, presentada por una mujer de edad desconocida. Notamos mayor promedio de miopía en mujeres que en hombres (-1.25 y - 0.62 dioptrías, respectivamente).

Hipermetropía estuvo presente en 51.4 % de los pacientes atendidos, distribuida entre 28 y 56 años de edad, con una mediana de 46 años de edad; en 63.6% y 41.7% de las mujeres y hombres con errores refractivos, respectivamente. El promedio de hipermetropía fue mayor en hombres que en mujeres (+2.20 y +1.80 dioptrías, respectivamente).

Presbicia: 48.6% de la población atendida estuvo sobre los 40 años de edad, lo cual representa 41.7% y 59.1% del número total de hombres y mujeres con errores de refracción, respectivamente.

Dos de los pacientes: un hombre de 41 años, y una mujer de 46 años, mostraron necesidad de lentes positivos con poder mayor a + 3.00 dioptrías a distancia para lectura; paradójicamente acompañado necesidad de poder levemente negativo para visión a distancia (-0.50 a -1.00 dioptrías). Entendimos ambos casos como pacientes con hipermetropía quienes acomodaban para visión a distancia.

DISCUSIÓN

A pesar de que los casos de conjuntivitis diagnosticados recibieron antibióticos, se debe tomar cultivo de las secreciones para determinar el agente etiológico específico para descartar la posibilidad de infección por clamidia; lo cual podría requerir un programa de tratamiento completo y prevención 9. Tracoma es una de las principales causas y es común en áreas del mundo con restricciones socio-económicas en términos de vivienda, acceso a servicios de salud, agua y sanidad. 5

Se encontró un porcentaje similar de cataratas en comunidades pobres como el campo de refugiados de Hisar Shahi (12%).¹⁰ En los países más pobres, con frecuencia existen barreras financieras y culturales; las cuales previenen el acceso a servicios quirúrgicos frecuentemente disponibles. Adicionalmente, la productividad en términos de servicios quirúrgicos es baja. 5 Era de esperar que los líderes comunitarios atendidos no tuvieran cirugías oftalmológicas previas.

En común con la literatura australiana, muchos indígenas no están recibiendo servicios de optometría, debido a la falta de disponibilidad o barreras de acceso. 11 También es importante mencionar que la pobreza parece tener un papel relevante.

No encontramos estudios previos que mostraran una prevalencia tan alta de astigmatismo oblicuo en poblaciones similares. No esperábamos encontrar tan alta frecuencia de astigmatismo con la regla, en comparación con astigmatismos contra la regla, al compararlo con estudios en poblaciones indígenas colombianas. 12

También en comparación con estudios realizados en indígenas en Colombia, esperábamos la hipermetropía como el principal error refractivo en el grupo estudiado; pero encontramos errores mayores que el promedio (+2.20 en hombres y +1.80 en mujeres), mientras que se encontró generalmente debajo de +1.50 en las poblaciones indígenas de Colombia. 13

En la literatura australiana, la prevalencia de hipermetropía para indígenas era de 23%, y el nivel de miopía reportada por indígenas era de 17% 13. En ambos casos, la miopía y la hipermetropía, obtuvimos prevalencias más altas (24 % y 42.2 % del total de la población atendida en el taller, respectivamente); pero consideramos la prevalencia de hipermetropía como particularmente alta, en comparación con estudios previos.

Conclusiones

El alto porcentaje de líderes comunitarios que solicitaron atención oftalmológica (82.2%), el alto porcentaje de defectos de refracción (75.5 % de la población total que acudió al taller), y un 0 % de cataratas operadas, sugieren fuertemente la necesidad real de una atención oftalmológica organizada en la Comarca Ngöbe.

El predominio de astigmatismos oblicuos, y la elevada prevalencia de errores de refracción, fueron resultados inesperados, y deberían ser tomados en cuenta para el planeamiento de programas posteriores de salud oftalmológica.

Dr. Muñoz, JM; Muñoz, M.

Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía; David, Chiriquí, Panamá.

j_m_munoz@yahoo.com

270-4610 (casa)

6722-3411 (celular)

Dr. Manuel Muñoz Consultorios Médicos América e Instituto de Láser y Cirugía Ocular.

m_munoz_r@yahoo.com

270-4610 (casa)

229-1995 (consultorio)

229-6656 (fax)

6675-8245 (celular)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos:

- Los líderes comunitarios Ngöbe, por su cálido recibimiento y cooperación.
- Al personal del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Panamá
- Los coordinadores de las diferentes contrapartes del proyecto.