

LA CEGUERA EN HONDURAS

ESTUDIO ESTADÍSTICO COMPARATIVO* Por

el Dr. JOSÉ GONEZ-MARQUEZ GIRONES

La pérdida del sentido de la visión es una de las incapacidades más terribles que puede sufrir un ser humano. Afecta al individuo como unidad y afecta asimismo a la sociedad de la cual se convierte en una carga; su estudio, en consecuencia, reviste suma importancia: para el oftalmólogo, porque a él le incumbe averiguar las causas que la producen, su forma de prevenirla y su manera de tratarla; para el médico general, porque muchas de las causas de la ceguera no son problemas puramente locales sino de orden general, para el médico sanitario, porque de su cooperación depende en gran parte la prevención de la incapacidad y para el Estado, porque en todos los países del mundo son millares los hombres y mujeres que, útiles en otros aspectos, vienen a sumarse a las legiones de inválidos, agravando así el problema de la asistencia social.

Es por las razones arriba apuntadas, que hoy en día la mayor parte de las naciones se cuenta con datos muy aproximados del número de ciegos existentes, del grado de ceguera, de las edades en que están comprendidos, de las causas que originaron la ceguera, de la influencia del sexo, de la raza, de factores climáticos, higiénicos, etc. En todas esas naciones ha servido de base para hacer tales estudios, un servicio nacional de **estadística** bien organizado; en Honduras, donde las estadísticas fallan lamentablemente, intentar siquiera esbozar un trabajo de esta naturaleza ofrece grandes dificultades, algunas de ellas insuperables. Véase, por tanto, en este aporte, un simple ensayo con la esperanza de que establezca en líneas generales las características de nuestra ceguera.

Mas, antes de entrar en materia, es necesario que nos hagamos esta pregunta: ¿que se entiende por ceguera? Se han emitido varias respuestas a esta interrogación; no obstante, existe un criterio bastante aceptado, según el cual, se considera ciega a una persona cuando su visión no alcanza un vigésimo de la visión normal o cuando no está en capacidad de contar los dedos de la mano a un metro de distancia. Agreguemos a esto que el concepto de ciego lleva consigo el de que la incapacidad afecte a ambos ojos; sin em-

* Trabajo presentado en las Segundas Jornadas Médicas de Honduras (Septiembre, 1955).

bargo, muchos autores hablan de ceguera monocular, y esto se comprende bien si se toma en cuenta que, dejando a un lado el factor asistencial, tiene sumo interés averiguar cuáles son las circunstancias que pueden mediar para que un sujeto pierda la visión en un solo ojo. Es necesario, por otra parte, hacer una aclaración: la ceguera, considerando como tal un estado que incapacita al individuo desde el punto de vista visual, para desarrollar sus actividades, es relativa y depende en gran parte de las necesidades de cada uno; así, un campesino puede desempeñar sus labores y ganarse la vida con una visión rudimentaria, mientras que con ésta, un relojero o un aviador, deben considerarse inválidos. En vista de estas circunstancias, hemos creído oportuno ser bastante flexibles en nuestro estudio y a parte de la ceguera propiamente dicha, o sea la-binocular, hemos considerado también la monocular.

Como dijimos anteriormente, no hay posibilidad en nuestro medio de obtener datos estadísticos sobre los ciegos; por ello, y siguiendo la pauta trazada por algunos autores en otros países, ha servido de base la revisión de la estadística llevada en el Servicio de Oftalmología del Hospital General de Tegucigalpa, que si bien es cierto adolece de muchos defectos, es lo mejor que hemos podido encontrar. Todos nuestros datos se referirán, por lo tanto, a un total de 12.861 hojas clínicas de enfermos, que han sido revisadas.

Con el fin de ilustrar hasta qué punto la ceguera es un problema en todos los países del mundo, daremos a continuación algunas cifras que son por sí solas sumamente elocuentes.

Haciendo una comparación en cuanto a la incidencia de la ceguera en relación con los distintos tipos raciales, se han encontrado variaciones sumamente interesantes. Posiblemente el factor racial propiamente dicho no es el único que interviene en las diferencias que vamos a mencionar, ya que cada grupo étnico lleva consigo un conjunto de factores de tipo geográfico, climático, económico y cultural, que deben influir poderosamente en la aparición de la ceguera. Se calcula que por cada 10.000 individuos intercontinentales hay la siguiente cantidad de ciegos: 11 indostánicos, 7 negros, 6 mulatos, 5 blancos y un amarillo.

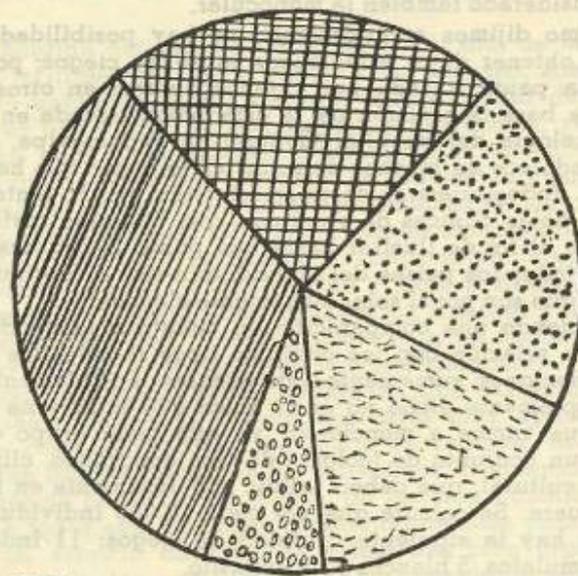
Si nos referimos al volumen de la ceguera en varios países, encontramos lo siguiente:

Número de ciegos por cada **10.000 habitantes**.—Egipto: **470** (cifra que se puede ver aterradora); 970 monoculares. India: 25, con igual cantidad de ciegos monoculares. Rusia: 19.6. Estonia: 19.5. Letonia y Lituania: 15. España: 11.6. Austria: 9.09. Noruega: 8.7. Inglaterra: 8.6. Bélgica: 8.1. Italia: 7.5. Alemania y Suiza: 7.2. Francia: 6.2. Dinamarca: 4.4.

Según estadísticas modernas, la ceguera lejos de disminuir <en incidencia, como parecería lógico, ha aumentado en muchos países, como es el caso en Alemania, Inglaterra, Dinamarca, Suiza, Noruega y Francia.

En **Honduras** no podemos siquiera sospechar qué cantidad de ciegos existen. Estamos en condiciones de afirmar simplemente que -entre **12.861** pacientes oftálmicos había **280** ciegos (bilaterales) Y

DISTRIBUCION DE LA CEGUERA POR RAZAS
NUMERO DE CIEGOS POR CADA 10.000 INDIVIDUOS

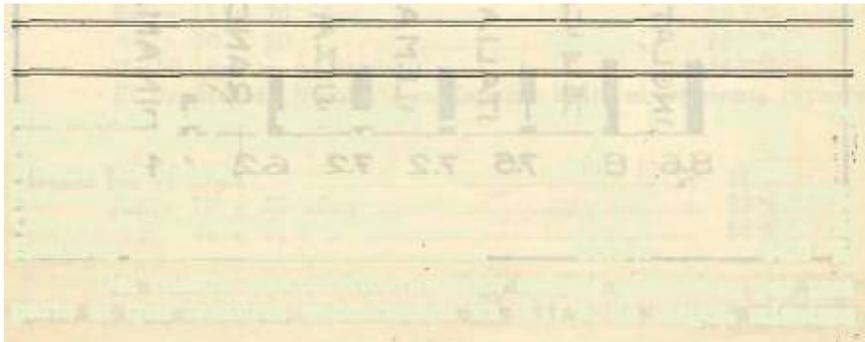


-  11 INDOSTANICOS
-  7 NEGROS
-  5 BLANCOS
-  6 MULATOS
-  1 AMARILLO

418 monoculares. Si tomamos hipotéticamente como índice de ceguera en Honduras un término medio entre los ya apuntados para diversos países, este es un 11.5 por cada 10.000 habitantes, y tomando en cuenta que según la estadística de 1953, Honduras tenía una población de 1.555.064 habitantes, nos corresponderían 1.789 ciegos.

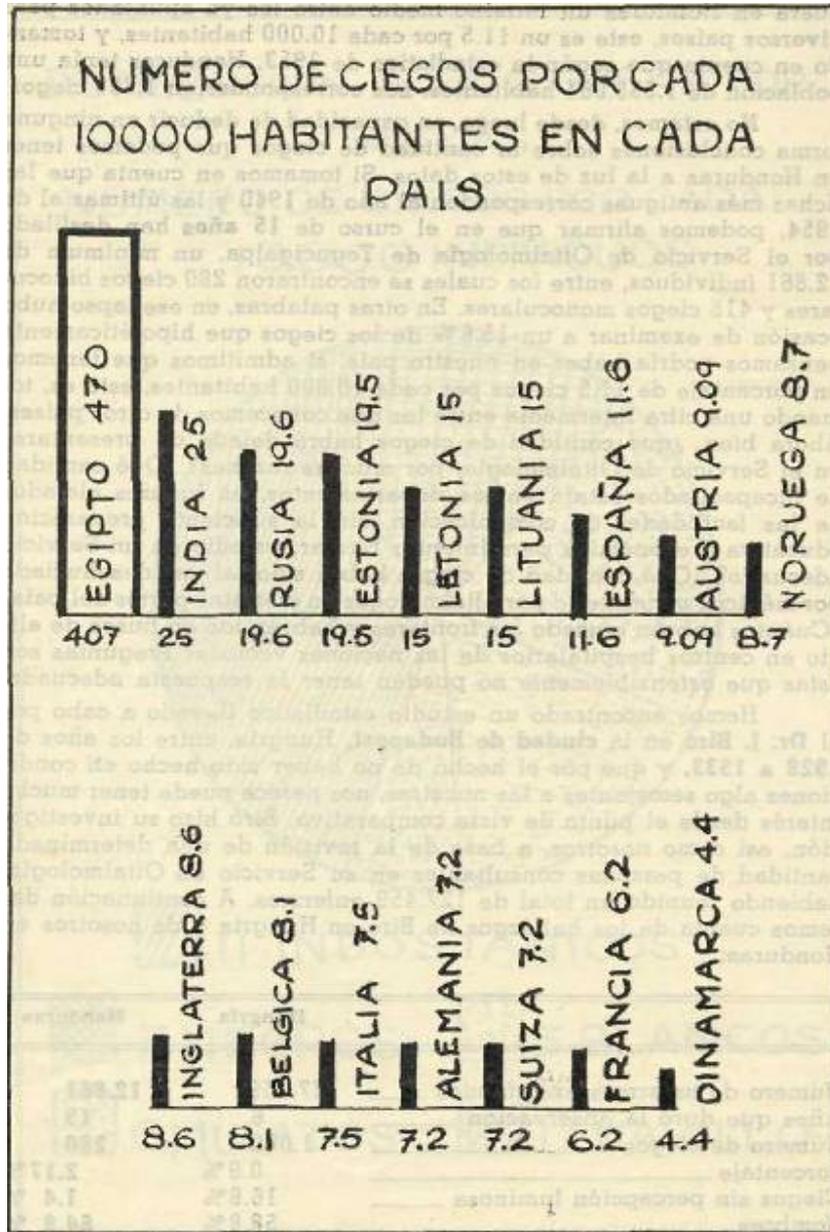
No estamos, desde luego, en capacidad de deducir en ninguna forma conclusiones sobre la cantidad de ciegos que podemos tener en Honduras a la luz de estos datos. Si tomamos en cuenta que las fichas más antiguas corresponden al año de 1940 y las últimas al de 1954, podemos afirmar que en el curso de 15 años han desfilado por el Servicio de Oftalmología de Tegucigalpa, un mínimo de 12.861 individuos, entre los cuales se encontraron 280 ciegos binoculares y 418 ciegos monoculares. En otras palabras, en ese lapso hubo ocasión de examinar a un 15.6% de los ciegos que hipotéticamente pensamos podría haber en nuestro país, si admitimos que tenemos un porcentaje de 11.5 ciegos por cada 10.000 habitantes, esto es, tomando una cifra intermedia entre las que conocemos de otros países. Ahora bien, ¿qué cantidad de ciegos habrá dejado de presentarse en el Servicio de Oftalmología, por muchas razones? ¿Qué cantidad de incapacitados estará en los departamentos, en lugares alejados de las facilidades de comunicación, sin la suficiente preparación educativa o económica para intentar buscar remedio en un Servicio adecuado? ¿Qué cantidad de ciegos habrá sido tal vez desahuciada por médicos generales o por oftalmólogos en distintas partes del país? ¿Cuántos habrán cruzado las fronteras y habrán ido en busca de alivio en centros hospitalarios de las naciones vecinas? Preguntas son éstas que ostensiblemente no pueden tener la respuesta adecuada.

Hemos encontrado un estudio estadístico llevado a cabo por el Dr. J. Biró en la ciudad de Budapest, Hungría, entre los años de 1928 a 1933, y que por el hecho de no haber sido hecho en condiciones algo semejantes a las nuestras, nos parece puede tener mucho interés desde el punto de vista comparativo. Biró hizo su investigación, así como nosotros, a base de la revisión de una determinada cantidad de personas consultantes en su Servicio de Oftalmología, habiendo reunido un total de 127.459 enfermos. A continuación daremos cuenta de los hallazgos de Biró en Hungría y de nosotros en Honduras:



	Hungría	Honduras
Número de enfermos examinados.....	127.459	12.86E
Años que duró la observación	6	15
Número de ciegos	1.000	280
Porcentaje.....	0.9%	2.17%
Ciegos sin percepción luminosa	16.8%	1.4 %
Hombres	58.8 %	64.8 %

Del cuadro comparativo anterior merece destacarse por una parte el que nosotros encontramos un 2.17% de ciegos, mientras



'que en Hungría sólo encontraron un 0.9%; en cambio, es mucho más favorable para nosotros el hecho de que únicamente un 1/4% de los ciegos no tenían percepción luminosa mientras que en Hungría llegaba esta situación a afectar hasta a un 16.8% de los casos. Por otra parte, es de notar la preponderancia de nuestros hombres en la (ceguera, representado en el hecho de que el sexo masculino abarca preponderancia masculina en la ceguera en Honduras es sólo cierta hasta un 64.8% contra 58.8% en Hungría. Nosotros creemos que la en alguna medida. Es decir, no cabe duda que, entre nosotros la mujer está mucho menos sometida a ciertos posibles factores causales como las actividades industriales, por ejemplo; pero tampoco hay que olvidar que por el hecho de estar la mujer en Honduras relegada a un plano muy secundario, se siente menos obligada que el hombre a acudir a centros asistenciales cuando su facultad visual disminuye. Agreguemos que el porcentaje más fuerte del lado masculino es, más o menos, universal. Así por ejemplo, la Enciclopedia Oftalmológica Francesa, cita un 79% de ceguera masculina en Francia, cifra muy inflada, como puede verse, y que posiblemente <es atribuible a la gran cantidad de ciegos de la primera guerra mundial.

Por lo que se refiere al **grado de ceguera**, he aquí los porcentajes obtenidos en nuestros 280 ciegos:

Visión 0 en ambos ojos	4 (1.4%)
Visión reducida a movimientos de mano o contaje de dedos en ambos	231 (82.6%)
Visión de 0 en un lado y contaje de de- dos en el otro	45 (16 %)

Vemos, por lo tanto, que la mayor parte de nuestros ciegos, el 82.6%, estaba en capacidad de contar dedos a 1 m. de distancia. Por lo tanto, se refiere a las edades, nuestros ciegos estuvieron repartidos en la siguiente forma:

Hasta los 15 años	9 %
Entre 15 y 30 años	28.2%
" 30 " 50 "	28.6%
De 50 años en adelante	34.2%

El Dr. Mérida Nicolich, en España, halló el siguiente reparto de edades:

Hasta los 16 años	17%
Entre 16 y 40 años	33%
" 40 " 81 "	50%

Los datos estadísticos de España y los nuestros, como se puede ver, coinciden en este punto en forma bastante aproximada.

**PORCENTAJES DE CEGUERA MONOCULAR Y BINOCULAR
EN ESPAÑA Y EN HONDURAS**

	España	Honduras
Número de pacientes examinados	10.000	12.861
Porcentaje de ceguera binocular	6.75%	3 %
Porcentaje de ceguera monocular	2.87%	2.17%

Porcentajes de reacciones de Kahn positivas en 286 ciegos mono o biculares, en Honduras: 43.8%.

GRADOS DE CEGUERA EN HONDURAS

Visión 0 en ambos ojos	4 (1.4%)
Visión reducida a movimientos de mano o contaje de dedos en ambos	231 (82.6%)
Visión de 0 en un lado y contaje de de- dos en el otro	45 (16 %)

**AGRUPACION DE LA CEGUERA POR EDADES
EN HONDURAS**

Hasta los 15 años	9 %
Entre 15 y 30 años	28.2%
„ 30 „ 50 „	28.6%
De 50 años en adelante	34.2%

**AGRUPACION DE LA CEGUERA POR EDADES
EN ESPAÑA**

Hasta los 16 años	17%
Entre 16 y 40 años	33%
„ 40 „ 81 „	50%

CAUSAS DE LA CEGUERA EN UN TOTAL DE 698 INDIVIDUOS EN HONDURAS

	Monocular	Binocular
Cataratas	34.5%	50.3 %
Leucomas	11.8%	8.9 %
Iridociclitis	8.4%	5.6 %
Traumatismos	8.4%	No llega a porcentaje
Queratitis parenquimatosas	6.4%	5 %
Úlceras corneales	6 %	No llega a porcentaje
Atrofias n. óptico	5.3%	9.2 %
Glaucoma	4.8%	5 %
Coriorritinitis	3.4%	1.07 %
Pterigión	2 %	1.4 %
Desprendimiento de la retina	1.7%	2.9 %
Ambliopía exanopsia	1.4%	Sin porcentaje
Retinitis pigmentaria	1.2%	2.9 %
Miopías altas	1.1%	1.8 %
Neuritis ópticas	0.7%	1.07%

Por el cuadro anterior vemos fácilmente el incremento que toman como causas etiológicas de la ceguera binocular, la catarata y la atrofia del nervio óptico, mientras que los traumatismos que ocupan el cuarto lugar en la ceguera monocular, desaparecen prácticamente como factor causal en la ceguera binocular.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS CAUSAS DE LA CEGUERA EN DIVERSOS PAÍSES

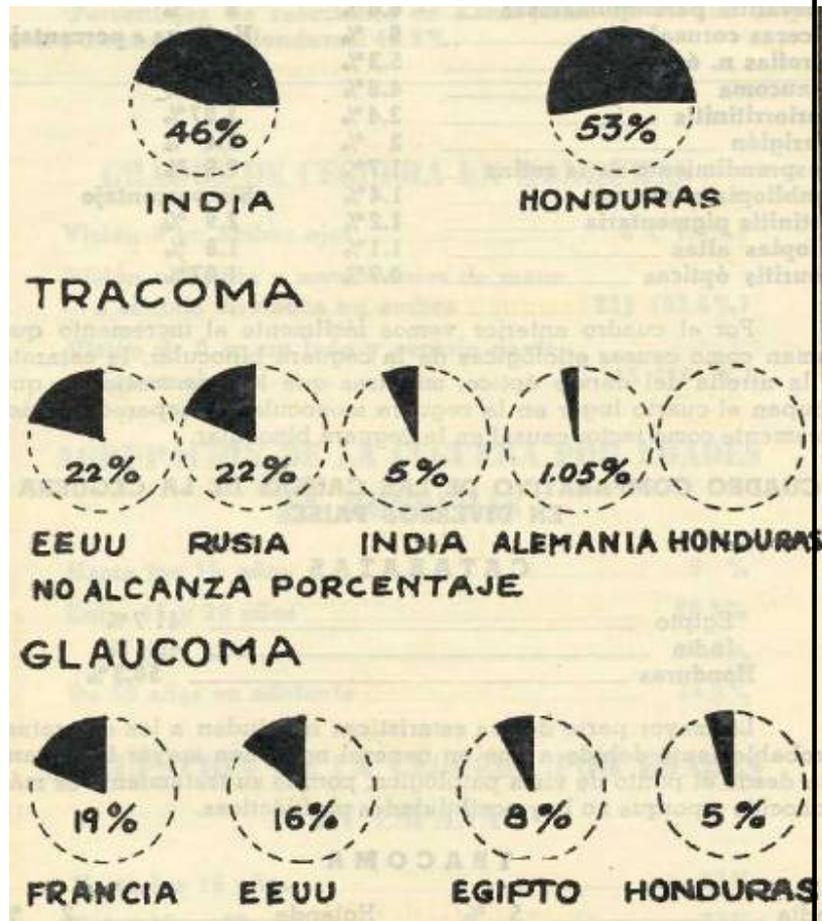
CATARATAS

Egipto	41.7%
India	46 %
Honduras	50.3%

La mayor parte de las estadísticas no aluden a las cataratas, probablemente debido a que en general no tienen mayor importancia desde el punto de vista patológico, porque su tratamiento es más conocido o porque no hay posibilidades profilácticas.

TRACOMA			
India	5 %	Holanda	2 %
Egipto	8 %	Estados Unidos	22 %
España	9.1%	Estonia	11.2 %
Rusia	22 %	Alemania	1.05%
Honduras: no alcanza porcentaje			

CUADRO COMPARATIVO DE LA CEGUERA EM DIVERSOS PAÍSES CATARATAS



GLAUCOMA

Egipto	9.8%	Estados Unidos	11 %
Francia	19 %	Estonia	17.8 %
España	9.6%	Letonia	13.9 %
Rusia	16 %	Hungría	19 %
Holanda	8 %	Honduras	5 %

ATROFIA OPTICA

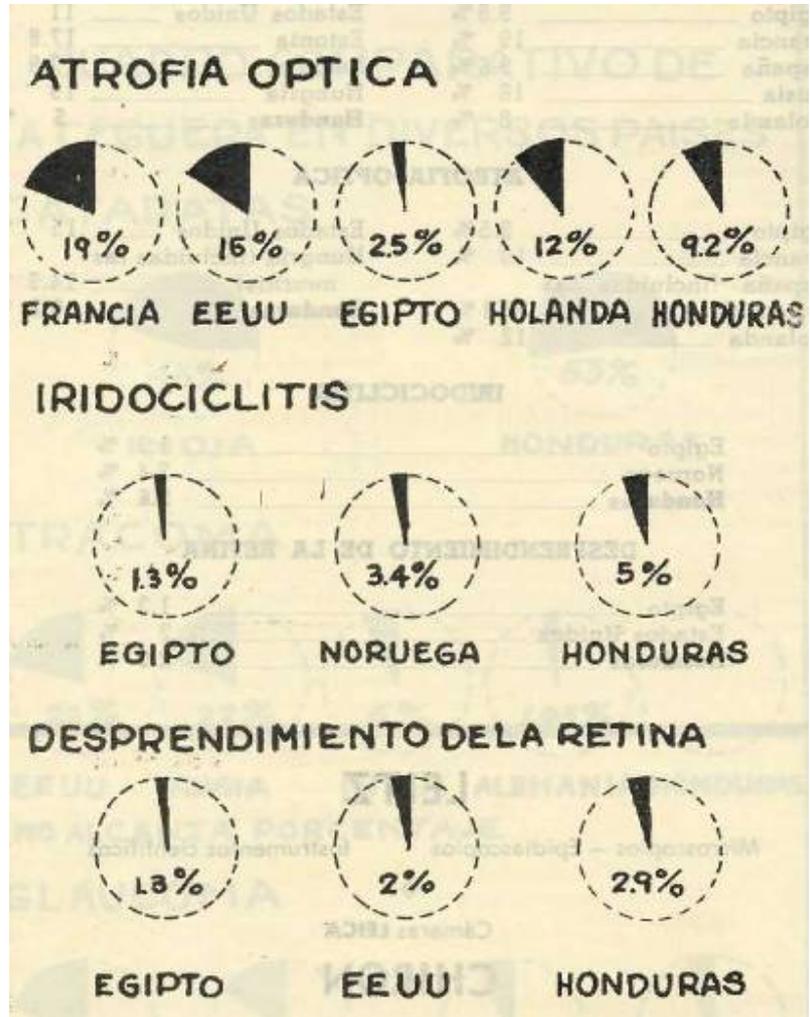
Egipto	2.5%	Estados Unidos	15 %
Francia	19 %	Hungría (incluidas las	
España (incluidas las		neuritis)	24.9 %
neuritis)	28.1 %	Honduras	9.2 %
Holanda	12 %		

IRIDOCICLITIS

Egipto	1.3 %
Noruega	3.4 %
Honduras	5.6 %

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Egipto	1.3 %
Estados Unidos	2 %
Honduras	2.9 %



MIOPIA	
Egipto	2.3 %
Francia	8 %
Letonia	2.9 %
Estonia	3.5 %
Alemania	5.13 %
Honduras	1.8 %

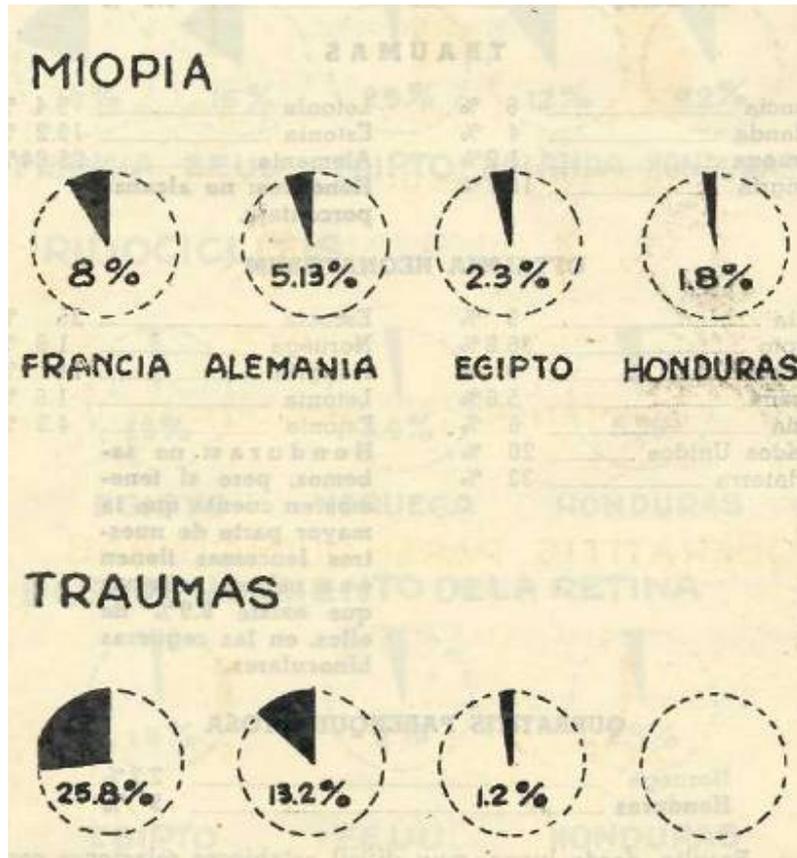
TRAUMAS			
Francia	6 %	Letonia	9.4 %
Holanda	4 %	Estonia	13.2 %
Noruega	1.2 %	Alemania	25.84 %
Hungría	10.7 %	Honduras: no alcanza porcentaje.	

OFTALMIA NEONATORUM			
India	9 %	Escocia	25 %
Egipto	36.8 %	Noruega	1.8 %
Francia	9 %	Hungría	14 %
España	5.6 %	Letonia	1.6 %
Rusia	6 %	Estonia	4.3 %
Estados Unidos	20 %	Honduras: no sabemos, pero si tenemos en cuenta que la mayor parte de nuestros leucomas tienen ese origen, sabemos que existe 8.9% de ellos, en las cegueras binoculares.	
Inglaterra	33 %		

QUERATITIS PARENQUIMATOSA

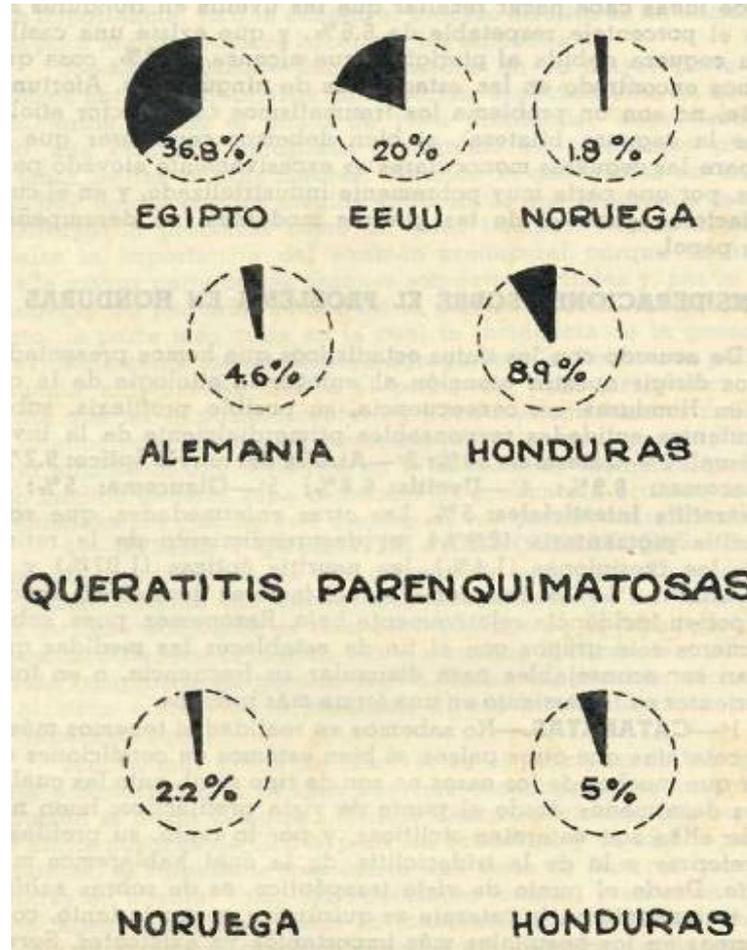
Noruega	2.2 %
Honduras	5 %

Resulta, desde luego, muy difícil establecer relaciones concretas entre los diversos datos estadísticos mencionados para distintos países, ya que, como se dijo anteriormente, existen variaciones ostensibles que dependen de la forma cómo se han llevado a cabo los cálculos. Sin embargo, hay cifras que resaltan claras indicando las peculiaridades propias de cada zona geográfica. Así, en casi todos los países, el tracoma, el glaucoma, las atrofas ópticas, los traumas y las conjuntivitis' purulentas son los mayores responsables de la ceguera. En Honduras, en cambio, el tracoma no cuenta como etiología; el glaucoma sólo llega a afectar al 5% de los ciegos binoculares y el 4.8% de los monoculares, al paso que en Hungría



ALEMANIA ESTONIA NORUEGA HONDURAS
NO ALCANZA PORCENTAJE

OFTALMÍA NEONATORUM



y en Francia llegan al 19%. Las atroñas ópticas que alcanzan el 15% en los Estados Unidos y el 19% en Francia, sólo llegan al 2% en Honduras. Las conjuntivitis purulentas deben considerarse en nuestro país como factor importante de ceguera, ya que la inmensa mayoría de enfermos clasificados como leucomas, tuvieron sus opacidades corneales debido a estas infecciones. En este mismo orden de ideas cabe hacer resaltar que las uveítis en Honduras alcanzan el porcentaje respetable de 6.6%, y que existe una casilla para la ceguera debida al pterigión, que alcanza un 2%, cosa que no hemos encontrado en las estadísticas de ningún país. Afortunadamente, no son un problema los traumatismos como factor etiológico de la ceguera bilateral, si bien debemos considerar que el 8.4% para las cegueras monoculares es excesivamente elevado para un país, por una parte muy pobremente industrializado, y en el cual otros factores como el de las guerras modernas, no desempeñan ningún papel.

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA EN HONDURAS

De acuerdo con los datos estadísticos que hemos presentado, debemos dirigir nuestra atención al enfocar la etiología de la ceguera en Honduras, en consecuencia, su posible profilaxis, sobre las siguientes entidades responsables primordialmente de la invalidez visual: 1°—**Cataratas: 50%**; 2°—**Atrofia del nervio óptico; 9.2%**; 3°—**Leucomas: 8.9%**; 4°—**Uveítis: 6.6%**; 5°—**Glaucoma: 5%**; y 6°.—**Queratitis intesticiales: 5%**. Las otras enfermedades, que son, la retinitis pigmentaria (2.9%), el desprendimiento de la retina (2.9%), los pterigiones (1.4%), las neuritis ópticas (1.07%) y la miopía alta (1.8%) no son, como se ve, factores demasiado importantes por su incidencia relativamente baja. Razonemos, pues, sobre los primeros seis grupos con el fin de establecer las medidas que pudieran ser aconsejables para disminuir su frecuencia, o en todo caso, orientar su tratamiento en una forma más práctica.

1°—**CATARATAS.**—No sabemos en realidad si tenemos más o menos cataratas que otros países, si bien estamos en condiciones de afirmar que muchos de los casos no son de tipo senil, ante las cuales estamos desarmados desde el punto de vista profiláctico; buen número de ellas son cataratas ciclíticas, y por lo tanto, su profilaxis debe referirse a la de la iridociclitis, de la cual hablaremos más adelante. Desde el punto de vista terapéutico, es de sobras sabido que el tratamiento en la catarata es quirúrgico, y por lo tanto, conviene crear en los hospitales más importantes ya existentes, Servicios de Oftalmología con un personal que tenga el entrenamiento debido.

2°—**ATROFIAS DEL NERVIO ÓPTICO.**—Como es bien sabido, es una enfermedad eminentemente endógena, en la cual la luz desempeña un papel importantísimo. Según los estudios llevados a cabo por nosotros mismos en un número limitado de pacientes y que fue objeto de una comunicación al Sexto Congreso Médico Centroamericano que se reunió en Tegucigalpa en el mes de diciembre próximo

pasado, el 60.5% de los enfermos con atrofas ópticas tenían serología por sífilis positiva en la sangre o en el líquido cefalorraquídeo. Sería del caso en estas circunstancias, que la profilaxis de esta enfermedad se dirigiera en primera línea a la prevención y al tratamiento adecuado, tanto de la sífilis congénita como adquirida. Es, precisamente, en esta enfermedad donde la medicina preventiva tiene gran importancia, ya que cuando el proceso atrófico se ha iniciado, es bien poco lo que podemos hacer por los enfermos.

3°—**LEUCOMAS.**—Son originados en su mayor parte entre nosotros por la conjuntivitis gonocócica, especialmente en su forma neonatorum. Desde el punto de vista profiláctico debe llevarse a cabo una campaña apropiada consistente en el examen prenatal en masa de las futuras madres, tratando la gonococcia en ellas, lo cual hoy en día con los medios antibióticos que tenemos a mano no constituye un problema como en otros tiempos. Hemos dejado de señalar la importancia del examen prenupcial porque en nuestro país la mayor parte de las uniones son extramaritales y, por lo tanto, solamente un pequeño núcleo de la población sería favorecido, por cierto, la parte más culta en la cual la incidencia de la gonococcia es evidentemente menor. Deberá agregarse a lo dicho, una poderosa campaña antivenérea. Desde el punto de vista terapéutico, como quiera que no es posible contar en Honduras con número suficiente de oftalmólogos ni ello es necesario en este caso, procede insistir en la educación oftalmológica en la Escuela de Medicina, para que todo médico general sepa reconocer la gonococcia ocular y tratarla adecuadamente cuando esté alejado de los grandes centros urbanos.

4 — **UVEITIS Y QUERATITIS PARENQUIMATOSAS.**—Son enfermedades infecciosas de tipo claramente endógeno. Considerando en primer término las queratitis parenquimatosas, es bien sabido que su base etiológica es más conocida que la de otras afecciones y que un 80%, por lo menos, son claramente luéticas, lo cual hemos podido comprobar en nuestro medio. Todas las consideraciones que se hicieron acerca de la profilaxis de las atrofas ópticas, pueden ser repetidas aquí.

Mucho más difícil de resolver es el problema de las iridoclitis y coriorretinitis. Si bien nosotros encontramos en nuestra contribución al Sexto Congreso Médico Centroamericano, una serología por sífilis positiva de 60.5% para las primeras, y de 52.6% para las segundas, es indudable que existe una serie de factores que deben tomarse en cuenta, como las infecciones focales, y en estos últimos años, agentes causales como la toxoplasmosis. La lucha contra la uveítis en Honduras presenta grandes dificultades, siendo absolutamente necesario crear los servicios de investigación en nuestros principales centros hospitalarios, con el fin de estudiar mejor esta enfermedad, para prevenirla en la medida de lo factible, o en todos caso, tratarla con una buena orientación.

5°.—**EL GLAUCOMA.**—Como ya se apuntó, es un problema menos grave entre nosotros que en otros países, ya que su incidencia es relativamente baja. Queremos dejar constancia de que un buen número de glaucomas que tenemos ocasión de observar,.