

III. DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL. GLAUCOMA. RETINOPATÍA. DMAE.

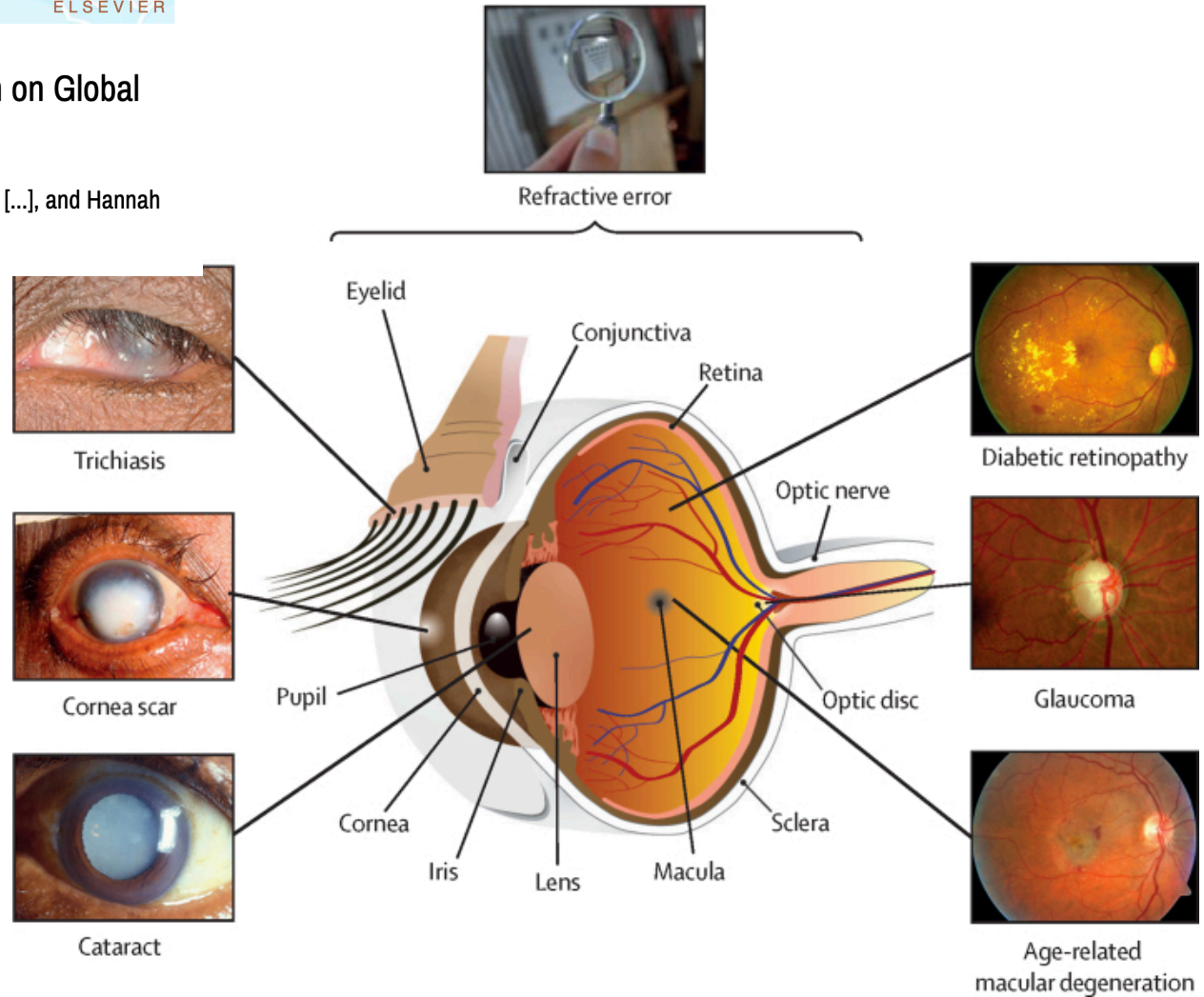
The Lancet. Global Health

ELSEVIER

The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020

Matthew J Burton, Prof, PhD, Jacqueline Ramke, PhD, [...], and Hannah

B Faal, Prof, FRCOphth



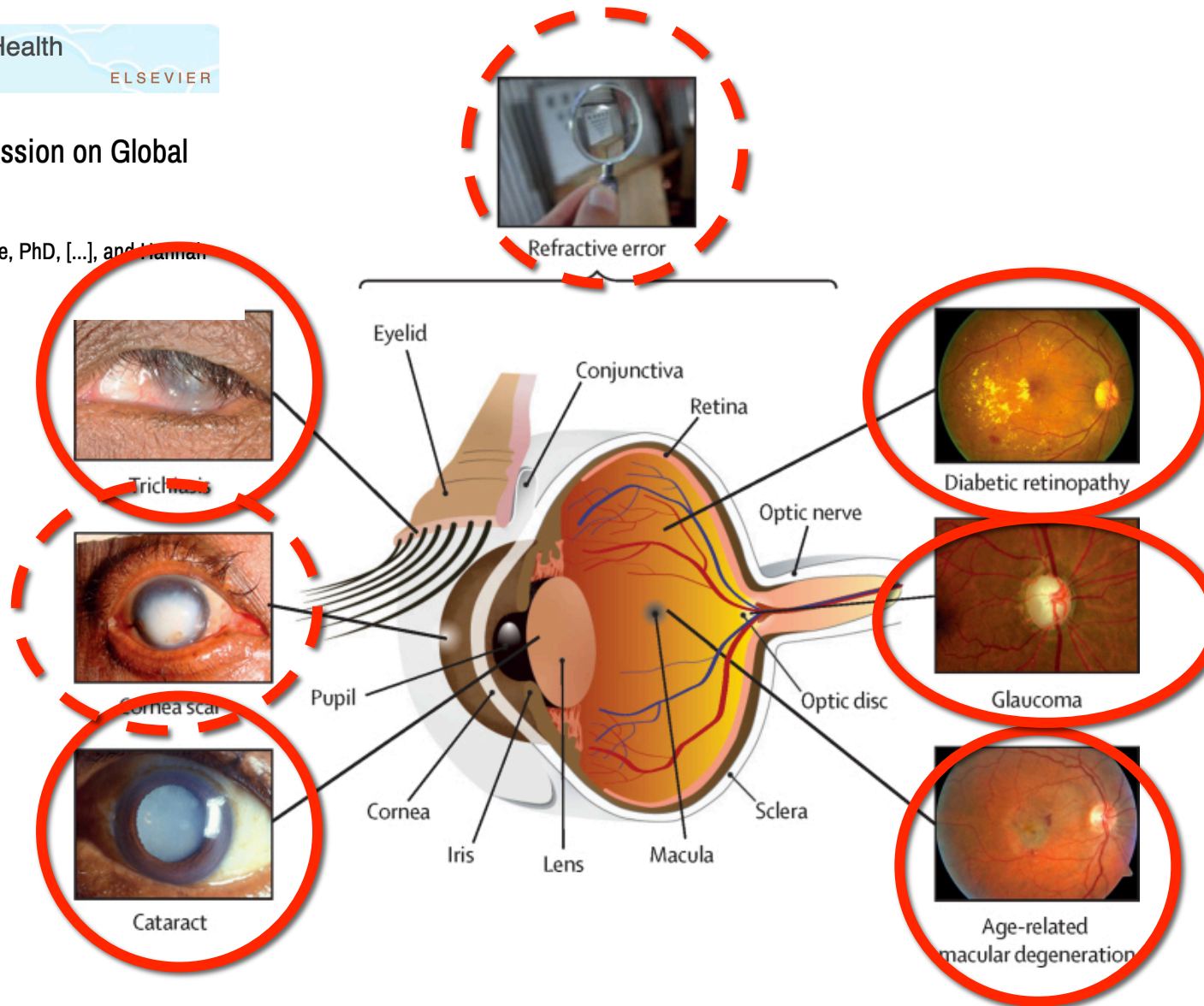
Burton, Matthew J et al. "The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020." The Lancet. Global health vol. 9,4 (2021): e489-e551. doi:10.1016/S2214-109X(20)30488-5

The Lancet. Global Health

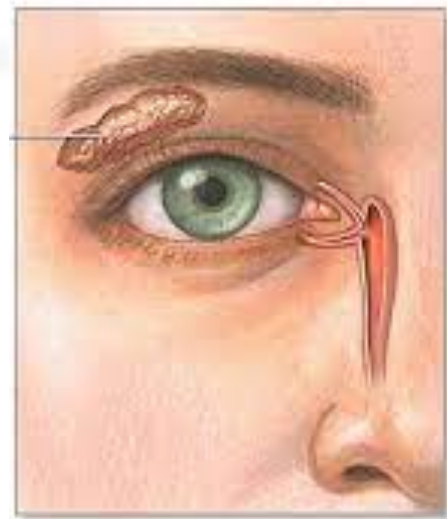
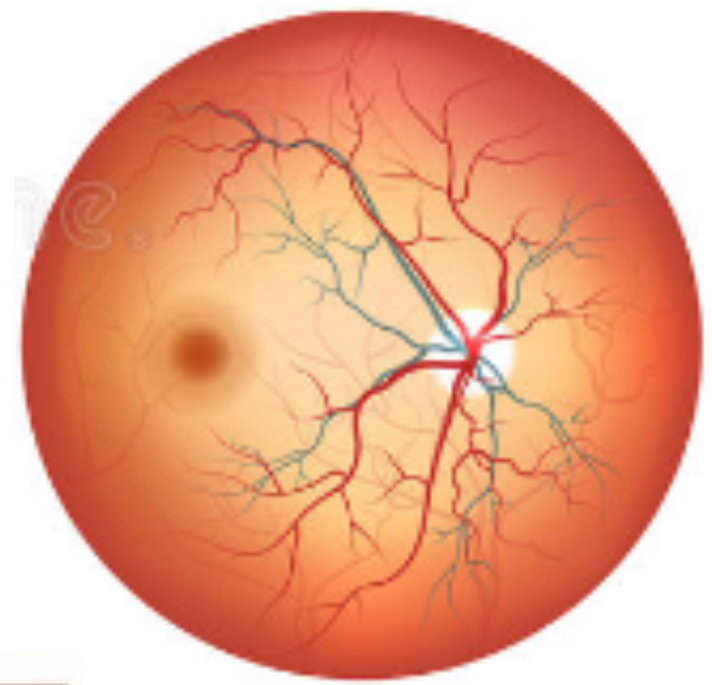
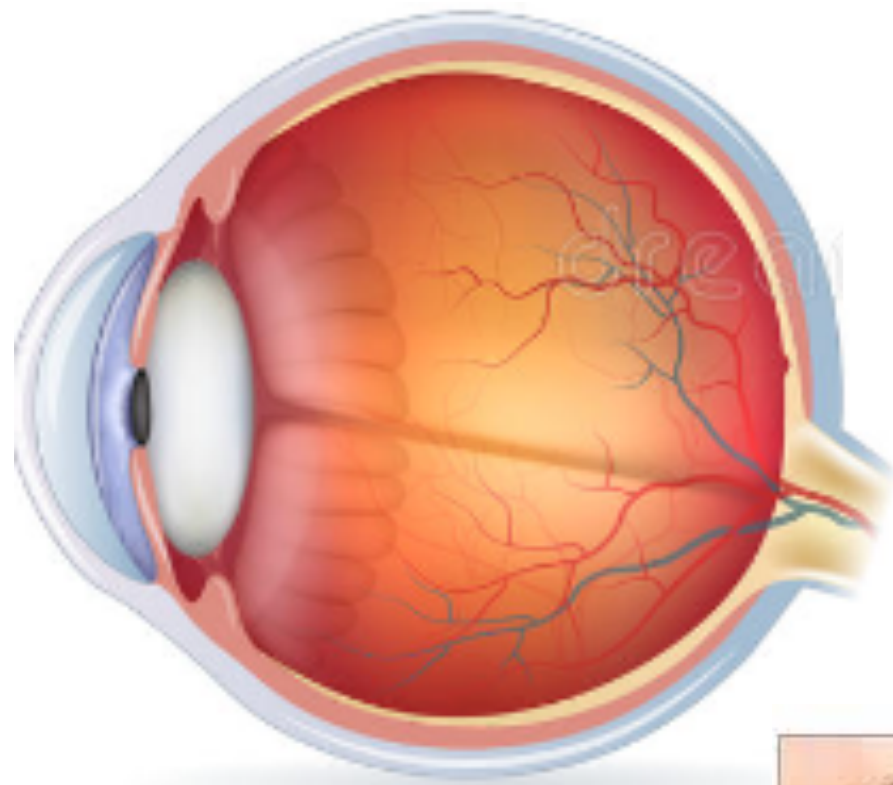
ELSEVIER

The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020

Matthew J Burton, Prof, PhD, Jacqueline Ramke, PhD, [...], and Hamman B Faal, Prof, FRCOphth



Burton, Matthew J et al. "The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020." *The Lancet. Global health* vol. 9,4 (2021): e489-e551. doi:10.1016/S2214-109X(20)30488-5



GLAUCOMA

Neuropatía óptica progresiva en la que se produce una destrucción de las fibras del nervio óptico y que determina una pérdida progresiva del campo visual que puede llegar a ser total.

Su frecuencia aumenta con la edad, siendo más frecuente en varones.

Los **factores de riesgo** para su desarrollo son: presión intraocular mayor de 21 mmHg, factor importante pero no imprescindible, antecedentes familiares de glaucoma, traumatismos oculares, miopía elevada, diabetes, hipertensión y la edad avanzada.

A partir de los 70 años de edad la prevalencia del glaucoma aumenta del 2,3% en personas de entre 60 y 69 años al 3,5%. Este incremento se debe también a que durante estas edades se presentan con mayor frecuencia otros factores de riesgo asociados como: diabetes y la evolución en el tiempo de hipermetropía y miopía extremas.

La pérdida visual comienza afectando a campos periféricos y termina por afectar a todos los campos.

Primera causa de ceguera irreversible.

GLAUCOMA

1. GLAUCOMA PRIMARIO :

A. Glaucoma primario de **ÁNGULO ABIERTO o CRÓNICO SIMPLE.**

* 90% de los casos.

* Se produce por obstrucción crónica de bajo grado al drenaje del humor acuoso. Bilateral aunque asimétrico. Insidioso, llegando a ser asintomática hasta estadios avanzados en los que la pérdida visual es irreversible. Diagnóstico : tonometría (PIO mayor de 21 mmHg), estudio del campo visual y estudio de la papila.

* TRATAMIENTO

a. Fármacos que disminuyen la producción del humor acuoso:

-- Betabloqueantes (Timolol. Pasa a a nivel sistémico. Precaución en pacientes con insuficiencia cardiaca, bloqueo A-V o patología pulmonar.

-- Inhibidores de la anhidrasa carbónica (dorzolamida): además aumentan la eliminación del humor acuoso.

-- Agonistas alfa 2 adrenérgicos (brimonidina).

b. Fármacos que favorecen la eliminación del humor acuoso:

-- Análogos de prostaglandinas(latanoprost,travoprost)

-- Pilocarpina

c. Cirugía.

GLAUCOMA

1. GLAUCOMA PRIMARIO :

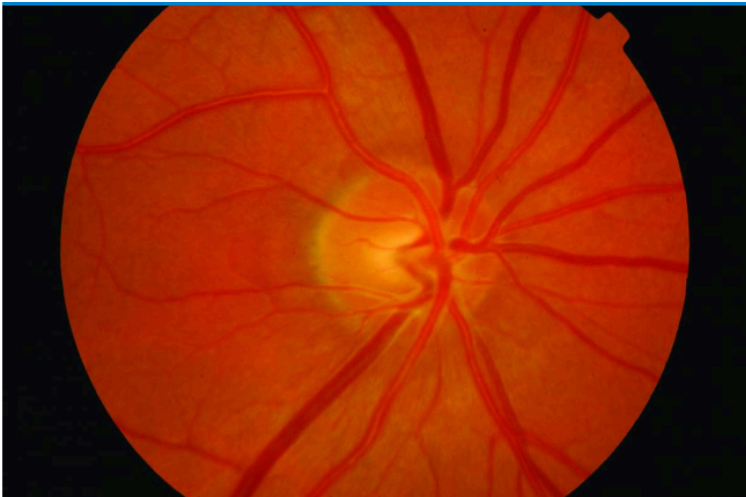
B. GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO CERRADO.

- Se da en personas con cámara anterior estrecha.
- La forma aguda es el denominado ataque agudo de glaucoma.
- El estrés, la oscuridad o la administración de midriáticos pueden favorecer su aparición. Cursa con dolor intenso, visión de halos de colores alrededor de las luces, blefarospasmo, lagrimeo y síntomas vegetativos como náuseas, vómitos, bradicardia e hipotensión.
- En la exploración física existe midriasis media arreactiva, edema corneal e hiperemia ciliar y conjuntival. Si no se trata puede producir isquemia retiniana.
- El tratamiento debe ser de instauración rápida, se debe disminuir la tensión ocular con diuréticos sistémicos (furosemida, acetazolamida o manitol).
- Después se debe provocar una miosis con colirio de pilocarpina para aumentar el ángulo y favorecer el drenaje, y disminuir el componente inflamatorio con corticoides tópicos. Posteriormente hay que realizar una iridotomía.

GLAUCOMA

2. GLAUCOMA SECUNDARIO :

El glaucoma secundario se produce como complicación de otra patología ocular que bloquea la salida del humor acuoso. Entre las causas más frecuentes: traumatismos, yatrógeno (por uso prolongado de corticoides tópicos o sistémicos), isquemia retiniana, luxación del cristalino, tumores oculares, alteración del cristalino, uveítis...

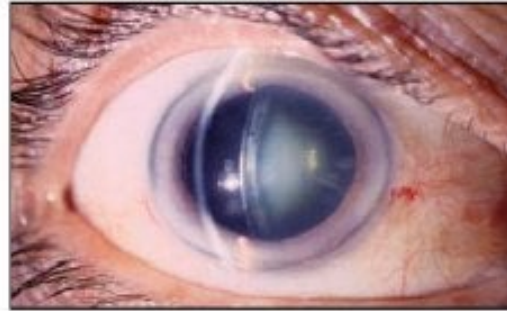
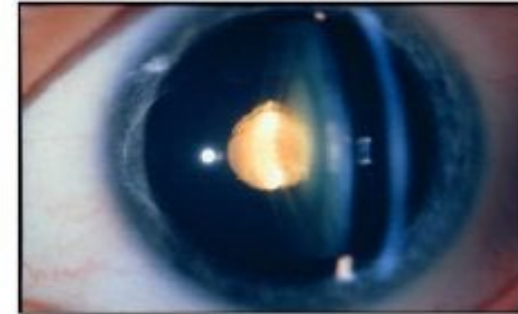
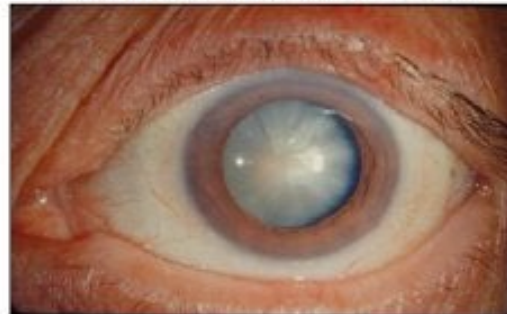


CATARATAS

- Cristalino : 66% de agua y un 33% de proteínas solubles e insolubles. Su poder refractario puede modificarse por la contracción o relajación del músculo ciliar; es el fenómeno de la acomodación.
- Catarata : opacidad, por daño oxidativo sobre las proteínas del cristalino, que produce una disminución progresiva de la agudeza visual. Es la causa más frecuente de ceguera reversible.
- El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la edad avanzada. En más del 50% de los mayores de 75 años existe opacidad del cristalino, siendo el tipo de catarata más frecuente la catarata de edades avanzadas, que suele ser bilateral pero asimétrica. Otros factores de riesgo son la diabetes *mellitus*, alcohol, tabaquismo, traumatismos, exposición a luz ultravioleta (climas soleados) y tratamiento con corticoides a largo plazo.
- Pérdida progresiva e indolora de la visión, que mejora en ambientes poco iluminados por la midriasis y empeora en lugares con mucha luz.

CATARATAS

En estadios iniciales modifica esfero-convexidad de cristalino y puede “compensar” la presbicia.

PRINCIPALES TIPOS DE CATARATA**Catarata nuclear****Catarata subcapsular posterior****Catarata corticonuclear densa****Catarata subcapsular anterior**

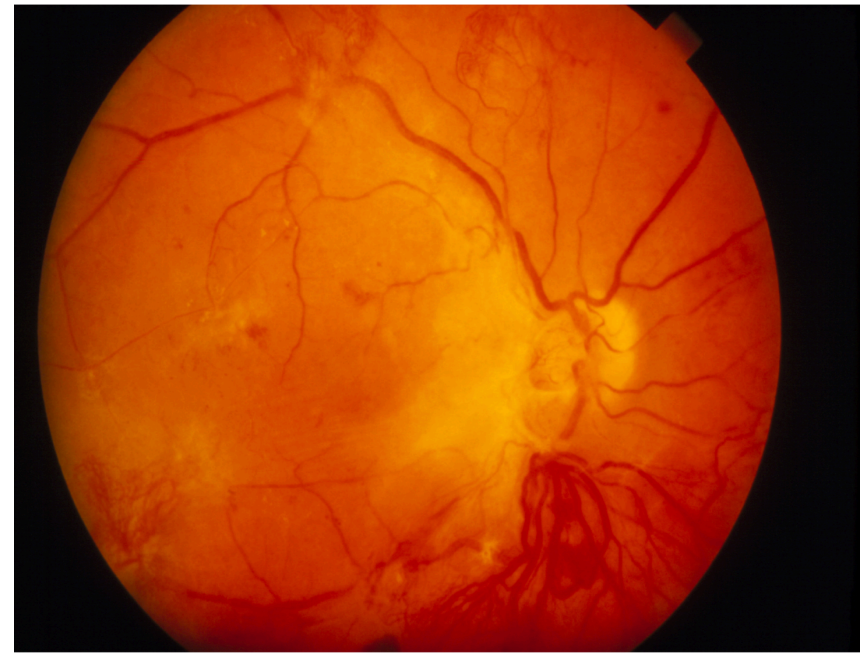
También llamada cortical.
La más frecuente

- TRATAMIENTO : facoemulsión e implante de lente intraocular.

RETINOPATÍA DIABÉTICA

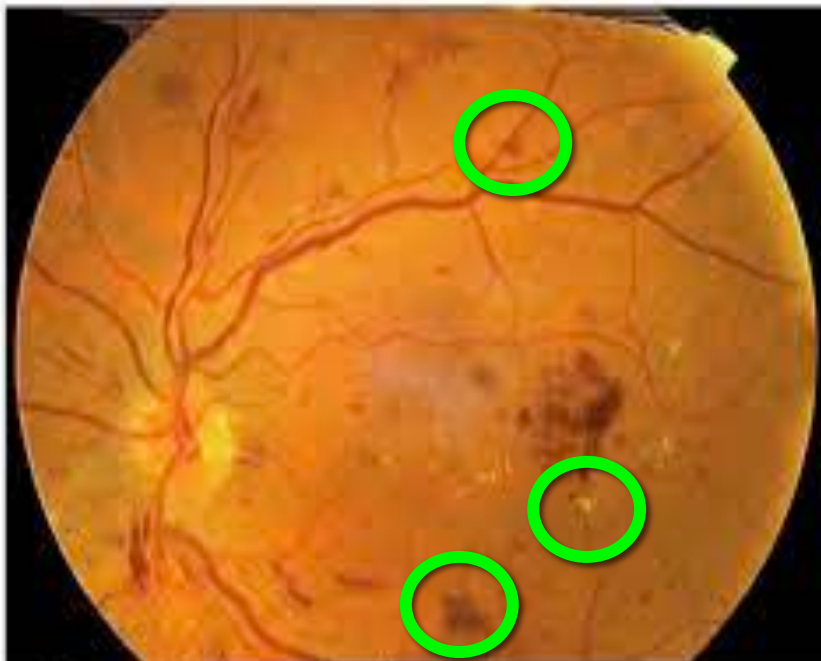


Retinopatía diabética no proliferativa.

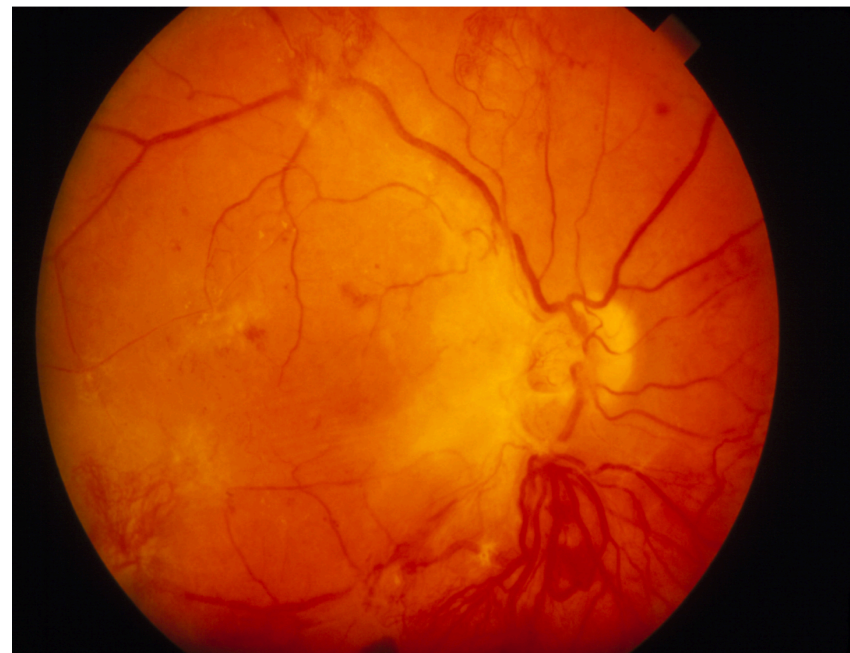


Retinopatía diabética proliferativa.

RETINOPATÍA DIABÉTICA

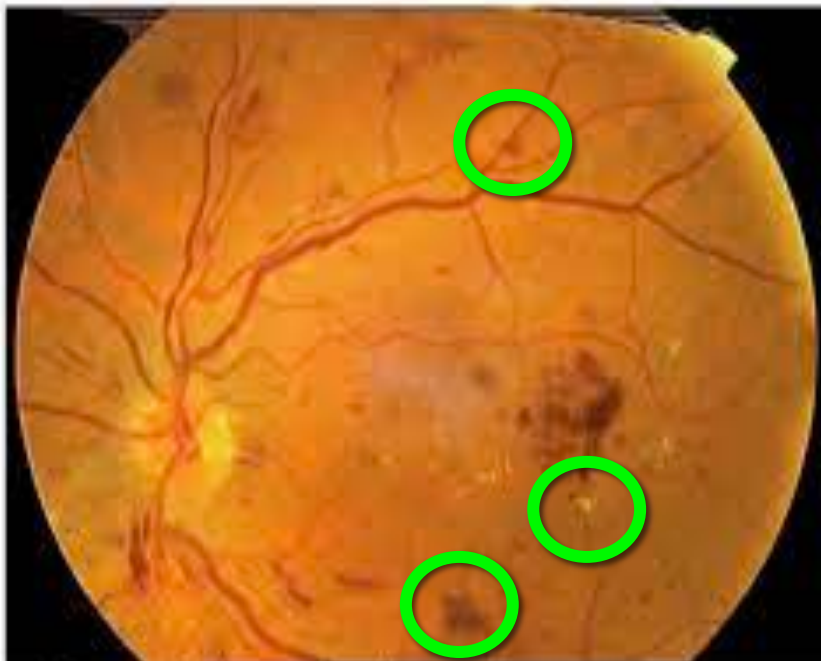


Retinopatía diabética no proliferativa.

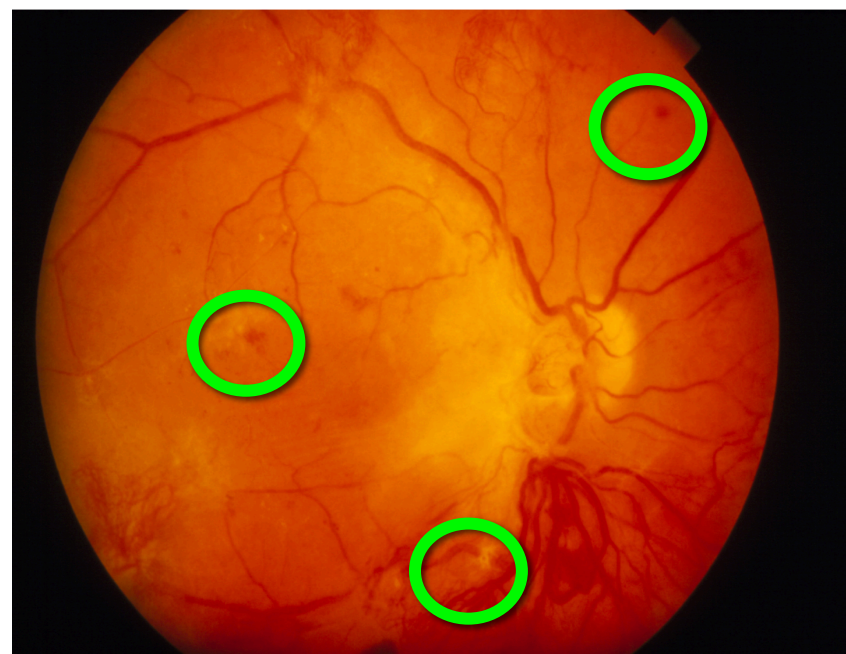


Retinopatía diabética proliferativa.

RETINOPATÍA DIABÉTICA

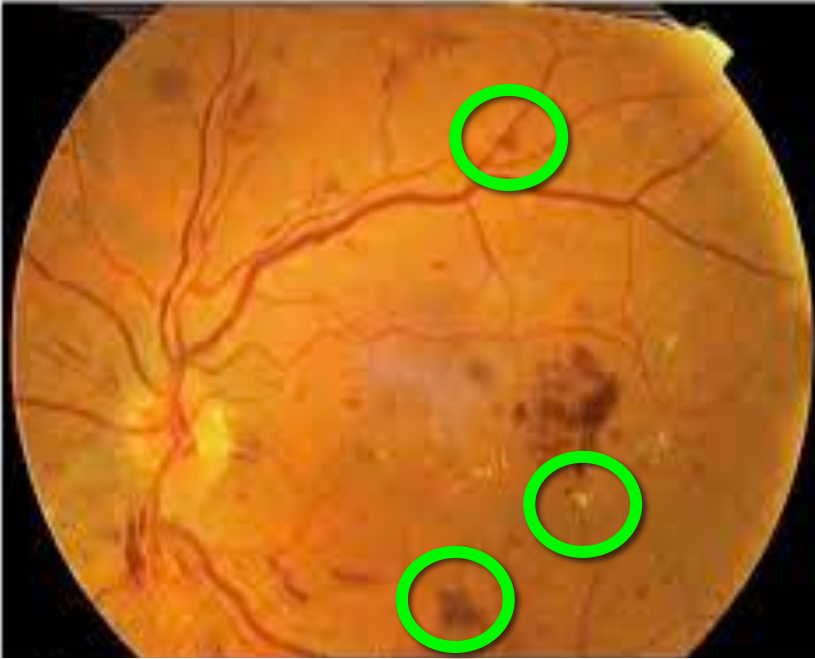


Retinopatía diabética no proliferativa.

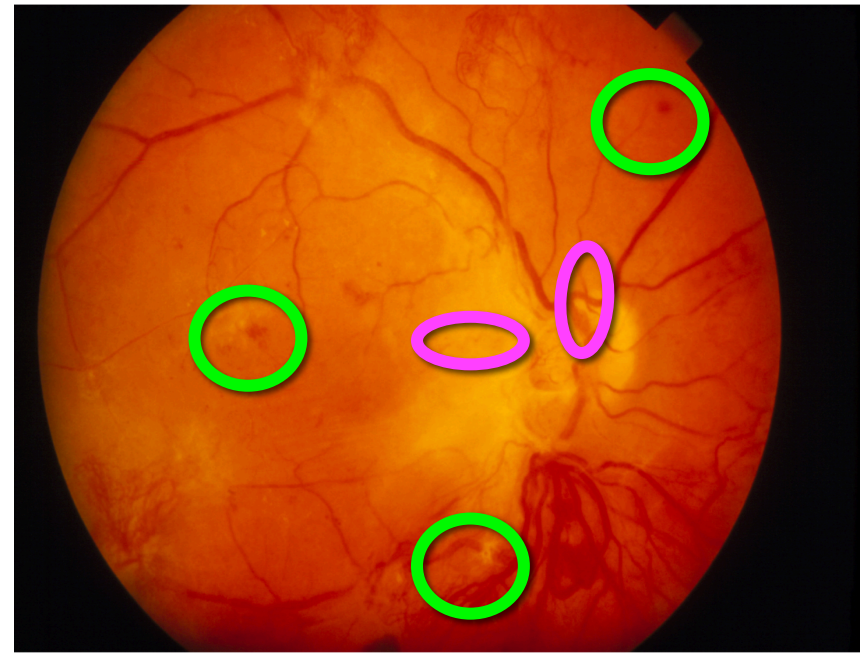


Retinopatía diabética proliferativa.

RETINOPATÍA DIABÉTICA



Retinopatía diabética no proliferativa.



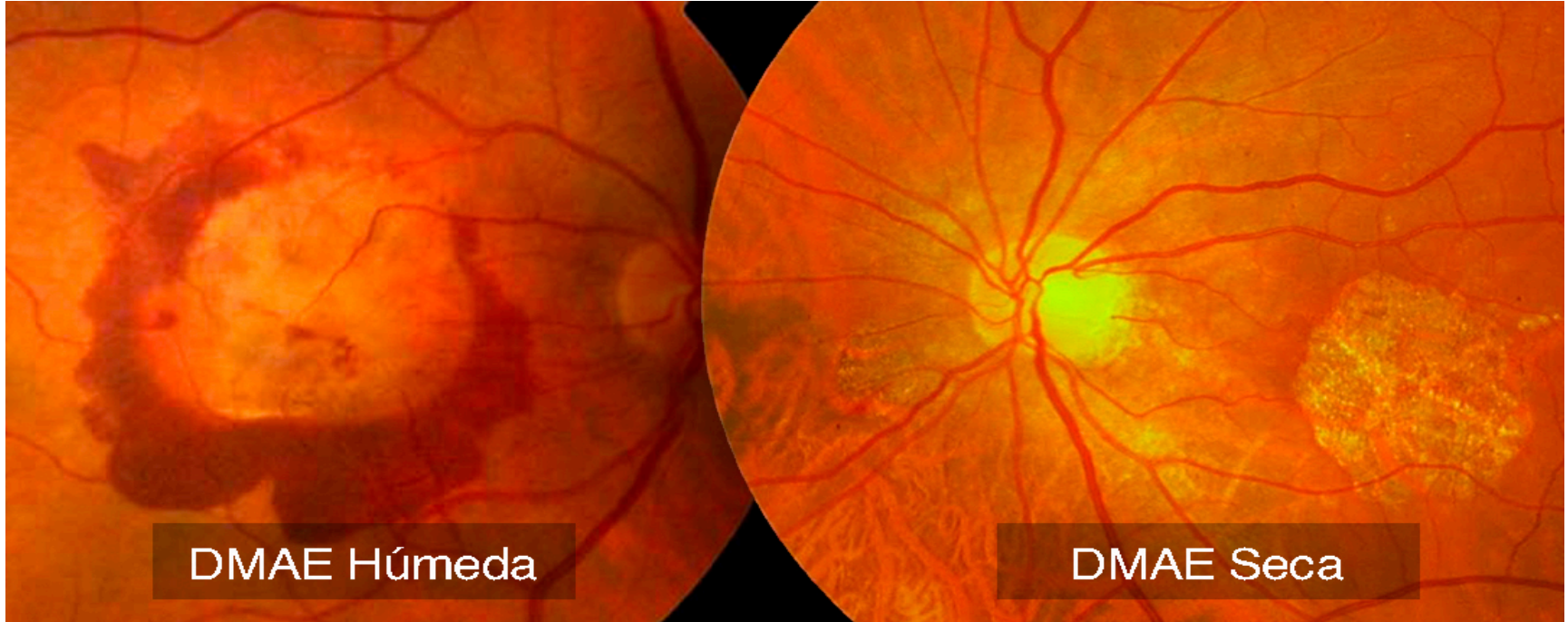
Retinopatía diabética proliferativa.

↓
Complicaciones como hemorragias vítreas, desprendimiento de retina o glaucoma neovascular, que implican pérdida de visión.

DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE)

- Primera causa de ceguera legal bilateral irreversible en los países desarrollados.
- Afecta a casi el 30% de la población geriátrica, siendo más frecuente en las mujeres.
- El engrosamiento de la membrana de Bruch secundario a la edad dificulta la vascularización de las células fotorreceptoras, con lo que la nutrición de estas puede verse comprometida y dar lugar a su muerte, produciendo una disminución de la agudeza visual.
- La clínica consiste en una disminución progresiva de la agudeza visual, alteración de la visión de los colores (discromatopsia), alteración de la percepción del tamaño y forma (metamorfopsia), sensación de deslumbramiento ante estímulos luminosos y conservación del campo visual periférico pérdida progresiva del campo visual central, por lo que la ceguera no llega a ser total.

DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE)



- Neovasos que penetran a la zona macular, se rompen y producen hemorragias a nivel subretiniano, exudación y desprendimiento de retina.
- Peor pronóstico.

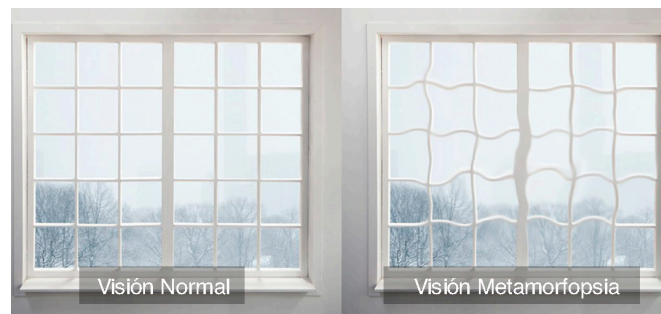
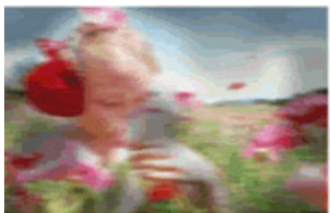
- Más frecuente y la menos grave.
- Aparecen depósitos amarillentos, **drusas**, por la desintegración del epitelio pigmentario de la retina y de los fotorreceptores.
- Se produce en áreas de atrofia coriorretiniana.

Visión Normal



DMAE

Visión con Retinopatía Diabética



GLAUCOMA



Visión Normal



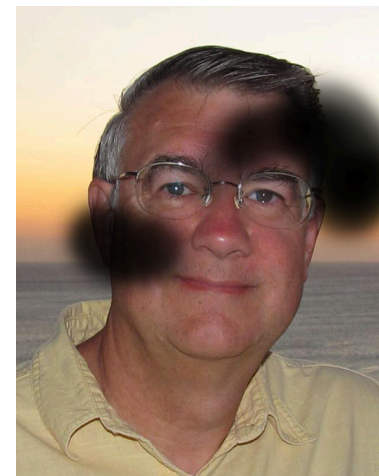
Glaucoma Etapa Temprana



Glaucoma Avanzado



Glaucoma Etapa Final



PÉRDIDA DE VISIÓN. Consecuencias. Relación con GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS



Journal of the American Medical Directors
Association

Volume 22, Issue 6, June 2021, Pages 1162-1167.e3



Original Study

Visual and Hearing Impairment Are Associated With Delirium in Hospitalized Patients: Results of a Multisite Prevalence Study

Alessandro Morandi MD, MPH ^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Marco Inzitari MD, PhD ^{c, d}, Cristina Udina MD ^{c, d}, Neus Gual MD, PhD ^c, Miriam Mota MSc ^c, Elena Tassistro MS ^e, Anita Andreano MSc ^e, Antonio Cherubini MD, PhD ^f, Simona Gentile MD ^{a, b}, Enrico Mossello MD ^g, Alessandra Marengoni MD, PhD ^h, Anna Olivé MD ⁱ, Francesc Riba MD ^j, Domingo Ruiz MD, PhD ^{k, l}, Elisabet de Jaime MD, PhD ^m, Giuseppe Bellelli MD ^{n, o}

Italian Study Group of Delirium¹

> *J Am Geriatr Soc* . 2021 marzo;69(3):644-650. doi: 10.1111/jgs.16933. Epub 2020 1 de diciembre.

Longitudinal Association Between Hearing Loss, Vision Loss, Dual Sensory Loss, and Cognitive Decline

Shaoqing Ge ¹, Eleanor S McConnell ^{2 3}, Bei Wu ⁴, Wei Pan ^{2 5}, XinQi Dong ⁶,
Brenda L Plassman ⁷

PÉRDIDA DE VISIÓN. Consecuencias. Relación con GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Reducing fall risk in the **elderly**: risk factors and fall prevention, a systematic review.

Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK.

Minerva Med. 2014 Aug;105(4):275-81. Epub 2014 May 27.

Vision impairment and **depression** among older adults in low- and middle-income countries.

Abou-Hanna JJ, Leggett AN, Andrews CA, Ehrlich JR.

Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Jan;36(1):64-75. doi: 10.1002/gps.5394. Epub 2020 Sep 1.

Association of **vision** problems with **psychosocial factors** among middle-aged and older individuals: findings from a nationally representative study.

Hajek A, Wolfram C, Spitzer M, König HH.

Aging Ment Health. 2021 May;25(5):946-953. doi: 10.1080/13607863.2020.1725806. Epub 2020

Aislamiento social y otros

**PÉRDIDA DE VISIÓN. Consecuencias.
Relación con GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

Cumulative Effect of Visual Impairment, Multimorbidity, and Frailty on Intrinsic Capacity in Community-Dwelling Older Adults.

Ho VWT, Chen C, Merchant RA.

J Aging Health. 2020 Aug-Sep;32(7-8):670-676. doi: 10.1177/0898264319847818. Epub 2019 May 8.



FRAGILIDAD, MOVILIDAD/INMOVILIDAD, CAPACIDAD FUNCIONAL, DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN.

Síndrome de Charles Bonnet: las alucinaciones no psiquiátricas



Charles Bonnet syndrome: Non-psychiatric hallucinations

Cartas científicas / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;**52(2)**:102-109