

ENVELLIMENT SALUDABLE

INFORMACIÓ I CONSELLS PER PROMOURE

LA SALUT VISUAL

EN LA GENT GRAN



ENVELLIMENT SALUDABLE

Autors

Marc Baget i Bernàldiz

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

Metge especialista en Oftalmologia.

Metge adjunt del Servei d'Oftalmologia de l'Hospital Sant Joan.

Universitat Rovira i Virgili. Reus.

Benilde Fontoba i Poveda

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

CAP Vinyets. Sant Boi de Llobregat (Barcelona) ICS.

**Institut de l'Envel·liment
de la Universitat Autònoma de Barcelona**

FICE-UAB

Sant Antoni Maria Claret, 171

08041 Barcelona

www.envelliment.org

fice@uab.es

Patrocini

Fundació Agrupació

www.fundacioagrupacio.es

fundacio@agrupacio.es

1a edició: Barcelona, juny 2013

Disseny i composició: Addenda

Dipòsit legal: B.16332-2013

Índex

1. Presentació	5
2. Anatomia de l'ull. El fenomen de la visió	7
3. Canvis fisiològics de la visió en la gent gran	11
4. Patologies oculars més freqüents en la tercera edat	15
4.1. Trastorns que afecten la superfície de l'ull.....	15
4.2. Trastorns oculars que no amenacen la visió.....	20
4.3. Trastorns oculars amenaçadors per a la visió.....	24
5. Interferència dels medicaments en la visió	31
6. Consells per gaudir d'una bona salut visual	33
7. Síntomes visuals urgents en la gent gran	37
8. Bibliografia	41

1. Presentació

L'objectiu d'aquesta publicació és explicar de manera entenedora el fenomen de la visió, així com donar els consells necessaris que cal adoptar per gaudir de bona salut visual durant la vellesa. A més, s'exposen els canvis fisiològics que es produeixen en la visió a mesura que anem envellint i s'indiquen les patologies oculars més freqüents que afecten la gent gran. Per últim, s'enumeren els símptomes visuals sobre els quals, en presentar-se i a causa de la seva transcendència, caldrà anar a buscar consell oftalmològic de manera preferent.

2. Anatomia de l'ull. El fenomen de la visió

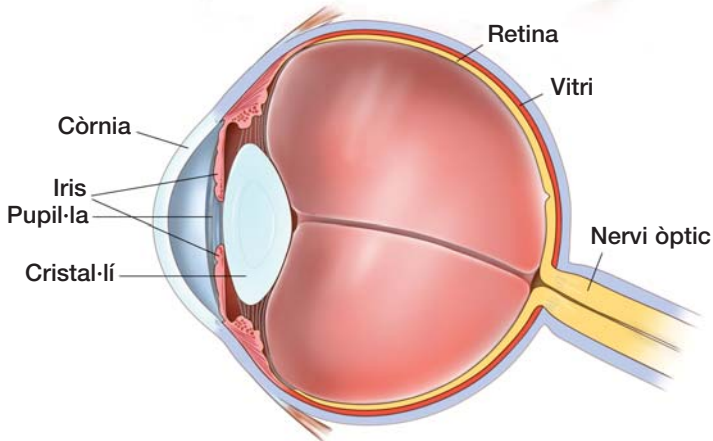
La capacitat que tenim les persones per veure'ns-hi ens ha permès relacionar-nos constantment amb els nostre entorn de manera adaptativa. Gràcies a l'òrgan de la vista, l'home primitiu va poder subsistir caçant les seves preses, i aprendre de l'experiència per acabar millorant les seves tècniques de caça. En l'actualitat, i com l'home ancestral, una bona visió ens ajuda a evitar accidents i ens permet accedir més fàcilment al conjunt de coneixements necessaris per subsistir dins del món complex i canviant del segle XXI.

El fenomen de la visió, com en el cas del cervell o el cor, no deixa de ser un petit miracle de la naturalesa. Perquè els nadons, al néixer, s'hi vegin, cal que prèviament, dins del ventre de les seves mares, s'hagin anat formant, de manera precisa, les diverses estructures que conformen l'ull.

No és el mateix mirar que veure. Podem veure coses sense ser conscients del que passa davant dels nostres ulls. Mirar, posar-hi consciència a allò que veiem, **interpretar-ho, requereix un grau més gran d'atenció**. Cal que l'ull i el cervell treballin de manera coordinada. Per tant, una lesió a l'ull o al cervell comprometrà la visió.

L'ull es molt semblant a una càmera fotogràfica. La llum que conté les imatges de l'exterior ha de travessar unes quantes estructures de l'ull abans de poder fixar-se sobre la retina. De fora a dins, aquestes estructures són (figura 1):

Figura 1



- **La còrnia:** es la part transparent corbada més externa de l'ull. Enfoca la llum sobre la retina. Equivaldria a la lent més externa d'una càmera de fotos.
- **La pupil·la:** és el punt negre que es troba al bell mig de l'iris (part de l'ull responsable del color dels ulls) i que canvia de dimensions en funció de la llum ambiental. Actua com el diafragma de la càmera fotogràfica, dilatant-se quan hi ha poca llum i contraient-se en situació contrària.
- **El cristal·lí:** es una lent transparent localitzada a mig camí entre la còrnia i la retina. Un múscul fa variar la seva forma i ens permet enfocar els objectes a qualsevol distància que es trobin de nosaltres. Quan el cristal·lí s'opacifica, dóna lloc a una cataracta. El cristal·lí correspondria a la lent interior d'una càmera de fotos.
- **El vitri:** és una gelatina transparent que omple l'ull i li dóna consistència.

- **La retina:** és la capa més interna de l'ull, formada per neurones on es concentren les imatges procedents de l'exterior. S'encarrega de transformar la llum que rep en un llenguatge més entenedor per al cervell. Equivaldria al ja superat carret de fotos.
- **El nervi òptic:** recull la informació visual elaborada per la retina i la condueix al cervell. Lesions que afectin aquesta estructura causaran pèrdues greus de la visió. Correspondria al cable USB que connecta una càmera moderna a l'ordinador per veure les fotos en la pantalla.

Per poder interpretar i dotar de sentit allò que veiem cal que l'àrea del cervell encarregada de la visió estigui en bon estat. Aquesta zona se situa a la part posterior del cap, concretament a la zona alta del clatell.

En aquesta regió es processen i analitzen les imatges com en un ordinador. Per tant, traumatismes o embòlies en aquest nivell donaran lloc a problemes importants de visió (figura 2).

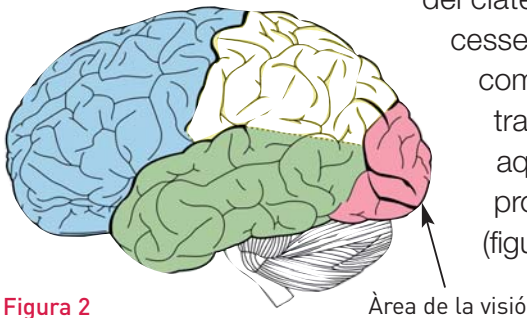


Figura 2

Punts clau

- Per gaudir de bona visió cal que els nostres ulls i el cervell estiguin sans.
- Les parts de l'ull se semblen a les d'una càmera fotogràfica.

3. Canvis fisiològics de la visió en la gent gran

A mesura que envellim, anem prenent consciència de la pèrdua de facultats físiques i mentals, que es produeixen de manera progressiva. Aquest curs insidiós ens permet anar-nos adaptant als canvis.

Els canvis físics que es produeixen ens resulten més evidents pel fet que són més fàcilment objectivables. A mesura que complim anys, per exemple, cada cop hem d'invertir més temps per recórrer una mateixa distància. La pèrdua de facultats mentals i sensorials, en canvi, són menys palpables. A nivell visual i en absència de malaltia, hi ha canvis que són força subtils.

Passem a descriure a continuació els canvis anatòmics més importants que es produeixen a l'ull amb el pas dels anys:

- **El cristal·lí s'engruixeix i es torna més opac i rígid.** Aquest fet, juntament amb la pèrdua de força del múscul que fa que es corbi per enfocar els objectes més propers, expliquen l'origen de la «**vista cansada**» o **presbícia**.
- **La pupil·la es torna més petita** i provoca una entrada menor de llum cap a la retina.
- Al gel vitri van apareixen grumolls que es mouen amb els moviments dels ulls i que són responsables de les «**mosques volants o flotants**» o de les opacitats mòbils que les persones grans veuen amb tanta freqüència.

- Disminució del nombre de les cèl·lules responsables de la visió en la retina.
- Alentiment dels moviments oculars. Els músculs que mouen els ulls ho fan de manera més lenta. Aquest fet determina que les persones grans tinguin menys capacitat de seguir objectes en moviment que les persones joves, la qual cosa es tradueix, per exemple, en una menor destresa en la conducció de vehicles.

El conjunt de canvis anatòmics en l'ull que hem descrit expliquen que les persones grans necessitin **més llum per llegir**. A més a més, moltes experimenten, al mateix temps, **enlluernament**. Això ho provoca la llum que es dispersa en travessar un cristal·lí amb cataractes. Al mateix temps, es va produint una **pèrdua de la capacitat de percepció del color**, ja que el cristal·lí actua com a filtre de la llum, i això fa que els objectes adoptin un to més grogós. També hi ha una **pèrdua de la sensibilitat al contrast**, que és la capacitat de diferenciar un objecte del fons en què es troba. A tall d'exemple, direm que si una persona pot distingir un gat blanc en un paisatge nevat és que té molt bona sensibilitat al contrast.

No obstant això, el que sens dubte genera més problemes d'adaptació en les persones grans és la **l'agudesa visual**, que ens permet identificar les cares de les persones o llegir. Una pèrdua important d'agudesa visual, provocada per exemple per una degeneració macular, minvarà la qualitat de vida de la persona afectada.



Punts clau

- Hi ha una disminució previsible dels paràmetres de visió en les persones grans.
- La presbícia o «vista cansada» apareix, de mitjana, als 45 anys.
- En absència de malaltia, no es produeix una pèrdua de visió en les persones grans que hagi d'afectar la seva qualitat de vida.

4. Patologies oculars més freqüents en la tercera edat

A continuació, passem a descriure els trastorns oculars que amb més freqüència afecten les persones grans. Els classificarem en:

1. Trastorns que afecten la superfície de l'ull
2. Trastorns oculars que no amenacen la visió
3. Trastorns oculars amenaçadores per a la visió

4.1. Trastorns que afecten la superfície de l'ull

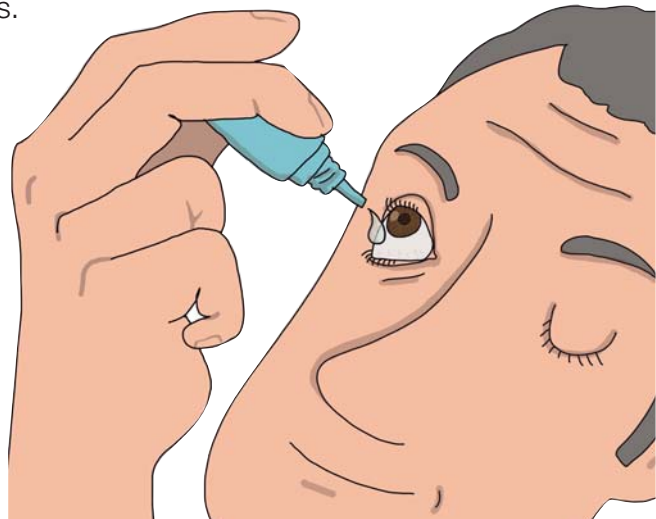
La majoria de trastorns oculars que afecten les persones grans es produeixen en la cara anterior de l'ull, és a dir, a la zona exposada a l'aire. Encara que la majoria d'aquestes incidències no amenacen la visió, donen mala qualitat de vida si no es tracten.

a) La síndrome de l'ull sec

La llàgrima nodreix la superfície de l'ull. Aquesta pel·lícula és aquosa produïda per un conjunt de glàndules situades per damunt de l'ull i a les parpelles. Si la pel·lícula lacrimal no és generada en prou quantitat per hidratar l'ull i nodrir-lo, aleshores comencen a aparèixer símptomes oculars. Les persones grans afectades per aquesta situació pateixen de la **síndrome de l'ull sec**, que consisteix en la presència de molèsties oculars que les persones solen descriure com «**tenir sorra o patir punxades a l'ull**». Els pacients

solen estar pitjor quan es lleven al matí i a l'hora d'anar a dormir. Hi ha certes situacions que empitjoren l'ull sec. La més habitual és fer tasques que requereixen concentració, com ara llegir o mirar la televisió, ja que mentre es manté l'atenció, es parpelleja menys i l'ull es resseca més en evaporar-se la llàgrima protectora. També empitjora en ambients amb poca humitat ambiental, com per exemple quan està en marxa l'aire condicionat o la calefacció. En moltes d'aquestes persones s'agreugen els símptomes quan entren en contacte amb l'aire del carrer.

Tenir cura de l'ull sec no és gens fàcil i requereix constància per part de la persona afectada. S'han de prendre **mesures higièniques**, com ara neteges de les pestanyes i parpelles amb sabó neutre i aigua tèbia, a fi de minimitzar la presència de secrecions, cèl·lules mortes i bacteris, que poden empitjorar els símptomes. A més a més, tot sovint s'han d'administrar **llàgrimes artificials** que hidratin i lubriquin la superfície de l'ull per limitar els símptomes de l'ull sec. S'aconsella utilitzar llàgrimes artificials sense conservants incorporats perquè es toleren millor. Hi ha diversos tipus de llàgrima artificial en funció de la gravetat del cas.



Punts clau

- El dèficit de llàgrima fa que la superfície de l'ull s'irriti i provoca la síndrome de l'ull sec.
- Aquesta síndrome no amenaça la integritat ocular però produeix molèsties importants que poden interferir en hàbits com la lectura.
- Perquè l'ull sec millori, cal ser constant amb el tractament.

b) Alteracions en l'anatomia de les parpelles i les pestanyes

En la gent gran és habitual observar alteracions en el creixement de les pestanyes o en la posició de les parpelles. Ambdues situacions poden provocar símptomes que poden ser força molestos.

ALTERACIONS DE LES PESTANYES

El trastorn més habitual és que les **pestanyes creixin en direcció a l'ull** (figura 3) en comptes d'enfora, especialment les pestanyes de la parpella inferior. A causa del moviment de parpelleig, es produeix un fregament repetitiu i molt molest de les pestanyes sobre la còrnia. Si aquest fregament es produeix sobre un ull sec, la molèstia pot ser molt invalidant. Cal actuar amb rapidesa a fi de millorar els símptomes del pacient i evitar una complicació greu, com pot ser una infecció de la còrnia, que podria comportar una pèrdua visual greu.

El tractament consisteix en la depilació definitiva de totes les pestanyes que tinguin un creixement alterat.

ALTERACIONS EN L'ANATOMIA DE LES PARPELLES

Les persones grans poden patir alteracions en la posició de les parpelles. Aquest fet es produeix per un augment patològic en la laxitud dels teixits que les componen, i sol afectar principalment la parpella inferior.

Les posicions anòmales més habituals són que la parpella es plegui endins (el que anomenem entropi, figura 3) o que es despengui deixant part de la superfície de l'ull al descobert (ectropi).

En l'entropi, les pestanyes freguen la superfície ocular i generen moltes molèsties a qui les pateix. Pot provocar infeccions corneals greus si no es corregeix quirúrgicament.

L'ectropi dona lloc a clínica ocular d'ull sec (sensació ocular de tenir sorra dins les parpelles). A més a més, aquests pacients solen plorar per l'ull afectat, ja que el punt lacrimal deixa de contactar l'ull, i la llàgrima no drena per la via lacrimal habitual. En casos greus pot dessecar-se la còrnia i posar en perill la seva integritat. La solució, com en el cas anterior, és quirúrgica.



Figura 3

HEMORRÀGIES EN LA SUPERFÍCIE DE L'ULL

La presència ocasional d'hemorràgies en la part blanca de l'ull és molt freqüent. Es produeixen per la ruptura de petites venes i capil·lars de la conjuntiva (generant hemorràgies subconjuntivals)

molt característiques. **Són taques vermelloses ben delimitades que generen pocs símptomes.** A vegades van precedides d'una forta punxada però no provoquen dolor. Més aviat causen sensació de «tenir alguna cosa a l'ull» i mai generen pèrdua de visió.

No hi ha relació entre les hemorràgies subconjuntivals i la hipertensió arterial, però sí amb una crisi hipertensiva. Una crisi hipertensiva és una pujada molt important i sobtada de les xifres de tensió arterial. És per aquest motiu que **s'aconsella prendre la tensió arterial a qualsevol persona afectada per una hemorràgia subconjuntival a fi de descartar una crisi hipertensiva.** En aquest darrer cas, el pacient sol tenir altres símptomes relacionats amb la seves xifres altes de tensió arterial, com ara cefalea, mareig, alteracions de la visió o sensació nauseosa.

Les hemorràgies subconjuntivals són més habituals en persones que prenen antiagregants (àcid acetilsalicílic) o anticoagulants (dicumarínics, Sintrom®, Aldocumar®). No obstant això, **l'aparició d'hemorràgies subconjuntivals en aquests tipus de pacients no justifica la retirada d'aquesta medicació.**

Punts clau

- Les alteracions de les parpelles i pestanyes reclamen tractament precoç per evitar mals majors en la superfície de l'ull.
- Les hemorràgies espontànies en la conjuntiva no amenacen la visió.

4.2. Trastorns oculars que no amenacen la visió

L'aparició de la «vista cansada»

La presbícia o, el que és el mateix, la «vista cansada», és la pèrdua de la capacitat d'enfocar els objectes que se situen a prop nostre. Apareix de mitjana entorn dels 45 anys en les persones sanes. A mesura que envellim, augmenta la presbícia.

La progressiva rigidesa del cristal·lí, juntament amb un debilitament del múscul que fa que es corbi, explica que no puguem enfocar amb precisió els objectes que se situen en un pla proper als nostres ulls.

La vista cansada sol fer-se evident en la dificultat creixent d'enfocar les lletres al llegir. En un primer moment, les persones afectades per la vista cansada allarguen el braç per allunyar-se el llibre i, d'aquesta manera, facilitar-ne la lectura. Més tard, ni tan sols amb aquesta maniobra s'aconsegueix llegir amb claredat.



Hi ha condicions que poden modificar l'aparició de la presbícia. En les persones miops (que solen tenir els ulls grans) sol retardar-se'n l'aparició. Per contra, els hipermetrops (que tenen els ulls petits) debuten abans dels 45 anys. **És important assenyalar que hi ha fàrmacs que poden interferir en major o menor mesura en el procés d'enfocar els objectes.** Així doncs, hi ha relaxants musculars, ansiolítics, antial·lèrgics i antidepressius, per citar-ne només alguns, que poden alentir o debilitar el múscul responsable d'enfocar, i generar visió de prop borrosa. Aquest efecte és reversible amb la retirada del fàrmac.

La manera més habitual de compensar la vista cansada és amb l'ús d'ulleres. S'utilitzen lents positives que aporten la potència d'enfocar que ha perdut el cristal·lí. Entre els 45 i els 65 anys, la vista cansada progressa, motiu pel qual cal anar adaptant les ulleres a les noves necessitats. A partir d'aquesta edat, la presbícia sol estabilitzar-se.

Darrerament han sortit al mercat lents intraoculars amb certa capacitat d'enfocar. Són lents que es col·loquen dins l'ull quan s'intervé de cataractes, substituint el cristal·lí opacificat. Val a dir que aquests tipus de lents encara es troben en fase de millora.

LA CATARACTA

La cataracta és la causa més comuna de pèrdua de visió en la tercera edat. **Consisteix en la pèrdua de la transparència del cristal·lí** (figura 4). Hi ha diversos factors que faciliten la seva aparició. De tots ells, l'edat és el factor més determinant. Així doncs, si als 65 anys un 10% de les persones tenen cataracta, als 80 anys la pateixen un 20%.

Hi ha malalties que predisposen l'aparició de cataractes, i la diabetis n'és la més freqüent. També en faciliten l'aparició l'ús de medicaments, com ara els corticoides. Haver estat intervingut prèviament de l'ull, sobretot de la retina, o haver patit un traumatisme ocular important, també són situacions que predisposen la seva aparició.

L'opacitat del cristal·lí provoca que penetri menys llum dins l'ull. Aquest fet condiciona que es necessiti més llum ambiental per llegir.

En la cataracta, primer s'altera la «visió fina» (la que utilitzem per discriminar els petits detalls), per després afectar-se «la visió més de conjunt». A més a més, es va alterant la percepció del color, i la reali-

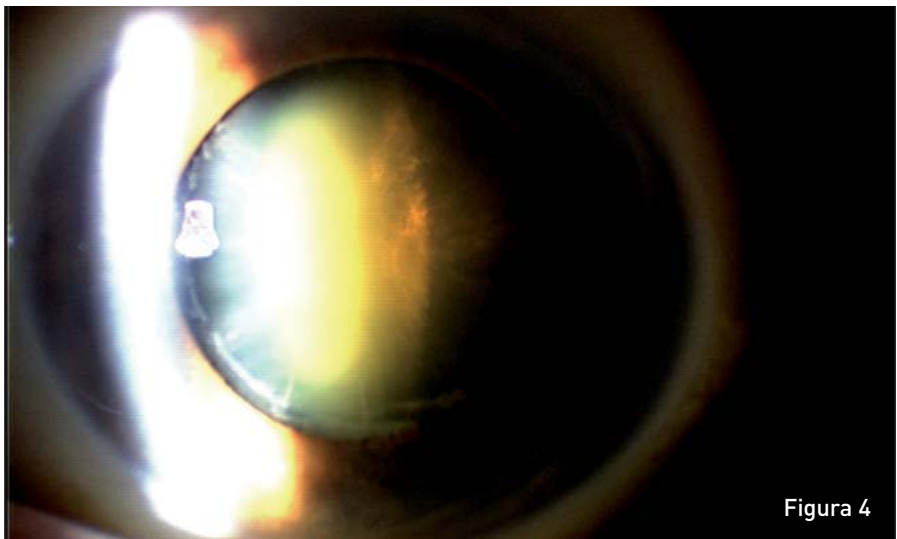


Figura 4

tat pren una tonalitat groguenca. **És molt típic de la cataracta l'enlluernament davant de llums** que incideixen directament sobre els ulls de les persones afectades. Ho expliquen aquells pacients que condueixen de nit. S'explica per la dispersió dels feixos de llum al travessar el cristal·lí i incidir de manera difuminada sobre la retina.

En algunes persones la cataracta els millora de manera paradoxal la visió propera. Tant és així que poden arribar a prescindir de les ulleres per veure-hi de prop, almenys de manera transitòria. La causa és l'engruiximent que experimenta el cristal·lí amb les cataractes, fet que incrementa la capacitat d'enfocar els objectes propers.

El tractament de la cataracta és quirúrgic. Sota condicions estèrils, el cirurgià destrueix i extrau la cataracta de la seva localització anatòmica (el sac capsular) mitjançant la utilització d'ultrasons. Posteriorment, es col·loca una lent intraocular que substituirà el cristal·lí. La lent intraocular és permanent. En algunes ocasions, els pacients als quals se'ls ha implantat una lent intraocular poden experimentar pèrdua de visió progressiva mesos després d'haver estat operats de cataracta. Es produeix per una opacificació progressiva de la lent. Val a dir que es pot recuperar la visió prèvia gràcies al poliment de la lent mitjançant un tipus de làser.

El pronòstic visual de la cirurgia de la cataracta depèn de cada malalt. Estarà en funció de les malalties prèvies que puguin afectar el resultat visual, com ara el glaucoma, patir alguna malaltia en la retina, ser diabètic o haver patit alguna embòlia cerebral.

Punts clau

- La cataracta és la causa més freqüent de pèrdua de visió reversible en gent gran.
- Hi ha malalties i medicacions que predisposen a tenir cataracta.
- El tractament de la cataracta és quirúrgic.
- El pronòstic visual després d'una cirurgia de la cataracta depèn de cada pacient.

4.3. Trastorns oculars amenaçadors per a la visió

Hi ha malalties de l'ull que poden amenaçar greument la visió. Cal prendre consciència, sobretot, d'aquelles malalties que ataquen els nostres ulls de manera insidiosa, sense assabentar-nos-en, i que, d'altra banda, són fàcilment previsibles si es detecten. La més habitual i coneguda és el glaucoma.

a) El glaucoma crònic

En primer lloc volem aclarir que **no és el mateix hipertensió ocular que glaucoma**. Hi ha persones que tenen glaucoma i en canvi no tenen la pressió dels ulls alta. No obstant això, **la pressió dels ulls alta és el principal factor de risc per desenvolupar un glaucoma crònic**. Altres condicions que augmenten el risc de patir-ne és ser diabètic, miop o tenir antecedents familiars de glaucoma.



Visió normal



Visió amb glaucoma avançat

El glaucoma crònic és un tipus d'afectació del nervi de l'ull (nervi òptic) que es produeix de manera lenta, progressiva i irreversible. Lentament, van apareixent uns canvis característics en l'anatomia del nervi que es traduiran en alteracions de la visió. **En una primera fase, es veu afectada la visió més perifèrica i, posteriorment, la visió central.** Com que es tracta d'un procés molt lent, la gent que desconeix que té glaucoma es va adaptant a les noves circumstàncies i no s'adona de la malaltia fins que els genera problemes en el seu dia a dia. Al principi, es colpegen, en no veure-les, amb objectes i persones que se'ls acosten per un costat. Després, perden tota la capacitat visual, fins i tot la que serveix per llegir i identificar cares.

Com que el glaucoma crònic és una malaltia que no té símptomes oculars evidents, tothom ha de visitar periòdicament l'oftalmòleg. Aprofitant l'aparició de la vista cansada, s'aconsella una primera visita a l'oftalmòleg als 45 anys per aquest motiu. Si és normal, i si no hi ha factors de risc, les visites es poden espaiar de 3 a 5 anys. En cas contrari, s'han de fer controls anuals.

Val a dir que l'estudi de la hipertensió de l'ull i el glaucoma és un tema complex que no es pot resumir en una simple dada del valor de la pressió de l'ull. Per avaluar la salut del nervi òptic cal un estudi morfològic, determinar la pressió de l'ull i, sovint, completar un estudi en paral·lel de la còrnia i altres proves que dictaminin l'estat del nervi òptic. Per tant, **una determinació aïllada de la pressió de l'ull no descarta ni corfirma un glaucoma.**

El tractament habitual del glaucoma crònic és farmacològic. No està demostrat que fent un determinat estil de vida es puguin modificar les xifres de la tensió ocular i, d'aquesta manera, aturar un possible glaucoma.

S'utilitzen fàrmacs en forma de col·liri. A vegades, i a causa de la dificultat de controlar la pressió de l'ull, calen combinacions de col·liris.

Els col·liris que s'utilitzen tenen la finalitat d'abaixar les xifres de la pressió ocular a través de diversos mecanismes que sovint acaben generant certes molèsties a l'ull. N'hi ha que provoquen irritació i envermelliment de l'ull; d'altres, allargament de les pestanyes o canvi en la coloració de l'iris. Tanmateix, és útil mentalitzar-se que **cal fer bé el tractament a fi d'evitar una complicació greu, com és la ceguesa.** Algunes vegades es desenvolupa una al·lèrgia a algun tipus de col·liri. En aquest cas, es procedirà a canviar-lo per un d'una altra família de fàrmacs.

Si el glaucoma progressa malgrat l'ús combinat de col·liris, aleshores s'indica la cirurgia.

Punts clau

- El glaucoma crònic és una causa relativament freqüent de ceguesa.
- El glaucoma crònic no dona símptomes evidents a qui el pateix.
- El glaucoma crònic és perfectament evitable.
- Tothom ha de visitar periòdicament l'oftalmòleg com a mesura de detecció precoç del glaucoma.
- El tractament del glaucoma crònic sol ser amb col·liris.

b) La diabetis

La diabetis és una malaltia caracteritzada per una alteració en la metabolització del sucre. La glucosa, en comptes de passar als diferents òrgans del cos per ser aprofitada, queda retinguda en la sang. Aquest augment dels nivells de glucosa en sang provoca que «s'irritin les venes i les arteries» i s'alteri la circulació dels diferents òrgans de l'organisme. **El més afectats són el ronyó, l'ull, el cor, el cervell i el sistema nerviós.**





Figura 5

La gent gran pateix l'anomenada diabetis mellitus de tipus 2. En aquesta, a diferència de la diabetis de tipus 1 del jove, hi ha insulina en la sang però no treballa bé i la glucosa acaba per no entrar en les cèl·lules del cos per ser consumida.

En l'ull, la diabetis causa l'anomenada retinopatia diabètica. Aproximadament 3 de cada 4 pacients diabètics tindran afectació ocular després de 10 anys d'evolució de la seva diabetis. El que succeeix és que, com en el glaucoma, **la diabetis de l'adult pot ser poc simptomàtica, i el pacient pot no adonar-se que la pateix fins que apareixen les complicacions greus.** Aquest fet explica que un 20% de pacients ja tinguin retinopatia diabètica quan se'ls diagnostica que són diabètics.

La diabetis encara és la primera causa de ceguesa als països occidentals. Per tant, cal prendre's molt seriosament aquesta malaltia. En l'ull pot causar pèrdua progressiva de la visió per afectació de la retina, alteració que moltes vegades és irreversible. En els casos més greus, es produeixen hemorràgies intraoculars i **despremniments de retina que poden dur a la pèrdua completa de la visió.**

El pacient que pateix diabetis de tipus 2 ha de seguir un estricte control oftalmològic, amb l'objectiu de tractar de manera precoç lesions que li poden causar la pèrdua irreversible de la visió. Si en un primer control no hi ha retinopatia diabètica, els controls amb l'oftalmòleg es poden allargar un màxim de 2 anys. Si hi ha alteració de la retina (figura 5), els controls hauran de ser individualitzats en funció de la gravetat de la retinopatia.

Val a dir que els pacients diabètics són més proclius a desenvolupar cataracta i glaucoma crònic. Aquest fet reforça encara més la necessitat de la població diabètica passi controls oftalmològics periòdics.

El tractament del pacient diabètic cerca aconseguir el millor control metabòlic del sucre possible per retardar tant com sigui possible l'inici de la retinopatia. A més, cal controlar la hipertensió arterial i els nivells de colesterol, perquè poden empitjorar la visió.

Actualment es disposa de més eines terapèutiques per fer front a la retinopatia diabètica. S'injecten fàrmacs dins l'ull i s'intervenien els casos més greus, però el tractament de referència en aquests tipus de malalts continua sent la fotocoagulació de la retina amb làser.

Punts clau

- La diabetis continua sent la primera causa de ceguesa en el món occidental.
- L'obesitat i el sedentarisme estan molt relacionats amb la diabetis de l'adult.
- La majoria de malalts diabètics acabaran, amb els anys, patint retinopatia diabètica.
- El control òptim del metabolisme del sucre és la mesura més efectiva per retardar tant com sigui possible l'inici de la retinopatia.
- És molt important fer controls periòdics amb l'oftalmòleg per tractar les complicacions oculars que vagin apareixent.
- Els malalts diabètics tenen cataracta i glaucoma amb més freqüència.
- La hipertensió arterial i els nivells alts dels greixos en sang empitjoren l'afectació de l'ull.



5. Interferència dels medicaments en la visió

Les persones grans sovint prenen diverses medicacions per controlar les malalties que han anat tenint al llarg de la vida. Les més habituals són per a la hipertensió arterial, la diabetis, el colesterol, el control de l'ansietat i la depressió.

Les medicacions que interfereixen més habitualment en la capacitat d'enfocar els objectes són els ansiolítics, els relaxants musculars i certs antidepressius. La llista és força més llarga i inclou tots aquells fàrmacs que dificulten el treball del múscul que s'encarrega de variar la forma del cristal·lí perquè puguem veure els objectes a qualsevol distància amb nitidesa. Cal dir que aquest efecte és transitori i reversible amb la retirada del fàrmac.

Hi ha medicacions que poden afectar de manera directa la retina o el nervi de l'ull. En aquests casos, no cal patir, ja que hi ha protocols ben establerts per detectar una possible toxicitat d'aquests fàrmacs. El cas més clar és la cloroquina i els seus derivats, que s'utilitzen per al tractament de certes malalties reumàtiques.

6. Consells per gaudir d'una bona salut visual

La vista és considerada el sentit més preuat de tots. Si bé és molt important tenir bona vista quan som joves, encara ho és més conservar-la en la tercera edat. Veure-hi bé ens permetrà:

- **Continuar gaudint de certs hàbits saludables**, com ara la lectura o les manualitats. Fer aquestes tasques permetrà exercitar la ment i mantenir la destresa fina de les mans.
- **Evitar caigudes que poden comportar la fractura de certs ossos**, com el fèmur. Aquests accidents comporten la immobilització del pacient i poden dur a l'aparició de problemes com nafres a la pell o trombosi a les cames.

Hi ha aspectes de la nostra persona que no podem modificar, com l'edat o la predisposició genètica. Però n'hi ha d'altres que són tant o més importants que els anteriors en què sí podem incidir. Es pot decidir si fumar o no i quin tipus d'alimentació es fa.



Fa temps que es coneixen els efectes perniciosos del tabac. Sabem que fumar ens predisposa de manera clara a patir certs tipus de tumors, com el de pulmó o el de bufeta de l'orina. De la mateixa manera, genera malalties pulmonars com la bronquitis crònica o l'emfisema pulmonar, que comportarà molt mala qualitat de vida.

En l'actualitat, sabem que **el tabac és un factor de risc per patir poca visió en la tercera edat**. Això no ens hauria d'estranyar, ja que el tabac és un tòxic molt potent que provoca inflamació en diversos teixits de l'organisme, incloent-hi la **retina**. **El**

tabaquisme predisposa a patir cataracta i, el que és més important, degeneració macular associada a l'edat (DMAE). La DMAE és una malaltia en

què es fa malbé la part central de la retina. Això dóna lloc a una pèrdua de la visió central, que és la que usem per llegir, treballar a l'ordinador o identificar les cares de les persones amb què ens creuem cada dia. La pèrdua de visió pot ser lenta, pro-

gressiva, o bé produir-se en qüestió de poques setmanes. Com sovint s'afecten ambdós ulls, la DMAE sol causar a qui la pateix una forta incapacitació en les tasques més quotidianes. Així doncs, marcar un número de telèfon, identificar les monedes o llegir una carta del banc esdevenen activitats impossibles de fer.



Hi ha estudis que aconsellen la ingesta molt moderada d'alcohol pels seus suposats efectes cardiovasculars beneficiosos. Pel que fa a la visió, no hi ha estudis concloents. El consum moderat i respon-

sable d'alcohol no sembla tenir efectes negatius en la visió. Ara bé, **la ingesta elevada d'alcohol, juntament amb el tabaquisme, pot donar lloc a una lesió molt greu dels nervis dels ulls, i ocasionar una disminució molt acusada de la visió.** Per tant, aconsellem que no es prengui més d'una consumició alcohòlica al dia.

Hi ha estudis que relacionen una exposició important a la llum solar amb l'aparició de certs tipus de cataracta. Encara que no està perfectament establert, altres estudis vinculen la radiació solar amb la DMAE.

És necessària una aportació nutricional equilibrada per mantenir en bon estat les estructures de l'ull. En primer lloc, és important fer una hidratació correcta per mantenir una lubricació de l'ull correcta. Cal tenir en compte que la gent gran pot tenir disminuïda la sensació de deshidratació. Es pot donar el cas que no s'adonin que s'estan deshidratant perquè no es produeix el senyal que en condicions normals emet l'organisme en forma de sensació de set.

En segon lloc, cal limitar les calories que mengem a les necessitats reals per evitar el sobrepès. **L'obesitat està molt relacionada amb la diabetis de l'adult, condició que posa en risc la visió dels malalts que la pateixen.** En tercer lloc, la proporció dels aliments ha de ser correcta. L'energia l'hem d'obtenir bàsicament de sucres d'absorció lenta, com l'arròs, els cereals i la pasta.

Cal limitar els greixos, sobretot els que aporten colesterol dolent i triglicèrids, com la brioxeria, la mantega i la carn. Recordem que és més saludable la proteïna d'origen vegetal continguda en la fruita seca (nous, avellanes, ametlles) i el llegum (cigrans, soja i lleties).

Es recomana la ingesta adequada d'àcids grassos omega 3. Es troben en el peix. Sembla que disminueixen el risc de pèrdua de visió en la gent gran.

És fonamental la ingesta diària de fruita i verdura, ja que aquests aliments aporten moltes vitamines i minerals, necessaris en moltes funcions de les cèl·lules. A tall d'exemple, direm que la vitamina A és bàsica per a un bon manteniment de les mucoses i de la superfície de l'ull. El seu dèficit pot comportar una pèrdua greu de la visió. La vitamina E té un efecte antioxidant molt potent. Això vol dir que repara les cèl·lules que es van alterant amb el pas del temps. En altres paraules, ens protegeix d'emmalaltir de càncer. Per tant, **es recomana incorporar una peça de fruita a cada àpat.**

Punts clau

- El tabac és un tòxic que augmenta el risc de pèrdua visual greu.
- S'aconsella la ingesta d'una dieta equilibrada (dieta mediterrània) en què predominin els llegums, els cereals, el peix, les fruites i les verdures.
- Cal evitar l'obesitat i el sedentarisme.

7. Síntomes visuals urgents en la gent gran

Es consideren símptomes visuals urgents els que han de ser valorats amb rapidesa, ja que poden amagar patologies que amenacin seriosament la visió.

Comencem per un dels símptomes més freqüents que tenen les persones grans. És la visió de «**mosques flotants o volants**». Aquest símptoma consisteix en la visualització de punts negres que es desplacen quan es mouen els ulls. Hi ha persones que els descriuen com una xarxa, un pal petit o diverses mosques que es desplacen amunt i avall. Es perceben, sobretot, quan es mira el cel clar o bé una paret blanca.

És un símptoma que apareix perquè la gelatina de dins de l'ull (anomenada vitri) s'ha espessit i forma grumolls (figura 6). Si fa menys d'un mes que n'han aparegut, cal la revisió per part d'un oftalmòleg en el termini d'una setmana. Si fa pocs dies que se'n perceben i van acompanyades de llumetes com llampecs, aleshores la visita a l'especialista no es pot retardar més de 48 hores.

Una altra situació que es dóna sovint en la gent gran són les hemorràgies en la superfície de l'ull. Com s'ha explicat amb anterioritat, si bé alarmen, no són preocupants perquè no amenacen la visió.

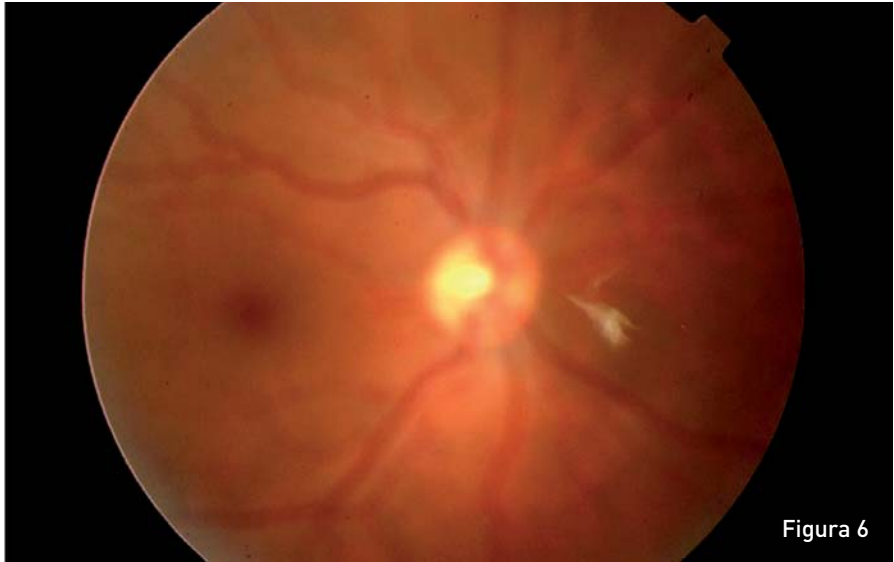


Figura 6

Un motiu de preocupació, en canvi, seria la **pèrdua de visió completa i transitòria de la visió d'un ull**. Són persones que expliquen pèrdua sobtada (en qüestió de segons) de la visió d'un sol ull i que es recupera en pocs minuts. Aquesta situació sovint està causada per una obstrucció de l'artèria que porta la sang a l'ull i, per tant, equival a una embòlia. És molt important acudir el mateix dia al metge de capçalera o a les urgències de l'hospital per ser diagnosticats d'amaurosi fugax, i començar ràpidament el tractament amb l'objectiu d'evitar nous episodis que podrien ser més devastadors. Les persones grans que fumen, són diabètiques, hipertenses o tenen alts nivells de colesterol són les més proclius a presentar problemes circulatoris de l'ull com el descrit.

Una altra situació d'alarma és començar a veure-hi tort amb un ull. En les persones grans, la visió distorsionada de la visió és deguda a la degeneració macular. En aquesta primera fase, quan encara no s'ha perdut gaire visió, és quan és més útil i efectiu el tractament. Si esperem que la visió de les persones empitjorin, costarà més controlar la malaltia, i el tractament no aconseguirà recuperar la visió perduda. Per tant, l'aparició de visió distorsionada ha de ser valorada per un especialista de la retina en menys d'una setmana.

Punts clau

- La visió de «mosques volants» de mesos d'evolució no requereix valoració urgent.
- La visió de «mosques volants» acompanyades de la percepció de «llumetes» demana revisió oftalmològica preferent.
- La visió distorsionada en la gent gran és deguda a la degeneració macular. Requereix començar precoçment amb el tractament.
- La pèrdua completa i transitòria de la visió pot ser deguda a una embòlia de l'ull.

Bibliografia

- Retina and Vitreous. Capítol 1, *Basic Anatomy*, Basic and Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology, 2008-9, p. 10.
- BAGET BERNÀLDIZ, M. I FONTOBA POVEDA, B., *Guia d'oftalmologia per a metges de família*, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2005.
- CUNHA-VAZ, J.G., «*Perspectives in the treatment of diabetic retinopathy*», *Diabetes Metab Rev*, 1992, 8; 105-116.
- ROMERO, P., BAGET, M., MÉNDEZ, I., FERNÁNDEZ, J., SALVAT, M., I MARTÍNEZ, I.J, «*Diabetic macular edema and its relationship to renal microangiopathy: a sample of Type I diabetes mellitus patients in a 15-year follow-up study*», *Diabetes Complications*, 2007, 21(3): 172-80.
- VALDÉS, S., ROJO-MARTÍNEZ, G. I SORIGUER, F., *Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española*, *Med Clin*, 2007, 129: 352-5.
- Enfermedades vasculares retinianas*, capítol 5. Curso de Ciencias Básicas y Clínicas. Secció 12. Retina y vítreo, American Academy of Ophthalmology, Curs 2008-2009, Elsevier España SL., 2008, p. 107-188.
- KANDISKI, JACK, *Oftalmología clínica*, 5.^a edició: capítol 9 (pp. 207-210), capítol 11 (pp. 334-336), capítol 13 (pp. 398-401; 413-419), capítol 14 (pp.448,478).

Notes personals

En aquestes pàgines pot fer les anotacions que siguin d'utilitat per recordar qüestions relacionades amb la seva situació personal: telèfons i adreces d'interès, consells pràctics i tot el que desitgi.

Fundació Agrupació, amb la col·laboració de l'**Institut de l'Envel·liment** de la Universitat Autònoma de Barcelona, ha elaborat aquest llibre adreçat a les persones grans, amb la finalitat de difondre informació general sobre la salut visual.

