



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ADULTO CON GLAUCOMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
AUTOCUIDADO - CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017”**

BACHILLER: ELIZABETH VICTORIA PARIONA DONAYRE

ASESOR: NORMA PASTOR RAMIREZ

ICA – PERÚ

2017

DEDICADO A:

Mi madre, por su guía y apoyo en esta etapa de mi vida para poder lograr mis objetivos.

AGRADEZCO A:

A mis docentes que me inculcaron conocimientos a base de su experiencia y enseñanza.

RESUMEN

En Perú los problemas visuales son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300,000 personas con severa discapacidad visual, en adición a 160,000 ciegos por diversas causas; con un alto componente de invalidez para las personas que la padecen.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma y en qué medida se da el autocuidado en los pacientes que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017.

Metodología: Estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Se estudiaron a 168 pacientes nuevos adultos mayores de 40 años con glaucoma que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC en Lima Perú.

Resultados: El 16.7% (28) son pacientes de 40 a 50 años de edad, el 26.2% (44) son de 51 a 60 años de edad, el 39.3% (66) son de 61 a 70 años y el 17.9% (30) son de más de 70 años. El 49.4% (83) son pacientes de sexo masculino y el 50.6 (85) son de sexo femenino que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC. El 32% (54) de pacientes no presentan ninguna enfermedad concomitante, mientras que el 68% (114) de ellos presenta enfermedad concomitante. Siendo la catarata la más frecuente (22%), hipertensión (12%), diabetes (16%), enfermedades renales (3%), enfermedades endocrinológicas (4%), artritis (7%), sordera (3%), y otros (1%). El 8.9% (15) de los pacientes con glaucoma presentan ceguera, el 48.8% (82) presentan disminución de la agudeza visual y el 42.3% (71) no presentan alteraciones en la visión. El 47.6% (80) tiene un autocuidado inadecuado, mientras que el 52.4% (88) el autocuidado es adecuado.

Palabras Clave: Paciente con glaucoma, epidemiología, autocuidado.

ABSTRACT

In Peru, visual problems are the second cause of disability nationwide, involving about 300,000 people with severe visual impairment, in addition to 160,000 blind people for various causes; with a high disability component for those who suffer from it.

Objective: To determine the epidemiological characteristics of the adult patient with glaucoma and to what extent self-care is given in patients attending the Clínica Oftalmosalud SAC Lima - April 2017.

Methodology: Observational, transversal, prospective and descriptive study. We studied 168 new patients over 40 years of age with glaucoma who came to the Clínica Oftalmosalud SAC in Lima, Peru.

Results: 16.7% (28) of the patients were 40 to 50 years of age, 26.2% (44) were 51 to 60 years of age, 39.3% (66) were 61 to 70 years old and 17.9% (30) are over 70 years old. The 49.4% (83) are male patients and 50.6% (85) are female who attend the Clínica Oftalmosalud SAC. 32% (54) of patients do not present any concomitant disease, while 68% (114) of them have concomitant disease. Cataracts were the most frequent (22%), hypertension (12%), diabetes (16%), renal diseases (3%), endocrinological diseases (4%), arthritis (7%), deafness (1%). 8.9% (15) of patients with glaucoma have blindness, 48.8% (82) have decreased visual acuity, and 42.3% (71) have no alterations in vision. 47.6% (80) have inadequate self-care, while 52.4% (88) self-care is adequate.

Palabras Clave: Patient with glaucoma, epidemiology, self-care.

ÍNDICE

	Pág
DEDICATORIA.....	ii
AGREDECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Planteamiento del problema.....	12
1.2.- Formulación del problema.....	14
1.3.- Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1.- Objetivo general.....	14
1.3.2.- Objetivos específicos.....	15
1.4.- Justificación de estudio.....	15
1.5.- Limitaciones de la investigación.....	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación.....	17
2.2.- Bases teóricas.....	22
2.3.-Definición de términos básicos.....	41
2.4.- Hipótesis de la investigación.....	42
2.4.1.- Hipótesis general.....	42
2.5.- Variables.....	42
2.5.1.- Variable dependiente	42
2.5.2.- Variables independientes.....	42
2.5.3.- Operacionalización de la variable.....	43

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1.- Tipo y nivel de investigación.....	44
3.2.- Descripción del ámbito de la investigación.....	44
3.3.- Población y muestra.....	44
3.4.- Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	45
3.5.- Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6.- Plan de recolección y procesamiento de datos.....	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS).....	61

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TABLA	Pág
1	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017: POR EDAD	47
2	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017: POR SEXO	48
3	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017: POR ENFERMEDAD CONCOMITANTE	49
4	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017: POR CALIDAD VISUAL	50
5	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA – ABRIL 2017: POR AUTOCUIDADO	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	GRÁFICO	Pág
1	PACIENTES CON GALUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA: POR EDAD	47
2	PACIENTES CON GALUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA: POR SEXO	48
3	PACIENTES CON GALUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA: POR EDAD: POR ENFERMEDAD CONCOMITANTE	49
4	PACIENTES CON GALUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA: POR CALIDAD VISUAL	50
5	PACIENTES CON GALUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC. LIMA: POR EDAD: POR AUTOCUIDADO	51

INTRODUCCIÓN

Los avances de la ciencia y los progresos sociales que caracterizan la época actual han originado un aumento de las expectativas de vida de la población, produciéndose un aumento de la población de edades más avanzadas (Ministerio de Salud 2013), lo que conlleva cambios profundos y significativos en la convivencia y enfoque sanitario.

La presencia de alteraciones sensoriales en el adulto mayor tiene una alta incidencia, siendo uno de los factores directamente implicados en la morbilidad de la población de edad avanzada. Así, es frecuente encontrar situaciones donde la evaluación integral y el abordaje diagnóstico se dificultan por una situación de déficit sensorial.

Llegar a ser adulto mayor no siempre significa tener mala visión, pero la edad trae cambios en el organismo humano que pueden alterar la función visual, estos cambios pueden ser normales, como la mala acomodación, disminución de la agudeza visual, alteración de la percepción de colores, hipersensibilidad a la luminosidad y otros. También pueden ser cambios patológicos que alteran la agudeza visual y conducen a ceguera como la catarata, el glaucoma. (1)

El Glaucoma es una neuropatía óptica progresiva de etiología multifactorial que afecta a más de 50 millones de personas en el mundo y origina defectos del campo visual. Es causa de ceguera irreversible, pero lo es también de ceguera prevenible por excelencia, mediante la detección precoz, adecuado manejo y seguimiento de los casos. Parte del problema reside en la dificultad de diagnosticar y tratar este temible mal, particularmente en los países en desarrollo. (2)

En los adultos mayores las alteraciones de la visión son relevantes por su frecuencia, porque afectan la calidad de vida y se debe aprender a vivir con esta

transformación de sus capacidades perceptivas. El autocuidado, entonces, se convierte en la mejor estrategia para enfrentar la situación en conjunto con la familia y el equipo de salud.

Mantener o recuperar la autonomía constituye el objetivo principal del cuidado de la salud de los adultos mayores. En consideración a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas invalidantes en este grupo etáreo, el propósito de los cuidados de salud es evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar.

Este estudio pretende entregar antecedentes respecto al problema de personas adultos mayores portadoras de glaucoma, las repercusiones en su calidad de vida y la de su grupo familiar, destacando la importancia de la participación del equipo de salud, en especial de las(os) enfermeras(os) como directos responsables del cuidado y agentes de autocuidado de la población a su cargo.

Se diseña el estudio en cinco capítulos que abarcan todo el conocimiento de la patología en estudio.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial: En el mundo existen 39 millones de ciegos (13% de la población), en Latinoamérica 2,4 millones de ciegos, y en Perú 160,000 ciegos. Para el año 2020 la cifra de ciegos en Latinoamérica alcanzará los 5 millones de habitantes. De acuerdo a diversos estudios, la prevención y el tratamiento oportuno de la pérdida de la visión se cuentan entre las intervenciones de salud más costo-efectivas, en comparación con otros padecimientos. (1)

Actualmente, los países en desarrollo envejecen mucho más rápido que el mundo desarrollado. En el año 2012 más de 248 millones (el 59%) de los casi 418 millones de personas de 65 años o más vivían en países en desarrollo. Está previsto que para el año 2020 esta cifra alcance el 67%. Las Naciones Unidas calcula que para entonces en el mundo habrá 698 millones de personas de edad mayor (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

En Melbourne (Australia) se halló una prevalencia de glaucoma de 1,7% que aumenta regularmente con la edad, de 0,1% entre los 40-49 años a 9,7% entre los 80-89 años. En Egna Neumarkt (Italia) la media de la presión intraocular (PIÓ) fue ligeramente más alta en varones que en mujeres, la prevalencia de glaucoma crónico simple fue 2,1 y 1,4% respectivamente. En un estudio realizado

en Barbados, se halló que la hipertensión arterial, historia de diabetes, edad, fueron los principales factores asociados a PIO elevada. Otros factores asociados positivamente fueron sexo femenino, masa corporal más alta, historia familiar de glaucoma, tabaquismo. La Organización Mundial de la Salud informó que el glaucoma es la principal causa de ceguera irreversible en el mundo, y estimó que 37 millones de personas padecen la enfermedad (OMS, 2014).

La Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, se puso en marcha en 1999. El objetivo de esta actividad, llevada a El adulto mayor con glaucoma, una necesidad urgente para promover su autocuidado.

Según la OMS el 16% de la ceguera es causada por glaucoma, siendo la primera causa de ceguera no recuperable. En los países occidentales esta enfermedad crónica, progresiva y degenerativa se transforma en la primera causa de ceguera, afectando al 2% de la población general, al 3% de los mayores de 50 años y al 5% de los mayores de 70 años.(1)

En Latinoamérica, sólo en algunos países la ceguera por catarata se encontraba adecuadamente controlada (Brasil) o cercana a los estándares de la OMS (Argentina). Los demás países, incluyendo Perú, deben intensificar las intervenciones, así como mejorar los resultados visuales de los pacientes sometidos a ellas.(2)

Chile en el año 2012 se realizó el último censo de la población y la prevalencia de ceguera estimada disminuyó a un 0,28%. Lo anterior significa que existen 2.840 ciegos por millón de habitantes en Chile en la actualidad. No existen diferencias en relación al sexo o condición de ruralidad, concentrándose más del 50% de los casos en la población mayor de 65 años de edad.

En Perú los problemas visuales son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300,000 personas con

severa discapacidad visual, en adición a 160,000 ciegos por diversas causas; con un alto componente de invalidez para las personas que la padecen. (1)

El año 2014 se encontró que la prevalencia de ceguera bilateral estimada a nivel nacional en personas mayores de 50 años fue del 2,0%, y más de la mitad de ella fue por catarata. Otras patologías oculares que presentan alta prevalencia en nuestro medio son el glaucoma y la retinopatía diabética; y en la población escolar cinco de cada cien alumnos presentan deficiencia visual debido a vicios de refracción no corregidos.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

¿Cuáles son las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma y en qué medida se da el autocuidado en los pacientes que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál son las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017?

¿En qué medida se da el autocuidado en los pacientes adultos que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017?

1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma y en qué medida se da el autocuidado en los pacientes que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Precisar las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017
2. Indicar en qué medida se da el autocuidado en los pacientes adultos que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017

1.4.- JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO

El Glaucoma se puede definir como “una neuropatía óptica crónica irreversible caracterizada por la muerte de las células ganglionares de la retina, dando como consecuencia una pérdida de la capa de fibras nerviosas y cambios anatómicos del nervio óptico con la consecuente disminución del campo visual, pudiendo estar asociado con un aumento de presión intraocular o no”.

Glaucoma es un trastorno consistente en la elevación de la presión de un ojo debido a la obstrucción del flujo de salida del humor acuoso.

Este aumento en la presión condiciona unas lesiones en el nervio óptico que pueden ser detectadas mediante determinados procedimientos exploratorios, pero que fundamentalmente se ponen de manifiesto por alteraciones del campo visual.

El objetivo fundamental es conocer los aspectos epidemiológicos de los pacientes con glaucoma que acuden a la Clínica Oftalmológica Instituto Peruano de la Visión en abril 2017 a fin de poder actuar en la prevención.

Afecta con mayor frecuencia a pacientes mayores de 40 años, aunque se puede presentar a cualquier edad. Se trata de la segunda causa de ceguera irreversible en el mundo después de la retinopatía diabética.

Como profesionales de Enfermería, debemos actuar, identificar, predecir y valorar los principales riesgos del paciente con Glaucoma, así como la importancia de la detección precoz de síntomas para una rápida actuación de prevención.

Opté por el presente trabajo debido a la prevalencia de la enfermedad y sus repercusiones que a corto y largo plazo pueden ocasionar. Actualmente existen avances en tratamientos y cirugía.

Dadas sus repercusiones en la agudeza visual, es necesaria la formación del personal del equipo multidisciplinar, ya que un insignificante síntoma nos puede hacer sospechar de la aparición del glaucoma u otro tipo de alteración a tratar.

1.5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue desarrollado en una Clínica de la Ciudad de Lima por lo que los resultados solo corresponden a dicho Centro oftalmológicos no pudiendo inferir a otros centros porque las características de los pacientes son diferentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES

Silva J. (2014). Encuestas nacionales de ceguera y deficiencia visual evitables en Argentina, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú y Uruguay. Objetivo: Describir la justificación y metodología usadas en la Evaluación Rápida de Ceguera Evitable empleada para efectuar encuestas a nivel nacional entre 2011 y 2013 en Argentina, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú y Uruguay. Métodos: La encuesta se dirige a personas de 50 años o más, lo que reduce al mínimo los requisitos de tamaño de la muestra, que oscila entre 2 000 y 5 000 personas. Se emplean sistemas simples de muestreo y técnicas de examen; el análisis de datos es automático y no requiere de un experto en estadística. Es relativamente económica, ya que no toma mucho tiempo, no requiere equipos oftalmológicos costosos y puede ser llevada a cabo por el personal local. Los informes son generados mediante el propio programa informático de la evaluación. Resultados: Los indicadores generados son la prevalencia de la ceguera y la deficiencia visual severa y moderada (discriminadas por causas evitables y cataratas); la prevalencia de afaquia o pseudofaquia; la cobertura de la cirugía de cataratas; el resultado visual de las cirugías de cataratas; las causas de resultados malos; las barreras de acceso a la cirugía de cataratas; y los indicadores de servicio de la cirugía de cataratas. Los resultados de cada una de las encuestas serán publicados de manera secuencial en números sucesivos de la revista, y en un

artículo final de resumen se hará un análisis de los resultados en su conjunto y comparativo entre las encuestas y con aquellas publicadas anteriormente, que aportará un estado de la situación actual en ese grupo de países. Conclusiones: La Evaluación Rápida de Ceguera Evitable es una metodología sólida, sencilla y económica para determinar la prevalencia de ceguera y deficiencia visual y la cobertura y calidad de los servicios de salud ocular, y representa una herramienta muy valiosa para medir el progreso de los programas de prevención de la ceguera y su impacto en la población. (3)

Barrenechea, R; Camarero, E; Segovia, L; Flores, N. (2013). Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina. Objetivo. Determinar la prevalencia de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, sus causas, la cobertura de cirugía de catarata y las barreras que impiden acceder a esos servicios. Métodos. Estudio poblacional transversal realizado entre mayo y noviembre de 2013 mediante la metodología estándar de evaluación rápida de ceguera evitable. Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados de 50 personas de 50 años de edad o más, representativo de todo el país. A los participantes se les midió la agudeza visual (AV) y se examinó el cristalino y el polo posterior por oftalmoscopia directa. Se evaluaron las causas de tener AV < 20/60, la cobertura de cirugía de catarata y su calidad, y las barreras para acceder a ese tratamiento. Resultados. Se evaluaron 3 770 personas (92,0% de lo previsto). La prevalencia de ceguera fue de 0,7% (intervalo de confianza de 95%: 0,4-1,0%). La catarata no operada fue la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa (44,0% y 71,1%, respectivamente), mientras que de la deficiencia visual moderada fueron los errores de refracción no corregidos (77,8%). La cobertura de cirugía de catarata fue de 97,1%, y 82,0% de los ojos operados lograron una AV \geq 20/60. Las principales barreras para someterse a este tratamiento fueron el temor a la cirugía o a un mal resultado (34,9%), el costo (30,2%) y no tener acceso al tratamiento (16,3%). Conclusiones. La prevalencia de ceguera en la población estudiada es baja y la catarata es la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa. Se debe continuar aumentando la cobertura

de cirugía de catarata, perfeccionar la evaluación preoperatoria, hacer un cálculo más adecuado del lente intraocular que necesita el paciente y corregir con mayor precisión los defectos refractivos postoperatorios. (4)

González Hernández, Y; Basulto Quirós, N; González Rodríguez, N; de la Fuente Garrote, Ú. (2013). Pesquisaje de glaucoma Cuba. Objetivo: identificar los pacientes con riesgo, sospechosos de glaucoma y glaucomatosos a través de una investigación realizada en los Servicios Médicos del Ministerio del Interior. Método: Se realizó un estudio descriptivo. De un total de 645 civiles que asistieron al Puesto Médico Provincial de los Servicios Médicos se tomó a 231 pacientes con riesgo de padecer glaucoma. Resultados: Se presentó el sexo masculino en el 69,7 % de los pacientes con riesgo, glaucoma como antecedente familiar en el 62,3 % y la excavación de la papila en más del 70 % para los dos ojos. La hipertensión arterial predominó como antecedente patológico personal y más de la mitad de los pacientes estudiados presentó tensión ocular alta. Conclusión: Uno de cada tres pacientes fue seleccionado con riesgo de padecer glaucoma y dentro de estos el 44,6 % se concluyó como glaucomatoso.(5)

Fernández García A. (2012). No cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto. Chile. Objetivos: identificar el cumplimiento o no cumplimiento del tratamiento en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto. Métodos: estudio descriptivo, transversal en 106 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto confirmado, atendidos en el Servicio de Glaucoma del Hospital Dr. Salvador Allende de Ciudad de La Habana durante el primer trimestre de 2011. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, antecedentes patológicos personales y antecedentes familiares de glaucoma, tratamiento y su cumplimiento, autovaloración del estado de salud general y visual. Resultados: la edad promedio fue de 60,7 años; 72,7 % mujeres; el 51,9 % resultó no cumplidor del tratamiento farmacológico. El 91,6 % de los pacientes utilizan monoterapia y el 73,6 % de los

casos emplean timolol en monoterapia o en combinación con otro fármaco. El 68, 9 % tenía antecedentes familiares de glaucoma. La hipertensión arterial (51, 1 %) fue la enfermedad crónica más reportada. La valoración del estado de salud general y visual más referida fue la regular (42, 5 % y 49, 1 % respectivamente). Conclusiones: más de la mitad de los pacientes fueron no cumplidores del tratamiento farmacológico indicado para el control de la enfermedad, comportamiento que estuvo relacionado con la edad en los casos estudiados.(6)

NACIONALES

No se encontraron estudio en provincias.

LOCALES

Zapata Susanivar, D. (2015). Características epidemiológicas del glaucoma de ángulo abierto. Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2013 -2014. Objetivo: Describir factores epidemiológicos de los pacientes con diagnóstico de Glaucoma primario de ángulo abierto en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, julio 2013 - junio 2014. Metodología: Es del tipo observacional, retrospectivo y transversal. En este tipo de estudio tenemos los datos en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de GPAA y analizaremos los datos obtenidos de este grupo de pacientes. Resultados: La población de estudio está conformada por 48 pacientes con una edad media de 67.08 años. El 66.7% de los pacientes que formaron parte de la investigación son del sexo masculino. El 83.3% de la población que participó en la investigación son de raza mestiza. El 62.5% de los pacientes presentó antecedentes familiares. El 41.7% de los pacientes presentaron enfermedad sistémica. Conclusiones: El glaucoma de ángulo abierto se presentó fundamentalmente en pacientes varones con una edad media de 67 años y en aquellos con antecedentes familiares de glaucoma. (7)

Campos B. (2014). Prevalencia y causas de ceguera en Perú: Encuesta Nacional. Objetivo: Estimar la prevalencia de ceguera y deficiencia visual en adultos de Perú y precisar sus causas, evaluar la cobertura y la calidad de los

servicios de cirugía de catarata y determinar las barreras que impiden acceder a esos servicios. Métodos: Estudio poblacional transversal con muestreo aleatorio por conglomerado en dos pasos de personas de 50 años o más, representativo de todo el país, mediante la metodología estándar de la Evaluación Rápida de Ceguera Evitable. Se midió la agudeza visual y se examinó el cristalino y el polo posterior por oftalmoscopia directa. Se calculó la cobertura de cirugía de catarata y se evaluó su calidad, además de las causas de tener una agudeza visual 20/60 y las barreras para acceder a ese tratamiento. Resultados: Se examinaron 4 849 personas. La prevalencia de ceguera fue 2,0% (intervalo de confianza de 95%: 1,5–2,5%). La catarata fue la causa principal de ceguera (58,0%), seguida por el glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada con la edad (11,5%). Los errores de refracción no corregidos fueron la principal causa de deficiencia visual moderada (67,2%). La cobertura de cirugía de catarata fue de 66,9%, y 60,5% de los ojos operados de catarata logró una AV \geq 20/60 con la corrección disponible. Las principales barreras para someterse a la cirugía de catarata fueron el alto costo (25,9%) y no saber que el tratamiento es posible (23,8%). Conclusiones: La prevalencia de ceguera y deficiencia visual en Perú es similar a la de otros países latinoamericanos. La baja cobertura de cirugía de catarata y el envejecimiento poblacional indican que para aumentar el acceso a estos servicios se debe mejorar la educación de la población en salud ocular y la capacidad resolutoria de los servicios oftalmológicos y de cirugía de catarata, y reducir su costo.(8)

Zárate Ferro U. (2013). Caracterización epidemiológica del glaucoma en la población del Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Enero – diciembre 2012. Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes sometidos a estudio de glaucoma en la unidad de glaucoma del servicio de oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo Enero a diciembre 2012. Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional donde se revisaron 190 historias de pacientes atendidos en la unidad de glaucoma del servicio de oftalmología del Hospital

Nacional Arzobispo Loayza con sospecha de glaucoma durante el periodo enero – diciembre 2012. Resultados: De los 190 pacientes, 130 tuvieron diagnóstico de glaucoma, los datos demográficos fueron los siguientes: 88 mujeres (66,7%) y 42 varones (32,3%), la edad promedio de los pacientes con glaucoma fue 61,38 años. La mayor parte de los casos fue clasificada como glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) que corresponde al 50% de los subtipos encontrados (n=65), seguido de los pacientes con sospecha de glaucoma (n=25, 19,23%), glaucoma primario de ángulo cerrado (GPAC), (n=20, 15,4%), hipertensión ocular (HTO), (n=17, 13,1%), glaucoma tensión normal (GTN), (n= 2, 1,5%), y glaucoma neovascular (GNV), (n=1, 0,8%). Conclusiones: La variedad más frecuente de glaucoma fue GPAA, el promedio de edad para este subtipo es de 64 años. Se encontró que el número de casos de GPAA y GPAC se incrementó al doble en pacientes mayores de 60 años de edad.(9)

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1. LA CEGUERA

La OMS estima que el número de personas con impedimento visual debido a enfermedades oculares y errores refractivos no corregidos es de 314 millones. Se encuentran incluidos allí 153 millones de personas que presentan errores refractivos no corregidos. Asimismo, estima que de los 314 millones de personas con impedimento visual, 45 millones de persona son ciegas, de estas últimas el 18% se deben a errores refractivos no corregidos.(10)

Si bien las causas de discapacidad visual y ceguera varían de región a región, de país a país, estas también presentan variaciones entre sus ámbitos urbano y rural. Las principales causas, sin incluir los defectos refractivos no corregidos, son las cataratas (47,8%), glaucoma (12,3%), la degeneración macular relacionada con la edad (8,7%), el tracoma (3,6%), la opacidad corneal (varias causas excluidas tracoma) (5,1%), la retinopatía diabética

(4,8%), la ceguera infantil (por diversas causas) (3,8%), y otras causas (12,9%). Más del 75% de todas las causas de ceguera son prevenibles o tratables. A pesar de la implementación de VISIÓN 2020 en América Latina, la mayoría de los casos de ceguera y la discapacidad visual siguen siendo ocasionados por causas evitables, principalmente de cataratas (ceguera, 38-74%) y los errores de refracción (ceguera, 0-11.9%, deficiencia visual, 72%). La ceguera bilateral en personas mayores de 50 años varía entre 1,1% (Argentina) y 4,2% (Venezuela). La causa principal de la ceguera en todos los estudios fue de cataratas, y la proporción de esta varió de 40,9% (Brasil) a 68% (Guatemala).

La Evaluación Rápida de Ceguera Evitable (ERCE) (RAAB en Inglés) realizado en el Perú el año 2011, estimó que la prevalencia de ceguera bilateral a nivel nacional en personas mayores de 50 años, fue del 2,0%, y más de la mitad de ella fue por catarata. La prevalencia del impedimento visual severo, fue del 1,3% y del impedimento visual moderado fue del 10,1%.

El estudio ERCE 2013 encuentra que la principal causa de ceguera e impedimento visual severo fue la catarata no tratada, mientras que la principal causa de impedimento visual moderado fueron los errores refractivos. Casi la totalidad de las causas de la ceguera y discapacidad visual identificadas (83,2 a 93,8%) en este estudio, fueron evitables (tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles).(10)

Causas de ceguera

Las principales causas de ceguera fueron la catarata no tratada (58,0%), el glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada a la edad (11,5%), las que en conjunto, constituyeron el 83,2% de todas ellas. Las causas de ceguera menos frecuentes fueron otras opacidades corneales (5,3%) y otras enfermedades del segmento posterior (4,6%).

La catarata no tratada es la causa principal de impedimento visual severo (59,3%), seguida de los errores refractivos (24,7%), glaucoma (6,2%) y degeneración macular relacionada a la edad (6,2%), mientras que, los errores refractivos fueron la principal causa para el impedimento visual moderado, (67,2%), seguida de la catarata no tratada (21,8%) y la degeneración macular relacionada con la edad (6,5%).

Las causas evitables de la ceguera y discapacidad visual (tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles) correspondieron el 92,6% a los casos de compromiso moderado de la visión, el 93,8 % a los casos de compromiso severo, y el 83,2% a los casos de ceguera.(11)

2.2.2. GLAUCOMA

El Glaucoma representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La Organización Mundial de la Salud consideró que 12.3% de la personas ciegas en el mundo tuvieron como causa el glaucoma. Por otro lado, a través de una estimación proveniente de la información publicada de prevalencia, se proyectó que para el año 2020 podría haber 79.6 millones de personas afectadas por glaucoma (74% con glaucoma de ángulo abierto), con ceguera bilateral en 5.9 millones de personas con glaucoma de ángulo abierto y 5.3 millones con glaucoma de ángulo cerrado.

Existen por lo menos tres evidencias epidemiológicas que por su rigor metodológico, se ha obtenido la mejor información al respecto de la prevalencia del glaucoma.

En el proyecto VER, Quigley y co-investigadores reportan los resultados de examinar a 4774 mexicanos o mexicano-americanos en el estado de Arizona, Estados Unidos, encontrándose una prevalencia de 1.97% (IC 95%, 1.58%-2.36%) de glaucoma de ángulo abierto, incrementándose de 0.50% en los del rango de edad de 41 a 49 años hasta 12.63% en los mayores de 80

años; la prevalencia de glaucoma de ángulo cerrado fue de 0.10%. Es importante mencionar que dicho estudio epidemiológico fue diseñado primordialmente para identificar el impacto de la retinopatía diabética.

En contraste, el estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) se diseñó de manera óptima para estimar valores más precisos de glaucoma. En dicho estudio se demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%) y también tenía un crecimiento exponencial relacionado a la edad que rebasaba 20% en los mayores de 80 años de edad.

Finalmente, en este apartado, Sakata y colaboradores demostraron que de un total de 1636 sujetos examinados en un estudio de población en Piraquara, Brasil, la prevalencia de todos tipos de glaucoma fue de 3.4% (IC 95%, 2.5-4.3%), siendo más prevalente el glaucoma primario de ángulo abierto (2.4%) y solamente 12% de los sujetos con este tipo de glaucoma conocían de su diagnóstico.(12)

2.2.3. EL SISTEMA DE SALUD, LOS RECURSOS HUMANOS

En el país hay 830 oftalmólogos a nivel nacional, 620 pertenecen a la Sociedad Peruana de Oftalmología. Se estima que hay un oftalmólogo por cada 34,000 habitantes, 98% en las grandes urbes (100,000 o mayor) y 2% en ciudades intermedias o menores (< 100,000 habitantes). Hay 1,000 optómetras a nivel nacional, 90% de ellos en grandes urbes (100,000 o más habitantes) y 10% en ciudades intermedias o menores (menos 100,000 habitantes).

Existen 128 servicios oftalmológicos públicos con 403 oftalmólogos. El 44.2% de servicios oftalmológicos se ubican en regiones de Lima y Callao (capital), 30.8% en otras regiones de la costa, el 25% restante, cobertura 14 regiones de la sierra y selva. El 64.8% de los oftalmólogos públicos laboran en regiones de Lima y Callao (capital), 23.9% en otras regiones de la costa y

11.3% en regiones de sierra y selva. El 56.7% son oftalmólogos generales y 43.1%, subespecialistas. Las regiones de Lima y Callao (capital) concentran el 52.0% de oftalmólogos generales y 82.7% de subespecialistas.

El 64.1% de las lámparas de hendidura y 53.2% de los microscopios quirúrgicos se encuentran en las regiones de Lima y Callao (capital). Más del 50% del instrumental para cirugías de catarata, pterigión y chalazión a nivel nacional se encuentran en regiones de Lima y Callao (capital).

Finalmente, el 21.5% de oftalmólogos no operan cataratas, 68.1% operan <100 cirugías/año y 10.4% entre 100 a 200 cirugías/año. 79% de FACO y 72.6% de ECCE son reportadas en regiones de Lima y Callao (capital).(13)

2.2.4. ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA

La Organización Mundial de la Salud ha declarado desde hace ya algunos años a la discapacidad visual y la ceguera evitables como un importante problema de salud pública mundial sobre el cual se puede y debe intervenir. Desde la perspectiva de la salud pública, la discapacidad visual es enfocada con una perspectiva multidisciplinaria, basada en datos científicos, promoviendo la acción colectiva de las poblaciones y el trabajo conjunto de todos los sectores, y dando importancia central a la prevención.

En 2009 se aprobó y puso en ejecución el Plan de Acción 2009-2013 para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables. Y en 2012 de los resultados y lecciones aprendidas de dicho Plan y el debate generado a partir de todo ello se plantearon algunos elementos clave, que luego se plasmaron en el Plan de Acción Mundial 2014-2019 que está en 2013 en proceso de aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud.

Los elementos son los siguientes:

-Es esencial evaluar en todos los países la magnitud y las causas de la discapacidad visual, así como la eficacia de los servicios.

-El seguimiento y la evaluación de los servicios de atención oftálmica y las tendencias epidemiológicas de las enfermedades oculares deberían integrarse en los sistemas nacionales de información sanitaria para orientar la planificación de los servicios y la asignación de recursos.

-La elaboración y la aplicación de políticas y planes nacionales para la prevención de la discapacidad visual evitable siguen constituyendo la piedra angular de la acción estratégica, de manera integrada dentro de los sistemas generales de prestación de atención sanitaria, en todos sus niveles.

-Los gobiernos y sus asociados deben invertir en la reducción de la discapacidad visual evitable a través de intervenciones costo eficaces, así como en el apoyo a las personas con discapacidad visual irreversible para acceder a los servicios de atención sanitaria, rehabilitación, apoyo y asistencia, y su inclusión en la educación y al empleo.

-Es necesario integrarse para la prestación de servicios integrales de atención oftálmica en el marco de servicios y sistemas generales de salud. Y potenciar la movilización de recursos financieros suficientes, previsibles y sostenibles en iniciativas más amplias de cooperación para el desarrollo, con énfasis en aquellas que sean innovadoras.

- La contribución de los asociados y las alianzas internacionales es fundamental para desarrollar y fortalecer medidas eficaces de salud pública para la prevención de la discapacidad visual.

-La acción internacional sostenida y coordinada como la lleva adelante el Programa Visión 2020 da excelentes resultados; así como también las alianzas regionales y en el nivel nacional.(13)

- La eliminación de la ceguera evitable depende de los progresos logrados en el marco de otros programas mundiales de salud y desarrollo tales como los de desarrollo de sistemas integrales de salud y de recursos humanos, las mejoras en el ámbito de la salud materno infantil y la salud reproductiva, y el suministro de agua potable y de servicios básicos de saneamiento. La salud ocular debe incluirse dentro del marco de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, y en los modelos de abordaje del envejecimiento de las poblaciones.

- La investigación biomédica es importante para el desarrollo de nuevas intervenciones más eficaces en función de los costos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Asimismo la investigación operativa permitirá obtener evidencias científicas sobre formas de superar barreras a la prestación y uso de los servicios y de perfeccionar estrategias y enfoques.

- Las metas mundiales y los indicadores nacionales son importantes. Una meta mundial confiere claridad sobre la orientación general del plan y permite focalizar los esfuerzos de los asociados. También es importante para fines de promoción y para evaluar el impacto general del plan de acción. Los indicadores nacionales ayudan al Estado y sus aliados estratégicos a evaluar los avances y a planificar sus inversiones futuras dentro del marco país.

Al respecto del mencionado Plan Mundial el MINSA del Perú se manifiesta recomendando para el caso peruano lo siguiente:

- Considerar como marco y base del Plan Estratégico Nacional al Plan de Acción Mundial de la OMS 2014-2019.

- Incluir en los Objetivos del Milenio las intervenciones en Salud Ocular ya que son transversales a las etapas de vida y enfermedades crónicas no transmisibles, siendo causa de discapacidad y exclusión de las personas con mayor necesidad. (13)

- Considerar como indicadores de evaluación del Plan: Prevalencia y causas de la discapacidad visual, Cifras del personal de atención oftálmica desglosadas por tipo de profesión, Tasa de cirugía de catarata por millón y por año, Cobertura de cirugía de catarata(OMS) y también Años de Vida Saludable perdidos –AVISA-y Años de Vida ajustados por Discapacidad –AVAD.
- Consolidar dicho Plan como política sectorial y multisectorial.
- Asumir como estrategia clave el trabajo intersectorial.
- Fortalecer la gestión clínica de los servicios oftalmológicos regionales.
- Fortalecer las competencias de los/as profesionales de salud del 1er nivel de atención.
- Impulsar la Educación continua del personal médico para incrementar la capacitación quirúrgica de los equipos oftalmológicos. (13)

Trabajando en la misma dirección, en abril del 2013 los representantes de los Ministros de Salud de la Región de las Américas reunidos en Quito propusieron un cuerpo de acciones orientadas a:

1. Actualizar los planes y políticas nacionales de salud visual
2. Integrar la salud visual en la atención ocular primaria
3. Fortalecer el papel del coordinador nacional de salud visual en el Ministerio
4. Fortalecer el papel del comité nacional de prevención de la ceguera
5. Planificar los recursos humanos en salud visual
6. Mejorar la calidad de los servicios
7. Distribuir equitativamente los servicios visuales a nivel nacional
8. Financiar las intervenciones prioritarias de salud ocular
9. Hacer seguimiento a la aplicación de políticas

Se tomó en cuenta complementariamente la incorporación de los programas de salud ocular en los sistemas nacionales de salud de la siguiente manera:

1. La retinopatía del prematuro en las políticas y planes neonatales.
2. Catarata y retinopatía diabética en las políticas y planes del adulto mayor y enfermedades crónicas.

3. El tamizaje escolar en las políticas del ministerio de educación y la BV en las políticas de discapacidad.(13)

2.2.5. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD OCULAR

El Instituto Nacional de Oftalmología con el propósito de desarrollar conciencia en la población de más bajos ingresos y menor acceso a servicios especializados en salud ocular, y educarles en el cuidado de la misma, generó una propuesta de Atención Primaria en Salud Ocular que permite:

- Identificar patologías,
- Brindar cuidados de poca complejidad,
- Referir casos a otros niveles de atención,
- Recibir y analizar contrarreferencias y,
- Efectuar el seguimiento de los enfermos.

Con un sistema bien organizado, este nivel espera poder atender al 100%de la población, resolver los problemas del 85%; quedando un 12%que necesitará cuidados de nivel secundario y sólo un 3% se hará acreedor a la atención de nivel terciario.

El trabajo lo realizan promotores/as de salud a través de actividades de prevención, promoción y recuperación, y de derivación al médico/a oftalmólogo cuando la condición de la persona lo requiera.(14)

2.2.6. AUTOCUIDADOS EN EL GLAUCOMA

La mejor manera de prevenirse del glaucoma es conociendo los factores de riesgo y revisarse regularmente. Si tiene glaucoma lo mejor es tomar los medicamentos tal y como se lo indica el médico. Los exámenes frecuentes le permiten al médico vigilar la presión del ojo y detectar cualquier cambio en la visión.

- Dieta saludable. Las vitaminas y minerales importantes para los ojos incluyen las vitaminas A, C y E, zinc y cobre. Beber líquidos en pequeñas cantidades durante el día; ya que tomar más de un litro en un tiempo corto puede aumentar la presión del ojo. Limitar la cafeína a niveles bajos.
- Ejercicio regular. Los estudios muestran que las personas con glaucoma de ángulo abierto que practican ejercicio por lo menos tres veces por semana pueden disminuir la presión intraocular en 20 por ciento en promedio. Sin embargo el glaucoma de ángulo cerrado no se afecta con el ejercicio.
- Evite los remedios de hierbas. Algunos suplementos de hierbas como el arándano se anuncian como remedio para el glaucoma, lo cual no es cierto. Consulte a su médico antes de utilizar suplementos de hierbas.
- Manejo del estrés. El estrés puede precipitar un ataque de glaucoma agudo de ángulo cerrado. Busque técnicas de relajación como la meditación y relajación muscular progresiva para manejar el estrés.
- Anteojos con protección ultravioleta. Siempre que ande a la intemperie use anteojos de sol que tengan filtro para bloquear la luz ultravioleta.
- Protección ocular. Los golpes en los ojos pueden provocar un aumento de la presión intraocular. Use anteojos de seguridad cuando practique deportes, use herramientas o trabaje con sustancias químicas.(15)

2.2.7. CUIDADO DE LOS OJOS

La pérdida de visión y de audición son causas importantes de incapacidad. La pérdida de visión impide desempeñar muchas actividades en la casa o fuera de ella; la sordera aisla a las personas. Las principales causas de pérdida de visión en el adulto mayor son las cataratas, la presbicia, el glaucoma y lesiones de los vasos de la retina. Las cataratas (opacidad del cristalino, que opaca la pupila) pueden operarse; la presbicia (que obliga a leer de lejos) se corrige con lentes. La ceguera por aumento de la presión dentro del ojo (glaucoma) y por las lesiones de la retina puede prevenirse. Para lo primero es útil controlar periódicamente la

presión del ojo; las lesiones de los vasos de la retina se previenen controlando la hipertensión arterial y la diabetes.

La aparición de dolor o congestión intensa del ojo (ojo rojo) puede corresponder a una infección grave o un glaucoma que, sin tratamiento, puede terminar en ceguera.

El control médico general protege la vista.

El control de la presión ocular protege la vista.

Si hay disminución aguda de visión, dolor o inflamación: consulte rápido.

Si comienza a ver menos, consulte: podría mejorar. (15)

2.2.8. FACTORES DE RIESGO PARA GLAUCOMA

La Presión intraocular (PIO), hasta hace tiempos relativamente recientes se consideraba un factor de riesgo en cuanto al aumento de la PIO > 21 mmHg. Sin embargo actualmente se sabe que un aumento de presión intraocular no es un factor determinante, existiendo otros factores implicados en la génesis.

La PIO viene determinada por tres factores: La cantidad de producción de humor acuoso, la resistencia encontrada en los sistemas de drenaje y el valor de la presión venosa episcleral. Es completamente independiente de la Presión arterial, y su valor normal oscila entre 8 y 21 mmHg. Sufre oscilaciones a lo largo del día siendo más alta por la mañana y más baja por la tarde.

El aumento de la PIO depende del balance entre la producción del humor acuoso y su drenaje:

- Hay pacientes que presentan una PIO > 21 mmHg que no presentan alteraciones en el nervio óptico ni campimetrías llamados hipertensos oculares o sospechosos de glaucoma, y aunque algunos desarrollarán glaucoma (40% en 10 años), otros se mantienen sin daño a pesar de las cifras tensionales elevadas.

- Otro grupo van a presentar alteraciones campimétricas y alteraciones de la cabeza del nervio propio del glaucoma con cifras de PIO normales denominadas glaucoma de baja tensión o glaucoma normotensional.

En el glaucoma, excepto los normotensores, el aumento de la PIO se debe a una alteración del drenaje de humor acuoso manteniéndose constante la producción.

*En el glaucoma de ángulo abierto, la causa está en un aumento de la resistencia al paso del humor acuoso a través de la malla trabecular por alteración de ésta.

Sin embargo, en el glaucoma de ángulo cerrado, la causa está en un bloqueo pupilar relativo a una mayor aposición entre el iris y el cristalino que dificultará el paso del humor acuoso desde la cámara posterior a la cámara anterior a través de la pupila acumulándose en aquella, empujando la periferia del iris hacia adelante y adoptando éste una forma convexa hacia la córnea.

Así pues, la amplitud del ángulo estaría disminuida con el consecuente cese de salida de humor acuoso y el aumento de la presión intraocular. Aun así la PIO es el único factor sobre el que podemos actuar para detener el programa de la enfermedad y sobre el cual van dirigidos todos los tratamientos.

*Antecedentes familiares: considerados un factor importante, cifrándose en un 4-16% de padecerlo si presenta antecedentes de primer grado.

*Edad: Se incrementa el riesgo considerablemente a partir de los 40 años. Es importante que aquellos individuos mayores de 40 sean sometidos a una revisión para descartar esta patología.

*Sexo: Aunque no hay ninguna diferencia en la PIO entre los sexos, las mujeres tienen glaucoma de tensión normal más frecuentemente que los hombres.

Esto está relacionado al menos parcialmente con el hecho de que el síndrome vaso espástico es más común en las mujeres.

*Miopía: los miopes suelen tener una PIO más alta que el resto de la población.

*Raza: en la raza negra y especialmente la asiática, la prevalencia e incidencia del glaucoma primero de ángulo abierto son mayores, aparición precoz y el curso de la enfermedad más grave que en caucásicos. (Salmon.JF, 1999)

*Problemas cardiovasculares y hematológicos: especialmente importante en el glaucoma de baja tensión. Podrían existir alteraciones en el flujo de la cabeza del nervio óptico y también estados de hipercoagulabilidad.

*Pacientes con fuertes hipermetropías: son ojos más cortos y pequeños, siendo la cámara anterior más estrecha creándose así como consecuencia un problema en la eliminación del humor acuoso.

*Catarata senil muy desarrollada: existe un aumento del volumen del cristalino provocando dificultades en la salida del humor acuoso.

*Otros: diabéticos, asimetría papilar y defectos en la capa de fibras del nervio óptico.

En pacientes con factores de riesgo, es de especial importancia no dilatar nunca la pupila, puesto que con esta maniobra se favorece el cierre del ángulo y el desenlace de un glaucoma agudo.

También es importante evitar la administración de medicamentos que contengan derivados atropínicos por la posibilidad de que se desencadene un ataque agudo de glaucoma.

El análisis de los distintos factores de riesgo se hará de forma independiente en cada enfermo. (16)

2.2.9. ¿QUÉ SIGNIFICA ENVEJECER?

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios.

Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

En el adulto joven, existe una gran capacidad de reserva y adaptación frente a las exigencias. El aparato respiratorio es capaz de trabajar más cuando se asciende una altura; el sistema circulatorio es más eficiente cuando se realiza un esfuerzo físico; el sistema nervioso es capaz de retener más información, por ejemplo, cuando se prepara un examen la noche anterior a un certamen.

- El envejecimiento es inevitable.
- La calidad del envejecimiento dependerá, en gran medida, de cómo hayamos vivido.
- Existen aspectos positivos de la vejez, debemos aprender a aprovecharlos.

Con el envejecimiento la capacidad de reserva y adaptación a la exigencia se va perdiendo. El adulto mayor puede respirar normalmente y caminar sin problemas, es capaz de estudiar con calma, pero al aumentar las exigencias no le es posible rendir como él quisiera. (17)

Aparece disnea (sensación de ahogo) al subir escaleras o si intenta correr; es incapaz de memorizar un tema con tanta facilidad como lo hacía antes.

Existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, suele hacerse menos hincapié en los aspectos positivos: la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea.

La proximidad de la muerte puede ser vivida como algo terrible, angustiante, o como un proceso natural que puede ser asumido con tranquilidad.(17)

2.2.10. INTERVENCIÓN ENFERMERA

La persona afectada por glaucoma requiere de la preparación e intervención organizada del equipo de salud, familia (puede convertirse en la suministradora primaria del tratamiento necesario) y la comunidad, así como de su propia actividad positiva frente a la afección.

A pesar de que la técnica y la medicación son los factores más importantes para el control del glaucoma, cobran gran importancia la valoración e identificación de la dependencia que genera la patología en el paciente, ya que ésta va a modificar los roles de la persona y sus actividades.

Cuando sobreviene una enfermedad crónica en una persona mayor, los cuidados predominantes son los de compensar los efectos originados por las disminuciones sensoriomotrices.(18)

Para el control o seguimiento del glaucoma, se ha de vigilar la PIO, para ello se ha de evitar:

- Realizar ejercicios violentos.

- Levantar peso, empujar objetos pesados.
- Las infecciones de vías respiratorias (tosser o estornudar aumentan la PIO).
- El aumento de la presión gastrointestinal (aumenta la torácica y, como consecuencia, la intraocular).
- Las ropas apretadas, cuellos, cinturones, fajas.
- Las tensiones emocionales, temor, preocupaciones, excitación, estrés.

Entre las actividades recomendadas para el paciente con glaucoma, se encuentran:

- Mantener hábitos normales de eliminación mediante una dieta rica en fibra. Evitar el estreñimiento.
- Cumplir con el tratamiento prescrito, para ello se requiere información sobre el propósito, la frecuencia y la técnica de administración de los medicamentos antiglaucoma.
- Seguir con el tratamiento incluso en ausencia de síntomas.
- Dado que es un problema evitable, un examen oftalmológico periódico es muy valioso tanto para la detección precoz, como para el seguimiento de la patología.
- Realizar ejercicio moderado para mantener el bienestar.
- Leer y ver la TV con moderación.
- Facilitar la estancia en ambientes oscurecidos, tranquilos y privados.
- Aplicación de compresas frías en la frente.

Los servicios profesionales de enfermería comprenden la gestión del cuidado, en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.(19)

Se reconoce que la gestión de enfermería es un poderoso componente que contribuye cada vez más en el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedad.

La investigación en enfermería ha constatado que dentro de los problemas más importantes que afectan los cuidados del adulto mayor se encuentran las pérdidas sensoriales, situación que motiva a asumir una actitud de alerta a los profesionales de enfermería como directos responsables en contribuir a elevar el nivel de calidad de vida de nuestra población.

El adulto mayor afectado por glaucoma se presenta como un problema de salud mundial de dimensiones insospechadas, por lo que requiere de la preparación e intervención organizada del equipo de salud, familia y la comunidad, así como de la actitud positiva de la persona frente a la enfermedad.

La condición requirente de cuidados de enfermería es la incapacidad de las personas para proporcionarse a sí mismas de forma continuada la cantidad y calidad de autocuidado acorde con la situación de salud personal.

La OMS definió la práctica de autocuidado como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad", lo cual le permitiría, de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.(20)

Nuestra disciplina aporta herramientas científicas de gran valor para enfrentar este creciente problema de salud, adultos mayores aquejados de glaucoma, estudiándolo en todas sus dimensiones, especialmente en la adquisición de información respecto a factores predictores de conducta de autocuidado y sus características.

El problema de salud de la persona con glaucoma ha sido tratado en investigaciones relativamente actuales que enfatizan aspectos biomédicos, esto debido al no tan lejano desarrollo científico-tecnológico de la oftalmología. La revisión muestra estudios de tipo epidemiológico dirigidos a buscar causas y determinar prevalencia de patologías conducentes a ceguera, clasificación y su distribución en el mundo; artículos proponiendo estrategias para prevención de ceguera y creación de programas de atención de morbilidad. Pero es urgente preocuparse de otros aspectos psicosociales que apunten hacia el incremento del conocimiento de la conducta de la persona afectada por glaucoma para establecer fortalezas y determinar debilidades que permitan al profesional de enfermería la prestación de cuidados de calidad, utilizando el método científico avalado por sus propios modelos y teorías.(21)

Aunque en general persiste la idea de que la técnica y la medicación son los factores más importantes para la curación, las(os) enfermeras (os) como profesionales expertos en los cuidados, tenemos que valorar e identificar los que requieren las personas que padecen esta enfermedad progresiva e incapacitante.

El glaucoma origina una dependencia que va a modificar otros roles de la persona y sus actividades. La(el) enfermera(o) debe ayudar a la persona a aceptar determinadas limitaciones, a adaptarse a sus circunstancias y a conquistar el mayor grado de autonomía posible. En algunos servicios de asistencia en salud, los tratamientos se han vuelto prioritarios sustituyendo masivamente a los cuidados, los que son considerados como accesorios, sólo a ejecutar como tareas; sin embargo, las(os) enfermeras(os) sabemos que en ningún momento un

tratamiento puede sustituir a los cuidados. Siguiendo la propuesta de Collière (1993), cuando sobreviene una enfermedad crónica, como el glaucoma, en una persona adulto mayor, los cuidados predominantes son los de "compensación", compensar los efectos originados por las disminuciones sensoriomotrices (visuales, auditivas, táctiles, etc.).(22)(23)

Exista o no tratamiento médico, los cuidados de enfermería continúan siendo vitalmente indispensables, especialmente cuando son prestados en conocimiento de los reales requerimientos o demandas terapéuticas de autocuidado. Demandas que pueden ser calculadas por medio de un proceso investigador respecto a la naturaleza de los factores básicos condicionantes de este autocuidado, para su aplicación en la gestión y la práctica de enfermería.

Consecuentemente, el Consejo Internacional de Enfermeras, en relación al envejecimiento saludable como desafío para la salud pública y la enfermería, postula que "las enfermeras tienen el deber de mantener su nivel de competencia, planificar y dispensar cuidados de calidad, delegar tareas con garantía y evaluar los servicios dispensados". Para esto se requiere conocimientos, capacidades profesionales actualizadas y una determinada estructura de carrera profesional.(24)

2.2.11. DOROTEA OREM Y EL AUTOCUIDADO

Define personas como una unidad que posee capacidad, aptitudes, poder y cuidado como campo de conocimiento que tiende a cubrir las limitaciones de las personas en el ejercicio de su autocuidado relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado. La "gran teoría del autocuidado" está compuesta por "tres teorías" interrelacionadas que son: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de sistemas enfermeros. En ese sentido la intervención de la enfermera es de vital importancia en la prevención de esta patología, así como en el control de ella, pues es

obligación de enfermería la orientación e información de esta enfermedad a los pacientes a su cargo. (25)(26)

2.3.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

GLAUCOMA: Enfermedad del ojo caracterizada por un aumento de la presión dentro del globo ocular que causa un daño progresivo en la retina y a veces pérdida de la visión.

AGUDEZA VISUAL: Es la capacidad de percibir con nitidez y precisión cualquier objeto de su entorno, producto de la integración anatómica y funcional del sistema óptico visual, retina (mácula), vías visuales y las regiones de la corteza cerebral encargadas de su correcta interpretación. El resultado es una imagen del objeto captado. La función fundamental del ojo es la preservación de la agudeza visual.

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD AVISA:

Son los años de vida años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD).

BAJA VISIÓN: Agudeza visual menor a 20/60

CARGA DE ENFERMEDAD: Es la medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo las consecuencias mortales y discapacitantes.

CATARATA: Es la opacificación del cristalino, que puede provocar disminución de la agudeza visual y ceguera.

CEGUERA: La ceguera se define como una agudeza visual de presentación inferior a 20/400 (3/60), o una pérdida del campo visual a menos de 10°, en el mejor ojo

CEGUERA EVITABLE: Ceguera evitable son aquellas causas que pueden ser tratadas, errores de refracción, cataratas, tracoma, carencia de vitamina A y parte de la debida a retinopatía diabética y glaucoma.

DISCAPACIDAD VISUAL: Abarca la discapacidad visual moderada y grave y la ceguera.

DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA O IMPEDIMENTO VISUAL MODERADO: Agudeza visual menor a 20/60 y mejor o igual a 20/200 en el mejor ojo con su mejor corrección.

DISCAPACIDAD VISUAL GRAVE O IMPEDIMENTO VISUAL SEVERO: Agudeza visual menor a 20/200 y mejor o igual a 20/400 en el mejor ojo con su mejor corrección.

EVALUACION RAPIDA DE LA CEGUERA EVITABLE (ERCE): Es una metodología rápida para llevar a cabo una encuesta, basada en la población, de la deficiencia visual y los servicios de salud ocular entre las personas mayores de 50 años.

MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD: BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD: Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente garantizan la atención a la persona, familia y comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no son percibidas por la población).

AUTOCUIDADO: En la asistencia sanitaria, el autocuidado o cuidado personal es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

2.4.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1.- HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por ser una investigación descriptiva.

2.5.- VARIABLES

2.5.1.- VARIABLE DEPENDIENTE

- Adulto mayor con glaucoma

2.5.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES

- Características epidemiológicas
- Autocuidado

2.5.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
Adulto mayor con glaucoma	Enfermedad del ojo caracterizada por un aumento de la presión dentro del globo ocular que causa un daño progresivo en la retina y a veces pérdida de la visión. Se presenta sobre todo después de los 40 años	Características epidemiológicas	Edad Sexo Patologías concomitantes Calidad visual Tiempo de enfermedad	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Autocuidado	Inadecuado Adecuado		

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODO

3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Observacional, descriptiva, transversal y prospectiva.

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el Clínica Oftalmosalud SAC. Lima ubicada Av. Javier Prado Este 1142 San Isidro. Lima Perú.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Existen una afluencia de pacientes nuevos adultos mayores de 40 años de 300 por mes.

MUESTRA:

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

N= 300

$p = 0.5$ prevalencia de enfermedad

$q = 1 - 0.5 = 0.5$

$Z = 1.96$

$d = 5\% = 0.05$

$$n = \frac{300 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (300 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$n = 168$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 40 años.

Que desee colaborar con el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 40 años

Que no desee brindar datos

3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a emplear fue la entrevista, pues el investigador se entrevistó con cada uno de los pacientes a fin de poder obtener los datos.

El instrumento es una ficha de entrevista, elaborada para tal fin.

3.5.- Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue validado a través de una prueba piloto en 20 pacientes a fin de poder identificar deficiencias de la ficha

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron tabulados en el programa Excel de donde se obtendrán las tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON
GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC.**

LIMA – ABRIL 2017: POR EDAD

Edad	Número	Porcentaje
De 40 a 50 años	28	16.7%
De 51 a 60 años	44	26.2%
De 61 a 70 años	66	39.3%
Más de 70 años	30	17.9%
Total	168	100.0%

Fuente: Clínica Oftalmosalud SAC. Lima

La tabla muestra que el 16.7% (28) son pacientes de 40 a 50 años de edad, el 26.2% (44) son de 51 a 60 años de edad, el 39.3% (66) son de 61 a 70 años y el 17.9% (30) son de más de 70 años.

Gráfico N° 01

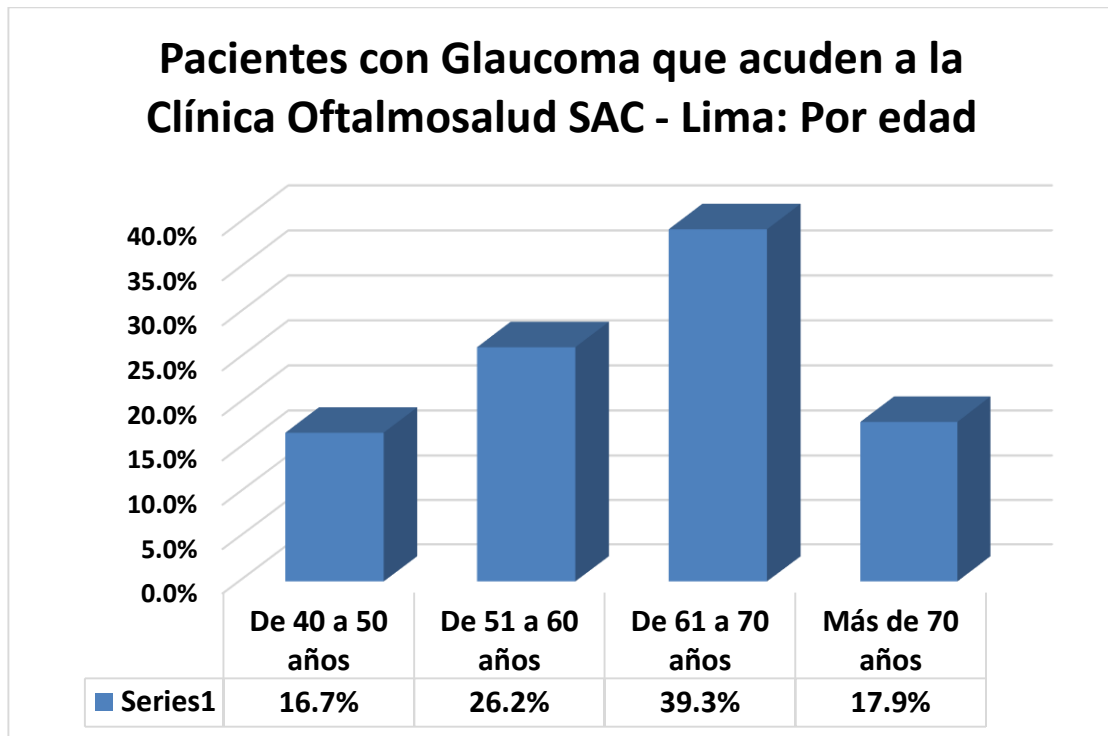


TABLA N° 02
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON
GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC.
LIMA – ABRIL 2017: POR SEXO

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	83	49.4%
Femenino	85	50.6%
Total	168	100.0%

Fuente: Clínica Oftalmosalud SAC. Lima

La tabla muestra que el 49.4% (83) son pacientes de sexo masculino y el 50.6 (85) son de sexo femenino que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC.

Gráfico N° 02

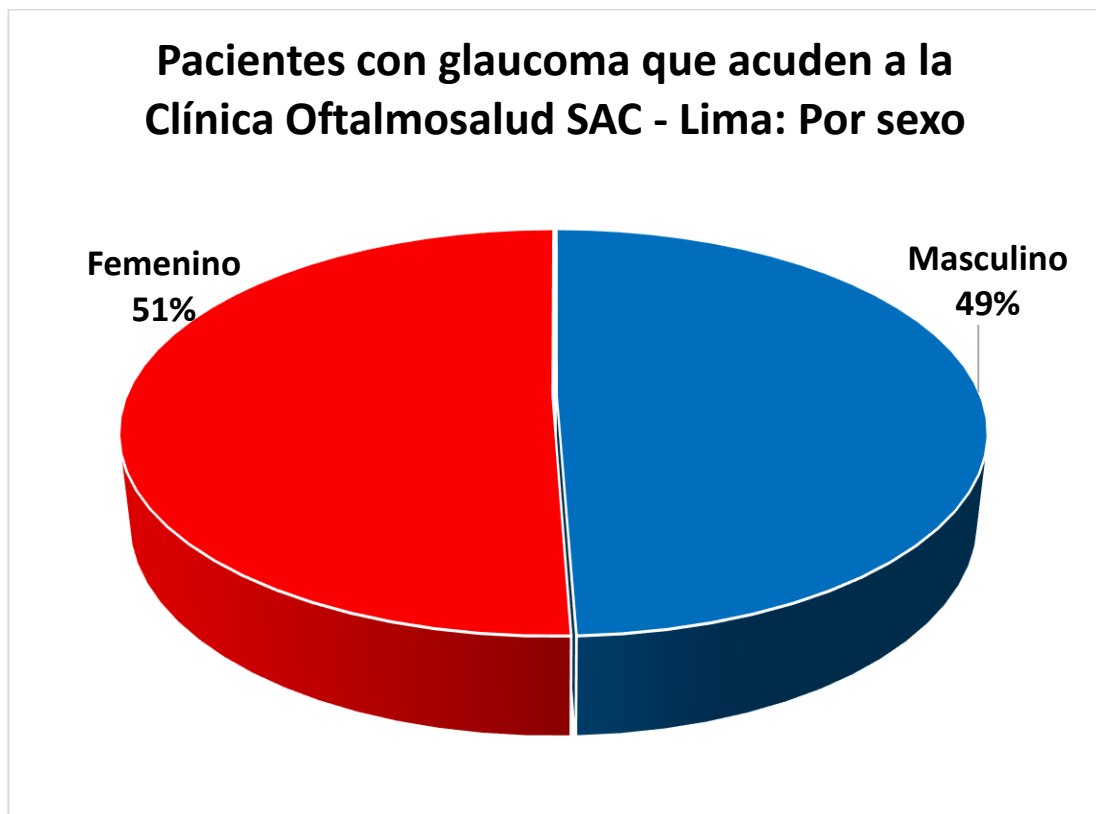


TABLA N° 03

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON
GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC.
LIMA – ABRIL 2017: POR ENFERMEDAD CONCOMITANTE

Enfermedad concomitante	N°	Porcentaje	
Sin enfermedad concomitante	54	32.0%	32%
Con enfermedad concomitante	114	68.0%	
Catarata			22%
Hipertensión arterial			12%
Diabetes			16%
Renal			3%
Endocrinológico			4%
Artritis			7%
Sordera			3%
Otros			1%
TOTAL	168	100%	68%

Fuente: Clínica Oftalmosalud SAC. Lima

La tabla muestra que el 32% (54) de pacientes no presentan ninguna enfermedad concomitante, mientras que el 68% (114) de ellos presenta enfermedad concomitante. Siendo la catarata la más frecuente (22%), hipertensión (12%), diabetes (16%), enfermedades renales (3%), enfermedades endocrinológicas (4%), artritis (7%), sordera (3%), y otros (1%).

Gráfico N° 03

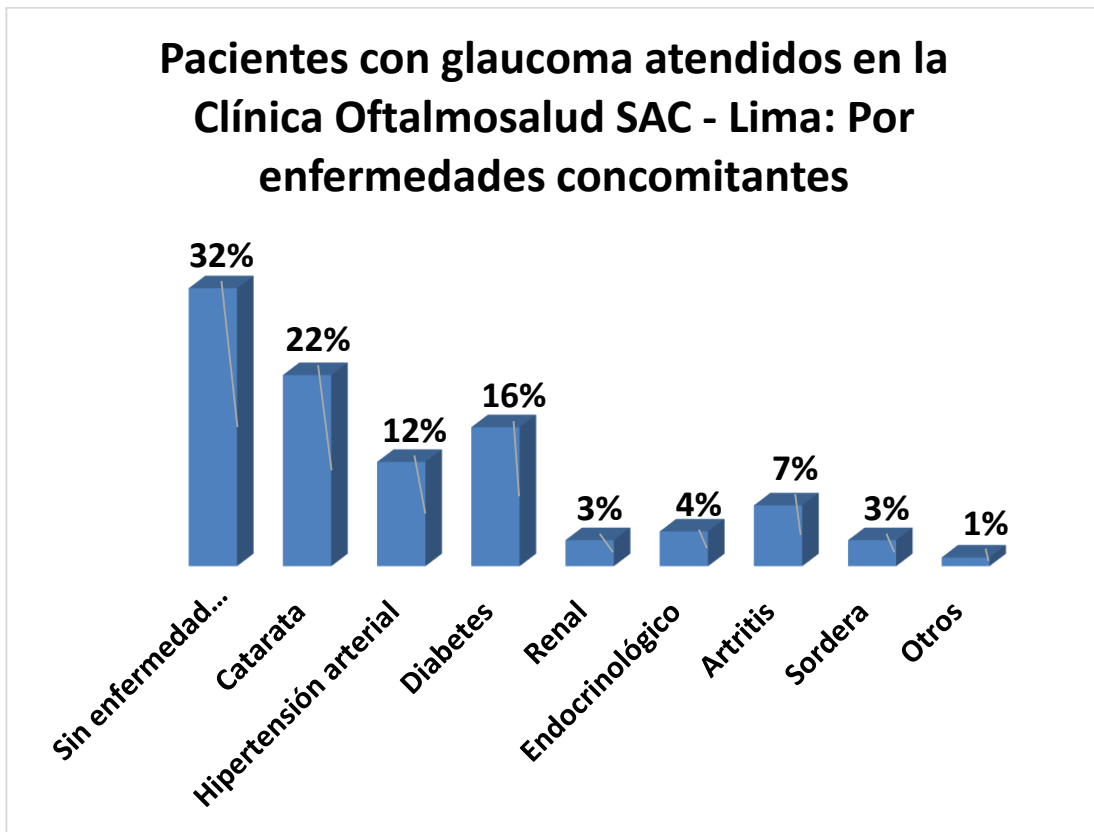


TABLA N° 04

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON
GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC.**

LIMA – ABRIL 2017: POR CALIDAD VISUAL

Calidad visual	Número	Porcentaje
CEGUERA	15	8.9%
DISMINUIDO	82	48.8%
NORMAL	71	42.3%
Total	168	100.0%

Fuente: Clínica Oftalmosalud SAC. Lima

La tabla muestra que el 8.9% (15) de los pacientes con glaucoma presentan ceguera, el 48.8% (82) presentan disminución de la agudeza visual y el 42.3% (71) no presentan alteraciones en la visión.

Gráfico N° 04

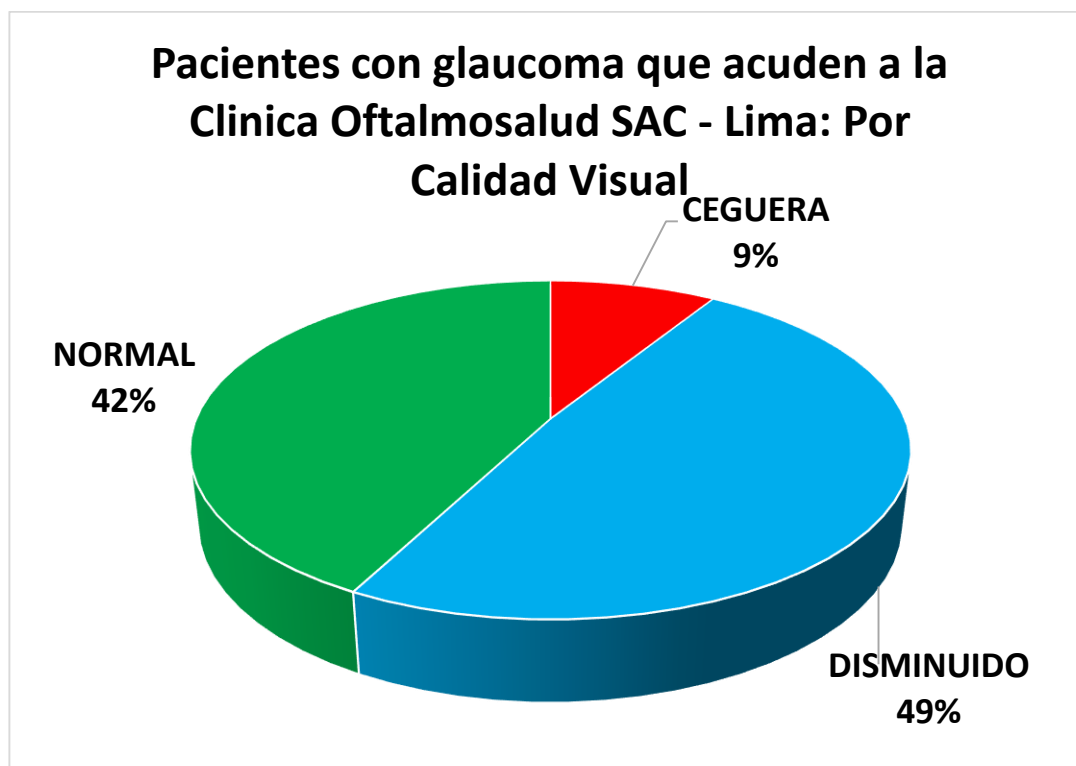


TABLA N° 05

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ADULTO CON
GLAUCOMA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC.**

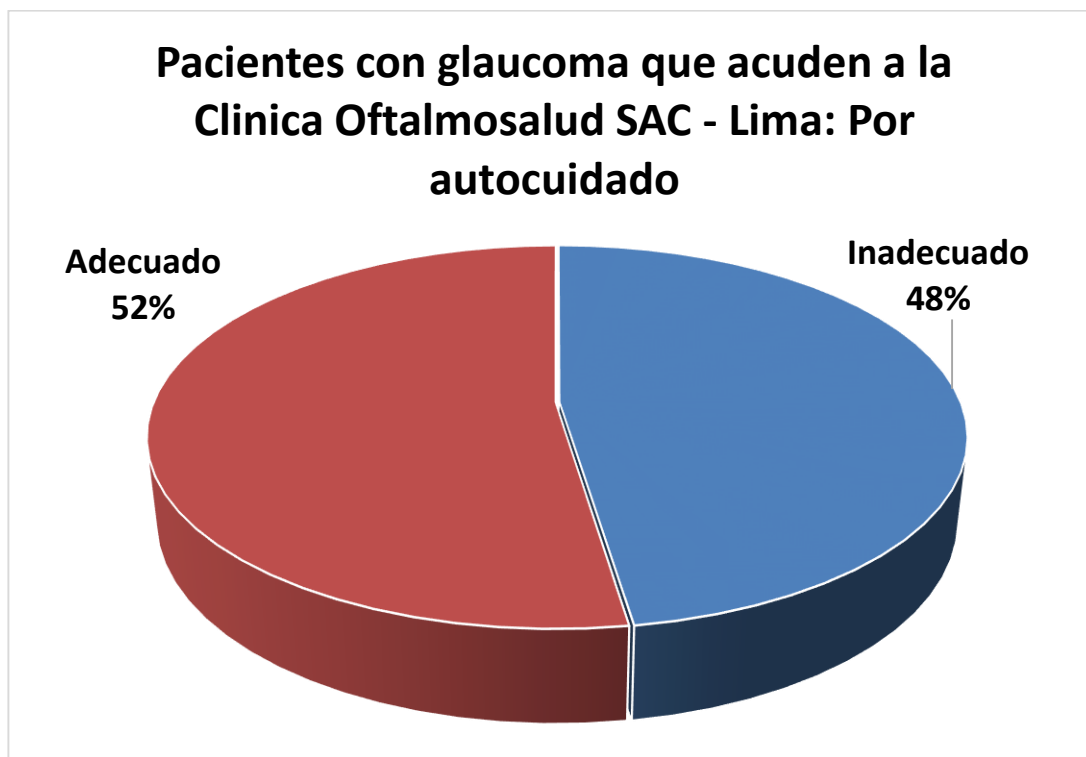
LIMA – ABRIL 2017: POR AUTOCUIDADO

Autocuidado	Número	Porcentaje
Inadecuado	80	47.6%
Adecuado	88	52.4%
Total	168	100.0%

Fuente: Clínica Oftalmosalud SAC. Lima

La tabla muestra que el 47.6% (80) tiene un autocuidado inadecuado, mientras que el 52.4% (88) el autocuidado es adecuado.

Gráfico N° 05



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la investigación realizada en la Clínica Oftalmosalud SAC – Lima se encontraron los siguientes resultados:

La mayoría de los pacientes tenía entre 61 y 70 años, lo que se debería a que a esta edad es donde mayormente se manifiesta el daño ocular crónico por glaucoma u otras enfermedades concomitantes que hacen que el paciente acuda a un Centro oftalmológico. También es frecuente entre 51 y 60 años, seguidamente los mayores de 60 años, por lo tanto, los pacientes acuden a controles y tratamientos oftalmológicos a edades tardías, como se observa en la tabla N° 01.

Así mismo el sexo es similar a la proporción nacional, encontrándose que el 50.6% son de sexo femenino y el 49.4% son de sexo masculino, ello está en relación a que en la población general el sexo femenino es más frecuente. Sin embargo, Fernández García A. (2012). No cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto en Chile encuentra 72,7% mujeres que no cumplen el tratamiento farmacológico. Zapata Susanivar, D. (2015). Características epidemiológicas del glaucoma de ángulo abierto. Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2013 -2014, encontró 66.7% de pacientes masculinos. Zárate Ferro U. (2013), encontró una prevalencia de glaucoma más frecuente en mujeres 66.7%. Así lo muestra la tabla N° 02.

Mientras que al evaluar las enfermedades concomitantes que podrían presentar los pacientes con glaucoma, se encontró que el 32% no presenta ninguna enfermedad concomitante, mientras que el 68% de los pacientes con glaucoma presenta además otras enfermedades, siendo la más frecuente la catarata, seguido de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, y en menor proporción otras enfermedades como artritis, endocrinológicas, renales o sordera. Zapata Susanivar, D. (2015). Encontró

una menor proporción de enfermedades concomitantes solo el 41.7% de los pacientes presentaron enfermedad sistémica. Y en el estudio de González Hernández, Y; Basulto Quirós, N; González Rodríguez, N; de la Fuente Garrote, Ú. (2013), predominó la hipertensión como enfermedad concomitante. Sin embargo Barrenechea, R; Camarero, E; Segovia, L; Flores, N. (2013) Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, determina que la prevalencia de ceguera en la población estudiada es baja y la catarata es la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa. En la tabla N° 03 se observa los resultados.

Se analizó además la calidad visual de los pacientes con glaucoma, encontrándose que el 8.9% de los pacientes presentaban ceguera, el 48.8% tenían disminución de la agudeza visual, y el 42.3% su agudeza visual era normal. Campos B. (2014). Prevalencia y causas de ceguera en Perú encuentran una prevalencia de ceguera del 2% ello debido a que se refiere a la población nacional, mientras que nuestro estudio está referido a la Clínica Oftalmosalud. La tabla N° 04 así lo demuestra.

Finalmente se evaluó el autocuidado en los pacientes con glaucoma el estudio reveló que el 47.6% de los pacientes no tienen un autocuidado adecuado, mientras que el 52.4% si lo tiene, ello repercutirá en su salud visual. Así lo muestra la tabla N° 05.

CONCLUSIONES

El 16.7% (28) son pacientes de 40 a 50 años de edad, el 26.2% (44) son de 51 a 60 años de edad, el 39.3% (66) son de 61 a 70 años y el 17.9% (30) son de más de 70 años.

El 49.4% (83) son pacientes de sexo masculino y el 50.6 (85) son de sexo femenino que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC.

El 32% (54) de pacientes no presentan ninguna enfermedad concomitante, mientras que el 68% (114) de ellos presenta enfermedad concomitante. Siendo la catarata la más frecuente (22%), hipertensión (12%), diabetes (16%), enfermedades renales (3%), enfermedades endocrinológicas (4%), artritis (7%), sordera (3%), y otros (1%).

El 8.9% (15) de los pacientes con glaucoma presentan ceguera, el 48.8% (82) presentan disminución de la agudeza visual y el 42.3% (71) no presentan alteraciones en la visión.

El 47.6% (80) tiene un autocuidado inadecuado, mientras que el 52.4% (88) el autocuidado es adecuado.

RECOMENDACIONES

Se recomienda despistaje de glaucoma en la población en riesgo como son los mayores de 40 años, a través de la toma de la presión ocular periódicamente, a fin de tomar medidas pertinentes y oportunas.

Visitas a centros de ancianos a fin de identificar a pacientes en riesgo de presentar glaucoma y ceguera por lo que las actividades preventivas promocionales son de gran importancia, Estas campañas deben ser gratuitas con la ayuda de la comuna.

Monitoreo de enfermedades concomitantes que puedes desencadenar en pérdida de la visión como son la diabetes e hipertensión arterial, por lo que su control, es de vital importancia para la salud ocular.

Tratamiento oportuno de las patologías oculares a fin de evitar la ceguera, para ello se debe controlar las enfermedades concomitantes y el tratamiento de la disminución de la agudeza visual debe ser estricta a fin de revertir el cuadro o evitar su avance.

Se debe promover el autocuidado sobre la base de la información, para ello es necesario entregar tríptico alusivo al cuidado de los ojos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Plan estratégico nacional de salud ocular y prevención de la ceguera evitable (2014-2021). Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención de la Ceguera Instituto Nacional de Oftalmología Ministerio de Salud del Perú. Lima, julio 2013.

2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Disponible en:

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../Libro.pdf

3.- Silva, Juan C. (2014) Encuestas nacionales de ceguera y deficiencia visual evitables en Argentina, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú y Uruguay. Rev Panam Salud Publica;36(4) 209-213,oct. 2014. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000900001

4.- Barrenechea, R; Camarero, E; Segovia, L; Flores, N. (2013). Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013 / National survey of blindness and avoidable visual impairment in Argentina, 2013. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;37(1):7-12, ene. 2015. tab.

5.- González Hernández, Y; Basulto Quirós, N; González Rodríguez, N; de la Fuente Garrote, Ú. (2013). Pesquisaje de glaucoma. Archivo Médico de Camagüey, vol. 17, núm. 3, mayo-junio, 2013, pp. 289-299 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba.

6.- Fernández García A. (2012). No cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto. Chile.

Medisur vol.10 no.3 Cienfuegos mayo.-jun. 2012. Disponible en: A Fernández García, I Triana Casado, R Lam Díaz... - Medisur, 2012 - scielo.sld.cu

7.- Zapata Susanivar, D. (2015). Características epidemiológicas del glaucoma de ángulo abierto. Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2013 - 2014. Disponible en:

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1294>

8.- Campos B. (2014). Prevalencia y causas de ceguera en Perú: Encuesta Nacional. Rev Panam Salud Publica;36(5), nov. 2014. Disponible en: B Campos, A Cerrate, E Montjoy, V Dulanto Gomero... - 2014 - iris.paho.org

9.- Zárate Ferro U. (2013). Caracterización epidemiológica del glaucoma en la población del Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Enero – diciembre 2012. Acta méd. peruana vol.30 no.4 Lima oct./dic. 2013.

10.- Hospital Universitario “Reina Sofía”. Córdoba (2014). Taller para pacientes con glaucoma. Lo que usted debe saber. Consulta de oftalmología. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/.../hrs3/fileadmin/.../taller_pacientes_glaucoma.pdf

11.- Gómez Martínez, N. (2012). La auriculoterapia en adultos mayores con glaucoma, una estrategia terapéutica para disminuir la polifarmacia. Hospital Universitario “Abel Santamaría Cuadrado”. Centro Oftalmológico de Pinar del Río. Rev. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria Vol.7. No.1. 2012.

12.- Paczka Z. Jose Antonio. Epidemiología del Glaucoma en América Latina. Rev. Vision 2020. Bol. Trimestral. Mex. 2013.

13.- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables. Washington, D.C.: OPS; 2009. (CD49/19). Disponible en:

<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-19-s.pdf> Acceso el 25 de noviembre de 2013.

14.- Bernal Reyes N. (2015). Actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados de catarata. México. Revista Mexicana de Oftalmología. Volume 89, Issue 3, July–Septiembre 2015, pp 141–149

15.- Lujan Paredes S. (2016). Variación de la función visual y calidad de vida en pacientes con cataratas antes y después de la Facoemulsificación con colocación de lente intraocular en Lima-Perú. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10757/620992>

16.- Gracia Gómez, I. (2016). Guía de actuación de enfermería ante un paciente con glaucoma 2016. Revista Médica Electrónica Portales Medicos.com

17.- Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud. 2006 [consultado 22 Ag 2014]. Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>

18.- García Gomes I. (2014). Evaluación y actuación de la enfermera en el paciente con glaucoma. Disponible en:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14049/1/TFM-H222.pdf>

19.- Valor García M. (2012). Influencia de los cuidados enfermeros en la recuperación de los pacientes intervenidos de catarata senil. Disponible en:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1472/1/TFM-H%203.pdf>

20.- Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2012. Ministerio de Salud Pública de Cuba [consultado 22 Ag 2014]. Disponible en:

http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

21.- Martínez Salas K. (2013). Identificación de CAP - Comportamientos, actitudes y prácticas de un grupo de médicos especialistas frente a la promoción y prevención del glaucoma en Cali. Santiago de Cali, 27 de Mayo de 2013.

22.- Pérez Fuentes M. (2016). Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Edita: ASUNIVEP. Artes Gráficas Salvador.

23.- Gupta, N. Equipo de Trabajo 2015 para el Cuidado Oftalmológico del Glaucoma (2016). Consejo Internacional de Oftalmología- Guías para el Cuidado Oftalmológico del Glaucoma. Disponible en:

www.icoph.org/ICOGlaucomaGuidelines-Spanish

24.- Gaviria Uribe A. (2016). Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016

25.- Prado Solar L. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.

26.- Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012.

ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuáles son las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma y en qué medida se da el autocuidado en los pacientes que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC Lima – abril 2017?	Determinar las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma y en qué medida se da el autocuidado en los pacientes que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC. Lima – abril 2017	<p>1. Precisar las características epidemiológicas del paciente adulto con glaucoma que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC. Lima – abril 2017</p> <p>2. Indicar en qué medida se da el autocuidado en los pacientes adultos que acuden a la Clínica Oftalmosalud SAC. Lima – abril 2017</p>	No aplica	Adulto mayor con glaucoma	Características epidemiológicas	-Edad -Sexo -Patologías concomitantes -Calidad visual -Tiempo de enfermedad	Ficha de datos
					Autocuidado	Inadecuado Adecuado	Ficha de datos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- N° de Ficha _____

2.- Edad:

3.- **Sexo:** Masculino () Femenino ()

4.- **¿Qué enfermedades sufre?**

- a) Catarata
- b) Hipertensión arterial
- c) Diabetes
- d) Renal
- e) Endocrinológico (tiroides, hipófisis, otros)
- f) Artritis
- g) Sordera
- h) Fracturas

5.- **Calidad Visual**

(Ciego) (Disminución de la agudeza visual)

6.- **Tiempo que tiene de diagnosticado el glaucoma** _____

(6 MESES) (UN AÑO) (MÁS DE UN AÑO)

7.- **Autocuidado**

- a.- Controles periódicos con el oftalmólogo (SI) (NO)
- b.- Tratamiento regular (SI) (NO)
- c.- Control de la diabetes (SI) (NO)

d.- Control de la presión arterial (SI) (NO)

e.- Control de las enfermedades endocrinológicas (SI) (NO)

f.- Cuidado familiar (SI) (NO)

g.- Tratamiento con vitaminas (SI) (NO)

Categorización de autocuidado

(SI) Adecuado (3 a excepción de b)

(NO) Inadecuado (4 a más)

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE Herrera Sandoval Eva Maria fern
 1.2. GRADO ACADÉMICO Doctor Salud Pública
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA Hospital Regional de Ica - Universidad Alas Peruanas
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ADULTO CON GLAUCOMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOCUIDADO - CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC – LIMA – ABRIL 2017
 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: ELIZABETH VICTORIA PARIONA DONAYRE
 1.6. LICENCIATURA
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FICHA DE ENTREVISTA

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					X
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					X
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					X
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores				X	
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					X
Sub Total					04	45
Total						49

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4) 19.6
 VALORACIÓN CUALITATIVA ACEPTABLE
 VALORACIÓN DE APLICABILIDAD APLICABLE
 Lugar y Fecha 30-03-2017 Firma del Experto
 DNI 21464103

Leyenda: 01-13 Improcedente
 14-16 Aceptable con recomendación
 17-20 Aceptable


DR. EVA HERRERA SANDOVAL
 CIRUJANO GENERAL
 CNA N° 30356 RNE N° 18855

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: Susana Bernola Flores
 1.2. GRADO ACADÉMICO: Estadística
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Instituto Ocular Salud
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ADULTO CON GLAUCOMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOCUIDADO - CLÍNICA OFTALMOSALUD SAC – LIMA – ABRIL 2017
 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: ELIZABETH VICTORIA PARIONA DONAYRE
 1.6. LICENCIATURA
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FICHA DE ENTREVISTA

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					X
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					X
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					X
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					X
Sub Total					04	45
Total						49

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4)... 19.6...

VALORACIÓN CUALITATIVA... ACEPTABLE...

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD... APLICABLE...

Lugar y Fecha... 04/04/17... Firma del Experto

DNI... 24386537...

Leyenda: 01-13 Improcedente

14-16 Aceptable con recomendación

17-20 Aceptable


SUSANA BERNAOLA FLORES
 Lic. en Enfermería
 C.E.P. 68319
 OFTALMO SALUD