

Los beneficios de tratar la discapacidad visual relacionada con catarata

The benefits of treating cataract-related visual disability

Eva Elizabeth Mundo-Fernández,* Martha Cinthia Fuentes-Cataño,†
María Magdalena Fabila-Maya,§ Diana Fabiola Jiménez-Rosas,¶
Olga Maud Messina-Baas,|| Orlando Daniel Quintanar-Haro,**
Ingrid Patricia Urrutia-Breton,†† Marta Margarita Zapata-Tarrés,§§
Virgilio Lima-Gómez¶¶

Palabras clave:

catarata, cirugía de catarata, discapacidad, facoemulsificación, rehabilitación.

Keywords:

cataract, cataract surgery, disability, phacoemulsification, rehabilitation.

Resumen

El objetivo principal de la cirugía de catarata es mejorar la visión, aunque tiene otros efectos sobre la salud en general como aumentar la capacidad de desplazamiento y facilitar la relación interpersonal del paciente. La catarata en adultos mayores puede coexistir con otras causas de discapacidad; su abordaje puede verse limitado debido a la restricción visual. La cirugía de catarata puede facilitar atender otras discapacidades, lo que amplifica su beneficio, aunque la agudeza visual se limite por comorbilidades. En esta revisión narrativa se aborda la discapacidad visual en pacientes con dos enfermedades extraoculares y cuatro oculares. Se destaca el beneficio que puede obtenerse al reducirla mediante la cirugía de catarata.

Abstract

The main objective of cataract surgery is improving vision, and it has other effects over general health such as increasing mobility and making the patient's interpersonal relations easier, which improve quality of life. Cataracts in elder people may coexist with other ocular and extraocular diseases that cause disability, whose approach can be limited by the visual restriction that cataract causes. Since cataracts are a reversible cause of disability, treating it surgically can make easier to deal with other disabilities, so this intervention amplifies the benefit, even when comorbidities could limit visual acuity results. This narrative revision work deals with visual disability in patients with two extraocular and four ocular diseases, and outlines the benefit that could be achieved by reducing it with cataract surgery.

INTRODUCCIÓN

La catarata es una opacidad de cristalino que limita la visión del paciente y puede causar discapacidad desde etapas tempranas, dependiendo de las necesidades visuales de cada individuo. En nuestro país, como en otros países de la región, el acceso a cirugía para tratar la catarata puede restringirse por la ubicación de las unidades médicas que la realizan o por el costo que debe cubrir el paciente. Retrasar la cirugía de catarata puede aumentar la discapacidad, sobre todo cuando coexisten otras causas de ésta; ante la presencia de varias causas de discapacidad, tratar una causa recuperable puede facilitar el manejo de las restantes.

Citar como: Mundo-Fernández EE, Fuentes-Cataño MC, Fabila-Maya MM, Jiménez-Rosas DF, Messina-Baas OM, Quintanar-Haro OD et al. Los beneficios de tratar la discapacidad visual relacionada con catarata. Invest Discapacidad. 2025; 11 (3): 122-130. <https://dx.doi.org/10.35366/123225>



* Subdirección de Oftalmología, Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra» (INR-LGII). ORCID: 0009-0007-7273-1207

† Servicio de Oftalmología, INR-LGII. ORCID: 0000-0002-6397-1651

§ Servicio de Oftalmología, Hospital Juárez del Centro (HJC). ORCID: 0009-0002-8061-0089

¶ División de Oftalmología, Hospital General «Dr. Manuel Gea González». ORCID: 0009-0001-9582-201X

|| Servicio de Oftalmología, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga». ORCID: 0000-0001-9810-6441

** Servicio de Oftalmología, HJC. ORCID: 0000-0002-8955-213X

†† Servicio de Oftalmología, Hospital Juárez de México. ORCID: 0009-0006-8154-1862

§§ Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).
ORCID: 0000-0002-0737-924X

¶¶ Servicio de Oftalmología, Hospital Juárez de México. Grupo de Trabajo Interinstitucional de Expertos en Oftalmología de la CCINSHAE.
ORCID: 0000-0001-6283-149X

Correspondencia:

Virgilio Lima-Gómez

E-mail: forsch7@gmail.com

Recibido: 10 de junio de 2025

Aceptado: 17 de octubre de 2025

El tratamiento de la catarata se basa en su remoción quirúrgica y la sustitución del cristalino opaco con una lente intraocular. Se trata de un procedimiento que se realiza en forma ambulatoria, bajo anestesia local, que ofrece una rehabilitación temprana, con un periodo de recuperación corto; en nuestro país, un estudio de Nuevo León reportó una cobertura efectiva de cirugía de catarata de 54.1%.¹

Esta revisión narrativa busca identificar y sintetizar la información existente sobre la interacción entre la discapacidad visual por catarata y otras condiciones discapacitantes, con el propósito de delinear el beneficio que aporta la cirugía de catarata, más allá de la restitución de la agudeza visual.

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Para el año 2020, la catarata era aún una de las principales causas de ceguera en el mundo y ocupaba el segundo lugar como causa de discapacidad visual moderada y severa.² Aunque la discapacidad que causa la catarata es reversible,¹ altera la calidad y la expectativa de vida de las personas,^{3,4} independientemente del tipo de opacidad del cristalino.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas en los que se vive, en relación con los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones personales; en resumen, se refiere al bienestar físico, emocional y social. Medir la calidad de vida permite evaluar el éxito de un tratamiento y la satisfacción del paciente con la vida en general; la calidad de vida es difícil de medir debido a la subjetividad y experiencias individuales.^{3,6}

Diversos cuestionarios miden la calidad de visión y la calidad de vida de los pacientes; en el contexto de cirugía de catarata, el más comúnmente usado es el *Visual Function Index 14* (VF-14), que contiene 14 apartados en relación con actividades de la vida diaria como leer, escribir, ver los pasos, las escaleras y manejar un vehículo. Los estudios que han usado este instrumento y otros de segunda generación (*Rasch-validated IVI*, una nueva versión del VF-14, y el *Catquest-9SF*) han demostrado una mejoría en la calidad visual y de vida en los pacientes después de la cirugía,⁶ aunque no se ha medido en pacientes con catarata ni con otras causas de discapacidad.

La catarata es una causa independiente de discapacidad visual, que puede deteriorar la discapacidad asociada a otras enfermedades, oculares o extraoculares; la coexistencia de otras enfermedades oculares que causan discapacidad puede limitar el resultado funcional de la cirugía de catarata. Se realizó una revisión narrativa para abordar dos enfermedades extraoculares y cuatro oculares asociadas con la discapacidad causada por catarata, cuyo manejo y pronóstico puede mejorar el tratamiento de esta enfermedad.

Las causas extraoculares de discapacidad se seleccionaron en función del potencial preventivo que tiene una mejor orientación visuoespacial, que se alcanza después de la cirugía de catarata. Como causas oculares de discapacidad se seleccionaron las enfermedades crónicas, cuya mayor repercusión se presenta en pacientes cuya edad favorece la aparición de cataratas. Para las seis enfermedades: la catarata agrega riesgo (fracturas), acentúa la deprivación sensorial (demencia), limita el seguimiento (retinopatía diabética, glaucoma, degeneración macular) o puede agravarse con el tratamiento (uveítis). En una población vulnerable, poder reducir la discapacidad eficazmente y a corto plazo es una ventaja que conviene otorgar al paciente.

El objetivo del trabajo fue identificar la experiencia disponible sobre el manejo conjunto de la catarata y las otras causas de discapacidad, mediante una búsqueda en PubMed y Scopus, que incluyó estudios clínicos, epidemiológicos y revisiones, tanto sistemáticas como no sistemáticas, para poder estimar el beneficio de la cirugía de catarata, ya que no se dispone de estadísticas nacionales donde se reporte ese abordaje simultáneo.

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE PRESENTAN FRACTURAS ASOCIADAS A CAÍDAS

Las cataratas aparecen típicamente en la edad adulta, comúnmente como un desorden relacionado con la edad; en 2020, la catarata afectó a más de 15 millones de adultos mayores de 50 años y representó aproximadamente 45% de los casos de ceguera a nivel mundial.

Las fracturas en adultos mayores son frecuentes debido, en parte, a que en esta población disminuye la movilidad y densidad ósea, lo cual aumenta el riesgo de osteoporosis y fracturas en los huesos de soporte como la cadera y la columna vertebral. Una fractura puede requerir una rehabilitación prolongada, lo que aumenta la dependencia del paciente a otras personas; también disminuye la confianza, lo que limita aún más la actividad física y exacerba el riesgo de futuras fracturas. En pacientes mayores, la rehabilitación después de una fractura puede ser más prolongada que en otros grupos etarios; el impacto psicológico de las fracturas genera aislamiento social, debido a la pérdida de confianza de los pacientes en sí mismos; en conjunto con los otros factores mencionados, disminuye la calidad de vida y aumenta la mortalidad.

La etiología de las fracturas en adultos mayores es multifactorial; el déficit motor y sensorial juegan papeles trascendentales; en particular, el deterioro visual es crítico, pues impide al individuo conducirse de manera segura dentro de su medio por la limitación en la agudeza visual, alteraciones en la percepción de profundidad, baja sensibilidad al contraste y pérdida del campo visual.⁷

Algunos estudios reportan que las caídas ocurren al menos una vez al año en 30% de los pacientes mayores de 65 años y en 50% de mayores de 80; muchas terminan en fracturas graves, principalmente de cadera; las fracturas en el adulto mayor son un problema grave para el individuo y generan altos costos que impactan a los sistemas de salud, al requerir hospitalización y tratamientos de alta especialidad. Un

factor de riesgo asociado con frecuencia es el deterioro visual secundario a catarata, seguido de los errores refractivos no corregidos; una estrategia para reducir los riesgos de caídas y consecuentes fracturas es mejorar la visión de los pacientes con catarata mediante una cirugía temprana.⁸

Resulta entonces relevante, en primer lugar, realizar estudios para conocer el estado de salud visual en la población de adultos mayores y, en segundo lugar, generar estrategias de rehabilitación visual temprana y prevención de la ceguera. Si bien existen guías internacionales de prevención de caídas como las del *National Institute for Health and Care Excellence*, que incluyen la detección de problemas visuales, no se aplican debidamente ni de manera estandarizada en la mayoría de las instituciones de salud; un reporte del *Royal College of Physicians* de 2011 sobre caídas y fracturas secundarias en adultos mayores refería que sólo 17% de los pacientes con fractura de cadera secundaria habían tenido un examen visual formal previo al incidente.^{9,10}

Una estrategia para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con catarata es su extracción mediante facoemulsificación y la colocación de una lente intraocular.¹¹ En un metaanálisis de 2025, los pacientes postoperados de catarata tuvieron una reducción del riesgo de fractura de 26% frente a los pacientes con catarata no operada.⁷

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES CON DEMENCIA

La demencia afecta a casi 50 millones de personas en el mundo. Aún no existen tratamientos efectivos para esta enfermedad, por lo que son importantes los esfuerzos para reducir o retrasar su aparición.¹² Una proporción de los adultos mayores de 65 años presenta deterioros sensoriales significativos como pérdida visual o auditiva, que constituyen riesgos para desarrollar demencia; manejar estas pérdidas sensoriales puede modificar potencialmente ese riesgo.¹³

En la demencia senil hay degeneración progresiva del tejido cerebral; el mecanismo depende de la etiología (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, agregados anómalos de proteínas: cuerpos de Lewy en demencia por Parkinson, etc.); otras demencias pueden involucrar isquemia crónica (infartos cerebrales múltiples en la demencia vascular). Clínicamente, la demencia se manifiesta por pérdida de la memoria, alteraciones del lenguaje, desorientación, dificultades en las funciones ejecutivas y cambios de personalidad

o comportamiento. Estos cambios son irreversibles y progresivos, lo que lleva a una dependencia total; además de las lesiones neurales específicas, suele haber atrofia cortical generalizada.

La visión es fundamental para interactuar socialmente, reconocer rostros, mantener contacto visual, leer expresiones faciales y el lenguaje corporal; la catarata en adultos mayores puede provocar dificultades psicosociales, aislamiento y reducción de la actividad o el ejercicio, todo ello asociado con el deterioro cognitivo.¹³

En el paciente con demencia que padece cataratas, pueden agravarse los síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo alucinaciones visuales, ilusiones, ideas paranoides, depresión, apatía o agitación. Una visión baja puede exacerbar estos síntomas: al no ver adecuadamente, pueden malinterpretarse estímulos visuales ambiguos, lo cual podría coincidir con la identificación errónea de personas y objetos, aparición de alucinaciones visuales o delirios paranoides. En pacientes con demencia, la disminución de agudeza visual se ha asociado con alucinaciones (razón de momios [RM] ~10), síntomas psicóticos (RM ~6) y manía (RM ~5), mientras que la pérdida de visión se correlaciona con más depresión y agitación.¹³

La disminución del riesgo para desarrollar demencia tras retirar las cataratas también podría asociarse con una mayor cantidad y calidad de luz percibida. Se ha demostrado que las células ganglionares de la retina, intrínsecamente fotosensibles (ipRGC) y en extremo sensibles a la luz de onda corta (azul), están asociadas con la función cognitiva, el ritmo circadiano y la enfermedad del Alzheimer. Las ipRGC se proyectan a múltiples áreas del cerebro y su excitación puede desencadenar una actividad cortical generalizada; se ha propuesto que, al extraer las cataratas, el retiro del tono amarillo del cristalino que bloquea la luz azul facilitaría la estimulación de las ipRGC y podría reducir el riesgo de demencia.¹⁴

Lee y su equipo evaluaron 3,038 adultos de 65 años o más con cataratas; existió un menor riesgo de desarrollar demencia (razón de riesgos 0.71; intervalos de confianza [IC] del 95%, 0.62-0.83; $p < 0.001$) en quienes se retiró la catarata que en quienes no se operaron;¹⁴ las cataratas también se asocian con síndrome de fragilidad, riesgo de caídas, fracturas, accidentes automovilísticos, depresión y deterioro cognitivo. La asociación entre discapacidad visual y depresión se explica por la menor frecuencia de actividades como la lectura, pérdida de autonomía, interacción social disminuida y pérdida de autoestima;¹⁵ el beneficio de

retirar la catarata para reducir el riesgo de depresión es independiente de la edad y el sexo.¹⁶

La cirugía de catarata suele ser segura y efectiva en pacientes con demencia; no se ha encontrado un riesgo mayor de complicaciones quirúrgicas u hospitalizaciones postoperatorias en pacientes con demencia que en pacientes sin ella. Los riesgos se centran en el manejo anestésico y la adherencia a los cuidados postoperatorios; con planificación adecuada (por ejemplo, decidir tempranamente usar anestesia general para evitar estrés intraoperatorio en un paciente no cooperador) y con el apoyo cercano de los cuidadores, la cirugía de catarata suele ser segura y efectiva también en esta población.¹⁷

La cirugía de catarata en los adultos mayores es un procedimiento altamente costo-efectivo por los beneficios sobre la salud, independientemente de su impacto en la esfera cognitiva;¹⁸ tratar las cataratas en pacientes con demencia requiere un enfoque ético centrado en la persona y compartido con la familia. Como la cirugía de catarata se asocia con un riesgo menor para desarrollar demencia en los adultos mayores y su efecto persiste más de 10 años, la mejora en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias es considerable, con un impacto favorable sobre la dignidad del paciente y su dinámica de cuidado.

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR

La degeneración macular relacionada con la edad es una enfermedad en que el área de la retina con la mejor resolución (mácula) presenta cambios que pueden llevar a la atrofia o a la formación de neovasos; en ambos casos, los pacientes pueden presentar una pérdida de la visión central. El tratamiento para la forma neovascular se basa en la inyección intraocular de fármacos antiangiogénicos, mientras que, para la atrofia, no existe aún un tratamiento eficaz. Las cataratas pueden acentuar la discapacidad visual en pacientes con degeneración macular; alrededor de 74% de las personas mayores de 65 años con pérdida visual tienen simultáneamente cataratas y degeneración macular relacionada con la edad.¹⁹

La cirugía de cataratas facilita el seguimiento de la degeneración macular relacionada con la edad;¹⁹⁻²¹ la mayoría de los estudios no ha identificado una asociación significativa entre la cirugía de catarata y un mayor riesgo de progresión y desarrollo de la degeneración macular relacionada con la edad.¹⁹ Tanto los pacientes con degeneración macular neovascular

como los que tienen degeneración macular atrófica mejoran su agudeza visual después de la cirugía de catarata; aunque el grosor macular puede aumentar después de la cirugía, regresa al nivel preoperatorio seis meses después de ella. En pacientes con degeneración macular neovascular, la necesidad de terapia antiangiogénica no cambia en el postoperatorio.²²

La literatura sugiere programar la cirugía de catarata al menos seis meses después del inicio de la terapia antiangiogénica, cuando la actividad neovascular macular podría estar suficientemente controlada. Las inyecciones intravítreas con antiangiogénicos en las semanas previas e incluso durante la cirugía de catarata reducen el riesgo de que se reactiven las lesiones neovasculares coroideas.²⁰

Es importante elegir el momento adecuado, ya que no se justifica retrasar la cirugía de cataratas en pacientes que la requieran y tengan la variedad atrófica de degeneración macular.²³

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES CON GLAUCOMA

La coexistencia de catarata y glaucoma representa un desafío clínico debido a que ambas condiciones afectan la visión, en forma distinta, pero complementaria; la pérdida visual inducida por catarata suele revertirse mediante la cirugía, pero el daño visual que causa el glaucoma es irreversible. La catarata, como opacidad del cristalino, produce una disminución progresiva de la agudeza visual, visión borrosa, fotofobia, deslumbramiento y reducción en la sensibilidad al contraste y a los colores; en cambio, el glaucoma es una neuropatía óptica progresiva, frecuentemente asociada con hipertensión ocular, que se manifiesta inicialmente por pérdida del campo visual paracentral y, en estadios avanzados, afecta la visión central hasta llegar a la ceguera.

La discapacidad visual en estos pacientes combina la pérdida de agudeza visual secundaria a la catarata y la restricción del campo visual ocasionada por el glaucoma; esta afección conjunta puede reducir de forma considerable la funcionalidad visual, incluso si la agudeza visual central no parece estar alterada gravemente. En estadios avanzados, esta combinación puede generar una discapacidad visual importante, con repercusión directa en la autonomía y calidad de vida del paciente.

La coexistencia de catarata y glaucoma también implica un reto diagnóstico, ya que la primera puede limitar la evaluación clínica del nervio óptico. Además,

la reducción de la sensibilidad al contraste espacial y temporal que induce la catarata puede interferir con la detección de un glaucoma que debuta o que progresa.²⁴

El manejo quirúrgico de estos pacientes representa un desafío terapéutico: la presencia de glaucoma aumenta el riesgo de complicaciones transoperatorias (ruptura de la cápsula posterior, necesidad de implantar el lente intraocular en el surco ciliar o realizar una vitrectomía anterior) y postoperatorias (inflamación intraocular más intensa, hipertensión ocular prolongada y la posible necesidad de una segunda cirugía).

Los resultados visuales, tanto de agudeza como de calidad visual, suelen ser más limitados en pacientes con glaucoma que en pacientes sin él.²⁵ No obstante, a pesar de los mayores riesgos quirúrgicos y de resultados visuales más modestos, la cirugía de catarata puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con glaucoma.²⁵⁻²⁷

La cirugía de catarata también puede tener un efecto benéfico sobre ciertos índices del campo visual en pacientes con glaucoma, aunque esto depende del tipo de opacidad lenticular y del estadio del daño glaucomatoso. Por ejemplo, se ha observado que las cataratas nucleares interfieren menos con los parámetros campimétricos que las corticales o subcapsulares.^{28,29}

La coexistencia de catarata y glaucoma exige un abordaje individualizado, con una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios, con el objetivo de optimizar la función visual y mejorar la calidad de vida del paciente. En resumen, aunque el glaucoma limita la recuperación total, la cirugía sigue siendo costo-efectiva.

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

La causa más frecuente de pérdida visual en personas que padecen diabetes es la catarata; sin embargo, la retinopatía diabética, complicación crónica y específica de la enfermedad metabólica, puede causar una pérdida visual irreversible. En la retinopatía diabética, el cierre capilar que induce la diabetes causa isquemia de la retina y, en algunos casos, hemorragia vítrea, cicatrización glial o desprendimiento de la retina; como el descontrol metabólico contribuye a la formación de catarata, los ojos con daño retiniano tienen también posibilidad de desarrollarla, incluso a una edad menor a la habitual.³⁰

En el estudio de Das y su equipo, de un total de 11,182 de pacientes con diabetes tipo 2, 6,407 (57.3%) presentaban opacidad del cristalino y 3,611 (32.3%)

tenían cualquier grado de retinopatía diabética;³¹ en el estudio de Wen y colaboradores, la catarata causó visión corregida baja más comúnmente que la retinopatía diabética (46.2% vs 26.9%).³² En estudios de nuestro país, en un análisis multivariado, la probabilidad de deficiencia visual ocasionada por catarata (RM ajustada 1.78, IC95% 0.62-5.11) fue menor que la de la retinopatía que amenaza la visión (RM ajustada 9.89, IC95% 3.34-293);³³ sin embargo, en un estudio de población abierta (n = 5,935), la catarata fue una causa más frecuente de ceguera (29.8%) que la retinopatía diabética (17.5%).³⁴

En nuestro país, los años de vida vividos con discapacidad relacionados con catarata, ajustados por edad, son 77 por 100,000 habitantes (intervalos de incertidumbre [II] 53-107), mientras que por retinopatía diabética son 19 (II 12-26).³⁵

Además de buscar recuperar la visión, la cirugía de catarata en el paciente diabético es necesaria para vigilar la progresión de la retinopatía diabética.³⁶ La cirugía de catarata beneficia a la mayoría de los pacientes con retinopatía diabética sin enfermedad macular grave; la agudeza visual preoperatoria y el grado de la retinopatía pueden limitar el resultado visual postoperatorio.³⁷

En el estudio de Lee y su equipo, los pacientes con retinopatía diabética severa o proliferativa tuvieron un promedio de agudeza visual postoperatoria menor a la preoperatoria, pero la muestra fue muy pequeña.³⁸ Aunque la probabilidad de alcanzar una agudeza visual corregida después de la cirugía aumenta $\leq 20/25$ con la gravedad de retinopatía, Liu y colaboradores encontraron que los pacientes con cualquier grado de retinopatía diabética mejoraban en promedio cuatro líneas de visión después de la cirugía de catarata.³⁹

DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA EN PACIENTES CON UVEÍTIS

La uveítis es un grupo raro y heterogéneo de enfermedades, de etiología principalmente infecciosa y autoinmune, caracterizadas por inflamación que afecta el tracto uveal; es una causa potencial de ceguera (constituye 10 a 15% de todos los casos de ceguera y el 20% de los casos de ceguera legal en Estados Unidos). En países en vías de desarrollo causa 25% de los casos de ceguera; más de 50% de los pacientes desarrolla complicaciones relacionadas con uveítis y 35% desarrollan discapacidad visual.⁴⁰

Tabla 1: Beneficios esperados de la cirugía de cataratas en personas con otras discapacidades.

Enfermedad	Restricción agregada por la catarata	Beneficio esperado con la cirugía de catarata
Fracturas	La deficiencia visual puede limitar la marcha y el equilibrio. Disminuyen la percepción de la profundidad, afectan la capacidad de mantener el equilibrio, la coordinación y los reflejos.	Mejoría visual, aumento de referencias para la deambulación, mejoría del equilibrio.
Demencia	Interacción social limitada por mala visión, deambulación restringida. La mala visión puede llevar al aislamiento social, la falta de ejercicio físico y la disminución de la participación en actividades intelectuales, factores vinculados con un mayor riesgo de demencia.	La mejoría visual aumenta la capacidad para reconocer personas, objetos y lugares. Podría mejorar la interacción social.
Degeneración macular relacionada con la edad	La catarata puede causar más deficiencia visual que la enfermedad macular.	Mejoría de la visión periférica, lo cual ayuda a la deambulación y las actividades que no requieren la visión fina.
Glaucoma	La catarata puede limitar el seguimiento y restringe la función del campo visual residual.	Facilita la valoración del nervio óptico y el campo visual; promueve la rehabilitación con el campo visual residual.
Retinopatía diabética	La catarata puede limitar el seguimiento y el tratamiento, y limitar más que la retinopatía en fases iniciales.	Facilita el seguimiento y tratamiento de la retinopatía en todos sus grados.
Uveítis	Las adherencias más comunes del iris son hacia el cristalino. Limita la evaluación de inflamación en la coroides y la retina.	Puede permitir mayor movilidad pupilar y facilitar la evaluación de inflamación de la coroides y la retina.

Las complicaciones asociadas con pérdida visual en pacientes con uveítis son glaucoma, catarata, desprendimiento de retina y cicatrices maculares. Un 30 a 50% de los pacientes con uveítis desarrollan catarata, dependiendo de la patología, principalmente por la inflamación intraocular y el uso crónico de esteroide.⁴⁰

El edema macular es una complicación común en los pacientes con uveítis causada por el daño a la barrera hematorretiniana seguida de la acumulación de líquido intra- y extracelular en la mácula; puede persistir aún con un control adecuado de la uveítis y llevar al daño de los fotorreceptores y pérdida de la visión central. El edema macular ocasiona pérdida visual severa en 41% de los pacientes con uveítis y ceguera en 29%;⁴¹ una catarata puede dificultar su seguimiento; puede limitar la visión después de la cirugía de catarata.

Con respecto a la cirugía, los pacientes cuya uveítis está inactiva por lo menos 30 días antes de la cirugía de catarata tienen una menor probabilidad de recurrencia de la inflamación.⁴² En el estudio de Shekhar y su equipo, 13.5% de los casos no tuvo una mejoría significativa de la agudeza visual;⁴³ los mejores resultados se obtienen en pacientes con uveítis anterior.^{44,45}

Los beneficios esperados con la cirugía de catarata en pacientes con otras discapacidades se presentan en la *Tabla 1*.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La revisión de literatura realizada es narrativa, ya que los estudios que evalúan la combinación del efecto de discapacidades son escasos. Idealmente, esta evaluación debería incluir instrumentos de calidad de vida estandarizados para cada discapacidad, con la finalidad de permitir reproducir las mediciones.

Los estudios evaluados en su mayoría fueron descriptivos o revisiones sobre grupos particulares, por lo que la información obtenida no puede generalizarse; sin embargo, permiten delinear un espectro de discapacidad combinada que permite el desarrollo prospectivo de la investigación. Las ventajas de realizar la cirugía de catarata que se plantean en este trabajo requieren confirmarse prospectivamente; señalan una necesidad no cubierta de evaluar simultáneamente la discapacidad visual y otras discapacidades en población mexicana.

CONCLUSIONES

Aún en los casos en que la función visual está limitada por otras enfermedades oculares, retirar la catarata

permite mejorar la visión residual, lo que agrega valor para el seguimiento de enfermedades oculares y funcionalidad para la prevención de fracturas o demencia.

Cuando coexisten discapacidades, el impacto funcional resultante puede superar la suma de ellas; el tratamiento quirúrgico de la catarata ayuda a reducir ese impacto a corto plazo; la recuperación visual, aunque no sea la óptima, otorga al paciente una funcionalidad que no debe despreciarse. En algunos casos, la cirugía de catarata con comorbilidades que ocasionan discapacidad requiere procedimientos de alta especialidad, pero el resultado sobre la calidad de vida del paciente puede superar el uso de recursos.

Existen casos en que la cirugía de catarata no ofrece posibilidad de recuperación; cuando existe una probabilidad razonable de mejorar la visión, conviene reducir la discapacidad con este procedimiento quirúrgico.

Para los pacientes con riesgo de demencia o fracturas por caídas, la cirugía de catarata mejora la interacción espacial y social y potencia funciones que van más allá de obtener una visión más nítida. Por el contrario, retrasar una cirugía de catarata deteriora funciones extraoculares e incrementa el riesgo de una condición mórbida que limite progresivamente la calidad de vida del paciente.

Todas las discapacidades requieren atención; reducir la discapacidad visual con un procedimiento resolutivo a corto plazo ubica a la cirugía de catarata como un nicho con potencial para generar un beneficio que trasciende a la mejoría visual. Las iniciativas de salud dirigidas a tratar la catarata también amplían las oportunidades de rehabilitación en una población vulnerable, por lo cual es importante medir la agudeza visual en pacientes con otros tipos de discapacidad.

Referencias

1. McCormick I, Butcher R, Evans JR, Mactaggart IZ, Limburg H, Jolley E et al. Effective cataract surgical coverage in adults aged 50 years and older: estimates from population-based surveys in 55 countries. *Lancet Glob Health*. 2022; 10 (12): e1744-e1753.
2. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study; GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Global estimates on the number of people blind or visually impaired by cataract: a meta-analysis from 2000 to 2020. *Eye (Lond)*. 2024; 38 (11): 2156-2172.
3. Blachnio K, Dusinska A, Szymonik J, Juzwizyn J, Bestecka M, Chabowski M. Quality of life after cataract surgery. *J Clin Med*. 2024; 13 (17): 5209.

4. Assi L, Chamseddine F, Ibrahim P, Sabbagh H, Rosman L, Congdon N et al. A global assessment of eye health and quality of life. A systematic review of systematics reviews. *JAMA Ophthalmol.* 2021; 139: 526-541.
5. Jansone-Langina Z, Solomatin A, Solomatins M, Krumina G. Quality of life assessment for nuclear, cortical, posterior subcapsular patients before and after cataract surgery. *J Optom.* 2023; 17 (2): 100489.
6. Hecht I, Kanclerz P, Tuuminen R. Secondary outcomes of lens and cataract surgery: More than just “best-corrected visual acuity”. *Prog Retin Eye Res.* 2023; 95: 101150.
7. Afflitto GG, Aiello F, Surico PL, Malek DA, Mori T, Swaminathan SS et al. Cataract and risk of fracture: a systematic review, meta-analysis, and Bayesian network meta-analysis. *Ophthalmology.* 2025; 132: 921-934.
8. Boyd M, Kvishinadze G, Kho A, Wilson G, Wilson N. Cataract surgery for falls prevention and improving vision: modelling the health gain, health system cost and cost-effectiveness in high-income country. *Inj Prev.* 2020; 26: 302-309.
9. Baig A, Foss A, Sahota O, Sehat K, Ash I. Vision screening in older adults admitted with a fragility hip fracture: A healthcare quality improvement report. *Br Ir Orthopt J.* 2023; 19: 96-107.
10. Al-Namaeh M. Common causes of visual impairment in the elderly. *Med Hypothesis Discov Eye Innov Ophthalmol.* 2022; 10: 191-200.
11. Zhang JH, Ramke J, Lee CN, Gordon I, Safi S, Lingham G et al. A systematic review of clinical practice guidelines for cataract: evidence to support the development of the WHO package of eye care interventions. *Vision (Basel).* 2022; 6 (2): 36.
12. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020; 396 (10248): 413-446.
13. Li M, Hamedani AG. Association of visual impairment with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Neuroophthalmol.* 2025; 45: 131-136.
14. Lee CS, Gibbons LE, Lee AY, Yanagihara RT, Blazes MS et al. Association between cataract extraction and development of dementia. *JAMA Intern Med.* 2022; 182: 134-141.
15. Klauke S, Sondocie C, Fine I. The impact of low vision on social function: the potential importance of lost visual social cues. *J Optom.* 2022; 16: 3-11.
16. Joo H, Diaz-Ramirez LG, Chen CL, Sun CQ, Smith AK, Boscardin WJ et al. Cognitive trajectory before and after cataract surgery: A population-based approach. *J Am Geriatr Soc.* 2025; 73: 1073-1081.
17. Chen PW, Liu PPS, Lin SM, Wang JH, Huang HK, Loh CH. Cataract and the increased risk of depression in general population: A 16-year nationwide population-based longitudinal study. *Sci Rep.* 2020; 10: 13421.
18. Pershing S, Henderson VW, Goldstein MK, Lu Y, Bundorf MK, Rahman M et al. Cataract surgery complexity and surgical complication rates among Medicare beneficiaries with and without dementia. *Am J Ophthalmol.* 2021; 221: 27-38.
19. Anggarini DW, Handyaningrum VN, Hening BB. Association between cataract surgery and age-related macular degeneration: a systematic review. *JARMHS.* 2023; 9 (3): 63-67.
20. Mehta H. Management of cataract in patients with age-related macular degeneration. *J Clin Med.* 2021; 10: 2538.
21. Tang HY, Rosen M, Granstam E. Cataract surgery in neovascular AMD: impact on visual acuity and disease activity. *BMC Ophthalmol.* 2023; 23: 276.
22. Hossli L, Vaghefi SA, Riemer T, Kabiri P, Bonaventura T, Rübbsam A et al. Insights into cataract surgery outcomes in age-related macular degeneration. Perspectives across severity grades under clinical routine conditions. *Ophthalmol Retina.* 2025; 9: 527-536.
23. Karesvuo P, Elbaz U, Achiron A, Hecht I, Kaarniranta K, Tuuminen R. Effect of cataract surgery on wet age-related macular degeneration activity. *Acta Ophthalmol.* 2022; 100: e262-e269.
24. Klein J, Pierscionek BK, Lauritzen J, Derntl K, Grzybowski A, Zlatkova MB. The effect of cataract on early stage glaucoma detection using spatial and temporal contrast sensitivity tests. *PLoS One.* 2015; 10: e0128681.
25. Turalba A, Payal AR, Gonzalez-Gonzalez LA, Cakiner-Egilmez T, Chomsky AS, Vollman DE et al. Cataract surgery outcomes in glaucomatous eyes: results from the Veterans affairs ophthalmic surgery outcomes data project. *Am J Ophthalmol.* 2015; 160: 693-701.
26. Skalicky SE, Martin KR, Fenwick E, Crowston JG, Goldberg I, McCluskey P. Cataract and quality of life in patients with glaucoma. *Clin Exp Ophthalmol.* 2015; 43: 335-341.
27. Xu X, Sun Q, Ma YY, Zou HD. Vision-related quality of life outcomes of cataract surgery in advanced glaucoma patients. *J Glaucoma.* 2016; 25: e5-11.
28. Rao HL, Jonnadula GB, Addepalli UK, Senthil S, Garudadri CS. Effect of cataract extraction on visual field index in glaucoma. *J Glaucoma.* 2013; 22: 164-168.
29. Chung HJ, Choi JH, Lee YC, Kim SY. Effect of cataract opacity type and glaucoma severity on visual field index. *Optom Vis Sci.* 2016; 93: 575-578.
30. Ivanescu A, Popescu S, Gaita L, Albai O, Braha A, Timar R. Risk factors for cataracts in patients with diabetes mellitus. *J Clin Med.* 2024; 13: 7005.
31. Das T, Behera UC, Bhattacharjee H, Gilbert C, Murthy GVS, Rajalakshmi R et al. Spectrum of eye disorders in diabetes (SPEED) in India: Eye care facility based study. Report # 1. Eye disorders in people with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Ophthalmol.* 2020; 68 (Suppl 1): S16-S20.

32. Wen L, Wang Y, Lin Z, Wang FH, Ding XX, Li D et al. The prevalence and causes of visual impairment in type 2 diabetes mellitus in northeast China. *J Ophthalmol*. 2020; 2020: 5969816.
33. Pérez-Peralta L, Rivera-De la Parra D, Graue-Hernández E, Hernández-Jiménez S, Almeda-Valdés P, Velázquez-Jurado H et al. Visual impairment associated with diabetic retinopathy and macular edema: a hospital-based study. *Gac Med Mex*. 2023; 159: 203-209.
34. López-Star EM, Allison-Eckert K, Limburg H, Brea-Rodríguez I, Lansingh VC. Evaluación rápida de la ceguera evitable, incluida la retinopatía diabética, en Querétaro, México. *Rev Mex Oftalmol*. 2018; 92: 84-93.
35. Madueña-Angulo SE, Beltran-Ontiveros SA, Leal-Leon E, Contreras-Gutierrez JA, Lizárraga-Verdugo E, Gutiérrez-Arzapalo PY et al. National sex- and age-specific burden of blindness and vision impairment by cause in Mexico in 2019: a secondary analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Am*. 2023; 24: 100552.
36. Monestam EI. Long-term results of cataract surgery in type 2 diabetics, a 20 year prospective longitudinal study. *Acta Ophthalmol*. 2024; 102: 58-67.
37. Han MM, Song W, Conti T, Conti FF, Greenlee T, Hom G et al. Visual acuity outcomes after cataract extraction with intraocular lens implantation in eyes with diabetic retinopathy. *Ophthalmol Retina*. 2020; 4: 351-360.
38. Lee D, Agron E, Keenan T, Lovato J, Ambrosius W, Chew et al. Visual acuity outcomes after cataract surgery in type 2 diabetes: the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Study. *Br J Ophthalmol*. 2022; 105: 1496-502.
39. Liu L, Herrinton LJ, Alexeef S, Karter AJ, Amsden LB, Carolan J et al. Visual outcomes after cataract surgery in patients with type 2 diabetes. *J Cataract Refract Surg*. 2019; 45: 404-413.
40. Silva LM, Muccioli C, Oliveira FD, Arantes TE, Gonzaga LR, Nakanami CR. Visual impairment from uveitis in a reference hospital of Southeast Brazil: a retrospective review over a twenty years period. *Arq Bras Oftalmol*. 2013; 76: 366-369.
41. Levin MH, Pistilli M, Daniel E, Gangaputra SS, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT et al. Systemic immunosuppressive therapy for eye diseases cohort study. Incidence of visual improvement in uveitis cases with visual impairment caused by macular edema. *Ophthalmology*. 2014; 121: 588-595.
42. Rohl A, Patnaik JL, Lynch AM, Palestine AG. Timing of quiescence and uveitis recurrences after cataract surgery in patients with a history of uveitis. *Ophthalmol Ther*. 2021; 10: 619-628.
43. Shekhar M, Chaudhary S, Pai A, Rajesh V, Balakrishnan L, Nagu K et al. Visual outcomes and risk factors of uveitis cataract eyes after phacoemulsification and manual small-incision cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2024; 50: 257-263.
44. Palson S, Pivodic A, Gronlund M, Lunstrom M, Viberg A, Behndig A et al. Cataract surgery in patients with uveitis: Data from the Swedish National Cataract Register. *Acta Ophthalmologica*. 2023; 101: 376-383.
45. Jeviknar K, Pockar S, Umek L, Rothova A, Valentincic NV. Prognostic factors of cataract surgery in patients with uveitis. *Int Ophthalmol*. 2023; 43: 4605-4612.

Financiamiento: este estudio no recibió financiamiento.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen conflicto de intereses en relación con la publicación del documento.